

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Doutorado em Saúde Pública

BERNADETE PEREZ COELHO

**A REFORMULAÇÃO DA CLÍNICA A PARTIR DE DIRETRIZES PARA A ATENÇÃO E GESTÃO NA
SAÚDE: SUBJETIVIDADE, POLÍTICA E INVENÇÃO DE PRÁTICAS**

Recife
2012

BERNADETE PEREZ COELHO

**A REFORMULAÇÃO DA CLÍNICA A PARTIR DE DIRETRIZES PARA A
ATENÇÃO E GESTÃO NA SAÚDE: SUBJETIVIDADE, POLÍTICA E INVENÇÃO
DE PRÁTICAS**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do grau de Doutor em Ciências.

Orientador: José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior

Recife
2012

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

C672a Coêlho, Bernadete Perez.

A reformulação da Clínica a partir de diretrizes para atenção e gestão na saúde: subjetividade, política e invenção de práticas / Bernadete Perez Coêlho. - Recife: s.n, 2012.

173 p. : ilus., tab., graf., 30 cm.

Tese (Doutorado em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

Orientador: José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior.

1. Atenção básica. 2. Administração de Serviços de Saúde. 3. Atenção à saúde. 4. Sistema Único de Saúde. 1. Araújo Júnior, José Luiz do Amaral Corrêa de. ths. I. Título.

CDU 614.39

BERNADETE PEREZ COELHO

**A REFORMULAÇÃO DA CLÍNICA A PARTIR DE DIRETRIZES PARA A
ATENÇÃO E GESTÃO NA SAÚDE: SUBJETIVIDADE, POLÍTICA E INVENÇÃO
DE PRÁTICAS**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do grau de Doutor em Ciências.

Aprovado em: 27/07/2012

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior
Departamento de Saúde Coletiva/CPqAM/Fiocruz

Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos
Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP

Prof. Dr. Cipriano Maia de Vasconcelos
Núcleo de Saúde Coletiva/UFRN

Prof. Dr. Eduardo Henrique Passos
Departamento de Psicologia/UFF

Prof^a Dr^a Lia Giraldo da Silva Augusto
Departamento de Saúde Coletiva/CPqAM/Fiocruz

AGRADECIMENTOS

Aos companheiros dos movimentos Em Defesa da Vida e trabalhadores da saúde, em especial Thati, Alyne, Liliane, Kátia Guimarães, Kátia Magdala, Gustavo Couto, Gilliboy, Lau, Hermias, Silvana, Patrícia Pessoa, Adelaide pelo afeto, apoio e construção coletiva. Pela experimentação comum na busca da democracia nas instituições.

Aos trabalhadores de saúde que produzem saber militante e implicado na defesa do SUS, em nome de Fernanda do CAPS Galdino, Gustavo da USF Engenho do Meio, Erick da Maternidade Bandeira Filho, Mariinha e Honório Justino.

À Gastão Wagner pela referência de vida, generosidade, produção teórico-política e por me fazer apostar em outras utopias possíveis. Por ter sido o maior exemplo de gestor, militante e mestre que tive. Meu Maestro Soberano.

À Zé Luiz pela aposta e abertura a outras correntes de pensamento, composição, parceria dialógica, inclusão e aprendizado para uma análise crítica das instituições, sempre com seu modo singular de caminhar a vida.

Aos meus “cumpades” Cipra e Linete pelo afeto, apoio e cuidado nas horas mais delicadas de minha vida: na solidão em Campinas e na solidão das produções acadêmicas.

Aos meus companheiros de vida, farra, brigas, risadas, tristezas e afeto incondicional: pai, mãe, Lena, Tico, Breno, Hugão e Fabio. A aposta na resistência que nos preserva vivos, os fundamentos para a rebeldia e não para resignação foi nosso aprendizado familiar e coletivo.

Aos meus menino e meninas: Luiza, Caio e Laura. Pelo reencantamento de todos os dias e por me fazer forte na defesa por relações mais solidárias e um mundo melhor. Pela alegria infinita de estar junto com vocês.

À Tiago, meu parceiro na vida, na militância, na profissão pelo amor e dialética cotidiana e por me fazer seguir encantada ao lado teu. A você dedico este trabalho.

Ao contrário, as cem existem!

*A criança é feita de cem
A criança tem cem mãos
Cem pensamentos
Cem modos de pensar
De jogar e de falar
Cem sempre cem modos de escutar
As maravilhas de amar
Cem alegrias para cantar e compreender
Cem mundos para descobrir
Cem mundos para inventar
Cem mundos para sonhar
A criança tem cem linguagens
(e depois cem cem cem)
Mas roubam-lhe noventa e nove
A escola e a cultura lhe separam a cabeça do corpo
Dizem-lhe: de pensar sem as mãos
De fazer sem a cabeça
De escutar e de não falar
De compreender sem alegrias
De amar e maravilhar-se só na Páscoa e no Natal
Dizem-lhe: de descobrir o mundo que já existe
E de cem roubaram-lhe noventa e nove
Dizem-lhe: que o jogo e o trabalho
A realidade e a fantasia
A ciência e a imaginação
O céu e a terra
A razão e o sonho
São coisas que não estão juntas
Dizem-lhe: que as cem não existem
A criança diz:
Ao contrário, as cem existem.*

Loris Malaguzzi

Poética

Estou farto do lirismo comedido

Do lirismo bem comportado

*Do lirismo funcionário público com livro de ponto expediente
protocolo e manifestações de apreço ao Sr. diretor.*

*Estou farto do lirismo que pára e vai averiguar no dicionário
o cunho vernáculo de um vocábulo.*

Abaixo os puristas

Todas as palavras sobretudo os barbarismos universais

Todas as construções sobretudo as sintaxes de exceção

Todos os ritmos sobretudo os inumeráveis

Estou farto do lirismo namorador

Político

Raquítico

Sifilítico

*De todo lirismo que capitula ao que quer que seja
fora de si mesmo*

De resto não é lirismo

*Será contabilidade tabela de co-senos secretário do amante
exemplar com cem modelos de cartas e as diferentes
maneiras de agradar às mulheres, etc*

Quero antes o lirismo dos loucos

O lirismo dos bêbedos

O lirismo difícil e pungente dos bêbedos

O lirismo dos clowns de Shakespeare

- Não quero mais saber do lirismo que não é libertação.

Manoel Bandeira

COELHO, Bernadete Perez. A reformulação da Clínica a partir de diretrizes para a atenção e gestão na saúde: subjetividade, política e invenção de práticas. 2012. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

RESUMO

Essa pesquisa analisa o Modelo de Atenção e Gestão no município do Recife, com ênfase na atenção básica à saúde. Tem como objetivo analisar mudanças nas práticas da Clínica na rede SUS, no período de 2009 a 2011, a partir das diretrizes de modelo de atenção e gestão sugeridas pela Secretaria Municipal de Saúde. Como objetivos específicos busca descrever o Modelo, a interface entre Clínica e Política, a reformulação da Clínica e sua interface com a Vigilância em Saúde na composição e integralidade do trabalho no território da atenção básica. A atenção básica se caracteriza por um conjunto de equipamentos e ações em saúde próximos da população em uma lógica de cuidado horizontal, realizado por equipes de saúde de referência no território. Trabalha com princípios de responsabilização, vinculação, territorialidade e integralidade da atenção em saúde. Esse é um estudo qualitativo, fundamentado nas técnicas da análise institucional para evidenciar os dilemas da gestão nas organizações de saúde. O desafio é pensar a Clínica como um campo de saberes e práticas transdisciplinares e com a potência de se criar e recriar a cada instante. Essa é a hipótese inicial que considera o campo da Clínica como dinâmico, onde se atravessam várias forças, poderes e se define a posição dos sujeitos envolvidos e dos fenômenos que estão sendo investigados. É uma pesquisa-intervenção em que se buscou facilitar a ampliação da Clínica, dos seus meios, objeto e objetivos de trabalho tendo como resultados a melhora do acesso, acolhimento e avaliação de vulnerabilidade, elaboração de projetos terapêuticos singulares, articulação com ações da vigilância em saúde, trabalho em equipe transdisciplinar, gestão pautada no território, ampliação de espaços de gestão compartilhada entre outros. Uma pesquisa que estudou o movimento instituinte do SUS com a finalidade da Defesa da Vida, trazendo a mudança como analisador e a Clínica em articulação com outros campos de conhecimento.

Palavras-chave: 1. Atenção básica; 2. Administração de serviços de saúde; 3. Atenção à saúde; 4. Sistema Único de Saúde.

COÊLHO, Bernadete Perez. The recasting of the clinic from guidelines for care and management in health care: subjectivity, politics and invention of practices. 2012. Thesis (Doctorate in Public Health) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

ABSTRACT

The aim of the present study was to analyze changes in clinical practices in the Brazilian public healthcare system between 2009 and 2011 based on the guidelines for the Care and Management Model suggested by the municipal secretary of health of the city of Recife, with an emphasis on basic health care. The specific objectives were to describe the model, the interface between clinical practice and politics, the reformulation of clinical practices and the interface with health surveillance in the composition and integrality of the work within the realm of basic health care. Basic health care is characterized by a set of equipment and health actions in close contact with the population and occurs within the concept horizontal care throughout life through the actions of healthcare teams, working with the principles of accountability, entailment, territoriality and integrality in health care. This is a qualitative study founded on methods of institutional analysis to highlight the dilemmas encountered in the management of health organizations. The challenge is to consider clinical practice as a field of knowledge and interdisciplinary practices with the power to create and re-create at every moment. This is the initial hypothesis that considers clinical practice as a dynamic activity, in which different forces and powers intermingle and the positions of the subjects involved and the phenomena investigated are defined. It is a study-intervention, the results of which are the broadening of clinical practice, its means, objects and work objectives with regard to improving access and the quality of receiving the public as well as the drafting of unique therapeutic projects, articulation with health surveillance actions, territory-based management, etc. This study reveals the instituting movement of the Brazilian public healthcare system with the main purpose of defending life and clinical practice in direct contact with other fields of knowledge.

Keywords: 1. Primary care; 2. Management of health care; 3. Health care; 4. Public Healthcare System.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 01	Rendimento nominal mensal por domicílio – Recife, 2000	20
Quadro 02	Classificação comparativa de indicadores do Recife com as capitais brasileiras e posição entre as capitais nordestinas, 2011	22
Quadro 03	Rede de atenção de Recife, 2012	24
Quadro 04	Escore de Implantação das diretrizes/dispositivos e do modelo de atenção e gestão Recife em Defesa da Vida	66
Quadro 05	Modelo da diretriz/dispositivo acolhimento do modelo de atenção e gestão Recife em defesa da Vida no âmbito da atenção básica. Recife, 2010	68
Quadro 06	Implantação do Acolhimento na atenção básica, Recife, 2011	71
Quadro 07	Modelo da diretriz cogestão na atenção básica. Recife, janeiro 2011	72
Quadro 08	Modelo do dispositivo projeto terapêutico singular na atenção básica. Recife, janeiro 2011	76
Quadro 09	Modelo do dispositivo apoio matricial na atenção básica. Recife, dezembro 2010	79
Quadro 10	Quadro sintético da atuação em saúde da criança do Sanitarista no NASF	123
Quadro 11	Quadro sintético da atuação do Sanitarista no NASF	123
Quadro 12	Atribuições do Sanitarista nas Equipes de NASF em Recife	127

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIT	Apoio Integrado ao Território
ASACE	Agente de Saúde Ambiental e Combate às Endemias
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CMS	Conferência Municipal de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
DDA	Doença Diarréica Aguda
DS	Distrito Sanitário
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ENASF	Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ESF	Equipe de Saúde da Família
GAB	Gerência de Atenção Básica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IRA	Infecção Respiratória Aguda
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
NAPI	Núcleo de Apoio em Práticas Integrativas
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OS	Organização Social
PMAQ	Programa de Melhoria e Avaliação da Qualidade
PSA	Programa de Saúde Ambiental
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAG	Relatório Anual de Gestão
SAD	Serviço de Assistência Domiciliar

SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPAS	Unidades de Pronto-Atendimento
ZEIS	Zona Especial de Interesse Social

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO: A CONSTRUÇÃO DO OBJETO	14
1.1 A pesquisa-intervenção: a delimitação do objeto de estudo e os desafios da intervenção	14
1.2 Recife – A cidade e a rede de atenção à saúde	19
2 O MODELO DE ATENÇÃO E GESTÃO RECIFE EM DEFESA DA VIDA: UMA APOSTA NA SUSTENTABILIDADE E LEGITIMIDADE DO SUS	27
2.1 A reformulação dos modos de produzir saúde em Recife	28
2.2 Recife em Defesa da Vida e a atenção básica como coordenadora da rede de atenção à saúde	39
3 O CAMINHO DA METODOLOGIA	46
3.1 Os fundamentos teórico-metodológicos	46
3.2 A análise das implicações	50
3.3 A mudança como categoria de análise	54
3.4 Os instrumentos de coleta	56
4 A PRODUÇÃO DE CONSENSOS E A AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA	63
5 DA INTENÇÃO AO GESTO: O MOVIMENTO DE REFORMULAÇÃO DA CLÍNICA EM RECIFE	84
6 A CLÍNICA TRANSDISCIPLINAR E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	100
7 CLÍNICA E POLÍTICA NO TERRITÓRIO: “TOMAR A TERRA DE ASSALTO”	110
8 A CLÍNICA E A SAÚDE COLETIVA	119
9 O APOIO INSTITUCIONAL E O APOIO INTEGRADO AO TERRITÓRIO COMO INVENÇÃO DE PRÁTICAS	135
10 O MOVIMENTO INACABADO: A INVENÇÃO DE PRÁTICAS E AS POSSIBILIDADES DE DEFESA DA VIDA NO SUS	148
REFERÊNCIAS	157

APÊNDICE A – Questões orientadoras para o grupo focal	163
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	164
ANEXO A – Matriz de julgamento para avaliação dos dispositivos	166
ANEXO B – Ficha Única da Atenção Básica	170
ANEXO C – Metas profissionais para avaliação de desempenho	173

1 INTRODUÇÃO: A CONSTRUÇÃO DO OBJETO

1.1 A pesquisa-intervenção: a delimitação do objeto de estudo e os desafios da intervenção

Essa pesquisa-intervenção estudou a experiência no município do Recife buscando apresentar um conjunto de questões que dizem respeito às relações entre subjetividade e gestão em saúde. Ao mesmo tempo, buscou evidenciar os obstáculos à implementação de processos de mudança nas organizações, as dificuldades para se avançar na democratização do Sistema Único de Saúde (SUS), os limites e potencialidades dos instrumentais teórico-metodológicos disponíveis para favorecer tais processos à luz da cogestão e da criatividade em traduzir as diretrizes institucionais em outros modos de funcionar na rede, na relação entre sujeitos.

Em paralelo a isso, estudou-se em que medida a gestão de coletivos, além do objetivo da produção de bens ou serviços, funcionou também como um espaço com função pedagógica e terapêutica a partir das Diretrizes do Modelo Recife em Defesa da Vida. Pensou-se a gestão como um lugar onde se produz aprendendo e também, ao mesmo tempo, se reconstrói a própria subjetividade (CAMPOS, G., 2000b; COELHO; COUTO, 2009).

Essa pesquisa utilizou a estratégia de pesquisa-intervenção e tem como objetivo geral analisar as mudanças nas práticas da Clínica em Recife a partir da implantação das diretrizes de modelos de atenção e gestão no período de 2009 a 2011. Como decorrência do objetivo inicial são definidos os temas de interface entre gestão e subjetividade enquanto referenciais teórico-metodológicos para estudar as relações de poder na gestão em saúde e propor uma reconstrução teórica e técnica de como operar a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos no SUS e na singularidade da história e contexto da cidade do Recife.

A pretensão foi saber como operar os princípios e diretrizes do SUS e que mudanças são produzidas, com foco na Clínica – dispositivos para sua ampliação nos meios, objeto e objetivos de trabalho, com ênfase na Atenção Básica à Saúde –

como coordenadora das ações no território e central na proposta de modelo de atenção e gestão no município. O foco foi a Clínica considerando o sistema de saúde, as dificuldades vividas na gestão, o contexto político e subjetivo da relação entre sujeitos e tomando a experiência da gestão de Recife como caso. Assim, como objetivos específicos, são propostas da pesquisa:

- a) Descrever o Modelo de Atenção e Gestão da Secretaria Municipal de Saúde do Recife a partir de 2009;
- b) Analisar a interface Clínica e Política, considerando a indissociabilidade entre gestão e atenção;
- c) Analisar como se dá a reformulação da Clínica e os dispositivos/arranjos institucionais facilitadores na ampliação de seus meios, objeto de trabalho e objetivos;
- d) Analisar a interface da Clínica com a Vigilância à Saúde, com ênfase na reformulação e ampliação das práticas.

Nas duas últimas décadas, o setor saúde no Brasil tem experimentado propostas inovadoras nos campos da assistência e gestão pública – impulsionadas pelos princípios democratizantes e de justiça social que orientam o movimento de reforma sanitária brasileira. Paradoxalmente, também vem sendo o lugar privilegiado de manifestação das contradições sociais e do intenso processo de exclusão, segregação e desvalorização da vida que tem marcado nossa sociedade.

É importante considerar também, que a efetivação da política de saúde, no contexto de um Estado marcado por uma tradição elitista, clientelista, patrimonialista e hegemônico por forças políticas identificadas com o ideário social conservador será marcada por contradições de difícil superação (VASCONCELOS, 2005). Contradições estas que permeiam o conjunto das instituições setoriais e também são o contexto das gestões em saúde.

Tem sido obstáculo à construção do SUS a disputa desigual e sem concorrência com o setor privado, o paradoxo da relação de interesses privados com o serviço público, as contradições da gestão na relação público/privado, a desigualdade no financiamento da saúde com serviços montados com recursos

públicos e terceirização da gestão. Observa-se também que a gestão ainda é orientada pela racionalidade gerencial hegemônica, fundamentada na disciplina e no controle, na definição de metas a serem atingidas por trabalhadores, muitas vezes alheios ao processo de produção de saúde. Tem sido comum a submissão da Clínica às lógicas da racionalidade tecnocrática, do “gasto” a partir de políticas econômicas que não necessariamente objetivem a melhora da vida das pessoas.

A análise institucional trabalha as gestões com alguns temas fundamentais: o controle, o poder, a circulação de afetos, a política, as sínteses e críticas da organização. O método para análise e cogestão de coletivos, como um dos ramos da análise das instituições, pretende ser uma, entre outras estratégias, para combater o predomínio da racionalidade instrumental na gestão de políticas públicas e propõe uma nova correlação de força entre os sujeitos que consolidem situações mais equilibradas de poder, a democracia institucional (CAMPOS, G., 2000b).

Essa proposta de estudo, mais do que o aprofundamento teórico sobre esses temas na gestão em saúde, analisará métodos, dispositivos e arranjos institucionais utilizados na rede de saúde do SUS/Recife para a reconstrução teórica e técnica das organizações e dos grupos comprometidos com a produção de saúde e produção de sujeitos, priorizando a análise das mudanças produzidas no campo da Clínica.

A crise que o setor saúde no Brasil vem enfrentando se expressa também como uma crise de governabilidade do sistema e das organizações de saúde, comprometendo a resolutividade e efetividade das práticas de saúde. Essa crise tem impulsionado experiências inovadoras no que se refere tanto ao desenho de novos sistemas de gestão, como ao desenvolvimento de ferramentas gerenciais. É preciso reconhecer, no entanto, os limites e dificuldades dessas perspectivas para subsidiar os processos de mudança organizacional, especialmente no que se refere ao desafio de gerar adesão aos projetos institucionais e à problemática da relação entre indivíduos e organização.

Uma pressuposição inicial é que as instituições em saúde gozam de relativa autonomia na definição de sua agenda e com isso os espaços de gestão setorial em saúde proporcionam aos agentes gradientes de autonomia no processo de

formulação e definição de prioridades. Como decorrência dessa autonomia os gestores podem assumir, em função do contexto institucional, uma influência decisiva na definição do modelo de atenção e na dinâmica de gestão institucional.

Autonomia exercida nos limites do campo setorial, segundo a concepção de campo como espaço dinâmico, com forças frenadoras e impulsoras presentes e com intensidade e direção variadas, frente as quais se definem a posição dos sujeitos envolvidos e do movimento coletivo que define o campo social (PASSOS; BENEVIDES, 2009b). Isso tem um significado fundamental para essa proposta de estudo que analisa a mudança a partir das apostas em como operar os princípios e diretrizes do SUS e requer enfrentamento por parte das gestões das formas tradicionais e pouco inovadoras do fazer em saúde. Essa é a discussão sobre os modelos de gestão e atenção enquanto novos modos de fazer, de operar a partir de uma aposta ético-estético-política (BRASIL, 2004).

Outra constatação, importante para análise da viabilidade/governabilidade da pesquisa, é que o discurso sanitário hegemônico fundado na idolatria do Estado e nas explicitações macro-estruturais não mudou e perdeu seu caráter utópico, não encontrando ressonância nos protagonistas da gestão, ao não oferecer respostas pragmáticas para lidar com os desafios da gestão cotidiana em saúde. Esse significado é percebido na hipótese mais geral em relação ao tema da mudança, como veremos mais adiante, enquanto importante categoria de análise, que nesses últimos anos tivemos mudanças em caráter incremental e em desacordo com a expectativa criada por diversos atores a partir de 2002 (VASCONCELOS, 2005).

A aposta na perspectiva das mudanças estruturais, por parte dos atores sociais, dependentes de decisão extra-setoriais, relegou ao segundo plano o debate e a construção de iniciativas no campo da gestão que poderiam produzir, ainda que de modo incremental, inovações institucionais na organização e gestão do sistema que apontassem na direção de um pragmatismo utópico (SANTOS, 2007). Por outro lado as iniciativas oficiais dos agentes governamentais ficam presas aos limites da “mudança normal” apostando na repetição e na melhoria com base em alterações normativas pontuais, fragmentadas e graduais. Esse lugar da mudança a partir de

novos modos de fazer e operar na rede SUS é o lugar proposto e, no nosso entendimento, privilegiado para essa investigação.

A Atenção Básica, tendo um papel fundamental na reformulação dos modos de produção de saúde em Recife, caracterizando-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a proteção e promoção da saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida a partir do trabalho em equipe, utilizando tecnologias de elevada complexidade e orientando-se pelos princípios da universalidade e coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2006).

Tem como princípios, considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural e tem, na proposta da SMS Recife as diretrizes do acolhimento, clínica ampliada, cogestão, responsabilidade sanitária em interface com a saúde coletiva e ampliação do acesso (RECIFE, 2009a). Por tudo isso, escolhemos esse lugar para investigar as mudanças teórico-práticas da Clínica no âmbito municipal, entendendo o campo da Atenção Básica como coordenadora das ações em saúde e em articulação com as especialidades a partir do apoio especializado matricial e a autonomia/responsabilidade sanitária da SMS para ofertar dispositivos e arranjos institucionais a partir das diretrizes de reformulação para atenção e gestão na saúde.

Essa pesquisa investigou, portanto, um projeto político que apostou na reformulação da atenção e gestão encarada como prioridade pela gestão em saúde e que teve possibilidade concreta de instituir mudança das estruturas e mudança também das pessoas. Um movimento que ocorreu no município e que teve como lugar privilegiado a atenção básica e seu processo de trabalho. Por isto estudou-se a Clínica pela proximidade e autonomia com o fenômeno em investigação. Analisou-se a potência em combinar a objetivação científica do processo saúde-doença-intervenção com a reforma na atenção em busca de outro modo de produção de saúde e relação entre equipes e usuários. O projeto de Recife procurou construir uma gestão compartilhada que ousasse propor saídas em torno das apostas nos

coletivos, no fazer solidário que contaminasse cada Distrito Sanitário, cada serviço e cada trabalhador na busca da Defesa da Vida.

1.2 Recife – A cidade e a rede de atenção à saúde

Recife, capital do Estado de Pernambuco, situa-se no litoral nordestino e ocupa uma posição central, a 800 km das outras duas metrópoles regionais, Salvador e Fortaleza. Apresenta uma superfície territorial de 220 km² e limita-se ao norte com as cidades de Olinda e Paulista, ao sul com o município de Jaboatão dos Guararapes, a oeste com São Lourenço da Mata e Camaragibe, a leste com o Oceano Atlântico (RECIFE, 2011a).

Com uma composição territorial diversificada: morros – 67%; planícies – 23%; áreas aquáticas – 9%; Zonas Especiais de Preservação Ambientais – 5,5%; a cidade está dividida em 94 bairros aglutinados em 6 regiões político-administrativas. Para o setor saúde, cada região corresponde a um Distrito Sanitário: DS I – 11 bairros, DS II – 18 bairros, DS III – 29 bairros, DS IV – 12 bairros, DS V – 16 bairros, DS VI – 8 bairros.

A cidade é considerada totalmente urbana, com uma população residente estimada de 1.634.808 habitantes em 2010, apresentando um crescimento populacional ascendente e compatível com o perfil correspondente às tendências de crescimento do Estado de Pernambuco e do Brasil. Em relação à faixa etária existe uma predominância das faixas mais jovens e a população com a idade acima de 60 anos representa 9,38% dos habitantes.

A distribuição geográfica desta população dentro do território municipal apresenta um padrão diversificado de ocupação dentro dos bairros. O DS VI é o mais populoso, com 24,86% da população e o DS I é o menos populoso com 5,49% da população, incluindo a cobertura do centro da cidade.

O Recife apresenta-se como uma cidade heterogênea em relação aos aspectos econômicos, com áreas altamente valorizadas e áreas com grandes problemas estruturais. O município reconhece a existência de 66 Zonas Especiais

de Interesse Social (ZEIS) com 80% de ocupação por favelas, as quais totalizam 490 em todo o território municipal. A escolaridade, segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano no Recife (RECIFE, 2005), em 2000 foram registrados 10,4% de analfabetos maiores de 15 anos.

Em relação à renda o maior número de domicílios possui rendimento nominal mensal de até 1 salário mínimo, conforme quadro 01.

Quadro 1 – Rendimento nominal mensal por domicílio – Recife, 2000

Rendimento Nominal Mensal (salário mínimo)	Domicílios
Até 1 salário	85.409
De 1 a 2 salários	72.967
De 2 a 5 salários	71.314
De 5 a 10 salários	48.247
De 10 a 20 salários	33.056
De 20 a 30 salários	10.527
Mais de 30 salários	14.286
Sem rendimentos	40.216

Fonte: IBGE (2000).

Fazendo uma breve e sucinta análise da situação de adoecimento e morte na cidade, o Recife encontra-se entre os 15 municípios do estado considerados prioritários para ações de controle da tuberculose. No período entre 2001 e 2008, o coeficiente médio de detecção de tuberculose em residentes no Recife foi de 98,6/100.000 habitantes. A incidência da tuberculose entre os bairros é bastante heterogênea, apresentando importantes diferenciais intraurbanos. A maioria dos bairros – 81 bairros ou 86,2% do total apresenta padrão compatível com situação de alto e médio risco (RECIFE, 2011a).

Em relação à Hanseníase, segundo os parâmetros do Ministério da Saúde, a situação de Recife é de hiperendemicidade, com coeficientes de detecção médio de 2001-2008 de 60,7/100.000 habitantes, constituindo-se prioridades para ação de intervenção e controle. A situação epidemiológica desse agravo também é heterogênea, com diferenciais intraurbanos. São 56 bairros da cidade que apresentam padrão compatível com situação hiperendêmica e elevada endemicidade segundo os parâmetros da Secretaria de Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde. O percentual de abandono ao tratamento da doença é considerado bom (=10%) (RECIFE, 2011a).

Atualmente no Brasil apenas a região metropolitana do Recife mantém a Filariose Linfática, havendo o compromisso internacional de eliminação até o ano de 2020. O Organização Mundial de Saúde preconiza o tratamento coletivo para áreas endêmicas, tendo essa ação iniciado em 2003 no DS II e, dois anos depois, foi incorporado ao DS III. Essas áreas vêm mantendo índices excelentes de cobertura da população apta a ser tratada, conforme a padronização de 80% de cobertura. Apesar do controle da doença em Recife, o desafio da eliminação permanece (RECIFE, 2011a).

Os primeiros casos de dengue no Recife, na forma clássica, foram detectados em janeiro de 1995. Até 1998 a doença apresentou-se com perfil epidêmico e, a partir de 1999, a situação epidemiológica permaneceu preocupante. Com a introdução do DEN3 no Recife, em 2002, ocorreu uma grande epidemia com incidência de 2.362,80 casos por 100.000 habitantes. Com a introdução do Programa de Saúde Ambiental – PSA criado em 2001, a epidemia foi controlada com queda do número de casos novos nos anos seguintes, apresentando-se com comportamento endêmico. Em 2008 ocorreu uma nova epidemia que permaneceu por 12 semanas, com menor intensidade que a anterior, mas com os três vírus circulantes: DEN1, DEN2, DEN3 (RECIFE, 2011a).

Em relação à Sífilis Congênita, no período entre 2001 e 2008, foram notificados à SMS 1.684 casos, dos quais 63,2% poderiam ter sido evitados com diagnóstico precoce e tratamento adequado da gestante infectada e seu(s) parceiro(s). Em relação à mortalidade infantil, no período de 1980 à 2008, o Coeficiente de Mortalidade Infantil, apresentou uma redução de 84,4%. O componente pós-neonatal merece destaque com um decréscimo de 90,8%, enquanto os óbitos neonatais apresentaram uma redução de 78,2% (RECIFE, 2011a).

Entre as principais causas de mortalidade, as doenças do aparelho circulatório representam o maior risco de morte, revelando os maiores coeficientes de mortalidade no período de 2001 à 2008, contudo, tem sido observada uma redução de 15,2% desde 2005. Nos anos de 2001, 2007 e 2008, os óbitos por causas

externas (violências) ocuparam a segunda posição, superando os coeficientes de mortalidade por neoplasia (RECIFE, 2011a).

