



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

VINICIUS DA FONSECA RANCAN

A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE NUM CENTRO DE REFERÊNCIA DO  
IDOSO NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO EM TEMPOS DE PANDEMIA POR  
COVID-19

CAMPINAS

2022

VINICIUS DA FONSECA RANCAN

A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE NUM CENTRO DE REFERÊNCIA DO  
IDOSO NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO EM TEMPOS DE PANDEMIA POR  
COVID-19

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos  
exigidos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva:  
Políticas e Gestão em Saúde, na área de Política, Gestão e  
Planejamento.

ORIENTADOR: PROF. DR. GUSTAVO TENÓRIO CUNHA

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO FINAL  
DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELO ALUNO  
VINICIUS DA FONSECA RANCAN, E ORIENTADA PELO  
PROF. DR. GUSTAVO TENÓRIO CUNHA.

CAMPINAS

2022

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas  
Ana Paula de Moraes e Oliveira - CRB 8/8985

R151p Rancan, Vinicius da Fonseca, 1984-  
A produção do cuidado em saúde num centro de referência do idoso no município de São Paulo em tempos de pandemia por COVID-19 / Vinicius da Fonseca Rancan. – Campinas, SP : [s.n.], 2022.

Orientador: Gustavo Tenório Cunha.  
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Políticas, planejamento e administração em saúde. 2. Humanização da assistência. 3. Pandemia por COVID-19. 4. Geriatria. 5. Atenção à saúde. I. Cunha, Gustavo Tenório, 1969-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações Complementares

**Título em outro idioma:** The health care production in a Reference center for the elderly in the city of São Paulo in times of a COVID-19 pandemic

**Palavras-chave em inglês:**

Health policy, planning and management

Humanization of assistance

COVID-19 pandemic

Geriatrics

Health care

**Área de concentração:** Política, Gestão e Planejamento

**Titulação:** Mestre em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

**Banca examinadora:**

Gustavo Tenório Cunha [Orientador]

Rafael Afonso da Silva

Cristiane Marchiori Pereira

**Data de defesa:** 14-09-2022

**Programa de Pós-Graduação:** Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

**Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)**

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0001-8618-0265>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/232902727635891>

---

# **COMISSÃO EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO**

**VINICIUS DA FONSECA RANCAN**

---

---

**ORIENTADOR: PROF. DR. GUSTAVO TENÓRIO CUNHA**

---

---

## **MEMBROS TITULARES:**

- 1. PROF. DR. GUSTAVO TENÓRIO CUNHA**
  - 2. PROF. DR. RAFAEL AFONSO DA SILVA**
  - 3. PROFA. DRA. CRISTIANE MARCHIORI PEREIRA**
- 

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da FCM.

---

**Data de Defesa: 14/09/2022**

---

Ao meu filho Enrico, mais conhecido como “Vinicius-  
pequeno”.

A todos os trabalhadores, gestores e apoiadores do SUS.

## AGRADECIMENTOS

A todos os amigos que me acompanharam neste percurso tão intenso, indissociável do caminhar da vida, por cada qual à sua maneira, ter trazido grandes contribuições.

Ao Vanderlei e a todos da equipe do Núcleo Gestor de Humanização – SES/SP, pelo incentivo e torcida.

À Dra. Cristiane, pela generosidade, amizade, acolhimento e pelo dom de me compreender, algumas vezes, até mesmo melhor que eu.

Ao meu apoiador, Joaquim, por me despertar o desejo de buscar sempre os melhores encontros e por sugerir as melhores leituras.

À Marisa, pela amizade, verdadeiro companheirismo, e pelo feliz encontro, sem o qual eu não teria iniciado este percurso.

À Thaís Cristina, pela amizade, presença e alegria, como ela sabe.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Gustavo Tenório Cunha, pelo acolhimento, delicadeza e dom de compreender ideias não tão tradicionais.

Aos encontros potentes com os amigos do mestrado, que sempre continuavam após o término das aulas, pelo aprendizado com nossas trocas.

À Dra. Marcia Maiumi, por abrir as portas do serviço que administra para a realização de um estudo em profundidade. É algo muito raro.

Aos trabalhadores e usuários entrevistados, pela coragem e disposição em contribuir com o estudo, num crítico momento pandêmico da COVID-19.

(...) é preciso uma leveza que a saúde, a riqueza, e todos os modelos hegemônicos enrijecem, e fazem até mais difícil esta arte de existir. É justamente nas bordas da vida, nos seus limites e extremos, que a vida pode transbordar. Trabalho infindável, que se atem às coisas mínimas e cotidianas. Talvez tenhamos que realizar um movimento desconfortável, arriscado e perigoso — sermos menos especialistas, experts, médicos, sábios; descentrarmos nossos corpos e práticas dos ambientes majoritários e nos colocarmos ali onde a vida se faz, fazer corpo com. (p. 84) (1)

## RESUMO

Este estudo visou descrever e analisar as práticas clínicas, o processo de trabalho, a participação dos usuários e as estratégias de articulação dos projetos terapêuticos em um ambulatório de especialidades - Centro de Referência do Idoso (CRI) com outros serviços da rede assistencial da capital paulista. Foram utilizadas múltiplas fontes secundárias (artigos, livros, teses etc.), que abordam a qualificação do cuidado, e primárias (entrevistas e diários de campo registrado em áudio). O pesquisador contou com o apoio do referencial da Política Nacional de Humanização (PNH), buscando valorizar a dimensão socioafetiva dos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi realizada uma pesquisa qualitativa exploratória com observação participante. A coleta de dados ocorreu de março de 2020 a março de 2021, tendo o agravo de ter compreendido o período pandêmico da COVID-19. Observou-se que o contrato de gestão da Secretaria Estadual de Saúde com o serviço de especialidades valoriza atividades meio (como número de consultas e procedimentos) e não valoriza reuniões de equipe, pactuação de objetivos e metas específicas com cada serviço, articulação com a rede assistencial e seguimento dos usuários. A gestora do serviço demonstrou ter consciência destas dificuldades e relatou estratégias para enfrentá-las, dentre elas, a forte disposição para contribuir com a realização deste trabalho e aproveitar as reflexões resultantes na qualificação do serviço. Também foi possível perceber a dificuldade com o trabalho em equipe. Um dos trabalhadores relatou que “só conhecia o médico pelo carimbo”; outros, entenderam que, para solucionar as dificuldades, seria suficiente aproximar enfermeiros e médicos e aumentar o número de ambulatórios; enquanto outros apontaram a necessidade de espaços multidisciplinares para discussões de casos mais complexos, considerando os aspectos singulares da produção de cuidado. Muitas vezes prevaleceu um cotidiano justificado pelas circunstâncias de agenda lotada, que pouco produziam transformações nos processos de trabalho em equipe. Após a observação das consultas e a realização das entrevistas com usuários e trabalhadores, foi possível perceber que existe um grande esforço individual de cada trabalhador em busca de resultados positivos para os usuários. Porém, em relação ao acolhimento, o mais comum foi a restrição à classificação de risco e a pouca escuta acolhedora. Os usuários muitas vezes relataram dificuldades em serem escutados quanto às suas demandas. Observou-se que os trabalhadores frequentemente faziam perguntas padronizadas, visto que foram observadas perguntas semelhantes em diferentes ocasiões. Por outro lado, também se constatou que as respostas dos usuários, muitas vezes, não eram consideradas na compreensão dos problemas e nem nas condutas dos trabalhadores. Em relação à articulação dos projetos terapêuticos na rede assistencial, observou-se o protagonismo do assistente social, porém muito pouco da equipe. Uma usuária destacou-se dado seu protagonismo e sua capacidade de superar dificuldades, apesar do envelhecimento e de perdas marcantes. Ainda que a mesma demonstrasse tantas potencialidades, nem sempre elas foram percebidas ou aproveitadas pela equipe na qualificação do projeto terapêutico. Assim, o presente trabalho contribui para a compreensão da gestão local e do modelo de serviços de saúde especializados na atenção ao idoso, apontando perspectivas para a qualificação do cuidado.

**Palavras-chave:** Política, Planejamento e Administração em Saúde. Humanização da Assistência. Pandemia por COVID-19. Geriatria. Atenção à Saúde.

## ABSTRACT

This study aimed to describe and analyze the clinical practices, the work process, the participation of users and the strategies of articulation of the therapeutic projects in a specialty outpatient clinic, a Reference Center for the Elderly (CRI), with other services of the assistance network of São Paulo capital. Multiple secondary data sources were used (articles, books, theses etc.), that address the care qualification, and primary ones (interviews and audio diaries). The researcher had the support of the National Humanization Policy (PNH), seeking to value the socio-affective dimension of Health Unic System (SUS) patients. An exploratory qualitative research was carried out with participant observation. Data collection took place from March 2020 to March 2021, with the aggravation of COVID-19 pandemic, occurred in this period. It was observed that the management contract of the State Health Department with the specialty service values middle activities (such as number of consultations and procedures) and does not value team meetings, agreement on specific objectives and goals with each service, articulation with the assistance network and follow-up of users. The service manager showed awareness of these difficulties and reported strategies to face them, highlighting the strong willingness to contribute to this work accomplishment and to take advantage of the resulting reflections in the service qualification. It was also possible to notice certain difficulty with teamwork. One professional said that he “only knew the doctor by the stamp”. Some workers understood that, to solve the difficulties, it would be enough to bring nurses and doctors closer and to increase the number of outpatient clinics; other ones pointed out the need of multidisciplinary spaces to discuss more complex cases, considering the unique aspects of care production. A daily routine prevailed, justified by the circumstances of a busy schedule and that produced little transformation in the teamwork processes. After observing the consultations and the interviews with users and workers, it was possible to perceive that there is a great individual effort of each worker looking for positive results for the users. In relation to the reception, it was more common that it was restricted to risk classification and there was little welcoming listening. Users often reported difficulties to be heard about their demands. It was observed that professionals often made standardized questions, since similar questions were observed in different moments. On the other hand, it was also observed that the users' responses were not considered in the understanding of problems and professional's behaviors. Regarding to the articulation of therapeutic projects in the assistance network, the leading role of the social worker were observed, but little on the part of the team. It was also possible to highlight a user because of her protagonism and her ability to overcome difficulties due to aging and marked losses. She demonstrated many potentialities, not always perceived or used by the team in therapeutic project qualification. This work contributes to the understanding of the local management and the health services model specialized in the elderly care, pointing out perspectives for the care qualification.

**Keywords:** Policy, Planning and Administration in Health. Humanization of Assistance. Pandemic by COVID-19. Geriatrics. Health Care.

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1:</b>	População por faixa etária do território adscrito do CRI – recorte do município de São Paulo.....	27
<b>Gráfico 2:</b>	Internações pelas 5 causas prevalentes sensíveis à atenção básica, de pessoas acima de 59 anos no território adscrito do CRI. Período: de janeiro de 2019 a julho de 2021(%)......	28
<b>Gráfico 3:</b>	Cinco diagnósticos prevalentes que geraram internações hospitalares em pessoas com mais de 59 anos, de janeiro de 2019 a julho de 2021 no território adscrito do CRI (%)......	29
<b>Gráfico 4:</b>	Principais causas de mortalidade em pessoas maiores de 60 anos no território adscrito do CRI - recorte do município de São Paulo, no período de janeiro de 2019 a outubro de 2021 (%).....	30

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b>	Responsabilidades básicas do Gestor Estadual.....	39
<b>Figura 2:</b>	Eu e D. Virgínia em seu apartamento.....	68

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b>	Principais estabelecimentos de saúde da região analisada.....	26
------------------	---	----

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b>	Comparativo entre os tipos de clínica tradicional e a ampliada.....	35
<b>Quadro 2:</b>	Relação dos entrevistados.....	49
<b>Quadro 3:</b>	Informações sobre os pacientes selecionados, acompanhados temporariamente por teleatendimento.....	51

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ACCR</b>	Acolhimento com classificação de risco
<b>AMA</b>	Atendimento Médico Ambulatorial
<b>AME</b>	Ambulatório Médico de Especialidades
<b>AMPI AB</b>	Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa da Atenção Básica
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>AVC</b>	Acidente Vascular Cerebral
<b>CAF</b>	Coordenadoria de Assistência Farmacêutica
<b>CAPS AD</b>	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
<b>CAPS IJ</b>	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
<b>CCD</b>	Coordenadoria de Controle de Doenças
<b>CCTIES</b>	Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CER</b>	Centro Especializado em Reabilitação
<b>CGA</b>	Coordenadoria Geral da Administração
<b>CGCSS</b>	Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde
<b>CGOF</b>	Coordenadoria de Gestão Orçamentária e Financeira
<b>CIH</b>	Centros Integrados de Humanização
<b>CNES</b>	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
<b>COSEMS/SP</b>	Conselho de Secretários Municipais do Estado de São Paulo
<b>CPS</b>	Coordenadoria de Planejamento de Saúde
<b>CRH</b>	Coordenadoria de Recursos Humanos
<b>CRI</b>	Centro de Referência do Idoso
<b>CROSS</b>	Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde
<b>CRS</b>	Coordenadoria Regional de Saúde
<b>CSS</b>	Coordenadoria de Serviços de Saúde
<b>DIR</b>	Diretoria Regional de Saúde
<b>DRS</b>	Departamento Regional de Saúde
<b>EMAD</b>	Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>FCM</b>	Faculdade de Ciências Médicas
<b>GTH</b>	Grupos de Trabalho de Humanização

<b>HIV</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>IAMSPE</b>	Hospital do Servidor Público Estadual
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IDH</b>	Índice de Desenvolvimento Humano
<b>MEEM</b>	Mini Exame do Estado Mental
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>NGA</b>	Núcleo de Gestão Assistencial
<b>NTH</b>	Núcleo Técnico de Humanização
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>OSS</b>	Organização Social de Saúde
<b>PAI</b>	Programa de Acompanhamento de Idoso
<b>PEH</b>	Política Estadual de Humanização
<b>PIH</b>	Plano Institucional de Humanização
<b>PNH</b>	Política Nacional de Humanização
<b>PNHAH</b>	Programa Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar
<b>PNI</b>	Política Nacional do Idoso
<b>PSA</b>	Antígeno Prostático Específico
<b>PTS</b>	Projeto Terapêutico Singular
<b>RGH</b>	Racionalidade Gerencial Hegemônica
<b>SADT</b>	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
<b>SAME</b>	Serviço de arquivo médico e estatístico
<b>SAU</b>	Serviço de atendimento ao usuário
<b>SES/SP</b>	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
<b>SIH</b>	Sistema de Informação Hospitalar
<b>SIM</b>	Sistema de Informação sobre mortalidade
<b>SMS/SP</b>	Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo
<b>STS</b>	Supervisão Técnica de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UPA/ PSM</b>	Unidade de Pronto Atendimento / Pronto Socorro Municipal
<b>URSI</b>	Unidade de Referência de Saúde do Idoso

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	18
1. INTRODUÇÃO .....	21
1.1 QUESTÕES E OBJETIVOS DO ESTUDO .....	23
1.1.1 Objetivo geral.....	23
1.1.2 Objetivos específicos.....	24
1.2 A SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO E O CENTRO DE REFERÊNCIA DO IDOSO.....	24
1.2.1 Caracterização do território de saúde - Município de São Paulo .....	25
2. REVISÃO DE LITERATURA .....	31
2.1 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH) .....	31
2.1.1 Projeto terapêutico singular .....	36
2.2 POLÍTICA ESTADUAL DE HUMANIZAÇÃO (PEH) .....	37
2.3 POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO .....	40
3. METODOLOGIA .....	44
3.1 PROCEDIMENTOS PARA A SELEÇÃO DOS ENTREVISTADOS.....	45
3.1.1 Seleção dos usuários participantes .....	46
3.2 ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS .....	51
3.2.1 Atendimento de Sr. Vanderlei e de D. Cidinha .....	53
3.2.2 Atendimento de D. Virgínia .....	60
3.3 REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS .....	68
4. RESULTADOS .....	77
4.1 AMPLIAÇÃO DA CLÍNICA .....	77
4.2 INTERAÇÃO E REUNIÕES DE EQUIPE .....	80
4.3 PRODUÇÃO DE REDES DE SAÚDE .....	83
4.4 CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS E GESTÃO LOCAL .....	85

4.5 DIFERENÇA DE EXPECTATIVAS ENTRE A EQUIPE ASSISTENCIAL E OS USUÁRIOS.....	89
4.6 PRODUÇÃO DO CUIDADO QUE INCLUI A VIDA.....	90
5. DISCUSSÕES.....	91
5.1 PERSPECTIVAS PARA A PRODUÇÃO DO CUIDADO .....	93
5.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE OS USUÁRIOS: BASTA SER ATENDIDO? ...	94
5.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE O CAMPO DA PESQUISA .....	96
5.4 DIFICULDADES E IMPREVISTOS .....	96
6. CONCLUSÃO.....	99
6.1 SERVIÇO ESPECIALIZADO EM SAÚDE DO IDOSO: O QUE PODEMOS APRENDER?.....	100
REFERÊNCIAS.....	106
APÊNDICES.....	110
APÊNDICE A – ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS.....	110
APÊNDICE B – ENTREVISTA COM OS TRABALHADORES.....	118
APÊNDICE C – ENTREVISTA COM A GESTORA LOCAL.....	135
APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	143
ANEXOS .....	145
ANEXO 1 - ORGANOGRAMA DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO.....	145
ANEXO 2 – REGIÕES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO .....	147

## APRESENTAÇÃO

“O acaso não escolhe, propõe.”

(José Saramago)

Desde 2006, venho trabalhando e observando o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), confrontando-o com seus princípios, sob perspectiva do lugar que ocupo, como membro de uma equipe de um ambulatório de especialidades voltado ao público idoso. A situação inquieta-me.

O SUS é um grande programa de política pública, que almeja garantir o acesso à saúde a qualquer cidadão presente em seu território, e tem a integralidade como um de seus mais importantes princípios, materializada por meio de dois objetivos: garantir ao usuário o direito de acesso a todas as esferas de atenção em saúde e em todos os níveis de complexidade; e promover a abordagem integral do ser humano, superando a fragmentação do olhar e as intervenções sobre os sujeitos, que devem ser vistos em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais. Estes são direitos assegurados a todos os cidadãos pela Constituição Federal Brasileira e que devem ser garantidos por meio das práticas de saúde cotidianas.

Assim, nos primeiros oito anos desta minha experiência, por vezes ocupando funções de gestão, percebia que, mesmo quando havia mudança de direção e de trabalhadores, na prática, o modo de funcionamento do serviço pouco se modificava. O fato de trocar alguns trabalhadores não necessariamente transformava o que parecia ser necessário. Eu percebia que os pacientes não compreendiam o que lhes aconteceria a partir do momento da entrada em diante; muito menos se teriam direito à continuidade do cuidado em outros serviços de saúde; e nem tinham ideia dos níveis de atenção do SUS ou mesmo do que significa atenção primária à saúde.

O cenário era de atendimentos referenciados por meio da regulação municipal e considerados como resolvidos após os respectivos encaminhamentos. O modelo de atenção à saúde era centrado na produção quantitativa de atendimentos como principal indicador da grande prestação de serviços à comunidade do território de referência.

Em minhas percepções e questionamentos sobre os modos de funcionamento de ambulatórios de especialidades, por vezes, tentei problematizar com a equipe. Entretanto, por ocupar uma função administrativa, a chefia imediata pouco me incluía nas questões assistenciais. Como administrador, entendia que os processos institucionais e assistenciais deveriam estar conectados.

Para trabalhar mais próximo do usuário e compreender um pouco deste universo, fui conhecer outros espaços e outras possibilidades mais suscetíveis a mudanças.

Ao tomar conhecimento da criação dos Centros de Apoio Regionais nos municípios da Região Metropolitana da Grande São Paulo, candidatei-me e consegui ingressar em uma nova região de saúde, onde pude aprender o papel da regionalização. Estive no Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo (DRS-I) por um breve período, quando tive contato com a Articuladora de Humanização<sup>1</sup> do território. Questionei-me, então, sobre o que significava “humanização na área da saúde pública”.

Felizes foram os encontros com a apoiadora e com a Política Nacional de Humanização (PNH), grande referencial teórico deste estudo. Foi transformador entrar em contato com a PNH, pois esta aposta em transformações do trabalho na área da saúde com foco nos encontros entre gestores, trabalhadores e usuários, delineados por meio de seus princípios, diretrizes e dispositivos; uma permanente problematização construtiva das práticas de saúde vigentes.

Acredito que o apoio institucional<sup>2</sup>, aliado ao modo de operar da PNH, pode colaborar como fator potente de transformação para as equipes de saúde, como mostram as muitas experiências observadas nos diversos serviços de saúde espalhados pelo país, os quais culminaram em importantes referências bibliográficas publicadas pelo Ministério da Saúde.

Assim, na medida em que fui me aproximando da Articuladora de Humanização e da PNH, fui percebendo que gostaria de me aventurar nesta função e, num curto espaço de tempo, soube da abertura do processo seletivo no Núcleo

---

<sup>1</sup> Trata-se da apoiadora da SES/SP que possui, dentre suas atribuições, a função de favorecer o diálogo entre os Serviços de Saúde estaduais e a atenção primária à saúde por meio dos dispositivos da PNH. Neste caso, o fomento do trabalho em rede.

<sup>2</sup> Apoio institucional é uma função gerencial que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento e avaliação em saúde. Um de seus principais objetivos é fomentar e acompanhar os processos de mudança nas organizações, misturando e articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão. Ampliar a capacidade de reflexão. (2)

Técnico de Humanização, para o qual me candidatei e obtive sucesso. Assim, iniciei o apoio na região em que residia e onde já havia trabalhado anteriormente, retornando ao ambulatório no qual já havia atuado, mas então na função de apoiador do território de saúde.

Ao completar cinco anos no desempenho da “nova” função, observei que os serviços de saúde eram pressionados por metas de produção, obediência rígida a protocolos clínicos e uma forte hierarquia institucional. Tais características podem interferir no encontro de trabalhadores com usuários, podendo, inclusive, desencadear a redução do objeto do trabalho em saúde a apenas um sintoma, uma doença.

Neste percurso, a partir de meu trabalho no SUS, como Articulador de Humanização, e imerso nos desafios da saúde coletiva, comecei a sentir desejo e necessidade de pesquisar sobre a forma como se daria a produção do cuidado em saúde, aprofundando, então, a observação de modo a ter elementos para elaborar uma análise.

## 1. INTRODUÇÃO

Embora os determinantes sociais de saúde sejam os fatores mais impactantes nos indicadores populacionais – fato bastante claro na legislação do SUS – o sistema de saúde pode exercer um forte impacto, dependendo da qualidade de suas práticas e de sua capacidade de modificar outras políticas. Neste sentido, o cuidado com a saúde é a principal estratégia para defender a vida. Alguns de seus aspectos centrais são: a vinculação positiva entre trabalhadores da área da saúde e usuários e a inclusão dos mesmos na construção do projeto terapêutico.

No entanto, o cuidado em saúde qualificado requer o reconhecimento e o manejo adequado da complexidade do processo saúde-doença e convoca a valorização das singularidades existentes em cada situação. Isso significa afirmar que há necessidade de enfrentar a fragmentação do cuidado, sem deixar de considerar o saber técnico dos trabalhadores e o dos usuários.

Feuerwerker (3) apresenta algumas pistas para que o cuidado produzido nos serviços de saúde seja ampliado para além de um modelo biologicista. Segundo o autor:

Cuidar é construir conexões muito além de diagnósticos, doenças e exames. Envolve encontros e disputas de projetos (...) cuidar é tema de todos - modos de estar no mundo e construir conexões que aumentem nossas potencialidades. Expectativas - há uma expectativa de ser cuidado, de poder contar com trabalhador / equipe que o conheça ou venha a conhecer, que o escute, que se interesse, que o informe, que ajude a diminuir seu sofrimento, que tenha disposição e ferramentas para vincular-se e responsabilizar-se, juntamente com o usuário, pela construção de um plano de cuidados. Encontros e disputas de projetos - a produção do cuidado implica sempre encontro. Produção de novas maneiras de cuidar - novas práticas de saúde em que o compromisso com a defesa da vida norteia o pacto de trabalho das equipes. (p. 106) (3)

O estudo de Félix (4) aponta que a saúde da população idosa vem sendo estudada considerando-se estimativas de impacto econômico, traduzidas na preocupação de que estaremos mais velhos e gastaremos mais, uma vez que, dado o aumento da longevidade, a população acima dos 60 anos corresponderá a ¼ da população mundial.

Os serviços de saúde voltados a essa população procuram preservar a autonomia e reabilitar essas pessoas tendo como referencial a Política do

Envelhecimento Ativo (5). Outra linha de pensamento problematiza a relação do idoso com a sociedade, sob perspectiva de que esta parcela da população pode estar sujeita a um número excessivo de intervenções desnecessárias na área da saúde e pode vir a se transformar num nicho de mercado, como turismo para idosos etc. (6)

Para realizar a pesquisa, foram utilizadas fontes secundárias, por meio da Revisão da Literatura baseada em livros, artigos e teses e fontes primárias, a partir de dados empíricos. A observação participante e a realização de entrevistas permitiram o reconhecimento das múltiplas percepções dos participantes e a identificação dos principais problemas apontados com foco nas relações entre equipe-usuário e gestor-equipe.

Para análise, foi escolhido um serviço específico, similar ao ambulatório no qual eu já havia atuado como Apoiador da Humanização, que se trata de um ambulatório referenciado de atendimento multiprofissional, interdisciplinar e especializado no público idoso, visando ao diagnóstico precoce de patologias por meio de consultas ambulatoriais, pequenos procedimentos e realização de exames. O Centro de Referência do Idoso (CRI) atende aos pacientes de seu território de abrangência, encaminhados pela Atenção Primária à Saúde (APS). Num primeiro momento, realiza a triagem estratificando-os em pacientes de alto, médio ou baixo risco.

A escolha do local e a coleta de dados foram importantes para a realização deste estudo, assim como o foi a abertura da gestão local, que disponibilizou o serviço para eu pudesse acompanhar consultas e exames e realizar as entrevistas com pacientes, trabalhadores e gestora, quase sempre envolvidos nos atendimentos. A coleta de dados primários ocorreu de março de 2020 a março de 2021, ou seja, ocorreu no período pandêmico.

A partir dos principais temas observados e categorizados no trabalho de campo, apresento fragilidades, potencialidades e limitações no processo de cuidado por parte da equipe assistencial, que podem resultar na fragmentação do trabalho em saúde.

Desse modo, a pesquisa apresenta-se estruturada em seis capítulos. No Capítulo 1. INTRODUÇÃO, foram contextualizadas a gestão assistencial no Estado de São Paulo e a caracterização do território em que o serviço de saúde está inserido. Também foram apresentadas as questões e os objetivos geral e

específicos que nortearam a pesquisa. No Capítulo 2. REVISÃO DA LITERATURA, foram apresentados os principais conceitos que deram sustentação à pesquisa, abordando a Política Nacional de Humanização e perspectivas na atenção à pessoa idosa. No Capítulo 3. METODOLOGIA, foram descritos todos os procedimentos metodológicos, desde a coleta de dados até a realização das entrevistas, assim como as jornadas dos pacientes nos CRI, sendo descritos os atendimentos observados. No Capítulo 4. RESULTADOS, foram descritos os principais temas observados, complementados com a análise baseada no referencial teórico. No Capítulo 5. DISCUSSÕES, foram apresentadas as considerações sobre os usuários e o campo de pesquisa, assim como as perspectivas para a produção do cuidado e as dificuldades e imprevistos ocorridos. No Capítulo 6. CONCLUSÕES, foram apresentadas algumas considerações sobre o trabalho realizado e os resultados obtidos, assim como sugestões para a ampliação do cuidado em saúde. Por fim, foram apresentadas as REFERÊNCIAS, os APÊNDICES e os ANEXOS contendo as entrevistas realizadas com usuários, trabalhadores e gestora, o termo de consentimento para realizá-las, o organograma da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e o mapa das regiões de saúde do Município de São Paulo, respectivamente.

## 1.1 QUESTÕES E OBJETIVOS DO ESTUDO

Pensando em investigar a produção do cuidado e contribuir para seu aprimoramento, as questões que nortearam a pesquisa foram: Como funciona a produção do cuidado em um serviço ambulatorial especializado em idosos? Como se dá a participação dos usuários durante seu tratamento? O processo de trabalho inclui estratégias de articulação com os demais serviços do território?

### 1.1.1 Objetivo geral

O objetivo geral do presente estudo foi descrever e analisar as práticas clínicas, o processo de trabalho e o modelo de produção do cuidado em saúde na

velhice, num ambulatório de especialidades, Centro de Referência do Idoso (CRI), no município de São Paulo durante a pandemia da COVID-19.

### 1.1.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos foram:

- Analisar a percepção dos usuários em relação às práticas de cuidado da equipe assistencial do CRI;
- Descrever e analisar o processo de trabalho e os aspectos gerenciais na produção do cuidado aos idosos;
- Compreender a participação do usuário na produção do cuidado.

## 1.2 A SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO E O CENTRO DE REFERÊNCIA DO IDOSO

A Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES/SP) tem a finalidade de instrumentalizar a contratação de serviços de saúde; realizar a gestão e o controle administrativo / financeiro dos contratos e convênios dos mesmos; avaliar a atuação dos provedores, o impacto e os resultados dos serviços de saúde contratados e/ou conveniados; e contribuir para o planejamento e a implantação de estratégias de saúde e serviços.

A SES/SP é composta por dez Coordenadorias, dentre elas a Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde (CGCSS), responsável por administrar todos os serviços de saúde por meio de Organizações Sociais de Saúde (OSS). Sob sua administração estão distribuídas pelo Estado de São Paulo trinta e seis (36) Unidades Hospitalares e 53 Unidades Ambulatoriais especializadas (7) (conforme organograma que se encontra no ANEXO 1). Dentre elas, pautado na transição demográfica e no envelhecimento da população, foi inaugurado o Centro de Referência do Idoso (CRI) com os seguintes objetivos:

- Implantar, gerenciar e executar as atividades assistenciais em especialidades médicas e não médicas, atividades de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) e de convivência;

- Realizar atendimento assistencial multiprofissional, interdisciplinar especializado no idoso (idade igual ou superior a 60 anos) visando ao diagnóstico precoce de patologias por meio de consultas ambulatoriais, pequenos procedimentos e realização de exames (Ultrassonografia, Raios-X, Ecocardiograma e Endoscopia). Ao todo são onze especialidades “médicas” (Geriatria, Oftalmologia, Cardiologia, Dermatologia, Gastroenterologia, Endocrinologia, Neurologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Reumatologia e Urologia) e onze “não-médicas” (Serviço Social, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Podologia, Psicologia e Terapia Ocupacional).

Trata-se de um serviço voltado ao apoio ao diagnóstico, um local de passagem e não de acompanhamento por longo tempo, que oferece também campo de estágio para programas de residência médica e extensão universitária para diversas áreas de conhecimento. Os pacientes que precisam de atenção especializada são encaminhados ao serviço mediante demanda referenciada por um sistema de regulação de atenção básica do município de São Paulo e de outros municípios menores do entorno.

Segue uma breve descrição do território de saúde no qual o CRI está inserido, o que ajudou na compreensão de quais seriam as necessidades prioritárias da população que acessa o serviço.

#### 1.2.1 Caracterização do território de saúde - Município de São Paulo

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS/SP), o município é subdividido em seis grandes Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS): Norte, Sul, Leste, Oeste, Centro e Sudeste (ANEXO 2). Cada CRS é subdividida em distritos de saúde denominados Supervisões Técnicas de Saúde (STS).

Vale ressaltar que cada uma das coordenadorias possui características singulares, diferenças em relação aos indicadores socioeconômicos e à densidade tecnológica e populacional.

A região na qual o CRI analisado está inserido possui aproximadamente 2,7 milhões de habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) médio de 0,921. Por possuir serviços de alta complexidade e concentrar o maior número de equipamentos de saúde do município, torna-se referência para outros territórios de saúde e de municípios vizinhos. Os principais estabelecimentos de saúde da região analisada e as respectivas quantidades apresentam-se na Tabela 1.

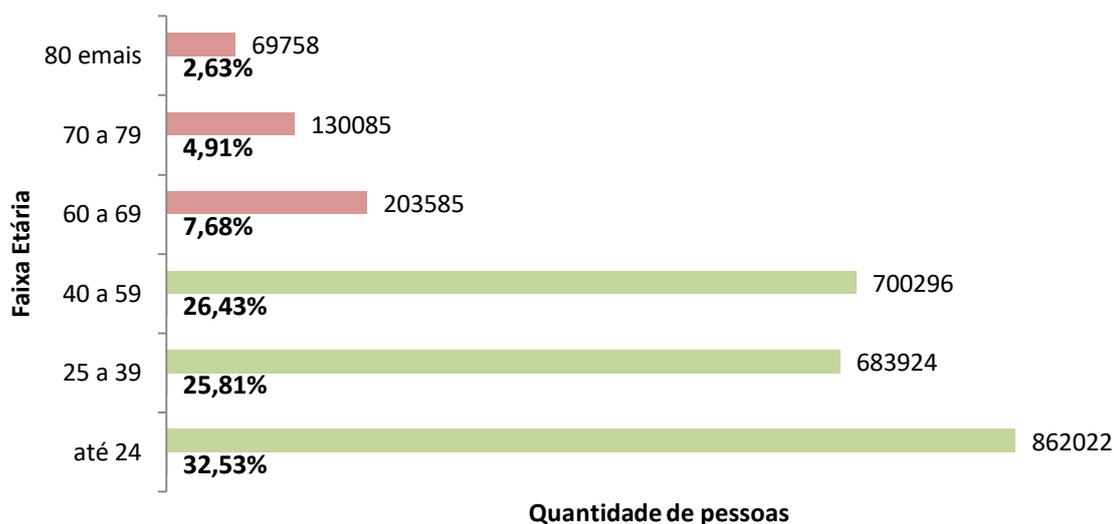
**Tabela 1:** Principais estabelecimentos de saúde da região analisada e respectivas quantidades

<b>Tipo</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Gestão</b>
AME	3	Estadual
UBS	74	Municipal
AMA 24H	4	
UPA/ PSM	5	
URSI	2	
Ambulatório de espec.	5	
Hospital Dia	5	
CAPS AD	8	
CAPS IJ	9	
CAPS Adulto	7	
Hospital	12	Estadual / municipal
Hospital Terciário	1	Mista
Maternidade	3	Estadual / municipal

Fonte: Ministério da Saúde (n.p.). (8)

O Gráfico 1 apresenta a população do território adscrito do CRI em questão, de acordo com a faixa etária.