Comparada com outras capitais, Recife tem posições diferentes em relação a alguns indicadores, como demonstrado no quadro 02:

Quadro 2 – Classificação comparativa do Recife com as capitais brasileiras e posição entre as capitais nordestinas, 2011

Indicador	Posição NE	Posição BR	Classificação
Vítimas não fatais de trânsito	1	3	
Óbito fetal	1	9	
Reprovação no ensino médio na rede pública de educação	6	10	
Jovens com emprego formal	9	11	
Vítimas fatais de trânsito	5	11	
Internação por DDA	3	12	
Cobertura de creche	2	12	
Curetagem pós-aborto	2	13	
Morte materna	4	13	
Cobertura de pré-escola	5	13	
Internação por IRA	6	14	
Mortalidade infantil	4	14	
Mortalidade por Câncer de Colo de Útero	4	14	
Pré-natal insuficiente	2	15	
Mãe adolescente	6	16	
Esgotamento sanitário	5	17	
Homicídio	5	17	
Reprovação no ensino fundamental na rede pública de educação	4	17	
Abandono no ensino médio na rede pública de educação	3	18	
Baixo peso ao nascer	7	18	
Distorção de idade no ensino fundamental na rede pública de educação	3	18	
Ideb (anos iniciais)	3	18	
Partos cesários	6	18	
Abandono no ensino fundamental na rede pública de educação	3	19	
Média salarial	3	19	
Média salarial de jovens	7	21	
Morte juvenil masculina	6	21	
Homicídio juvenil masculino	6	22	
Perda de água	8	22	
Ideb (anos finais)	6	24	

Mortalidade: aparelho circulatório	9	24	
Distorção de idade no ensino médio na rede pública de educação	8	26	
Taxa de desemprego	n/d	5*	

Fonte: Observatório do Recife (2011)

Legenda:

-  Melhor
-  Acima da média
-  Média
-  Abaixo da média
-  Pior

O Município de Recife evidencia há 11 anos uma importante expansão da rede de saúde em todos os níveis de atenção: ampliação da cobertura da atenção básica com a estratégia de saúde da família, ampliação do número de maternidades e policlínicas, estabelecimento de programas e políticas de saúde relacionadas à saúde da mulher, criança e adolescente, atenção ao adulto e idoso, programas por agravos prevalentes na cidade, rede de atenção especializada com aumento de acesso e oferta de ações, rede de saúde mental com abertura de serviços e ampliação do número de profissionais e implantação do programa Academia da Cidade (COELHO; COUTO, 2009).

Em relação à Estratégia de Saúde da Família eram 16 unidades em 2000 elevando-se para 92 em 2004 e 113 em 2010. O número de equipes passou de 27 em 2000 para 192 em 2004 e 244 em 2010, hoje totalizando 252 Equipes de Saúde da Família com 60% de cobertura da cidade (COELHO; COUTO, 2009).

Na Atenção à Saúde Mental existia apenas um Centro de Atenção Psicossocial em 2000, tendo em 2010 o número de 17 CAPS – sendo 06 para álcool e outras drogas, 11 para transtornos mentais e, desses, 2 infantis e 1 para adolescente. Ainda na rede de saúde mental são 4 Albergues Terapêuticos e ampliação das residências terapêuticas: 11 em 2009, 15 em 2010 e 23 em 2012. A rede de atenção pode ser sintetizada no quadro 03, com dados até março de 2012 (RECIFE, 2012a):

Quadro 3 – Rede de atenção à saúde do Recife

REDE PRÓPRIA	DISTRITO						
	I	II	III	IV	V	VI	TOTAL
Unidades da saúde da Família	9	18	24	19	15	34	119
Equipes de Saúde da Família	15	43	46	39	31	77	252
Equipes de Saúde Bucal	8	22	24	22	16	40	132
Equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)	2	0	4	3	0	5	14
Equipes de Núcleos de Apoio às Práticas Integrativas (NAPI)	0	2	0	0	0	0	2*
Equipes de Serviço de Assistência Domiciliar – SAD	1	2	2	2	3	2	12**
Equipes de PACS	3	4	6	4	6	5	28
Agentes de Saúde Ambiental	102	117	166	123	119	206	731
Agentes Comunitários de Saúde	94	330	388	263	248	423	1746
Unidades Tradicionais	1	1	6	3	5	6	22
Polos da Academia da Cidade	3	4	5	6	4	5	27
Farmácia da Família	0	2	2	1	2	2	9
Centro de Atenção Psicossocial	2	4	3	2	4	3	18
Albergues terapêuticos	1	1	0	1	0	1	4
Residências Terapêuticas	0	4	2	4	3	2	15
Centro de Especialidades Odontológicas – CEO	1	1	1	1	1	1	6
Policlínica com SPA	0	1	1	0	1	1	4
Policlínica sem SPA	3	0	2	1	0	1	7
Maternidades/policlínica com SPA	0	0	1	0	0	1	2
Maternidades sem SPA	0	0	0	0	1	0	1
Hospital Pediátrico com SPA	0	0	1	0	1	0	2
Unidades Especializadas	5	1	2	0	0	0	8
REDE CONVENIADA	DISTRITO						
	I	II	III	IV	V	VI	TOTAL
Unidades de Diagnóstico e Exames	11	1	7	2	0	1	5
Clínica Oftalmológica	4	0	1	0	0	0	5
Clínica de Reabilitação e Fisioterapia	5	1	1	1	1	0	9
Hospital Psiquiátrico	1	0	0	1	1	0	3***
Hospital Geral	2	0	2	0	1	0	5

Fonte: Recife, (2012)

Nota : * Cobertura aos Distritos Sanitários I, II e III

** Mais 03 equipes matriciais de SAD para apoio às 12 equipes básicas

*** Incluindo o fechamento de 2 Hospitais em 2010 e 2011 totalizando 639 leitos

Apesar de toda a expansão da rede, ampliação do número de equipamentos de saúde e ações programáticas, ainda existe uma preocupação com a baixa resolutividade do sistema, desarticulação entre os chamados níveis de atenção, fragmentação das ações de saúde, clínica centrada em procedimentos e num único saber profissional, com baixa potência do trabalho interdisciplinar (COELHO; COUTO, 2009).

A saúde coletiva também centrada em ações programáticas, em um agir segundo regras, de forma normativa e baixa incorporação das práticas de educação em saúde. Essa preocupação, expressa pelos gestores, trabalhadores e usuários fez com que em 2009, a SMS do Recife lançasse a proposta do Modelo de Atenção e Gestão em Defesa da Vida (RECIFE, 2009a).

A discussão evidenciada pela SMS se refere a um modelo de atenção que reformule os conhecimentos e práticas em saúde ou que amplie os conhecimentos da clínica e da saúde coletiva (COELHO; COUTO, 2009).

Assim, a valorização da atenção básica com capacidade para resolver problemas individuais e coletivos, sendo produtora de uma potente rede de atenção; a ampliação das ações de promoção e prevenção; a rearticulação dos serviços de alta complexidade e especializados segundo padrões de humanização e adoção de outras práticas em saúde como assistência domiciliar, visita aberta e familiar participante nos hospitais e maternidades, estabelecimento de rede de atenção articulada a partir de equipes de referência, apoio matricial e cogestão; a saúde mental mostrando a necessidade da desinstitucionalização, descentralização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e do trabalho transdisciplinar para elaboração de projetos terapêuticos com resolutividade são indicações da necessidade de fortalecimento da responsabilidade micro-sanitária enquanto reformulação do processo de trabalho em saúde na cidade.

A proposta Política em Recife a partir de 2009, apostou na mudança de conceitos e práticas e ofereceu alguns elementos para a reconstrução de uma teoria sobre o processo saúde-doença centralmente preocupada com a produção de saúde e a produção de sujeitos. Um aperfeiçoamento no modelo de atenção e

gestão na saúde do município associado à necessidade de incorporação de novos serviços, incorporação tecnológica nos serviços existentes, ampliação e diversificação da oferta terapêutica, mudança no padrão burocratizado de comunicação em rede com ampliação de acesso e resolutividade (RECIFE, 2009a).

Elementos para a reconstrução do processo saúde-doença que falasse da Clínica, do resgate crítico da sua prática e propondo invenções para sua ampliação, como a atenção compartilhada, a elaboração de projetos terapêuticos singulares, a construção de vínculos terapêuticos, o território da atenção básica como lugar de encontro e referência para reorganização da rede, outro padrão de comunicação entre serviços, entre equipes, usuários e suas redes sociais, ampliação da resolutividade com ofertas de apoio matricial, experimentação de espaços de cogestão entre outros (COÊLHO et al., 2012).

2 O MODELO DE ATENÇÃO E GESTÃO RECIFE EM DEFESA DA VIDA: UMA APOSTA NA SUSTENTABILIDADE E LEGITIMIDADE DO SUS NA CIDADE

Qual seria o melhor modelo de atenção e gestão para o município de Recife?

A pergunta que a gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) colocava inicialmente não poderia desconhecer as experiências e os conhecimentos acumulados sobre o tema e, nesse sentido, há diretrizes genéricas sobre as quais se pode apoiar para elaboração dos novos desenhos (CAMPOS, G., 2003).

Foi preciso combinar diretrizes gerais com dispositivos ofertados pela instituição, considerando a singularidade de cada lugar, cada Distrito, cada equipe de saúde e comunidade. Essa análise precisava ser revelada permanentemente para a construção de uma aposta pautada na realidade local e com os problemas concretos da organização da rede e complexidade dos agravos em saúde, considerando a história das políticas de saúde da cidade.

A escolha do caminho para construção das diretrizes de atenção e gestão se orientou por experiências acumuladas pela equipe de gestão, pelas experiências publicizadas, teorizadas e vividas em outros lugares do Brasil e deveria referir-se à sua capacidade de produzir saúde. Essa produção de saúde pautada na singularidade com o que era demandado pelos trabalhadores e pelos usuários da rede de Recife. Assim, caberia novamente perguntar: quais instrumentos estariam à disposição da equipe da gestão, dos trabalhadores e do contexto local para a reconstrução de modelos? Como construir novos modos de atenção em saúde na cidade? Como singularizar essa construção combinando e contradizendo os princípios e diretrizes até então definidos no município?

A aposta central do novo coletivo de gestão que assumia esse desafio era colocada em torno da mudança. Mudança com a potencialidade de um movimento instituinte e a força da geração de um debate em torno da capacidade de produzir novas utopias e também de interferir na prática existente na rede de saúde.

A proposta foi que os modelos de atenção e de gestão produzissem certo modo de subjetivação, que reforçassem a capacidade de ir-se alterando este mesmo

modelo. Isso significa dizer que modelos de gestão e modos de subjetivação são processos indissociáveis que se interferem todo o tempo. Conhecemos o mundo agindo sobre ele, sendo esta ação ao mesmo tempo construtora daquele que conhece. Pensamento em função da ação e ação em função do pensamento (PASSOS; BENEVIDES, 2009b).

Esta estratégia de reformulação dos modos de produzir saúde em Recife contou com a participação ativa da pesquisadora, criando um contexto de implicação que precisa ser analisado e ponderado. Tratou-se de uma intervenção associada à pesquisa e análise da situação institucional considerando como resultados também o que estava no percurso: os movimentos coletivos, o contexto da política, os movimentos dos sujeitos implicados.

2.1 A reformulação dos modos de produzir saúde em Recife

Essa narrativa tem o objetivo inicial de evidenciar o movimento paradoxal do SUS Recife a partir de sua expansão desde 2001: um processo de crescimento que tanto reforçava um modelo médico tradicional, quanto gerava novas experiências de organização da atenção. Foi este resultado paradoxal o que marcou os anos iniciais da gestão do SUS, em Recife, e a expansão da atenção básica a partir da estratégia de saúde da família, a expansão da saúde mental baseada numa ampla rede de CAPS para álcool e outras drogas, transtorno e infantis, a implantação do Programa Academia da Cidade e do Programa de Saúde Ambiental entre outros. A quantidade de dispositivos e equipamentos de saúde, no entanto, não dava conta do atendimento às demandas dos trabalhadores e da população, evidenciada, em 2009, com uma franca insatisfação encontrada pelo novo coletivo gestor, então empossado. Essa insatisfação foi expressada pelas falas dos trabalhadores na rede de saúde, pelos movimentos de paralização e greve, pelas reivindicações dos movimentos sindicais, pelas discussões no Conselho Municipal de Saúde. Tanto os debates, as reivindicações do Conselho Municipal de Saúde, as demandas das comunidades em todos os territórios de Distritos Sanitários, a pequena legitimidade da gestão do SUS perante os trabalhadores todos esses sinais indicavam a necessidade de avançar-se na construção do SUS. Em função destas reclamações, construiu-se um projeto com ênfase na saúde mental e atenção básica, bem como

nas urgências, maternidades e outras unidades de saúde (RECIFE, 2009a; 2010; 2011a).

O primeiro colegiado de saúde mental, acontecido em fevereiro de 2009, teve o tom de crítica ao estado da rede: criticou-se o quadro reduzido de pessoas, a restrição de atendimento, burocratização do trabalho, a falta de discussão e decisão coletiva, ausência de investimento no fazer junto e no processo de trabalho das equipes, a clínica sem potência de criação de projetos terapêuticos e não produtora de cuidado, o desabastecimento da rede de medicamentos e outros insumos, a estrutura física degradada, a ausência de manutenção de equipamentos entre outros. Essas críticas se repetiam nos outros colegiados e nos espaços com a atenção básica, nas reuniões com as microrregiões distritais, nas conversas e reuniões com as equipes separadas, dentro e fora das unidades de saúde, nos pleitos das organizações sindicais e conselhos profissionais enfim, em todos os espaços de encontro com os trabalhadores percebidos durante a intervenção e expressos em documentos como o pleito do Sindicato dos Médicos de Pernambuco registrado em documento entregue à SMS em 2009. Ficava evidenciada a crise de legitimidade da gestão da saúde com o conjunto de trabalhadores, mas também diante dos usuários, bem como era colocada em cheque a capacidade técnico-política de sustentabilidade do sistema pelo município.

Em todos os momentos de debates do contexto da saúde, em 2009, além dos momentos de encontro nas reuniões de comunidades, assembleias e os momentos das plenárias pré e durante a Conferência Municipal de Saúde, ficou evidente para o coletivo da gestão o tamanho do problema e da crítica a uma rede com pouca capacidade de acolhimento, com pequena potência para resolver problemas das pessoas que todos os dias chegavam em busca de ajuda, acolhimento, alívio do sofrimento, atenção às diversas demandas de saúde.

A SMS iniciou o ano de 2009 reconstituindo os espaços colegiados na gestão e neles fazendo a discussão sobre o levantamento de problemas, a caracterização da rede municipal e o caminho para reconstrução de práticas na rede a partir da apresentação da proposta do Modelo de Atenção e Gestão. O Colegiado Gestor da SMS foi recomposto. Redefiniu-se seu papel no sentido da coprodução de um novo

projeto de atenção, nova função e ampliação com participação permanente de sujeitos-chave da SMS.

Ficou sob responsabilidade da Diretoria Geral de Atenção à Saúde (DGAS) a proposição de um Modelo de Atenção e Gestão que desse conta das inquietações do novo coletivo gestor, dos trabalhadores e usuários da rede municipal. Uma proposição que combinasse lógicas distintas, que respeitasse a história de expansão da rede municipal, que incluísse as pessoas numa produção coletiva, mas que rompesse radicalmente com grande parte do instituído da concepção sócio-sanitária. Foram propostas diretrizes, dispositivos, objetivos de trabalho conformando o Modelo de Atenção e Gestão chamado Recife em Defesa da Vida e apresentado em reunião do Colegiado Gestor da SMS ainda em fevereiro de 2009. Nome “Recife em Defesa da Vida”, trazia para o grupo, para o coletivo institucional uma aposta preenchida de intencionalidades e implicação com referenciais teóricos, de práticas ético-políticas fundamentais para o movimento de mudança iniciada naquela ocasião. Uma forma de recolher experiências e trabalhar, ao mesmo tempo, com a singularidade da cidade e características de suas políticas de saúde.

A afirmação da “Defesa da Vida” remetia para uma aposta em colocar no centro o sujeito e sua relação com o mundo, valorizando a incorporação de fatores subjetivos, sociais e culturais envolvidos na complexidade dos problemas sanitários. Apostar numa organização em torno de outra sociabilidade, facilitando a modificação das relações entre gestores, trabalhadores de saúde e usuários dentro de um território vivo que reconhecesse a circulação de afeto, poder e saber entre as pessoas.

As primeiras apresentações do Modelo ainda em 2009 – artigo publicado na revista do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); documento base da Cartilha da Atenção Básica à Saúde: Recife em Defesa da Vida; apresentação e resumo no Congresso da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) 2009 – trazem como fundamentação da proposta a tradução dos princípios e diretrizes do SUS em modos de fazer a partir da: **Clínica Ampliada e Compartilhada, Saúde Coletiva Reformulada e Ampliada, Acolhimento, Cogestão com produção de autonomia.** Tendo essas diretrizes

como orientadoras, foram sendo definidos os dispositivos e arranjos institucionais prioritários e pertinentes ao contexto das equipes, compondo uma oferta em que, a singularidade da escolha e novas criações dependiam da característica da equipe e da comunidade. Isto convivendo com estratégias gerais e comuns para toda a rede (COÊLHO; COUTO, 2009; RECIFE, 2009a).

O conteúdo destes documentos, foram sendo reformulados a cada encontro com a rede, com as rodas, sem perder sua fundamentação central das diretrizes e base teórico-prática. Assim em 2010, acrescentou-se às diretrizes o fazer em **Rede Integrada**, enfatizando a necessidade de outro padrão de comunicação entre os serviços.

Teve início uma série de apresentações, em colegiados com composições diferentes, onde, em cada uma delas, se discutia e se modificava a proposta inicialmente colocada, ao mesmo tempo em que caminhava o movimento de apoio à rede de saúde, ou seja, outras metodologias de gestão e ações de tradução operacional dos princípios e diretrizes do SUS. Espaços colegiados e deliberativos diversos: rodas internas nos serviços, colegiados de nível central entre políticas, colegiado da atenção à saúde, grupos de trabalho temáticos com os trabalhadores sobre acolhimento, protocolos de políticas, comitê de urgência, discussões temáticas na saúde mental, reuniões com equipes de saúde por territórios microrregionais nos Distritos Sanitários, plenárias com todos os trabalhadores da atenção básica, espaços com as comunidades nas unidades básicas e equipes de saúde da família.

Destaca-se, ainda em março de 2009, a apresentação e debate da proposta do Modelo Recife em Defesa da Vida em plenária ampliada com as instituições de ensino, com a presença de várias universidades, departamentos de saúde coletiva, pesquisadores entre outros participantes.

Optou-se por fazer essa construção, no primeiro momento, no Colegiado Gestor da Secretaria de Saúde, espaço deliberativo com participação do secretário de saúde, assessor-executivo, todos os diretores gerais e gerentes de políticas estratégicas. A proposta do Modelo de Atenção e Gestão foi pautada, debatida, refeita, reapresentada como o objetivo de legitimá-la, produzir consensos e

corresponsabilidades de todo o nível gerencial com sua operacionalização e discussão na rede com usuários e trabalhadores.

Foi atribuída à Diretoria de Atenção à Saúde a função de coordenação do modelo de atenção e gestão no município e a construção de plano de trabalho a partir da nova reorientação na saúde (COÊLHO; COUTO, 2009). A estratégia utilizada teve o objetivo de analisar que mudanças poderiam ser produzidas na saúde a partir de diretrizes de modelos de atenção e gestão ofertadas e qual a estratégia de reorientação e eleição de prioridades.

Foram definidos os critérios para adequação da proposta de arranjos e dispositivos baseada em Gastão Campos (2003):

- a) a busca por maior eficácia, referindo-se a resultados concretos em que cada sistema, serviço, programa, equipe deveria reorganizar-se para melhorar a capacidade de promover, prevenir, curar, reabilitar e aliviar o sofrimento;
- b) aumentar a capacidade de gestores e equipes para estabelecer compromissos e contratos com equipes, usuários, famílias, comunidades;
- c) a busca por maior eficiência, como, por exemplo, a ampliação da rede de saúde mental como critério para desospitalização e reinserção social assegurando eficiência ao sistema;
- d) produzir o menor dano possível em toda a rede, mas principalmente na necessidade de inclusão do outro na construção de planos terapêuticos, diminuindo intervenções desnecessárias na urgência entre outros;
- e) a busca do efeito da integralidade, combinando produção de saúde com ampliação do grau de autonomia de usuários e trabalhadores.

A partir da definição do caminho e dos objetivos, a SMS decide apostar no apoio institucional enquanto metodologia de redefinição dos modos de gestão em todas as esferas de gestão no município. Um modo de funcionar compartilhado na rede de saúde, para apoiar equipes de saúde, para apoiar equipes distritais, para apoiar usuários no autocuidado e nos modos de caminhar a vida (CAMPOS, G., 2003).

Foi definido, portanto, um grupo de apoiadores institucionais dentro da Gerência de Atenção Básica, na Diretoria Geral de Atenção à Saúde para discutir, reformular processo de trabalho em saúde, operar outro modo de organizar a rede, reformular a clínica e a saúde coletiva, colocar em análise situações institucionais e aumentar a possibilidade de intervenção dos coletivos apoiados. Outro objetivo fundamental do apoio institucional foi a superação do agir segundo supervisão – em todos os níveis gerenciais - e pautado na lógica da disciplina e controle, imprimindo um modo de funcionar com decisões à revelia das equipes. Instituir o “fazer e elaborar” conjunto é bem diferente do “fazer sobre” ou “fazer no lugar” das pessoas (COELHO; COUTO, 2009).

A importância da proposta do apoio institucional para este estudo diz respeito à metodologia de intervenção utilizada, e ao desafio de avaliar e descrever as propriedades, qualidades, insuficiências e distorções que são inerentes a cada técnica. Essa proposta de apoio institucional não pretendia, nas expressões, documentos e apresentações publicizadas pelo município, suprimir as funções tradicionais da gestão, mas ampliá-las. Para enfrentar esse desafio a metodologia precisava ser utilizada dentro de uma problemática teórica de orientação crítica e não apenas instrumental.

Para reformulação da Clínica a partir de sua ampliação, também era necessária a reformulação do método de gestão da Clínica, não sendo possível, na percepção do grupo condutor do Modelo, a dissociação entre a atenção e a gestão. Assim, foi proposto uma análise sócio-histórica das teorias dominantes nas gestões em saúde e, ao mesmo tempo, uma demonstração (ou defesa?) das possibilidades de superação dos modos tradicionais de governar trazendo ofertas no campo da atenção e da gestão em saúde. Essa ofertas precisavam ser concretizadas em propostas viáveis de arranjos e dispositivos, partindo de um amplo movimento coletivo em torno de sua operacionalização.

Os novos arranjos de apoio foram compreendidos pelo coletivo como modalidades de organização com o objetivo de instituir mudança na direção contrária do tradicional estilo vertical, com a potencialidade, a partir de outra

estruturação e permanência de dinamizar os colegiados e espaços de cogestão, apoio matricial, equipe de referência (CAMPOS, R., 2003). Os dispositivos foram tomados como possibilidades de disparar mudança em torno de um movimento instituinte, podendo o mesmo processo ser dispositivo instituinte para uma equipe e não para outra. Tinha, portanto, uma caráter singular e se compunha a partir das características locais de cada lugar, território, pessoas envolvidas. Assim, dispositivo ou agenciamento, foi considerado como montagem ou artifício produtor de inovações que possibilitavam gerar acontecimentos, onde, segundo Barembritt (1992), atualizava virtualidades e gerava o “*Novo Radical*”.

Sobre a oferta de arranjos e dispositivos institucionais para mudança na saúde, a SMS Recife propôs em janeiro de 2009 (COELHO; COUTO, 2009):

a) Na atenção básica:

- Organização do acolhimento de modo a promover a ampliação do acesso ao sistema, compreendendo a atenção básica como coordenadora das ações no território e a partir dela a definição de prioridades para ordenamento da rede, eliminando filas, organizando a atendimento com base no risco/vulnerabilidade e ampliando a capacidade de resolver problema;
- Reorganização do trabalho em equipe a partir do apoio institucional, valorizando os saberes e práticas dos diferentes profissionais e ampliando a equipe clássica da estratégia de saúde da família a partir da composição de perfil/especialidade e da demanda característica da área de abrangência com apoio matricial;
- Definição do apoio matricial para as Equipes de Saúde da Família, a partir dos especialistas das policlínicas com perfil para discussão e atendimento conjunto de pessoas com situações complexas em saúde e da implantação dos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família e Núcleos de Apoio em Práticas Integrativas, aproximando as especialidades da atenção básica, melhorando a resolutividade, fortalecendo a clínica através da elaboração de projetos terapêuticos singulares, fortalecendo o vínculo/responsabilização das equipes com usuários;

- Fortalecimento das redes de saúde aumentando a capacidade conjunta de soluções e construção de políticas e intervenções intersetoriais;
- Fortalecimento da clínica compartilhada e ampliação das ações de saúde coletiva no território, com oferecimento de grupos terapêuticos, temas relevantes em saúde coletiva, práticas de educação em saúde, práticas integrativas;
- Implantação de espaços de escuta para usuários e equipes no cotidiano do trabalho, fortalecendo a participação e ampliando capacidade de análise dos problemas;
- Rede de saúde mental centrada no território, incorporando profissionais especializados no apoio/ampliação às equipes da atenção básica;
- Territorialização das Unidades Básicas Tradicionais, com definição de equipes de referência, adscrição e vinculação dos usuários e famílias, inclusão nas demais diretrizes para atenção básica;
- Apoio Institucional às equipes.

b) Na atenção especializada:

- Garantia de agenda de atendimento em função da análise de risco/vulnerabilidade e das necessidades dos usuários;
- Implantação dos protocolos de acesso já construídos, adaptando-os às diretrizes pactuadas de acesso, vínculo terapêutico e clínica ampliada;
- Definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e incluindo a singularidade das pessoas;
- Realização de espaços de escuta aos trabalhadores, com garantia de condições de trabalho e insumos para a prática da clínica compartilhada e implementando o apoio especializado matricial como estratégia de fortalecimento da rede de saúde e educação permanente para todos os profissionais;
- Garantia de espaços de discussão de caso em situações mais complexas e acionando a rede na corresponsabilização para solução de problemas;
- Intervenção priorizando reformulação do processo interno de trabalho e articulação em rede nas maiores policlínicas de referência municipal;
- Apoio institucional às equipes.

c) Na urgência e emergência – incluindo atenção básica, pronto atendimentos, emergências e hospitais pediátricos, serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU), maternidades municipais:

- Demanda acolhida e atendida de acordo com avaliação de risco, garantindo acesso referenciado aos demais níveis de assistência;
- Pactuação da rede local/regional de referência e contra-referência com toda a rede municipal e em cogestão com a gestão estadual;
- Central única de regulação das urgências, com grade de referência dos serviços e perfil discutido em conjunto com municípios da região metropolitana;
- Criação do colegiado municipal de urgência e definição da Política Municipal de Urgência e Emergência;
- Definição da necessidade de municipalização de serviços, hoje sob a responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde para aumento da resolução municipal e fortalecimento da regulação em saúde;
- Garantia de resolução garantindo atendimento hospitalar e transferência segura conforme necessidade dos usuários;
- Definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a singularidade dos sujeitos;
- Seguimento horizontal do usuário após atenção na rede de urgência e emergência, com contra-referência para atenção básica;
- Apoio institucional às equipes;

d) Na atenção hospitalar/maternidades:

- Garantia de visita aberta, da presença de acompanhante e de sua rede social;
- Implantação de acolhimento com classificação de risco na porta de urgência e emergência acolhimento nas demais áreas de acesso ao hospital;

- Estabelecimento de equipe de referência para acompanhamento dos pacientes internados e elaboração de projeto terapêutico singular, bem como atendimento às famílias e rede social dos usuários;
- Criação de mecanismos do fazer em rede, principalmente na condução de situações mais complexas, bem como a rotina da atenção e gestão dos casos numa continuidade com a atenção básica;
- Definição das maternidades municipais com referência territorial para usuárias, incluindo as referências para a atenção ao pré-natal e parto de alto risco;
- Reformulação da Clínica com recomposição das escalas de profissionais e inserção das enfermeiras obstétricas em todas as escalas;
- Implantação de colegiado de gestão nos serviços com corresponsabilização dos trabalhadores das áreas do hospital;
- Implantação de mecanismos de desospitalização e equipe de internação domiciliar vinculada ao hospital e como referência para rede locorregional;
- Garantia de gestão clínica e gestão de leitos, realizando cogestão com rede estadual para pactuação de ampliação e municipalização de serviços;
- Apoio institucional às equipes;

e) Como diretrizes gerais para a rede:

- Requalificação estrutural da rede de serviços;
- Informatização com prontuário integrado e telessaúde;
- Recomposição das escalas de profissionais e novo concurso público;
- Mesa permanente de negociação, com inclusão de todos os trabalhadores em plano de cargos, carreira e vencimentos, com critérios combinados de avaliação de desempenho em cogestão com trabalhadores;
- Cogestão com rede conveniada com critérios definidos de metas;

- Regulação de toda rede especializada com centrais descentralizadas de regulação assistencial com base na necessidade do território;
- Integração com rede estadual instituindo cogestão dos serviços no território de Recife e pactuação solidária com municípios da região metropolitana.

No Plano Municipal de Saúde 2010/2013 outra descrição do Modelo Recife em defesa da Vida, enfatiza a necessidade de organizar a atenção no SUS desde processos macro-sanitários até a micropolítica do trabalho em saúde e traz como diretrizes:

- a) A valorização da Atenção Básica com capacidade para resolver problemas individuais e coletivos;
- b) A ampliação das ações de promoção e prevenção da saúde;
- c) A rearticulação dos serviços hospitalares e especializados do território do Recife, segundo padrões de humanização e adoção de outras práticas em saúde como internação domiciliar, visita aberta e direito à acompanhante;
- d) Estabelecimento da atenção a partir de rede articulada com equipes de referência e cogestão;
- e) Necessidade de desinstitucionalização na saúde mental e do trabalho transdisciplinar com foco na mudança da clínica e produção de autonomia;
- f) Qualificar o sistema de cogestão exercitando a democracia institucional, reconhecendo a responsabilidade de cada ator no processo de gestão do sistema e na produção de saúde;
- g) Criar um sistema de saúde em rede, que supere o isolamento dos serviços em níveis de atenção;
- h) Fortalecer e qualificar a atenção básica e ampliá-la como estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde;
- i) Considerar a diversidade cultural e desigualdade econômica, bem como a característica epidemiológica para incorporação de recursos e tecnologia;
- j) Superar a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre profissionais;
- k) Implantar as diretrizes do acolhimento e da clínica ampliada, traduzidos em modos de funcionar das pessoas envolvidas com o cuidado em saúde;

- I) Melhorar a interação entre equipes e apoiá-las para lidarem com as singularidades dos sujeitos e coletivos nas práticas de atenção (RECIFE, 2009b).

A partir desses pressupostos, a dinâmica de discussão do modelo Recife em Defesa da Vida teve caráter extensivo de alcançar o máximo de coletivos possíveis dentro da rede de saúde e ser legitimado para fora com inúmeras outras instituições componentes do SUS. Assim, foi apresentado no Congresso da ABRASCO, em 2009, durante debate sobre experiências de modelo de atenção e gestão; nos espaços com o Ministério da Saúde – no seminário da Política Nacional de Humanização em 2009, nas reuniões institucionais com o Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde (SES); nas reuniões com instituições de ensino, nos espaços da graduação e pós-graduação – como as residências multiprofissionais em saúde coletiva e residências de medicina de família e comunidade, cursos de especialização em saúde pública entre outros. Estes encontros tiveram, também, um caráter intensivo de aprofundamento das diretrizes e dispositivos e reformulação de suas proposições.

O relatório final da Nona Conferência Municipal de Saúde (CMS), acontecida em outubro de 2009, evidencia nas propostas para atenção básica, para ações estratégicas em grupos específicos – saúde da mulher, adulto, idoso, saúde mental, pessoa com deficiência, saúde bucal, política de práticas integrativas, atenção à criança e adolescente e nas ações para atenção especializada e urgência e emergência os dispositivos, arranjos institucionais, diretrizes e princípios do modelo de atenção e gestão. Como exemplo temos para as unidades da atenção básica:

Revisão dos processos de trabalho integrando a vigilância e a assistência à saúde [...] reorganização do processo de trabalho das equipes [...] implantar a proposta de acolhimento [...] com ênfase no projeto terapêutico singular e clínica ampliada [...] melhorar os atendimentos domiciliares garantindo o apoio matricial do NASF e fortalecimento da rede no território (RECIFE, 2009c, p. 10-17).

A 10ª CMS teve o caráter avaliativo do que foi implantado na rede dentro das prioridades propostas, trazendo uma reafirmação das diretrizes do Modelo e

corrigindo/afirmando/recompondo os arranjos e dispositivos para a rede (RECIFE, 2011b).

A ênfase foi dada no processo de reinvenção da saúde no Recife, com a descrição e compreensão do significado do Recife em Defesa da Vida, para além do que ele se propôs inicialmente: redefinição de finalidade das áreas meio, aproximação da Diretoria Financeira, Diretoria de Planejamento, Diretoria de Regulação e Diretoria de Gestão de Pessoas em função do funcionamento de uma rede viva e da defesa institucional.

2.2 Recife em Defesa da Vida e a Atenção Básica como coordenadora da Rede de Atenção à Saúde

As estratégias direcionadas para a Atenção Básica merecem destaque pela prioridade na composição dos arranjos e dispositivos conferida pela gestão municipal, bem como pelo foco da pesquisa na investigação no campo da Clínica. Em 2009, o Documento Base do Modelo Recife em Defesa da Vida foi direcionado para gestores, trabalhadores e movimentos sociais trazendo a proposição da reformulação na atenção primária à saúde. Em 2011, uma síntese das propostas em andamento foi divulgada, em apresentações e documentos sobre a Rede Básica e o Modelo de Atenção e Gestão.

A rede de atenção básica à saúde era priorizada, direcionando as ações em todos os chamados “níveis do sistema” de maneira a incluir a necessidade das pessoas no território e buscando uma coordenação do processo pela rede básica.

Aquele nível de um sistema de saúde que funciona como porta de entrada, atendendo a todas as necessidades e problemas de saúde da pessoa (não apenas direcionado para a enfermidade), ao longo do tempo, fornecendo atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra os outros níveis de atenção fornecidos em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas são exclusivas da atenção primária. Aborda os problemas mais comuns da comunidade oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação [...] Ela integra a atenção quando existem múltiplos problemas de saúde [...] É ela que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002, p. 28).

Atenção primária de saúde e atenção básica são expressões comumente utilizadas para se referir à base de um sistema de saúde, onde se oferta um conjunto de serviços e ações capazes de intervir positivamente sobre a maioria das necessidades de saúde de uma determinada população, constituindo-se no primeiro e preferencial contato da população com o sistema de saúde. Este nível de assistência tem sido considerado como a porta de entrada do sistema de saúde, a partir de onde se estabeleceriam relações com atenção a especializada ambulatorial e hospitalar.

A atenção básica, contudo, foi “assimilada” de forma diferente em vários países, inclusive no Brasil. A ideia de primário e básico foi compreendida, muitas vezes, como correlato ao simples, à noção de menor complexidade (CAMPOS, G., 2003).

Assim, existem diversas razões que dificultam a implantação de uma atenção primária que sirva às necessidades da população. Uma delas é pensar a atenção básica como único serviço disponível para a população, ou compreendê-la como um lugar sem importância. Outra razão seria não conseguir assegurar equipes multiprofissionais para cobertura da população suficientes para garantia do vínculo e cadastro, bem como qualidade da atenção. Mário Testa (1992) definiu esta concepção reduzida de atenção primária como atenção “primitiva” de saúde, trabalhando as diferenças conceituais a partir da capacidade de atendimento às necessidades sociais, integração em rede e garantia de acesso integral aos cuidados de saúde.

Todavia o entendimento reduzido de atenção básica não se dá por equívoco de interpretação, senão serve, e se articula com grande funcionalidade à lógica de sistemas segmentados de assistência, como hegemonicamente ainda é o caso brasileiro.

A tradição brasileira de organização de sistema e práticas de saúde tem grande influência, sobretudo a partir da década de 1950, da experiência norte-americana, que se baseia no preconizado Relatório Flexner: especialismo, foco na doença, uso intensivo de insumos, ação sobre o indivíduo. Este modelo favorece claramente os

que defendem uma concepção minimalista de política pública e uma visão restrita do processo saúde-doença, tudo isso calcado em interesses mercantis, relacionados à indústria farmacêutica e de insumos, prestadores privados, seguradoras e planos de saúde (PASCHE, 2010).

A afirmação corriqueira de que a atenção básica é capaz de resolver 80% dos problemas de saúde de uma população, revela a necessidade de uma alta capacidade de resposta para o funcionamento das redes de atenção à saúde, pois é ela quem identifica as situações que necessitam de atendimento especializado. Mas esta capacidade depende do desempenho dos serviços com outras características e identidade em articulação, comunicação e diretamente associados à rede básica. Portanto, é uma simplificação reducionista creditar o sucesso ou insucesso do funcionamento de pontos da rede à atenção básica. A avaliação de desempenho do sistema precisa ser também em rede, considerando as idas e vidas das pessoas concretas para resolver seus problemas de saúde, inclusive considerando os meios para garantir o acesso preciso aos serviços especializados disponíveis.

Com a implantação da Estratégia do Saúde da Família, a ampliação da cobertura de atenção básica e o conseqüente aumento do acesso, tornou-se mais evidente a dificuldade para se obter acesso à atenção especializada – consultas e acompanhamento com especialistas, exames e intervenções terapêuticas, fruto da oferta insuficiente e da desorganização do acesso à oferta existente. Portanto, existe um padrão burocratizado de comunicação entre as equipes da atenção básica e os hospitais, policlínicas, ambulatórios especializados e outros serviços de referência da rede de atenção à saúde. Este quadro é agravado pelo modo como se dão os fluxos intermunicipais e entre serviços com gestão de entes diferentes, no geral ainda sem possibilidade de pactuação e mecanismo de garantia de atendimento. Há uma nítida desconexão das equipes que compõem a atenção especializada com as da atenção básica e, também, é comum uma retenção dos pacientes na atenção especializada, provocando dificuldades na absorção de novos casos.

As estratégias utilizadas para garantir o acesso à atenção primária em saúde e para que as unidades básicas de saúde se constituam como referência e primeiro contato da população com a rede de saúde, têm variado de acordo com as

realidades municipais e regionais. Podemos afirmar que, mais de 20 anos depois de criado, a estruturação da atenção básica no SUS está ainda em andamento e com grande diversidade em aspectos como: implantação, funcionamento, programas prioritários, resolutividade clínica, acolhimento da população adscrita e acesso a rede especializada.

Acreditamos que a estratégia de saúde da família deveria ser adaptada aos distintos municípios conforme sua história, recursos disponíveis e quadro epidemiológico, devendo a equipe clássica servir como parâmetro mínimo. Destaca-se também, que não há como fugir do desafio de integrar, mediante apoio matricial, equipes de saúde mental, de fisioterapia, de nutrição, saúde da mulher, saúde da criança, especialidades médicas que possam ajudar no acompanhamento de agravos prevalentes à equipe clássica de saúde da família (CAMPOS, G., 2003).

Em Recife, com uma cobertura de 60% da população a partir da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 2010, outra aposta de cobertura foi trabalhada incluindo as Unidades Básicas de Saúde chamadas de “tradicionais”. Dessa maneira, a ênfase dada foi ampliar a cobertura incluindo as equipes de unidades tradicionais em articulação com os agentes comunitários de saúde do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), realizando redefinição territorial com adscrição e vinculação das comunidades sob responsabilidade dessas equipes, definição de equipe de referência e recomposição das escalas de profissionais médicos e de enfermagem (RECIFE, 2011a).

Partiu-se da necessidade de territorialização dessas unidades e retomada do trabalho clínico da enfermagem – puericultura, pré-natal, hipertensão e diabetes entre outros, ampliação da equipe e inserção de equipe de enfermagem compondo equipes de referência para usuários das comunidades vinculadas, combinando com outros dispositivos propostos para rede básica. O objetivo foi definir como equipe de referência todas as equipes das unidades básicas, ampliando as equipes a partir da implantação dos novos serviços, como os núcleos de apoio ao saúde da família (NASF), núcleos de apoio em práticas integrativas (NAPI), serviço de assistência domiciliar (SAD), consultórios de rua para pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas e ampliação/articulação/recomposição de serviços existentes como o

programa academia da cidade, as policlínicas, hospitais pediátricos, todos os serviços especializados em saúde mental – CAPS, albergues terapêuticos, entre outros.

O acolhimento foi encarado como possibilidade de garantia e reformulação do acesso, escuta qualificada, avaliação de risco e vulnerabilidade na escolha das prioridades, bem como um dispositivo para apoio à clínica e reorganização das agendas das equipes. Desta mesma maneira o acesso à atenção especializada se daria a partir da avaliação técnica em saúde, bem como a inclusão dos usuários eventuais e não previamente definidos nas agendas programáticas. Esses critérios foram sendo discutidos com equipes que, processualmente, foram avançando na reorganização do acesso e todo processo de trabalho, integração no trabalho em equipe, trazendo para análise a dificuldade com o outro profissional de saúde, na ampliação da resolutividade e fortalecimento de padrões terapêuticos de vínculos entre equipes e usuários, além de participação na elaboração de protocolos clínico-assistenciais – como o Protocolo de Condutas de Enfermagem no Acolhimento da Rede Básica de Saúde (RECIFE, 2011a). A ampliação e qualidade do acesso e do primeiro contato na equipe se dava juntamente com as atividades definidas previamente nas agendas como atendimento em puericultura, pré-natal, tuberculose, hanseníase, hipertensão e diabetes que se davam nas consultas individuais, com estímulo a valorização de grupos e utilização de recursos da educação em saúde, grupos terapêuticos entre outros.

A diretriz da Clínica ampliada foi traduzida em diversas ofertas de dispositivos como o apoio no trabalho em equipe interdisciplinar, a adscrição de clientela e construção de vínculo à equipe de referência, responsabilização, acolhimento, ampliação dos recursos para intervenção sobre o processo saúde-doença, elaboração de projetos terapêuticos singulares e projetos de saúde coletiva, bem como atividades de apoio matricial. A implantação do NASF, NAPI, matriciamento das equipes de saúde mental dos CAPS com equipes da rede básica, outras agendas e possibilidades de apoio matricial da atenção especializada e a implantação do serviço de assistência domiciliar com equipes de assistência básica e equipes matriciais para todos os distritos sanitários foram considerados dispositivos fundamentais para disparar processos à ampliação da Clínica. Outros

equipamentos e ações foram considerados estratégicos, como o programa saúde nas escolas com ações, a partir da rede de saúde, de integração intersetorial fortemente com a educação e acompanhamento de crianças em situação de vulnerabilidade; o programa academia da cidade com ampliação de mais 20 novos polos, transversalidade radical na integração das ações de promoção da saúde e atividades físicas e atividades em grupo com a rede de saúde mental e atenção básica; o consultório de rua para abordagem integral aos usuários em uso abusivo de álcool e outras drogas com equipes implantadas nos seis distritos sanitários.

A cogestão experimentada na atenção básica, além da necessidade de encontros coletivos, fundou-se na construção dos dispositivos e concretização da Clínica Compartilhada a ênfase dada para saídas em busca de maiores gradientes de autonomia das pessoas, inclusão das diferenças e espaços institucionais mais democráticos.

A reformulação das práticas de Saúde Coletiva apostou na necessidade de compor projetos singulares de saúde, trabalhando com problemas sanitários relevantes o papel da equipe, da comunidade, da intersetorialidade e da educação em saúde. Teve enquanto dispositivo de apoio às equipes de saúde da família, a inclusão do profissional sanitário na composição das equipes de NASF, com o objetivo de apoio às equipes da atenção básica na vigilância em saúde dos serviços apoiados com a diretriz da inclusão das pessoas e da cultura presentes nos territórios.

Por fim, a diretriz da Rede Integrada reconhecia a necessária articulação dos equipamentos de saúde disponíveis no território, com transversalidade de ações e agendas comuns e, principalmente, com equipes da atenção básica. Foi assim, que os dispositivos priorizados foram a regulação assistencial pautada nas necessidades do território, a definição de critérios de acesso à atenção especializada, levando em consideração a avaliação de vulnerabilidade e ação no tempo terapêutico, as modalidades de encontro a partir do apoio matricial para definição de outro padrão de diálogo entre serviços, a difícil articulação para cogestão e correção da oferta disponibilizada pela rede hospitalar e ambulatorial da Secretaria Estadual de Saúde com o objetivo de sustentabilidade da política de atenção básica nos municípios.

3 O CAMINHO DA METODOLOGIA

3.1 Os fundamentos teórico-metodológicos

Trata-se de um estudo qualitativo, fundamentado nas técnicas/ferramentas da análise institucional para evidenciar os dilemas da gestão nas organizações de saúde, analisando a viabilidade de mudanças no campo da atenção em saúde com ênfase na Clínica. A Clínica enquanto um campo de conhecimento e praticada na rede de saúde, mas também enquanto uma dimensão da sociologia institucional. Neste sentido, o caminho da metodologia adotada na pesquisa foi utilizar conceitos e instrumentos da análise organizacional, que por si só já caracterizam uma abordagem Clínica da análise organizacional.

O método clínico serve-se da abordagem qualitativa, monográfica, e é aplicado de preferência no próprio terreno da investigação. A intenção é de explorar o comportamento e as representações de um sujeito ou de um grupo de sujeitos diante de uma situação concreta, para compreender-lhes o sentido, colocando-se alternadamente na perspectiva de observador e na de sujeitos-atores e de sua vivência (BARBIER, 1985, p. 46).

Segundo este autor, é a análise institucional em situação de intervenção – socioanálise – que vai possibilitar a explicitação das relações de força, as transversalidades econômicas, políticas e ideológicas existentes entre os atores envolvidos no contexto. A análise das mudanças produzidas a partir das diretrizes do modelo de atenção e gestão no contexto estudado, bem como seus arranjos e dispositivos institucionais na reformulação da Clínica, tem o sentido de revelar as contradições existentes no processo, as potencialidades do movimento instituinte, bem como os objetivos propostos no trabalho. Algumas categorias conceituais derivadas dessa influência foram utilizadas neste trabalho, como *analisador*, *instituído/instituente*, *transversalidade*, *implicação*, *conflito/luta*, *dispositivo institucional*, *arranjo institucional* e *intervenção*.

O ponto de partida se localiza no desafio de pensar a Clínica enquanto transdisciplinar, indissociável da Política, em articulação com o campo da Saúde Coletiva na possibilidade de se pensar o seu campo com a potência de se criar e recriar a cada instante. Essa é uma aposta/hipótese inicial da pesquisa que

considera o campo da Clínica como dinâmico, onde se atravessam várias forças, poderes, valências diferenciadas de atração e repulsão e onde se define a posição dos sujeitos envolvidos e fenômenos investigados. A noção de transdisciplinaridade e Clínica é essencial para a escolha do caminho metodológico, já que os limites entre as disciplinas é perturbado quando se coloca em questão as identidades do sujeito que conhece e do objeto a ser conhecido (PASSOS, 1995).

A Análise Institucional Socioanalítica, corrente desenvolvida na França durante as décadas de 60/70, vai então formular a ideia de uma **pesquisa-intervenção** que visava a interrogar os diversos sentidos cristalizados nas instituições, tratando de produzir evidências que visibilizassem o jogo de interesses e de poder encontrados no campo da investigação. Sua metodologia estava baseada em questionamentos que desestabilizassem os territórios constituídos e convocassem a criação de outras instituições. A própria noção de instituição, aqui, é modificada, já que, ao não ser identificada à noção de estabelecimento, remete ao processo de produção constante de modos de legitimação das práticas sociais (PASSOS; BENEVIDES, 2009b). Neste sentido, também do ponto de vista metodológico, a socioanálise propõe a atividade de pesquisa como forma de intervenção em que o pesquisador está implicado e consciente da sua implicação quanto a objetivos, objetos, metodologias de ação (LOURAU, 2004; LUZ, 2004). O objetivo metodológico aqui é evidenciar as relações de poder existentes caracterizando o “como” na análise da mudança, tornando evidente os efeitos da intervenção e seus analisadores.

[...] a metodologia socioanalítica distancia-se da pesquisa acadêmica estabelecida, que visa, em geral, à “análise” ou, mais classicamente, à “observação de um objeto”, aproximando-se do estilo da pesquisa-ação em termos de técnica das ciências sociais, tendo, entretanto, objetivos diferentes da técnica da pesquisa-ação típica (LUZ, 2004, p. 24).

A intervenção estará associada à construção e/ou utilização de analisadores, conceito-ferramenta formulado por Guatarri, que veio a ser incorporado pela Análise Institucional. Os analisadores seriam acontecimentos – no sentido daquilo que produz rupturas, que catalisa fluxos, que produz análise, que decompõe (PASSOS; BENEVIDES, 2009b). Eles assinalam as múltiplas relações que compõem o campo, no nosso caso da Clínica, tanto em seu nível de intervenção, quanto em seu nível de análise. A Clínica em seu caráter transdisciplinar se formaria como um sistema

aberto, onde o pesquisador/analista não apenas criaria intercessores a partir da pesquisa-intervenção, mas onde ele próprio seria o intercessor produzindo agenciamentos, colocando situações institucionais em análise, misturando vozes e facilitando a ampliação da capacidade de análise dos próprios sujeitos envolvidos, trabalhadores de saúde e usuários. Ampliando, portanto, a capacidade de intervenção desses sujeitos diante do cotidiano institucional.

Nesse contexto, onde se atravessam Clínica e Política, pesquisa e ação, a palavra intervenção se junta à pesquisa, não para substituir a ação, mas para produzir outra ação entre teoria e prática, assim como entre sujeito e objeto. Esta é uma proposta de estudo que se faz sob o signo da implicação e do interesse do autor com o objeto de estudo. Implicação com a gestão e interesse nas iniciativas de mudança na organização do SUS. Uma visão situacional a partir da escolha do lugar de gestão ou o caso – o estudo sobre a Clínica na Atenção Básica à Saúde em Recife, mas com uma pretensão abrangente, porém influenciada pelo lugar de observação.

Um lugar limitado pela posição do observador e pelos instantâneos que daí se produz, mas utilizando conceitos e ferramentas da análise institucional (VASCONCELOS, 2005).

A dinâmica interna da pesquisa lhe confere um caráter de estudo qualitativo, pois a construção do conhecimento a respeito da gestão e subjetividade se dá através de negociações constantes entre o método e a realidade estudada. Realidade aqui entendida como não estática, não controlável, não reprodutível matematicamente, mas sim dinâmica, com inúmeras possibilidades de associações entre o objeto pesquisado e os infinitos elementos constituintes desta dada realidade, sobre a qual inevitavelmente os sujeitos envolvidos interferem (MINAYO, 2004).

Decorre daí a impossibilidade de tornar esse conhecimento absoluto. Valorizar essa forma de aproximação da compreensão do fenômeno implica que o conhecimento assim produzido deve ser sempre relativizado, uma vez que sempre

estará a serviço de uma outra realidade, que não aquela – móvel, já transformada – em que foi produzida.

Essa evidente ênfase ao fenômeno explicita uma outra característica da pesquisa: o arsenal de instrumentos teórico-metodológicos foi colocado à disposição do processo de desvendamento do fenômeno investigado. Ou seja, a seleção de cada instrumento de investigação a ser utilizado foi feita em função da avaliação da sua capacidade de fornecer respostas adequadas às perguntas que foram sendo formuladas ao objeto de estudo que, ao ir sendo desvelado, suscitava novas perguntas e assim sucessivamente (MASSELI, 2001). Do mesmo modo, ofertas foram sendo propostas a partir de métodos de apoio à gestão, dispositivos e arranjos institucionais que utilizassem elementos da gestão, da subjetividade e lidassem com a indissociabilidade da atenção e da gestão em saúde. Essa escolha da metodologia, dos instrumentos, dos tempos analisados foram realizados pela pesquisadora sem a participação dos sujeitos envolvidos na ação/intervenção.

Consideramos os três anos de ação/intervenção no âmbito da gestão e da atenção à saúde como contexto utilizado, analisando a oferta/implantação do modelo proposto para a rede. Registramos as ações no contexto institucional em diário de campo, associando à análise a matriz de avaliação dos dispositivos do modelo na atenção básica, a análise documental e três grupos focais ao final do trabalho de campo.

A análise do material seguiu um plano analítico que considerou os próprios arranjos institucionais/dispositivos propostos no modelo de atenção para apoio à Clínica como analisadores, bem como o conceito de mudança relacionada às práticas de atenção. Dessa forma a discussão se orientou pelas interfaces do campo da Clínica com os campos de conhecimento relativos aos experimentos na própria implementação, falas, análise do discurso, análise documental e registros no diário de campo que se revelaram com mais força e potência. A discussão, análise e resultados foram organizados por suas categorias analíticas e aproximações teóricas em capítulos: os consensos produzidos em torno de algumas categorias conceituais e arranjos institucionais/dispositivos trabalhados na rede de atenção, a

reformulação da Clínica, Clínica e Política, a Clínica Transdisciplinar, a Clínica e a Saúde Coletiva, o Apoio Institucional e o Apoio Integrado ao Território.

O plano proposto para análise do material procurou responder aos objetivos do trabalho, formulando questões, refazendo perguntas e suscitando outras à medida que se caminhava à análise. A pesquisa teve, portanto, a pretensão de análise da realidade partindo da explicitação dos movimentos instituintes em torno da mudança.

A mudança, enquanto categoria analítica, é sustentada na ideia de que o mundo não é previamente dado, e que o que construímos ao longo de nossa interação com ele, não é apenas percepção teórica, mas apoia-se em evidências concretas. A construção do conhecimento é também baseada em Maturana e Varela (2011), afirmando que o mundo não é anterior à nossa experiência. Nossa trajetória de vida nos faz construir nosso conhecimento do mundo – mas este também constrói seu próprio conhecimento a nosso respeito. Mesmo que de imediato não o percebamos, somos sempre influenciados e modificados pelo que experimentamos. A pesquisa-intervenção apoia-se, portanto, na complexidade das relações entre as pessoas, nos movimentos em disputa da relação instituinte/instituído e busca a análise crítica das instituições em saúde e de nossa própria implicação.

3.2 A análise das implicações

A condição de implicação interfere no estudo em dois sentidos. Primeiro nos obriga a tomar certas precauções críticas na análise das informações e dos discursos e segundo nos autoriza a utilizar a memória das escutas e as percepções elaboradas nas interações vivenciadas no processo de gestão/dinâmica institucional, propiciadas pelas experiências de um sujeito implicado (MERHY, 2006).

A condição de pesquisadora e gestora de saúde, no lugar de Diretora Geral de Atenção à Saúde da SMS do Recife e diretamente implicada com o fenômeno investigado é uma situação trabalhada por diversas correntes no campo da saúde coletiva e ciências sociais. Já evidenciada pela análise crítica dos estudos de Malinowski (1984) no Diário de Etnógrafo (1914-1918) na sua pesquisa sobre a vida

dos nativos das Ilhas Trombiand no Pacífico, que inaugura a metodologia da observação-participante e anunciada pela pesquisa-ação, a técnica de análise das implicações foi amplamente estudada pela Análise Institucional (MALINOWSKY, 1984).

A noção de implicação, trabalhada pelos analistas institucionais, não se reduz a uma questão de vontade, de decisão consciente do pesquisador. Ela inclui uma análise do sistema de lugares, o assinalamento do lugar que ocupa o pesquisador, daquele que ele busca ocupar e do que lhe é designado ocupar, enquanto especialista e dos riscos que isso implica. Melhor seria dizer, portanto, análise das implicações, posto que implicado sempre se está (PASSOS; BENEVIDES, 2009).

Poderíamos falar em dois grandes caminhos científicos para conformar os processos de investigação. De um lado, o mais consagrado deles, em termos de reconhecimento e aceitação pelos pares, é composto por estudos que obedecem a desenhos investigativos, nos quais é claro e fundamental a separação entre o sujeito do conhecimento e o seu objeto de estudo; de outro lado, ainda consagrado, mas não tão hegemônico como o anterior, é o conjunto dos estudos que reconhecem a íntima relação entre sujeito e objeto, criando métodos de pesquisas que transformam esta “relação-contaminação” em componente dos procedimentos epistemológicos, e que devem ser trabalhados na investigação da forma a mais objetiva possível. No primeiro, a possibilidade de positivar a relação sujeito e objeto é dada pela conformação de um método científico que garanta a objetividade do conhecimento produzido; no segundo, a incorporação do subjetivo, como constitutivo da íntima relação entre sujeito e objeto, deve ser operada pelos métodos de estudo para permitirem o seu tratamento como um componente qualitativo fundamental, mas objetivável (MERHY, 2006).

A implicação define-se como processo que ocorre na organização analítica, em sua equipe, como resultado de seu contato com a organização analisada, como também não significa apenas uma reação da equipe interventora com o objeto de análise, ela pode ser prévia a qualquer contato (BAREMBLITT, 1992). Significa uma influência recíproca, simultânea, sendo parte integrante do processo de análise da

organização. A análise de implicação é a compreensão da interação das partes envolvidas no processo de intervenção.

O que as correntes institucionalistas chamam a atenção é a necessidade da análise das implicações com as instituições em jogo numa determinada situação. Portanto, colocar em análise a implicação, nesse contexto específico da pesquisa-intervenção, diz respeito a:

- a) vinculação com a formulação do modelo de atenção e gestão em Recife, com participação intensiva e extensiva na sua implementação – na dedicação, no tempo, na amplitude do trabalho, na afetividade;
- b) coordenação como gestora da SMS do modelo proposto durante os três anos do trabalho de campo dessa pesquisa, caracterizando uma vinculação na gestão e um lugar de poder institucional que não se apaga mesmo na conformação de coletivos e nos espaços de cogestão;
- c) relação de ordem afetiva com os coletivos apoiados, com grande parte do coletivo gestor e trabalhadores da rede de saúde;
- d) experiência profissional enquanto médica da rede básica no SUS e como gestora apostando na mudança das práticas da Clínica;
- e) investimento na formação em saúde pública, investimento acadêmico e aposta teórico-política com ênfase nesse campo de conhecimento dos modelos de atenção e gestão;
- f) identidade teórico-política com autores da saúde coletiva defensores da sustentabilidade do SUS e formuladores da mudança da Clínica e seus dispositivos clínico-políticos;
- g) contradição com dinâmicas institucionais opressoras, autoritária e burocratizada o que culminou com a saída – a pedido – da pesquisadora, juntamente com parte do coletivo dirigente da atual gestão municipal em abril de 2012.

Revelar a implicação significa a recusa da neutralidade do analista/pesquisador e procura romper com as barreiras entre sujeito que conhece e objeto a ser conhecido. O conceito de implicação também deve muito às pesquisas de tendência psicanalítica, que não é o caso desse estudo, mas evidencia aproximações com a

análise institucional. Ele requer a análise do saber conscientemente dissimulado e do não saber inconsciente próprios de nossas relações com a instituição. Outra questão importante de ser revelada é que não existiu uma homogeneidade nos fatores que consideramos importantes relativos à implicação. Eles se produziram, mudaram, se reproduziram em outros encontros com intensidades e efeitos diferentes durante os três anos considerados de campo, na experiência vivida, durante essa narrativa, durante a análise do discurso dos grupos focais ou releituras de documentos e diálogo com as teorias utilizadas. Essa afirmação nos permite dizer que houve facilidades e dificuldades pelo lugar ocupado na gestão, na responsabilidade sanitária assumida, na entrada no coletivo de gestão para a aposta de mudança, neste contexto e tempo considerados, na saída junto com parte do coletivo.

A implicação fala também de todas as determinações que atravessam o estabelecimento onde tem lugar a análise institucional – determinações em grande parte exteriores, estabelecidas para além do campo de intervenção, mas nunca exteriores à instituição (LOURAU, 2004).

É comum, nas metodologias de pesquisa, a expectativa de objetividade e organização dos problemas e a crença de que se melhor apreende a realidade quanto mais versões se acumulem sobre ela. Tais pressupostos, mantêm, de todo modo, o objeto como algo a ser apreendido, apreensão garantida pela estrutura a priori do fenômeno que se quer conhecer (PASSOS; BENEVIDES, 2009b). A pesquisa-intervenção como procedimento de aproximação com o campo, mostra-nos que ambos – pesquisador e pesquisado, ou seja, sujeito e objeto de conhecimento – se constituem no mesmo momento, no mesmo processo. Essa ideia faz conexão com a indissociabilidade trabalhada na pesquisa entre o pensar e o agir, entre a Clínica e a Política, entre atenção e gestão.