**Gráfico 1:** População por faixa etária do território adscrito do CRI – recorte do Município de São Paulo

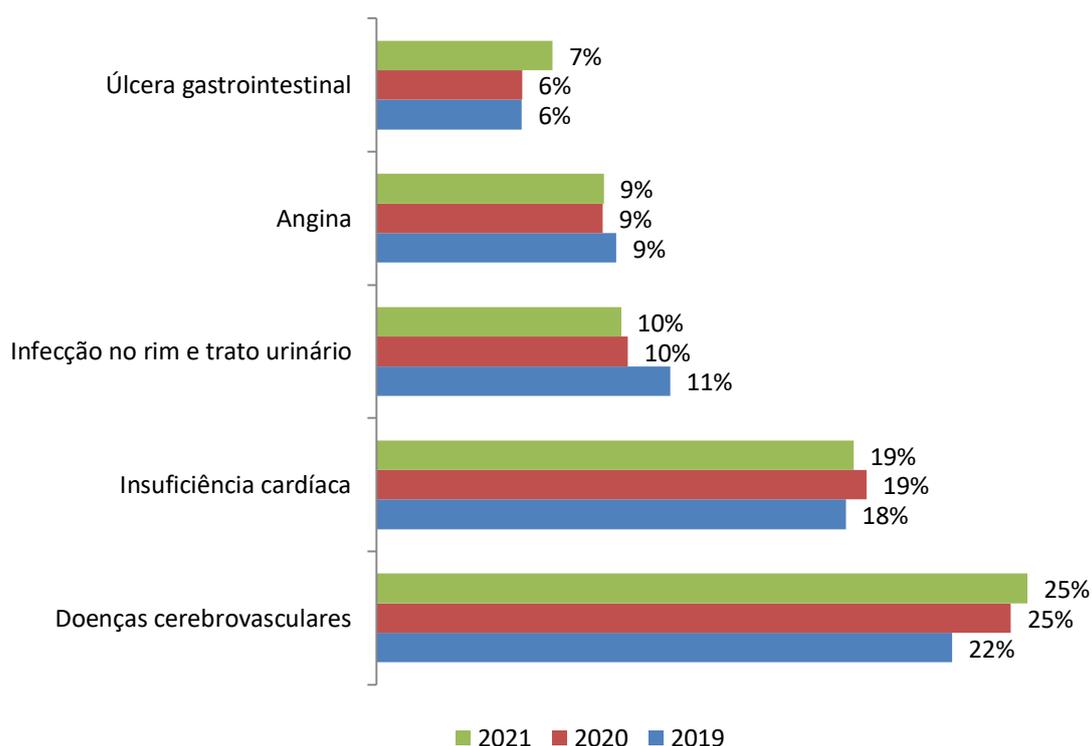


Fonte: IBGE. (n.p.) (9)

É possível notar que a estimativa do número de pessoas com idade superior a 60 anos, durante o último censo realizado em 2010, demonstra que, aproximadamente 15% da população (403.428 pessoas) é considerada idosa.

O Gráfico 2 apresenta a porcentagem de internações por causas sensíveis à atenção básica, cujos motivos prevalentes e percentuais variam pouco no período analisado. As doenças cerebrovasculares correspondem respectivamente a 8.379 casos, em 2019; 7.455, em 2020; e 4011, até julho de 2021.

**Gráfico 2:** Internações pelas 5 causas prevalentes sensíveis à atenção básica, de pessoas acima de 59 anos no território adscrito do CRI. Período: de janeiro de 2019 a julho de 2021(%)

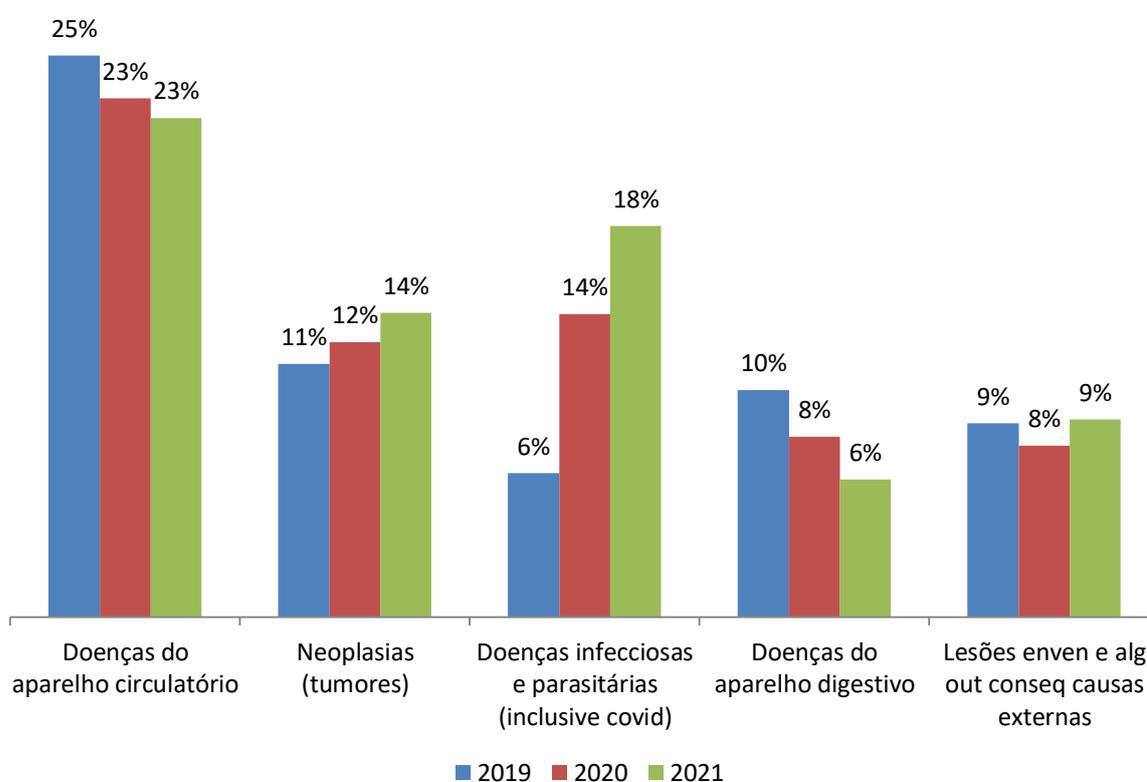


Fonte: Ministério da Saúde. (n.p.) (10)

Cabe destacar que o fato de os dados da pesquisa terem sido coletados entre março de 2020 e março de 2021, período pandêmico no Brasil, ajuda a entender o impacto da doença causado à população com idade superior a 60 anos, bem como a mudança do perfil da população atendida pelo CRI, antes e durante este processo.

O Gráfico 3 apresenta os cinco diagnósticos prevalentes que geraram internações hospitalares em pessoas com mais de 59 anos.

**Gráfico 3:** Cinco diagnósticos prevalentes que geraram internações hospitalares em pessoas com mais de 59 anos, de janeiro de 2019 a julho de 2021 no território adscrito do CRI (%)



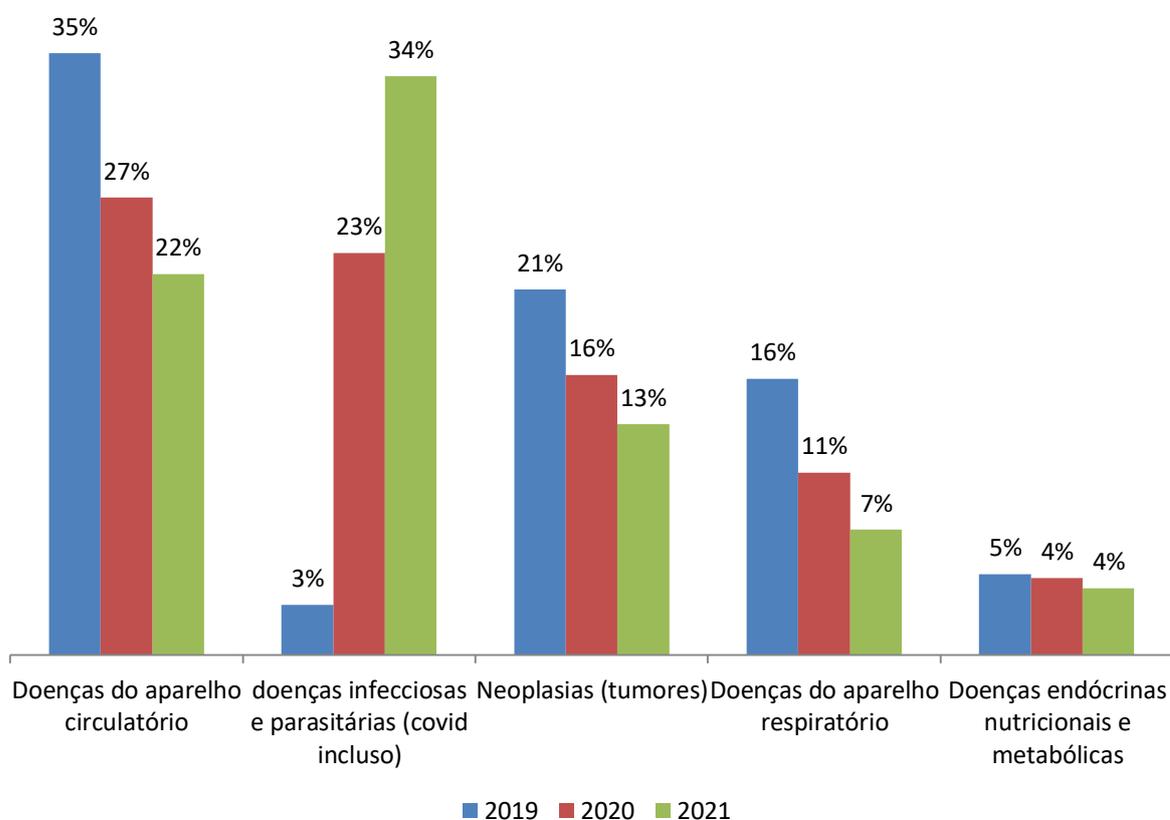
Fonte: Ministério da Saúde (n.p.). (10)

O Gráfico 3 permite constatar que houve um impacto no número de internações de pessoas com mais de 59 anos no município, impulsionadas pela COVID-19. Assim, as doenças infecciosas passaram a ser o segundo maior motivo de internação, em 2021.

No que tange às principais causas de mortalidade de pessoas acima de 60 anos no território adscrito do CRI, no período de janeiro de 2019 a outubro de 2021, o Gráfico 4 permite constatar que as doenças infecciosas passaram a ser as

principais causas, uma vez que, em 2020, corresponderam a 23% e, em 2021, a 34%, incluídos os casos de mortes confirmadas pela COVID-19.

**Gráfico 4:** Principais causas de mortalidade em pessoas maiores de 60 anos no território adscrito do CRI - recorte do município de São Paulo, no período de janeiro de 2019 a outubro de 2021 (%)



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de São Paulo. (n.p.) (11)

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH)

O SUS foi criado no Brasil por meio da Lei 8080/90 (12), que estabeleceu sua abrangência e complexidade e, desde então, já se pressupunha que o trabalho e as práticas em saúde dar-se-iam mediante diversos atores sociais e serviços de diferentes complexidades, estes últimos frequentemente subordinados a diferentes esferas administrativas (Federal, Estadual ou Municipal). Essa heterogeneidade, percebida alguns anos depois, sugeria que, para dar conta da integralidade do cuidado, seria necessário atuar nas dimensões da gestão e do acesso e incluir a dinâmica social de cada usuário do SUS.

No campo da gestão e das práticas clínicas, a tendência a garantir conexões entre equipes de saúde dos diversos serviços existentes ainda é um grande desafio. Trata-se de uma complexa relação de saberes e poderes em que múltiplas variáveis podem influenciar o encontro entre trabalhadores da área da saúde e usuários, além de influenciarem os tipos de gestão ao se materializarem de maneiras mais ou menos verticais. O documento norteador do Ministério da Saúde (MS) estabelece que:

Os processos de produção de saúde se fazem numa rede de relações que, permeadas por assimetrias de saber e de poder e por lógicas de fragmentação entre saberes/práticas, requerem atenção inclusiva para a multiplicidade de condicionantes da saúde que não cabem mais na redução do binômio queixa-conduta. Envolver-se com a produção do cuidado em saúde nos “lança” irremediavelmente no campo da complexidade das relações entre os sujeitos trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde, onde a opção excludente por um dos polos não se sustenta para a efetiva alteração dos modelos de atenção e de gestão em saúde. (13)

O MS estabelece ainda que:

(...) Um dos aspectos que mais tem chamado a atenção, quando da avaliação dos serviços, é o despreparo dos profissionais e demais trabalhadores em lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe. Ligado a esse aspecto, um outro que se destaca é a presença de modelos de gestão centralizados e verticais, desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho. (2)

Em 2000, após a XI Conferência Nacional de Saúde (14) e diante do diagnóstico de insatisfação dos usuários do SUS em relação ao atendimento precário apontado e discutido no eixo “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”, o MS criou o Programa Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar (PNHAH).

As proposições do PNHAH eram melhorar a assistência dos usuários nos hospitais públicos do Brasil e apresentar metas para aprimorar as relações entre usuários, trabalhadores da área da saúde, gestão e comunidade. A intenção do PNHAH era fortalecer a cultura de participação e de corresponsabilidade, respeitando a singularidade de cada território de saúde e garantir a construção coletiva a partir das diversidades e das experiências de cada região do país. (13)

Analisar a qualificação das práticas clínicas é tarefa complexa e depende de fatores como a abordagem integral de cada paciente, a análise do cenário em que estas práticas de saúde ocorrem e a capacidade dos profissionais de reconhecerem as singularidades e as necessidades dos usuários. A prática automatizada, mesmo quando baseada em recomendações estatísticas, apresenta certos limites.

Em 2003, o PNHAH foi alterado, passando de Programa para Política, então denominada Política Nacional de Humanização (PNH), resgatando a ativação de movimentos sociais na construção de políticas públicas, seguindo o exemplo dos movimentos de luta antimanicomial e de prevenção e controle do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

A partir de então, de forma mais abrangente e melhor elaborada, passou-se a considerar todo e qualquer serviço de saúde, além de seus respectivos atores sociais: trabalhadores, gestores e usuários. Traduz-se, então, numa postura ético-estético-política, incluindo um método, um novo modo de fazer saúde, orientado por três grandes princípios:

- Transversalidade – entendida como a comunicação intra e intergrupos, uma vez que se observa forte tendência de comunicação, sendo mais frequente entre profissionais do mesmo núcleo de saber<sup>3</sup>. Busca-se promover a desestabilização das

---

<sup>3</sup> Entende-se núcleo de saber como um grupo ou gênero profissional e disciplinar.

fronteiras do saber e dos modos instituídos na constituição das relações de trabalho;

- Indissociabilidade entre atenção e gestão dos processos de saúde – defendendo a inseparabilidade entre produção de saúde e produção de sujeitos. O trabalhador é gestor de seu próprio trabalho; quem executa também planeja e quem gere também cuida;
- Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos – defende-se que as mudanças na forma de atenção e de gestão são mais eficazes quando produzidas pela afirmação dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas no processo de gerir e cuidar. (2)

Observando estes princípios, pode-se questionar que a relação da gestão com um forte regime de hierarquia poderia indicar o quanto esta estaria (ou não) dissociada de processos de cuidado mais ampliados.

Profundamente associada à transformação dos modos de gerir e de cuidar, a PNH trouxe a reboque a proposta de fortalecer o direito à saúde preconizado pelo SUS. Ao tentar compreendê-la, passou-se a ter uma dimensão maior do cuidado comparado com uma metodologia que inclui hegemonicamente apenas o cumprimento de protocolos técnicos, como numa linha de produção de uma fábrica, isto é, totalmente descontextualizado dos desejos e das expectativas dos sujeitos envolvidos e muitas vezes pautado, predominantemente, na obtenção de índices e de metas independentemente da resolutividade e da qualidade da assistência.

A PNH tem o sentido de ampliar as possibilidades no tratamento de um usuário, considerando suas variáveis singulares, a organização dos serviços de saúde e a valorização dos trabalhadores do SUS. Por conta disso, traz o método da *tríplice inclusão* (gestor, trabalhador e usuário), procurando promover processos de comunicação para além da hierarquia e do corporativismo, numa aposta de que os sujeitos possam ser capazes de produzir deslocamentos desde seus interesses mais imediatos, construindo processos de negociação e permitindo a criação de projetos comuns (13). Sobretudo porque, segundo o Ministério da Saúde:

A inclusão tem o propósito de produzir novos sujeitos capazes de ampliar suas redes de comunicação, alterando as fronteiras dos saberes e dos territórios de poder; e de conectar suas práticas de produção de saúde ao

campo da gestão, pois aquelas derivam das condições institucionais que definem os modos de funcionamento da organização, tarefa da gestão. Não basta incluir. É necessário que esta inclusão, assim como o processo de produção de subjetividade a ela associado sejam orientados por princípios e diretrizes. Para a PNH estas orientações são clínicas, políticas e éticas e tomam sentido no acolhimento, na clínica ampliada, na democracia das relações, na valorização do trabalhador, na garantia dos direitos dos usuários e no fomento das redes. (13)

Tal metodologia gera orientações, entendidas como “Diretrizes da PNH”. Quatro delas fizeram parte deste estudo, ao analisar o comportamento observado na pesquisa de campo. Ressalta-se, inclusive, a impossibilidade de as mesmas operarem separadamente. São elas:

1. Acolhimento: pode ser entendido como a escuta ética e adequada, aliada ao processo construtivo das práticas de produção de saúde que implica na responsabilização do trabalhador/da equipe pelo usuário, desde sua chegada até sua saída. Por meio de uma escuta qualificada, deve-se ouvir as queixas dos usuários, considerando suas preocupações e angústias de modo que seja possível analisar sua demanda para que se possa acionar as redes internas dos serviços e as externas (outros serviços de saúde) para, se necessário, dar continuidade à assistência. (2)
2. Gestão Participativa ou Cogestão: modelo de gestão que inclui novos sujeitos na tomada de decisão. Promove a ampliação dos espaços coletivos, valoriza o diálogo e inclui as diferenças nas pactuações. Afirma que, nos espaços de gestão, as diferentes subjetividades e singularidades dos sujeitos e coletivos devem ser consideradas. Sobretudo, admite que todos, inclusive o trabalhador da saúde, fazem gestão em algum momento, quando da tomada de decisões durante um atendimento, ou seja, sobre seu próprio processo de trabalho, e que as decisões da gestão também influenciam os encontros entre trabalhadores e usuários, e vice-versa, como já afirmado nos princípios da PNH (2);

3. Fomento das grupalidades<sup>4</sup>, coletivos e redes: promover o fortalecimento das múltiplas relações existentes num serviço de saúde intra e extramuros; potencializar, por meio de construções coletivas, condições para que haja a elaboração de projeto terapêutico singular com a devida transição para outros níveis de complexidade, compartilhando o cuidado. Criar e manter espaços de instância crítica onde todos (independentemente do cargo que ocupem) possam sugerir diferentes composições para questões que desestabilizem o modo tradicional de cuidar, especialmente em situações mais complexas que demandem intersetorialidade.
4. Clínica Ampliada: dispositivo de atenção à saúde centrado nas necessidades do sujeito e em seu contexto. Implica a produção de vínculo. É uma diretriz imposta pelos princípios do SUS, quando se objetiva a universalidade, a integralidade e a equidade das ofertas de saúde que disparam uma mudança nos modelos de atenção e de gestão dos processos de trabalho em saúde. Não desconsidera nem os avanços tecnológicos e nem os biológicos na saúde, pretendendo ampliar a dimensão do cuidado em detrimento da clínica mais tradicional/hegemônica (2). O Quadro 1 apresenta o comparativo entre os tipos de clínica tradicional e a ampliada.

**Quadro 1:** Comparativo entre os tipos de clínica tradicional e a ampliada

<b>Clínica Tradicional</b>	<b>Clínica Ampliada</b>
✓ <b>Toma a doença e o sintoma como seu objeto.</b>	✓ Toma a <b>saúde</b> como seu objeto de investimento, considerando a vulnerabilidade e o risco do sujeito em seu contexto.
✓ <b>Toma remissão da doença e a cura como seus objetivos.</b>	✓ <b>Produz saúde e amplia o grau de autonomia dos sujeitos</b> como seus objetivos.

<sup>4</sup> Grupalidade é um coletivo (neste caso, de trabalhadores da saúde coletiva) em agenciamento e transformação, compondo uma rede de conexão na qual o processo de produção de saúde e de subjetividade realiza-se. (2)

✓ <b>Realiza avaliação diagnóstica reduzida à objetividade positivista clínica ou epidemiológica.</b>	✓ <b>Inclui na avaliação diagnóstica a história dos sujeitos e os saberes por eles veiculados.</b>
✓ <b>Define a intervenção terapêutica considerando, predominantemente, apenas os aspectos orgânicos.</b>	✓ <b>Define a intervenção terapêutica considerando a complexidade biopsicossocial das demandas de saúde.</b>

Fonte: Ministério da Saúde. (n.p.) (2)

Pela perspectiva da PNH, acolher o modo como as pessoas vivem no processo de cuidado com a saúde influencia, tanto quanto o saber técnico, a construção de um projeto terapêutico eficaz para os usuários, uma vez que supõe a troca de saberes (inclusive de pacientes e seus familiares), diálogo entre os trabalhadores da área da saúde e os modos de a equipe se relacionar. Assim, fica clara a impossibilidade de dissociar o cuidado da gestão.

Vale ressaltar que não estamos nos referindo a um conjunto de pessoas reunidas eventualmente para resolver um problema, mas à produção de uma grupalidade que sustente construções coletivas, que suponha mudança pelos encontros entre seus componentes. (n.p.) (13)

### 2.1.1 Projeto terapêutico singular

Dentro da diretriz de clínica ampliada, há um arranjo que potencializa o processo de trabalho em saúde, intitulado pela PNH como Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Para casos de maior complexidade técnica e vulnerabilidade social, o PTS é uma proposta que pode ser utilizada tanto para indivíduos quanto para coletivos. O termo singular significa considerar o contexto de forma singular, não possível de ser padronizado, portanto, menos sujeitado a processos de captura pelo planejamento normativo institucional. (15)

Para Cunha, o PTS é produzido em uma variação da discussão de caso clínico (15) e se configura em formato de reunião de equipe na qual os trabalhadores da área da saúde trocam percepções e elaboram uma compreensão coletiva do sujeito doente, que subsidia o desenho de intervenções sobre o caso. Contém quatro momentos:

1. Identificação dos problemas por meio do olhar sobre as dimensões orgânica, psicológica, social e o contexto singular em estudo;

2. Definição das metas dispostas em uma linha de tempo de gestão da clínica, incluindo a negociação das propostas de intervenção com o sujeito doente;
3. Divisão das responsabilidades e das tarefas entre os membros da equipe;
4. Reavaliação quando se concretiza a gestão do PTS, por meio de avaliação e de correção de trajetórias. (15)

O PTS pressupõe o reconhecimento da capacidade de as pessoas interferirem em sua própria relação com a vida e com a doença. À equipe caberia “exercitar uma abertura para o imprevisível e para o novo e lidar com a possível ansiedade” que a proposta traz (p. 88-9) (15). Equivale a afirmar que as equipes teriam maior conexão entre si e protagonismo nas tomadas de decisões, ampliando sua capacidade reflexiva.

## 2.2 POLÍTICA ESTADUAL DE HUMANIZAÇÃO (PEH)

O Estado de São Paulo, ao considerar a heterogeneidade de seus territórios de saúde, aderiu de imediato ao PNHAH.

Alinhado aos objetivos do Programa, o que se desejava era sensibilizar os profissionais dos diversos setores dos hospitais em relação ao tema da humanização, fortalecendo as iniciativas já existentes e promovendo discussões sobre a complexidade das múltiplas dimensões e os atores envolvidos.

Este processo fortaleceu a criação de Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) que envolveram as Secretarias Municipais de Saúde, as Diretorias Regionais de Saúde (DIR) e os hospitais e que foram responsáveis por levantar diagnósticos de demandas locais e por propor projetos institucionais e municipais de humanização, incluindo um projeto mais abrangente para todo o Estado. Inicialmente, existiam dois polos: capital e interior, e micro polos regionais, todos acompanhados por uma equipe do MS, com a participação das equipes dos hospitais envolvidos.

Em 2003, com a criação da PNH, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SES/SP) iniciou um novo percurso de trabalho em humanização, o qual percorreu quatro etapas:

1. Sensibilização dos gestores e dos trabalhadores no que tange à questão da humanização;
2. Formação dos profissionais da saúde para conhecimento conceitual e metodológico de implementação das diretrizes e dos dispositivos específicos da PNH;
3. Composição de uma rede de apoiadores em humanização, por meio da realização de Curso de Formação de Apoiadores da Política de Humanização em parceria com o MS e com o Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo;
4. Produção de um movimento de disseminação e de regionalização das ações de humanização.

Em 2011, dando continuidade à implantação da PNH e à etapa de disseminação e regionalização das ações de humanização, surgiu a Política Estadual de Humanização (PEH). O ponto de partida foi a análise das experiências desenvolvida, desde 2001, junto aos Municípios e às Unidades de Saúde. Foram constituídos eixos de ação baseados nas diretrizes da PNH e na experiência de implantação de ações e de programas de humanização existentes no Estado. Um grupo ampliado bipartite, representado pelos apoiadores do MS, do Núcleo Técnico de Humanização (NTH) da SES/SP, do Conselho de Secretários Municipais do Estado de São Paulo (COSEMS/SP) e outros, validou e apoiou esta construção. (16)

Em seguida, a SES/SP, por meio da Resolução nº 116 de 27/11/12 (17), criou em seus hospitais, ambulatorios e demais serviços de saúde, os Centros Integrados de Humanização (CIH), que consistem em grupos de trabalho compostos por representantes dos diversos setores existentes, com a incumbência de disseminar o conceito e as práticas de humanização em seus respectivos serviços de saúde. Estes grupos estão integrados aos GTHs, aos mecanismos de escuta dos usuários e às questões que envolvem o trabalho em rede. Neste momento, já houve a inclusão dos articuladores, responsáveis pelo acompanhamento da PEH nos territórios. (18)

Os CIHs elaboram o Plano Institucional de Humanização (PIH) de acordo com as características e as necessidades singulares dos serviços de saúde em que atuam, uma vez que estão vinculados diretamente à alta Direção, com função de assessoria técnica voltada às ações de Humanização. O PIH é acompanhado e monitorado pelos Articuladores de Humanização do NTH-SES/SP, além das visitas

técnicas e dos relatórios de acompanhamento. O desempenho do PIH é avaliado como indicador presente no contrato de prestação de serviço das Unidades de Saúde geridas pela SES/SP. (19)

A partir dos resultados alcançados com a formação dos coletivos de humanização e da formulação e implementação dos PIHs, no quadriênio de 2015 a 2018, foram estabelecidos quatro eixos temáticos orientadores, também chamados de responsabilidades básicas do gestor estadual, conforme demonstra a Figura 1.

**Figura 1:** Responsabilidades básicas do Gestor Estadual



Fonte: Estado de São Paulo. (n.p.) (16)

Este estudo está relacionado com o eixo da Produção do Cuidado, cuja orientação é buscar a integralidade, de modo que as três esferas administrativas respondam solidariamente pela atenção à saúde da população, incluindo de fato o usuário no seu processo terapêutico, ampliando a resolutividade no atendimento, agilizando o fluxo de acesso e otimizando a permanência no serviço. Este estudo

buscou, inclusive, observar como essa construção dava-se num ambulatório de especialidades voltado ao público idoso.

### 2.3 POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO

Em 1994, surgiu a Política Nacional do Idoso (PNI), baseada na Constituição Federal Brasileira e fortemente influenciada pelo avanço dos debates internacionais sobre o envelhecimento. A PNI garantiu direitos sociais à população idosa, implicando a família, a sociedade e o Estado, de modo a se certificar de sua inclusão e de sua participação na comunidade, visando ao seu bem estar e ao direito à vida.

Segundo a PNI, o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral. O idoso passa a ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas por meio desta política. Sua implantação demandou adequação e ampliação de serviços para um grupo populacional com características específicas, bem como fomentou a expansão e a capacitação de recursos humanos para lidar com ele. Sua implementação previa saúde, educação, trabalho e previdência, por intermédio de ações governamentais nas áreas de promoção e de assistência social. Ela definia ações e estratégias para cada órgão setorial, negociando recursos financeiros entre as três esferas de governo, além de acompanhar, controlar e avaliar essas ações. (20)

Como resposta, o Estado de São Paulo, por meio da SES/SP, inaugurou, em 2003, o primeiro Centro de Referência do Idoso, localizado na Zona Leste da capital. Este CRI foi concebido com base nas doenças prevalentes para este grupo de risco e com o foco na potencialização da autonomia e da reabilitação. Trata-se de um serviço pioneiro, que conta com um ambulatório de especialidades e com um centro de convivência, voltados à promoção do envelhecimento saudável.

Em 2006, a política voltada ao idoso foi atualizada, dando origem à Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa que previa também, dentre várias necessidades, o enfrentamento da escassez de serviços de saúde de cuidados intermediários no SUS (20). Assim, em 2016, foram criados, na capital paulista, mais três Centros de Referência de Idosos sob gestão estadual.

A saúde da população idosa continuou sendo estudada, inclusive considerando estimativas de impacto econômico, traduzidas numa preocupação em

relação ao fato de a população estar se tornando mais velha e estar gastando mais, como descreveu Félix:

O envelhecimento da população brasileira está relacionado a um fenômeno mundial. Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), em seu último relatório técnico 'Previsões sobre a população mundial', elaborado pelo Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, nos próximos 43 anos o número de pessoas com mais de 60 anos de idade será três vezes maior do que o atual. Os idosos representarão um quarto da população mundial projetada, ou seja, cerca de 2 bilhões de indivíduos (no total de 9,2 bilhões). No critério da Organização Mundial da Saúde (OMS), é considerado idoso o habitante de país em desenvolvimento com 60 anos ou mais e o habitante de país desenvolvido com ou acima de 65 anos. Em 2050, a expectativa de vida nos países desenvolvidos será de 87,5 anos para os homens e 92,5 para as mulheres (contra 70,6 e 78,4 anos em 1998). Já nos países em desenvolvimento, será de 82 anos para homens e 86 para mulheres, ou seja, 21 anos a mais do que os 62,1 e 65,2 atuais. Este fenômeno ocorre devido à redução nas taxas de fecundidade e mortalidade. (n.p.) (4)

Hegemonicamente, as políticas públicas voltadas a este grupo populacional consideram a racionalidade financeira (custos) aliada à perspectiva da política pública do "envelhecimento ativo" que abrange os cuidados em saúde e outros fatores que afetam o modo como as populações envelhecem, dando ênfase a direitos humanos, dignidade, independência (preservação dela, tanto quanto possível) e autorrealização. Focam em doenças prevalentes, frisando que a abordagem dar-se-á por meio da garantia de direitos e não apenas das necessidades. Estimula a igualdade de oportunidades, processos políticos e vida em comunidade. (5)

Estes aspectos são de extrema importância na vida de qualquer ser humano, entretanto, devem ser tomadas precauções para que sua operacionalização não se traduza numa espécie de roteiro cronológico para a vida. São aspectos que podem nortear as ações intersetoriais. Todavia, tudo aquilo que é pensado como protocolo pode não ser suficiente para conter as principais variáveis presentes na vida das pessoas. Será que, ao seguir recomendações, teríamos garantia de uma velhice saudável? E mais, o que podemos considerar como uma velhice saudável?

De acordo com Tótorra, a representação da velhice, na atualidade, está ligada à doença e à perda de força e de vitalidade, quase como uma ameaça, um valor negativo. Há uma cultura de desvalorização da velhice associada às tecnologias de poder de intervenção e de controle sobre o corpo dos velhos,

mobilizando uma variedade de especialistas que normatizam práticas que os submetem a um modelo de vida jovem como ideal de vida. (21)

Os serviços de saúde de nível secundário atendem pessoas idosas que possuem comorbidades<sup>5</sup> e que, comumente, podem estar expostas a um excesso maior de intervenções desnecessárias. Raramente, esta população é analisada sob perspectiva de autores que nos convidam a problematizar este clichê de envelhecer bem.

Envelhecer bem e com qualidade de vida engendram inúmeros dispositivos de controle e de poder sobre a vida dos velhos e dos modos de vida de toda população. É uma exaustão de receituários de como viver bem valorando o que é bom e ruim para se obter uma boa forma. Dispositivos de poder entram em ação! (...) propõe uma afirmação das potências da velhice – forças da resistência ao projeto valorativo eleito pela sociedade. Indica outro modo de existência a ser experimentado, livrando-se das opiniões da maioria, armando uma guerra aos clichês, criando assim um estilo de vida com novas relações de poder sem dominação. Vida nas dobras. (p. 90) (21)

Corroborando esta linha de raciocínio, Passeti alerta quanto ao fato de o velho passar a ser visto como idoso, transformando-se num “nicho de mercado”, promovendo a ideia de que é possível uma suposta qualidade de vida ocupando-os com o consumo, com o lazer e, é claro, com os planos de saúde, tentando convencer que estes seriam os únicos aspectos que poderiam deixá-los mais seguros e confortáveis. (6)

Libertar-se dos valores morais, dando abertura a experimentos singulares, inimitáveis e que não deixem intacto nenhum modelo, pode ser a melhor escolha ética.

Uma ética afirmativa da vida implica uma aliança com a vida liberta dos valores morais, modelos ou justificativas que pretendem erigir ideais de vida transcendentais. Tais ideais são construídos em instituições políticas estatais, privadas ou científicas. Trata-se sempre de parâmetros universais que servem de medida para as ações de todos os viventes. Os profissionais arvoram-se, muitas vezes, em condutores do modo de se viver, instituindo nos viventes a culpa pelos malefícios que venham a sofrer. Na pretensão de dirigir a vida, controlando o seu processo, com o intuito de melhorá-la (entendendo-se governá-la), multiplicam-se as prescrições a serem seguidas como modelos gerais. As singularidades são freadas e as diferenças niveladas e reproduzidas em escalas numéricas e em índices estatísticos (p.33). (21)

---

<sup>5</sup> Comorbidade é a associação de duas ou de várias doenças que aparecem de modo simultâneo em um mesmo indivíduo. (22)

Sob estas perspectivas, este trabalho apresenta uma aprendizagem institucional voltada à assistência realizada nos ambulatórios de idosos do Estado de São Paulo. Convido todos a uma viagem no campo de pesquisa, com atores reais para colocar em análise as forças que atravessam as relações e os encontros entre gestores, trabalhadores da área da saúde e usuários. Trata-se de um campo ao qual as pessoas estão se dedicando, ora produzindo processos de maior colaboração coletiva, ora produzindo processos de maior assujeitamento.

### 3. METODOLOGIA

Cabe esclarecer que para a realização deste trabalho, primeiramente, contatei a gestora do CRI em que a pesquisa seria realizada, expondo-lhe a ideia deste estudo e a forma como se pretendia realizar a coleta dos dados primários. Após os devidos esclarecimentos e seguindo as recomendações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, obtive a autorização da diretoria do CRI. Foi então que, por meio da Plataforma Brasil, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas Unicamp), tendo sido aprovado mediante o parecer número 3.847.163, CAAE 26414119.5.0000.5404.

Trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa e observação participante. Em relação à observação participante, cabe esclarecer que embora não tenha sido esta metodologia estabelecida *a priori*, a mesma foi assim considerada pelo fato de eu ter sido levado a interferir nos fluxos de campo de uma das usuárias acompanhadas. Por conta da abertura possibilitada por ela e pela equipe do CRI, foi possível disparar movimentos de cuidado mais ampliados que não estavam inicialmente previstos no estudo.

O estudo valeu-se de fontes secundárias, como livros, artigos, teses e outros, os quais deram sustentação ao referencial da PNH por abordarem a qualificação do cuidado e por valorizarem a dimensão socioafetiva dos pacientes do SUS. Este referencial levou à utilização de uma metodologia que valorizasse o trabalho em equipe, o aumento do vínculo com o paciente, a democratização da gestão, a ampliação da clínica e o trabalho em rede (2). Também foram utilizados dados primários coletados pela combinação de diversos instrumentos, como entrevistas e anotações no diário de campo, complementadas por gravações de áudio, imediatamente após a observação dos atendimentos. As entrevistas, gravadas em áudio e posteriormente transcritas, tiveram a finalidade de obter informações relevantes sobre as percepções e as experiências dos usuários e dos trabalhadores.

O serviço de saúde pesquisado foi um ambulatório médico especializado, voltado ao público idoso (CRI), localizado no Município de São Paulo, de gestão

estadual<sup>6</sup>. A admissão de seus pacientes é referenciada de acordo com a Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS)<sup>7</sup>.