A pesquisa-intervenção, neste caso, busca uma analogia entre a noção de que a cultura não pode ser externalizada e arrancada do sujeito coletivo ou individual, que é sempre um “sabido” por ser portador de saberes, isto porque a cultura lhe é constitutiva, como uma pele; por isso, este sujeito é também cultura e seu produtor, o que constitui um pressuposto básico do seu estar e ser no mundo

(MERHY, 2006). Procuramos olhar as relações de interferência possíveis entre os sujeitos envolvidos na pesquisa sob o mesmo ângulo e partindo de um encontro preenchido de experiências anteriores, apostas teórico-políticas e sua inseparabilidade com a prática. Nossa afirmação, portanto, é: não é possível pensar o sujeito em ação sem sua implicação.

A análise institucional busca reinventar e ampliar as possibilidades de mudança nas instituições de saúde, a partir do aumento da capacidade de análise e, portanto, de intervenção dos sujeitos implicados. Neste sentido, esse é um estudo empírico fundamentado teoricamente e influenciado pela práxis profissional e política da pesquisadora e dos sujeitos da pesquisa, desencadeando um processo de apoio institucional/intervenção às/nas equipes de trabalho que lidam com a Clínica/Gestão da Clínica. Uma intervenção, com referência à socioanálise, objetivando necessariamente mudança e movimento instituinte.

3.3 A mudança como categoria de análise

A discussão sobre a mudança é importante ser colocada enquanto uma categoria analítica fundamental na pesquisa. Todavia surge a questão de como lidar com um conceito tão polissêmico como o de mudança que, apesar de fazer parte do cotidiano da experiência humana, desde Heráclito já produzia perturbações ao se mostrar associado com a ideia de crise (VASCONCELOS, 2005).

Para Heráclito a mudança tinha que ser pensada como uma propriedade inerente à realidade das coisas, noção que se expressava na ideia do fluxo universal como caminho da transformação, em que 'o fogo se transforma em todas as coisas e todas as coisas no fogo'; ou no aforismo 'Tu não podes descer duas vezes no mesmo rio porque novas águas correm sempre sobre ti' (VASCONCELOS, 2005, p. 72).

O objetivo de discutir a mudança como analisador tem a importância de colocar em análise os movimentos instituintes e a provocação de crise e contradição, possibilitando observar o paradoxo inerente à rede de saúde, que, ao mesmo tempo, convoca novas possibilidades e afirma o modo de produzir hegemonicamente instituído.

Essa concepção de movimento é traduzida em Gramsci quando aborda que parte do passado é revolucionada numa revolução e parte é preservada, analisando o porquê e o como se dá essa preservação. Traz, então, uma característica dialética entre continuidade e revolução. Para ele a importância desse movimento está como meio de mobilização popular e auto-transformação, de mudança intelectual e moral, de autodesenvolvimento coletivo como parte do processo pelo qual um povo muda e se constrói sob liderança de uma nova classe hegemônica e seu desenvolvimento (HOBSBAWM, 2009).

A ideia de hegemonia nos ajuda a afirmar que a mudança não se faz apenas pela definição de diretrizes, pelo espaço institucionalmente definido de poder, ou menos ainda, por portaria mas se faz pela aceitação e aposta de um coletivo em um projeto como revolucionário ou capaz de produzir mudança. Esse movimento pela hegemonia precisa estar presente em todos os tempos da intervenção - antes, durante e depois sendo um importante conceito/processo para obtenção de apoio e consentimento, legitimidade e sustentabilidade na negociação/disputa com o conjunto tradicional de ideias. Assim, o objetivo de colocar as práticas de saúde a serviço da vida não poderá ocorrer sem uma negociação com as pessoas, suas práticas e estruturas já existentes nos serviços de saúde.

O caminho da reforma do SUS dependeria da possibilidade do novo modelo de realizar um processo de negação/incorporação/superação do passado, fugindo ao impasse da crítica que paralisa. Em vez da negação, in limine, da clínica, por exemplo, em virtude do seu papel preponderante de controle social, conseguir libertá-la de suas peias históricas e colocá-la a serviço da emancipação individual dos homens (CAMPOS, G., 1997, p. 151).

A crise, sob uma perspectiva marxista, assume caráter sócio-histórico-político e é vista como resultado do conflito de interesses entre as classes em luta e da contradição entre as forças produtivas e as relações sociais de produção em cada momento histórico. A mudança social, neste entendimento, é um processo histórico de sucessivas revoluções sociais induzidas pelas contradições e pelos conflitos de classe que se refletem nas condições materiais de existência e nas ideias de uma época, e influenciam todos os processos sociais (VASCONCELOS, 2005).

Neste sentido, as possibilidades concretas de mudança a partir do contexto estudado, provoca perguntas, hipóteses numa aposta de futuro como problema, não como inexorabilidade. Como subjetividade curiosa, que interfere na realidade e contexto onde a pesquisadora se relaciona dialeticamente, entendendo como um papel não só de quem constata o que ocorre, mas também de quem intervém como sujeito de ocorrências. Em todos os tempos da pesquisa essa dinâmica lhe confere identidade de não neutralidade da pesquisadora que, implicada, decide, escolhe e intervém na realidade. Afirmamos, em Paulo Freire (1997):

[...] não me parece possível, nem aceitável a posição ingênua, ou pior, astutamente neutra de quem estuda, seja o físico, o biólogo, o sociólogo, o matemático, ou o pensador da educação. Ninguém pode estar no mundo, com o mundo e com os outros de forma neutra. Não posso estar no mundo de luvas nas mãos constando apenas (FREIRE, 1997, p. 86).

O debate sobre a mudança tem imenso valor nessa pesquisa, principalmente na perspectiva da análise crítica da instituição e das concepções teórico-metodológicas adotadas, já descritas anteriormente, mas com ênfase à análise institucional em ato de intervenção e o reconhecimento que todo processo de intervenção objetiva mudança.

Essa abordagem da mudança enquanto categoria analítica dialogando com a produção teórica, principalmente de alguns atores que discutem a reforma sanitária brasileira e com algumas análises sobre políticas sociais é mais um movimento de aproximação com o objeto a ser estudado: a Clínica e a gestão em saúde. Esse movimento de aproximação com o objeto, de implicação da pesquisadora, de respostas às questões suscitadas a cada momento de análise, o enfoque institucionalista evidencia as características de percurso metodológico da pesquisa qualitativa em saúde.

3.4 Os instrumentos de coleta

A formação de três grupos focais com questões dirigidas ao coletivo teve como objetivo enfatizar algumas das questões suscitadas pela pesquisa, não tendo sido a única intervenção para análise dos movimentos e falas, nem a mais importante. Foram consideradas as diversas rodas e encontros com trabalhadores

durante a pesquisa como espaços analíticos, instituintes e com colheita de dados, posicionamentos, apreensão de falas, assinalamentos dos lugares de poder instituídos. Os grupos focais propostos tiveram o lugar da ênfase e do foco no objeto da pesquisa.

A técnica do grupo focal tem sido amplamente utilizada em diversas áreas de atuação com a finalidade de acompanhar experiências, compor enquanto técnica de coleta estudos qualitativos, como também subsidiar a delimitação da pesquisa. Foi utilizado como um componente da análise, a partir da coleta de dados, com o objetivo de entender as diferentes percepções e atitudes sobre as diretrizes e dispositivos do modelo de atenção e gestão, com foco na Clínica.

A utilização da técnica do grupo focal consistiu em, a partir da interação dos participantes, produzir uma discussão sobre a mudança produzida na rede de saúde, com provocações suscitadas pelas questões utilizadas como guia para o debate. A coleta de dados teve, com uma de suas maiores riquezas, a formação de opinião e expressão através do debate em grupo, apostando no movimento coletivo de tomada de posições, retorno e reformulação do que foi dito antes, reafirmação de posições caracterizando um movimento de circulação de afeto, conhecimento e poder.

O grupo focal contrasta com dados colhidos em questionários fechados e entrevistas individuais, onde o indivíduo é convocado a emitir opinião sobre assuntos que talvez ele nunca tenha pensado anteriormente e não considera a relação com o coletivo como possibilidades de expressões fundamentais de serem interpretadas (CARLINI-COTRIM, 1996). É, portanto, uma técnica de pesquisa na qual o pesquisador reúne, num mesmo local e durante um certo período, uma determinada quantidade de pessoas que fazem parte do público-alvo de suas investigações, tendo como objetivo coletar, a partir do diálogo e do debate com e entre eles, informações acerca de um tema específico.

Foram três os coletivos propostos para realização do trabalho de análise, com anotação e registro da discussão temática que tenha relação com o objeto em estudo: o Colegiado/Núcleo Gestor da SMS Recife, o Colegiado dos Apoiadores

Institucionais da Gerência da Atenção Básica, o coletivo com Trabalhadores das Equipes de Saúde da Família dos seis Distritos Sanitários, compostos por médicos e enfermeiras de família. Cada grupo teve um número variado de participantes, com composição de sujeitos-chave para a abordagem do tema, com três questões orientadoras (apêndice A) e com um tempo de duração de até, no máximo duas horas. Todos os grupos aconteceram em dezembro de 2011, com uma equipe de trabalho composta por uma coordenadora/observadora/moderadora dos debates e um apoio técnico para registros, filmagem, distribuição e recolhimento de material entre outros.

O convite para participação dos grupos se deu em várias etapas: apresentação da proposta com convite por email, apresentação da pesquisa e convite presencialmente em encontros antecipados, apresentação de resumo da proposta e convite por telefone. Independente da forma, um resumo do projeto foi distribuído aos participantes, em diversas cópias, para análise, no dia do grupo focal.

A metodologia utilizada valorizou a discussão orientada pelas questões, considerando a singularidade de cada coletivo e o que cada participante queria expressar em relação aos temas abordados. Valorizou também, as opiniões em interação com o coletivo, as mudanças de posições e dinâmica do grupo. Nesse sentido a tônica da discussão foi livre, considerando como importante cada expressão surgida, cada experiência singular de forma que o espaço fosse livre para a circulação da palavra. Nos três grupos a discussão foi rica, intensa e a coordenação precisou retornar ao contrato inicial para limitar o tempo da discussão.

O primeiro grupo – grupo focal 1, foi formado pelos dirigentes da SMS composto pelos seguintes participantes: Assessor Executivo/Secretário Adjunto, Diretores Gerais e algumas equipes dirigentes das diretorias – Gestão do Trabalho, Regulação, Administrativo-financeiro, Vigilância à Saúde, Planejamento, todos os Diretores dos 6 Distritos Sanitários e assessorias técnicas. A Diretoria Geral de Atenção à Saúde participou a partir da presença do núcleo gestor desta Diretoria: assessora técnica, Gerente da Atenção Básica, Gerente da Atenção Especializada e Hospitalar, Gerente de Atenção à Saúde Mental. Foram 19 participantes no total,

com um tempo de duração de 2 horas de discussão, tendo sido realizado na sala de reuniões do gabinete da SMS Recife.

O segundo coletivo – grupo focal 2, foi composto pela equipe de apoiadores institucionais da Gerência de Atenção Básica, referência por Distrito Sanitário, incluindo todos os Distritos e totalizando 7 participantes. O tempo de duração foi de 1 hora e meia de debate, sendo realizado na própria Gerência de Atenção Básica.

O terceiro coletivo – grupo focal 3, foi formado por médicos e enfermeiros que compõem as equipes de saúde da família, com representantes dos 6 Distritos Sanitários, totalizando 9 participantes. O tempo de discussão foi de 1 hora e meia e o grupo foi realizado em sala de aula do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz.

As questões levantadas para o grupo estão apresentadas no roteiro (apêndice A) e foram as mesmas aplicadas aos três coletivos, com uma maior ênfase na prática Clínica, seus dispositivos e experiências do cotidiano nos dois últimos grupos focais. A equipe condutora foi a mesma para os três coletivos e a escolha do coordenador levou em consideração um perfil que conhecesse sobre os temas abordados, que facilitasse a interação dos participantes e propiciasse o pensar e a troca de experiências do grupo, fazendo rodar a palavra e os debates. Os grupos focais foram conduzidos por uma profissional da rede de saúde mental da SMS Recife, Terapeuta Ocupacional de formação, com bastante experiência clínica, conhecedora das diretrizes da SMS Recife e não componente da Diretoria de Atenção à Saúde. Ela teve a tranquilidade de coordenar e realizar algumas observações, atingindo o objetivo proposto pela técnica do grupo focal.

É importante revelar que em nenhum dos três grupos, houve a participação da Diretora de Atenção à Saúde e pesquisadora, pelo lugar ocupado na gestão, grau de implicação com o objeto do estudo e com as pessoas envolvidas nos grupos focais, podendo causar inibição, constrangimento ou caracterizar encontro de trabalho da gestão.

Os grupos tiveram suas discussões gravadas e filmadas a partir da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido por todos os participantes, em duas vias, conforme parecer do Comitê de Ética em Pesquisas (apêndice B). A análise do conteúdo seguiu um plano analítico considerando os dispositivos ofertados para apoio à Clínica e sua capacidade de produzir mudança, considerando os conflitos presentes na experimentação coletiva e de cada participante. A análise dos grupos foi realizada pela pesquisadora e compartilhada com a coordenadora/moderadora dos grupos ao final de cada um deles. Foi realizado um registro de cada fala, considerando a singularidade de cada coletivo trabalhado, para facilitar a composição do plano de análise.

A matriz de monitoramento e avaliação da implantação dos dispositivos e diretrizes do Modelo Recife em Defesa da Vida na Atenção Básica – de 2009 à 2011 foi construída nos espaços coletivos de análise e teve na equipe de gestão, a formulação e registro necessários para sua implementação na rede. Teve o objetivo de utilizar as propostas de planejamento e acompanhamento avaliativos compondo como ferramenta importante para análise das mudanças produzidas na Clínica a partir dos dispositivos associados.

A proposta de utilizar a avaliação construída através da matriz de monitoramento e avaliação teve o objetivo de prioridade para análise dos espaços de cogestão, produzidos durante o processo, para análise dos consensos estabelecidos acerca dos conceitos utilizados, bem como do movimento das equipes em torno da mudança das práticas em saúde e do fazer da Clínica e da Saúde Coletiva. Menos do que a aplicação de pontuações e medições quantitativas, ou mesmo a demonstração de indicadores de acompanhamento e percentuais de implantação da proposta, a finalidade da utilização desse instrumento de coleta é a contribuição para análise das mudanças no processo saúde-doença-cuidado na atenção básica. Embora a narrativa da construção do instrumento incluía também as tabelas e matrizes construídas, a utilização desses resultados foi tomada como secundária na pesquisa. Essa descrição específica está no capítulo seguinte.

A análise documental e o diário de campo foram instrumentos fundamentais para registro, análise dos movimentos, descrição da intervenção e apoio na

narrativa. Muitos dados importantes na pesquisa qualitativa provêm de fontes de papel, sejam arquivos históricos, registros estatísticos, biografias, jornais, revistas e outros. Muitas vezes essas fontes fornecem ao pesquisador dados suficientemente ricos que dispensam a necessidade de pesquisa de campo, sem contar que em muitos casos a investigação só se torna possível a partir de documentos (GIL, 1989).

A pesquisa documental, neste estudo, utilizou documentos oficiais como protocolos clínico-assistenciais construídos anteriormente e durante o tempo de estudo, protocolos de acesso, material de divulgação e implantação de novos serviços da rede, documentos base e cartilhas sobre o Modelo de Atenção e Gestão proposto, cartilha sobre a proposição do acolhimento na rede básica de saúde, artigos publicados sobre a proposta e apresentações oficiais da SMS com temas diversos e de interesse para composição dos dados. Além disso, foram utilizados os documentos oficiais da Diretoria de Planejamento: O Plano Municipal de Saúde 2010-2013, os três Relatórios Anuais de Gestão (RAG) 2009, 2010 e 2011, os relatórios finais das Conferências Municipais de Saúde ocorridas em 2009 e 2011.

O Diário de campo consiste em anotações de impressões, conversas, discussões institucionais, apresentações realizadas sobre temas relacionados ao modelo, debates temáticos, plenárias, discussão de casos clínicos no período estudado. Foi realizado pela própria pesquisadora no cotidiano institucional, caracterizando anotações separadas e sistematizadas por ano de pesquisa: 2009, 2010 e 2011. Teve no registro a forma de sistematização para apoio na análise do material e para a própria intervenção.

A análise dos dados, informações, diálogos foi realizada pela junção dos dados obtidos com os diferentes métodos utilizados, com análise do discurso nos grupos focais, análise qualitativa e quantitativa da matriz de indicadores da atenção básica, análise documental e narrativa com descrição e análise das implicações própria da pesquisa-intervenção na conjuntura singular desse estudo.

Em relação às **considerações éticas**, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, bem

como Colegiado Gestor da Secretaria de Saúde do Recife, que, a partir da Diretoria de Gestão do Trabalho forneceu carta de anuência autorizando a realização da investigação. O Comitê de Ética forneceu parecer favorável ao estudo e a ocorrência dos grupos focais, somente aconteceu após os trâmites e autorização deste órgão.

Foi utilizado o termo de consentimento livre e esclarecido para coleta de depoimento e anuência dos sujeitos participantes do grupos focais, conforme descrito anteriormente e anexo modelo neste trabalho (apêndice B).

Os instrumentais metodológicos discutidos são amplamente utilizados na pesquisa de base social, incluindo a análise institucional e a pesquisa-ação enquanto campo teórico e metodológico para pesquisas e intervenções na gestão em saúde, bem como em outros espaços institucionais.

A pesquisadora teve autonomia e governabilidade para desenvolvimento do estudo, relativizando a concepção de autonomia a partir do trabalho em rede e da incorporação de outros saberes, conhecimentos e práticas na inserção acadêmica, mas com um amplo campo de escolha sobre o caso a ser considerado como potencial de desenvolvimento temático. A equipe da pesquisa foi formada pela pesquisadora e orientador.

O tempo oferecido para desenvolvimento da pesquisa de doutorado foi suficiente para desenvolvimento do estudo em questão, embora o contexto da gestão e a história/tempo precisem ser considerados com variáveis/analísadores importantes em toda a pesquisa e, particularmente, na análise dos resultados.

4 A PRODUÇÃO DE CONSENSOS E A AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

Instituir um processo mais sistematizado e com indicadores de avaliação do Modelo Recife em Defesa da Vida foi uma necessidade interna da equipe da gestão, principalmente na atenção à saúde, como também uma necessidade em responder aos questionamentos externos sobre a importância e andamento das proposições em Recife. Em 2009, ainda no primeiro semestre, iniciaram os ciclos de debates com colaboradores externos à gestão para colocar em análise a intervenção e seu contexto, as dimensões da intervenção e seus efeitos sobre a rede de saúde e sobre o grupo da gestão. Participou sobre as reflexões do Modelo e sobre a Clínica Gustavo Tenório Cunha¹ e sobre Avaliação dos dispositivos do modelo Serafim Barbosa Santos Filho².

Em 2010 esteve presente Roberto Marden³, em oficina sobre Gestão do território onde foi problematizado o distanciamento das políticas e equipes gestoras em relação ao território, a discussão da metodologia do apoio institucional como postura de todos os profissionais com funções tipicamente de gestão e sua importância para reformulação das práticas clínicas e da saúde coletiva.

Em 2011 esteve como professor e analista Gastão Wagner de Sousa Campos⁴, onde em visita à rede de serviços e em três momentos de oficina deu suporte às equipes para lidar com o processo de mudança, ajudou na reflexão sobre o tema do Apoio Paidéia à Clínica e à Saúde Coletiva e contribuiu para o aumento da capacidade de análise, dando suporte no lidar com o processo de mudança iniciado.

¹ Médico e consultor da Política Nacional de Humanização

² Médico e consultor da Política Nacional de Humanização

³ Médico pediatra e sanitarista, diretor de saúde da SMS Campinas

⁴ Professor titular do DMPS da Universidade de Campinas e médico sanitarista

Essa ênfase na criação de um instrumento de avaliação como componente, meio e um dos instrumentos ao processo de análise das mudanças disparadas pela intervenção, para a gestão e para essa pesquisa, é importante ser feito. A avaliação não como lógica tecnoburocrática geradora de resistências para a rede de serviços, mas compondo um dispositivo de cogestão e de análise. A preocupação de parte do coletivo da gestão era que, dependendo de como fosse utilizado o instrumento da matriz de avaliação ou a partir de que marco teórico, o processo saúde-doença-atenção-cuidado fosse simplificado, apoiando-se nas limitações dos indicadores utilizados e remetendo-se aos velhos problemas dos sistemas de informação e do planejamento em saúde (SPINELLI, 2008).

Os indicadores de acompanhamento vêm no rastro dos planos de ação, incluindo/representando metas de diferentes ordens – processos, produtos, movimentos que contratualizam um certo modo de trabalho (SANTOS, 2009). A ideia de associação de uma matriz avaliativa para análise institucional, não é ter como meta a previsão de indicadores de resultados a serem alcançados, mas também de avaliar movimentos coletivos, sujeitos coletivos, protagonistas em torno de projetos e apostas, numa aprendizagem para lidar com a diferença, conflito e pactuações.

Retoma-se, portanto, a ideia de Clínica e Política num campo em movimento, dinâmico, em mudança. Dessa forma e com objetivo maior de produção de consensos em torno de conceitos utilizados, o processo de elaboração da matriz de avaliação teve a importância da criação de espaços coletivos na gestão e com trabalhadores da rede para análise e consensos do que deveria ser a prioridade em Recife. A avaliação do “grau” de implantação dos dispositivos do Modelo, se deu no cotidiano do apoio institucional e apoio integrado ao território, nas entrevistas e rodas com equipes, nos outros espaços coletivos com a rede de saúde.

A proposição da Matriz de Monitoramento e Avaliação da implantação dos dispositivos do Modelo de Atenção e Gestão Recife em Defesa da Vida no âmbito da atenção básica, foi uma síntese das discussões realizadas na Gerência de Atenção Básica da Secretaria de Saúde do Recife, sobre o monitoramento e a avaliação da implantação do modelo de atenção e gestão Recife em Defesa da Vida, no âmbito

das Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas Tradicionais. Partiu-se, na elaboração do documento base da proposta, do pressuposto que o monitoramento e a avaliação desempenham papel de destaque no acompanhamento da implantação das diretrizes e dispositivos do Modelo no que Barbosa Filho (2009) denominou de acompanhamento avaliativo (RECIFE, 2011c). Foi apresentado em reunião do colegiado gestor da SMS, discutido seu papel, operacionalidade e prioridades na utilização. O recorte utilizado na Matriz explicita os aspectos abordados na avaliação e as concepções utilizadas são descritas a seguir, tendo sido utilizados para essa narrativa o documento da avaliação em questão e os registros da observação ou diário de campo (RECIFE, 2011c).

O modelo de atenção e gestão Recife em defesa da Vida foi proposto na perspectiva de repensar a forma de organizar a atenção à saúde no município do Recife. Neste modelo, atenção e gestão são realizados de modo indissociável, onde os processos de produção de saúde e fortalecimento dos sujeitos implicados ocorrem concomitantemente. Para tanto, elegeu-se como diretrizes do modelo a clínica ampliada, o acolhimento e a cogestão, e como dispositivos o acolhimento, o apoio matricial e o projeto terapêutico singular.

O grupo utilizou como referencial teórico para a definição das diretrizes/dispositivos as cartilhas da Política Nacional de Humanização, a cartilha da Atenção Básica produzida pela Gerência de Atenção Básica do Recife, a cartilha do Acolhimento elaborada pelos trabalhadores da rede básica de saúde do Recife e a Gerência de Atenção Básica, bem como a experiência dos envolvidos. Para cada diretriz/dispositivo foi elaborada sua definição e selecionada a pergunta avaliativa. Esta, teve a finalidade de estabelecer o foco da avaliação e guiar toda a discussão e o percurso metodológico.

O grupo elencou indicadores prioritários, baseados na literatura adotada. A etapa seguinte, foi a definição dos padrões e da pontuação a ser destinada a cada questão. Foi consenso no grupo que a estrutura era importante, contudo o processo de trabalho estava mais associado aos resultados obtidos. Assim, as questões referentes à estrutura receberam 30% da pontuação total e as referentes ao processo de trabalho 70%.

Utilizou-se técnica de consenso para obter a pontuação final de cada questão. Os participantes foram convidados a atribuir uma pontuação para cada questão a partir do grau de prioridade identificado para a implantação da diretriz/dispositivo, sempre respeitando a proporcionalidade de 30% do total para estrutura e 70% para o processo. Após esta rodada as pontuações foram consolidadas e as discrepâncias discutidas em grupo. Procedeu-se nova rodada até que o consenso fosse estabelecido.

Para a definição do grau de implantação foi utilizado um sistema de escore definido por meio de quartis, através do qual avaliou-se o percentual de realização das ações preconizadas, por ESF/USF, conforme descrito no quadro 04:

Quadro 04 – Escore de Implantação das diretrizes / dispositivos e do modelo de atenção e gestão Recife em Defesa da Vida

GRAU DE IMPLANTAÇÃO	PERCENTUAL DE REALIZAÇÃO DAS AÇÕES PRECONIZADAS
Implantado	≥ 75%
Parcialmente implantado	50% - 74%
Incipientemente implantado	25% - 49%
Não implantado	< 25%

Fonte: Recife (2011c)

Foi consenso no grupo que o primeiro passo seria identificar se o modelo estaria realmente implantado, surgindo a pergunta: Qual o grau de implantação do modelo de atenção e gestão Recife em Defesa da Vida? O grupo, por verificar que em alguns distritos ocorreram avanços em determinados diretriz/dispositivos e em outros não, preferiu trabalhar os dispositivos de forma separada surgindo as seguintes perguntas avaliativas: Qual o grau de implantação da diretriz/dispositivo (acolhimento, projeto terapêutico singular, apoio matricial e cogestão) do modelo de atenção e gestão Recife em Defesa da Vida?

Apesar das diretrizes/dispositivos terem sido trabalhados de forma separada, foi entendimento de todos a indissociabilidade dos mesmos. Este fato foi prontamente identificado quando o grupo desenhava a matriz e no item de resultados/impacto as ações convergiam. Assim, foram descritos e pensados indicadores por dispositivos como se segue nos próximos parágrafos.

O **acolhimento** foi definido como um modo de organizar o trabalho das equipes de forma a atender a todos os que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos, analisando as demandas/necessidades e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários e sua rede social.

O desenho da matriz avaliativa considerou que para a realização do acolhimento no âmbito da reorganização do processo de trabalho, entendeu-se ser necessário: a existência de uma equipe destacada para o acolhimento no mínimo cinco turnos por semana; a existência e preenchimento do livro do acolhimento no qual deve conter minimamente o nome do usuário, a data de nascimento, o nome do ACS ou prontuário ou microárea, motivo da procura, ações realizadas, se hipertenso ou diabético e a ação de saúde realizada no dia; a existência e utilização, por todos os membros da equipe, de protocolo do acolhimento que deve incluir além das principais demandas, o fluxo do usuário no serviço, os critérios de vulnerabilidade elencados para priorização no acolhimento e a periodicidade de reuniões de avaliação com a equipe e a comunidade.

Em relação às ações propostas, esperava-se que a equipe do acolhimento e demais profissionais da de saúde da unidade realizassem: escuta qualificada de todos os usuários que procurem a unidade de saúde, dando resposta positiva às necessidades de saúde apresentadas; inserção dos usuários nas ações da unidade - grupos, ações programáticas, consultas, visitas domiciliares, entre outros, de acordo com a necessidade; avaliação de vulnerabilidade; marcação de consultas; educação em saúde; reuniões para avaliação e monitoramento da implantação/execução do acolhimento, reuniões de pactuação e avaliação com a comunidade.

Assim, esperava-se ampliar o acesso; o fortalecimento de vínculo com a comunidade; o aumento da satisfação dos usuários e trabalhadores e a qualificação do processo de trabalho interdisciplinar que, em longo prazo, possibilitam a garantia do acesso à atenção básica bem como o cuidado integral e resolutivo. Tudo isso considerando o contexto no qual a equipe estava inserida e descrito no quadro 05.

Quadro 05 - Modelo da diretriz/dispositivo acolhimento do modelo de atenção e gestão Recife em defesa da Vida no âmbito da atenção básica.

ESTRUTURA	PROCESSO	RESULTADO	IMPACTO
Equipe destacada para o acolhimento	Turnos da equipe destacada para o acolhimento Escuta qualificada de todos os usuários que procuram a unidade de saúde	Ampliar o acesso	
	Resposta positiva*	Fortalecimento de vínculo com a comunidade Aumento da satisfação dos trabalhadores	de Assegurar a ampliação do acesso, cuidado integral e resolutivo
Livro acolhimento	do Inserção dos usuários de acordo com a necessidade a partir das ofertas da unidade**	Qualificação do processo de trabalho interdisciplinar	do de
Protocolos acolhimento	do Avaliação de vulnerabilidade Marcação de consultas Educação em saúde Reuniões de avaliação e monitoramento Reuniões de pactuação e avaliação com a comunidade		

Fonte: Recife, (2010).

Nota: * Resposta positiva: resolução ou encaminhamento, pactuado com o paciente, que vise responder o problema do usuário, às vezes naquela hora e lugar, às vezes em outros serviços e em outro dia.

** Grupos, visitas domiciliares, consultas, atividades de educação em saúde entre outros.

A matriz de julgamento partiu do modelo anterior, onde foram elencados os principais indicadores das dimensões da estrutura e do processo de trabalho que possibilitavam avaliar o grau de implantação do dispositivo/diretriz acolhimento, definido o padrão de cada indicador, a pontuação, bem como a fonte de informação (anexo B).

As discussões sobre o acesso e sobre a concepção do acolhimento foram realizadas em diversos momentos entre as equipes de saúde, em rodas singulares

por equipe e/ou unidade na atenção básica. Foi, principalmente, nas reuniões por microrregião onde os debates sobre as experiências de acolhimento foram intensificadas. Os debates se davam pelo reconhecimento da necessidade de reformulação do acesso e garantia de avaliação de vulnerabilidade em todos os momentos de funcionamento do serviço, de forma que o agendamento para atividades terapêuticas se desse em todos os dias da semana, bem como se ampliasse o espaço de escuta, vínculo e outra postura frente as demandas dos usuários. As dificuldades estruturais, principalmente de estrutura física da unidade, bem como de equipamentos, eram colocados como dificuldades na reformulação do processo de trabalho. Outros debates eram gerados sobre o tamanho das equipes de saúde da família – equipe clássica para a reorganização do trabalho em equipe e destaque de profissionais para escuta e atendimento aos casos eventuais. Todas as equipes da atenção básica da rede municipal realizaram/participaram de rodas para análise da temática, com troca de experiências e apoio institucional às equipes.

Ao final de 2011, das 252 equipes de saúde da família, 119 tinham o acolhimento como “implantado” e 69 estavam em “fase de implantação” (Recife, 2011a). Significava em torno de 75% das equipes em processo de reformulação do acesso, agenda e avaliação de vulnerabilidade, segundo a matriz de avaliação aplicada. Das unidades básicas tradicionais, a maior parte delas iniciou discussão sobre o tema, mas efetivamente as unidades dos Distritos Sanitários IV e V iniciaram a implantação do dispositivo no segundo semestre de 2011, com ênfase na diretriz de territorialização, vinculação da população, recomposição das equipes e reorganização do trabalho. Contudo, a dificuldade de mudança no acesso e na reorganização do trabalho, esbarrava nas agendas dos profissionais médicos, nas atividades exercidas pela enfermagem com características diversas e tendência à assumir atividades administrativas, revelando ser um processo insipiente ao final de 2011. A mudança nas unidades tradicionais, portanto, estava relacionada com a instituição de equipe de acolhimento destacada para ouvir, ampliar acesso e realizar vinculação da população de acordo com a delimitação territorial à equipe de referência da unidade – como exemplos a Unidade/Policlínica Lessa de Andrade do DS IV e a Unidade de Saúde Fernandes Figueira no DS V.

Ainda no DS IV, o levantamento da assistência farmacêutica em relação ao consumo de medicamentos da Policlínica Lessa de Andrade, onde a unidade de farmácia é uma unidade de Farmácia da Família – política da SMS com dispensação singularizada e cadastro da população, demonstrou um consumo em 2010 de quase 70% de psicotrópicos e medicamentos prescritos no atendimento de psiquiatria. Essa informação, juntamente com a necessidade de reformulação do acesso, da atenção e revisão do próprio ambulatório de saúde mental levou à implantação de acolhimento específico para usuários com demandas “psiquiátricas”, em um trabalho conjunto com a equipe multiprofissional da própria unidade, equipe da gestão envolvendo saúde mental e atenção básica e equipe do CAPS Espaço Vida do DS IV. Assim, as filas para acesso nos dias específicos de marcação terminaram e a análise de vulnerabilidade e caracterização da demanda instituídas, com definição de fluxo e acesso ao melhor serviço para lidar com o usuário e sua rede social – rede básica juntamente com o NASF, CAPS e ambulatórios. A proposição seria reformular o ambulatório de saúde mental, trazendo os profissionais para uma vinculação às equipes da atenção básica e ao território, num outro modo de funcionamento com agendas de apoio matricial e referência à rede básica – até o final de 2011 essa proposta estava em processo de discussão com colegiado da saúde mental e equipes da atenção básica.

Algumas percepções do processo do acolhimento na rede básica de saúde passou pelo paradoxo de uma rede ainda centrada no atendimento médico, além do consumo excessivo por exames, consulta médica e medicamentos e dificuldade das equipes de trabalhar ampliação de seus saberes e práticas profissionais (quadro 06). Outro aspecto seria tomar como rotina a análise do próprio trabalho da equipe, incluindo o acesso, trabalho em equipe e resolutividade ao lidar com problemas.

Quadro 06 – Implantação do Acolhimento na atenção básica

DS	N de ESF	Implantado		Em fase de implantação		Comentários
		N	%	N	%	
I	15	7	47	7	27	Reunião de Micro sobre Matriz M/A e experiências de Acolhimento no município em dezembro
II	43	21	49	10	23	Reunião de Micro sobre Matriz M/A e experiências de Acolhimento no município em dezembro
III	46	21	46	13	28	Impulso na implantação após PMAQ
IV	40	18	45	7	18	Unidades com dificuldades estruturais. Ex.: USF Amaury de Medeiros (04), USF Skylab (03), Campo do Banco (02) e USF Barreiras (01)
V	31	13	42	12	39	Unidades em reforma: Jardim Uchôa e Iraque; Unidade com problema estrutural: Mustardinha
VI	77	39	50	23	30	Algumas unidades com dificuldade de implantação ou consolidação do acolhimento devido a problemas estruturais e/ou déficit de profissionais. Novos olhares após possibilidades de adesão ao PMAQ
TOTAL	252	119	47	69	27	

Fonte: Recife, (2011c).

Outra diretriz trabalhada foi a **cogestão**, definida como um modo de gerenciar que envolve o pensar e o fazer coletivo visando a democratização das relações no campo da saúde.

Para a prática da diretriz/dispositivo cogestão era necessária a existência de espaços que favorecessem o encontro entre os sujeitos. No município, existiam alguns espaços instituídos, outros que poderiam ser formalizados, na percepção da equipe condutora. Entre estes destacavam-se: os conselhos distritais e municipal de saúde, os colegiados gestores das unidades de saúde e dos Distritos Sanitários, as reuniões de microrregião, as reuniões técnicas da equipe, as reuniões com a comunidade, as discussões dos projetos terapêuticos singulares, a ouvidoria e a mesa de negociação. A partir desses consensos, foi definida a matriz para avaliação da diretriz e dos dispositivos escolhidos.

No que tange ao processo, foi destacada a diretriz/dispositivo cogestão envolvendo a inclusão de conflitos, o diálogo entre os sujeitos, o trabalho em equipe pautado por objetivos em comum, a construção conjunta visando o

compartilhamento de poder, a coanálise, a codecisão, a coavaliação e a construção de contratos e compromissos entre os envolvidos.

Com estas ações esperava-se a diminuição do corporativismo, a identificação e o enfrentamento de problemas de forma conjunta, o compartilhamento de incômodos e potencialidades, a produção de saídas criativas e singulares para os problemas identificados, educação permanente, uma maior motivação, o aumento da autonomia e uma maior corresponsabilização entre os sujeitos. Assim, acreditou-se realizar modificações na cultura organizacional com uma maior inclusão dos sujeitos envolvidos (quadro 07).

Quadro 07 – Modelo da diretriz cogestão na atenção básica

(continua)

ESTRUTURA	PROCESSO	RESULTADO	IMPACTO
Espaços para o exercício da cogestão:	Inclusão dos conflitos		
Colegiado gestor da SMS	Inclusão de relações dialógicas	Diminuição do corporativismo	
Colegiado gestor do DS		Identificação e enfrentamento de problemas	Modificações e na cultura organizacional
Colegiado gestor da Unidade	Trabalho em equipe mediado por contratos	Compartilhamento de incômodos e potencialidades	
Reuniões de microrregião			
Reuniões técnicas das equipes	Construção conjunta/ compartilhamento do poder	Produção de saídas criativas e singulares	
Reuniões com comunidade	Coanálise, codecisão, coavaliação	Educação permanente e troca de experiências	
PTS e espaços da Clínica e da Saúde Coletiva	Construção de contratos e compromissos	Maior motivação	

(Conclusão)

ESTRUTURA	PROCESSO	RESULTADO	IMPACTO
Ouvidoria		Aumento da autonomia das pessoas	
Mesa de negociação	de	Maior corresponsabilização	
Conselho Distrital	e		
Conselho Municipal de Saúde	de		
	Reuniões de pactuação e avaliação com a comunidade		

Fonte: Recife, (2011c)

A partir do modelo foram elencados os principais indicadores das dimensões da estrutura e do processo de trabalho que permitiam avaliar o grau de implantação da diretriz cogestão, definindo o padrão de cada indicador, a pontuação, bem como a fonte de informação (anexo B).

Foram criados vários espaços de discussão com a preocupação metodológica de serem espaços de cogestão. Além dos fóruns mensais por microrregião distrital com a presença dos profissionais de saúde da atenção básica, havia: a reunião mensal do Apoio Integrado ao Território e os desdobramentos de agenda; os fóruns de saúde mental por DS; as agendas dos apoiadores institucionais e gerentes de território por unidade de saúde; as reuniões e fóruns de saúde com a comunidade – da gestão e das equipes de saúde; núcleo gestor distrital e colegiado gestor da SMS; reuniões das equipes de NASF; espaços específicos de formação e discussão clínica.

A preocupação com a gestão territorial e descentralizada passava pela redefinição do papel, perfil e funcionamento das equipes distritais e gerentes de território – profissional do DS – com função de coordenação das equipes e serviços

nas microrregiões. Mudar a postura comumente burocratizada e pautada no controle das frequências dos profissionais e da produtividade, para uma lógica pautada no apoio às equipes e trabalho coletivo. Foi com essa finalidade que os apoiadores institucionais vinculados à Diretoria de Atenção à Saúde/Gerência de Atenção Básica foram organizados em dupla ou trio, com referência por Distrito Sanitário. A proposta se pautou numa aposta metodológica que ampliasse o campo dos tradicionais instrumentos de gestão, incluindo a circulação de afetos, o trabalho em equipe, o fazer junto a partir de ofertas de outros modos de fazer e organizar o trabalho, com base nas diretrizes e dispositivos propostos do Modelo. O efeito pedagógico foi importante em muitos Distritos Sanitários, sendo reconhecido por grande parte das equipes da atenção básica e por alguns sindicatos profissionais – como o reconhecimento documentado pelo Sindicato dos Médicos de Pernambuco com o pleito de ampliação dos apoiadores institucionais na melhoria das condições de trabalho, além da pauta salarial expressa em documento do Sindicato dos Médicos de Pernambuco.

As estratégias para redefinição de papel e perfil dos gerentes de território, foram trabalhadas em oficina específica e em todos os espaços gerenciais para implantação do Apoio Institucional, considerando que mudanças expressivas no modo de funcionar foram disparadas. Estas se caracterizavam pelo reposicionamento de alguns profissionais com perfil mais autoritário, revendo o modo de trabalho junto às equipes de maneira a valorizar o “fazer junto”, alterando para um gradiente mais colegiado e democrático na gestão.

A articulação com outros dispositivos e com a Clínica ampliada e compartilhada foi considerado elemento fundamental para maiores gradientes de autonomia e fazer coletivo como: apoio integrado ao território, apoio matricial e definição das equipes de referência, elaboração de projetos terapêuticos singulares e projetos de saúde coletiva, acolhimento e ampliação do acesso, acolhimento com classificação de risco nas urgências e hospitais pediátricos, acolhimento e inclusão da rede social nas maternidades municipais entre outros. Todos esses dispositivos já haviam sido implantados, ao final de 2011, e foi avaliado como dificuldade no processo avaliativo, o registro de compartilhamento de consulta e aferição de gradientes de autonomia e cogestão.

O **projeto terapêutico singular** foi o terceiro dispositivo/diretriz avaliado, sendo definido como um instrumento de organização e sistematização do cuidado construído entre equipe de saúde e usuário/rede sóciofamiliar, devendo considerar a singularidade do sujeito e a complexidade de cada caso.

Para a realização do projeto terapêutico singular considerou-se como necessários: a atualização do cadastro das famílias – que possibilitaria a identificação das famílias com maior risco/vulnerabilidade; o apoio matricial quando houvesse necessidade; a existência de reuniões para discussão dos PTS. A construção da matriz incluiu esses consensos.

No que se referia ao processo de trabalho, identificou-se três grupos de atividades. O primeiro referia-se à definição de critérios para seleção de usuários para discussão/execução do PTS. O segundo grupo correspondia às etapas do PTS: escolha do técnico de referência e responsável; a realização do diagnóstico que deveria considerar todas as dimensões – orgânica, psicológica e social; a definição de metas – curto, médio e longo prazo; os responsáveis por sua execução; a negociação das metas/ações com o sujeito para o qual estava sendo elaborado o PTS; a reavaliação do PTS com periodicidade definida. A terceira atividade seria o registro na planilha de acompanhamento de todas as etapas seguidas.

Com estas ações esperava-se uma maior integração da equipe, a visão integral do sujeito, o aumento do vínculo entre a equipe e o sujeito, maior autonomia dos sujeitos, ativar a rede de saúde e social e a troca de saberes entre os diferentes profissionais da equipe de saúde. O objetivo seria, portanto, aumentar a resolutividade das ações.

Estas etapas estão representadas no quadro 08.

Quadro 08 – Modelo do dispositivo projeto terapêutico singular na atenção básica

ESTRUTURA	PROCESSO	RESULTADO	IMPACTO
Cadastro atualizado das famílias	Definição de critérios para a seleção de usuários	Visão integral do sujeito	Maior integração da equipe
Equipe de referência	Escolha do técnico de referência	Aumento do vínculo entre equipe e sujeito	Maior resolutividade das ações
Apoio matricial se necessário	Etapas: para elaboração de diagnóstico, definição de metas, negociação	Ampliação de autonomia das pessoas	
Encontros para discussão de caso	com usuário e rede social, distribuição de tarefas com equipe, reavaliação		
Referência para a rede especializada		Ativação da rede	
Planilha de acompanhamento	Reavaliação	Troca de saberes	

Fonte: Recife, (2011c).

A partir da definição da matriz, foram elencados os principais indicadores das dimensões da estrutura e do processo de trabalho que permitiriam avaliar o grau de implantação do dispositivo projeto terapêutico singular, definindo o padrão de cada indicador, a pontuação, bem como a fonte de informação (anexo B).

Nas discussões sobre o dispositivo, percebeu-se que os temas mais demandados pelas equipes de saúde da família para elaboração de projeto terapêutico singular eram relacionados à saúde mental, incluindo o uso abusivo de álcool e outras drogas. A dificuldade em lidar com esse agravo, despertou a

necessidade de iniciar essa abordagem/acompanhamento pelos usuários vinculados ou inseridos nas atividades “programáticas” da unidade. Assim, foram incluídas gestantes no acompanhamento pré-natal, usuários portadores de doenças crônicas, mães de crianças em situações de vulnerabilidade entre outros. A implantação do apoio matricial em saúde mental, através dos CAPS, favoreceu a abordagem de usuários pelas equipes da atenção básica e elaboração de projetos singulares a cada situação.

Outro tema frequente surgido através das discussões de PTS, foi atenção ao envelhecimento, com usuários em situação de abandono, acamados, portadores de doenças crônicas com alto grau de incapacidade, baixa autonomia para atividades da vida diária, dificuldades no manejo da terapia medicamentosa em idosos, pacientes idosos em situação de vulnerabilidade social entre outros.

Em todas as equipes de saúde da família foi destacada a necessidade da planilha de acompanhamento do projeto terapêutico singular, principalmente junto às equipes dos núcleos de apoio ao saúde da família. O instrumento se caracterizava pelo registro, acompanhamento e corresponsabilização na condução das situações complexas, sendo o preenchimento da planilha realizada preferencialmente pelas equipes da atenção básica. O instrumento foi elaborado e implantado em 2010.

Outro instrumento com o objetivo de desburocratizar o trabalho das equipes foi a ficha única para cada profissional da atenção básica, com implantação prevista para 2012, tendo a finalidade de eliminar outros tipos de registro e preenchimento no cotidiano das equipes. O registro único por profissional da atenção básica articularia, a partir de um único instrumento, os bancos de informação do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e os registros do Programa para Melhoria e Avaliação da Qualidade (PMAQ). Em função das discussões com equipes da atenção básica, do caráter avaliativo, analítico e pedagógico sobre indicadores e processo de trabalho, o município obteve uma excelente adesão ao processo de avaliação do Ministério da Saúde (MS) pelas equipes da ESF, concretizadas pela maior adesão nacional ao PMAQ, incentivadas pela gestão da SMS.

A implantação dos NASF foi elencada como um dos principais fatores que desencadearam o apoio e sistematização do PTS, bem como o cotidiano de discussão de caso clínico, o atendimento conjunto e a articulação intersetorial/acionamento da rede de saúde.

Percebeu-se o avanço das equipes em lançar mão do PTS para lidar com situações complexas no cotidiano do trabalho, evidenciando o padrão burocratizado de comunicação entre serviços e entre diferentes profissionais componentes da equipe. Surgiu como problema a dificuldade de relação entre profissionais da equipe, as resistências por parte dos profissionais na negociação/compartilhamento dos planos terapêuticos, as dificuldades para lidar com as situações clínicas diversas, incluindo as dimensões sociais e subjetivas no cuidado. Foi elencado como um dispositivo essencial para reformulação e ampliação da Clínica.

O **apoio matricial** foi o último dispositivo trabalhado na avaliação, definido como uma forma de organizar e ampliar a oferta de ações em saúde, lançando mão de saberes e práticas especializadas, sem que o usuário deixasse de ser vinculado à equipe de Saúde da Família ou equipe de Unidade Básica Tradicional.

Para a realização do apoio matricial foram identificadas diversas possibilidades de matriciamento: profissionais das equipes de saúde da família com especialidade/experiência em área de conhecimento demandada pelas equipes para lidarem com agravos; o Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF); atenção especializada; instituições de ensino; coordenações de políticas e outros parceiros como organizações não governamentais, pastoral, Empresa Municipal de Limpeza Urbana, assistência social e outros equipamentos sociais. Além disso, identificou-se como componente estrutural a destinação de turnos disponíveis para matriciamento.

No que se refere ao processo, identificou-se como estratégias de ação: o atendimento voltado para as necessidades do usuário; a transdisciplinaridade; o estímulo ao contato direto entre os profissionais de saúde com formações diversas; o suporte assistencial, técnico e pedagógico. Este suporte, se dava por meio da consulta compartilhada, da elaboração de projetos terapêuticos singulares, da

discussão de casos, das ações de saúde no território, no apoio aos grupos terapêuticos, oferecimento de novos grupos e nas ações educativas.

Como resultado esperava-se um maior deslocamento de poder entre as corporações e profissões, o exercício da transdisciplinaridade, a diminuição de encaminhamentos para a atenção especializada, o aumento do diálogo entre especialidades e profissões, a troca de experiências, maior uso de práticas de educação em saúde, a criação de outros dispositivos para apoio na ampliação da Clínica.

Estas etapas estão representadas no quadro 09.

Quadro 09 – Modelo do dispositivo apoio matricial na atenção básica (continua)

ESTRUTURA	PROCESSO	RESULTADO	IMPACTO
Existência de especialidades na equipes da atenção básica	Turnos disponíveis para o desenvolvimento do apoio matricial: atendimento compartilhado e elaboração de PTS	Deslocamentos de Suporte assistencial e técnico pedagógico: discussão de caso, ações de saúde no território, apoio a grupos e trabalhos educativos	Deslocamentos de poder entre corporações e profissões
NASF/ NAPI		Diminuição de encaminhamentos ao especialista	Maior resolutividade e ampliação de vínculo terapêutico

(conclusão)

ESTRUTURA	PROCESSO	RESULTADO	IMPACTO
Atenção especializada das policlínicas Instituições de ensino	Atendimento que considere necessidades dos usuários	Clínica ampliada e integração dialógica entre especialidade e profissões	
Coordenações de políticas	Transdisciplinaridade		
Outros parceiros possíveis	Estímulo ao contato direto entre equipe de apoio e equipe de referência	Troca de saberes	

Fonte: Recife, (2011c)

A partir da matriz elaborada, foram elencados os principais indicadores das dimensões da estrutura e do processo de trabalho que permitiam avaliar o grau de implantação do dispositivo apoio matricial, definindo o padrão de cada indicador, a pontuação, bem como a fonte de informação (anexo B).

Os passos seguintes foram apresentar e validar a proposta de acompanhamento avaliativo junto ao colegiado gestor do município, junto ao colegiado gestor de cada Distrito Sanitário e junto aos trabalhadores da atenção básica. Esses momentos de apresentação suscitavam discussões sobre a intervenção e o movimento de mudança, bem como as limitações e finalidades da aplicação do instrumento.

Contudo, é fundamental a explicitação de que, considerou-se como resultado para a pesquisa-intervenção, além do conjunto de indicadores, a singularização do processo de apoio institucional por equipe trabalhada. Os consensos construídos, o debate conceitual e prático, as possibilidades de experimentação dos dispositivos

ajudaram na análise das mudanças de práticas. Além disso, foram considerados: o grau de dificuldade no cotidiano do trabalho, o entendimento das diretrizes e dispositivos trabalhados, o trabalho em equipe, o acesso, a incorporação do usuário com queixa, a prioridade por avaliação de vulnerabilidade, a vigilância em saúde daquele território, as metas e objetivos da equipe com indicadores de saúde entre outros.

A análise dos resultados foi diferente na percepção de cada Distrito Sanitário, com diferenças singulares a partir da característica territorial, epidemiológica e necessidade de saúde das comunidades e equipes. Essa descrição explicita essas diferenças e semelhanças.

No DS I, as equipes da atenção básica demandavam apoio especializado matricial da área de saúde mental com mais frequência, solicitando atendimento conjunto principalmente com o psiquiatra do NASF – única equipe com psiquiatra no município e equipes multiprofissionais do NASF e CAPS. O CAPS para álcool e outras drogas e CAPS transtorno já funcionavam, como no restante do município, com técnicos de referência e matriciamento às equipes da atenção básica. Uma hipótese se referia à característica urbana dos centros das grandes cidades, com maior população em situação de rua e população flutuante demandando apoio matricial com maior frequência para saúde mental. Uma outra característica desse território, foi o relato da atenção médica especializada realizar mais ações de educação permanente, havendo dificuldade na participação das consultas compartilhadas e em atendimento conjunto. As ações disparadas e agendas do Apoio Integrado ao Território contribuíram para o matriciamento e aproximação dos serviços para atenção à saúde da mulher.

No DS II surgiu como movimento, a atenção em saúde mental de forma transversal na atenção básica, com técnicos de referência para equipes de saúde da família, embora houvesse uma ênfase ao que foi chamado de “resistência das equipes de saúde da família” no compartilhamento da Clínica e atendimento compartilhado. Nas equipes de NASF, por outro lado, existiu com mais frequência consulta compartilhada, bem como o apoio matricial entre as próprias equipes de saúde da família e unidades básicas de saúde, a partir de saberes e práticas

acumulados em diferentes formações e ênfase na psiquiatria e obstetrícia. Nas policlínicas, algumas especialidades médicas como endocrinologia, pneumologia e cardiologia realizavam agendas para matriciamento das equipes, considerando a incidência de tuberculose e demanda de apoio para este agravo, bem como outros agravos e doenças crônico-degenerativas. O Apoio Integrado ao Território disparou atividades de apoio matricial e melhorou a resolutividade da rede de saúde – saúde da mulher e aos usuários portadores da hanseníase e suas complicações. O núcleo de apoio em práticas integrativas, também foi citado como estratégia de matriciamento, mas com uma menor aceitação pelas equipes na incorporação dessas práticas e menor demanda da população.

Surgiu, novamente, o apoio matricial em saúde mental para usuários em uso abusivo de álcool e outras drogas, mais fortemente para usuários portadores de transtorno mental, no DS III. Neste território, foi evidenciado o apoio matricial disparado a partir da implantação dos NASF, com estímulo a novas práticas como: atendimento compartilhado; discussão de casos; elaboração de PTS; matriciamento entre equipes da atenção básica; agendas dos especialistas médicos das policlínicas comportando períodos para apoio matricial – cardiologia, endocrinologia, reumatologia, nefrologia, urologia, pediatria, atenção à saúde da mulher e ao idoso.

No DS IV surgiu, novamente, a transversalidade das ações em saúde mental, o compartilhamento de consultas, discussão de casos e agendas definidas para discussão temática demandada pelas equipes, como exemplo a hanseníase.

O DS V se caracterizou pelo movimento para reformulação do acesso e processo de trabalho da policlínica de referência, juntamente com a implantação do NASF. Evidenciou-se o matriciamento em especialidades médicas como alergologia, pneumologia, cardiologia, gastroenterologia, infectologia, hematologia entre outros, além das especialidades básicas com agenda definida para atendimento às áreas descobertas de ESF, como também para apoio matricial às ESF. Destacou-se a potência clínica do apoio matricial em saúde mental, organizando-se com técnicos de referência por micro-área e com ampliação do vínculo e resolutividade dos casos em saúde mental no próprio território. As informações das equipes da atenção básica era de melhora da relação com CAPS, melhora na resolutividade e aumento

do número de usuários portadores de transtorno mental acompanhado conjuntamente. Também foi fundamental a atenção perinatal, com inclusão da Maternidade Bandeira Filho no acompanhamento conjunto de crianças de risco, pré-natal de alto risco e outras situações em saúde da mulher.

No DS VI, o maior da cidade com quase 400.000 pessoas, novamente a implantação do NASF surgiu como estratégia disparadora para apoio matricial na atenção básica. A agenda das equipes incluía a discussão semanal de casos, discussões temáticas e consulta compartilhada. Os temas mais frequentes foram: hanseníase, saúde da mulher e saúde mental demandados pelos próprios profissionais. Teve destaque uma microrregião específica pela radicalidade na incorporação das agendas de apoio matricial e regularidade das discussões.

Foi considerada fundamental a autorização para todos os profissionais médicos e enfermeiros da atenção básica realizarem apoio matricial, em saber específico, de interesse sócio-sanitário para outras equipes do território, em dois turnos durante a semana, além das agendas regulares de encontro técnico para discussão de caso e outras temáticas.

5 DA INTENÇÃO AO GESTO: O MOVIMENTO PARA REFORMULAÇÃO DA CLÍNICA EM RECIFE

Paradoxalmente o paciente é apenas um fato exterior em relação àquilo que sofre; a leitura médica só deve tomá-lo em consideração para colocá-lo entre parênteses. Não é o patológico que funciona, com relação à vida, como uma contranatureza, mas o doente com relação à própria doença (FOUCAULT, 2006, p. 7).

O confronto e as possíveis articulações sobre os pensadores da Clínica não é tarefa simples. Neste sentido não me proponho a um exame exaustivo de suas teses, mas sim ao ensaio de diálogos possíveis entre eles e com a produção na rede de saúde de Recife, que como toda conversa precisa adotar o pretexto do momento e do contexto em que ocorreu. Priorizei uma questão fundamental para este trabalho que é a articulação entre saúde e doença no interior do meio científico e as possibilidades teórico-práticas num contexto de equipes de trabalho em saúde de produzirmos uma reformulação da clínica na busca da ampliação de seus objetivos, meios e objeto de trabalho.

As discussões no campo da saúde mental sobre o processo saúde-doença é um importante referencial para reformulação da clínica tradicional. Colocar a doença entre parêntese não significa a negação da doença, senão que especificidade teriam os profissionais e os serviços de saúde? A tentativa é dialogar com a doença e o doente construindo uma nova dialética nessa relação. No caso específico da saúde mental significa uma recusa à aceitação do saber psiquiátrico em explicar e compreender a loucura/sofrimento psíquico (AMARANTE, 1996).

Retomo a obra de Canguilhem (1995) para trazer o raciocínio clínico que tangencia os conceitos de normal e patológico e a discussão trazida pela medicina moderna que depende inteiramente desses conceitos na sua fundação. Existe uma defesa da tese, por este autor, de uma necessária reconciliação do quantitativo com o qualitativo na medicina contemporânea, especialmente a partir de questões trazidas pela prática terapêutica. O destaque aqui seria na dimensão qualitativa, na singularidade da terapêutica e dos sentidos possíveis da normatividade. Esse autor insiste que não existe patologia da máquina, o que implica compreender um defeito ou disfunção não somente em relação à norma adotada, mas apostar que todo ser

vivente é capaz de produzir novas normas. Existe aqui uma recusa da redução dos casos individuais a uma média, onde a saúde não pode ser assimilada a uma relação de tipo mecânico e importam mais as condições específicas de cada fenômeno (CANGUILHEM, 1995).

Assim, saúde e doença não são propriamente conceitos que a ciência pode abstrair, descontextualizar e normatizar, mas estão necessariamente presentes em sua aplicação clínica. No conhecimento científico a fisiologia e patologia se organizam enquanto disciplinas mas somente a partir da experiência de doença singular a cada pessoa, é que a saúde e o adoecimento ganham sentido.

É de um modo bastante artificial, parece, que dispersamos a doença em sintomas ou a abstraímos de suas complicações. O que é um sintoma sem contexto ou um pano de fundo? O que é uma complicação, separado daquilo que ela complica? Quando classificamos como patológico um sintoma ou mecanismo funcional isolados, esquecemos que aquilo que os torna patológicos é sua relação de inserção na totalidade indivisível de um comportamento individual. De tal modo que a análise fisiológica de funções separadas só sabe que está diante de fatos patológicos devido a uma informação clínica prévia; pois a clínica coloca o médico em contato com indivíduos completos e concretos e não com seus órgãos ou suas funções (CANGUILHEM, 1995, p. 65).

O problema epistemológico de saúde e doença reaparece em Winnicott. Para ele o vivente se torna fluido, processo. O desenvolvimento da maturação é orientado pela capacidade de estabelecer normas renovadas e mais adequadas. Não se encontra aqui a unidade do organismo, do vivente ou sujeito, mas uma variação (ESTELLITA-LINS, 2007). Dessa forma, a saúde e a doença dependem da relação do indivíduo em sociedade e ele propõe a flexibilidade, a variabilidade e adaptabilidade como definidores dos estados da vida, que não pertencem ao domínio da patologia. Ele critica a abordagem da saúde ligada apenas à aparência ideal esperada e, novamente aparece, ligada ao bom funcionamento mediano prescrito.

A saúde é descrita como uma propriedade que se organiza no espaço transicional e inclui as dimensões biológica e psicológica, mas também na dimensão ecológica. Os conceitos winnicottianos, apesar de centrados na característica individual do trabalho clínico, contribui com elementos para uma mediação

eticamente desejável e necessária entre pessoal e social. Assim, a saúde socialmente definida é uma atitude de todos que garante a saúde de cada um e a capacidade individual de se expressar criativamente. Essa atitude se regula pela experiência cotidiana no enfrentamento dos obstáculos existenciais. Cada indivíduo encontra suas soluções diante do que é oferecido por sua comunidade (SOARES NETO, 2007). Diante disso, o trabalho clínico precisaria assumir diretrizes que buscassem a inseparabilidade do sujeito e do objeto, do individual e do social.