### 3.1 PROCEDIMENTOS PARA A SELEÇÃO DOS ENTREVISTADOS

A coleta de dados primários ocorreu de março de 2020 a março de 2021, período no qual houve o agravamento da ocorrência da pandemia da COVID-19 e consequente interrupção dos atendimentos presenciais no CRI.

Na primeira abordagem, fui bem acolhido pela enfermeira e pela geriatra, Dra. Cristiane. Expliquei-lhes a pesquisa e as convidei para interferirem na seleção de possíveis pacientes participantes. A colaboração de ambas foi muito importante e foram instantes em que pude me sentir parte daquela equipe.

Desde a escolha dos usuários participantes até a realização das entrevistas, o estudo seguiu as seguintes etapas:

- 1ª etapa: Seleção dos usuários participantes.

A seleção dos usuários participantes foi realizada em parceria com a equipe assistencial responsável pelo acolhimento com classificação de risco (ACCR), que é o primeiro contato do usuário com o serviço. Como critério de inclusão na pesquisa, foi estabelecido que os selecionados deveriam ser conscientes, orientados, com autonomia plena, com cognição preservada e com recursos humanos e materiais necessários para garantir seu bem estar. Era muito importante que os pacientes não desistissem do tratamento e que tivessem acompanhante/cuidador. Eu, a enfermeira e o geriatra decidimos num curto espaço de tempo eventuais candidatos. A ideia inicial era que fossem escolhidos pacientes de baixo, médio e alto risco. Quatro usuários (três mulheres e um homem) aceitaram participar do estudo. Na amostra, havia um casal, de modo que um seria acompanhante do

---

<sup>6</sup> Por questões de privacidade, optei por não divulgar o CRI no qual a pesquisa foi desenvolvida.

<sup>7</sup> Segundo a Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde, o CRI disponibiliza todas as suas vagas neste sistema *on-line* e, por meio de pactuação do território, partes delas são distribuídas para atenção básica dos arredores e outra parte para os municípios vizinhos.

outro. Uma das mulheres não possuía acompanhante e a outra deixou de comparecer após ter passado pelo acolhimento;

- 2ª etapa – Acompanhamento dos usuários.

As consultas e os procedimentos agendados para os idosos participantes deste estudo foram observados diretamente. Logo após a observação de cada um dos encontros, a percepção do pesquisador foi gravada em áudio e, posteriormente, transcrita;

- 3ª etapa – Realização das entrevistas com usuários.

Após algumas consultas e idas ao serviço de saúde, foi gravada em áudio uma entrevista com cada um dos usuários selecionados.

- 4ª etapa – Realização das entrevistas com os trabalhadores.

Foram entrevistados os trabalhadores envolvidos nos referidos atendimentos (e também os que se interessaram pelo estudo), a fim de coletar suas percepções quanto aos cuidados dispensados aos usuários.

- 5ª etapa – Realização da entrevista com a gestora.

A observação direta do campo implicou a necessidade de inclusão de entrevista com a gestora local, uma vez que o contrato de prestação de serviços mostrou-se preponderante na produção do cuidado.

### 3.1.1 Seleção dos usuários participantes

Ao observar atentamente o funcionamento do CRI, constatei que os pacientes entravam um após o outro, o que me levou a ter dificuldades para realizar a escolha, até que num dado momento, a geriatra, Dra. Cristiane, apareceu na porta e fez um sinal, o que compreendi como sendo para prestar atenção à próxima paciente. Tratava-se de D. Gisele, uma paciente com setenta e poucos anos que estava acompanhada do seu filho adulto, que parecia atento e próximo de sua mãe.

Ela questionara o porquê de já ter passado pelo dermatologista do CRI há algum tempo e não ter sido mais chamada.

Em geral, a hierarquização dos serviços no SUS entre a APS e a atenção especializada é pouco compreendida pelos usuários. Percebi que tinha uma

candidata interessante. Ao ser consultada, aceitou participar deste estudo. Seu retorno foi agendado com o geriatra. Percebi uma característica favorável quando lhe foram flexibilizadas possibilidades de agendamento, tanto em relação aos dias da semana quanto aos períodos, de modo a ser mais viável para seu deslocamento.

Posteriormente, adentrou no consultório um casal. Ela era falante e ansiosa; ele, mais introspectivo. Ambos se comunicavam bem. Ela nitidamente tomava a frente da situação e perguntava tudo; ele consentia e aceitava. Tratava-se de D. Cidinha e Sr. Vanderlei, casados, que não tinham mais acesso ao convênio médico particular. Na consulta com a enfermeira, foram feitas muitas perguntas vindas de todas as partes. A enfermeira preenchia dados primários, aferia a pressão e fazia muitas perguntas. D. Cidinha respondia com outras tantas. Chegava até a ser uma situação engraçada.

D. Cidinha foi classificada como de baixo risco; Sr. Vanderlei, por sua vez, de médio. Eu os convidei a participar da pesquisa e eles aceitaram com certa alegria. Entendi que um seria o apoio do outro. Na visão de ambos, o convênio médico particular que tinham era muito bom, pois viabilizava maior acesso a consultas médicas e a exames. Eles tinham receios em relação ao atendimento na rede pública e muitos preconceitos com relação ao SUS.

Até então, três participantes já tinham aderido ao estudo. Entretanto, naquele momento, a pandemia da COVID-19 instaurava-se com força na cidade de São Paulo; os casos aumentavam e já impactavam a ocupação de leitos nas UTIs hospitalares.

Foram então suspensos os atendimentos presenciais no CRI, sendo retomados em julho de 2020, após uma leve queda na taxa de ocupação dos leitos de UTI no Município de São Paulo.

Visto que a intenção inicial era acompanhar quatro usuários idosos, desde sua admissão na AACR para classificação de risco até o momento de sua alta, quando seria, então, aplicado o questionário, voltei ao AACR em busca de um quarto paciente para o estudo, o qual foi selecionado no final de julho de 2020.

O CRI estava estruturado para evitar aglomerações, mas a tensão pairava desde a entrada até as consultas. Expliquei à enfermeira Carolina que seria importante escolher um(a) paciente classificado(a) como de alto risco, compondo, assim, uma amostra que contemplasse diferentes estratificações de risco. Naquele dia, coincidentemente, a Dra. Cristiane novamente era a geriatra no acolhimento.

A enfermeira Carolina explicou-me que a equipe de enfermagem acompanha o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) e a gestão da linha de cuidado. Ela costuma ficar responsável pelos pacientes de alto risco de três geriatras. A prioridade são os pacientes de alto risco. Em um dos dias da semana, ela costuma ficar na classificação de risco e, nos demais, acompanha os pacientes de alto risco nas consultas de enfermagem.

A consulta de enfermagem consiste no retorno do paciente, após o ACCR. É o momento em que são aplicados instrumentos de avaliação gerontológica, como: escala de atividades instrumentais de vida diária; escala de depressão; exame do estado mental; e avaliação da nutrição e da vida social. Após a consulta de enfermagem, no mesmo dia, é realizada a consulta médica.

A enfermeira Carolina iniciou o ACCR. Então, entrou, D. Virgínia, 88 anos, classificada como de alto risco devido a dois critérios: idade e perda repentina de peso. Logo no início do atendimento declarou que gostava muito de falar. Apesar de não possuir acompanhante, percebi que ela poderia contribuir bastante com o estudo.

Carolina explicou-lhe que eu estava realizando um estudo no CRI e que iria acompanhá-las. Continuou a conversa perguntando se ela morava com a irmã (como constava na avaliação feita pela Unidade Básica de Saúde (UBS)). Naquele instante, D. Virgínia demonstrou muita tristeza e informou que morava sozinha há aproximadamente um ano. A situação tinha piorado, pois além da irmã, com quem vivia, naquele intervalo, outras três irmãs haviam morrido. Eram muitos lutos seguidos e num curto espaço de tempo. D. Virgínia relatou: “Ando agora sozinha neste mundo. Tenho só mais um irmão. Não tenho quem me acompanhe nas consultas. Não tive filhos e meu sobrinho não pode se ausentar para vir comigo”.

Quando questionada sobre qual o seu problema de saúde, espontaneamente respondeu: “Tenho tudo! Pressão alta, diabetes e alergia para tudo, exceto dinheiro!”

Prosseguiu relatando que havia feito cirurgia nos joelhos, operado a catarata em um dos olhos e com o outro enxerga muito mal. Nesse momento, mostrou um colírio lubrificante que o “postinho” havia lhe dado e relatou que o uso “não melhorou em nada minha [sua] visão...”

Ela relatou ainda que havia sofrido muitas quedas, mas nenhuma em 2020. Algumas fraturas eram decorrência dessas quedas, uma delas ocorrida há algum tempo, episódio que relatou detalhadamente.

D. Virgínia estudou pouco, uns quatro anos. Considera que sua memória é boa, apesar de todo o sofrimento. Continuou relatando que “o cálcio estava elevado” e, por conta disto, nem leite podia tomar. Ela fazia dieta por conta própria.

Ao final dos vinte minutos de consulta, foi agendada uma nova consulta de retorno com a enfermeira e outra com o geriatra para dali a poucos dias. Orientaram-na a levar todos os exames até então realizados.

Na posição de pesquisador, expliquei-lhe sobre o estudo em andamento. Foi difícil para ela compreender, pois além de estarmos usando máscara, ela tinha dificuldades para escutar. Retomei pausadamente a explicação e ela aceitou participar.

Sua tranquilidade era inabalável. Dava abertura para todos os assuntos. Enquanto abordava os lutos recentes e sua juventude no interior, eu pensava que ela jamais poderia estar morando sozinha, sem nenhuma rede de apoio.

Mundos encontraram-se: o meu e o dela. Ela era muito bem-humorada e resolvida em relação a tudo o que lhe havia acontecido recentemente. No auge de sua lucidez, disparou: “É a vida! Não tenho como não estar triste com estas perdas todas, mas continuo sendo a melhorzinha do meu prédio. Se bobear, ainda socorro os vizinhos”. Despedimo-nos e ela partiu, com dificuldades, para pegar o ônibus de volta para sua casa não muito longe dali.

O estudo já contava, então, com quatro participantes, ou seja, alguns atores já se apresentavam, assim como o imprevisível, marcado por atravessamentos inesperados que me acompanharam por todo o percurso.

Também foram selecionados os sete trabalhadores da área de saúde e a gestora do CRI em questão, que também possui formação médica, os quais seriam posteriormente entrevistados. No entanto, no meio do processo, dois trabalhadores acabaram se desligando, assim como um dos usuários, mas, neste caso, ele continuou sendo mantido, pois o fato de não ter mais comparecido no CRI é bastante significativo<sup>8</sup> para a análise, sendo reflexo do índice de absenteísmo.

---

<sup>8</sup> A não adesão ao tratamento é algo relevante e multifatorial no SUS. Estima-se que 20% dos pacientes agendados não compareçam a exames e consultas.

Assim, finalizei os envolvidos no estudo: quatro usuários, cinco trabalhadores da área da saúde (dois geriatras, uma enfermeira, uma fisioterapeuta e uma assistente social) e a gestora do CRI, os quais foram relacionados no Quadro 2, com suas respectivas identificações.

**Quadro 2:** Relação dos entrevistados

<b>Nome do(a) Entrevistado(a)</b>		<b>Profissão</b>	<b>Idade</b>	<b>Sigla utilizada para identificação</b>
D. Virgínia	Usuária	Aposentada	88 anos	U1
D. Cidinha	Usuária	Aposentada	71 anos	U2
Sr. Vanderlei	Usuário	Aposentado	74 anos	U3
D. Gisele	Usuária	Aposentada	70 e poucos anos	U4
Dr. Joaquim	Trabalhador	Geriatra	Informação não coletada <sup>9</sup>	T1
Dra. Cristiane	Trabalhadora	Geriatra	Informação não coletada	T2
Cleide	Trabalhadora	Enfermeira	Informação não coletada	T3
Marisa	Trabalhadora	Assistente Social	Informação não coletada	T4
Karen	Trabalhadora	Fisioterapeuta	Informação não coletada	T5
Thaís Cristina	Gestora	Gestora	Informação não coletada	G1

Fonte: Elaborado pelo autor.

Cabe destacar que os nomes de todos entrevistados são fictícios, a fim de lhes assegurar confidencialidade e privacidade, preservando suas identidades e, assim, garantindo o uso das informações sem prejuízo para as pessoas e/ou comunidades envolvidas.

Dos três usuários participantes deste estudo, um era do sexo masculino e duas do feminino. A faixa etária de todos estava entre 71 e 88 anos. Uma era solteira e os outros dois formavam um casal. Eram alfabetizados. Residiam em

<sup>9</sup> A idade dos trabalhadores, assim como a da gestora não foi coletada, pois não eram relevantes para o estudo em questão.

apartamento. Utilizavam transporte público e levavam aproximadamente 45 minutos para se deslocarem de suas respectivas residências até o CRI em questão. Utilizavam outros serviços do SUS. Um deles foi encaminhado pela APS e os demais, por terem perdido o convênio médico particular, foram indicados por um conhecido que trabalha internamente no local.

No caso dos trabalhadores participantes deste estudo, apenas um era do sexo masculino.

### 3.2 ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS

O CRI é um serviço muito organizado, bem sinalizado em que os pacientes seguem uma dinâmica organizacional muito bem delineada.

O ACCR ambulatorial funciona da seguinte maneira: a atenção primária à saúde (APS) encaminha pacientes de acordo com as vagas disponibilizadas no sistema CROSS, mediante avaliação própria que sinaliza se o idoso em questão é considerado frágil ou não, o que justifica a necessidade de uma atenção especializada. No entanto, na prática, nem todos os participantes portam uma avaliação da APS. Logo, a equipe do CRI transforma o atendimento do ACCR numa “triagem”, baseada no risco de fragilidade.

Primeiramente, costuma-se realizar uma consulta com a geriatria que faz uma anamnese e classifica se o paciente é de baixo, médio ou alto risco. Esta classificação determina a brevidade com que o mesmo deve retornar para consulta, sendo 15, 30 ou 60 dias, aproximadamente, dependendo da avaliação. Em seguida, em geral, no mesmo dia, o paciente é atendido pela enfermagem que aplica alguns questionários que também ajudam a identificar qual o “principal problema” do paciente, aquele que o levou a buscar um serviço de maior complexidade. Por último, é agendado seu retorno com a geriatria para dar continuidade aos cuidados.

Durante o período pandêmico, o CRI suspendeu os atendimentos presenciais e os profissionais reorganizaram-se para acompanhar seus pacientes por teleatendimento ou até mesmo por videochamada, como ocorreu com a fisioterapia. Concomitantemente, a gestão local foi notificada de que haveria corte de repasse contratual. Além da instabilidade dos vínculos empregatícios, ainda havia

tensão e medo de contágio. Tudo isso num cenário complexo dada as comorbidades e as vulnerabilidades sociais apresentadas pelo público atendido pelo CRI.

Mensurar o impacto era um desafio. Casos de baixo risco poderiam se agravar; exames diagnósticos poderiam demorar mais tempo para serem realizados; idosos e familiares poderiam adoecer e não se recuperar etc. Incontáveis foram as aflições tanto por parte de quem trabalhava quanto de quem era atendido. Questionava-se, então, de que forma isso influenciaria os atendimentos.

No entanto, durante o período de suspensão dos atendimentos presenciais, tive acesso a um documento informal que indicava a evolução dos atendimentos remotos realizados com os três pacientes até então selecionados. As informações obtidas sobre eles apresentam-se no Quadro 3.

**Quadro 3:** Informações sobre os pacientes selecionados, acompanhados temporariamente por teleatendimento

PACIENTE	EVOLUÇÃO
D. CIDINHA	05/03/2020 – Triagem – Baixo risco 23/04/2020 – Teleatendimento – Marisa (Assistente Social) – informa ter tomado vacina, pressão oscilando. Sem mais queixas ou demandas. 04/05/2020 – Teleatendimento – Dr. Joaquim (Geriatra) – aguardar reagendamento de retorno.
SR. VANDERLEI	05/03/2020 – Triagem – Médio risco 03/04/2020 – Teleatendimento – Marisa (Assistente Social) – contato com a esposa que informou ter sido vacinado, sem demandas. 06/04/2020 – Teleatendimento – Cleide (Enfermeira) – estável, sem demandas. 15/04/2020 – Teleatendimento – Dr. Joaquim (Geriatra) - aguardar reagendamento do retorno.
D. GISELE	05/03/2020 – Triagem – Baixo Risco 24/04/2020 – Teleatendimento – Dra. Olga (Dentista) – orientações pandemia – aguardar agendamento de retorno. 05/05/2020 – Teleatendimento – Dr. Jeremias (Geriatra – orientações gerais sobre uso de medicamentos – aguardar reagendamento da consulta. 14/05/2020 – Teleatendimento – Dr. João da Silva (Dermatologista) – não atendeu o telefone.

Fonte: Elaborado pelo autor com base em documento informal.

Em julho de 2020, após uma leve queda na taxa de ocupação dos leitos de UTI no Município de São Paulo, os atendimentos presenciais foram retomados

pelo CRI. A população do Brasil já estava usando máscara e álcool em gel; as ruas estavam mais vazias que de costume.

Ao planejar a forma de coleta de dados primários, de imediato surgiram alguns imprevistos, pois constatei que realizar as anotações no diário durante a realização das consultas influenciava negativamente a cena, o que me levou a transformá-lo em um diário em áudio, gravado imediatamente após o acompanhamento dos atendimentos. Dessa forma, pude registrar minhas próprias observações, sem interferir no andamento da consulta.

### 3.2.1 Atendimento de Sr. Vanderlei e de D. Cidinha

#### a) **Primeira consulta**

No primeiro dia em que acompanhei os pacientes em consulta médica com o geriatra, Dr. Joaquim, o casal D. Cidinha e Sr. Vanderlei estava presente. Novamente me identifiquei e, prontamente, eles recordaram-se de mim. Acharam interessante eu estar lá exclusivamente para acompanhá-los em consulta.

Antes de entrarmos, conversamos alguns minutos sobre amenidades e lhes perguntei como se sentiam em relação à pandemia e como tinha sido o acompanhamento por telefone, realizado pelo CRI. D. Cidinha relatou que não gostou do diálogo com o geriatra por telefone, pois ele parecia ter muita pressa e não estar muito disposto a ouvir o que ela tinha a lhe dizer. Ela gostava muito de falar e de ser ouvida. Ela relatou que o geriatra só queria saber se teve algum mal-estar diferente ou mais forte dos demais, assim como variações na pressão, e só. Pareceu-me que aquele tinha sido o jeito que ela havia encontrado para expressar que tinha sido uma consulta muito impessoal.

Seu marido, Sr. Vanderlei, acompanhava atentamente nossa conversa, acenando positivamente com a cabeça. Percebi que a dinâmica relacional do casal, ao menos quando se tratava de saúde, era que a esposa costumava tomar a frente da situação e gostava de expor todos os detalhes. Informaram-me que os filhos não podiam acompanhá-los e que, normalmente, estavam sempre juntos. “Somos sempre somente nós e o mundo”, afirmou ela.

Senti que estavam bem à vontade com minha presença. Diria que até mais animados, acolhidos talvez, embora eu não trabalhasse naquele serviço. Fiquei refletindo sobre a influência de um pesquisador em campo e a neutralidade pareceu-me praticamente impossível.

Na sequência, ainda antes de realizarem a consulta médica, os dois aferiram a pressão e a saturação, pesaram e mediram.

D. Cidinha foi chamada no consultório do geriatra e ela solicitou para que ela e o marido entrassem juntos na consulta. Dr. Joaquim consentiu e ambos entraram. Teria sido melhor se eu tivesse me apresentado anteriormente, pois o médico não me conhecia e, assim, tive que lhe explicar a minha pesquisa para justificar o motivo da minha presença. O fato de o CRI acolher pesquisadores não garantia completamente a informação sobre o estudo.

A consulta começou com o médico perguntando sobre o quadro clínico de Sr. Vanderlei. Primeiramente, quis saber de quais medicamentos ele fazia uso, o que, no caso dele, eram muitos. É diabético, então, usa vinte unidades de insulina, sinvastatina 20mg, AAS e PROXIMAX (parou porque se trata de um remédio caro).

Neste instante, percebi que o médico estava pensando, talvez refletindo sobre a interação entre os medicamentos e o que poderia ser encontrado na rede pública. Mas, logo foi interrompido pelo relato de ambos, que frisaram que não faziam acompanhamento há mais de dois anos.

Sr. Vanderlei estava aposentado desde 1990, teve câncer de próstata o que o levou à necessidade de realizar vinte e oito sessões de radioterapia. Semestralmente, ambos faziam muitos exames e eram acompanhados pelo cardiologista, oftalmologista e urologista, no caso de Sr. Vanderlei.

O casal expressava-se simultaneamente; quase não dava para distinguir direito quem estava falando, se ele ou ela. Por outro lado, o médico parecia tentar pensar e escrever no prontuário. Percebi, pela expressão de reprovação D. Cidinha, que ela se aborreceu com isso.

O médico pediu calma e falou que, primeiramente, precisava saber de quais os remédios eles faziam uso e depois quais cirurgias já haviam feito, para depois determinar a conduta.

Perguntou ao Sr. Vanderlei se realizava todas as atividades diárias sozinho e se havia sofrido quedas há menos de três meses. Para ambas as questões, a resposta foi positiva. Durante a pandemia, saiu de casa para retirar

medicamentos no “posto” e teve um mal súbito. Referiu que “apagou” e que não se lembrava dos detalhes, a não ser do fato de que, naquele dia, não tinha tomado insulina e das pessoas perguntando-lhe se estava bem. Relatou que, mesmo “inconsciente”, informou seu endereço, pois quando acordou estava em sua residência.

Naquele momento, fiquei em dúvida sobre o porquê de aquela situação importante não ter sido informada no teleatendimento. Teoricamente, se ele a tivesse mencionado, sua consulta presencial poderia ter sido antecipada.

Sr. Vanderlei prosseguiu relatando que sua memória já havia sido melhor, que apresentava surdez, pois havia trabalhado na aviação, na VASP. Naquele instante, D. Cidinha entrevistou, explicando que o fato de não ter recebido seus direitos trabalhistas o levou a “cronificar seu desânimo”, existente desde sempre, mas aprofundado dali em diante. Ela acrescentou que julgava ser esta a principal causa de sua depressão e prosseguiu relatando que ele não queria fazer nada, não queria passear e nem caminhar e sexo não faziam há mais de trinta anos. Ele era fumante e sua tosse a preocupava sobremaneira, pois tinha histórico de câncer na família.

Sem tempo para pausas, o questionário prosseguia. Sr. Vanderlei relatou que já havia retirado um câncer de pele na região da perna, que nunca teve gastrite ou úlcera e que tinha como hábitos comer muito doce e beber pouca água. Assim, o médico solicitou alguns exames e lhe pediu para que se acomodasse na maca para ser auscultado e fazer um exame clínico. O médico constatou que Sr. Vanderlei apresentava varizes nas pernas.

Ao mesmo tempo, D. Cidinha, com todos os pedidos de exame e receitas em mãos, continuava falando muito ansiosa e tensa: “Onde vou fazer os exames? Tem tudo aqui? Dá para pedir Eletro com doppler? Porque sem, de nada adianta!” E continuou: “Ele também tem hérnia, viu? É inguinal e nunca quis operar!”

Finalizando a consulta do Sr. Vanderlei, percebi que o médico havia pedido o Eletro com doppler, havia trocado um dos medicamentos e havia recomendado para que ele continuasse tomando todos os demais remédios até que fossem prontos os resultados dos exames, para então marcar o retorno. A questão do desânimo não foi mais tema da conversa.

Entendi que o médico teria finalizado a consulta do Sr. Vanderlei e que começaria a da D. Cidinha.

O médico repetiu, então, o mesmo procedimento, pedindo que ela relatasse os medicamentos dos quais fazia uso. Um pouco tensa, ela começou (ou continuou a conversa): "Sei tudo de cor, viu? Synthroid, Atenolol 50 mg, vitaminas... todas! (K2, cálcio, magnésio, D...). Tenho insônia e osteoporose no braço esquerdo e fiz bariátrica".

O geriatra a interrompeu e solicitou, com muita calma, que, naquele momento falasse somente os medicamentos que fazia uso e que ainda não abordasse suas queixas. Percebi que ela se irritou muito com isso, mas consentiu. Prosseguiu relatando que tomava Serenata para depressão, que não fazia nenhum efeito, e outro remédio para o intestino. Acrescentou que, desde que se entendia por gente, vinha passando em psiquiatras porque precisava.

Chegou o momento em que D. Cidinha deveria falar sobre as cirurgias realizadas e, então, ela começou a mencioná-las: bariátrica, com desconforto no estômago; cirurgias no olho esquerdo e pouca visão (catarata e transplante de córnea); e colostomia (retirou parte do intestino e vesícula). Continuou relatando sobre o histórico de câncer: lúpus e cardiopatia na família de ambos, e que, inclusive, são primos de primeiro grau. Relatou que tinha rinite; é ex-fumante; faz uso de bebida alcoólica socialmente; tem problema de queda (descer do ônibus é um desafio); memória ruim (acha que tem dislexia, pois nunca decorava as matérias na escola); e problemas com tireoide, pois as pernas sempre incham. Parecia que ela já tinha decorado o roteiro da consulta, mas afirmava ter memória ruim.

Solicitou que gostaria de consulta com o ginecologista do CRI, porque o da UBS ela não queria. Foi interpelada pelo médico que esclareceu que o acompanhamento de rotina era na UBS, pois aquele era um "serviço secundário e referenciado". Questionei-me, então, se D. Cidinha tinha conhecimento de tais termos. Será que eram termos compreensíveis para quem nunca usou o SUS? Realmente, ela não entendeu e se aborreceu um pouco mais.

A consulta seguiu para o exame clínico. Ela queria conversar e pedir mais alguns exames, não se calando nem mesmo durante o tempo em que foi auscultada. Em seguida, pediu exame de urina completo e insistiu no eletro com doppler para o marido. Queria falar mais, mas a consulta havia encerrado e tinha chegado o momento de agendar os exames, no andar térreo. O médico orientou-a para que continuasse com as medicações.

Para o Sr. Vanderlei, o medido pediu exame de sangue, urina tipo II, Raio-X do pulmão, Eletrocardiograma e Eletrodoppler (solicitação de D. Cidinha). Para a D. Cidinha, solicitou exames de sangue, urina, colonoscopia, densitometria óssea, endoscopia alta digestiva e Eletrocardiograma - comum e com doppler. Ela também foi encaminhada ao oftalmologista.

Naquele momento, D. Cidinha lamentou o fato de precisar usar o SUS, referindo-se ao quanto era bom quando tinha convênio particular, porque passava por bons médicos e fazia todos os exames sempre que precisava.

Tentei argumentar e explicar alguns aspectos do SUS, mas ela não se afetou e relatou que gostou do CRI, porque o prédio era limpo. Em seguida, observou uma placa enorme descrevendo as especialidades oferecidas no serviço, uma delas era ginecologia. Ela ficou brava e me questionou: “Por que não me encaminharam para o ginecologista daqui? Jamais vou naquele posto sujo, bem que eu não fui com a cara desse médico!”, disparou com cólera.

Eram críticas ao SUS, num momento em que estava evidente a importância do sistema frente à pandemia da COVID-19. No dia 31 de julho de 2020, o jornal O Estado de São Paulo publicou um editorial explicando sua trajetória e valorizando seus avanços. O artigo ressaltava que, sem o SUS, estaríamos numa situação em que “empilharíamos corpos”. (23)

Alguns dos exames solicitados para D. Cidinha não eram realizados no CRI, como densitometria e colonoscopia, que lhe foram oferecidos na Santa Casa de São Paulo ou no Hospital Heliópolis. D. Cidinha relatou ter tido experiências ruins na Santa Casa, preferindo o Hospital Heliópolis.

Finalizada a consulta, trocamos contatos e pedi que me informassem por WhatsApp seus próximos passos, o que foi consentido por ambos. Despedimo-nos, mas ela frisou a insatisfação e o incômodo com o que é público.

Minhas impressões foram que o paciente idoso (e não só o idoso) precisaria de mais tempo de consulta, inequivocamente. Observei que o casal se referiu a vários aspectos do processo saúde-doença que necessitariam de maior acolhimento. Entretanto, a consulta parece ter uma regularidade a ser desempenhada, um roteiro a ser seguido: primeiro os medicamentos, depois as cirurgias e então as solicitações dos exames para o retorno. Aparentemente, apenas estes aspectos de maior regularidade da prática clínica são insuficientes para produzir um melhor cuidado adequado à saúde.

Um dos desafios da clínica é incluir os modos de seguir a vida na produção do cuidado, ou seja, uma clínica que ajude as pessoas não só a combater as doenças, mas também a se transformarem, de modo que a doença, mesmo sendo um limitante, não as impeçam de viver a vida de outros modos possíveis, inventados por elas.

Os aspectos mais singulares da vida deles, as dúvidas, as expectativas e a vida em si tiveram pouca ou quase nenhuma relevância no decorrer da consulta. Para cada queixa, mais um exame ou mais um medicamento, apesar do cuidado em ter trocado a medicação à qual eles referiam ter parado por conta do preço.

O fato de terem comorbidades e muitas queixas exigia do profissional habilidade de acolhimento em um tempo reduzido de consulta. Eram muitos os desafios: escutar, examinar, fazer as correlações clínicas, receitar, agendar exames, preencher o formulário, além de fazer análise e diagnóstico.

Outro aspecto era a insatisfação principalmente de D. Cidinha, tanto em relação ao atendimento por telefone como à consulta médica. Há, entre trabalhadores e usuários, disputas e diferenças de expectativas em relação à produção do cuidado. Neste atendimento, percebi poucos acordos e elaborações, considerando o casal também como agente de cuidado.

A clínica ampliada consiste numa diretriz da PNH alinhada aos princípios do SUS; afirma a necessidade da modificação das práticas de saúde, adotando um compromisso radical com o sujeito visto de modo singular, considerando suas dimensões socioafetivas. Um aspecto fundamental da clínica ampliada é a definição do foco temático, um consenso – sempre provisório – quanto aos problemas existentes nas diferentes perspectivas dos trabalhadores e dos usuários/familiares. Este foco pode ser ampliado no decorrer dos atendimentos, porém escolhas precisam ser feitas e precisam ser pactuadas sempre que possível, pois, conseqüentemente, favorecem a ampliação do grau de autonomia, ao afirmar que trabalhadores e usuários coproduzem-se na relação que estabelecem; apostam ainda no fortalecimento da equipe multiprofissional.

Pode-se, portanto, afirmar que o encontro do casal D. Cidinha e Sr. Vanderlei com o médico geriatra foi atravessado por indícios de uma clínica mais tradicional, onde o objeto do trabalho em saúde parece reduzir-se apenas à doença.

(2)

Cunha define a clínica ampliada como

Aquela que produz conhecimento a partir do encontro com o usuário e sua singularidade, um cuidado comprometido com a vida, enquanto que a clínica mais tradicional tem como objeto de trabalho apenas a doença, o que torna as pessoas e a vida que trazem consigo um grande problema. (n.p.) (24)

## **b) Consulta de retorno do Sr. Vanderlei**

Acompanhei a consulta de retorno de Sr. Vanderlei com o geriatra. Sr. Vanderlei estava desacompanhado de sua esposa e portava o resultado dos exames realizados. Percebi que seu aspecto era bem melhor que da última vez que o tinha visto. Lembro-me de que ele parecia deprimido e que o médico lhe havia receitado Fluoxetina. Fiquei em dúvida se a causa de sua ótima aparência seria os efeitos do antidepressivo ou a ausência de sua esposa. Era de impressionar, olhava olho-no-olho, atento a tudo. Quando lhe perguntei por sua esposa, queixou-se do fato de não terem marcado o retorno de ambos para o mesmo dia, fato que o havia incomodado bastante. Expliquei-lhe que, devido à diferença na classificação de risco, visto que ele apresentava risco médio e ela, baixo, segundo os critérios do serviço de saúde, ele deveria voltar antes que ela. Continuou contrariado. Parecia importante para ele estar junto com ela.

Na primeira vez, o casal havia passado junto por consulta. Independentemente dos critérios, se pensarmos na logística e na quantidade de vezes que deveriam comparecer ao serviço, seria importante não estarem sozinhos, o que inclusive, também reduziria o risco de absenteísmo. Para um idoso, o ideal é sempre estar acompanhado.

Na consulta, Sr. Vanderlei estava mais à vontade e o médico já me conhecia. Pediu as receitas ou os remédios que ele estava tomando. Houve desconforto, pois não portava nenhum dos dois. Foi frisado que era imprescindível que ele os trouxesse na vez seguinte. No entanto, Sr. Vanderlei sabia de tudo o que tomava e as respectivas dosagens: insulina, 10 unidades; sinvastatina e outros. O médico orientou para que mantivesse todas as medicações e continuasse com a Fluoxetina. Quanto aos exames, já estavam constando em seu prontuário e os resultados eram bons, inclusive o da radiografia dos pulmões, que mesmo em se tratando de um fumante, como afirmou o geriatra, mostrava bom aspecto. Por último, Sr. Vanderlei realizou o exame físico.

Esta primeira parte da consulta seguiu as regularidades previstas, de acordo com o que eu já havia presenciado. Porém, Sr. Vanderlei estava preocupado quanto à dosagem do antígeno prostático específico (PSA), pois já havia feito cirurgia de correção na próstata. Insisti para que ele questionasse ao médico que lhe esclareceu todas as dúvidas, mostrando que o índice estava bom, considerando sua condição.

O médico solicitou mais um exame de sangue e lhe pediu que agendasse nova consulta. O paciente queria mais explicações, pois “se estava tudo bem, por que fazer outro exame?” Não houve muito tempo para explicações ou quaisquer negociações, pois a consulta foi encerrada.

Ao sair do consultório, perguntei-lhe o que havia achado. Em suas palavras, respondeu que a consulta foi “breve e leve”. Estava aliviado com os resultados, mas novamente questionou o porquê da necessidade de realizar outro exame de sangue. Percebi, então, o incômodo gerado.

### **c) A consulta de D. Cidinha com o Otorrinolaringologista**

Acompanhei D. Cidinha à consulta com o otorrinolaringologista. Sua queixa era suspeita de contaminação por COVID-19. Foi um momento confuso. A paciente tinha uma expectativa de leitura de laudo de exames que não condizia com a especialidade médica. O exame clínico foi realizado, mas D. Cidinha continuou com dúvidas que só poderiam ser esclarecidas por outro especialista.

A impressão que ficou foi a de que D. Cidinha tinha necessidade de consumir consultas, remédios e exames. Ficava insatisfeita com todos os atendimentos.

### **3.2.2 Atendimento de D. Virgínia**

#### **a) Primeira Consulta**

Encontrei D. Virgínia na recepção. Aguardei até que ela finalizasse o preenchimento de sua ficha e observei toda sua dificuldade em me ouvir e em se

locomover, sendo a maior delas a comunicação, pois tinha tanto a audição quanto a visão bastante comprometidas.

Após a triagem, a enfermeira Cleide chamou-nos no consultório ao lado para a “consulta de linha de cuidado”, um procedimento que todos os pacientes recém-admitidos realizam previamente à consulta com o geriatra. Cabe ressaltar que os outros participantes não tiveram este momento de forma presencial, pois foram contatados por telefone por conta da pandemia e, posteriormente, foram agendados diretamente com o geriatra.

Ao entrarmos na sala, apresentei-me ao geriatra e lhe expliquei rapidamente o porquê de minha presença e do acompanhamento da paciente. Tudo estava muito organizado. A enfermeira utilizou um questionário completo que classificava a situação de saúde da idosa. Durante as várias perguntas, recordava-me de que D. Virgínia estava ali porque havia sido encaminhada pela UBS e que havia sido classificada como de alto risco, principalmente pela perda de peso brusca e pela idade avançada.