Clínica ampliada ou a Clínica do Sujeito significa não jogar fora a clínica tradicional, mas trabalhar com uma ampliação do objeto de intervenção, dos meios de trabalho ou técnica e dos seus objetivos (CAMPOS, G., 2003). Clínica do sujeito porque nega a doença total e a coloca como parte da vida humana, porque é comum que no lugar de seu João da Silva apareça um psicótico, ou no lugar de Dona Maria surja uma hipertensa ou diabética. É como se a hipertensão saísse andando ou o alcoolismo ficasse bêbado nele mesmo. Os modos como cada pessoa reage a uma doença e aos sintomas, bem como as formas de subjetivação são singulares ainda que a base biológica seja a mesma (CUNHA, 2004).

Nem a antidialética positivista da medicina que opta pela doença descartando-se de qualquer responsabilidade pela história dos sujeitos concretos, nem a revolta ao outro extremo: como se não existisse a doença, quando ela está lá, no corpo, todo o tempo. A doença está lá dependendo dos médicos e da medicina, mas ao mesmo tempo independente da medicina; dependente da vontade de viver das pessoas, mas também independente da vontade dos sujeitos (CAMPOS, G., 2003, p. 55).

Falar em ampliação do “objeto de trabalho” da clínica é tomar o sujeito enfermo ou com possibilidade de adoecer e não somente a doença. É considerar não somente o paciente, mas a família, a comunidade, a rede social ou agrupamento institucional como objeto da clínica. A partir disso necessariamente é preciso também uma ampliação dos meios de trabalho: modificar a escuta, a entrevista, a intervenção terapêutica, saindo da opção quase que exclusiva de uso de medicamentos ou de procedimentos cirúrgicos. Valer-se com maior frequência de técnicas de prevenção, de educação em saúde e de reconstrução da subjetividade. Considerar os modos singulares de andar a vida é tomar, tanto no diagnóstico como na terapêutica, os elementos orgânicos ou biológicos, subjetivos e sociais do processo saúde e doença. Isso provoca uma mudança no objetivo da clínica

tradicional, que tem como finalidade da assistência individual a produção de saúde por meio da cura ou reabilitação, ou até mesmo do alívio do sofrimento. No entanto, a ampliação inclui também o esforço simultâneo para aumentar o coeficiente de autonomia e de auto-cuidado dos pacientes, famílias e comunidades. Uma linha de combate à medicalização, à institucionalização e à dependência exclusiva por profissionais e serviços de saúde (CAMPOS, G., 2003).

Essa nova possibilidade de produzir uma outra clínica, que não é só do profissional médico, nunca pode ser levada por um profissional isolado, mas é um desafio concreto para uma equipe interdisciplinar, que necessita ser uma equipe de referência juntamente com as equipes de apoio (CAMPOS, G., 2003).

Em Foucault, a crítica às limitações da clínica parte da reflexão sobre o hospital, sobre as ciências dos seres vivos e as ciências da vida e sobre o deslocamento histórico da medicina clássica – que tem como objeto a doença considerada como essência abstrata, para uma medicina clínica, com um saber pautado sobre o indivíduo como um corpo doente, exigindo uma intervenção que dê conta de sua singularidade (FOUCAULT, 2006). Um crítica, portanto, histórico-filosófica às estruturas políticas e epistemológicas que falam da racionalidade do mundo contemporâneo, analisando o nascimento de uma medicina do espaço social, da consciência explícita da doença como problema político e do médico como autoridade administrativa fundada na competência de seu saber. Fala dos limites ontológicos da Clínica chamada por Campos como Clínica Oficial ou Clínica Clínica (CAMPOS, G., 2003).

A principal perturbação é trazida com e pelo próprio doente. À pura essência nosológica, que fixa e esgota, sem deixar resíduo. O seu lugar na ordem das espécies, o doente acrescenta, como perturbações, suas disposições, sua idade, seu modo de vida e toda uma série de acontecimentos que configuram como acidente em relação ao núcleo essencial. Para conhecer a verdade do fato patológico, o médico deve abstrair o doente: é preciso que quem descreve uma doença tenha o cuidado de distribuir os sintomas que a acompanham necessariamente, e que lhe são próprios, dos que são apenas acidentais e fortuitos, como os que dependem do temperamento e da idade do doente (FOUCAULT, 2006, p. 7).

A capacidade criativa do movimento instituinte na saúde de Recife precisaria incluir diretrizes gerais para a reforma da rede de atenção, com a potência necessária de fazer diferença na prática de saúde, no fazer da Clínica e ainda, no cotidiano do trabalho das equipes. Fazer esse movimento sem negar a importância da Clínica tradicional e os conhecimentos até agora produzidos pela saúde pública na cidade, mas agregando outras possibilidades, ampliando no sentido de dar respostas às demandas sanitárias e sociais das pessoas e coletividades. Para além de identificar a tensão existente entre a Clínica e os modelos adotados de pronto-atendimento em massa, não optar pela rigidez da programação em saúde, da demanda controlada exclusivamente pela definição dos grupos de risco no dia e hora definida pela grade de funcionamento das equipes.

Assim, foram ofertadas possibilidades, arranjos institucionais, dispositivos, meios de trabalho de forma ampliada e que permitisse ou autorizasse o funcionamento do trabalho em saúde em torno de outros meios, objetos e objetivos. Não significava tarefa simples ou acorrentada à dispositivos de organização do trabalho, mas uma tarefa complexa que exigia colocar permanentemente em análise o fazer das equipes e outras concepções possíveis do processo saúde-doença e, conseqüentemente, de outros modos de fazer. Disparar processos que ajudassem no aumento da capacidade de análise e, portanto, de intervenção das equipes organizadas enquanto coletivos de saúde – equipes com funções mais tipicamente de gestão, profissionais das unidades da atenção básica, movimentos sociais e usuários da rede. Para isso era preciso priorizar a construção de vínculos, responsabilizar as equipes no acompanhamento de casos singulares, inscrever a população a uma equipe de referência.

Fazer esses movimentos, sem esquecer da necessidade histórica de uma rede de serviços com melhores estruturas físicas, ambientes mais adequados ao trabalho na atenção básica. Reformular a Clínica seria identificar qual o tipo de apoio, qual o recurso terapêutico que cada um usuário e sua rede social precisaria, sem esquecer que a diretriz histórica foi pautada na atenção programática a partir da prevenção e promoção das cidades saudáveis em territórios e ambientes saudáveis. Ao profissional de saúde caberia valer-se mais da avaliação de vulnerabilidade e de utilizar mais práticas de educação em saúde no cotidiano do trabalho e na produção

de autonomia, sem esquecer que historicamente o sistema de saúde era impessoal, pautado no controle, burocratizado e aumentava a dependência das pessoas. Uma avaliação a partir da singularidade, do sujeito concreto, num território vivo, sem esquecer da histórica determinação rígida dos chamados grupos de risco com programas estruturados existentes e afastamento das equipes de vigilância à saúde do território, esquecendo que neles existe gente e frequentemente priorizando a epidemiologia dos bancos de dados oficiais. Para uma Clínica transdisciplinar era necessária a inclusão de outros saberes e práticas profissionais, colocados em roda e gerando crises nos limites rígidos das disciplinas, sem esquecer do movimento histórico de composição de equipes de saúde da família à revelia das equipes tradicionais existentes e de sugerir que essas equipes tivessem a capacidade de resolver sozinhas a maior parte dos agravos em saúde do território.

Provocar mudança do padrão anteriormente pautado nas ações rigorosas de vigilância à saúde e no repetitivo das ações programáticas por grupos escolhidos e previamente definidos cansava a gente e não dava conta de enxergar o hipertenso que não aderira ao tratamento porque a casa estava caindo, porque sua vida estava ruim. Quem conseguia olhar ampliado era porque tinha perfil, mas o processo de trabalho não facilitava. Como a gente ia lidar com o desafio da complexidade e da subjetividade das pessoas? A mudança se fez em espaços de educação permanente, mais discussão, elaboração de projetos singulares, apoio institucional ajudando, gente de fora da equipe de saúde da família apoiando (informação verbal⁵).

A proposta de ampliar as práticas, ampliar a Clínica não poderia esquecer da importância da vigilância à saúde e da atenção programática. O Modelo em Defesa da Vida precisa considerar o que havia antes e ampliar a partir disso, senão vira camisa de força... eu não gosto por exemplo do nome acolhimento, gosto de falar de acesso. Se fosse somente obrigado a fazer acolhimento de um jeito único não ia dar... eu tive um cheque em branco junto com a equipe, para pensar a partir das diretrizes o que poderia ser feito e acho que o caminho foi apontado, mas tem que ter cuidado para tudo não virar queixa-conduta senão reduz a Clínica e o vínculo. Na minha equipe melhorou o acesso e melhorou o trabalho em equipe, a abertura de agendas entre os profissionais, mas o apoio institucional precisa chegar mais perto... ainda é distante (informação verbal⁶).

Esse foi um complexo exercício para lidar com o paradoxo do SUS no cotidiano, incluindo as pessoas mas, a partir de novas diretrizes para sua sustentabilidade e legitimidade junto à população. Colocando para discussão e análise, mas também ofertando caminhos, reconstruindo novos processos para o SUS na cidade. Para uma reformulação da Clínica era preciso invenção e lidar com

⁵ Depoimento grupo focal 3

⁶ Depoimento grupo focal 3

o paradoxo interno de cada um, não somente da rede de atenção, reconstruindo a própria subjetividade das pessoas e dos coletivos, sem perder a capacidade de invenção, sem paralisar pelas inúmeras dificuldades e incluindo as diferenças nas rodas. Esse reconhecimento da abertura e da ampliação de espaços coletivos foi referenciado por todos os participantes dos grupos focais, descritos nos documentos, em que pese a força das falas dos trabalhadores da necessidade de ampliar a postura de apoio institucional para todos da gestão. Precisava ser um modo de fazer hegemônico e ainda não era. Trabalhar com as tradições da medicina e da saúde pública mas ampliando com novos arranjos institucionais, criticando os modelos centrados nos rigorosos protocolos clínicos sem esquecer da doença, mas ampliar trazendo para cena o sujeito e seus modos de vida, de lidar com a doença, sua singularidade. Trazer a necessidade de prevenção e promoção, utilizar os conhecimentos da saúde pública sem negar a Clínica e seus avanços na ampliação e melhoria da qualidade de vida das pessoas. Utilizar os conhecimentos e debates do campo da saúde mental colocando em análise a tendência burocrática dos próprios equipamentos especializados em saúde mental, acorrentados em dispositivos com fim neles mesmos e produtores não de reforma sanitária, mas de redução de autonomia e produção de dependência. Contaminar a rede básica com o campo da subjetividade e das produções em saúde mental e contaminar a rede de saúde mental com as experiências de encantamento na arte de prevenir, curar, reabilitar pessoas da atenção básica.

O Modelo Recife em Defesa da Vida traz diretrizes e conceitos que significam mudança ético-estético-política, porque fala de uma Clínica com outros compromissos, com outros sujeitos e de como fazer com criatividade para dar conta de cada um. Parecia que estava dada na rede de saúde mental essa forma de funcionar, mas não estava. Não bastava ter uma rede com um número enorme de CAPS, por exemplo, que não era comum o acolhimento, a discussão de PTS e de Clínica ampliada. As pessoas perguntavam como era pra fazer tudo isso? E eu dizia que tínhamos que descobrir juntas (informação verbal⁷).

⁷ Depoimento grupo focal 1

Nossa finalidade é defender a vida das pessoas, a instituição e o SUS. Às vezes me pergunto se, a gente que acredita no SUS e está na gestão não fizer quem vai fazer? Isso pressupõe uma mudança ética, institucional e da gestão para fazer junto. Por portaria ninguém faz mudança, mas vejo que todos mudamos um pouco e a rede mudou muito (informação verbal⁸).

A criação, discussão e operacionalização de mecanismos foi prioridade na atenção básica e na intervenção territorial de forma ampliada, saindo do movimento tradicionalmente hegemônico de instalação de novos serviços e equipamentos sem a oferta necessária da articulação em rede. De fato a necessidade de ampliação da rede permanece e foi necessária nos três anos estudados, não para contabilizar na cobertura oficial da atenção básica, mas para agregar resolutividade, responsabilização, vínculo, articulação em rede. Foi preciso redefinir as prioridades: o como e o quê priorizar e qual seria o significado da ampliação. O como investir significa não perder de vista a revisão da Clínica e da Saúde Coletiva trazendo para a cena o sujeito, a potência do encontro entre profissionais e usuários, o compartilhamento dos saberes e práticas, a consideração do processo saúde-doença em toda sua complexidade.

Iniciaram por redefinir de forma ampliada o que caracterizava a atenção básica em Recife e o que era necessário para recompor o trabalho, incorporar profissionais e integrar a rede de atenção. Foi preciso redefinir o trabalho solitário e a organização das equipes de saúde da família de forma a concretizar outros investimentos que valorizassem a força do que era essencial na atenção básica enquanto diretrizes gerais, mas que de fato, no cotidiano havia empecilhos à sua viabilização, como integralidade, acompanhamento ao longo da vida, prioridade para o primeiro contato, territorialidade entre outros. Foram definidas ações de apoio à Clínica que mexessem na capacidade do sistema em relação à quantidade de pessoas e qualidade das equipes da atenção básica, gerenciamento das ações, variedade dos serviços e ampliação das ofertas terapêuticas para a população. Ainda foi necessária organização interna do processo de trabalho, articulação e comunicação em rede com outros serviços da saúde e intersetorialmente, apoio na continuidade do acompanhamento ao longo da vida e garantia de equipe de referência em todo o território, definindo população vinculada e adscrita. Foram implantados mecanismos para ampliação do acesso, arranjos na reconstrução e reatuação do trabalho

⁸ Depoimento grupo focal 1

das equipes, mecanismos de cogestão, participação e corresponsabilidade. Além disso, um grande problema a ser trabalhado como prioridade da equipe de gestão, dos trabalhadores e da população era a revisão das instalações físicas e equipamentos.

O acolhimento foi uma diretriz ético-política e organizacional discutida a partir de um grupo de trabalho com representantes das equipes da atenção básica e equipe da gestão intitulado Grupo Acolher Recife. Foram discutidos nesse grupo as diretrizes e o como fazer para melhorar acesso, apoiar a responsabilização das equipes com os usuários, instituir outros padrões de vínculos. Foi um permanente espaço de troca e análise dos processos que iam se implementando, reformulando agendas, incluindo cada equipe, trocando experiências entre as equipes e com base em outras experiências no Brasil. A roda ia girando na rede e, a partir do movimento dos grupos em reorganizar o trabalho na prática de cada equipe, foram definidos os princípios, as características do acolhimento, como se operacionalizava numa cartilha documentada pelo trabalho coletivo (RECIFE, 2009).

Assim, partindo da avaliação e dos consensos conceituais estabelecidos, toda a rede de alguma forma se deslocou quanto à necessidade de reformulação de suas práticas em torno dessa diretriz. Em 75% das equipes de saúde da família, o acolhimento foi implantado, o acesso ampliado e outra forma de escuta e possibilidade de vinculação e ampliação das ofertas terapêuticas adotadas. Parte das unidades básicas tradicionais adotaram outras formas para escuta, primeiro contato e garantia de acesso, além dos dias marcados para consulta agendada (RECIFE, 2011c).

A discussão do acolhimento envolveu reformulação do acesso com garantia de espaços de escuta, avaliação de vulnerabilidade, fortalecimento do vínculo entre equipes e comunidades, trabalho em equipe e aposta na interdisciplinaridade para receber a demanda, ouvir e ter postura capaz de dar conta das necessidades de saúde ofertando outras práticas terapêuticas além da consulta médica. Para isso, foi necessário combinar a agenda previamente programada com o recebimento do caso agudo, do eventual não programado, com oferta de marcação de consulta diariamente partindo da avaliação de vulnerabilidade na definição do acesso. Era um

espaço para concretizar a Clínica ampliada na atenção básica, singularizando as solicitações e queixas e corresponsabilizando as equipes pela solução das demandas dentro da própria equipe ou a partir da rede de atenção. A organização do trabalho se deu caso a caso, de equipe em equipe, com as dificuldades e potências de cada realidade partindo de questões que ajudavam na sua reorganização: como se dá o acesso do usuário? Que tipo de agravos à saúde são imediatamente atendidos? Como é feito o encaminhamento dos casos não atendidos na unidade? Como a equipe percebe a relação com a comunidade no cotidiano do trabalho? Como são tomadas as decisões? Como o ambiente interfere no acolhimento? Como reorganizar fluxos e protocolos? Como compor as escalas na equipe? (RECIFE, 2010)

As questões eram disparadoras para repensar a organização e foram montando, partindo do perfil da equipe, da composição, da singularidade local, da relação com a comunidade o melhor jeito para compor outro modo de fazer em saúde. A articulação com a comunidade, a avaliação dos indicadores de saúde, os momentos semanais de avaliação do processo foram fundamentais para corrigir rumos, redefinir agendas e criar outras possibilidades incluindo a singularidade da equipe e da comunidade e sua organização, mas sem paralisar o movimento em torno da diretriz. O apoiador institucional da equipe da Gerência de Atenção Básica esteve presente durante todo o processo de reorganização do trabalho em equipe, junto aos Distritos Sanitários e suas equipes gerenciais.

No cotidiano de trabalho dos profissionais da atenção básica foi adotado um cronograma que possibilitasse a discussão de casos, com elaboração de projetos terapêuticos singularizados e agendas para apoio matricial. O cronograma apostava na diversidade de possibilidades de meios de trabalho para ampliação da Clínica, para melhorar o trabalho das equipes e valorizar outras possibilidades terapêuticas e foi incorporado na discussão com os sindicatos das categorias profissionais e na mesa permanente de negociação. O cronograma individual por categoria profissional entrou como critério para avaliação de desempenho de cada equipe e cada profissional de saúde - anexo modelo para o médico e para enfermeiro 40 horas (anexo C). Teve como objetivo, melhorar o trabalho das equipes diversificando atividades, principalmente nas equipes 40 horas de saúde da família, bem como

garantir agendamento por hora marcada e outras atividades, como discussão de caso, atendimento conjunto, apoio matricial para todos os profissionais diaristas – 20 ou 40 horas.

O apoio matricial se dava em diferentes áreas temáticas e direções, valorizando a necessidade da equipe e do usuário, mas possibilitando o caminhar pela rede de saúde: entre equipes de saúde da família ou entre equipes da atenção básica, entre a atenção especializada e a atenção básica – com agendas acontecendo nas policlínicas e outros serviços de referência da rede e na própria unidade básica de saúde ou unidade de saúde da família. Em todos os Distritos Sanitários acontecia, semanalmente, o apoio matricial, de maneira que a incorporação do processo no cotidiano das equipes fizesse parte do trabalho de todas as unidades de saúde da família e grande parte das unidades básicas tradicionais. A implantação do apoio matricial na atenção especializada partiu do mapeamento dos perfis dos profissionais, combinando com a necessidade da rede básica de saúde e com oferta de temas disparadores para momentos de capacitação em temas específicos. A proposta da telessaúde foi instrumento importante para na comunicação e discussão de casos, com ênfase na segunda opinião de casos clínicos, apostando nos profissionais da rede como tele-consultores. Surgiu em 2011, com implantação a partir do segundo semestre e início nos DS com a informatização da rede concluída – Distritos II e V. A informatização também era considerada uma ferramenta fundamental para instituição do prontuário integrado, facilitar a comunicação entre serviços, o envio de resultados dos exames laboratoriais e apoio diagnóstico e terapêutico entre outros.

Um das áreas temáticas, política estratégica com uma ampla rede de serviços que mais avançou, em interface com a atenção básica, foi a saúde mental. Além de conseguir apoiar as equipes da rede básica produziu, conjuntamente, mudanças na postura clínica frente à complexidade das situações conduzidas pelas equipes. Portanto, o usuário e sua rede social precisaria ser considerado em sua singularidade, sua história, sua inserção social e rede de ajuda. As equipes de CAPS se organizaram com profissionais/técnicos de referência por equipes da atenção básica e vinculação com base territorial, ofertando possibilidades de meios de intervenção da clínica para além das atividades dos CAPS. Partindo desses

princípios, foram ofertadas possibilidades de arranjos institucionais, dispositivos, intervenções criativas que dessem conta do tamanho da aposta, partindo das discussões de caso, atenção à crise no território, visita domiciliar, atendimento conjunto, apoio a grupos terapêuticos e atividades físicas e de promoção da saúde junto com os profissionais do Programa Academia da Cidade.

Outro dispositivo foi a proposta do Centro de Convivência, como uma oferta terapêutica, um serviço para ampliação da Clínica, compartilhamento e produção de autonomia do usuário e sua rede social, somando-se a um conjunto de meios de trabalho já existentes na rede de saúde (RECIFE, 2011d). Até o final deste trabalho o serviço não estava pronto, constando nas prioridades do Plano Municipal de Saúde 2010-2013 entre outros documentos da SMS Recife.

A saúde mental no município tem sido uma política capaz de reorientar as práticas profissionais em função de uma Clínica compartilhada, demonstrando as possibilidades concretas de sua ampliação: trazer para a cena o sujeito concreto e o potencial terapêutico a partir do encontro entre o usuário e sua equipe/profissional de referência, a ampliação do meios de trabalho e ofertas terapêuticas e do objetivo de trabalho a partir da produção de saúde – prevenção e promoção das doenças, cura, acompanhamento ao longo da vida, reabilitação e produção de autonomia. O efeito pedagógico se dava em várias direções, contaminando a rede com possibilidades infinitas e criativas de modos de fazer: da atenção básica para a saúde mental e da saúde mental para atenção básica. Assim, a reformulação dos meios se fazia trazendo para a cena outros modos de operar: caminhando pela cidade, realizando atividades de promoção da saúde como atividades físicas nas praças, nas piscinas dos serviços, na praia, reabitando as ruas e casas e bairros com novas residências terapêuticas, equipes de referência acompanhando gestantes nas maternidades, entrando nas escolas e creches em busca de saídas e projetos terapêuticos singulares, abordando a problemática de abuso de álcool e outras drogas pelas equipes da atenção básica iniciando pelos usuários vinculados e inseridos no cotidiano da unidade entre outros.

“Da loucura da cidade à saúde mental na *polis*” foi o tema abordado pela equipe de saúde mental no município para trabalhar outra possibilidade de prática

terapêutica em situações singulares. Ao retomar o debate sobre o tema da loucura, e isto inclui não só o espaço privado desta experiência, mas também o espaço público onde ela pede por reconhecimento e validade, apostava numa via ampliada integrando olhares e saberes distintos e centrando-se no sujeito dividido em sua experiência no mundo e no contexto de sua história que é tanto individual como social e cultural. Esse foi um dos caminhos para uma clínica que se faz ampliada utilizando o encontro entre sujeitos na *polis* (RECIFE, 2011d).

Entendendo a *polis* como a cidade que é constituída na relação dos cidadãos com ela. Uma relação construída pela posição destes cidadãos na vida da cidade, participantes dos destinos, do ser da cidade. A *polis* é a abertura à participação do cidadão e do encontro destes diferentes atores na cena do cotidiano, construindo uma cidade viva na dinâmica da política. Assim foi traduzido para formas de fazer da rede de saúde o Modelo de Atenção e Gestão Recife em Defesa da Vida, que em seus diversos aspectos incluía as várias formas de ser, construir e estar no mundo no dia a dia da cidade.

É um compromisso com a reinvenção e reformulação de nossa clínica de forma a incorporar outros valores e tecnologias para defesa da vida, saindo do ato prescritivo, da institucionalização, da medicalização, da redução do sujeito à categoria de coisa ou objeto. Tomar como referência uma ampliação de nosso objetivo na saúde: produção de saúde e produção de sujeitos (CAMPOS, G., 2003, p. 65)

A proposta de gestão do coletivo da Atenção à Saúde e da Gerência de Saúde Mental foi compartilhada em vários colegiados constituídos, tendo apoio na rede de trabalhadores e usuários e priorizando suas ações voltadas à superação do modelo centrado nas internações e centrado no CAPS como a única oferta assistencial, muitas vezes com práticas burocratizadas e produtora de dependência. Em busca da diversidade de equipamentos articulados em rede e de compor uma atenção vinculada ao espaço existencial das pessoas, foram propostas alternativas de fortalecimento da Clínica e articulação territorial. Tampouco propostas rígidas, institucionalizadas como se os usuários pudessem se adequar instantaneamente a modelos prontos, sem considerar sua singularidade, poderiam ser alternativas de saídas para a reformulação da clínica e das práticas de saúde. Assim, além da implantação de equipamentos com ênfase no acolhimento, acompanhamento e reinserção social, buscou-se a cidade como espaço das diferenças.

A saúde mental no cotidiano da cidade tem a direção de estreitar as relações e laços sociais entre várias formas de ser e estar no mundo sem, no entanto, conformá-las ou adaptá-las, mas criando e suportando lugares e espaços para a convivência dos diferentes e contraditórios da vida (RECIFE, 2011d). O território precisava ser considerado na sua potência de produção de outros encontros possíveis e essa foi uma mudança essencial, a partir do movimento instituinte, disparada pelo Modelo: a finalidade de ampliar autonomia das pessoas e considerar a saúde como atributo de gente, num território vivo, um contexto real da vida na cidade.

Assim, a atuação dos NASF, dos NAPI, dos polos do Academia da Cidade, dos serviços da atenção especializada, dos CAPS, do SAD, da proposta do Centro de Convivência surgiam como dispositivos no território e demandados fortemente pela atenção básica na busca da integralidade da assistência. A força criativa para lidar com situações complexas, para ampliar a capacidade de resolver problemas se dava em equipe e se construía na convivência das singularidades do espaço público. Espaço que manifestava ser território de disputas, de valores corporativos, de privatizações por dentro do SUS, de perfis diversos de profissionais de saúde e com interesses diversos, de ações pautadas no modelo biomédico. Também era o espaço onde se produzia saúde, onde se elaboravam projetos singularizados, construção de autonomia, possibilidade de realização no trabalho da Clínica. Esse é um paradoxo do SUS em sua constituição e não foi diferente em Recife.

Na mistura de suas dimensões pública e privada, o movimento chamava a Clínica para um trabalho de desinstitucionalização dela própria, remetendo a uma terapêutica que se dava no território de uma cidade sem perder o sentido do singular. Construiu-se espaços para produção de saberes nestes encontros das diretrizes da reforma psiquiátrica, da clínica, da saúde coletiva por uma teoria e uma prática que acontecia no contexto da política e da clínica, do sujeito e do seu território.

Esta Clínica materializava-se na elaboração do trabalho dos acompanhantes terapêuticos na saúde mental, a cada saída de usuário da internação psiquiátrica

construindo intervenção terapêutica caso a caso – foram fechados dois hospitais psiquiátricos em 2010 e 2011, totalizando 639 leitos, construídas 12 novas residências terapêuticas, triplicou o número de usuários em atendimento nos CAPS, implantou equipes de NASF com formação em saúde mental para apoio em toda rede básica (RECIFE, 2011a). A reformulação da Clínica era visualizada no acompanhamento ao longo do tempo da vida das pessoas nas equipes de saúde da família, no trabalho dos pediatras e enfermeiras na unidades tradicionais e desaparecia no atendimento psiquiátrico dos ambulatório de saúde mental. Se dava combinando, com o professor de educação física, atividades na praça para reabilitação ou espaço de convívio e construção de mais autonomia para pessoas dependentes da instituição, de medicamentos. Se dava junto com a coordenação de atenção ao envelhecimento na construção de projetos singularizados para lidar com o idoso em situação de abandono, principalmente nas áreas de alta vulnerabilidade social. A construção da Clínica ampliada na relação com psicóticos e neuróticos graves precisava considerar a busca da troca em diferentes espaços da cidade, construindo a autonomia possível na existência e história de cada sujeito. Uma oficina terapêutica previamente determinada ou produção de consultas médicas em série evidenciavam a incapacidade do sistema e das equipes no lidar com essas e outras situações.

O que nos revela o Modelo em Defesa da Vida e para quê apostar noutra Clínica? A discussão conceitual foi para todo mundo e melhorou muito minha análise e minha capacidade de busca pela democracia nas instituições. Representa pra mim o caminho para defesa do SUS, para melhorar a qualidade da assistência e a nossa enquanto trabalhadores. Representa mudança de paradigma do que é nossa finalidade e chega até o território. Melhorou muito a relação com o trabalhador e claramente tem mudança nas relações. Isso é concreto! (informação verbal⁹).

As saídas foram se dando em rede, apoiando e sendo apoiados os diversos equipamentos acionados em torno de situações complexas, casos difíceis que desestabilizavam as fronteiras disciplinares e pediam um fazer mais solidário entre as pessoas. A Clínica do sujeito é uma aposta na humanização das relações, é considerar que a Clínica e a política têm uma relação estreita, que precisamos, enquanto profissionais de saúde, desenvolver outras formas de escuta mais qualificada, outros padrões de responsabilização e vínculos solidários entre as

⁹ Depoimento grupo focal 1

peças, outras formas de produzir saúde em defesa da vida. A afirmação, aqui, não diz que está dada como modo de fazer hegemônico em toda a rede, mas afirma o movimento instituinte em assumi-la como modo de fazer por várias equipes na atenção básica. Afirma-se, portanto, a potência do movimento de abertura da maior parte das equipes, profissionais de saúde, serviços para outras possibilidades no trabalho, traduzindo diretrizes do SUS e as diretrizes do Modelo Recife em Defesa da Vida no cotidiano da relação entre as pessoas.

6 A CLÍNICA TRANSDISCIPLINAR E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.

Pensar a Clínica como transdisciplinar, nesta pesquisa, tem um significado de colocar em discussão como os efeitos dessa aposta se produziram no campo das práticas de saúde e de que forma foi potente para produzir rede de atenção. O caminho escolhido foi a problematização das práticas partindo das estratégias, arranjos e dispositivos singulares escolhidos para essa produção.

A aposta na Clínica transdisciplinar vai para além de colocar em diálogo variadas categorias profissionais ou pensar que o trabalho em equipe acontece apenas compondo de forma multiprofissional serviços ou unidades de saúde. Quando acontece, a transdisciplinaridade não se dá compondo diferentes olhares de diferentes especialidades em relação a um objeto de trabalho. Trazemos a concepção formulada por Passos e Benevides (2009a) que afirmam as formas possíveis de flexibilização das fronteiras disciplinares, podendo se dar pela multidisciplinaridade – a soma das disciplinas para dar conta de um objeto que exigiria diferentes olhares e a interdisciplinaridade – movimento de criação de uma zona de interseção entre as disciplinas para qual um objeto específico seria designado. O que frequentemente acontece é a manutenção da rigidez das disciplinas com pequeno deslocamento dos profissionais em função da ampliação de seu campo de saber e de prática.