Durante o atendimento, D. Virgínia respondeu com orgulho que vivia e fazia tudo sozinha. Uma vez na semana, contava com a ajuda de uma faxineira, mas era só. Não saía de casa para longe, pois tinha medo do vírus. Ela explicou que, no andar térreo de seu prédio, há vários comércios que fornecem tudo o que ela precisa.

Ela relatou que tomava insulina duas vezes ao dia e que tinha diabetes há 42 anos, mas que nunca havia sentido nenhum desconforto, exceto pela vontade de comer doce – prazer que ela se dava de vez em quando. Esclareceu que a língua era a única coisa que não doía. Referiu ter boa memória e que seus grandes problemas eram a audição e a visão. Em relação à dor no corpo e a deambular lentamente pareciam que não a incomodavam tanto. Lamentou não ter conseguido operar, pela terceira vez, o joelho direito, por conta da pandemia, e a catarata, pois um médico particular achou muito arriscado. Percebi que talvez ela tivesse dificuldade com temporalidade, pois os relatos pareciam distantes um do outro e, quando questionada sobre há quanto tempo tinha sido isso, ela pareceu confundir-se. A enfermeira Cleide percebeu e insistiu no final.

Eram muitas perguntas. Até mesmo eu já estava confuso, imagine uma senhora de 88 anos, com audição comprometida e utilizando máscara...

D. Virgínia prosseguiu respondendo que ia ao banheiro normalmente e que não tinha incontinência urinária. Disse que sempre teve muita saúde e as limitações faziam parte de sua idade avançada.

A enfermeira Cleide fez algumas orientações para que retirasse os tapetes da casa e usasse sapatos fechados e antiderrapantes. Ela respondeu que já seguia estas regras, pois havia sofrido quedas e, então, relatou com detalhes a história ocorria no ponto de ônibus, quando um homem esbarrou nela.

Eram muitos detalhes para quem precisava seguir um roteiro estabelecido. Ao ser novamente questionada, ela relatou, pela terceira vez, que sempre andava de ônibus.

A enfermeira perguntou-lhe se havia diminuído a quantidade de comida ingerida e ela respondeu negativamente. Quanto ao questionamento sobre sua perda de peso e se havia parado de comer, novamente, ela respondeu que a perda de peso, assim como a falta de apetite eram devido ao luto. Tema ao qual sempre retornava e acabava não respondendo o que havia sido perguntado. A julgar por duas semanas antes, quando eu a havia visto, não parecia que ela tivesse perdido peso. Ressaltei este aspecto à profissional, passando então de observador a interventor, mas ela já tinha os dados do ACCR.

Dali em diante, D. Virgínia começou mais uma bateria de testes. Primeiro, o Mini Exame do Estado Mental (MEEM)<sup>10</sup>, ao qual ela respondeu sem muita dificuldade. Cognição não parecia ser seu problema. Sabia o dia da semana, a data, o ano, o horário que havia chegado ao CRI, o bairro e a cidade. Completou afirmando que não conhecia muito bem a cidade além de seu bairro e, mesmo assim, foi questionada se sabia onde se encontrava, pergunta à qual ela respondeu prontamente que era São Paulo, com uma expressão de quem não tivesse sido ouvida ou que estaria enlouquecendo.

D. Virgínia afirmou que acreditava em Deus e que frequentava a Igreja Presbiteriana. Também fez contas de subtração, embora com alguma dificuldade. Mal havia respondido a uma questão e já tinha que responder a outra, num tempo recorde até para mim. Memorizou três palavras das quais deveria se lembrar ao final, mas se lembrou apenas de duas. Repetiu bem o que lhe foi pedido e copiou

---

<sup>10</sup> O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) é um teste utilizado para avaliar a função cognitiva do paciente.

um desenho com muita dificuldade motora. Leu bem uma frase escrita no papel e, assim, foi finalizado o bloco de questões.

A enfermeira Cleide pediu para que ela pegasse um papel com a mão direita, o dobrasse e o jogasse no chão. Ela o pegou, o dobrou e fingiu jogá-lo, mas o devolveu. Nitidamente, ela havia compreendido o que era para fazer, mas não jogou o papel no chão, provavelmente, por educação ou por limitação motora. Foi interpelada para que atendesse ao que lhe havia sido pedido. Então, muito contrariada, jogou o papel no chão.

Nesse ponto, eu me atento para o quanto aplicar um instrumento à exaustão pode fazer com que as pessoas deixem de observar certos detalhes, podendo influenciar até mesmo o resultado. Para haver um encontro de fato, deve haver uma aproximação de horizontes. É necessário observar singularidades que possam ajudar na comunicação para além das limitações físicas. D. Virgínia sabia qual era sua cidade, então, por que questioná-la mais de uma vez. Ela entendeu que era para jogar o papel no chão, então, por que insistir se ela não havia se sentido bem em ter que fazer isso?

Era um momento atravessado por diversas forças: uma agenda ainda com diversos pacientes para serem atendidos, metas a serem cumpridas provenientes de uma contratualização; cenário de pandemia com uma doença extremamente contagiosa, perigosa e sem nenhum tratamento eficaz; uma idosa longeva, desacompanhada e que estava sem se alimentar há um período de tempo considerável, pois havia chegado muito antes da hora marcada; e um pesquisador que a estava observando e analisando o atendimento.

Por fim, a consulta foi concluída e D. Virgínia foi afirmativa ao frisar que estava satisfeita com a vida, que tinha limitações, mas preenchia sua vida com outras coisas. Valia a pena estar viva, apesar de tudo. Repetiu, como havia feito dias atrás, que na sua faixa etária, “era a melhorzinha do prédio em que morava”.

Quanto a pistas importantes sobre o que significa ter uma grande saúde, Canguilhem afirma:

Ser sadio significa não apenas ser normal em uma situação determinada, mas ser, também, normativo, nessa situação e em outras situações eventuais. O que caracteriza a saúde é a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas. (p. 148)  
(25)

No relato de D. Virgínia, o luto ganhava relevo. Diante das perdas, ela apresentava uma aceitação daquilo que lhe havia acontecido de forma muito corajosa e afirmativa. Deixou muito claro que desejava viver e que queria cuidar de si.

Neste atendimento, percebi que, apesar do cumprimento dos protocolos, dos testes e das regularidades, houve certa conexão entre o profissional e a usuária, demonstrando certo grau de implicação nos processos de saúde-doença e nos modos de vida da D. Virgínia, pois mesmo sutis, a paciente conseguiu relatar um pouco mais sobre os sentidos do cuidado, e foi ouvida.

Alguns aspectos repetiram-se. Foi uma anamnese completa. Perguntava-se sobre tudo, por exemplo, com quem morava, se tinha algum parente próximo ou cuidador etc. Era uma tentativa de entender, minimamente, a dinâmica de vida do paciente. Mas, haveria conexão entre essas prerrogativas e o cuidado para com a paciente? Minhas questões continuavam a aflorar.

Partimos, então, para o outro andar do prédio do CRI, para a consulta com o geriatra. Eu pensava no fato de aquela paciente ser de alto risco. O que poderia ser modificado no seu percurso dentro do CRI por conta disso?

A rotina prosseguiu. O médico perguntou-lhe sobre os medicamentos dos quais fazia uso. D. Virgínia novamente respondeu Losartan e Insulina, vinte ou dez unidades, dependendo da situação. Ele preocupou-se e lhe pediu para que trouxesse suas receitas ou os próprios medicamentos dali em diante. Tratava-se de mais uma paciente que não havia levado nem as receitas, nem os remédios.

Ele prosseguiu questionando sobre seus familiares mais próximos e, então, ela retornou ao luto. Novamente, ela repetiu as perdas recentes sofridas, que o irmão mais próximo morava em Santo André e a sobrinha mais próxima, em São Caetano, mas pouco se encontram, pois “cada um tinha a sua vida”. Pela mudança de expressão do médico, percebi sua preocupação com relação à falta de uma rede de apoio próxima à D. Virgínia.

D. Virgínia explicou-lhe que só ia ao “postinho” e que não tinha exames recentes. O médico perguntou-lhe sobre qual especialista ela costumava passar e, visivelmente, o termo “especialista” não lhe era familiar. Respondeu apenas “médico do postinho”. Ele insistiu, perguntando quando foi a última vez em que tinha ido ao ginecologista e ela lhe respondeu que nunca foi preciso.

D. Virgínia continuou relatando sobre as quedas. Como anteriormente, teve dificuldade devido ao lapso de tempo. Então, deu início a uma sequência de repetições em relação à consulta anterior: memória boa, queixava-se de tristeza, não tinha incontinência urinária, era diabética e havia operado o joelho direito. Até mesmo eu estava confuso com tanta repetição. Impressionante o fato de ter que repetir as mesmas perguntas no ACCR, na consulta com a enfermeira e novamente na consulta com o geriatra.

O médico perguntou-lhe sobre o uso de próteses, outro termo que ela não reconheceu, mas respondeu que colocou pino e placa no joelho. Referiu-se ao histórico de câncer na família e ao fato de nunca ter fumado e nem bebido.

O médico receitou-lhe Fluoxetina, justificando que era para melhorar a tristeza. Percebi, então, que ela nunca tinha tido contato com nenhum antidepressivo. Ele também lhe receitou vitamina para os ossos, frisando que aquela deveria ser comprada, pois não tinha disponível no posto.

D. Virgínia reclamou que não podia tomar leite (um grande prazer para ela), devido a um problema sério nos rins. O médico, então, solicitou uma ultrassonografia renal. Ao realizar o exame clínico, o médico percebeu sua dificuldade para subir na maca.

A consulta foi rápida. Eram muitos papéis em suas mãos, então, perguntei-me se ela saberia lidar com tudo aquilo. Constatei que todos os exames solicitados eram realizados no próprio CRI, mas me preocupei se seriam agendados em breve. Eu a acompanhei na marcação dos mesmos.

## **b) A realização da ultrassonografia de D. Virgínia**

Passaram-se os dias. No início de outubro, acompanhei D. Virgínia que havia ido ao CRI para realizar uma ultrassonografia dos rins, solicitada na última consulta. Após o exame, conversamos e ela repetiu algumas histórias sobre seu luto, como se nunca as tivesse me contado.

A ultrassonografista trouxe o laudo do exame e D. Virgínia tinha a expectativa de que o médico já o veria e que, naquele mesmo dia, já passaria pela consulta. Este é um ponto interessante, pois demonstra que os usuários têm expectativas sobre seu tratamento. No entanto, embora já frequentasse o serviço há alguns meses, ainda detinha poucas informações sobre seu funcionamento.

Expliquei-lhe a maneira como o serviço funcionava e que, somente após a realização de todos os exames solicitados na consulta, é que seria marcado o retorno com o geriatra.

Ela manifestou sua preocupação em relação ao fato de o médico do “postinho” ter cancelado uma de suas medicações e relatou que tinha caído, mas não sabia precisar quando. Entendi que era uma paciente que precisava de acompanhamentos com mais frequência, não bastava apenas agendar seus procedimentos com mais brevidade.

Há estudos que analisam fatores de risco que podem determinar o perfil de idosos com maior risco de quedas. De acordo com Rodrigues et al., por meio de um estudo de base populacional, D. Virgínia possuía os fatores mais prevalentes: mais de 80 anos, artrite no joelho e uso de benzodiazepínicos (medicamento para depressão). A maioria dos idosos necessita de atendimento médico após queda. (26)

Recordei-me que, durante a consulta com a enfermeira, ao ser avaliada pela escala de depressão, D. Virgínia havia sido muito segura ao responder positivamente que desejava viver. Além disso, durante seus atendimentos anteriores não havia observado nenhum indício de tristeza mais acentuada ou fora dos padrões para uma pessoa que havia passado por tantos lutos familiares. Ainda assim, ela começou a tomar antidepressivo.

Enquanto pesquisador e também enquanto implicado com o campo de pesquisa, procurei a assistente social para melhor acolher aquela paciente. Marisa, muito atenta, escutou meu relato sobre minha preocupação com relação aos exames laboratoriais de D. Virgínia que ainda não tinham sido agendados, mesmo ela sendo um caso de alto risco. Mencionei, inclusive, os lutos que vivia e a falta de suporte familiar. Prontamente, Marisa conversou com a paciente e solicitou o contato de alguém da família que pudesse lhe ajudar com os agendamentos e com o tratamento. Entretanto, diante da situação, dali em diante, Marisa assumiu todos os agendamentos e os comunicou à D. Virgínia que, inclusive, possuía apenas telefone fixo em sua residência.

Frente a este caso, algumas questões interpelarem-me, tais como a conexão estabelecida entre D. Virgínia e a UBS de referência? Será que teria alguém de Estratégia de Saúde da Família (ESF) que lhe pudesse fazer uma visita domiciliar? Existia a possibilidade de ser um caso elegível para o Programa de

Acompanhamento de Idoso (PAI) municipal? Estas questões trazem o grande desafio da produção de redes entre os serviços de saúde e a rede de apoio da paciente, ou seja, as conexões de D. Virgínia com os seus modos de caminhar na vida.

Existiam expectativas por parte de todos nós: da usuária, minhas e de Marisa. A situação de D. Virgínia indicava a necessidade da produção de um plano de cuidados multidisciplinar, pois eram inúmeras as demandas. Neste sentido, a PNH apresenta o dispositivo Projeto Terapêutico Singular (PTS), que se trata da diretriz clínica ampliada e que consiste em propostas terapêuticas articuladas para um indivíduo, uma família ou um grupo. O PTS é resultante da integração de uma equipe interdisciplinar que constrói um vínculo com o paciente, envolvendo-o nas decisões e nas ações a serem realizadas. No caso de D. Virgínia, poderiam ainda envolver a atenção primária à saúde do território.

### **c) Consulta de retorno de D. Virgínia**

Na consulta de retorno de D. Virgínia, ficamos conversando antes de ela ser atendida. Ela relatou a morte do último irmão, ocorrida na semana anterior, vítima de câncer no esôfago. Ela tinha realizado todos os exames e parecia tranquila. Afirmava que sua saúde era muito boa, no entanto, continuava queixando-se do luto.

Na consulta, o médico perguntou como ela estava se sentindo e ouviu sobre a perda do irmão. Percebi que ele ficou preocupado e me perguntou se eu também a acompanhava nos outros serviços de saúde que ela frequentava. Respondi que não. Então, ele solicitou uma consulta com a assistente social e prosseguiu pedindo as receitas de todos os medicamentos que ela tomava. Novamente, ela disse que não tinha e falou que “sabia tudo de cabeça, então, não era preciso levá-las”. Justificou e citou: Losartan, Atenolol e insulina e as respectivas dosagens.

O médico manteve as mesmas medicações, mencionou que os resultados dos exames estavam bons, exceto o baixo nível de vitamina D que, inclusive, ele já lhe havia prescrito, mas que ela não havia tomado.

D. Virgínia justificou que o “médico do postinho” havia lhe dito que a vitamina D não era boa para ela porque tinha muito cálcio. Dr. Joaquim insistiu que ela precisava tomar de qualquer forma e, novamente, a prescreveu. Disse que

queria vê-la após coletar novo exame de sangue, realizar a Densitometria óssea e o Eletrocardiograma.

Saindo da consulta, eu a acompanhei até o serviço social para pedir um apoio na marcação dos exames e da consulta, além de sugerir contato com a UBS de referência para uma visita domiciliar. Expliquei tudo para Marisa, que já estava acompanhando o caso. Mas, pelo que D. Virgínia explicou, na UBS em que faz acompanhamento não tinha ESF. Marisa ficou de marcar os exames e de avisá-la, além de contatar a UBS responsável e algum vizinho para que pudesse, de alguma maneira, auxiliar D. Virgínia no dia-a-dia, pois não havia obtido sucesso ao buscar contato com alguns de seus familiares.

### 3.3 REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

Para coleta de dados primários foram utilizados questionários, elaborados com base nos principais temas constantes no referencial da PNH. Aos usuários foi aplicado um questionário semiestruturado, composto por dezoito (18) perguntas, sendo dez (10) abertas e oito (8) fechadas, que versaram sobre características socioeconômicas, criação de vínculo, principal problema de saúde, espaço de fala para que pudessem emitir suas opiniões e clareza das orientações (APÊNDICE A). Aos trabalhadores da área da saúde foi aplicado um questionário aberto, composto por nove (9) perguntas que versaram sobre autonomia e participação no projeto terapêutico, trabalho em equipe, relação com a rede e reuniões de equipe (APÊNDICE B). À gestora foi aplicado um questionário aberto, composto por doze (12) perguntas que versaram sobre autonomia, relação com a SES/SP, contrato de prestação de serviços, modelo de atenção do serviço e trabalho em rede (APÊNDICE C).

Antes de dar início a todas as entrevistas, foi feita a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D), o qual esclarecia a natureza da pesquisa, os objetivos, os métodos, os riscos e os benefícios. O direito à livre participação e à desistência a qualquer momento foi assegurado a todos os participantes.

Nos casos de D. Cidinha e do Sr. Vanderlei, consegui conversar com eles sobre suas percepções no próprio serviço de saúde. Fizeram seus apontamentos de forma bem direta e rápida, sem muitos detalhes. Em nossos encontros, percebi o desejo de que aquilo fosse da forma mais breve possível. Respeito e trabalho com as possibilidades que se apresentam.

No caso de D. Virgínia, não ocorreu o mesmo, pois ela era o que denominaria “ponto fora da curva”, por apresentar uma velhice contra hegemônica. Desde o princípio, trazia indícios de uma vida afirmativa, campo aberto para fazer eclodir a produção do cuidado, objeto deste estudo.

Cheguei a tentar estabelecer uma conversa com D. Virgínia, mas se mostrou frustrada. Entretanto, jamais pensaria em desistir tão facilmente. Novamente, entrei em contato com ela e me propus a ir em seu apartamento, caso ela concordasse. Tinha expectativa de obter outras informações além das pré-determinadas pela entrevista; queria ouvi-la falar de sua vida, sem o relógio atrapalhando, aprofundando as questões de uma velhice mais afirmativa. E deu certo! Acompanhado de uma parceira de trabalho, a Articuladora de Humanização daquele território, pude acolher melhor sua perspectiva, que ficou muito mais clara. Ela deu muitas pistas de como cuidar de si.

#### **a) A entrevista com D. Virgínia**

A entrevista com D. Virgínia ocorreu em uma segunda-feira. Ao chegar em sua residência, um apartamento localizado no bairro do Ipiranga, em São Paulo (Figura 2), mal havíamos começado a conversar e fiquei bastante apreensivo, pois ela havia sofrido uma queda da própria altura na sala e havia batido a cabeça. Tentei controlar minha tensão e lhe pedi autorização para gravar nossa conversa para posterior transcrição. D. Virgínia, bem-humorada como sempre, respondeu: “Claro que pode! Mas você vai ter de alterar algumas coisas, porque falo muita besteira”.

**Figura 2:** Eu e D. Virgínia em seu apartamento



© Marisa Hatsue Shimizu.  
Fonte: Arquivo do autor.

Impressionado com a calma e com a lucidez com que relatava o ocorrido, sinalizei que ela poderia prosseguir. Ela relatou que “havia caído na sala por um descuido; havia calculado mal a distância em que a cadeira se encontrava e acabou batendo a cabeça. Sangrou muito, mas ela era forte. Levantou-se, pegou o interfone e pediu ao porteiro para que chamasse um taxista.” Eu não tenho dúvidas de que ela é forte!

D. Virgínia continuou seu relato, explicando que pegou os seus documentos e desceu. Logo em seguida, o motorista chegou; era um conhecido seu, que a levou até o hospital público ali perto. Segundo ela, “lá era de primeira o atendimento; o atendimento era de primeiro mundo!”

Eu lhe perguntei em qual hospital público ela tinha ido. Ela demorou para responder, mas me passou o endereço. Tratava-se do Hospital Ipiranga. Era incrível como, no auge de seus quase 89 anos, ela caiu, levantou-se e, logo a seguir, articulou quem a socorresse.

Ela relatou que, assim que chegara ao hospital, o médico pediu para que preenchesse a ficha e a atendeu. Ele ficou atônito, pois não acreditava que ela estava consciente naquela idade, tendo perdido tanto sangue. Segundo ela, “ele ficou pasmo com o fato de eu não ter desmaiado e ter chegado acordada”. Ela virou atração no hospital. Rapidinho, foi embora de lá, com a receita de um remédio, caso sentisse alguma dor. No entanto, ela nem o tomou, porque não sentiu mais nada.

D. Virgínia cuidava de si e de suas relações, mostrando que é possível superar as limitações impostas pela vida ou pela falta de instituições que pudessem melhor assisti-la. Sua velhice escapa do discurso hegemônico da sociedade. Um sujeito aberto a novas possibilidades de produção de cuidado e de vida. Ela traça caminhos que nenhum protocolo pode prever. Desafia o que é instituído. Para Foucault, “o ‘cuidado de si’ é indissociável da relação com os outros, pois não constitui um exercício da solidão, mas sim uma prática social.” (p.57) (27).

Continuamos o diálogo e eu lhe pedi para observar a cicatrização do corte. Ela me mostrou e não era um corte pequeno. Em seguida, tocou o telefone; era uma gravação. Ela estava esperando uma amiga enfermeira que, às vezes, passava por lá para vê-la. Disse que se tratava de uma amiga da família, que havia trabalhado 32 anos num hospital privado. Segundo ela, esta sua amiga iria passar por lá para verificar como ela estava se sentindo em virtude da queda, aproveitando que ia levar o carro para arrumar numa oficina ali perto. D. Virgínia tinha uma rede de apoio.

O telefone tocou novamente. Daquela vez, era o porteiro perguntando se estava tudo bem e quem era a pessoa que a visitaria. Ela explicou-lhe tudo. A seguir, afirmou-me que o porteiro “era um amor, sempre perguntava se estava bem.”

Soube que a assistente social da UBS tinha ido visitar D. Virgínia. Segundo ela, foi lá para trocar a receita de insulina porque seu médico tinha se aposentado e ela já tinha lhe arrumado outro. Na verdade, sabia que a assistente social do CRI havia acionado a UBS, tentando incluí-la no Programa de Acompanhamento de Idosos, pois me recordei da conversa com a assistente social tempos atrás, quando ela estabeleceu essa conexão e eu lhe havia perguntado se D. Virgínia atendia aos critérios estabelecidos e se passaria a ter um acompanhante nas diversas idas aos serviços médicos. Mas, naquele momento, ela ainda não tinha resposta.

D. Virgínia relatou:

Pena que moro sozinha, porque aqui o bairro é muito bom, tem de tudo que eu preciso e perto daqui. Tem até aquela loja que pinta o corpo [tatuagem]. Minha família já é pouca. Uma parte está em Curitiba e outra em São Caetano. Sempre me chamam para morar nos dois lugares, mas eu não quero sair daqui. Eles gostam demais de mim, se preocupam comigo. Minha sobrinha ficou muito brava quando soube que caí, mas imagine se eu iria tirá-la de casa só para me socorrer!

Pergunto-lhe se essa sobrinha não poderia vir morar com ela e ela me explica:

Ela já tem 65 anos também; tem marido e filhos, não seria correto. Morei bastante tempo naquela cidade. Preciso admitir que, na minha idade, mesmo estando muito lúcida, não posso estar morando sozinha. Meus vizinhos ficam fora o dia todo, se algo me ocorre, eles não poderiam ajudar.

Ela me pediu para que eu me aproximasse, pois não estava escutando bem. Percebi, então, que ela estava adorando tanto a companhia como estar sendo entrevistada.

Perguntei-lhe sobre a vacina de COVID-19 e ela me informou que já havia tomado. Relatou que “as meninas do postinho” tinham ido vacinar os acamados do prédio e aproveitaram também para vaciná-la. Naquele momento, ela já havia tomado as duas primeiras doses.

Ela continuou relatando que, quando caiu, o médico do hospital havia lhe prescrito um remédio, mas nem precisou tomá-lo. Ela própria fica admirada sobre quanto é forte. Então, eu perguntei-lhe por que acredita ser forte assim? Ela explicou que não sabe ao certo. Segundo ela:

Digo que nada me enraivece. Desde pequena já tinha cabeça formada. Meu pai morreu muito cedo, eu tinha 14 anos. Não vendi o sítio. Meus tios moravam perto e ficamos por lá, pois precisava cuidar dos meus três irmãos menores. Sou de Santa Rosa de Viterbo, perto de Ribeirão Preto. Não estudei para que os menores pudessem fazê-lo. Anos atrás, vendemos uma casa em São Caetano e minha irmã, a que faleceu não faz muito tempo, me cedeu sua parte para que eu comprasse este apartamento. Eles me achavam uma heroína. São pobres, mas estudados, até os meus sobrinhos! Minha família gosta de estudar. Tenho muito orgulho de ter colaborado com isso.

Ela falou que estava me atrapalhando demais, mas eu lhe expliquei que estava lá para escutá-la. Lembrei-me da consulta com a enfermeira, quando D. Virgínia tinha afirmado que valia a pena viver. Não duvidei disso! Questionei sobre o que será que há no leite dela? Não enraivecer, ser altruísta e nunca reclamar. Devemos levar isso muito a sério!

D. Virgínia continuou a dar pistas sobre o sujeito do cuidado de si. Lembrei-me então de Tótora que afirma:

O sujeito do cuidado de si é aquele que se orienta por verdades que constrói, e essas verdades se traduzem em ações éticas visíveis em seus

atos e posturas corporais. Bem diferente disso, é uma verdade a ser decifrada como segredo de consciência, seja por especialistas, seja por diretores religiosos. Nesse último caso, trata-se de um dispositivo de dominação, enquanto no anterior seria um exercício de liberdade. (p. 42)  
(21)

O cuidado existe na forma como D. Virgínia articula suas necessidades e na leveza com que processa seus problemas. Há muita riqueza em seu relato, que evidencia como o usuário pode ser fabricante de sua própria integralidade. Ela tem um porteiro que se preocupa com ela; um taxista de prontidão; uma enfermeira amiga; as “mocinhas” da UBS que a visitam esporadicamente e a família que, apesar da distância, mantém contato. Apesar de ter passado por lutos seguidos, isso não abalou o seu desejo de viver.

Então, como abordar isso com os usuários velhos no CRI? Como é possível mobilizar estas forças vitais em relação a outros usuários do CRI?

Mesmo tendo constatado que os espaços de discussão entre os trabalhadores eram raros naquele momento, decidi aproveitar as possibilidades identificadas no campo, traduzidas na forma mais ampliada de analisar o processo saúde-doença que observei na gestora e em parte da equipe assistencial.

O relato de nova queda de D. Virgínia, deixou-me profundamente preocupado. Assim, propus à Articuladora de Humanização que apoia o CRI uma discussão do caso com a equipe que a atendia e com a gestão.

Marcamos a data para a semana seguinte. Aproveitei e convidei meu apoiador da SES/SP, um médico sanitaria. Tinha expectativas de que evoluíssemos para um PTS, no qual a própria D. Virgínia seria incluída diretamente no processo terapêutico. Mas, era preciso iniciar a problematização, aprofundar aquela situação de alguma forma. Ansiosamente, aguardei alguns dias até que chegasse o momento desse encontro.

#### **a) Retorno da consulta de D. Virgínia, após entrevista**

Primeiramente, cabe mencionar que este retorno de D. Virgínia ao CRI apresenta-se aqui relatado, pois muitas ações foram decorrentes de ações por mim disparadas, em conjunto com a assistente social e com uma equipe de apoio.

Quando cheguei no CRI, percebi que a equipe estava receptiva. Observei atentamente, pensando em como dar início à conversa. Estavam presentes algumas

peças que não sabiam nada sobre o projeto de pesquisa em desenvolvimento, então, teria de lhes explicar a metodologia empregada e o motivo pelo qual havia solicitado aquela reunião. Sentamo-nos em círculo. Participaram da reunião a gestora, a Diretora da Equipe Multiprofissional, a Diretora Administrativa, a Supervisora e a Coordenadora de Enfermagem e a Assistente Social (equipe do CRI) e “nós” da Humanização da SES/SP.

A coordenadora da Enfermagem apresentou o caso, assim como todos os parâmetros técnicos e clínicos envolvidos. Explicou a fragilidade e o distúrbio de marcha de D. Virgínia, frisando que o risco de morte havia sido descartado, assim como a suspeita de câncer (pela perda repentina de peso). Também mencionou o fato de ela morar sozinha.

Posteriormente, Marisa, Assistente Social e considerada a pessoa mais próxima da paciente, mencionou aspectos da biografia de D. Virgínia, assim como as características mais próximas de sua dinâmica de vida. Ela relatou que D. Virgínia possuía suporte familiar insuficiente e estava vinculada à UBS.

D. Virgínia teve sete irmãos, todos já falecidos, e tem dois sobrinhos que residem em São Caetano do Sul. Ela apresenta déficit visual e auditivo; cai com certa frequência; é diabética e faz uso de insulina. O PAI havia sido acionado para acompanhá-la nas consultas, mas ela havia recusado.

Contextualizei as características do estudo e comecei a relatar a visita que tinha feito à D. Virgínia para aplicar o questionário (mencionada anteriormente). Detalhadamente, relatei sobre alguns aspectos familiares e sobre sua rede de suporte informal (porteiro, taxi, enfermeira e comércio local), pois são os motivos que a levam a não querer se mudar de seu apartamento. Expliquei-lhes que ela tinha relacionado a queda sofrida com o seu problema de visão e que permanecia com expectativa de poder “operar a vista”. Frisei que D. Virgínia está muito lúcida, tem sua função cognitiva preservada e não sabe o porquê de estar fazendo acompanhamento no CRI.

Relatei o fato curioso e contra hegemônico a respeito de uma orientação que lhe havia dada quanto a um tapete colorido posicionado na entrada de seu apartamento que eventualmente poderia fazer com que ela escorregasse e, mais uma vez, ela me ensinou coisas da vida ao afirmar que todos da UBS que lá iam falam isso para ela, mas que, no entanto, o tapete estava ali justamente para

sinalizar o desnível do piso, por isso, ele era colorido. Assim, retirei o que lhe havia sugerido.

Partimos, então, para uma discussão sobre os afetos entendidos como variação de potência – a pessoa e seu mundo, o que ela pode e o que aumenta sua potência. A imagem de uma idosa frágil pode fazer com que não olhemos para sua experiência, para o desenvolvimento de sua autonomia e para sua capacidade de lidar com as questões da vida. D. Virgínia demonstrou que tem facilidade para estabelecer sua própria rede social e circular por ela.

Hoje, uma vida, para receber o selo de qualidade, exige dos viventes os cumprimentos dos protocolos de saúde, especialmente ditados pelos saberes da biomedicina. Nada em excesso, traduzido na linguagem médica por nenhum estresse. Com isso quero dizer nenhum envolvimento com a vida, seja para afetar-se por ela, seja para afetar a de outros, isto é, nada de doenças, mortes, intensidades. Por sua vez, muito consumo de tudo que possa eliminar esse ditos incômodos: a morte, a doença, e as intensidades da vida. Reina a estupidez de existências acomodadas, temerosas com algo que ameaça a segurança projetada. (p. 96) (21)

Encerramos o encontro com alguns encaminhamentos. Marisa verificaria melhor o porquê da recusa de D. Virgínia em relação ao PAI, que a beneficiária sobremaneira nas idas aos serviços de saúde. Talvez D. Virgínia não tivesse compreendido os benefícios por conta de sua audição comprometida. Ela também verificaria se D. Virgínia estava na fila de espera para realizar a cirurgia no Hospital do Servidor Público Estadual (IAMSPE) e, caso não estivesse, passaria por uma avaliação com o oftalmologista do CRI. Futuramente, seria traçada uma discussão mais aprofundada junto ao território, incluindo também a própria usuária.

Saí da reunião questionando se ela conseguiria acessar todos os recursos que estava precisando depois de, nesse ínterim, ter passado por tantas experiências nas quais tivemos contato. Assim como ela, também eu tinha expectativas quanto ao seu déficit de visão.

Um mês e meio depois, quando já havia encerrado a pesquisa de campo por motivos de força maior, tomei conhecimento de que D. Virgínia havia passado pela avaliação do Oftalmologista do CRI e que tinha sido encaminhada para realizar a tão sonhada cirurgia de catarata em um dos olhos, o que não teria ocorrido se não tivesse havido a participação de “sua família postiça”, constituída por conta deste estudo. Havia grande demanda reprimida para este procedimento, mas mesmo assim, ela tinha conseguido uma vaga num hospital especializado, de modo que, se

comparecesse à avaliação, o procedimento seria realizado aproximadamente um mês depois. Para ela, melhorar sua visão era de suma importância, pois significaria mais qualidade de vida e mais possibilidades para transitar pela sua rede de apoio, já descrita anteriormente.

## 4. RESULTADOS

Considerando-se as múltiplas fontes consultadas, os temas de maior visibilidade foram: 1) Ampliação da clínica; 2) Interação e reuniões de equipe; 3) Produção de redes de saúde; 4) Contrato de prestação de serviços e gestão local; 5) Diferença de expectativas entre a equipe assistencial e os usuários; 6) Produção do cuidado que inclui a vida, os quais conectam-se entre si. Estes temas foram discutidos e analisados destacando-se trechos dos discursos dos usuários (identificados pela letra U), dos trabalhadores da área da saúde (identificados pela letra T), da gestora (identificada pela letra G).

A implicação do pesquisador por meio de seu ofício como apoiador institucional da PNH foi fator preponderante para analisar e categorizar esses temas.

### 4.1 AMPLIAÇÃO DA CLÍNICA

Alguns autores problematizam o que denominamos clínica tradicional ou hegemônica como aquela que é biologizante e centrada no saber médico, sendo orientada, exclusivamente, por protocolos técnicos, desconsiderando a multidisciplinaridade na condução da terapêutica e a dimensão socioafetiva do paciente (28). Por outro lado, a PNH estabelece a diretriz da clínica ampliada, que além de considerar o saber técnico e os protocolos, também visa ampliar o objeto do trabalho em saúde, incluindo a vulnerabilidade e o risco do sujeito em seu contexto, objetivando ampliar seu grau de autonomia e trazendo para a terapêutica sua biografia e os saberes por eles veiculados. (2)

No exercício de observação participante, nos encontros em consultas e em exames dos três usuários que, na maior parte do tempo, relacionaram-se com o médico e com o enfermeiro, ficou evidente a presença de um campo de regularidades. Após a triagem no serviço, o paciente passava por uma consulta na enfermagem, momento em que era aplicada uma anamnese detalhada com muitas perguntas e escalas, testes de fragilidade e de cognição. Na mesma data ou no dia seguinte, o paciente era atendido pelo geriatra que também fazia muitas perguntas, inclusive, repetindo e sobrepondo algumas das que já haviam sido feitas no

momento da consulta de enfermagem e no ACCR. Sempre ocorria o mesmo ritual: perguntavam quais remédios o paciente utilizava e quais eram suas queixas para, então, estabelecer a conduta.

O tempo de duração da consulta era insuficiente para retomar o histórico completo de um paciente idoso, inequivocamente. Na pesquisa de campo, constatei que os pacientes mencionaram vários aspectos do processo saúde-doença que necessitariam de maior acolhimento. Entretanto, a consulta possuía uma regularidade a ser desempenhada: verificar os medicamentos utilizados, as cirurgias realizadas, solicitar exames, fazer prescrições e solicitar marcação de consulta de retorno. Tratava-se de uma quantidade enorme de detalhes que precisariam se transformar em uma história clínica consistente, organizando as notas de evolução dos usuários do SUS. Segundo a gestora,

O paciente idoso traz uma demanda muito grande que vai se somando ao longo dos anos e não é possível dar conta com pouco tempo de consulta. Pouco mudou em relação a isso, mas continuamos apontando estas singularidades. Nossa missão é mostrar a importância destes aspectos e como fazer da melhor forma. (G)

Não havia abertura nem para discutir sobre a terapêutica, nem para negociar com o usuário e nem mesmo para incluir os aspectos sociais e singulares. A sequência do atendimento era definida exclusivamente pelos trabalhadores da área da saúde. Os entrevistados afirmaram:

O geriatra é um gestor da saúde do idoso e como eles têm muitos problemas a serem resolvidos, **nós avaliamos o que é prioridade naquele momento e depois qual a sequência a seguir.** (T2, grifo nosso)

Na verdade, mais o médico que fala lá na hora, eu falo aqui porque temos mais tempo. No momento da consulta, não dá para ficar falando tudo para o médico. Tenho é que escutar. (U1)

Até perguntou como eu estava me sentindo, mas não dava muita chance para falar. Logo querem saber que remédio eu tomo e os problemas. (U3)

(...) prescrevem sem considerar o que é dito pelo paciente, não se envolvem com nada. Acho que é pouco caso, estão acostumados à rotina, protocolo e nem escutam o que temos a dizer. (U2)

Cunha descreve o que seria a racionalidade gerencial hegemônica na saúde, relacionando-a com o taylorismo:

(...) os princípios tayloristas buscam a fragmentação e especialização do trabalho induzindo ao trabalho repetitivo, desprazeroso e pouco criativo (...). Na saúde, a RGH (Racionalidade Gerencial Hegemônica) induz a uma certa cultura organizacional que nega a incerteza e a discussão coletiva e estimula um tipo de clínica reduzida e especializada / fragmentada, que investe grande energia na possibilidade de que as tipologias generalizantes e padronizáveis (protocolos, guidelines, diagnósticos, ensaios clínicos) sejam suficientes (e até onipotentes) para enfrentar os desafios dos serviços de saúde. Nesse sentido, a clínica dominante e a gestão tradicional apoiam-se e se coproduzem. É por isto que a proposta da clínica ampliada é complementar à proposta de cogestão, e que diversos dispositivos e arranjos organizacionais, como o Projeto Terapêutico Singular, a Equipe de Referência/Apoio Matricial e cogestão são necessários e justapostos à proposta de clínica ampliada. (p. 31) (29)

A clínica ampliada depende de uma gestão participativa, do contrário, corre o risco de reduzir o objeto de trabalho da saúde a um sintoma, a uma doença ou a uma queixa.

Minha experiência como apoiador institucional da PNH, possibilitou-me perceber que não é possível trabalhar, isoladamente, uma diretriz da PNH. Para que haja ampliação da clínica são necessárias algumas condições associadas, tais como: aprimoramento da relação entre a equipe assistencial, melhorando a comunicação; e gestão mais democrática, garantindo espaços protegidos de instância crítica, sustentados pelos próprios trabalhadores.

A demora no retorno dos pacientes, às vezes chegando até a seis meses, ocasionada por fatores externos como pela falta de exames específicos na rede ou pela lotação de agenda, foi apontada de forma unânime pelos trabalhadores. Ambos os geriatras entrevistados acreditam que o tempo da primeira consulta é muito curto (30 minutos) para entender adequadamente a situação de seus pacientes. Eles relacionaram o ACCR como o grande facilitador no sentido de tomar decisões devido ao “tempo insuficiente”. Um deles (T1) entendeu que a grande solução seria o SUS preparar-se melhor, investindo em oferta de exames para essa parcela da população acima dos 60 anos, pois é o fator que aumenta e impacta o tempo de permanência no CRI.

Estes aspectos levaram à segunda unidade de análise: interação e reuniões de equipe.

## 4.2 INTERAÇÃO E REUNIÕES DE EQUIPE

O segundo tema é uma pista para potencializar e valorizar o trabalho na área da saúde. Os apontamentos dos trabalhadores T2, T4 e T5 demonstraram a necessidade de espaços instituídos para a discussão dos casos clínicos mais complexos, reunindo toda a equipe multidisciplinar envolvida no cuidado destes pacientes. Esse desejo é tensionado por um grande obstáculo: a dificuldade em relação à conciliação das agendas, pois a agenda dos profissionais não possui espaço protegido. É completamente preenchida por atendimentos, confirmando o que foi apontado pela gestora.

Durante a agenda de consulta fica muito difícil, não há espaço para discussão. O que me facilita é que, como também participo da triagem, acabo terminando um pouco antes e utilizo este tempo para discutir casos. (T2)

(...) fica impossível para um médico que tem todos os dias cheios na agenda. (T2)

Ocorrem apenas **discussões de casos pontuais com a enfermeira ou assistente social**, dependendo da situação. Não há uma discussão mais global, sempre a respeito de situações que percebemos na consulta. A relação é boa, converso mais com a enfermagem e serviço social, **se observarmos a agenda, é o que dá tempo de fazer**. (T1, grifo nosso)

Os trabalhadores também apontaram a necessidade de terem espaços de discussão dos casos mais complexos e reuniões de equipe, algo que necessitaria de proteção na agenda dos profissionais e que concorre com as metas contratuais. Eles mencionaram que, antes da pandemia, havia este espaço, mas se perdeu.

A reunião de equipe deve ser sustentada pela própria equipe. Ao gestor, não cabe apenas cuidar de tarefas administrativas, dos recursos e de pessoas, visto que ele também influencia, é atravessado por processos de subjetivação e opera num sistema de cultura e de seus significados sobre os processos de saúde-doença-cuidado. Além disso, não é tarefa simples lidar com tensões entre trabalhadores e usuários, por isso a condução de processos mais ampliados não pode ficar centralizada numa única pessoa, ainda que seja no coordenador do serviço de saúde. (30)

Uma iniciativa que se aproxima do formato de uma reunião de equipe ocorre na relação médico-enfermagem. A enfermeira coordena o cuidado com o

paciente durante a permanência do mesmo no CRI. O médico e a enfermeira chegam a discutir alguns casos, quando percebem que “algo passou despercebido” durante a consulta, interferindo no retorno mais rápido do paciente. Não é algo que inclua as demais categorias profissionais, mesmo nos casos em que outra especialidade tenha mais importância.

O trabalhador T5 ressaltou que já houve uma época em que alguns casos eram discutidos, mas o espaço não se sustentou. Ele apontou que “não souberam ocupar devidamente o espaço” e que “o espaço acabou por não fazer sentido”.

A observação do campo demonstrou que não há interação entre os profissionais da assistência, exceto a relação entre enfermeiras e médicos (pelo fato de cada uma das enfermeiras cuidar dos pacientes de três geriatras) ou por meio de iniciativas pontuais, o que faz com que a comunicação e a troca de saberes, essenciais no trabalho em saúde, fiquem extremamente prejudicadas.

A necessidade de reuniões de equipe foi ressaltada por três dos cinco trabalhadores entrevistados (T2, T4 e T5).

**Eu não conheço os médicos pessoalmente, conheço pelo carimbo.** Entendo que a comunicação precise ser melhorada. Sabemos das informações pela “rádio peão”, na hora do café. Toda a equipe assistencial tem formação em gerontologia, o que pressupõe apostar em equipe multidisciplinar. Creio que seja por conta disso que a fragmentação não seja ainda maior. Diria que a força do CRI é a equipe, a falha parece estar na Administração que não conversa com a Assistência, problemas de organograma, de gestão. Os profissionais é que fazem acontecer e são desmotivados por conta desse modo de operar isoladamente, ainda que tenhamos abertura para falar destes aspectos com a chefia imediata. (T5, grifo nosso)

Entendo que é um espaço necessário [reuniões de equipe]. Antes discutíamos no meio de outro atendimento, mas fica impossível para um médico que tem todos os dias cheios na agenda. Damos um jeito. Pelo grau de comorbidade dos pacientes, seria ótimo se pudéssemos fazer uma reunião com a equipe completa, visando abordar os casos mais complexos de forma mais ampla. (T2, grifos nossos)

Avalio que seria melhor se pudéssemos nos comunicar com mais frequência. (T2)

Aqui no ambulatório é necessário que a comunicação melhore, pois isso é fundamental em todo lugar. Desde gestores, passando pelos profissionais técnicos e principalmente em relação às orientações dadas aos pacientes. (T4)

A gestora afirmou que o único momento em que se reúne com o gestor estadual é na reunião de avaliação dos indicadores de contrato, que ocorre trimestralmente, quando aproveitam o momento para fazer os apontamentos que

julgam necessários, mas “há limite de tempo e pouco espaço para negociação” (G). Trata-se de um momento em que se define a validação das metas e dos processos de trabalho que, neste caso, pode não ter sido explorado de uma forma construtiva e participativa, pois se espera que haja abertura para negociações loco regionais, considerando-se a dinamicidade dos territórios de saúde. (31)

Reafirmo que há o desejo de que estes espaços coletivos de discussão aconteçam tanto por parte da gestão local quanto dos trabalhadores, entretanto, são atravessados pela quantidade excessiva de consultas exigidas em contrato e passam pela necessidade de reinvenção de um espaço que possa contemplar as necessidades da equipe.

Conforme supracitado, a interação é melhor entre geriatra e enfermeiro pelo fato de este coordenar o cuidado dentro do CRI. Conforme explicado anteriormente, são três enfermeiras por período, sendo que uma delas fica no serviço de apoio diagnóstico e as outras duas são responsáveis pelas linhas de cuidado e monitoramento dos pacientes de alto risco de três geriatras. Se sobrar tempo, aproveitam para observar com mais detalhes alguns pacientes de médio risco.

A importância do trabalho exercido pelas enfermeiras foi ressaltada tanto pela gestora (G), quanto por um dos trabalhadores entrevistados (T2).

Os enfermeiros, diferente de outros lugares, possuem um papel mais importante: eles são os gestores do cuidado. (...) Aqui, eles trabalham com marcadores, indicadores e projetos de melhoria, mas não dão conta de todas as linhas de cuidado e a carga horária também limita as ações. (G)

Temos muito contato com a enfermagem e eles ajudam bastante.(T2)

Nenhum dos usuários entrevistados percebeu a comunicação entre os profissionais durante um tratamento e nem mesmo a conexão com outros serviços de saúde. Segundo eles:

Não tenho como saber se os profissionais se comunicam entre eles. Vou lá e tiro o sangue, depois vou embora e fico esperando eles me ligarem. Não percebi que as orientações entravam em conflito, porém sempre conversei separadamente com o médico ou com quem me atendia. (U3)

Não percebi condutas conflitantes. Também não percebo que os profissionais conversam entre eles sobre o meu caso. Acho que cada um cuida de sua especialidade. Entendo que se fosse um caso mais sério seria pertinente, do contrário, não vejo necessidade. (U2)

Não estou certa. Não consigo perceber se eles se comunicam entre eles. A enfermeira dá o papel e depois passamos com o médico. Vou aonde elas me mandam. (U1)

Não vejo e nem percebo comunicação com o postinho. Acho que não se conhecem. (U3)

Não observo comunicação entre os serviços, nenhuma. (U2)

Não sei se conversam com outros lugares. (U1)

A fragmentação da comunicação com relação ao cuidado aparece no momento em que muitas perguntas são feitas aos pacientes desde a triagem, algumas delas iguais e sobrepostas e, parecem que não servem de subsídios para a tomada de decisão na terapêutica, exceto pela parte técnica. Por isso, há necessidade de clínica ampliada. Estes aspectos, somados à redução de autonomia da gestão local instituída pelo contrato de prestação de serviços, podem contribuir para a fragilidade das relações da equipe assistencial do CRI, reduzindo também a possibilidade de um trabalho mais aprofundado em rede.

Pereira afirma que os trabalhadores da área da saúde devem produzir saídas e se destituírem de seus lugares marcados, de uma prática exclusivamente protocolar. Eles podem se tornar apoiadores de seus próprios processos (32). Segundo o autor,

todo mundo faz gestão, todo mundo cuida e todo trabalhador-gestor pode ser uma força entre tantas outras no sentido de práticas apoiadoras. O articulador, ao sair do lugar marcado, pode experimentar, reconhecer e colaborar com trabalhadores-gestores-apoiadores na saúde. (p. 207) (32)

O fato de não existir uma agenda protegida para reuniões de equipe é um sinalizador de que as relações existentes podem estar fragilizadas, assim como a comunicação interna.

Nas minhas observações durante a pesquisa de campo não presenciei nenhuma interação neste sentido, exceto pela assistente social que costumava caminhar pelos consultórios.

#### 4.3 PRODUÇÃO DE REDES DE SAÚDE

O SUS implica a integralidade e a hierarquização como princípios norteadores. A integralidade visa garantir o acesso de seus usuários a todos os

níveis de complexidade de atenção e a hierarquização prevê que os serviços assistenciais devam se relacionar independentemente de quais sejam suas esferas administrativas e da tipologia de gestão.

Não é possível ser resolutivo desrespeitando o fato de que o paciente é o mesmo que circula por todo o sistema.

O Decreto 7508/90 (33), que dispõe sobre a articulação interfederativa e o planejamento da saúde, não foi efetivado na prática. O trabalho em rede depende mais de iniciativas da gestão local e não são estimuladas macropoliticamente, uma vez que não consta no contrato a garantia de pactuações entre o CRI e a atenção primária à saúde.

Os problemas de saúde, as comorbidades, os aspectos sociais e a rede afetiva dos usuários acompanhados demonstraram que há falta de conexão com outros pontos de atenção, não garantindo a produção do cuidado mais ampliado e evidenciando o prejuízo existente pela falta de espaços de interação entre os membros da equipe. O trabalhador T4 relatou:

Estou com uma paciente que tem 88 anos, que não possui suporte social e uma limitação auditiva importante que dificulta muito a comunicação. O que fizemos foi conversar com a assistente social da UBS de referência dela e ontem os profissionais de lá foram fazer uma visita à sua residência para conhecer sua rede informal e formal com vistas a incluí-la no Programa de Acompanhamento de Idoso (PAI) que existe na região. Neste caso, ela precisa ser acompanhada por aqui e pela atenção básica concomitantemente. Depois, passarei todos os detalhes de seu tratamento aqui no CRI para os profissionais da UBS, preservando sua segurança. (T4)

Há indícios de que as conexões do CRI, internas ou externas (com outros serviços de saúde ou com outros equipamentos que ajudem na preservação da autonomia dos pacientes), fiquem a cargo da assistente social, embora existam iniciativas pontuais como no caso da linha de cuidado para pacientes PÓS COVID-19 e desejo da gestão local. A necessidade de formação de redes foi ressaltada por três dos trabalhadores entrevistados (T3, T4 e T5) e pela gestora (G). Segundo eles:

Também é satisfatório por podermos gerenciar casos articulando com a rede assistencial e sócio afetiva, conseguindo viabilizar o atendimento deste idoso, não somente aqui, mas em serviços extramuros. Conseguimos fazer uma ponte com suas garantias de direitos: direito a transporte, benefício de prestação continuada, inclusão no ATENDE da Prefeitura. Acionar esses serviços melhora a adesão do tratamento. (T4)

Falo muito com a rede e com o paciente. Muitas vezes, aviso ao paciente que ligarei na sua UBS de referência e entrego um encaminhamento por escrito. Explico cada detalhe para que ele saiba o que vai acontecer-lhe quando for atendido lá. Eu preciso dar condição e informação, às vezes, até viabilizar mesmo, para que ele saiba o porquê de estar indo para outro serviço. Encaminhar não é somente entregar o papel e dar o endereço. (T4)

Em casos mais específicos, fazemos esse intermédio: em casos de dificuldade de transporte, acamado ou mobilidade reduzida quando o quadro crônico não vai mudar, não é passível de reabilitação. Então, fazemos essa ponte extramuros pedindo ESF ou EMAD na residência do paciente. **A assistente social tem muito mais estes caminhos de se relacionar externamente**, na maioria das vezes. (T3, grifo nosso)

Ajudamos na elaboração do plano terapêutico e **a assistente social aciona os serviços da atenção básica que continuarão a abordagem** depois que ele tiver alta ou compartilhando o atendimento. (T5, grifo nosso)

A gente tenta fazer essa comunicação na medida do possível. A articulação da Humanização é fundamental nessa aproximação. Às vezes os e-mails e as reuniões virtuais não são suficientes. (...) Ainda é sempre uma iniciativa isolada de algum técnico. Sempre parte de uma demanda. As dificuldades são ainda maiores para os pacientes que não são do município de São Paulo. (G)

A gestora local (G) expôs sua perspectiva de organização da rede visando à integralidade do cuidado de seus pacientes, apresentando os obstáculos e propondo uma organização por linha de cuidados mais customizada em relação à demanda recebida no CRI.

Por parte da SES/SP, creio que deveria haver uma visão de demandas por território visando às necessidades do paciente e uma gestão dessas linhas de cuidado que estariam dentro dos contratos: matriciamento, discussão interdisciplinar, visita a outros serviços de saúde e discussão com a rede (...). O que temos feito é nos organizar por linhas de cuidado. Por exemplo, paciente oncológico é bem definido para onde devemos encaminhá-los e quando precisamos tirar dúvidas. Faremos isso para os nonagenários, alto risco e caidores. A intenção é não deixá-los perdidos na rede. O planejamento do cuidado ajudará bastante se conseguirmos tirar do papel e fazer acontecer. Outra oportunidade é capacitar a atenção básica para receber o paciente egresso daqui, o que ajudaria na transição do cuidado e na rotatividade das vagas que eles tanto cobram no contrato. (G)

Essa iniciativa de trabalho em rede, integralidade, também poderia estar no contrato. (G)

#### 4.4 CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS E GESTÃO LOCAL

O contrato de prestação de serviços firmado junto à SES/SP oferece pouca suscetibilidade à customização de seus indicadores, mesmo quando as singularidades da população e do território adscrito fazem-se pertinentes. Os

indicadores são predominantemente quantitativos e baseados nos demais ambulatorios especializados sob gestão estadual que, em sua maioria, não atendem exclusivamente à população idosa. Os pacientes de alto, médio ou baixo riscos devem ter sua demanda solucionada em três consultas. A gestão local e o contrato de prestação de serviços têm limitações para promover espaços de instância crítica e discutir os casos mais complexos.

A gestora afirmou que também há preocupação com as metas para as novas consultas, pois não se trata de um serviço de acompanhamento prolongado. Segundo ela:

O contrato limita muito nossas ações por se basear em números, exigindo uma produção fora da realidade que seria adequada para uma população idosa. Um CRI (este ou qualquer outro) prevê uma primeira consulta e mais duas de retorno. Para aqueles que cuidam da população acima de 60 anos fica impossível, pois nenhuma especialidade consegue atender uma demanda mais complexa. Os pacientes que chegam aqui são de média para alta complexidade, o que já demanda maiores cuidados e quase nunca dá para solucionar seus problemas e para contrareferenciá-los em três atendimentos. Isso causa uma série de problemas, pois há uma meta de novas consultas, mas os pacientes não recebem alta a tempo de “girar a vaga”. Então, há uma demanda de retorno muito grande que fica fora do orçamento. Esse aspecto gera um conflito interno muito grande entre gestão e assistência.

Se tivesse maior autonomia, colocaria números maiores de retorno e deixaria espaço para discussões multidisciplinares previstas em contrato. Dentro da produção exigida, raramente conseguimos manter um espaço para esta finalidade. Neste caso, isso contaria como produção também, mas neste formato atual é quase impossível. (G)

Segundo a gestora, há forte influência da SES/SP na conformação de seu contrato de gestão. Sempre que há um encontro de avaliação, ela aproveita para trazer a peculiaridade do público que acessa o serviço de especialidades. Ela mencionou a comparação indevida com os demais ambulatorios estaduais que não são destinados somente ao público mais longevo. Ela reiterou a necessidade imediata de mais consultas de retorno.

Esta relação compromete a autonomia dada à gestão local e não há abertura para adequar estas demandas singulares do serviço de saúde analisado, o que se torna um fator limitante e interfere, de várias maneiras, diretamente não apenas no encontro entre trabalhadores e usuários, como também no tempo de consulta, no número reduzido de retornos para resolução de situações complexas ou na falta de espaço na agenda dos profissionais para discussão de casos.

A gestora apresentou ideias sobre o trabalho em rede e sobre a necessidade constante de problematização em relação ao modelo do serviço, considerando o território.

O contrato limita muito nossas ações por se basear em números, exigindo uma produção fora da realidade que seria adequada para uma população idosa. Um CRI (este ou qualquer outro) prevê uma primeira consulta e mais duas de retorno. Para aqueles que cuidam da população acima de sessenta anos fica impossível, pois nenhuma especialidade consegue dar conta de ser resolutiva atendendo uma demanda mais complexa como a nossa. Os pacientes que chegam aqui são de média para alta complexidade, o que já exige maiores cuidados e quase nunca dá para solucionar seus problemas e para contrarreferenciá-lo em três atendimentos.(G)

A gestora local fez importantes recomendações em relação ao modelo do serviço e a aquilo que poderia constar no contrato. Ela destacou:

Se o médico generalista tiver dúvida sobre a medicação, ele poderia entrar em contato conosco para discutirmos este caso. Um matriciamento de verdade, não como o que foi incluído como indicador no contrato sob a forma de enfrentamento a absenteísmo, entendo que deveria estar previsto no contrato também. Ocorrem casos em que precisamos mandar ao hospital terciário. Penso que poderíamos compartilhar o cuidado com eles e intermediar o retorno à atenção primária. Esse tipo de articulação faz muita falta, existem ações pontuais, mas precisa ser priorizado. Reitero que é outro aspecto de deveria estar previsto no contrato, o território é vivo, dinâmico, precisa sempre ser revisto e uma flexibilidade contratual ajudaria muito. (G)

Perguntada se acreditava na possibilidade de exercer influência sobre o contrato ou o modelo do serviço, a gestora declarou:

Frisamos as demandas dos nossos pacientes e profissionais, pois é diferente atender numa consulta de oftalmologia comparada a uma de geriatria, que necessita de muito mais tempo. Uma consulta de neurologia ou de reumatologia que precisam entender queixas e problemas crônicos de anos não podem ser comparadas a um problema pontual que um colírio pode solucionar. O paciente idoso traz uma demanda muito grande que vai se somando ao longo dos anos e não é possível dar conta com pouco tempo de consulta. Pouco mudou em relação a isso, mas continuamos apontando estas singularidades. Nossa missão é mostrar a importância destes aspectos e como fazer da melhor forma. (G)

A gestora local tentou inserir processos de cuidado ampliado no contrato, mas não há pistas de que tenha conseguido. Por outro lado, quando considerou o apoio regional da articuladora, conseguiu disparar movimentos mais autônomos e importantes para o território, como no caso da linha de cuidado para egressos de

pacientes de internação pós-COVID. Ela esclareceu sua preocupação com relação aos critérios de saída do ambulatório. Segundo ela:

Entendo que a demanda deva mesmo ser referenciada, de modo que os idosos que mais necessitem possam acessar o CRI. O mesmo não ocorre no momento da alta, quando os pacientes deveriam retornar num quadro mais estável, controlado à atenção primária. (...). (G)

Retomando o conceito de necessidade em saúde e integralidade, preconizados pelo SUS, percebe-se que é sempre preciso analisar as peculiaridades de cada situação que se apresenta, considerando-se, inclusive, os aspectos sociais e familiares de cada usuário. Soma-se a isso o fato de os idosos, normalmente, possuírem comorbidades. Basear-se em metas quantitativas, nas quais a regra é dar “resolutividade” em três consultas, pode desconsiderar a desigualdade social existente no território e colocar todos os potenciais pacientes dentro de um padrão que não existe.

O conflito mencionado entre quem administra e quem atende dá pistas de que há uma disputa entre a lógica de cuidado mais ampliado (que consiste numa modalidade de encontro em que se potencializa o vínculo entre trabalhador e usuário de modo a se construir um plano de cuidados influenciado por ambos em relação à racionalidade oposta), voltada à produção quantitativa, que dá ênfase a um atendimento padronizado para um número maior de pacientes.

A gestora demonstrou ter muito interesse na dinâmica territorial em que o CRI está inserido, além de propor outros caminhos e experimentações que poderiam potencializar o trabalho em equipe e em rede. Cabe destacar o momento em que ela lista as dificuldades e propõe soluções mais ampliadas problematizando, inclusive, a autonomia e a hierarquia a qual está submetida em relação à SES/SP. Segundo ela, “(...) Na medida do possível, tentamos deixar essa rede mais sólida, mas ainda é sempre uma iniciativa isolada de algum técnico. Sempre parte de uma demanda.” (G)

Vale ressaltar que a rede não se produz por uma ação isolada de um profissional, ela precisa ser fabricada e potencializada. Inserir no contrato um indicador que proteja a agenda dos profissionais para reuniões de equipe e com o território de saúde poderia ajudar.

Destaco a percepção da gestora em relação à fragmentação dentro da SES/SP ao citar que a Área de Saúde do Idoso do DRS-I não parece ter influência

no sentido de articular com a CGCSS (que é a coordenadoria a qual o CRI se reporta). A gestora sugeriu intervir no tempo de atendimento da consulta de um idoso e apontou a necessidade de discutir alguns casos.

Ao analisar seu próprio grau de autonomia, a gestora reforçou a importância de incluir reuniões entre os trabalhadores, discutir casos mais complexos por meio da equipe multiprofissional e se reunir com maior frequência com os profissionais do município, apesar da dificuldade devido às agendas lotadas dos profissionais, absorvidos por consultas e procedimentos.

O contrato, no formato atual, pode contribuir para a produção de um baixo nível de grupalidade entre os profissionais e pode prejudicar a comunicação intra e intergrupos. Em outros termos, o médico pode não ter contato com os demais profissionais que também cuidam de seus pacientes.

#### 4.5 DIFERENÇA DE EXPECTATIVAS ENTRE A EQUIPE ASSISTENCIAL E OS USUÁRIOS

Os usuários U2 e U3 apontaram a necessidade de entender melhor o porquê de estarem num ambulatório de especialidades e o desejo de obterem mais informações a respeito do que vai lhes ocorrer durante o período em que estão sendo atendidos no CRI. Segundo eles:

Não vejo uma coordenação, uma metodologia. A sequência do que vai me acontecer aqui dentro. (U2)

Não está claro o que vai acontecer a ela. (U3)

Uma das usuárias (U1) elogiou a cortesia com que é tratada, porém apontou dúvidas quanto aos procedimentos que, caso não tivessem sido provocados pela minha intervenção, não teriam ocorrido.

Eles são muito atenciosos. Gosto de todos eles. Fiquei com dúvida e preciso esclarecer quando vou fazer a cirurgia no joelho e na vista. (U1)

Os trabalhadores T1 e T2 apontaram outra percepção em relação ao cuidado e à expectativa de resolutividade traduzida no cumprimento de protocolos e de orientações técnicas.

O geriatra é um gestor da saúde do idoso e como eles têm muitos problemas a serem resolvidos, nós avaliamos o que é prioridade naquele momento e depois qual a sequência a seguir. (T2)

(..) é importante determinar o grau de risco: alto, médio ou baixo. (T2)  
Outro aspecto é a coordenação das medicações: desprescrição em situações que possam trazer riscos aos idosos. (T2)

Como geriatra, cuido de uma maneira mais global do paciente e oriento a respeito das comorbidades e prevenção, principalmente. Se houver necessidade, encaminhamos ao especialista para uma avaliação mais específica. A enfermagem monitora os casos de alto risco e, caso precise, ela nos procura para tentar agilizar alguns detalhes em relação a estes pacientes. Dependendo, ele pode voltar numa consulta com a enfermeira e solicitar outros exames antes do retorno comigo. (T1)

A sequência de atendimento dos usuários é pautada pelo grau de risco enquadrado na triagem. Entretanto, se um dos pacientes tiver sua situação agravada durante sua permanência, não há resposta no protocolo para isto. Embora os trabalhadores tenham apontado essas orientações nas entrevistas, os usuários acompanhados não sabiam o que lhes aconteceria no decorrer do atendimento, por exemplo: se havia previsão de alta, quais eram as limitações e a redução de danos possíveis diante de seus diagnósticos ou até mesmo a previsão de cura física de suas doenças e comorbidades.

Os dados coletados culminaram num distanciamento entre as expectativas da equipe que cuida do paciente e as do próprio paciente atendido.

#### 4.6 PRODUÇÃO DO CUIDADO QUE INCLUI A VIDA

Tótorá, ao tratar da ética da velhice como estética da existência, afirma:

(...) podemos pensar o envelhecimento como escolha ética ligada a uma estética da existência e de uma grande saúde, isto é, como uma dimensão da vida que não exclui a morte e a doença. Trata-se de apresentar algumas ideias que subsidiem um percurso de experiência histórica e cultural acerca da forma de produção do sujeito velho. E, também, construir novos modos de subjetivação que faça da potência expansiva da vida o único critério de avaliação. (p. 51) (21)

Assim, imerso no acompanhamento dos usuários envolvidos no estudo, pude constatar que o usuário U1 abriu possibilidades para melhor compreensão das demandas complexas, de modo a procurar soluções não previstas. Por essa via, ao me conectar com a assistente social, pude auxiliar a disparar os processos de

cuidado mais amplos, gerando discussão sobre um caso que envolveu a participação da equipe assistencial e da gestão. Foi um momento em que ficou claro que o CRI tem potencial para solucionar demandas mais complexas, além de seus muros.

## **5. DISCUSSÕES**

A análise dos dados levou em consideração o referencial teórico, as respostas das perguntas feitas a todos os entrevistados, os objetivos, os dados coletados, os principais temas apontados e as perspectivas da pesquisa de campo.

Ao participar da classificação de risco ambulatorial do CRI, pude notar que os protocolos estão embasados na literatura sobre Gerontologia. A anamnese é muito bem detalhada. São muitas perguntas feitas num curto espaço de tempo. Há aspectos diversos sobre a saúde, com o objetivo de, nas palavras da profissional da enfermagem, “delimitar uma triagem qualificada dos pacientes, evidenciando seus principais problemas” (T3), ou seja, aquele que os levaram a procurar a atenção especializada.

Cabe destacar o fato que o ACCR do CRI tem que lidar com uma parte que caberia à atenção básica, lançando mão de uma “adaptação” para classificar os pacientes que não chegam portando a avaliação de risco ou que, mesmo avaliados, não deveriam estar num serviço secundário. Há um impacto relacionado a estes encaminhamentos indevidos, pois a primeira consulta de todo paciente transforma-se numa avaliação que já poderia ter sido devidamente realizada.

Observei que na prática, embora denominado “acolhimento”, por vezes, pode ter sido insuficiente para identificar e elaborar os problemas mais importantes naquele momento. Além disso, no atendimento inicial no CRI, pouco era abordado sobre o funcionamento do serviço.

A PNH apresenta alguns analisadores possíveis (diretrizes) que norteiam o trabalho em saúde. A diretriz do Acolhimento implica a corresponsabilização do usuário do sistema de saúde em todo seu percurso na rede de serviços, partindo de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e ativar redes internas (horizontalidade do cuidado) e externas (com outros serviços de saúde), conforme a necessidade que apresenta. (2)

A classificação ou a avaliação de risco é uma lógica de atendimento que permite que o critério de priorização de atenção seja o agravo à saúde e o grau de sofrimento. É operacionalizada por meio de protocolos técnicos, identificando os pacientes que necessitam de tratamento imediato.

Assim, o ACCR é como um dispositivo potente para reorganizar os processos de trabalho, resultando em maior satisfação de usuários, com aumento da eficácia clínica e também como disparador de outras mudanças, tais como a gestão compartilhada da clínica, constituição de redes entre os vários serviços de saúde e valorização do trabalho em saúde.

Nos momentos em que observei o funcionamento do ACCR, percebi certa tendência voltada a um modelo biologizante e protocolar. Quando há uma preocupação maior com relação ao usuário, essa se limita a um agendamento com mais brevidade de exames e de consultas.

A cartilha de Acolhimento e Classificação de Risco estabelece:

Tradicionalmente, a noção de acolhimento pode se restringir a uma atitude voluntária de bondade e favor por parte de alguns profissionais; a uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável; ou também a uma ação de triagem (administrativa, de enfermagem ou médica) com seleção daqueles que serão atendidos pelo serviço naquele momento.

Tais perspectivas, quando tomadas separadamente dos processos de trabalho em saúde, reduzem o acolhimento a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo. (...)

O processo de acolhimento deve, portanto, ocorrer em articulação com as várias diretrizes propostas para as mudanças nos processos de trabalho e gestão dos serviços: Clínica Ampliada, Cogestão, Ambiência, Valorização do Trabalho em Saúde. (p. 9-10) (34)

Para que o dispositivo ACCR funcione de forma mais relevante, é necessário que, tanto a escuta das necessidades como a efetividade técnica da classificação de risco ocorram simultaneamente, havendo espaço para que, naquele momento, haja a inclusão da vida do usuário. É mais comum que se classifique o risco e pouco se produza posturas e escutas de acolhimento. É essencial que as respostas às perguntas provoquem mudanças nas condutas e no diálogo, para além da soma de pontos que determinam seu grau de fragilidade.

No caso de D. Virgínia, tendo passado por muitos lutos e morando sozinha num momento de pandemia, enxerguei elementos suficientes para conexões com os outros serviços de saúde que ela frequentava. Mas, será que os

frequentava? Sua consulta com a enfermagem foi numa data próxima e eu estive presente acompanhado desta reflexão.

## 5.1 PERSPECTIVAS PARA A PRODUÇÃO DO CUIDADO

Após ter passado pelo cenário em que ocorreram os diversos encontros, especialmente entre trabalhadores e usuários, comecei a analisar as grandes perguntas que apareceram na pesquisa de campo. Encontrei características hegemônicas e uma relação de forças externas e internas que me levaram a observar indícios de uma clínica biologicista e com pouca interação entre os trabalhadores da área da saúde. Os usuários possuem características muito singulares e, para resolução clínica de suas situações, demandam muitos saberes. Entretanto, entraram no serviço sem saber o que lhes aconteceria e, ao que indica, saíram sem saber o porquê de lá terem estado.

Em relação aos quatro usuários idosos inicialmente escolhidos para participar deste estudo, em dado momento, representaram um pequeno retrato da população atendida pelo SUS. Um deles não aderiu ao tratamento por absenteísmo, nunca mais apareceu. Tentei contato diversas vezes, mas nunca obtive retorno. Dois deles eram consumidores de procedimentos: quanto mais, melhor! Tinham acabado de migrar do convênio particular para o SUS e entendiam que ser bem atendido era o mesmo que fazer muitos exames e ir muitas vezes mostrá-los aos médicos, com pouca abertura para criação de vínculo ou possibilidade de cuidado. A quarta paciente, mesmo com muitas limitações físicas e questões na vida, enxergava as coisas de um modo diferente e desejava perseverar na existência. Na opinião de outras pessoas, talvez a vida dela fosse muito sofrida devido a perdas e solidão, mas era essa a vida que era afirmada. Precisava de apoio constante, caía muito, mas tinha desejo de melhorar e de fazer o que gostava: interagir com as pessoas que estavam ao seu redor.

Importante ressaltar que esta última paciente, ao sair do cenário do serviço de saúde mostrou-se muito mais articulada e segura das decisões que

tomava em relação à sua própria vida. Um índice de que eventualmente, podemos agir atravessados pelos agenciamentos<sup>11</sup> que experimentamos.

Questões apareceram ao visualizar o acompanhamento destes usuários e dos trabalhadores, tais como: onde estariam as brechas para vivência de relações de cuidado nas formatações existentes nas regularidades de cuidado no CRI? Que tipos de cuidados podem potencializar a vida? Como a configuração contratual influencia o tempo que o profissional disponibiliza ao usuário idoso do SUS? Como promover e sustentar a grupalidade entre os profissionais com reuniões, discussões de caso e planos de cuidado singulares?