Mas é exatamente a estabilidade desta relação que, contemporaneamente, criticamos. Podemos chamar essa atitude crítica de transdisciplinaridade, já que o limite entre as disciplinas é perturbado quando se coloca em questão as identidades do sujeito que conhece e do objeto conhecido. A noção de transdisciplinaridade subverte o eixo de sustentação dos campos epistemológicos, graças ao efeito de desestabilização tanto da dicotomia sujeito/objeto quanto da unidade das disciplinas e especialismos (PASSOS; BENEVIDES, 2009, p. 113).

Campo e núcleo como conceitos que organizam os saberes em práticas, definindo o que demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional – o núcleo – e um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina ou profissão buscaria apoio em outras para cumprir suas tarefas teórico-práticas – o campo (CAMPOS, G., 2000a). Essa concepção conceitual faz uma aposta na abertura para outras possibilidades, sem necessariamente o fechamento rigoroso e intransponível

dos limites disciplinares e de conhecimento. Assim, não haveria como escapar à institucionalização do saber e certo modo de organização das práticas profissionais, mas caberia uma abertura para influência de outros campos de saberes e práticas. Essa foi a aposta para reorganização do trabalho em saúde em Recife, onde o movimento instituinte tinha a possibilidade de gerar crise, desestruturação, instabilidade apostando em outros modos de fazer socialmente construído. Existiria, na aposta do coletivo em “Defesa da Vida”, a possibilidade concreta de uma reorganização democrática do trabalho em saúde, com uma relação dialógica entre os diferentes profissionais e invenção de outras ofertas possíveis no campo da Clínica.

Tanto o núcleo quanto o campo seriam, pois, mutantes e se interinfluenciariam, não sendo possível detectar limites precisos entre um e outro. Contudo, no núcleo haveria uma aglutinação de saberes e práticas, compondo uma certa identidade profissional e disciplinar. Metaforicamente, os núcleos funcionariam em semelhança aos círculos concêntricos que se formam quando se atira um objeto em água parada. O campo seria a água e o seu contexto (CAMPOS, G., 2000a, p. 54).

Assim, dispositivos podem favorecer o trabalho em equipe transdisciplinar e disparar outros modos de funcionamento no lidar com agravos e situações complexas de saúde. Esse movimento partiu da incorporação de profissionais de saúde na atenção básica, fortalecendo o apoio matricial e buscando um movimento permanente de construção de práticas integrais de saúde. Partiu-se da operacionalização e favorecimento à elaboração de projetos terapêuticos singulares e projetos de saúde coletiva. Partiu-se da tentativa de instituir o apoio especializado matricial, com apoio das equipes e profissionais dos ambulatórios especializados às equipes de atenção básica, bem como matriciamento “horizontal” entre as equipes da rede básica.

A implantação das equipes de apoio ao saúde da família incluiu entre cinco e dez profissionais com diferentes formações com o objetivo de vinculação a uma quantidade de equipes de saúde da família – entre 8 e 15 ESF por equipe NASF. Foram ao todo 22 equipes de NASF/NAPI com apoio, inicialmente, para todas as equipes de saúde da família e posterior ampliação para unidades básicas tradicionais que tivessem seu processo de trabalho pautado na adscrição e vinculação da população. Equipes de NASF com composição diversa, a depender

da característica e necessidades de cada lugar, de cada microrregião de saúde e duas equipes de NAPI com apoio às equipes de saúde da família dos Distritos Sanitários II e III em práticas integrativas, inicialmente vinculadas à Unidade de Referência Municipal mas com agendas de trabalho junto às equipes e usuários na atenção básica. A oferta das práticas integrativas incluiu variadas práticas, como Tai Chi Chuan, Liang Gong, Yoga, Bioenergética, Massoterapia, Acupuntura, Homeopatia, Medicina e Terapia Ayurvedica, Alimentação Saudável, Fitoterapia, Percussão e Dança, além do laboratório próprio de medicamentos homeopáticos e implantação da fitoterapia na relação de medicamentos para toda a rede de atenção. Parte dessas atividades eram realizadas nos espaços comunitários, praças, praia, pólos do programa academia da cidade entre outros.

Às equipes de apoio caberia realizar ações específicas na singularidade das unidades de saúde apoiadas em relação aos profissionais e trabalho em equipe, bem como em relação ao atendimento dos usuários e famílias. Se daria mediante atendimento compartilhado, discussão de casos e elaboração de projetos singularizados individuais ou coletivos, oferta das práticas de educação em saúde, grupos terapêuticos, participação no acolhimento, articulação da rede de atenção e intersetorialmente. O objetivo seria o aumento da qualidade da atenção, ampliação de resolutividade na atenção básica, fomento ao trabalho em equipe na produção da transdisciplinaridade, melhora da corresponsabilização e vinculação das equipes de referência com seus usuários e famílias.

A retomada da responsabilidade sanitária, da concepção de equipes de referência necessariamente caminha para outras formas de organização da rede de saúde, mediante novas demandas e paradigmas de funcionamento da rede. Por esse motivo, a discussão trazida pelo coletivo dos trabalhadores e equipes gestoras tem sido alterar as regras de encaminhamento para especialistas ou para exames de alto custo. A proposta em implantação, juntamente com a equipe de regulação assistencial, tem sido definir regras para encaminhamento de forma a valorizar os casos com hipótese diagnóstica e avaliação de risco/vulnerabilidade.

A partir deste raciocínio, Gastão Campos (2007) sugere prazos: casos urgentes, atendimento imediato no mesmo dia; casos com risco, atendimento em até

três dias; casos normais, entrarão em lista de espera por ordem de chegada. Em virtude dos recursos serem limitados, temos de avaliar risco e garantir acesso primeiro aos que têm maior probabilidade de morrer ou adoecer gravemente. A proposta em Recife, em parte tem funcionado dessa forma, contando com os médicos reguladores e protocolos de acesso. Em parte esbarra nas filas da atenção especializada, falta de avaliação de vulnerabilidade, encaminhamentos desnecessários, falta de acesso aos ambulatórios especializados e apoio diagnóstico dos hospitais e serviços estaduais, completamente desintegrados das necessidades territoriais.

O processo de implementação aconteceu com um forte movimento de apoio e construção de modalidades de trabalho com os profissionais da rede, que também definiram o processo de trabalho das equipes NASF/NAPI de forma a assumirem conjuntamente a vinculação de usuários e demandas/ofertas de acordo com cada realidade territorial. A análise da inserção dos novos profissionais revelou o paradoxo e heterogeneidade do processo, onde fortalecia algumas equipes para a prática da Clínica Ampliada e Compartilhada e, em outras, reproduzia o modelo consumidor de consultas, procedimentos e medicamentos. A tendência à burocratização também era percebida ao avaliar o cronograma de atividades dos profissionais das novas equipes de apoio, com uma predominância de reuniões e atividades administrativas.

Essas avaliações aconteceram juntamente com os profissionais do NASF e equipes distritais, revelando o perfil dos profissionais inseridos, sua formação pautada no modelo biomédico, fragilidade nas práticas clínicas e desconhecimento/medo para lidar com os sujeitos e realidades concretas dos territórios de saúde. Outra percepção foi a fragilidade para lidar com temas da Saúde Coletiva e dificuldade de apoiar a mudança dos processos de trabalho em equipe, com fragilidade nas ofertas.

Ações foram disparadas para lidar com as dificuldades que iam surgindo, como monitoramento das atividades, avaliação dos projetos terapêuticos produzidos e análise de indicadores locais de saúde, avaliação das consultas compartilhadas e ações territoriais, definição de cronograma de atividades com registros das

atividades, atividades formativas para fortalecimento das práticas entre outras. O movimento instituinte apenas inicia a partir da implantação dos serviços, sendo necessário o espaço coletivo e permanente para análise, diagnóstico, correção de rumos e ampliação das possibilidades de intervenção no cotidiano. Essa aposta foi incorporada pelo coletivo da gestão, associada ao cuidado para que os dispositivos e arranjos não fossem capturados pelo modo tradicional de funcionamento e produção em série.

Contudo, existiu um reconhecimento da ampliação das ofertas em saúde por parte dos trabalhadores e por parte dos usuários em suas diversas expressões, seja nos movimentos organizados, Conselhos de Saúde, na inclusão das crianças com visão subnormal e cegueira para atividades terapêuticas, de produção de autonomia e reabilitação juntamente com as ESF/NASF/centro de referência em oftalmologia, na estimulação precoce de crianças com prematuridade, no acompanhamento dos usuários portadores de transtornos mentais ou uso abusivo de álcool e outras drogas entre outros. A realização de uma prática clínica ampliada foi um movimento do conjunto de atores da rede, na busca de processos que facilitassem/promovessem essa lógica.

O atendimento compartilhado foi analisado como um processo em andamento, com resistências de alguns profissionais em realizarem essa atividade como uma possibilidade no seu cotidiano de trabalho, embora outros o utilizassem com mais frequência no cotidiano. As avaliações do trabalho do NASF evidenciaram essa resistência por parte de alguns profissionais médicos, principalmente, ao mesmo tempo em que afirmavam os deslocamentos existentes na rede em torno da possibilidade de compartilhamento de saberes e práticas. Essas avaliações foram reveladas nas matrizes de monitoramento e avaliação da atenção básica, expressas em depoimentos dos grupos focais, evidenciados nos resultados de acompanhamento do trabalho das equipes. O duplo efeito do dispositivo foi ser um meio de trabalho da Clínica com produção de crise, desestabilidade e insegurança por parte de alguns profissionais, provocando também deslocamento na rigidez das profissões, conceitos e possibilitando diálogos antes não “autorizados” de serem praticados no cotidiano. Tem sido, na percepção do profissionais das equipes de

saúde da família e equipes de NASF, uma atividade de educação permanente, fortalecimento da Clínica e ampliação do campo de saberes e práticas.

Um exemplo na diversidade de possibilidades e dispositivos que vem conectando a rede e possibilitando o exercício da integralidade é a inserção do professor de educação física em interface com a rede básica e com os serviços de saúde mental – albergues terapêuticos e CAPS. Nestes últimos, em alguns serviços, o educador físico entra na composição da equipe como técnico de referência com vinculação e acompanhamento terapêutico de usuários e suas redes sócio-familiares. As atividades ofertadas não fazem com que o profissional abandone seu núcleo de identidade, de saber e de prática mas possibilite a ampliação das práticas e mantenha uma abertura com outros campos do conhecimento.

Aqui a noção de transdisciplinaridade vai ganhando novos contornos. Não se trata de abandonar o movimento criador de cada disciplina, mas de fabricar intercessores, fazer série, agenciar, interferir. Frente às ficções preestabelecidas, opor o discurso que se faz com os intercessores. Não uma verdade a ser preservada e/ou descoberta, mas que deverá ser criada a cada novo domínio. Os intercessores se fazem, então, em torno dos movimentos, esta é a aliança possível de ser construída quando falamos de transdisciplinaridade, quando falamos de clínica (PASSOS; BENEVIDES, 2009a).

Produzir esses agenciamentos, misturando vozes, olhares como elementos de passagem de um território a outro. Também foi a forma prioritariamente adotada para trabalho em equipe na assistência domiciliar. O Serviço de Assistência Domiciliar foi implantado em 2010, atingindo a cobertura de todos os Distritos Sanitários em 2011. Foi definido como dispositivo para atenção domiciliar, para fortalecimento na atenção básica como coordenadora do cuidado e a gestão territorial no desafio de provocar as redes integradas de atenção.

A intenção seria, a partir da atenção integral e trabalho em equipe, evitar hospitalização desnecessária, efetivar a “desupalização” disponibilizando um conjunto de cuidados para usuários acamados e portadores de doenças crônicas. Neste sentido, a busca da Clínica ampliada apostava numa maior vinculação de usuários e famílias com suas equipes de referência territorial, com suporte para cuidados intensivos domiciliares, diminuindo a dependência por serviços pautados na queixa-conduta. O projeto terapêutico singularizado era o dispositivo para

responsabilização das equipes e articulação das redes, equipamentos de saúde e equipamentos sociais necessários para produção de autonomia.

A discussão de caso clínico aproximava profissionais intensivistas e com experiência hospitalar dos profissionais e usuários da rede básica, desestabilizando as fronteiras disciplinares e provocando ampliação das práticas – pautando o sujeito em situação singular de moradia, relação sócio-familiar, subjetiva ao lidar com o agravo; provocando outras ofertas terapêuticas para lidar com situações complexas presentes na vida real numa combinação com diferentes especialidades e núcleos profissionais; buscando produzir saúde e autonomia além do tratamento, recuperação, reabilitação, prevenção de agravos. A equipe básica do SAD funcionava como equipe de referência, juntamente com a equipe da atenção básica, podendo acionar a equipe matricial e outros agenciamentos a depender da necessidade do caso. Uma inquietação comum das equipes do SAD, no início da implantação, era o medo do território, das comunidades consideradas como “violentas” e dos usuários acamados vítimas dessa própria violência. Várias conversas foram necessárias na gestão da clínica e abordagem do efeito “subjetivo” da violência na cidade, sendo necessária a definição da SMS que a abordagem dos usuários consideraria os critérios clínicos para sua inclusão ou não na assistência domiciliar e as idas nos territórios considerados “violentos” se daria, necessariamente, com uma articulação com a equipe de referência da atenção básica, principalmente o agente comunitário de saúde.

O acionamento do SAD se dava em todos os sentidos, mas fortemente pelas equipes da rede básica, com a diretriz de discussão caso a caso dos critérios de inclusão e não inclusão, acompanhamento clínico e alta. A dificuldade na cogestão do serviço e diálogo entre perfis profissionais diferentes, foi importante no início do trabalho, mas criando condição para outra relação entre profissionais, entre esses e usuários e suas famílias. Na avaliação de um ano, com quase 300 pacientes vinculados, as apresentações de caso clínico evidenciava que outros movimentos estavam acontecendo: equipes com padrões de relação e vínculo entre profissionais, exercício da transdisciplinaridade, acionamento da rede com melhor comunicação entre serviços, acionamento de políticas específicas para apoio na

elaboração de projetos singulares – como a política de atenção ao envelhecimento – e maior satisfação das equipes da atenção básica e usuários.

Portanto, a assimilação do conceito de rede e a experimentação de sua potencialidade representou uma inovação para a organização da atenção no campo da saúde, procurando dar conta da coprodução tensa entre a rede assistencial e o território.

Dessa forma, a assimilação do conceito de rede representaria uma inovação importante para a organização da atenção no campo da saúde: responsabilidades diferentes, diferentes tipos de poder, diferentes funções sem hierarquizar complexidades ou importância no processo de produção do cuidado em processos mais flexíveis. É, portanto, diferente da organização em pirâmide, com sua base e sua cúpula. Não há hierarquia de importância estável ou permanente entre os que compõem a rede. Ou seja, na rede, a complexidade não tem endereço fixo (RIGHI, 2010, p. 65).

Contudo, rede não é o simples ajuntamento de serviços ou organizações, requer a adoção de elementos que deem sentido a esse entrelaçamento de ações e processos (SANTOS, 1997). Existem indicações que a implantação de dispositivos de garantia do acesso aos serviços e entre eles, discussão de caso com acionamento do apoio matricial, definição de equipe de referência tenham potencializado a integração em rede e com isso tenha favorecido a implementação de princípios e diretrizes do SUS, como a integralidade e a equidade.

Em resumo, podemos afirmar de maneira abrangente que rede de serviços, ou de atenção à saúde, é a interconexão dos serviços, de diferentes funções e perfis de atendimento, em todos os níveis de densidade tecnológica do sistema de saúde, que operam de forma ordenada e articulada no território, dotada de elementos tecno-sanitários e organizacionais, entre eles a regulação assistencial, que permitam uma gestão sistêmica e harmônica, com o objetivo de garantir o direito das pessoas à saúde (ANDRADE, 2011).

No entanto, é relevante nesta pesquisa considerar o alerta de que o potencial de conexão das redes também pode levar a normas próprias e ao isolamento devendo cuidar para que elas se desenvolvam a partir de inovações nas formas de gestão territorial do SUS (RIGHI, 2010).

Nessa mesma linha Milton Santos (1996) nos indica que não é possível reduzir tudo a produção de redes, referindo-se a um “acontecer solidário”, uma certa contradição entre território - espaço vivido e a produção de redes.

As redes constituem uma realidade nova que, de alguma maneira, justifica a expressão verticalidade. Mas além das redes, antes das redes, apesar das redes, depois das redes, com as redes, há o espaço banal, o espaço de todos, todos os espaços, porque as redes constituem apenas uma parte do espaço e o espaço de alguns. (SANTOS, 1996, p.17).

Sem valorizar o espaço vivido, há o risco de segregar, separar equipamentos por áreas de especialidades e de projetar esses equipamentos sobre territórios. Nessa perspectiva teórica, a trama da rede de atenção tecida sobre um território também pode escondê-lo. Pensar o SUS apenas como uma rede hierarquizada impede que se veja o território sob a rede e induz a visualização e produção de redes homogêneas em níveis hierárquicos (RIGHI, 2010, p. 64).

A integração de serviços é apenas um dos aspectos da produção das redes de saúde. Esta forma de integração, que articula serviços com características semelhantes, é denominada por Righi (2010) de “processos de integração funcional”. A mesma autora ressalta que, a rede que interessa para um projeto de ampliação da democracia e da qualificação da gestão e da atenção do SUS não pode se reduzir a articulação de serviços de um entorno funcional, mas também valorizar o entorno territorial.

Viver numa rede de atenção como se ela se resumisse a um escalonamento de níveis de atenção, é viver a partir da compreensão de que é o especialista que tem as capacidades técnicas necessárias ao tratamento dos casos mais graves e faz com que os doentes encaminhados a estes percam o vínculo com a equipe da atenção básica. O efeito desta divisão de tarefas é o empobrecimento da capacidade clínica da atenção básica e o reforço do poder dos especialistas.

A regulação do acesso necessita de desenho de rede com pactos firmados, contemplando os diversos atores envolvidos, que funcione à partir da atenção básica e que estabeleça os perfis e as referências de cada serviço que a componha, em um determinado território. Os diversos equipamentos e serviços que compõem uma rede de saúde, devem funcionar como pontos de atenção e seu acionamento deverá

se dar de acordo com os casos atendidos e demandados; garantindo, com isso, que os serviços não funcionem de forma isolada e responsabilizando-se conjuntamente pelo acesso, atenção integral e continuidade da assistência. Isso implica um fluxo adequado de informações entre as unidades que compõem o sistema, sejam elas hospitais ou postos de saúde, públicas ou privadas credenciadas ao SUS, situadas em diferentes municípios ou estados.

Tomar os funcionamentos e seus efeitos permite a afirmação que tem sido possível espaços e dispositivos para exercício da Clínica transdisciplinar, novamente considerando uma rede em movimentos, com paradoxos existentes e disputa com os modos instituídos. A afirmação diz respeito a experimentos na busca de combinações, sínteses, trabalho em equipe que insistem na produção de outros modos de fazer, possibilitando outras subjetividades possíveis.

A substitutividade e a desinstitucionalização são elementos fundamentais para a produção de novas maneiras de cuidar, de novas práticas de saúde em que o compromisso com a defesa da vida norteia o pacto de trabalho das equipes (RECIFE, 2011d, p. 09).

7 CLÍNICA E POLÍTICA NO TERRITÓRIO: “TOMAR A TERRA DE ASSALTO”.

O desafio sempre foi como fazer as pessoas parte desse processo de mudança, com formulação dentro das pessoas. Ninguém muda com portaria, se mudasse o SUS estava dado. Todos os trabalhadores têm autonomia no encontro com o usuário, dentro do consultório, no fazer da Clínica. Se ele não achar que é importante, se não for convencido que melhora para ele, para o paciente e para o sistema ele não faz! (informação verbal¹⁰).

Realizar o percurso analítico do movimento institucional em torno da mudança não é tarefa simples, ainda mais para colocar em análise as implicações e intervenção da própria pesquisadora. Por isso e pelo reconhecimento/identidade teórico-política com os temas da democracia institucional, militância em defesa da vida e aposta em outras possibilidades de relação entre as pessoas a lembrança do romance *Tomar a terra de assalto* (CAMPOS, G., 1999) foi oportuna. Essa leitura ajudou na narrativa, como numa história com personagens reais e parte dela fruto da nossa capacidade de criação em composição com o mundo real, das situações vivenciadas nos espaços de reformulação da Clínica, da gestão, da cultura institucional em Recife respondendo e refazendo as questões colocadas na pesquisa: qual o objetivo teria a elaboração do modelo proposto? Qual o modo utilizado para sua viabilização? Qual movimento o projeto teria produzido? Que mudanças aconteceram?

Essas questões suscitavam outras de ordem mais ampliada que passavam pelas indagações das pessoas envolvidas com o projeto diante das contradições institucionais encontradas: seria possível outra instituição? Seria possível e desejável para os coletivos envolvidos um movimento em busca da produção de liberdade e autonomia e não, principalmente, controle e dominação? Que invenções seriam possíveis para combinar o atendimento das necessidades sociais com interesses e desejos dos sujeitos envolvidos?

Assim, partir do trecho da narrativa do romance onde personagens da história real como Che Guevara, Engels, Marx, Gramsci, Freud, Hitler se encontram no “Estado-divino” foi interessante para a análise e considerações sobre o movimento instituinte:

¹⁰ Depoimento grupo focal 2

Bastou prestarem atenção ao que acontecia nos Territórios, para que empresários e revolucionários incrementassem suas críticas ao Estado-divino. A burocratização, a centralização do poder no Gabinete, a pequena autonomia dos Departamentos; não haveria como melhorar a vida sem retirar poder ao Estado divino, queixavam-se todos. No entanto, uns queriam a volta do mercado; e os outros a democracia direta e a reorganização do Estado-divino em Unidades Lúdicas de Produção. A maioria dos revolucionários imaginava tomar o Estado de assalto, depois, com o tempo, talvez, o modificassem segundo o interesse da maioria. Rosa Luxemburgo rebelou-se contra esse simplismo. Não se trataria de tomar o Estado de assalto, mas de modificá-lo, alterando a organização social e a distribuição de poder nos Territórios (CAMPOS, G., 2000b, p. 47).

A defesa do projeto levou em consideração que não haveria situação ideal para iniciar o movimento e precisava ser iniciada dentro dos limites de governabilidade e na realidade das instituições públicas de saúde. Uma nova sociabilidade era desejada por um coletivo que se construía na gestão, que imediatamente tratou de recompor os espaços colegiados com capacidade de análise e decisão, inventando arranjos e dispositivos para a cogestão com a extensão possível naquele contexto. Assim, foram redefinidos e reconstituídos, com outras metodologias, o colegiado ampliado de saúde mental, os fóruns temáticos distritais, as pautas e conduções das reuniões de microrregião com equipes de saúde, os colegiados gestores das equipes, o colegiado gestor da secretaria de saúde – ampliado e com ofertas temáticas e análise de políticas, o colegiado de urgência do município, o colegiado da atenção básica entre outros. A ideia seria colocar em análise o projeto em busca de outras possibilidades de política de saúde que colocasse em prática outro modo de fazer na produção de saúde para usuários e suas redes sociais, ressignificasse o trabalho para o conjunto de profissionais de saúde e trouxesse boa parte das pessoas em torno do movimento em defesa do SUS, de sua sustentabilidade e legitimidade social.

A combinação de diretrizes que traduziam os princípios do SUS, por sua vez foram traduzidos em movimento para a rede, para as equipes, de forma a ocupar os territórios de saúde com possibilidades criativas e busca pelo reencantamento das pessoas. A Defesa da Vida propunha uma nova possibilidade de refazer utopias, buscar mudança na condução complexa de situações reais, numa cidade marcada pelas contradições intraurbanas e pela realidade social de exclusão. Retomar o compromisso da Clínica com a defesa das causas sociais, de ajudar na retomada dos

movimentos nos bairros e aliar-se na defesa da intervenção comunitária, no pleito pela educação, pela distribuição de renda, pela habitação. Ainda retomar os temas da defesa do SUS reconhecendo a diversidade do povo brasileiro na liberdade sexual e reprodutiva, nos modos de vida, na pluralidade cultural traduzindo a equidade e integralidade da atenção. Combinar o fazer com a provocação de modalidades de cogestão, de produção de autonomia, autocuidado, intervenção comunitária e ampliação da capacidade de análise e de intervenção das pessoas diante da vida, da saúde, das instituições. Essa é uma afirmação da inseparabilidade entre a Clínica e a Política.

E por que esse destaque da interface clínica-política? Porque aí nos encontramos com modos de produção, modos de subjetivação e não mais sujeitos, modos de experimentação/construção e não mais interpretação da realidade, modos de criação de si e do mundo que não podem se realizar em sua função autopoiética, sem o risco constante da experiência de crise. O que queremos dizer é que definir a clínica em sua relação com os processos de produção de subjetividade implica, necessariamente, que nos arrisquemos numa experiência de crítica/análise das formas instituídas, o que nos compromete politicamente (PASSOS; BENEVIDES, 2009a, p. 163).

O movimento, portanto, tem um significado de aposta clínico-política de maneira a caracterizar uma resistência ao instituído, aos processos de assujeitamento das pessoas, da ocupação privada dos espaços públicos, da degradação institucional no sentido do clientelismo e redução dos sujeitos e coletividades à condição de objeto. A experiência Clínica, neste sentido, tem a potência de retomada na dimensão coletiva e da experimentação pública.

Entendemos a vida pública, como em Hannah Arendt (2009), enquanto o lugar do comum, o terreno comum a todos onde os que estão presentes ocupam nele diferentes lugares, onde as coisas podem ser vistas por muitas pessoas numa variedade de aspectos. Esse plano coletivo ou lugar do comum termina quando é visto somente sob um aspecto e somente lhe é permitido uma perspectiva. Ainda partindo das concepções desta autora, falamos de um mundo comum onde a realidade não é garantida pela natureza comum de todos os homens que a constituem, mas pelo interesse comum no mesmo objeto, ainda que com diferentes posições e numa variedade de perspectivas. A destruição do mundo comum faz com que as pessoas se tornem inteiramente privadas, privadas de ver e ouvir as outras e privadas de ser vistas e ouvidas por elas. Quando isso acontece, diz ela: “São todos

prisioneiros da subjetividade de sua própria existência singular, que continua a ser singular ainda que a mesma experiência seja multiplicada inúmeras vezes” (ARENDR, 2009).

Dessa forma, a aposta clínico-política é que somente existe possibilidade de mudança considerando o plano do comum, do coletivo onde a gestão da Clínica e da Saúde Coletiva pode se constituir como espaço de produção de liberdade, de autonomia e democracia nos territórios. Nesse sentido a aposta é o funcionamento em rede, realçando a importância da Defesa da Vida como um critério de julgamento para as ações das pessoas e de trazer o sentido de finalidade das práticas de saúde enquanto práticas sociais. Seria esse, portanto, o objetivo do projeto: reconhecer que uma das finalidades da política, de inventar projeto na secretaria de saúde, de fazer gestão somente teria sentido se fosse para a construção do bem-estar e da justiça social. Assim, os serviços de saúde deveriam ser avaliados pela sua capacidade de produzir saúde.

Na mesa permanente de negociação com os sindicatos, no meio da confusão, um técnico de enfermagem falou como o acolhimento melhorou o acesso e a relação com a comunidade e entre a equipe. A discussão da Clínica permeia a mesa de negociação, muito se conversa sobre o processo de trabalho. E isso não se deu à toa. Vejo duas razões importantes para isso: mais e mais profissionais discutem sobre os temas do processo de trabalho, discussão de caso e são muitas as possibilidades de encontro. A mudança vem na hora de trocar experiências, de discutir os instrumentos para a transdisciplinaridade. A mudança é bem mais complexa e o processo recente (informação verbal¹¹).

A aposta se colocava na construção, no plano do comum, do espaço coletivo de que outra instituição era possível, mesmo considerando uma hegemonia institucional que caracterizava o interesse particular de grupos e de pessoas em concentrar poder, predominando sobre o interesse coletivo com capacidade para assegurar justiça social e democracia nos territórios. Era desejável por parte do coletivo da gestão e pela imensa maioria dos trabalhadores da rede de saúde, sendo a afirmação de resistência da Clínica ao predomínio da racionalidade gerencial hegemônica e da racionalidade política predominantemente interessada na manutenção de grupos no poder. Desenvolver meios políticos, instrumentos técnicos, modos de gestão, dispositivos clínico-políticos poderia ajudar a diminuir

¹¹ Depoimento grupo focal 2

esse predomínio, apostando na capacidade de intervir das pessoas, instituindo contrapoderes e limitando o fazer burocrático e autoritário. Seriam gradientes de autonomia e cogestão na busca da democratização da vida em sociedade. Essas invenções foram sendo feitas na implantação de dispositivos, arranjos, modos de funcionamento com maior e menor grau de sustentabilidade, considerando o contexto, o espaço e o tempo da intervenção.

Assumir a gestão da Secretaria de Saúde trazia grandes desafios para o coletivo que propunha um projeto de saúde a partir da intervenção para mudança: dar continuidade à expansão da rede e, por dentro dela, agregar outras diretrizes político-sanitárias alterando os rumos das proposições anteriores, além de colocar os objetivos institucionais em questão sem paralisar as ações na rede de saúde. Um exercício de aproximação e distanciamento em torno do ideário adotado pela saúde pública até então. O município vivenciou, no período de 2001-2008 um crescimento extremamente rápido na disponibilidade de serviços de saúde em toda a rede, tendo na rede básica sua maior expressão a partir da expansão da estratégia do saúde da família.

A intervenção centrou esforços para a consolidação dos serviços implantados, potencializando as ações em andamento através de mecanismos de fortalecimento institucional, de espaços de diálogo e desenvolvimento da gestão do trabalho e da estrutura gerencial que apoiassem a proposta. Foram reformulados desenhos e estruturas organizacionais, apostando nos profissionais vinculados à rede de serviços como protagonistas do processo de criação de outra prática, buscando assegurar certa sustentabilidade com seleção interna para gerentes de serviços e definição de gerente de unidade básica de saúde (RECIFE, 2011a).