Autores como Carvalho e Cunha (35) apresentam possibilidades de democratização das instituições baseados na PNH, como ampliação de clínica, projeto terapêutico singular e arranjos operativos como colegiados gestores, apoio matricial e equipes de referência, que buscam intervir e valorizar as relações intersubjetivas nos processos de trabalho, incluindo aqueles que levam a pensar em como produzir saúde.

## 5.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE OS USUÁRIOS: BASTA SER ATENDIDO?

A partir do acompanhamento dos pacientes nas consultas, pude observar diferentes modos de entender a produção de cuidado neste serviço de saúde. O CRI não é um todo homogêneo, muito pelo contrário, diria que são muitos, pois há diversos saberes, perspectivas e produções, assim como também são muitos os usuários, cada qual com diversas expectativas.

No transcorrer das consultas médicas, observei o quanto as regularidades repetiam-se. Os atendimentos dos três pacientes acompanhados até aquele momento tinham sido muito semelhantes entre si. Foram mantidos os medicamentos que os pacientes já faziam uso e, para dois deles, foi acrescentado um antidepressivo. Cabe destacar que D. Cidinha já vinha fazendo uso do mesmo há anos, mas, ao final da pesquisa de campo, constatei que os demais também

---

<sup>11</sup> Um agenciamento é sempre uma multiplicidade construtora das condições das formas de conteúdo e expressão, das formações dos sujeitos, por meio de processos de aceleração, de afetos e de diferenças (Conceito desenvolvido por Deleuze).

passaram a fazer uso deste tipo de medicamento por recomendação médica, inclusive questionável como no caso de D. Virgínia.

Estes aspectos estão relacionados com os problemas de comunicação, com a pouca interação da equipe e com a necessidade de trabalho em rede. As informações e as peculiaridades trazidas pelos usuários precisam ocupar um lugar de maior destaque, complementando os sentidos do processo saúde-doença para a vida dos velhos. Em outras palavras, compreender para além das informações e fluxos.

No caso de D. Cidinha, algo parece ter escapado em meio às suas angústias e relatos, pois não é comum uma pessoa fazer uso de benzodiazepínico durante toda a vida, sem uma causa que pudesse ter sido melhor analisada. Seus relatos eram complexos e apenas uma jornada coletiva poderia auxiliá-la a processar e a entender sua própria dinâmica, compreendendo suas experiências para, quem sabe, ajudá-la na recomposição de seus medicamentos.

No que tange aos usuários acompanhados, ainda que alguns trabalhadores tenham relatado que lhes foi informado no ACCR a forma como o CRI funciona, em nenhum momento presenciei estes esclarecimentos. Eles têm expectativas de serem cuidados, seja onde for. As possibilidades não foram claras: não sabiam se deveriam passar lá apenas para atendimento; quem era o profissional de referência para seu caso; se, caso os exames demorassem muito, o retorno poderia ou não ser adiantado e outras dúvidas. No caso de D. Virgínia, que é uma paciente de alto risco, ela teve que aguardar três meses para retornar à consulta e, neste interim, sofreu uma queda.

Em que pese a favor desse “modo de fazer”, a pressão por metas não é motivo suficiente para desconsiderar aspectos tão caros aos princípios do SUS que objetivam o bem-estar do paciente, como é conveniente lembrar. O usuário precisa ser ouvido cada vez mais; ele precisa participar ativamente da produção de seu cuidado e da terapêutica. A melhor garantia de adesão ao tratamento é que ele faça sentido para a vida dos pacientes e seus costumes, o que, inclusive, deveria constar em contrato.

A percepção dos usuários indicou que eles pouco sabiam sobre o que lhes aconteceria no decorrer do atendimento e nem mesmo conheciam os motivos pelos quais estavam num serviço ambulatorial. Eles tinham expectativas diferentes das da equipe que lhes assistia.

### 5.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE O CAMPO DA PESQUISA

Um dos aspectos mais importantes no cenário do campo de pesquisa foi a proximidade com a gestora do CRI. Durante algumas reuniões com as regiões do Município de São Paulo, foi possível observar que ela demonstrava interesse não somente quanto a discutir os problemas referentes ao serviço que administra, como também quanto às necessidades do território. Minha experiência na função de articulador me permite afirmar que é pouco comum encontrar gestores que reconheçam os tensionamentos da própria gestão, pois, em geral, apresentam posturas defensivas, por vezes alegando que “a culpa é da atenção básica” ou dos “limites estruturais”.

### 5.4 DIFICULDADES E IMPREVISTOS

Um grande imprevisto ocorrido durante a pesquisa foi a pandemia da COVID-19 que eclodiu com muita força, abalando toda a “atmosfera” do planeta e, por consequência, afetando a realização deste estudo, no momento em que os três primeiros usuários participantes já haviam sido selecionados. O quarto participante viria a ser selecionado no ACCR somente após a retomada das atividades presenciais, no final de julho de 2020.

Daquele momento em diante, muitas restrições apresentaram-se, o que me levou à necessidade de readequações. Primeiramente, não foi possível saber se os participantes continuariam a ser atendidos e se aceitariam ter mais uma pessoa estranha no pequeno espaço de um consultório, uma vez que o isolamento social era a grande maneira de combater a disseminação do vírus.

Além disso, os usuários participantes pertenciam à faixa etária de idosos da população, grupo com maior taxa de mortalidade durante a pandemia, o que levou o ambulatório a fechar suas portas por quase cinco meses (de março a julho de 2020), passando a realizar o acompanhamento dos pacientes por telefone ou por videochamada, o que inviabilizou minha participação nas primeiras consultas com a enfermagem.

Estes detalhes fizeram com que o tempo de permanência dos idosos no serviço se estendesse, pois tudo o que era tido como eletivo sofreu alterações no SUS, em detrimento da necessidade de atender aos inúmeros casos de COVID-19.

Infelizmente, dado o curto período de realização do mestrado, eu não tinha tempo hábil para acompanhar todos os usuários selecionados até que recebessem alta do ambulatório, como havia sido anteriormente previsto, o que me levou à necessidade de entrevistá-los após algumas idas ao serviço, no momento em que eles se sentiram mais à vontade com a minha presença.

Ainda assim, foi necessário aguardar a retomada das atividades presenciais (ocorrida no final de julho de 2020). Precisei solicitar à gestora informações em relação aos atendimentos remotos realizados com os participantes deste estudo.

Foi uma profunda modificação no cenário. Medo e pavor pairavam sobre o planeta; a gestão era pressionada a apresentar soluções imediatas, garantindo distanciamento social e nenhuma aglomeração nas áreas de espera. Foram tempos de muita tensão, corte de recursos financeiros e necessidade de construção de novas soluções.

De um lado, a força da influência contratual causava grande preocupação em justificar a existência daquele serviço ambulatorial dada a alta quantidade de consultas e de exames diagnósticos, além da resolução de casos complexos com poucos retornos; por outro lado, havia a necessidade de um distanciamento social rígido, medo de contágio e preocupação com a segurança dos pacientes e dos profissionais.

Buscando compreender melhor este atravessamento contratual e seus efeitos na produção do cuidado com os usuários, foi incluída a entrevista com a gestora local.

Pelo fato de o estudo ter sido realizado no período pandêmico e pela tragicidade poderia ter sido uma chance para fomentar transformações políticas, éticas e estéticas. A pandemia colocou à prova como uma instituição constrói gestão e atenção em saúde e como lida com a produção do cuidado com seus usuários, gestores e trabalhadores.

O acolhimento, enquanto diretriz da PNH, indica uma postura para abertura ao encontro, com espaços de conversa, elaboração das necessidades em saúde, negociação do cuidado e estruturação do plano de cuidado. Para acolher, é

necessário escutar e identificar necessidades. É uma postura que a racionalidade gerencial hegemônica pode dificultar, porém não deixa de ser grande pista para a produção de um cuidado ampliado.

Apesar destas limitações, também merece destaque a ação disparada durante a pandemia em função da necessidade de internação dos idosos egressos por COVID-19, em que a gestora fez referência ao apoio constante da Articuladora de Humanização por meio de várias reuniões, até construírem conjuntamente, com a atenção primária, alguns fluxos de encaminhamento ao CRI. Isso é possível quando se observa o trabalho em rede ocorrido durante a pandemia. Segundo a gestora:

Criamos uma linha de cuidado de tratamento pós-COVID. Em maio, pensamos sobre o que poderíamos fazer em relação aos idosos egressos de internação. Baseados nisso, fizemos uma proposta de um ambulatório multidisciplinar para tratá-los assim que saíssem da internação. Conversamos com a Coordenadoria Municipal de Saúde, Supervisões e alguns hospitais para combinarmos os fluxos e critérios. Isso acabou servindo de modelo na SES/SP, e cada serviço fez de uma forma. (G)

## 6. CONCLUSÃO

O trabalho na área de saúde é pautado pela relação entre autonomia e heteronomia e é operacionalizado por meio de negociações, escolhas e determinações arbitrárias, nem sempre conscientes, que consideram a perspectiva de cada pessoa que compartilha aquele espaço. Esse tipo de trabalho também sofre influência das políticas de saúde, dos valores e das práticas de saúde instituídas e das relações de forças e poderes presentes em cada situação. Em alguma medida, estamos todos implicados pela gestão das situações de trabalho e com possibilidade de ajudar a transformá-las ou a mantê-las. (32)

Quando não há um cenário que valorize a produção de sujeitos autônomos e corresponsáveis, pode ocorrer uma redução da clínica. Os trabalhadores dificilmente fazem propostas relacionadas a seus processos de trabalho. Se o fizessem, significaria que ao mesmo tempo em que executam suas funções, também participam da gestão. Seriam sinais da inseparabilidade entre clínica e gestão, embora a racionalidade geral hegemônica insista em separá-los. (36)

É possível observar uma produção potente, condizente com as necessidades da área de saúde do território. Houve uma disposição da gestão local e de alguns profissionais para trabalharem de forma mais integrada. Com entusiasmo, a gestora relatou alguns casos que passaram pela reabilitação após a internação e evoluíram bem, destacando o de um paciente no qual uma fisioterapeuta do CRI interagiu com sua colega da Equipe Multiprofissional de Atendimento Domiciliar (EMAD), compartilhando o cuidado por meio de matriciamento. Posteriormente, teve a devolutiva que o paciente se reabilitou rapidamente. O compartilhamento do cuidado considerando a hierarquização do SUS aproxima-se muito do conceito de cuidado abordado até então.

O objetivo do apoio institucional, proposto pela Articuladora de Humanização, é intervir mantendo o processo de trabalho em constante análise, ajudando a compreender e questionando o “naturalizado”. É justamente o contrário de idealizar o processo de trabalho esperando equilíbrios na maior parte do tempo. Trata-se de analisar e de gerir os conflitos que possam eclodir. (35)

Há indícios de pouca abertura por parte da gestão estadual em relação a algum tipo de modificação no modelo do serviço em questão, ainda que as necessidades do território de saúde evidenciem o contrário.

Se, por um lado, pode haver exigência do gestor público em relação a mudanças e a inovações no trabalho em saúde, por outro, muitas vezes, tenta-se restringir os espaços concretos de exercício de autonomia e protagonismo, separando a instância gestora (Tomador de Serviços) da instância executora (Prestador de Serviços). Isso depõe contra o princípio de indissociabilidade entre atenção e gestão, por evidenciar a separação entre quem executa e quem planeja. O que se deseja é que os trabalhadores de saúde (papel que, neste caso, foi assumido pela gestora local) sejam pesquisadores de seus próprios processos de trabalho, ampliando e compartilhando as decisões, dando maior sentido às necessidades de saúde locais. (2)

A gestora local sinalizou que, em algumas situações, o que é ofertado na atenção primária não é o suficiente para o devido acompanhamento destes idosos após a alta ambulatorial, o que os deixa num impasse.

## 6.1 SERVIÇO ESPECIALIZADO EM SAÚDE DO IDOSO: O QUE PODEMOS APRENDER?

Durante o acompanhamento das consultas médicas e de enfermagem, foi possível constatar que houve pouca abertura para que os usuários pudessem falar sobre seus anseios e desejos. No entanto, há necessidade de mais observação, insistência e questionamentos neste espaço para que se obtenha um melhor entendimento a respeito do cuidado. Ao que parece, os pacientes têm grande necessidade de falar, ainda que o tempo seja extremamente limitado do ponto de vista do profissional.

O cuidado parece ser um campo de disputa entre médicos, enfermeiros e usuários. Um lado é o que detém o saber, sem negociação, o que causa certo desconforto, e este é um comportamento que se repetiu nos encontros observados. Entretanto, “nos detalhes”, o cuidado mudou a tonalidade em quatro ocasiões, a saber: 1 – quando a conduta da assistente social extrapolou suas funções e ela considerou a dimensão afetiva dos três usuários acompanhados, especialmente no caso de D. Virgínia; 2 – quando eu aprofundei a observação e me aproximei mais da

paciente mencionada, ficando evidente que o usuário é gestor de seu próprio cuidado e consegue articular uma rede em torno de si, mesmo que as instituições não pensem nesse aspecto; 3 – quando a fisioterapeuta, mesmo com restrições durante a pandemia, percebeu que as consultas por vídeo poderiam garantir bons resultados aos pacientes, não se limitando a possibilidade de o idoso não poder estar presente ou mesmo pelo fato de esta conduta não ser viável para todos; 4 – na criação, por iniciativa da gestora local, de uma linha de cuidados para pacientes egressos de internações por COVID-19. Este se tratava de um projeto amplo e muito interessante que visava reabilitar os idosos, devido à frequente perda de massa muscular durante a internação. Foi então articulada esta linha de cuidados, desde a atenção básica, passando por regulação até a atenção hospitalar. Durou alguns meses, a SES/SP (mesmo com evidentes resultados positivos) solicitou o cancelamento dessa ação exitosa porque não era padrão da secretaria, pedindo para que se esperasse por uma iniciativa mais global vinda do Secretário.

Outra questão muito relevante é que o serviço não prevê o acompanhamento de pacientes crônicos. Segundo a gestora (G):

Não fazemos acompanhamento de crônicos. Quando ele descompensa ele vem para cá para diagnóstico ou compensação e depois deveria voltar para atenção básica. Essa articulação que precisamos resolver, pois a APS tem medo de receber por não terem especialistas, mas entendo ser possível acompanhá-los em conjunto. Como exemplo, um paciente com arritmia controlada não precisa vir aqui toda semana, podemos estabelecer critérios. Se o médico generalista tiver dúvida sobre a medicação, ele poderia entrar em contato conosco para discutirmos este caso. Um matriciamento de verdade, não como o que foi incluído como indicador no contrato sob a forma de enfrentamento a absenteísmo, entendo que deveria estar previsto no contrato também. Ocorrem casos em que precisamos mandar ao hospital terciário. Penso que poderíamos compartilhar o cuidado com eles e intermediar o retorno à atenção primária. Esse tipo de articulação faz muita falta. Existem ações pontuais, mas precisam ser priorizadas. Reitero que é outro aspecto de deveria estar previsto no contrato. O território é vivo, dinâmico, precisa sempre ser revisto e uma flexibilidade contratual ajudaria muito. (G)

O gestor é atravessado não só por processos administrativos como também pelos externos ao CRI. Estas forças parecem reduzir sua autonomia e colocar o serviço como um potencial problema para a hierarquização no SUS, uma vez que não há mecanismo bem definido que garanta o acesso do paciente no momento em que apresente um agravo de saúde que possa ser tratado sem internação. Também não há garantia de que o CRI possa encaminhar com

segurança este paciente a outros níveis de atenção, sejam eles mais ou menos complexos. Se não fossem iniciativas dos próprios trabalhadores, seria um ponto isolado na rede assistencial.

A conexão com outros serviços de saúde é muito tímida, representada apenas pela assistente social que trabalha incansavelmente, mas sozinha. O trabalho em rede está implícito apenas em sua função. O caso de D. Virgínia foi um grande disparador de soluções mais amplas por meio da articulação com os serviços do território e para além da atuação da assistente social.

A complexidade dos pacientes acompanhados exigiu esforços para a ampliação da clínica, que considerou a inclusão da rede socioafetiva dos pacientes, a produção de redes de saúde e a adoção do dispositivo de PTS, proposto pela PNH. Para isso, apesar da pressão por metas, é imprescindível que a gestão e a equipe sustentem espaços de troca de saberes com fortalecimento do vínculo entre os trabalhadores da área da saúde. Tais elementos indicam modos de cuidar e de gerir que favoreceriam a integralidade em casos mais desafiadores, como o de D. Virgínia.

É possível afirmar que alguns pacientes beneficiar-se-iam muito se possuíssem acompanhantes qualificados. Em alguns momentos, fiz esse papel, ao acompanhar D. Virgínia. Ao me tornar seu acompanhante, em alguns momentos, acabei fazendo o papel de um familiar próximo, que não existia, passando a fazer parte de sua rede de apoio. Esta atuação pode ser comparada ao papel do agente comunitário de saúde, numa equipe de ESF. Há necessidade de uma política pública consistente, no sentido de criar condições de acesso a cuidadores e a Centros de Convivência, o que poderia preencher essa lacuna em relação às necessidades em saúde dos pacientes velhos.

Os trabalhadores possuem diferentes percepções. Alguns entenderam que a aproximação entre enfermeiro e médico é suficiente, mas que devem ser construídos mais ambulatórios; enquanto outros, apontaram a necessidade de espaços multidisciplinares para discussões de casos mais complexos, considerando os aspectos singulares da produção de cuidado. A pouca relação entre eles ficou evidente, fragilizando a produção do trabalho em equipe, fundamental para uma clínica ampliada. Eles pareciam estar ajustados a um cotidiano justificado pelas circunstâncias de agenda lotada e produziam poucas transformações nos processos de trabalho em equipe.

Há questões que demandam aprofundamento no que tange à articulação em rede. Apesar de o CRI ter capacidade para reconhecer e atuar sobre alguns de seus problemas, não estão claros os caminhos para a superação da condição de articulação extramuros. Demonstrar que determinados problemas de saúde demandam ações articuladas, inclusive de forma intersetorial, não é suficiente.

Aparentemente, apesar de a gestora local ter relatado o desejo de ampliar algumas possibilidades do cuidado compartilhado, parecia predominar a pressão pelo cumprimento das metas contratuais, o que resulta em um modelo de atenção no qual as agendas dos profissionais devam obrigatoriamente estar totalmente preenchidas, com pouco tempo para cada consulta e sem espaço para outras atividades. Este aspecto pode interferir no encontro entre trabalhador e usuário, de modo que o foco esteja apenas na queixa-conduta.

Neste cenário, parece ser muito importante a mudança das diretrizes políticas dos serviços, ampliando os contratos sobre atividades fim (resultados), em vez de predominarem as atividades meio, como procedimentos e atendimentos. Também parece ser importante que estas diretrizes contemplem a qualidade (e não somente a quantidade) e as relações com as redes assistenciais necessárias ao cuidado de cada caso em particular.

Dessa forma, pode-se considerar que o presente estudo contribuiu com a revisão das práticas de saúde nos serviços ambulatoriais voltados ao público idoso, de modo a considerar as singularidades inerentes ao público atendido e ao território de saúde adscrito. O estudo demonstrou que potencializar a grupalidade entre os trabalhadores da área da saúde pode contribuir para a qualificação do cuidado e para a construção de autonomia dos usuários.

A PNH dispõe de arranjos em processos de trabalho que podem contribuir para uma clínica mais ampliada e uma gestão mais democrática. Isso demonstra maiores chances de espaços nos quais a equipe derrube fronteiras rígidas de saberes e poderes, fazendo emergir a força de um coletivo multidisciplinar e horizontal. Entretanto, tais arranjos precisariam ser produzidos, ou seja, a experimentação é um aspecto primordial para transformar práticas de cuidado em saúde.

Numa época atravessada por um governo que prioriza o desmonte de políticas públicas, o subfinanciamento crônico do SUS e a presença de uma racionalidade gerencial hegemônica, quais seriam as possibilidades concretas de

ações em rede? A discussão do caso de D. Virgínia, que exemplificou a potência da discussão ampliada, levou ao fortalecimento do entendimento do trabalho em equipe nos serviços de saúde. Especificamente em um serviço ambulatorial, é fundamental a construção de arranjos de cuidado com outros atores e serviços no território.

Estudos futuros e mais ampliados poderiam analisar o percurso do paciente desde a atenção primária até os serviços de maior complexidade, propondo metodologias mais intervencionistas em relação ao modo de operar deste tipo de serviço de saúde. Além disso, também há necessidade de ser realizada uma análise crítica da atuação da SES/SP no que tange ao planejamento regional das redes de atenção à saúde, considerando mais amplamente as necessidades territoriais e as complexidades da população, problematizando a questão da velhice.

A intenção deste estudo também foi despertar nos trabalhadores da saúde outros referenciais de trabalho em equipe, reforçando os princípios do SUS e a ampliação da capacidade de análise. Neste movimento, novas questões apareceram, ainda sem respostas, tais como: Quais metodologias avaliativas seriam capazes de conter a complexidade dos processos de atenção à saúde e problematizar os modos de operar das equipes? Acredito que os processos de avaliação em saúde, que valorizem prioritariamente aspectos quantitativas, não sejam suficientes para produzir efeitos relacionados à ampliação da produção do cuidado, observados neste estudo, pelo contrário, podem fragmentar o cuidado e diminuir o grau de autonomia das equipes, padronizando modelos de assistência. Neste sentido, a potência do trabalho e do trabalhador pode ser reduzida. A gestão compartilhada e o cuidado ampliado não podem ser colocados numa métrica que caiba num protocolo.

O distanciamento social, ocasionado pela pandemia, pode ter influenciado as práticas, tornando-as ainda mais impessoais e distantes. Em outras palavras, não foi possível mensurar o quanto o cenário pandêmico pode ter maquiado o que foi observado neste estudo. Entretanto, é possível experimentar outras saídas, considerando uma clínica ampliada em que exista negociação, que inclua as expectativas de cuidado, que fortaleça reuniões e interação entre a equipe, e que amplie a gestão do contrato considerando as necessidades locais e o entendimento da velhice como potência de vida.

Assim, por meio dos resultados obtidos e da identificação dos temas de maior visibilidade, a pesquisa atingiu o objetivo geral proposto, descrevendo e

analisando a produção do cuidado no CRI durante o período pandêmico da COVID-19. Nesse percurso, foi possível incluir a participação e a percepção dos usuários em relação às práticas de cuidado e os modos como os trabalhadores relacionavam-se ao produzir saúde.

Enfim, pode-se afirmar que a pesquisa realizada registrou a história no exato instante em que ela estava ocorrendo. Apresentou sujeitos reais, no seu ambiente de trabalho, e usuários, cuidando de sua saúde nos seus contextos de vida. Alguns trabalhadores apresentaram desejos claros de mudança, enquanto outros, de conservação. Os achados sugerem que o planejamento na área de saúde deva ser operacionalizado considerando todos os serviços compreendidos numa região, especialmente aqueles pertencentes a esferas administrativas diferentes, aspecto que ainda merece ser melhor estudado.

Assim, finalizo este percurso com alegria e com a sensação de que vivenciei as oportunidades proporcionadas por este estudo, transformando-me pessoal e profissionalmente de modo potente. A observação *in loco* e em ato dos usuários junto às equipes de saúde trouxe aprendizado e ânimo para a minha trajetória em defesa do SUS, indissociável de meu modo de enxergar a defesa da vida. O caminho a ser percorrido ainda é muito maior do que o percorrido até então.

## REFERÊNCIAS

1. Oliveira CS. Velhices e envelhecimento: potências do cuidado tecido nas dobras e redobras do bordado. [Dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Estudos Pós-Graduados de Gerontologia e Ciências Sociais; 2018.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Humanização / HumanizaSUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
3. Feuerwerker LCM. Avaliação compartilhada em saúde. In: Ferla AA, Ramos AS, Lemos MB, Carvalho MS, organizadores. VER-SUS Brasil: Cadernos de textos [documento eletrônico]. Porto Alegre: Associação Brasileira da Rede Unida; 2013.
4. Félix JS. Economia da longevidade: uma revisão da bibliografia brasileira sobre o envelhecimento populacional. In: Anais do VIII Encontro da Associação Brasileira de Economia da Saúde. São Paulo: 2007 [citado em 17/03/2021]. Disponível em: [https://scholar.google.com.br/citations?view\\_op=view\\_citation&hl=ptbr&user=y0am3swaaaaj&citation\\_for\\_view=y0am3swaaaaj:qjmakfhdy7sc](https://scholar.google.com.br/citations?view_op=view_citation&hl=ptbr&user=y0am3swaaaaj&citation_for_view=y0am3swaaaaj:qjmakfhdy7sc).
5. Ministério da Saúde (Brasil). Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
6. Passeti E. Velhez, a vida como obra de arte. Revista Ecopolítica; 16: set-dez 2016.
7. Estado de São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Gestão de Contratos e Serviços de Saúde - CGCSS. Página inicial [citado em 06/11/21]. Disponível em: [www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/coordenadorias/coordenadoria-de-gestao-de-contratos-de-servicos-de-saude-cgcss](http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/coordenadorias/coordenadoria-de-gestao-de-contratos-de-servicos-de-saude-cgcss).
8. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - DATASUS [citado em 19/05/2021]. Disponível em: <http://tabnet.saude.prefeitura.sp.gov.br/cgi/tabcgi.exe?secretarias/saude/TABNET/cnes/estab.def>

9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. CENSO demográfico 2000 e 2010 [citado em 19/05/2021]. Disponível em: <http://tabnet.saude.prefeitura.sp.gov.br/cgi/tabcgi.exe?secretarias/saude/TABNET/POPIDADE/popidade.def>
10. Ministério da Saúde. Sistema de Informação Hospitalar - DATASUS [citado em 19/10/2021]. Disponível em: <http://tabnet.saude.prefeitura.sp.gov.br/cgi/tabcgi.exe?secretarias/saude/TABNET/AIHRD08/AIHRDNET08.def>
11. Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de São Paulo. Sistema de Informação sobre mortalidade – Ceinfo [citado em 19/05/2021]. Disponível em: [http://tabnet.saude.prefeitura.sp.gov.br/cgi/tabcgi.exe?secretarias/saude/TABNET/SIM\\_PROV/obitop.def](http://tabnet.saude.prefeitura.sp.gov.br/cgi/tabcgi.exe?secretarias/saude/TABNET/SIM_PROV/obitop.def)
12. Brasil. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a organização do SUS [citado em 22/05/2021]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)
13. Ministério da Saúde (Brasil). Caderno HumanizaSUS, volume 1 - Formação e Intervenção. Brasília –DF; 2010. p. 13-125.
14. Ministério da saúde. Caderno da 11.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, [2001]. 336 p.
15. Cunha GT. A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica. Saúde em Debate. São Paulo: Hucitec; 2005.
16. Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. HumanizaSES home page. Histórico da Humanização no Estado de São Paulo [citado em 06/11/21]. Disponível em: [www.saude.sp.gov.br/humanizacao/institucional/historico-da-humanizacao-no-estado-de-sao-paulo](http://www.saude.sp.gov.br/humanizacao/institucional/historico-da-humanizacao-no-estado-de-sao-paulo).
17. Diário Oficial do Estado de São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde. Gabinete do Secretário. Resolução SS-116, de 27-11-2012. Dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Estadual de Humanização nos serviços hospitalares, ambulatoriais e outros tipos de serviços no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde e dá outras providências. São Paulo, IMESP, Vol. 122, Cad. Executivo I - Seção 1; 2012: p. 64.

18. Yoshida CN. Contribuições para o processo do cuidado: perfil da clínica de ortopedia de uma Unidade Pública hospitalar da região de Sorocaba [dissertação]. Campinas (SP): DSC /FCM /Unicamp; 2020. p. 27-8.
19. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (Brasil). Política Nacional do Idoso – Lei nº 8.842. Brasília: MDS; 1994.
20. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional da Pessoa Idosa - Portaria nº 2.528. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
21. Tótorá S. Velhice: uma estética da existência. São Paulo: Educ / FAPESP; 2015.
22. Dicionário Online de Português. Vocábulo Comorbidade [citado em 22/05/2021]. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/comorbidade/>.
23. Pereira AC. A importância do SUS: A grandeza do Sistema Único de Saúde vai além do seu papel central no socorro a esmagadora maioria dos infectados pelo novo coronavírus. Jornal O Estado de São Paulo. 31/07/2020; Notas & Informações, col. a3.
24. Cunha GT. Encontro Bimestral dos Articuladores de Humanização do Estado de São Paulo. Informação verbal proferida em 26/06/2019.
25. Canguilhem G. O normal e o patológico. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; [1943] 1990.
26. Rodrigues IG, Fraga GP, Barros MBA. Quedas em idosos: fatores associados em estudo de base populacional. Revista Brasileira de Epidemiologia; jul-set 2014. p. 705-18.
27. Foucault M, História da Sexualidade III: o cuidado de si. Rio de Janeiro: Graal; 1985. p. 57.
28. Marcello FA, Fischer RMB. Cuidar de si, dizer a verdade: arte, pensamento e ética do sujeito. Pro-Posições; mai-ago 2014. p. 165.
29. Cunha GT. Grupos Balint-Paidéia: uma contribuição para a cogestão e a clínica ampliada na Atenção Básica. [Tese de Doutorado]. Campinas (SP): DMPS/FCM/Unicamp; 2009.

30. Ferigato S, Carvalho SR. O poder da gestão e a gestão do poder. In: Carvalho SR, Ferigato S, Barros ME, organizadores. Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividade. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 53-73.
31. Santos Filho SB, Barros, MEB, Gomes RS. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.13, supl.1; 2009. p. 603-13.
32. Pereira CM. Gestão Estadual na Saúde e Articuladores: forças em relação. [Tese de Doutorado]. São Paulo: FSP / USP; 2018. p. 90.
33. Brasil. Lei nº 7508 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 [citado em 30/08/2021]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)
34. Ministério da Saúde (Brasil). HumanizaSUS: Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência, Brasília-DF; 2009. p. 9-10.
35. Carvalho SR, Cunha GT. A gestão da atenção em saúde: elementos para pensar a mudança da organização na saúde. In: Campos GWS et al., organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz; 2006. p. 837-68.
36. Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Organograma [citado em 06/11/21]. Disponível em: [www.saude.sp.gov.br/organograma-institucional.htm](http://www.saude.sp.gov.br/organograma-institucional.htm).
37. Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de São Paulo. Ceinfo. Núcleo de Divulgação. [citado em 22/10/2021]. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/ceinfo/mapoteca/CRS\\_STS\\_e\\_SUB.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/ceinfo/mapoteca/CRS_STS_e_SUB.pdf)

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS

1. Qual a sua Idade?

**Sr. Vanderlei:** 74 anos.

**D. Cidinha:** 71 anos.

**D. Virgínia:** 88 anos.

2. Qual sua profissão?

**Sr. Vanderlei:** Aposentado. Era técnico de manutenção de aeronave.

**D. Cidinha:** Secretária aposentada.

**D. Virgínia:** Aposentada. Era ajudante/secretária na Justiça.

3. Possui religião?

**Sr. Vanderlei:** ( ) Sim ( x ) Não. Qual? \_\_\_\_\_.

**D. Cidinha:** ( X ) Sim ( ) Não. Qual? Católica e Espírita.

**D. Virgínia:** ( X ) Sim ( ) Não. Qual? Evangélica.

4. Qual o seu grau de escolaridade?

**Sr. Vanderlei:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1ª a 4ª série                 | <input type="checkbox"/> 2º grau completo   | <input type="checkbox"/> Especialização |
| <input type="checkbox"/> 5ª a 8ª série                 | <input type="checkbox"/> 3º grau incompleto | <input type="checkbox"/> Mestrado       |
| <input checked="" type="checkbox"/> 2º grau incompleto | <input type="checkbox"/> 3º grau completo   | <input type="checkbox"/> Doutorado      |

**D. Cidinha:**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1ª a 4ª série      | <input checked="" type="checkbox"/> 2º grau completo | <input type="checkbox"/> Especialização |
| <input type="checkbox"/> 5ª a 8ª série      | <input type="checkbox"/> 3º grau incompleto          | <input type="checkbox"/> Mestrado       |
| <input type="checkbox"/> 2º grau incompleto | <input type="checkbox"/> 3º grau completo            | <input type="checkbox"/> Doutorado      |

**D. Virgínia:**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1ª a 4ª série                    | <input type="checkbox"/> 2º grau completo   | <input type="checkbox"/> Especialização |
| <input type="checkbox"/> 5ª a 8ª série                    | <input type="checkbox"/> 3º grau incompleto | <input type="checkbox"/> Mestrado       |
| <input checked="" type="checkbox"/> 2º grau<br>incompleto | <input type="checkbox"/> 3º grau completo   | <input type="checkbox"/> Doutorado      |

5. Qual se estado civil ATUAL:

**Sr. Vanderlei:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Solteiro(a) e sem<br>namorada(o) | <input type="checkbox"/> Moro com<br>companheiro(a) | <input type="checkbox"/> Separado(a) ou<br>divorciado(a) |
| <input type="checkbox"/> Solteiro(a) e com<br>namorada(o) | <input checked="" type="checkbox"/> Casado(a)       | <input type="checkbox"/> Viúva(o)                        |

**D. Cidinha:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Solteiro(a) e sem<br>namorada(o) | <input type="checkbox"/> Moro com<br>companheiro(a) | <input type="checkbox"/> Separado(a) ou<br>divorciado(a) |
| <input type="checkbox"/> Solteiro(a) e com<br>namorada(o) | <input checked="" type="checkbox"/> Casado(a)       | <input type="checkbox"/> Viúva(o)                        |

**D. Virgínia:**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro(a) e sem<br>namorada(o) | <input type="checkbox"/> Moro com<br>companheiro(a) | <input type="checkbox"/> Separado(a) ou<br>divorciado(a) |
| <input type="checkbox"/> Solteiro(a) com<br>namorado(o)              | <input type="checkbox"/> Casado(a)                  | <input type="checkbox"/> Viúva(o)                        |

6. Principal meio de transporte (mais utilizado):

**Sr. Vanderlei:**

- |  |                                     |  |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Carro             | <input type="checkbox"/> Trem/Metrô | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ônibus | <input type="checkbox"/> Táxi/UBER  |  |

**D. Cidinha:**

- |  |                                     |  |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Carro             | <input type="checkbox"/> Trem/Metrô | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ônibus | <input type="checkbox"/> Táxi/UBER  |  |

**D. Virgínia:**

- |  |                                     |  |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Carro             | <input type="checkbox"/> Trem/Metrô | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ônibus | <input type="checkbox"/> Táxi/UBER  |  |

7. Tempo médio para se deslocar até o serviço de saúde:

**Sr. Vanderlei:**

- 20 minutos                       quase 1 hora                       mais de 1 hora  
 De 30 a 40 minutos               1 hora

**D. Cidinha:**

- 20 minutos                       quase 1 hora                       mais de 1 hora  
 De 30 a 40 minutos               1 hora

**D. Virgínia:**

- 20 minutos                       quase 1 hora                       mais de 1 hora  
 De 30 a 40 minutos               1 hora

8. Tipo de moradia:

**Sr. Vanderlei:**

- casa                                       Instituição de longa permanência  
 apartamento                               Outros: \_\_\_\_\_

**D. Cidinha:**

- casa                                       Instituição de longa permanência  
 apartamento                               Outros: \_\_\_\_\_

**D. Virgínia:**

- casa                                       Instituição de longa permanência  
 apartamento                               Outros: \_\_\_\_\_

9. Frequenta outros serviços de saúde?

**Sr. Vanderlei:**  Sim  Não. Qual?

- UBS                                       Outros:  
 Hospital

**D. Cidinha:**  Sim  Não. Qual?

- UBS                                       Outros:  
 Hospital

**D. Virgínia:**  Sim  Não. Qual?

- UBS                                       Outros:  
 Hospital

10. Pratica atividades de lazer?

**Sr. Vanderlei:**

( ) cinema ( ) teatro ( ) Outros: \_\_\_\_\_  
 ( ) museu ( ) atividade ao ar livre (X) não se aplica

**D. Cidinha:**

( ) cinema ( ) teatro ( ) Outros: \_\_\_\_\_  
 ( ) museu ( ) atividade ao ar livre (X) não se aplica

**D. Virgínia:**

( ) cinema ( ) teatro ( ) Outros: \_\_\_\_\_  
 ( ) museu ( ) atividade ao ar livre (X) não se aplica

11. Qual o seu problema de saúde? Descreva o que melhorou e o que piorou.

**Sr. Vanderlei:** Meu maior problema é a idade mesmo. Como não tenho convênio médico, procuramos o posto (CRI) para acompanhar minha diabetes. Não percebo melhora, parece tudo controlado e continuo a mesma rotina. Não atrapalhando meu dia-a-dia está bom. Depois de começar a tomar antidepressivo me senti um pouco mais animado, porém, esta pandemia está deixando a gente um pouco triste, pois não podemos sair de casa.

**D. Cidinha:** Todas são derivadas da idade. Crônico só o problema de vista. O que mais incomoda é meu cansaço, me deixa preocupada e queria que alguém me desse uma solução. Também tenho hipertireoidismo. Fiz bariátrica com redução do intestino e tirei a vesícula. A vista ruim também atrapalha muito.

**D. Virgínia:** Na verdade eu nem saberia dizer. Foram as mocinhas da UBS que me encaminharam. O médico de lá se aposentou, elas me mandaram para o CRI por ter mais recursos. Tenho diabetes, mas estava controlada. Acho que minha saúde continua boa. O que eu quero mesmo é fazer cirurgia de catarata, estou esperando conseguir depois que esse vírus der um tempo.

12. O que a família pensa sobre o tratamento realizado? Descrever a experiência.

**Sr. Vanderlei:** Inadequado. Eles são muito frios e os exames demoram demais. Não sabe o que vai acontecer a ela. Na primeira vez, passamos em consulta juntos, depois nos separaram. Somos um casal e seria mais fácil irmos ao mesmo tempo na consulta, até pelo deslocamento.

**D. Cidinha:** Inadequado. Os exames demoram muito para serem realizados e às vezes são marcados em locais muito longe de onde moramos. Demora muito para voltarmos a ver o médico.

**D. Virgínia:** Não se aplica, pois não possui suporte familiar.

13. Como você considera a comunicação entre os profissionais que realizaram seu tratamento? Descrever a experiência.

**Sr. Vanderlei:** Não estou certo. Minha mulher é quem me acompanha. Acho que o tratamento está adequado. Ela é que toma a frente de tudo, eu só vou junto mesmo. Não tenho como saber se os profissionais se comunicam entre eles. Vou lá e tiro o sangue, depois vou embora e fico esperando eles me ligarem. Não percebi que as orientações entravam em conflito, mas também sempre conversei separadamente com o médico ou com quem me atendia.

**D. Cidinha:** Inadequada. Não percebi condutas conflitantes. Também não percebo que os profissionais conversam entre eles sobre o meu caso. Acho que cada um cuida de sua especialidade. Entendo que se fosse um caso mais sério, seria pertinente, do contrário, não vejo necessidade.

**D. Virgínia:** não estou certa. Não consigo perceber se eles se comunicam entre eles. A enfermeira dá o papel e depois passamos com o médico. Vou onde elas me mandam.

14. Como você considera a comunicação do serviço de saúde com outros serviços fora dele? Descrever a experiência.

**Sr. Vanderlei:** Não vejo e nem percebo comunicação com o postinho. Acho que não se conhecem.

**D. Cidinha:** Não observo comunicação entre os serviços, nenhuma. Não há razão para conversar com outro lugar, eles não têm tempo para isso.

**D. Virgínia:** não sei se conversam com outros lugares, mas lembro de conversarmos com a assistente social do AME.

15. Como você considera a capacidade de esclarecimento e compartilhamento de decisões clínicas com os profissionais de saúde? Descrever a experiência.

**Sr. Vanderlei:** Inadequado. Não tenho muitas dúvidas, mas o único médico que tive contato foi com o Dr. Joaquim e saí de lá com guias de exames e medicação. Neste ponto eu entendo. O que me deixa insatisfeito é o tempo que leva para voltar a ver o médico e não saber o que vai me acontecer da hora no AME, como será o tratamento todo.

**D. Cidinha:** Inadequado. Às vezes saio com dúvidas. Exceto o pneumologista, o gastro e o endocrinologista (que não são do AME). Os demais prescrevem sem considerar o que é dito pelo paciente, não se envolvem com nada. Acho que é pouco caso. Estão acostumados à rotina, ao protocolo e nem escutam o que temos a dizer.

**D. Virgínia:** Adequado. Eles são muito atenciosos. Gosto de todos eles. Fiquei com dúvida e preciso esclarecer quando vou fazer a cirurgia no joelho e na vista.

16. Você acredita que os profissionais consideraram aspectos subjetivos e sociais (seus problemas e anseios), transformando o tempo de consulta e as propostas terapêuticas às necessidades e aos valores de cada pessoa? Descrever a experiência.

**Sr. Vanderlei:** Até perguntou como eu estava me sentindo, mas não dá muita chance para falar. Logo já querem saber que remédio eu tomo e os problemas. Têm uma certa pressa. Olhou meus exames dizendo que estava tudo bem e perguntou se ainda tenho receita para pegar as medicações, mas nem detalha se tem gratuito ou não.

**D. Cidinha:** Não. Para eles tanto faz como fez. Tudo é protocolar e rápido. O geriatra é um exemplo disso. No caso do exame, ficou claro.

**D. Virgínia:** Ele não me esclareceu se poderia tomar o leite ou não. Mas eu já me informei. O leite de hoje em dia não é puro. Confesso que eu encomendo da fazenda, bem fresquinho e tomo. Acho que ele pensou que por causa do meu rim era melhor não falar para eu desistir. Tenho o médico do postinho que pediu para eu diminuir, então eu tirei a dúvida. Na verdade, mais o médico que fala lá na hora. Eu falo aqui porque temos mais tempo. Para o médico, não dá para ficar falando, tenho é que escutar.

17. Você acha que o médico e/ou profissional de referência conhece a sua família bastante bem? Descrever a experiência.

( ) Com certeza, sim      ( X ) Provavelmente, não      ( ) Não sei / não lembro  
( ) Provavelmente, sim      ( ) Com certeza, não

**Sr. Vanderlei:** Provavelmente, não. O espaço entre as consultas é muito grande, mas acredito que não saibam quem me acompanha e nem se lembram do meu caso.

- ( ) Com certeza, sim      ( ) Provavelmente, não      ( ) Não sei / não lembro  
 ( ) Provavelmente, sim      ( X ) Com certeza, não

**D. Cidinha:** Com certeza, não. O acompanhante não faz parte do tratamento. Eles são frios. Apenas a assistente social se preocupa comigo.

- ( ) Com certeza, sim      ( ) Provavelmente, não      ( ) Não sei / não lembro  
 ( ) Provavelmente, sim      ( X ) Com certeza, não

**D. Virgínia:** Com certeza, não. Só aquela menina (assistente social) que pegou o telefone da minha sobrinha. É gente demais para atender, não dá tempo.

18.            Gostaria de relatar algo que não foi perguntado?

**Sr. Vanderlei:** Sim. Muito demorado o tempo entre as consultas. Por outro lado, temos de entender que é muita gente para ser atendida. Fui lá para colher sangue. Fiquei muito tempo esperando e sem comer. Avisei a elas que era diabético, que era perigoso. Ganhei duas bolachinhas, mas acho que precisam prestar mais atenção nessas coisas, pois lá só tem idoso.

**D. Cidinha:** Não vejo uma coordenação, uma metodologia. A sequência do que me vai acontecer aqui dentro. Entrar na fila de espera, para depois demorar para fazer o exame, mesmo se for urgente. Muita demora para a realização deles. Paguei tomografia do pulmão, sorologia do COVID-19. Pretendo pagar função pulmonar e os outros, se demorarem muito. Fico preocupada e acabo pagando. Intervalo muito grande entre uma consulta e outra. Nem imagino quando voltarei ao geriatra. Os médicos de convênio são mais gentis. Alguns exames são muito longe daqui. Só a endoscopia no Hospital Brigadeiro que fui bem atendida num serviço de primeira.

**D. Virgínia:** Não. Estou esperando para voltar a ver o médico e levar o exame. Para melhorar, eu queria fazer a cirurgia da catarata, daí eu caio menos.

## APÊNDICE B – ENTREVISTA COM OS TRABALHADORES

1. Qual seu grau de satisfação e sua avaliação em relação à qualidade do atendimento/serviço oferecido aos pacientes? Que resultados entende que poderiam ser melhorados?

**Dra. Cristiane - Geriatra:** Considero que trabalho num lugar em que vejo o SUS funcionar muito bem. Observo que os pacientes melhoram, tem toda uma equipe multiprofissional que ajuda muito nesse cuidado voltado ao idoso. Isso me deixa muito tranquila, esse suporte que tenho deles. Gostaria de ver os pacientes com mais frequência, mas como a demanda é muito grande, fica inviável. Às vezes, demora de 4 a 6 meses para ele retornar. Gostaria de poder fazer mais encaixes, mas a agenda está sempre bem cheia. Faço alguns. Nesse ponto, quando não consigo, peço para enfermagem reavaliar e fazer algum tipo de teleatendimento para acompanhar melhor os casos mais delicados.

Também considero que o tempo de primeira consulta deveria ser maior, 30 minutos é insuficiente. A maioria possui comorbidades e isso precisa ser considerado para ajudar na conduta. Por outro lado, o fato de o paciente passar na triagem (ACCR) ajuda bastante e ganhamos tempo com isso, mas o ideal seria um tempo maior para entender melhor alguns aspectos que talvez não sejam considerados como deveriam. Penso que conseguiria dar conta de mais queixas e não somente do principal motivo que o levou até o CRI.

Conheço uma pessoa que trabalha em outro serviço similar no SUS e lá a primeira consulta é de uma hora e as demais de 30 minutos.

**Dr. Joaquim - Geriatra:** Entendo que o retorno seja muito distante, deveria ser mais breve. O ideal seria de 3 a 4 meses, creio que por uma superlotação do CRI esse tempo se estenda mais. O fluxo de alta dos pacientes deveria ser aperfeiçoado, porque aqueles de menor complexidade têm de voltar para UBS, mas muitos acabam permanecendo tempo demais aqui no serviço. Alguns voltam sem realizar os exames solicitados, prejudica todo o seguimento. O que precisa ser feito fora daqui normalmente trava o atendimento por conta da demora

(colonoscopia, densitometria e outros). A primeira consulta deveria ter 40 minutos, um pouco mais de tempo e as demais, 30 minutos mesmo.

**Cleide - Enfermeira:** Em relação ao atendimento, considero muito bom, de qualidade. É bem organizado e os protocolos auxiliam muito na identificação das principais necessidades dos pacientes. O que me incomoda e foge um pouco do controle da enfermagem, seria em relação aos agendamentos externos. Quando precisamos de algum exame que é realizado aqui dentro, temos uma facilidade maior de encaixe, e fica pronto mais rápido. Entretanto, por exemplo, o paciente pode ser de alto risco e precisar de um exame mais complexo (colonoscopia, densitometria, tomografia de abdômen ou crânio etc.). Alguns deles são difíceis de conseguir via CROSS, gerando uma demora excessiva na sua realização, gerando um intervalo muito grande até a consulta de retorno. Tem casos em que não existem ofertas na rede e precisamos levá-los para discussão com a gestão para tentar alinhar uma nova conduta ou tentar por outras vias na SES/SP. Este impacto no acompanhamento dos pacientes é muito prejudicial e pode gerar agravos. Damos prioridade aos casos de alto risco e maior vulnerabilidade, mas se considerarmos aqueles com menor risco, mas que precisem de tomografia de crânio, o paciente entra numa fila que demora muito. Acontece de ele voltar na consulta de retorno apresentando piora em muitos aspectos, geradas por conta desta demora. Friso que em relação ao atendimento com a enfermagem, médicos e o monitoramento que fazemos deles, considero muito bom.

**Karen - Fisioterapeuta:** Para aqueles que passam na fisioterapia, eu aprovo. É uma boa proposta. O paciente vem da UBS referenciado para o serviço secundário, pois não deram conta de sua diabetes, pressão, fratura ou AVC. O paciente vai reabilitar conosco, porém, ele não sabe o que é o SUS – níveis de hierarquização. Faz a triagem no geriatra para saber se ele deve acessar ou não o CRI. Em seguida, é classificado em baixo, médio ou alto risco, o que já ajuda a priorizar estes atendimentos. Ressalto que trabalhei em outro serviço similar e não havia essa possibilidade lá. Se por um lado ajuda, por outro, faço dois apontamentos: Há um problema na continuidade do cuidado destes atendimentos dentro e fora do CRI; e também acaba por tirar uma vaga de consulta do geriatra

(justamente porque ele faz uma classificação e tem sua agenda reduzida porque a atenção básica não encaminha direito).

Quanto à reabilitação, é excelente: estruturalmente, insumos e aquilo que apresentamos como evidência é considerado pela gestão. Sou embasada por pesquisas, temos autonomia. O que complica, por exemplo, é quando os pacientes são muito crônicos – que faremos apenas uma manutenção ou que moram muito longe e que não podem vir duas vezes na semana, porque passam pelo geriatra que se esquece de perguntar se terão condições de se deslocar tantas vezes, por exemplo. O médico, muitas vezes, não possui este tipo de informação. Começa a trabalhar no serviço sem receber um “treinamento” sobre as peculiaridades do público atendido, o que por vezes gera este tipo de problema. Ocorre também de encaminhar o paciente não pedindo uma avaliação nossa, mas determinando o número de sessões, conduta que pode não se concretizar na prática. Eu não conheço os médicos pessoalmente, conheço pelo carimbo. Entendo que a comunicação precise ser melhorada. Sabemos das informações pela “rádio peão”, na hora do café. Toda a equipe assistencial tem formação em gerontologia, o que pressupõe apostar em equipe multidisciplinar. Creio que seja por conta disso que a fragmentação não seja ainda maior. Diria que a força do CRI é a equipe. A falha parece estar na Administração que não conversa com a Assistência, problemas de organograma, de gestão. Os profissionais é que fazem acontecer e são desmotivados por conta desse modo de operar isoladamente, ainda que tenhamos abertura para falar destes aspectos com a chefia imediata.

**Marisa – Assistente Social:** Aqui neste serviço, especificamente, atendemos uma população predominantemente de mulheres. O Município de São Paulo como um todo, não somente a Região Sudeste. Mais para frente podemos falar da dificuldade de abranger todo esse território heterogêneo. Meu grau de satisfação de atendimento da Unidade é alto por um lado: um serviço bem efetivo no que se refere à articulação e ao matriciamento da rede, tanto socioassistencial como a de saúde.

A nossa atribuição enquanto serviço social, além de orientar e viabilizar seus direitos sociais, pretendemos que o atendimento seja efetivo e eficaz, que de fato melhore sua qualidade de vida, que o ajude a preservar sua autonomia. Temos sempre de pensar nesse aspecto em todas as nossas ações.

Também é satisfatório por podermos gerenciar casos articulando com a rede assistencial e socioafetiva, conseguindo viabilizar o atendimento deste idoso, não somente aqui, mas em serviços extramuros. Conseguimos fazer uma ponte com suas garantias de direitos: direito a transporte, benefício de prestação continuada, inclusão no ATENDE da Prefeitura. Acionar esses serviços melhora a adesão do tratamento.

Entretanto, por outro lado, enfrentamos muita burocracia e problemas na outra ponta. Exemplo: o paciente está em atendimento aqui e o médico prescreve fisioterapia. Este tem dificuldades para se deslocar por conta de falta de acompanhante/cuidador e dificuldade motora. Acionamos o ATENDE que demora de 3 a 6 meses para responder se terá direito ou não. Aqui no CRI, uma fisioterapia dura em média 3 meses, ou seja, o paciente acaba não usufruindo do benefício e vindo por outro meio, se der conta de se deslocar até aqui. Estas questões dificultam muito nosso trabalho. Outra questão importante é a rede de suporte social insuficiente de boa parte dos pacientes: muitos deles moram sozinhos e estão perdendo sua capacidade funcional. É árduo tecer uma rede de cuidados, pois envolve articular o que é formal (serviços de saúde, UBS e outros) e aquilo que é informal também (vizinhos, padaria ou mercado). Pensar sobre o território que eles residem. Os maiores obstáculos estão fora do serviço, mas existem questões que esbarram aqui, pois se um idoso tem uma rede de suporte insuficiente, seu atendimento certamente será comprometido, interfere tanto na reabilitação quanto na clínica.

2. Como considera que sua função contribua durante o tratamento do paciente no CRI? Como enxerga seu papel na elaboração do projeto terapêutico?

**Dra. Cristiane - Geriatra:** O geriatra é um gestor da saúde do idoso e como eles têm muitos problemas a serem resolvidos, nós avaliamos o que é prioridade naquele momento e depois qual a sequência a seguir. Temos muito contato com a enfermagem e eles ajudam bastante. Avalio que seria melhor se pudéssemos nos comunicar com mais frequência.

É importante determinar o grau de risco: alto, médio ou baixo, o que indica quão rápida precisa ser a ação. Num caso de alto risco, conversamos com a

enfermeira para adiantar a consulta e os exames. Outro aspecto é a coordenação das medicações: “desprescrição” em situações que possam trazer riscos aos idosos. Identificar se o paciente está dando conta do tratamento sozinho, às vezes acionamos a família através do serviço social. Identificar o risco de quedas, que é algo trágico para pessoas na melhor idade. Suspeitas de neoplasia são direcionadas a enfermeira.

Reforço que a classificação de risco ajuda bastante a nortear a nossa conduta em muitos aspectos. O olhar do geriatra ao identificar aqueles que são mais frágeis e ter uma ação rápida é um papel muito importante.

**Dr. Joaquim - Geriatra:** Como geriatra, cuido de uma maneira mais global do paciente e oriento a respeito das comorbidades e prevenção, principalmente. Se houver necessidade, encaminhamos ao especialista para uma avaliação mais específica. A enfermagem monitora os casos de alto risco e, caso precise, ela nos procura para tentar agilizar alguns detalhes em relação a estes pacientes. Dependendo, ele pode voltar numa consulta com a enfermeira e solicitar outros exames antes do retorno comigo.

**Cleide - Enfermeira:** O papel do enfermeiro é muito importante por conta das orientações que os pacientes necessitam no seu cotidiano, que muitas vezes o médico não dá. Em relação a construir o plano terapêutico, muitas vezes o médico não identifica algo durante a consulta que nós detectamos através do nosso monitoramento. Quando isso acontece, partimos para uma discussão de caso com eles para definir qual a melhor conduta. Então, fazemos esse intermédio entre o paciente e o médico. Às vezes, ligamos para o paciente para saber de seu estado e eles relatam algumas questões importantes, passíveis de intervenção. A questão é que nem sempre temos vaga de consulta médica disponível para semana seguinte. Nós mesmos, já agendamos algum exame pendente para analisar aquela queixa e assim que fica pronto, já mostramos ao médico para definir qual a “linha de cuidado” que melhor se encaixa na situação.

**Karen - Fisioterapeuta:** Considero que minha função contribui muito. Ao longo destes quatro anos muitas coisas mudaram. Lá no início, o geriatra triava e já encaminhava direto para gente. Nisso, estranhamos por virem para reabilitação

antes de realizarem exames. Então, levamos isso para discussão porque precisamos entender as prioridades de cada paciente antes de encaminhar. Se a necessidade maior é outra especialidade e não a reabilitação num primeiro momento. Quase todo idoso precisa de fisioterapia, mas precisamos estratificar dentro do nosso setor também. Logo, as vagas precisam ser preenchidas por quem tem mais necessidade, como no caso de um AVC que aconteceu há pouco tempo.

A demanda precisa ser sempre olhada, por isso, reclassificamos os encaminhamentos dentro da reabilitação também. No outro serviço que atuei, cada setor tinha um gestor, aqui há um para toda equipe não médica. Acaba que um profissional não consegue analisar as demandas de todas as especialidades (sua formação o limita). Me enxergo como parte integrante deste plano terapêutico, é o que motiva. Exemplo disso, foi o início do teleatendimento durante a pandemia. Peguei a nossa demanda e realmente analisei cada caso se seria conveniente o paciente se deslocar ou não. Tivemos casos exitosos de atendimento on-line com pessoas que tinham o suporte familiar (de um neto) na hora das sessões. Algo que jamais pensaríamos se não existem as restrições impostas pela pandemia. Triste que, ainda hoje, quando um paciente retorna com o geriatra depois de anos e relata que a fisioterapia foi ótima para ele, mesmo sem maiores análises, ele é novamente encaminhado.

**Marisa – Assistente Social:** Além de viabilizar os recursos e direitos que o paciente tem, seja dentro e ou fora do serviço, especificamente é viabilizar o tratamento terapêutico dele aqui. Posso citar o fortalecimento e restabelecimento de vínculo familiar. Eles têm família, mas os conflitos estão muito sedimentados. Assim, intermediamos e pensamos juntamente com todos os envolvidos (paciente e família) quais são as possibilidades de melhorar a dinâmica objetivando os cuidados do paciente idoso. Supondo uma pessoa que era independente e que, após sofrer um AVC, isso muda radicalmente. Conversar com essa família possibilitando e capacitando-a para a inclusão do cuidado e de todas as novas responsabilidades, sem sobrecarregar este novo cuidador. Ajudamos a pensar em como cuidar deste cuidador.

3. Como enxerga a relação entre profissionais dentro do CRI? Participa de espaços de discussão de casos? Descreva.

**Dra. Cristiane - Geriatra:** A relação é boa. Discussão de casos faço mais com as enfermeiras. Geralmente, tínhamos uma enfermeira de referência, mas agora diminuiu o número de profissionais da enfermagem e isso vai mudar. Durante a agenda de consulta fica muito difícil, não há espaço para discussão. O que me facilita é que como também participo da triagem, acabo terminando um pouco antes e utilizo este tempo para discutir casos. Entendo que é um espaço necessário. Antes discutíamos no meio de outro atendimento, fica impossível para um médico que tem todos os dias cheios na agenda. Damos um jeito. Pelo grau de comorbidade dos pacientes, seria ótimo se pudéssemos fazer uma reunião com a equipe completa, visando abordar os casos mais complexos de forma mais ampla. Como citei anteriormente, eu converso com a enfermagem e suponho que ele precise passar na reumatologia, por exemplo. Talvez se pudéssemos fazer até via telefone por conta de conflito de agenda, seria bom. Mais importante que interagir com outras especialidades, seria uma maior aproximação com a equipe multiprofissional. Para casos de demência, por exemplo, damos um jeito procurando os outros profissionais de alguma maneira. Mas, tempo na agenda para isso é fundamental. Para aqueles ainda mais complexos, com muita alteração comportamental, a gente precisa de muito envolvimento da família e temos muitos casos aqui. Creio que uma discussão com a psicóloga, terapeuta ocupacional e a própria família traria resultados muito interessantes. Por ora, arrumamos soluções do jeito que dá.

**Dr. Joaquim - Geriatra:** É boa. Ocorrem apenas discussões de casos pontuais com a enfermeira ou assistente social, dependendo da situação. Não há uma discussão mais global, sempre a respeito de situações que percebemos na consulta. A relação é boa, converso mais com a enfermagem e serviço social, se observarmos a agenda, é o que dá tempo de fazer.

**Cleide - Enfermeira:** Temos uma interação muito boa. Às vezes a fisioterapeuta detecta um problema no paciente que está fazendo sessões, ela vem até nós e discute conosco para definir a melhor conduta. Há situações em que o geriatra também precisa de algo na consulta ou que agende uma especialidade fora

do AME. Não só estes, mas o endocrinologista também precisa que reforce as orientações referentes ao cuidado de diabetes. Percebo que a relação é muito boa. Um está sempre procurando o outro. Em relação ao administrativo também, nos agendamentos estão sempre nos ajudando com a regulação. Se algum paciente não confirma a presença na consulta, eles já inserem o paciente que foi indicado por nós da enfermagem. Pessoalmente, nunca tive problema com nenhum profissional daqui neste sentido de trabalho em equipe.

Antes da pandemia fazíamos reuniões de equipe com a participação de todos os profissionais envolvidos com os pacientes, era muito bom. É muito importante, pois agiliza todo o tratamento, às vezes a fonoaudióloga pode ter uma sugestão que viabilize todo o desenvolvimento do tratamento de um determinado paciente. Contudo, após a pandemia, estas reuniões foram suspensas e, atualmente, é mais difícil que ocorram por conta da difícil conciliação de agenda dos profissionais. As discussões de caso são feitas mais pelos enfermeiros junto com os médicos, a não ser que a situação seja muito crítica e demande a atuação de mais profissionais.

**Karen - Fisioterapeuta:** A comunicação é efetiva com meus pares (demais fisioterapeutas) e com o Serviço Social. Como todo mundo da gerontologia se conhece, facilita a relação. As enfermeiras não são deste universo, por isso observo que elas são mais distantes e menos propensas a se relacionar. Atualmente, o serviço não propõe horário para discussão de casos. Em uma ocasião, um tempo atrás, uma sexta-feira por mês tinha reunião de toda equipe, mas faltou gestão. As pessoas não sabiam como ocupar este espaço e o que discutir. Não era bem direcionado. Começamos discutindo um caso por dia, mas com o tempo, ninguém trazia mais casos. Tinha a participação de toda a gestão: Lúcia e Ana Rosa (pela enfermagem), Thaís Cristina como médica. Tentaram fazer num horário intermediário entre os períodos da manhã e da tarde, mas tinha gente que não conseguia chegar meia-hora mais cedo. Acabou virando “papoterapia”. O espaço acabou não se mantendo porque não tinha sentido. Teve até uma questão de logística dos prontuários nos setores, pois quando discutíamos o caso, o setor administrativo se queixava da demora no arquivamento deles, além do fato de que parte da equipe se disponibilizava para se debruçar sobre a situação, mas para a outra não casava a agenda. Tem umas burocracias que atrapalham aqui. Por

exemplo, se eu levo um prontuário daqui para discutir com a enfermeira e quero deixá-lo com ela, não é permitido. Tenho de devolver ao SAME para depois ela retirar. Isso vai desanimando a equipe por conta do modo inadequado de conduzir a situação.

**Marisa – Assistente Social:** Na minha perspectiva, a relação é boa. Temos dificuldade com trabalho interdisciplinar. Tratando-se de idosos, especialmente, não há como desenvolver um trabalho de qualidade sem trabalho multidisciplinar ou interdisciplinar. Para que isso ocorra, é necessário que esta metodologia esteja enraizada em todos os profissionais e isso não acontece, pois não está em todo mundo. Então, existe dificuldade com alguns profissionais. O meu trabalho não é possível sem conexão com outros profissionais. É necessário ter uma boa relação com a equipe médica, de enfermagem e de recepção. Avalio que consigo uma boa troca de experiências.

Tivemos por dois anos um trabalho de preceptorial dos residentes da UNIFESP e, uma vez ao mês, fazíamos discussão de caso. É uma experiência muito rica, aprendi assim na minha formação. Depois, essa discussão passou a ser quinzenal. Uma equipe multidisciplinar discutia 1 ou 2 casos. Em 2020, por conta da pandemia, acabamos não fazendo estas reuniões, mas temos um fluxo de gerenciamento dos casos. Como a demanda triplicou, está bem mais difícil, mas sempre estamos em contato com a enfermeira e o geriatra. Há uma preocupação da gestão em garantir estes espaços. Entendo ser necessário constar na agenda dos profissionais horários para esta finalidade, pois o fato de não “casar” a agenda era a grande dificuldade que tínhamos e isso não ocorreria caso fosse incluído na produção. É angustiante discutir um caso complexo sabendo que na sua porta existem outros pacientes aguardando atendimento. Há necessidade de mais espaços e disponibilidade para este tipo de trabalho aqui no AME.

4. Você concorda que existam perspectivas diferentes entre os pacientes e os profissionais de saúde? Como lidam com isso aqui?

**Dra. Cristiane - Geriatra:** Sim, são perspectivas diferentes. Há uma expectativa de que eles permaneçam neste serviço para sempre, porque é o CRI e

que não terão alta. É um local bom, que faz acompanhamento e o paciente não quer perder. É muito comum eles relatarem que, por serem idosos, precisam de uma geriatra e na UBS não tem nenhum médico. Entendo que o sistema não dê conta de todos eles e precisamos dessa rotatividade para dar vaga àqueles que mais precisam.

Cada ser humano é individualizado, cada um tem valores e sua história de vida. Isso influencia em como a pessoa cuida de sua saúde. Sei que mudança de hábito não é algo simples, trata-se de um processo longo. Muitas vezes, ele nem entende porque precisa tratar de uma diabetes e, talvez se tivesse mais formação, mudaria de postura em relação a isso. O fator cultural pesa, seu humor e problemas pessoais. Muitas vezes, pensar na sua saúde é o menor de seus problemas e dá prioridade a outras coisas. A medicina é uma arte e geriatria é ainda mais! O paciente tem toda uma biografia que influencia muito, consigo considerá-la no decorrer do tratamento, isso melhora depois do primeiro contato, melhora o grau de empatia. Se colocar no lugar do outro. Às vezes, perco a paciência porque o paciente não segue as recomendações, mas no lugar dele talvez agisse da mesma forma. É importante que ele adquira confiança e se sinta à vontade para se expressar, dizer o porquê de não estar aderindo ao que foi proposto na consulta.

Nem sempre sua história é considerada. Ainda sou muito jovem na medicina, mas considero importantíssimo. Diria que lido de forma singular com cada caso, mas não sei se consigo ter essa atitude com todos os pacientes. Entendo que o tratamento precisa fazer sentido para o paciente. É preciso explicar com um linguajar menos técnico para que haja um maior grau de entendimento entre nós. Pode ocorrer de o paciente não tomar a medicação por não saber ler, não ter alguém que possa auxiliá-lo e tudo isso passa despercebido. É comum saber de aspectos que eles não relatam para mim, mas citam para a enfermeira. Por isso, é importante a interação com a equipe multiprofissional considerando a história do paciente.

**Dr. Joaquim - Geriatra:** Sim, isso existe. Os pacientes não querem ter alta do AME. Por outro lado, nós temos que dar conta das demandas do paciente num espaço curto de consulta. Mesmo assim considero que haja espaço para entender um pouco do contexto de vida do paciente. Não na primeira consulta, mas durante o tratamento, ele tende a ficar mais à vontade.

Aproveito para perguntar se ele lembra de algum caso que tenha sido um pouco inusitado, que fizesse fugir do protocolo, onde a biografia pesasse mais, quase uma negociação e ele responde: Sim, não lembro agora de um caso específico para citar neste momento, mas ocorre.

**Cleide - Enfermeira:** Sim. Quando o paciente é consciente e orientado, com capacidade de decisão, procuramos considerar aquilo que o faz mais alegre, que faça mais sentido para ele. Me vem à cabeça o paciente fumante, por exemplo. Nós o orientamos e explicamos os benefícios e riscos. No caso das dietas, tentamos bolar um plano para ficar mais fácil para eles se habituarem, normalmente funciona. Agora, se não quer fazer uma cirurgia porque a prioridade da vida dele é outra, tentamos entender qual é o seu raciocínio e mensurar os riscos. Algumas coisas são bem possíveis de se negociar, outras não. Lidamos com isso todo o tempo.

Percebo que ficam mais à vontade de relatar esses aspectos para nós do que para o médico. Acho que isso é cultural, muitas vezes se esquecem de mencionar fatores importantes na consulta médica, relacionados ao seu histórico de vida que podem até fazer com que discutamos o caso novamente. Outro aspecto é que não querem ter alta daqui, imaginam e desejam permanecer para sempre. Orientamos na triagem o que vai acontecer daqui para frente e que irão permanecer até que seu problema seja controlado. Num primeiro momento, concordam. Após a alta, se queixam bastante de ter de continuar seu acompanhamento na atenção primária, porque se sentem acolhidos aqui. São acompanhados. Vale ressaltar que em alguns casos, não têm médico nas UBS.

**Karen - Fisioterapeuta:** Sim, são diferentes. Eu chego para você e falo: você tem que emagrecer e te encaminho para nutricionista. Ela vai te passar muitas orientações que devem ser seguidas. Isto pode estar distante ou não da realidade daquele paciente. No meu caso, eu procuro trazer à sua consciência, aproximar do que é possível e faça sentido para o paciente. Eu procuro entender o cenário dele. Se consegue vir ou não, se tem alguém em casa que possa auxiliá-lo numa consulta on-line. Quero ressaltar que deixo clara a responsabilidade dele na adesão do tratamento, elencando as consequências, como o médico que adverte sobre não tomar o remédio da pressão. Antes da pandemia, por exemplo, o senhor vinha duas vezes na semana e eu garantiria resultado por ter a certeza de passar comigo.

Agora, se vier apenas uma vez apenas não terá resultado. Deixo claro: vir aqui e não fazer exercícios em casa, também não terá resultado. Oriento tudo, sempre frisando sua responsabilidade em relação ao seu próprio cuidado.

Outra situação é que os pacientes adoram o CRI e acham que ficarão para sempre aqui, mesmo sendo um serviço de passagem. Na formação, não aprendemos sobre “alta” e SUS, cada um faz de acordo com sua visão. A população não tem conhecimento de como funciona. Na fisioterapia, fazemos questão de explicar o que é um serviço secundário no SUS, que todos os idosos do planeta precisariam de sessões conosco, mas priorizaremos os casos mais complexos.

**Marisa – Assistente Social:** Sim, acontece o tempo todo. O paciente vem com a ideia de que a partir daquele momento, todos os seus problemas serão resolvidos e não é caso. Que passará em todas as especialidades existentes, que fará exames e que será tudo muito rápido. Por sua vez, o profissional supõe que ele terá uma boa adesão ao tratamento, que seguirá todas as recomendações, que conseguirá fazer em casa os exercícios com a mesma facilidade que no CRI e com a maior brevidade também. Quando o paciente passa pela nutricionista, ilustra muito bem isso. Ela diz que ele está com o colesterol alto e não poderá comer uma série de alimentos e, em contrapartida, ele protesta e diz que não pode parar de consumir algo totalmente por aquilo fazer parte de sua infância, sua história. Às vezes, não consegue abandonar um determinado hábito. Pensar nessa aproximação de expectativas que é o grande desafio e penso que cada situação seja única. Uma coisa que aprendi é que temos de trabalhar com o que é real, considerando as limitações. O serviço foi pensado de um jeito que o paciente chegaria e seria reabilitado ou ficaria um pouco mais de tempo, mas sempre pensando em ser acompanhado fora daqui. Logo, é muito importante entender seus costumes e deixá-los com uma expectativa mais realista daquilo que vai acontecer-lhe aqui no serviço. É essencial conhecer a história, a vida e os familiares.

5. Conhece a maioria de seus pacientes pelo nome? Acredita que os conhece bem?

**Dra. Cristiane - Geriatra:** Diria que não. Conheço alguns muito bem pela complexidade dos casos. Quando olho o prontuário e a pessoa, consigo lembrar do caso e identifico melhor pelo rosto, pela expressão.

**Dr. Joaquim - Geriatra:** Não, creio que não. Lembro mais pela fisionomia e os casos que demandam mais.

**Cleide - Enfermeira:** Não. Conheço os casos mais graves que demandam mais da gente, ou aqueles que nos procuram mais para entender melhor as orientações, estes conheço bem.

**Karen - Fisioterapeuta:** Sim. Tenho boa memória e conheço-os bem! Quanto aos meus, posso garantir.

**Marisa – Assistente Social:** Sim, acredito que a maioria. Os casos ficam marcados. Eles sentem mais abertura comigo do que quando passam na consulta com o médico. Às vezes me relatam até questões clínicas e preciso reforçar que não podem deixar de citar isso nas consultas. Avalio que muitos não citam tudo quando deveriam. Sendo assim, conheço-os bem.

6. No CRI, os pacientes são sempre atendidos pelo(a) mesmo(a) médico(a) ou enfermeiro(a)?

**Dra. Cristiane - Geriatra:** Na maioria das vezes pelo mesmo médico e enfermeiro. Daqui para frente, deve mudar porque terão linhas de cuidado e serão classificados pelo principal problema que apresentam.

**Dr. Joaquim - Geriatra:** A princípio, sim. Já ocorreu de o paciente ter tido alta e depois voltar comigo.

**Cleide - Enfermeira:** Teoricamente era para ser, porém pode ocorrer que o médico não trabalhe mais aqui ou o paciente pode solicitar outro geriatra. Em relação à enfermagem, nós temos os casos que acompanhamos, mas pode ocorrer que, numa determinada ocasião, o paciente seja orientado ou atendido por outro profissional. É mais garantido quando se trata de enfermagem.

**Karen - Fisioterapeuta:** Geralmente, sim. Pela fisioterapeuta com certeza. Pode ocorrer, caso ele já tenha passado pelo CRI e volte após algum tempo, venha a passar com outro profissional. O horário de disponibilidade do paciente também influencia.

**Marisa – Assistente Social:** Normalmente, são atendidos pelos mesmos profissionais, exceto pelo enfermeiro, pois iniciaremos um trabalho onde cada um deles será responsável para um tipo de problema (linha de cuidado de demência, dificuldade motora, depressão e outros). Assim, há a possibilidade de serem acolhidos por profissionais que não seguirão no seu atendimento.

7. Quando os seus pacientes necessitam de encaminhamento, você discute sobre os diferentes serviços onde eles podem ser atendidos?

**Dra. Cristiane - Geriatra:** Mais em casos urgentes. Quando quero que um paciente seja encaminhado para uma especialidade com urgência, eu falo com a enfermeira para conseguir uma vaga que seja mais rápida internamente ou fora daqui. Para casos em que os pacientes têm dificuldade de transporte para vir até o serviço, aciono o serviço social para contatar a rede básica ou tentar inseri-lo no ATENDE<sup>12</sup>. É muito comum pacientes virem de muito longe, até de outros municípios. No caso de fisioterapia, onde eles precisam vir duas vezes na semana, fica difícil para as famílias trazerem, aí precisamos pensar outras soluções. Até podemos encaminhar para uma referência mais próxima de sua residência.

**Dr. Joaquim - Geriatra:** Quem faz essa ponte é o Serviço Social. Quando se trata de demanda interna, não há dificuldade nesse sentido.

**Cleide - Enfermeira:** Depende da situação. No caso de um problema comum, de tireoide, por exemplo, ele permanece até estar estabilizado e depois volta para UBS. Em casos mais específicos, fazemos esse intermédio: em casos de dificuldade de transporte, acamado ou mobilidade reduzida quando o quadro crônico não vai mudar, não é passível de reabilitação. Então, fazemos essa ponte

---

<sup>12</sup> Serviço de transporte sanitário do Município de São Paulo. Através de critérios, os pacientes são elegíveis ou não. Há uma oferta reduzida deste serviço em relação à demanda.

extramuros pedindo ESF ou EMAD na residência do paciente. A assistente social tem muito mais estes caminhos de se relacionar externamente, na maioria das vezes. Agora, internamente fica tudo mais fácil, eu consigo discutir com a fisioterapeuta, levo o caso para ela avaliar se seria possível algum progresso naquela situação e envolvo o médico para saber sua opinião sobre tudo isso.

**Karen - Fisioterapeuta:** Depende. Depois do ambulatório pós COVID-19, isso tem acontecido com mais frequência. Ajudamos na elaboração do plano terapêutico e a assistente social aciona os serviços da atenção básica que continuarão a abordagem depois que ele tiver alta ou compartilhando o atendimento. Teve um único caso em que consegui matricular junto à fisioterapeuta do NASF, depois de discutirmos sobre a situação e sabermos o que ela tinha de informação sobre o paciente. Meio que dei uma consultoria e foi legal, mas não é praxe. Inclusive, este ambulatório será inativado. Normalmente, quando há uma situação em que percebemos que há necessidade de um acompanhamento mais prolongado no CER, por exemplo, é o Serviço Social que faz essa ponte. Pelo protocolo e via de regra, a maioria dos casos ficam conosco por volta de 2 meses. Se percebermos uma boa evolução, temos também a chance de o encaminhar para o nosso educador físico e lá ele fica por mais 4 meses, o que é ótimo para eles. Tudo depende de cada situação

**Marisa – Assistente Social:** Sim. Falo muito com a rede e com o paciente. Muitas vezes, aviso ao paciente que ligarei na sua UBS de referência e entrego um encaminhamento por escrito. Explico cada detalhe para que ele saiba o que vai acontecer-lhe quando for atendido lá. Eu preciso dar condição e informação, às vezes até viabilizar mesmo, para que ele saiba o porquê de estar indo para outro serviço. Encaminhar não é somente entregar o papel e dar o endereço.

Estou com uma paciente que tem 88 anos que não possui suporte social e uma limitação auditiva importante que dificulta muito a comunicação. O que fizemos foi conversar com a assistente social da UBS de referência dela e ontem os profissionais de lá foram fazer uma visita à sua residência para conhecer sua rede informal e formal, com vistas a incluí-la no Programa de Acompanhamento de Idoso (PAI) que existe na região. Neste caso, ela precisa ser acompanhada por aqui e pela

atenção básica concomitantemente. Depois, passarei todos os detalhes de seu tratamento aqui no CRI para os profissionais da UBS, preservando sua segurança.

8. Você sabe quem mora com a maioria de seus pacientes?

**Dra. Cristiane - Geriatra:** Sim, é um aspecto importante para geriatria. É uma das primeiras perguntas que fazemos.

**Dr. Joaquim - Geriatra:** Sim, sempre perguntamos. Consta na ficha deles.

**Cleide - Enfermeira:** Nem todos. É uma pergunta da primeira consulta. Fica registrado, mas lembro daqueles casos mais específicos.

**Karen - Fisioterapeuta:** Sim! Inclusive é a primeira pergunta que fazemos na nossa avaliação.

**Marisa – Assistente Social:** Sim. A maioria mora com os filhos. É a composição familiar mais prevalente e os idosos ainda são arrimos de família. Há a situação de desemprego muito grande. Ontem mesmo, atendi uma idosa que é cuidadora de 3 outros idosos: dois filhos - um de 65 e outro de 62 mais um irmão de 73. Focar em não sobrecarregar o cuidador é um grande desafio.

9. Gostaria de relatar algo que não foi perguntado?

**Dra. Cristiane - Geriatra:** Sinto falta de algumas informações. Por exemplo, eu não sabia que estava tendo vacinação da COVID-19 aqui. Acho que elas circulam atrasadas, um paciente relatou que estava fazendo meditação aqui e eu nem sabia que tinha. Fiquei sabendo que a fisioterapia fazia sessões on-line porque o paciente me contou. É necessário encontrar uma forma de integrar mais os profissionais.

**Dr. Joaquim - Geriatra:** É necessário que existam mais centros secundários de referência, mais investimento em estrutura para atender a esta

população idosa, especialmente na questão de exames. O SUS precisa se preparar melhor para dar conta destas pessoas.

**Cleide - Enfermeira:** No momento, creio que não. Até porque a liberdade que temos aqui para discutir casos é muito grande e os profissionais estão abertos à mudança. Faz total diferença para o paciente. O problema são estas questões externas de limitações do sistema de saúde que atrapalham na resolutividade dos casos. Temos muita abertura com a gestão também.

**Karen - Fisioterapeuta:** O que me causa mais desconforto é saber que as coisas poderiam andar de uma forma mais integrada. A proposta do serviço é boa, com bons profissionais. O compartilhamento das informações deveria ser priorizado, eu sei que tem uma enfermeira que cuida de cada geriatra e uma determinada linha de cuidado, mas não sei quem e de quais, percebe? Desse ambulatório pós-COVID-19 que citei anteriormente, nem todo mundo sabe. Isso é ruim.

**Marisa – Assistente Social:** Aqui no ambulatório é necessário que a comunicação melhore, pois isso é fundamental em todo lugar. Desde gestores, passando pelos profissionais técnicos e principalmente em relação às orientações dadas aos pacientes. Buscar um profissional que seja qualificado e conheça o público que está atendendo. Às vezes, uma recomendação no atendimento não é seguida pelo simples fato do profissional não conseguir identificar uma demência no idoso, por exemplo. São necessárias capacitações por conta da peculiaridade dos atendimentos realizados aqui.

## APÊNDICE C – ENTREVISTA COM A GESTORA LOCAL

1. Como descreveria os critérios de entrada e saída no CRI? Considera que haja problemas de regulação em relação aos encaminhamentos de pacientes que não necessitariam de especialistas?

Parcialmente adequado. Os critérios de entrada são bem claros, isso a SES já tinha definido bem antes de abrir esta Unidade. Outros já trabalham nessa sistemática. No ano de 2017 e 2018, nós fizemos reuniões intersecretariais envolvendo o Estado e o Município de São Paulo e esses critérios foram ajustados pensando no público da região. A entrada é boa, adequada. No caso das saídas, não há critérios estabelecidos; cada Unidade de Saúde estabelece os seus e dá alta quando o paciente está estável. É muito amplo, vago. A continuidade do cuidado deste tipo de paciente também é difícil, se considerarmos somente as ofertas da atenção básica.

Quanto à regulação, já houve muitos problemas, mas, atualmente, são encaminhados com mais assertividade. Acessam aqueles pacientes que realmente necessitam do especialista. Existem casos mais pontuais de agendamento equivocado, não observando critérios de entrada. Quando o critério está inadequado, ele acessa o CRI e pode ser que tenha alta no ato da classificação de risco. O paciente traz a avaliação multidimensional da pessoa idosa da atenção básica (AMPI AB), mas ele nem prossegue aqui. Exemplo disso são aqueles que precisam de cirurgia vascular, pois colocam na agenda da geriatria dizendo que serão encaminhados por aqui. Ocorre com relativa frequência e temos redirecionado à atenção básica, comunicando que este não é o caminho adequado através de *e-mail* e telefonema para o gerente da UBS correspondente.

2. Na sua visão, qual o grau de influência que o contrato de gestão traz para a administração do CRI? O que faria diferente se lhe fosse concedida maior autonomia de ação e planejamento?

O contrato limita muito nossas ações por se basear em números, exigindo uma produção fora da realidade que seria adequada para uma população idosa. Um

CRI (este ou qualquer outro) prevê uma primeira consulta e mais duas de retornos. Para aqueles que cuidam da população acima de 60 anos, fica impossível, pois nenhuma especialidade consegue atender uma demanda mais complexa. Os pacientes que chegam aqui são de média para alta complexidade, o que já demanda maiores cuidados e quase nunca dá para solucionar seus problemas e para contra referenciá-los em três atendimentos. Isso causa uma série de problemas, pois há uma meta de novas consultas, mas os pacientes não recebem alta a tempo de “girar a vaga”. Então, há uma demanda de retorno muito grande que fica fora do orçamento. Esse aspecto gera um conflito interno muito grande entre gestão e assistência.

Se tivesse maior autonomia, colocaria números maiores de retorno e deixaria espaço para discussões multidisciplinares previstas em contrato. Dentro da produção exigida, raramente, conseguimos manter um espaço para esta finalidade. Neste caso, isso contaria como produção também, mas neste formato atual é quase impossível.

3. Como você considera a comunicação do serviço de saúde com outros serviços fora dele? Descrever a experiência.

Parcialmente adequado. A gente tenta fazer essa comunicação na medida do possível. A articulação da Humanização é fundamental nessa aproximação. Às vezes, os e-mails e as reuniões virtuais não são suficientes. Há uma dificuldade relativa à rotatividade constante de profissionais na gestão (municipal da atenção básica) da Região Sudeste do Município de São Paulo. Às vezes, quando conversamos sobre um paciente com a interlocutora do idoso e percebemos que ele já não está mais com ela, está na saúde mental. Acontece também de uma pessoa que não tem expertise e nem formação para lidar com idoso assumir a pasta. Na medida do possível, tentamos deixar essa rede mais sólida. Ainda é sempre uma iniciativa isolada de algum técnico, sempre parte de uma demanda. As dificuldades são ainda maiores para os pacientes que não são do Município de São Paulo. Essa iniciativa de trabalho em rede, integralidade, também poderia estar no contrato.

4. Como você enxerga o papel do enfermeiro no CRI?

No CRI, o enfermeiro, diferentemente de outros lugares, possui um papel mais importante: ele é o gestor do cuidado. No próximo ano, como novidade, trabalharemos com times e não serão somente os enfermeiros que gerenciarão as linhas de cuidado, capacitaremos outros profissionais. Como a enfermagem já possui este *know how*, inicialmente, trabalha em duplas, para depois avançar e delegar as coordenações, pois são várias (AVC, demência, nonagenários, oncologia e outros). Aqui, eles trabalham com marcadores, indicadores e projetos de melhoria, mas não dão conta de todas as linhas de cuidado. A carga horária também limita as ações.

5. Como os pacientes crônicos poderiam ser ajudados pelo CRI? Analise considerando o arcabouço de funcionamento / modelo do serviço idealizado pela SES/SP.

Não fazemos acompanhamento de crônicos. Quando ele descompensa, ele vem para cá para diagnóstico ou compensação e depois deveria voltar para a atenção básica. Essa articulação precisamos resolver, pois a APS tem medo de receber por não terem especialistas, mas entendo ser possível acompanhá-los em conjunto. Como exemplo, um paciente com arritmia controlada não precisa vir aqui toda semana, podemos estabelecer critérios. Se o médico generalista tiver dúvida sobre a medicação, ele poderia entrar em contato conosco para discutirmos este caso. Seria um matriciamento de verdade, não como o que foi incluído como indicador no contrato sob a forma de enfrentamento a absenteísmo. Aliás, entendo que também este deveria estar previsto no contrato. Ocorrem casos em que precisamos mandar ao hospital terciário. Penso que poderíamos compartilhar o cuidado com eles e intermediar o retorno à atenção primária. Esse tipo de articulação faz muita falta; existem ações pontuais, mas precisam ser priorizadas. Reitero que é outro aspecto de deveria estar previsto no contrato, pois o território é vivo, dinâmico, precisa sempre ser revisto e ajudaria muito se tivesse flexibilidade contratual.

6. Considera que deva haver espaços instituídos previstos em contrato para discussão de casos mais complexos para construção de projeto terapêutico singular com vistas ao momento de alta e contra referenciamento? Se sim, como pensa que poderiam ser sistematizados dentro do CRI?

Sim. Por parte da SES. Creio que deveria haver uma visão de demandas por território, visando às necessidades do paciente e uma gestão dessas linhas de cuidado que estariam dentro dos contratos: matriciamento, discussão interdisciplinar, visita a outros serviços de saúde e discussão com a rede, como citado anteriormente. Internamente, o que temos feito é nos organizar por linhas de cuidado. Por exemplo, paciente oncológico é bem definido para onde devemos encaminhá-los e quando precisamos tirar dúvidas. Faremos isso para os nonagenários, alto risco e caidores. A intenção é não deixá-los perdidos na rede. O planejamento do cuidado ajudará bastante se conseguirmos tirar do papel e fazer acontecer. Outra oportunidade é capacitar a atenção básica para receber o paciente egresso daqui, o que ajudaria na transição do cuidado e na rotatividade das vagas que eles tanto cobram no contrato.

7. Considera que junto à Secretaria de Estado da Saúde exista a possibilidade de mudança de planejamento estratégico do CRI, considerando o comportamento do território de saúde adscrito e as demandas que sua equipe julgue necessárias?

É uma possibilidade. É uma luz no fim do túnel que sempre estamos tentando. Sempre que temos oportunidade, seja na avaliação do contrato na CGCSS seja em alguma conversa com o DRS-I, levantamos a peculiaridade em relação ao nosso trabalho aqui no CRI. Frisamos as demandas dos nossos pacientes e profissionais, pois é diferente atender uma consulta de oftalmologia comparada a uma de geriatria, que necessita de muito mais tempo. Uma consulta de neurologia ou de reumatologia que precisam entender as queixas e os problemas

crônicos de anos não podem ser comparadas com um problema pontual que um colírio pode solucionar. O paciente idoso traz uma demanda muito grande que vai se somando ao longo dos anos e não é possível dar conta com pouco tempo de consulta. Pouco mudou em relação a isso, mas continuamos apontando estas singularidades. Nossa missão é mostrar a importância destes aspectos e como fazer da melhor forma.

8. O que a pandemia por COVID-19 trouxe como consequência na reorganização do CRI em relação ao trabalho em saúde? O que mudou para a gestão?

A gente acabou fazendo uma revisão de tudo que fazíamos, principalmente das linhas de cuidado e tínhamos um preconceito de que o idoso não iria aderir às redes sociais. Ledo engano, por necessidade ou não, eles aderiram e se tornou um canal de comunicação importante, foi incorporado e até a SES/SP reconheceu. Estávamos fazendo alguns atendimentos via telefone e acabamos fazendo parte de um projeto piloto: "tele CRI", que propõe fazer o atendimento via telechamada, o que demanda a necessidade de se ter um celular com plano de dados e e-mail. Tem potencial para evoluir, tivemos bons resultados, sobretudo se considerarmos o risco de trazê-lo à Unidade e a falta de transporte público. A ideia é que ele já pudesse retirar a receita com assinatura digital e pegar os remédios na farmácia perto de casa através de um *QR Code*. Está disponível, mas os pacientes ainda não possuem condições de absorver essa tecnologia por dependerem de filhos e netos para operacionalizá-la.

Implantamos o prontuário eletrônico e temos perspectiva para médio prazo de incluir as receitas com assinatura digital.

A SES/SP passou a contabilizar esses teleatendimentos como consulta, o que foi muito bom porque mantivemos todos os funcionários que, por sua vez, continuaram trabalhando nessa reorganização toda, inclusive de layout da Unidade. Por outro lado, de julho em diante as metas não foram perdoadas, inclusive com acréscimo de produção em algumas especialidades, mesmo com a desorganização que ainda ocorre. A própria SES/SP liberou a produção nas agendas. O absenteísmo aumentou muito e, conseqüentemente, teremos muitos descontos no início do ano.

O excesso de informações desconhecidas sobre férias e redução de carga horária culminou no fato de cancelarmos as férias quando não estávamos atendendo e tivemos de dar agora que precisamos produzir. Seguimos a legislação, mas houve prejuízo claro nestes aspectos.

Os fluxos de compras e fornecedores tiveram de ser revisados e houve casos em que os preços foram aumentados subitamente. Insumos ficaram muito mais caros. Temos apoio corporativo e não faltou material.

Criamos uma linha de cuidado de tratamento pós-COVID-19. Em maio, pensamos sobre o que poderíamos fazer em relação aos idosos egressos de internação. Baseados nisso, fizemos uma proposta de um ambulatório multidisciplinar para tratá-los assim que saíssem da internação. Conversamos com a Coordenadoria Municipal de Saúde, com supervisões e com alguns hospitais para combinarmos os fluxos e os critérios. Isso acabou servindo de modelo na SES/SP, e cada serviço fez de uma forma. Para nosso público, propusemos reabilitação física, nutrição, enfermagem e médico, pensando em reabilitar a capacidade funcional e respiratória, mesmo sem termos uma fisioterapeuta específica para isso. De 59 casos, em apenas 3 deles precisamos do pneumologista para nos auxiliar. Não precisou de testes mais específicos e, com uma fisioterapia bem-feita, foi bastante resolutivo, melhorando muito a capacidade pulmonar. A nutrição também teve um papel importante pela quantidade de pacientes que apresentaram perda de massa muscular, pois só atividade física não resolveria. A Articuladora de Humanização chamou várias reuniões até definirmos os critérios de encaminhamento para cá. Como eles eram de diferentes hospitais de campanha, definimos que seria a atenção básica que iria agendar os pacientes via regulação, através de 2 critérios: internação por COVID-19 e perda de capacidade funcional e/ou massa (e que precisasse de uma reabilitação). Criamos uma nova entrada articulando as regulações estadual e municipal. Temos recebido pacientes da Região Sul também, caso tenham acesso facilitado no trajeto. Percebemos também que eles podem reabilitar através de uma mescla de consultas presenciais e não-presenciais, o que demandou menos vindas ao CRI. Percebemos que fez bastante diferença para eles a queda no absenteísmo. Por exemplo, a nutricionista ao fazer a primeira consulta através da bioimpedância, não precisa ver o paciente todos os dias, pois pode fazer suas orientações diárias remotamente. Conseguimos, em um dos casos, fazer com que a fisioterapeuta daqui tivesse uma interação com sua colega da EMAD,

compartilhando o cuidado através de matriciamento e soubemos que o paciente se reabilitou rapidamente. Esta linha tem funcionado muito bem. Era para ser finalizada em dezembro, mas manteremos até o término do primeiro trimestre de 2021.

9. Como enxerga o papel do gestor em relação à prática clínica dos profissionais da assistência?

Entendo que não é separável assistência, gestão e qualidade. Essas coisas são inseparáveis e, como médica, acabo interferindo muito no corpo clínico, técnico. Coloco coisas conceituais para eles. É uma característica minha, venho de uma área da qualidade e percebo que as pessoas estranham este nível de interação. Às vezes interfiro em protocolo clínico, trago alguma evidência nova. Não sou geriatra e também aprendo muito com eles, mas trago essa bagagem. É sempre uma discussão rica com eles, aprendemos muito. Existem conflitos, mas é possível equilibrá-los. Sempre estou aberta para ouvi-los. Aprendi que o melhor possível não é o ideal. Problematizar considerando as limitações, já motiva a equipe.

10. Como enxerga o papel do gestor na relação do CRI com a rede de serviços extramuros?

Considero muito importante entender o papel da Unidade e esclarecer isso aos outros níveis de atenção. Por ser um serviço novo, com uma proposta nova, a rede não estava esperando e muita gente não entendeu no começo. Para que se faça o melhor uso possível, dependemos dos encaminhamentos adequados e da contrarreferência. É impossível trabalhar sozinho no SUS. O gestor deve estreitar laços, colocando-se à disposição para composição da resolução dos problemas.

11. Como funcionam os mecanismos de ouvidoria e qual sua relação com a gestão?

Temos o SAU que trabalha com protocolo do Estado. Tem uma parte obrigatória relativa ao número mínimo de pesquisas de satisfação dos usuários e às

queixas e sugestões que eles trazem diretamente aos gestores. A gente acaba usando muito a resolução dessas queixas para o aprendizado do que podemos melhorar. Consideramos muito isso; tem um peso grande. Fazemos reunião mensal na qual discutimos e saímos com projetos e planos de ação. Exemplo é o banheiro para todos que implantamos no térreo e 2º andar. O idoso vem acompanhado de pessoas do gênero oposto e precisa de auxílio para usar o WC. Para amenizar esta questão, criamos esta solução, mas tivemos várias reclamações por conta disso.

12. Gostaria de relatar algo que não foi perguntado?

Para mim, um dos pontos principais é o formato do contrato que não prevê a qualidade da produção em relação às particularidades do idoso. Destaco também as ações que estamos desenvolvendo que foram citadas. Penso que a Área de Saúde do Idoso do DRS-I não parece ter influência no sentido de articular com a CGCSS a quem nos reportamos. Seria importante uma intervenção técnica e específica no tempo de atendimento de uma consulta para um idoso e da necessidade de discussão de alguns casos. A SES/SP poderia chegar neste ponto, considerar esta singularidade.

## APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### Descrição e análise da produção do cuidado em saúde num Centro de Referência do Idoso no Município de São Paulo, em tempos de pandemia da COVID-19

**NÚMERO CAAE: 26414119.5.0000.5404**

**Departamento: Saúde Coletiva – FCM/UNICAMP**

**Pesquisadores: Gustavo Tenório Cunha**

**Vinicius da Fonseca Rancan**

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar para casa e consultar outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

#### **Justificativa e objetivos:**

Esta pesquisa é parte do curso de Mestrado Profissional da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e tem por objetivo geral descrever e analisar a produção do cuidado em saúde na velhice num Centro de Referência de Idoso, a partir de entrevistas com trabalhadores e usuários.

#### **Procedimentos:**

Os possíveis participantes serão acompanhados pelo pesquisador em todas as idas ao serviço de saúde e, ao final de seu tratamento, responderão a um questionário semiestruturado. Nele será perguntado e relatado suas impressões (pacientes e familiares/cuidadores) sobre a qualidade dos serviços oferecidos. As perguntas abordarão os temas do acesso, do vínculo com profissional de saúde, estrutura do serviço, da coordenação clínica, da humanização da atenção, trabalho em rede / coordenação.

Os pesquisadores comprometem-se a cumprir o exposto na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, incluindo todas as medidas que garantam a liberdade de participação, a integridade do participante da pesquisa e a preservação dos dados que possam identificá-los, além de preservar a privacidade, o sigilo e a confidencialidade das informações referentes aos usuários do serviço de saúde pesquisado.

Além disso, está garantida a divulgação dos resultados desta pesquisa aos participantes voluntários, às instituições nos quais os dados foram obtidos, bem como à Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo.

#### **Desconfortos e riscos:**

Não há riscos previsíveis aos participantes deste estudo, entretanto, poderá haver desconforto devido ao tempo despendido na elaboração das respostas e pela lembrança de situações desconfortáveis ocorridas durante o uso do serviço.

#### **Benefícios:**

A participação no estudo não traz nenhum benefício ou vantagem de ordem financeira, mas apenas o benefício da produção de conhecimento e a oportunidade de usufruir dos resultados da pesquisa para a identificação dos problemas visando à melhoria da qualidade do atendimento prestado pelo serviço de saúde.

**Acompanhamento e assistência:**

Os participantes podem, a qualquer tempo, solicitar informações acerca do andamento da pesquisa junto ao contato indicado mais abaixo.

**Sigilo e privacidade:**

Os participantes têm a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

**Ressarcimento:**

Não haverá ressarcimento de despesas aos participantes, pois não haverá necessidade de despesa específica para a participação neste estudo. Você terá a garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

**Contato:**

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com **Vinicius da Fonseca Rancan** através do telefone (11) 97441-2083 ou no endereço Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 188; CEP 05403-000 – São Paulo – SP e **Gustavo Tenório da Cunha** através do telefone do Departamento de Saúde Coletiva, número (19) 35218044 ou no endereço R. Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 – Campinas – SP; por e-mail [gustc@fcm.unicamp.br](mailto:gustc@fcm.unicamp.br) ou telefone (19) 997841732. Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 – Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: [cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br), de segunda a sexta-feira, no horário das 8hs às 17hs.

**Consentimento livre e esclarecido:**

Após ter tido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) participante: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do(a) participante)

**Responsabilidade do Pesquisador:**

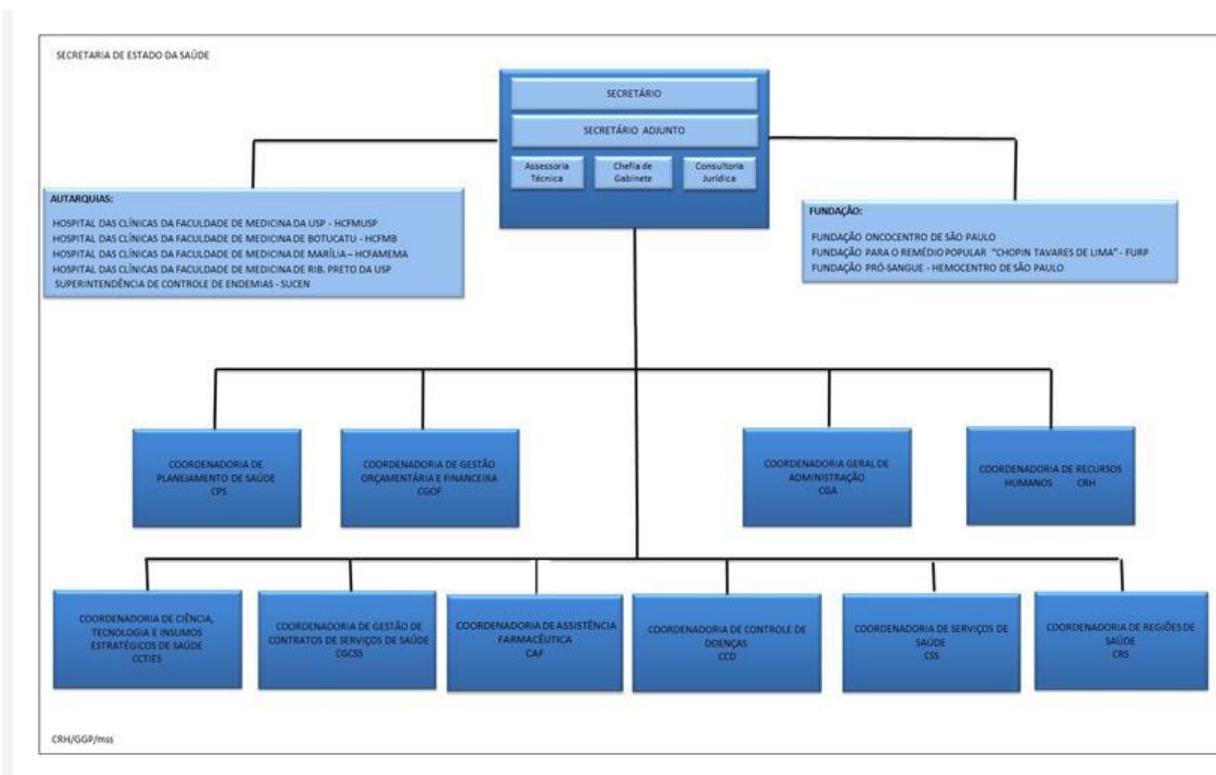
Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao(s) participante(s). Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado, que é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos, salvaguardando a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar de seus participantes. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo(s) participante(s).

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do pesquisador)

## ANEXOS

### ANEXO 1 - ORGANOGRAMA DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. (n.p.) (36)

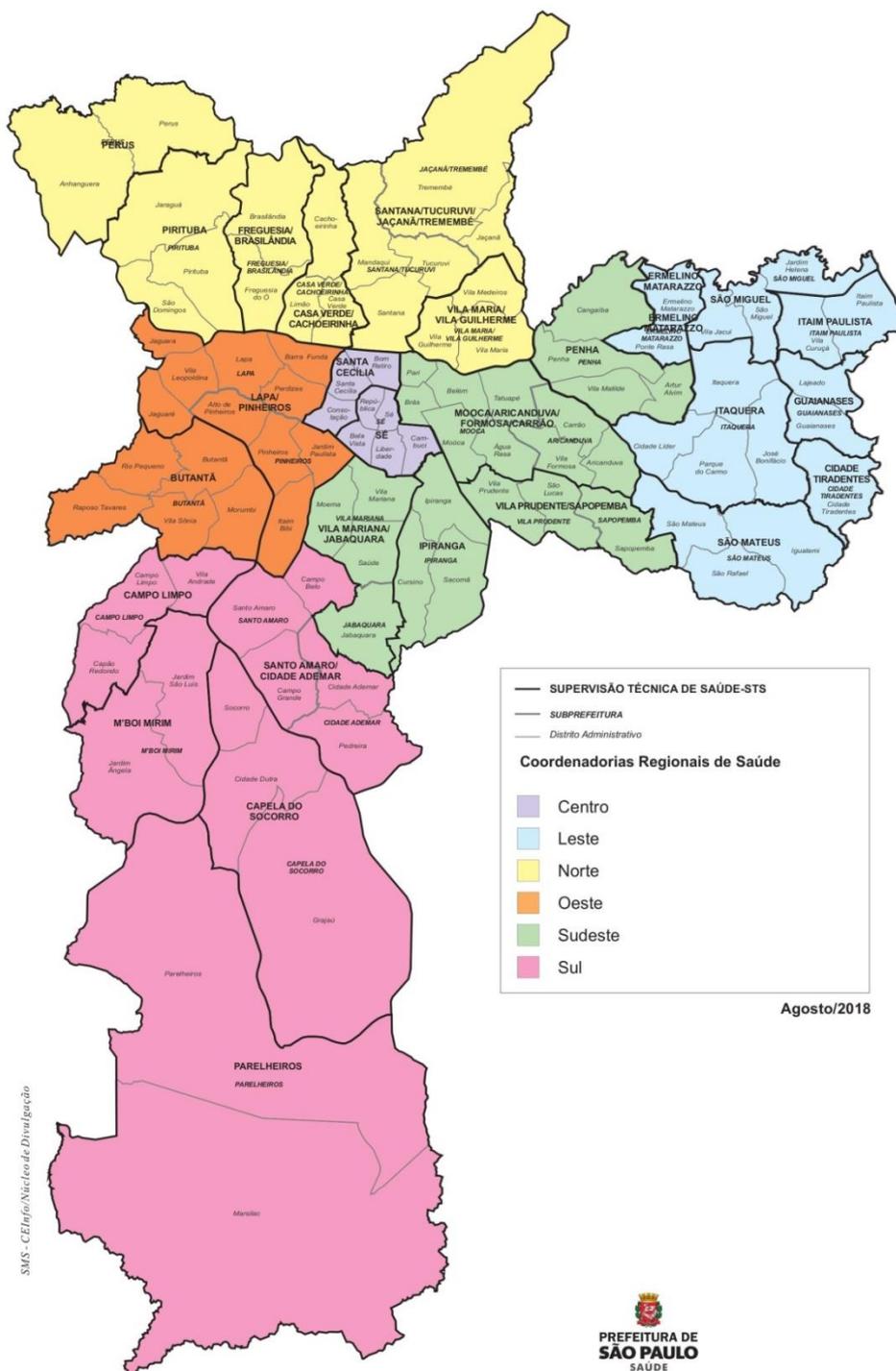
Atualmente, o organograma da SES/SP é composto por 10 coordenadorias:

1. Coordenadoria de Planejamento de Saúde (CPS) - planejamento e avaliação dos serviços de saúde bem como de seus resultados e impactos;
2. Coordenadoria de Gestão Orçamentária e Financeira (CGOF);
3. Coordenadoria Geral da Administração (CGA) - assuntos de administração geral da SES/SP;
4. Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH);
5. Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde (CCTIES) - coordena a política de aquisição de insumos estratégicos;
6. Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde (CGCSS) – coordena as atividades relacionadas à contratação de serviços de saúde;
7. Coordenadoria de Assistência Farmacêutica (CAF);

8. Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) - planejamento das ações que proporcionam o conhecimento, a detecção e a prevenção de quaisquer mudanças nos fatores determinantes do processo de saúde individual e coletiva;
9. Coordenadoria de Serviços de Saúde (CSS) - coordenação das atividades dos hospitais e ambulatórios de especialidades próprios (administração direta);
10. Coordenadoria de Regiões de Saúde (CRS) - coordenação, articulação e organização do sistema de saúde loco-regional nos Departamentos Regionais de Saúde.

## ANEXO 2 – REGIÕES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE, SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE E SUBPREFEITURA  
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de São Paulo. (n.p.) (37)