A definição do gerente da unidade básica de saúde tinha o objetivo de facilitar o apoio às equipes de saúde da família e unidades básicas na gestão da Clínica e da Saúde Coletiva, com ênfase em processos pedagógicos que valorizassem o trabalho em equipe e as diretrizes do Modelo em Defesa da Vida. O público alvo seriam profissionais de carreira da atenção básica à saúde - médicos, enfermeiros, dentistas, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, farmacêuticos com atribuição de gerir a unidade

básica de saúde de acordo com as diretrizes do modelo de saúde do município e da política de atenção básica. Planejar, avaliar e monitorar os processos da unidade, apoiar na garantia do acesso e acolhimento, vinculação e responsabilização com a população, bem como reorganizar as equipes de referência para novas propostas de territorialidade deveria constituir tarefas dessa função, facilitando a comunicação entre profissionais e a articulação da rede.

Outros objetivos seriam apoiar na qualificação da Clínica e das ações de vigilância à saúde do território, incentivar o trabalho transdisciplinar, acompanhar e apoiar os projetos terapêuticos singulares e manter regularidade na manutenção de equipamentos, insumos e registro de informações. Uma primeira e única seleção foi realizada em 2011, conseguindo garantir vagas para algumas das unidades de saúde com maior número de equipes – todas com 4 equipes e algumas com 3 equipes. Contudo, durante o tempo da pesquisa, ainda era insipiente a figura do gerente da unidade básica de saúde, não tendo se caracterizado como dispositivo com a potência de demonstrar mudança e alterar modos de funcionamento. Aliada a essa seleção interna, outras tiveram caráter semelhante para preenchimento das vagas de gerente clínico para os CAPS, tendo sido melhor sucedidas e incorporadas ao movimento da rede de saúde mental.

A afirmativa que estabelece uma relação necessária entre propostas, métodos para alcançá-las e organização das instituições que se encarreguem dessas etapas foi o movimento disparado em torno dessa aposta. Mário Testa (1992) chamou essa relação de postulado de coerência, examinando as formas de poder e estratégias na implementação de uma política e analisando sua capacidade de desencadear uma mobilização a depender de uma certa forma de conhecimento, sendo este um saber gerado de diversas maneiras, como as experiências de situações concretas e como os sentimentos e reflexões desencadeados por essas mesmas experiências.

Neste caminho, a proposta de Apoio Institucional, fortaleceu a ação no território e abriu o caminho para a reformulação do projeto de atenção à saúde, principalmente nos primeiros dois anos da gestão. A centralidade de esforços na consolidação das ações assistenciais, articuladas com a vigilância à saúde e a promoção, direcionaram os esforços na também qualificação das atividades meio,

buscando a racionalidade administrativa e a sustentabilidade financeira das propostas em desenvolvimento.

A proposta foi fazer gestão de outra forma, horizontalizando as relações para apoiar a Clínica. Somente acho possível apoiar uma Clínica ampliada se for indissociável do como fazer na gestão. A mudança, pensando assim, é cultural e acho que foi possível fazer mudança cultural: da atenção, do jeito de pensar e fazer a Clínica, sair cada profissional da sua caixinha e discutir mais coletivamente. Vejo isso acontecer em vários espaços: nas reuniões de microrregião, toda semana nos reunimos em colegiado gestor, na mesa de negociação permanente, nas falas dos sindicatos. Todas as Diretorias Gerais e Distritos Sanitários se envolveram porque acreditaram. Ainda não está dado, a cultura organizacional não muda da noite para o dia (informação verbal¹²).

No contexto da gestão do SUS, a definição de responsabilidades entre os entes não consegue colocar em prática uma pactuação solidária em torno da constituição de uma rede integrada de saúde com capacidade de comunicação entre os serviços. Ainda é comum a não responsabilidade sanitária por parte das secretarias estaduais com o funcionamento da atenção básica, com a ampliação da cobertura, acesso e qualidade dos serviços.

Ainda impera, na lógica de gestão das organizações do Estado, um padrão tradicional baseado em estruturas hierárquicas, segmentadas e centralizadas pautadas no fazer autoritário e personalizado, levando a pouca participação e baixa responsabilização (VASCONCELOS, 2005). Em Pernambuco não tem sido diferente e o desafio da gestão municipal foi, além de enfrentar as contradições institucionais internas no município, lidar com a centralização de uma ampla rede de atenção especializada e hospitalar sem a pactuação necessária para consolidação do SUS. Assim, não havia nenhuma corresponsabilidade para ampliação da capacidade resolutive dos hospitais com a atenção básica, nenhuma integração entre serviços especializados e dificuldades para regulação dos fluxos em urgência e emergência. Além disso, uma concorrência na implantação de serviços de caráter territorial como a assistência domiciliar, estranhamento das diretrizes, arranjos e dispositivos propostos pelo município, bem como responsabilidade técnico-financeira desproporcional com o porte de arrecadação e investimentos em saúde.

¹² Depoimento grupo focal 1

A contradição inerente das possibilidades de gestão solidária também estavam no campo do modelo de atenção e gestão propostos. Na atenção, a contradição se dava entre as diretrizes municipais e a implantação de serviços pautados na queixa-conduta e pronto-atendimento, por exemplo, sem a necessária integração com a rede existente, com importante investimento financeiro e novas instalações prediais, de forma a desestimular a carreira do médico generalista integral e diarista 20 horas nos municípios. Na gestão, a busca pela produtividade e centralidade de decisões, bem como desestímulo ao concurso público e gerenciamento pautado nas organizações sociais com forte investimento financeiro para gerenciamento de hospitais regionais e unidades de pronto-atendimento baseados nos princípios da racionalidade gerencial hegemônica.

No setor saúde essa diretriz eficientista, com forte conteúdo ideológico, mas assentada num diagnóstico de ineficiência da gestão pública, propagou e implementou arranjos de gestão que viabilizassem a terceirização da gestão pública em saúde, através das organizações sociais e das organizações da sociedade civil de interesse público, que favoreceram a precarização das relações trabalhistas no setor (VASCONCELOS, 2005).

Ainda na avaliação das dificuldades na implantação do SUS, incluem-se o financiamento insuficiente da saúde, com sobrecarga crescente aos municípios, fragmentação e engessamento do repasse, predomínio do pagamento por produção, precarização das relações de trabalho e ausência de ofertas para gestão de pessoas e relações de trabalho, não implementação das redes regionalizadas e da integralidade, além do distanciamento e burocratização das ações de planejamento e ações orçamentárias (SANTOS, 2008). No contexto singular do estudo, além das dificuldades nacionais de financiamento do setor saúde e de uma ainda insuficiente regionalização, a importante dificuldade de pactuação e cogestão tem provocado fragmentação da rede por dificuldades de diálogo entre redes municipais e estadual.

A proposta do Modelo não ficou somente na estrutura: quantas unidades, qual a cobertura, quantos serviços novos vamos inaugurar... e nem dava para concorrer com as UPAS e serviços das OS - Organizações Sociais. Foi contra-hegemônico com a saúde pública local porque apostou muito forte nos preceitos ético-políticos de mudar a relação com o trabalhador sem ser basista, sem deixar de dizer para quem veio. Essa legitimidade foi construída. Os tempos da rede e do contexto local na SES não mudaram a radicalidade da proposta: trabalhou numa construção macro, mas fortemente na

construção micro. O lugar da micropolítica foi a sacada do Defesa da Vida (informação verbal¹³).

Concluindo, o desafio de consolidar estas ações tem sido marcado pelo enfrentamento, de um lado, do ideário neoliberal e da lógica de mercado pautada no paradoxo público-privado e, por outro lado, da tradição dominante da saúde pública no contexto nacional e local, evidenciando a incapacidade para dar conta dos tempos da vida das pessoas e das dinâmicas vivas dos territórios.

Considera-se ainda que o conhecimento médico, hegemônico na formação das outras profissões em saúde, e da saúde pública têm sido sistematicamente marcados pelo apagamento do sujeito. É concreto e perceptível nas práticas de saúde o viés positivista, que considera o social como objeto ou fato quando se trata de saúde-doença, marcando a hegemonia do conhecimento médico tendendo a transformar sujeitos doentes em leis biológicas e químicas (MINAYO, 2001).

Contudo, o paradoxo dos movimentos existentes e sua complexidade, também permite aberturas e possibilidades no saber e no fazer, no pensar e no agir em saúde construindo outros referenciais na saúde mental, na atenção básica, no trabalho em equipe, na Clínica. O SUS permanece em movimento em busca de outro ideário para a Defesa da Vida. Essa foi a aposta do movimento instituinte e da afirmação clínico-política em Recife.

¹³ Depoimento grupo focal 1

8 A CLÍNICA E A SAÚDE COLETIVA

Uma das diretrizes do Modelo de Atenção Recife em Defesa da Vida trazia a necessidade de reformulação da Saúde Coletiva e sua área técnica ou campo de atuação mais estruturado – a Vigilância à Saúde. Reformulação teórica e proposição de dispositivos ofertados para a rede de serviços em busca de um modo de funcionamento com valorização do território vivo, ocupado por pessoas com história, nome e sobrenome, cultura e modos próprios de organização.

Com base na formulação de Gastão Campos (2007), a ideia seria trazer a Vigilância à Saúde numa perspectiva ampliada, um pedaço da Saúde Coletiva que estrutura um conjunto de conhecimentos sobre a produção de saúde e de doença, bem como um conjunto de procedimentos técnicos considerados potentes para assegurar saúde às pessoas.

Partindo desses princípios, algumas proposições foram ofertadas e algumas questões formuladas pela equipe de gestão: como aproximar a Saúde Coletiva do fazer concreto das equipes de saúde da família e das equipes da atenção básica? Como fazer com que a Vigilância à Saúde se apropriasse das concepções do Modelo apoiando às equipes na reformulação do seu processo de trabalho? Como corresponsabilizar as equipes/técnicos da Vigilância à Saúde pelo funcionamento dos serviços e pela atenção à saúde? Como funcionar a partir das regras instituídas, normas, mas também a partir da cogestão e produção de autonomia? Que dispositivos ajudariam para uma maior aproximação da Promoção da Saúde com a Clínica? Seria possível usar com mais frequência técnicas de Educação em Saúde? Como trabalhar com a indissociabilidade da Clínica com a Saúde Coletiva presente na prática dos serviços e equipes de saúde?

Foi assim que, a partir da reformulação do trabalho das equipes, algumas estratégias foram consideradas relevantes como instrumentos de apoio à reformulação das práticas: todos os dispositivos do Modelo, a implantação dos NASF com a inclusão do sanitarista, a valorização das práticas de Educação em Saúde na atenção básica, a transversalidade do Programa Academia da Cidade em comunicação com a atenção básica e rede de saúde mental, os projetos

intersetoriais como o Programa Saúde nas Escolas, a inclusão da equipe da Vigilância Epidemiológica na estratégia do apoio integrado ao território e as tentativas de aproximação do trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) e dos agentes de saúde ambiental e combate às endemias (ASACE).

Não é objetivo deste trabalho aprofundar em todas as ações, programas, políticas mas, a partir da prática da Clínica e das diretrizes do Modelo, analisar as interferências no e do campo da Saúde Coletiva no trabalho das equipes da atenção básica. Portanto, a ênfase será dada aos dispositivos, arranjos institucionais do Modelo Recife em Defesa da Vida e novos serviços, como meios de traduzir em modos de operar as diretrizes propostas pela política de saúde municipal.

Embora os conhecimentos de epidemiologia sejam fundamentais para a concepção da estratégia de saúde da família – como cadastro das famílias, salas de situação para definição a partir de indicadores de acompanhamento da clínica e ações executadas, bem como para a organização das ações programáticas na atenção básica, ainda mantém uma distância em operar instrumentos e técnicas com base na vigilância de serviços de saúde. A maior parte de sua ação estruturada é atribuição das equipes de vigilância epidemiológica dos Distritos Sanitários, do nível central ou de unidades maiores, com um certo distanciamento da Clínica e das ações territoriais.

Partilhamos da análise de que a epidemiologia nos serviços tem uma outra forma de atuação de grande potencial criativo que é a capacidade de produzir informações e desencadear projetos que contribuam no conhecimento da realidade em que os serviços estão inseridos e orientar ações visando promover a saúde da população (DRUMOND JÚNIOR, 2003).

A aposta é que a combinação de técnicas próprias da vigilância de serviços de saúde como captação de dados, utilização de indicadores, técnicas e métodos estruturados em projetos de intervenção, juntamente com ampliação do acesso, avaliação de vulnerabilidades, apoio matricial entre outros amplia a capacidade de realizar diagnósticos, vigilância, monitorização e avaliação de ações de saúde no âmbito coletivo, referentes a qualquer agravo. Nestas atividades a epidemiologia,

por exemplo, pode contribuir nos diversos níveis do sistema de saúde para abordagem de problema e orientações de prática, considerando a complexidade e singularidade do problema abordado. Portanto, para além do conjunto de agravos infecciosos, frequentemente priorizados pelas equipes de vigilância, a violência, o planejamento das cidades, a mobilidade urbana, os agravos em saúde mental, as doenças crônico-degenerativas e até mesmo algumas infecciosas como o dengue e a aids necessitam de ação articulada com outras áreas de atuação no serviço de saúde ou intersetorialmente na cidade.

A mesma consideração para abordagem de problemas singulares de cada comunidade, de cada território como maior quantidade de pessoas em situação de rua característica do centro da cidade ou alguns lugares na periferia, uso abusivo de álcool e outras drogas, acúmulo de lixo, moradores das palafitas e no entorno das áreas de mangue, trabalhadores das áreas de maré – como pescadores de caranguejo, falta de saneamento básico, falta de água e os problemas decorrentes de seu armazenamento entre outros.

Dessa forma, algumas habilidades relativas à Saúde Coletiva são necessárias às equipes de saúde para ampliação da capacidade da atenção básica na resolutividade de problemas individuais e coletivos: definir os grupos populacionais por idade, sexo e local de residência; avaliar as condições e problemas de saúde, bem como as causas importantes de morbimortalidade; coletar dados de saúde mediante registros de rotina, vigilância epidemiológica e levantamentos; produzir informações por meio da análise de dados; interpretar e divulgar informações sobre saúde; avaliar o nível de saúde da população em geral e identificar grupos de alto risco; decidir quais problemas prioritários de saúde; utilizar as informações em saúde para escolher entre diferentes alternativas de intervenção; desenvolver melhorias nos programas e políticas de saúde; estimar a ampliação do acesso e cobertura; avaliar a efetividade das políticas e programas na redução dos problemas, bem como identificar mudanças no nível de saúde da população (DRUMOND JÚNIOR, 2003).

Além disso, trabalhar com estratégias de prevenção e promoção da saúde articuladas com as pessoas, realizar cadastro e vinculação da população

adscrevendo e vinculando às equipes de referência com o acompanhamento ao longo da vida, utilizar estratégias de educação em saúde, trabalho em grupo, temas relevantes às comunidades e aos profissionais do território a partir da oferta e da demanda, acompanhar as pessoas com situação de vulnerabilidade, definir os casos complexos e acionar a rede intersetorial entre outros. Todo o arsenal de técnicas e métodos da Vigilância à Saúde precisava ser colocada à disposição das equipes, apoiando o fazer cotidiano dos serviços de saúde. Foram assim estruturados os NASF com inserção do profissional sanitário nas equipes a partir de 2010.

A proposta tinha como objetivo a busca da qualificação da atenção à saúde a partir do princípio da integralidade e da organização dos processos de trabalho com vistas ao enfrentamento dos principais problemas de saúde-doença das comunidades, além da incorporação efetiva de ações de promoção e vigilância em saúde no cotidiano das equipes de Atenção Básica/Saúde da Família (RECIFE, 2011e).

O documento base para inserção do sanitário do NASF em Recife ainda trazia que um dos sentidos atribuídos ao princípio da integralidade na construção do SUS referia-se ao cuidado de pessoas, grupos e coletividades, percebendo-os como sujeitos históricos, sociais e políticos, articulados aos seus contextos familiares, ao meio-ambiente e a sociedade no qual se inserem (RECIFE, 2011e).

Para a qualidade da atenção, é fundamental que as equipes busquem a integralidade nos seus vários sentidos e dimensões, propiciando a integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulando ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde; trabalhando de forma interdisciplinar e em equipe; coordenando o cuidado aos indivíduos-família-comunidade; integrando uma rede de serviços de forma a compor uma atenção integral e com diferentes identidades e papéis entre os serviços e, quando necessário, coordenando o acesso a esta rede.

Assim, considerando que a integração entre a Atenção Primária à Saúde e a Vigilância em Saúde é condição obrigatória para construção da integralidade na atenção e impacto na vida das pessoas, propõe-se a entrada do sanitário no

Núcleo de Apoio à Saúde da Família (RECIFE, 2011e). O objetivo seria de instituir/ampliar a prática de vigilância à saúde no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família, como ponto de partida para ampliação e reformulação das ações de saúde coletiva no território.

Para inclusão do Sanitarista na Equipe de NASF, a proposta de atuação dos profissionais foi organizada em eixos prioritários e com ênfase de atuação nos problemas mais comuns percebidos pelas equipes da atenção básica e pelo apoio institucional. Foram assim definidos os eixos prioritários de atuação e o processo de trabalho do sanitarista vinculado às equipes de NASF:

- a) Crianças menores de 2 anos (considerar crianças vulneráveis);
- b) Imunização;
- c) Acidentes e violência na infância;
- d) Pré-natal;
- e) Acidentes e violência nos idosos;
- f) Diabetes e Hipertensão;
- g) Tuberculose e Hanseníase;
- h) DST/AIDS (HIV e Sífilis);
- i) Câncer, com ênfase no câncer de colo de útero, mama e próstata.

Na atenção em saúde da criança, as ações priorizadas se relacionavam com os problemas e agravos comuns ao território, bem como ao processo de dificuldade de organização das equipes da atenção básica em incorporar essa prática no cotidiano. Foram incluídas as prioridades para a rede de atenção perinatal na cidade, projeto iniciado em 2009 para vinculação das maternidades às equipes de atenção básica e responsabilização no acompanhamento das mulheres e crianças, com atenção especial às situações de maior vulnerabilidade, além das prioridades temáticas constantes nos compromissos e documentos oficiais de planejamento e gestão. No quadro 10 descreve-se uma síntese da proposta:

Quadro 10 – Quadro sintético da atuação em saúde da criança do Sanitarista no NASF

TEMÁTICA	PROCESSO DE TRABALHO/ATUAÇÃO DO SANITARISTA
Crianças menores de 2 anos (considerar crianças vulneráveis);	<p>Programa Nacional de Imunização:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoramento da cobertura vacinal; • Busca de faltosos. <p>Instrumentos: Cartão espelho do ACS e ficha índice.</p> <p>Puericultura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Busca de faltosos; • Articulação em rede (casos de maior vulnerabilidade ou indicado pelo PTS); • Discussão das recomendações dos relatórios de óbito infantil/materno e intervenção para mudança; • Diarréia; <p>Outras atribuições:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apoio às ESF na organização do processo de trabalho; - Apoio à comunidade; - Envolvimento em projetos específicos. <p>Criança de risco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistemática instituída de forma heterogênea de vigilância da criança de risco (resgatar/revitalizar o sentido deste acompanhamento); • Ampliação do conceito de risco para acompanhamento/monitoramento de situações de vulnerabilidade (social, violência entre outros).

Fonte: RECIFE, (2011e)

Com relação aos outros eixos prioritários, foram organizados com base nos compromissos assumidos a partir das áreas temáticas e características territoriais, além da necessidade de reorganização da rede para atenção às doenças e agravos não transmissíveis, bem como priorizando o apoio ao território para atenção aos agravos com impacto na morbimortalidade e características de prevalência na cidade. A descrição sintética de atuação do sanitário na equipe de NASF segue no quadro 11:

Quadro 11 - Quadro sintético da atuação do Sanitarista no NASF

(continua)

<u>TEMÁTICA</u>	PROCESSO DE TRABALHO/ATUAÇÃO DO SANITARISTA
Saúde da Mulher	<p>Pré-natal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Busca de faltosas. • Exames alterados (reformular processo de trabalho instituindo responsabilização e busca ativa quando necessário – fluxo instituído na unidade de saúde para exames e análise do Sistema de informação sobre o acompanhamento pré-natal) <p>Citológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exames alterados/busca ativa; • Monitoramento da cobertura; • Apoio ao planejamento da unidade de saúde. <p>Mama:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exame físico e rotina de exames de imagem (considerar faixa etária) e reforçar na consulta do médico e enfermeiro acompanhamento para prevenção e exame clínico.
Saúde do Homem	<p>Próstata:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reforçar na consulta – Faixa etária. <p>Exames e abordagem para sintomatologia.</p>

	(conclusão)
TEMÁTICA	PROCESSO DE TRABALHO/ATUAÇÃO DO SANITARISTA
Diabetes e Hipertensão	<ul style="list-style-type: none"> • Resgatar o preconizado na atenção programática; • Incluir novidades de medicação; • Quantificar diabéticos e hipertensos em cada equipe; • Acompanhar instrumentos; • Consulta/visita/grupo com abordagem singular; • Promoção à saúde.
Tuberculose, Hanseníase	<ul style="list-style-type: none"> • Busca de faltosos/abandono tratamento; • Exames dos contatos; • Projetos específicos por território; • Ampliação da clínica e abordagem de outros agravos – oferecer o teste sorológico anti-HIV.
DST/AIDS (HIV e Sífilis)	<ul style="list-style-type: none"> • Exames alterados e cuidado nas gestantes; • Busca ativa; • Apoio ao acompanhamento/tratamento na unidade de saúde.

Fonte: Recife, (2011e)

Em diversos momentos de avaliação, repactuação e monitoramento do trabalho do NASF e inserção do sanitарista foi evidenciada a dificuldade de condução do trabalho pelo mesmo, sendo colocado em questão o perfil dos sanitарistas para atuação na vigilância dos serviços de saúde e o distanciamento da prática concreta pautada no território e na vida real. Além da formação técnica insuficiente para lidar com o território, com a apoio às equipes e com o temas da vigilância de serviços, bem como a utilização dos meios e instrumentais para o exercício profissional, existia uma fragilidade no lidar com a realidade. Essa

dificuldade sempre surgia nas discussões de avaliação, incluindo os momentos conjuntos com os profissionais, e precisava ser encarada pelo coletivo da gestão com uma ênfase pedagógica: em espaços internos de formação na prática dos serviços e em conjunto com as instituições de ensino. Contudo, não foram suficientes os espaços formativos e a articulação com as instituições formadoras para colocar o tema em pauta.

Alguns profissionais se destacavam pelo perfil individual, pela característica singular na busca do aprendizado e história de construção do conhecimento na trajetória/experiência profissional, mas foi comum a dificuldade para lidar com o papel e ser criativo a partir das necessidades das equipes e coletividades a serem trabalhadas.

Por diversos momentos, foi colocada a necessidade de redefinir ou relembrar o núcleo e o campo de saberes e práticas do sanitarista, pela confusão dos próprios profissionais, equipes de gestão e equipes da atenção básica sobre o papel, atribuição e função do sanitarista na ampliação das equipes de NASF. Uma outra dificuldade foi definir prioridades para atuação desse profissional no campo da saúde coletiva, já que a demanda do território era infinita e as equipes da gestão frequentemente solicitavam atuações “não específicas” ou “não prioritárias”, como elaboração de relatórios, demandas administrativas entre outras. A manutenção do trabalho no território também era revelada como outra dificuldade, com uma tendência de realização das atividades vinculadas aos bancos de dados, vigilância epidemiológica e planejamento na sede dos distritos sanitários e nas diretorias no nível central.

As oficinas sobre gestão de território, ocorridas em 2010 a partir da vinda para o primeiro momento e seminário sobre o tema de Dr. Roberto Marden – médico pediatra e sanitarista com experiência como gestor e secretário municipal de saúde, facilitaram o processo de redefinição da função do gerente de território dos distritos sanitários, atuação territorial, coordenação e gestão da Clínica. Esse foi um início para a formulação da inserção do sanitarista como apoio às equipes da atenção básica, além de ajudar na proposta de gestão integrada ao território.

A função das equipes dos Distritos e o papel do gerente de território ainda é fazer o trabalho administrativo, o controle da frequência dos profissionais, que precisa ser feito, mas não é só isso. O apoiador institucional também não conseguiu se aproximar de todo mundo como a gente queria e alguns foram se afastando das agendas da unidade. Quando a gente precisa de ajuda para alguma ação de intersetorialidade, para atividades coletivas na comunidade a gestão tem pouca oferta ou os tempos são muito demorados. Isso também é importante para a Clínica (informação verbal¹⁴).

Tem sido evidente a dificuldade de incorporação de outras formas de relação entre equipes gestoras e equipes de trabalhadores, sendo o apoio institucional a metodologia na busca de um fazer a partir do respeito, solidariedade, cogestão e de outro contrato entre equipes. Isso significa deslocamentos de todos os lados em torno do comum e considerando os limites necessários dos interesses individuais e corporativos. A aposta para integração da Clínica e das ações de Saúde Coletiva, precisava considerar as possibilidades do apoio às equipes nesse fazer, diminuindo a distância entre os tempos da gestão e dos tempos da rede de saúde. Assim foram propostos outros dispositivos para essa aproximação, além das reformas necessárias das equipes distritais: o NASF, o sanitarista, o apoio integrado ao território, os espaços colegiados, a transversalidade das ações de promoção e prevenção do academia da cidade, entre outros. Existe o reconhecimento por parte dos trabalhadores do movimento de deslocamentos das equipes gestoras no compartilhamento das ações, havendo uma referência à aproximação das diretorias e políticas do nível central. Essa percepção foi verbalizada pelos trabalhadores dos seis distritos sanitários, embora de forma heterogênea e ainda caracterizado como um movimento que precisaria de sustentabilidade e mais intensidade na rede de saúde.

As atribuições do sanitarista e sua inserção nas ENASF, foram definidas com base nas fragilidades percebidas no processo de trabalho das ESF. No quadro 12 apresentamos uma síntese da proposta de trabalho do Sanitarista na equipes de NASF, considerando a discussão de núcleo e campo de saberes e práticas e definindo suas atribuições e ações no território.

¹⁴ Depoimento grupo focal 3

Quadro 12 - Atribuições do Sanitarista nas Equipes de NASF em Recife

ATRIBUIÇÕES	AÇÕES
1. Traçar perfil epidemiológico e assistencial do território em conjunto com as ESF;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definir os principais indicadores de cada política de saúde junto as equipes coordenadoras e de vigilância em saúde; ▪ Elaborar sala de situação em cada uma das unidades existentes no território; ▪ Identificar e mapear riscos à saúde existentes no território; ▪ Identificar e mapear equipamentos sociais existentes no território.
2. Apoiar as ESF na construção do planejamento, valorizando os indicadores do perfil epidemiológico;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentar permanentemente perfil epidemiológico e demais informações do território relevantes à saúde; ▪ Discutir com as equipes os dados apresentados, buscando propostas para melhoria dos indicadores.
3. Participar do desenvolvimento das atividades no território das ESF;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apoiar as ESF nas diversas ações desenvolvidas no território.
4. Monitorar metas a serem alcançadas pelas ESF;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apoiar as ESF no monitoramento e avaliação de suas ações, contribuindo com a organização do serviço.
5. Estabelecer protocolo para tratamento das patologias mais prevalentes no território;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contribuir com os profissionais das ESF na elaboração de protocolos de tratamento e acompanhamento de prontuário de pacientes.
6. Definir os temas de educação continuada a serem abordados nas ESF de acordo com a demandada e necessidade de cada ESF.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elegar prioridades de temas e elaborar cronograma de discussões, agregando a ENASF, Coordenações de Políticas e demais profissionais.

Fonte: Recife, (2011e)

Os profissionais sanitaristas começaram a apoiar às equipes de saúde da família no território partindo da concepção que fazer Clínica é avaliar riscos, definir prioridades, definir entre os usuários daquela equipe quem precisa ser incluído mais rapidamente, quem precisa de atenção intersetorial entre outros. Além de operacionalizar no cotidiano processo de trabalho incluindo ações de saúde coletiva e educação em saúde, apoiavam na construção e condução de projetos terapêuticos singulares e projetos de saúde da coletividade. Ajudavam na organização de ações mais estruturadas para priorização da atenção nos grupos específicos, como acompanhamento do pré-natal, puericultura, pacientes com tuberculose ou

hanseníase, hipertensos e diabéticos entre outros. Realizavam atividades de avaliação e monitoramento dessas ações como organizar salas de situação, conhecer indicadores, acompanhamento dos recém-nascidos e mulheres no puerpério, acompanhar todos os casos em situação de vulnerabilidade, cobertura de hipertensos e diabéticos, quantas gestantes no pré-natal, áreas de risco para ocorrência de dengue, indicadores de saúde bucal entre outros.

Muitas vezes as demandas ou abertura das equipes para esse trabalho não aconteciam com a mesma velocidade das necessidades, precisando acionar outros dispositivos para pautar o trabalho em equipe ou recontratar o funcionamento. Outras vezes a necessidade era de rediscussão da área e grande número de usuários cadastrados, acionando outras equipes e a gestão na busca de saídas para os problemas. Contudo, é necessário explicitar os movimentos provocados de conflitos por um lado com equipes menos responsáveis e resistentes à nova proposta, por outro pela dificuldade de oferta do sanitarista na resolução de problemas.

O próprio NASF, com inclusão de profissionais com formações diversas, vem fazendo esse papel de disparar ações estruturadas e integradas no território, seja através da definição de risco e vulnerabilidade, no acompanhamento de projetos intersetoriais individuais ou coletivos, de trabalhos utilizando frequentemente os conhecimentos de educação em saúde ou apoio na reorganização da agendas a partir de conhecimentos da Clínica e da Saúde Coletiva. Da mesma forma, parte das equipes resistiram às novas entradas e trabalho de apoio, como também parte dos novos profissionais tinham pequena capacidade de ofertas para as situações clínicas e institucionais encontradas.

A aproximação da Clínica com a Vigilância precisa melhorar, mas o NASF e a inserção do sanitarista vêm ajudando nisso. Eu avalio que tem impacto no processo de trabalho, na aproximação com as equipes da atenção básica, com o território, mas também alguns indicadores de saúde nos mostram mudança (informação verbal¹⁵).

¹⁵ Depoimento grupo focal 1

Não é verdade que sempre se faz prevenção e promoção no saúde da família, nem quando tinha somente as atividades da atenção programática. Tem gente que entrava no consultório e somente fazia consulta o tempo inteiro, prescrevia remédio e exames. A avaliação de vulnerabilidade, rever o acesso por fila, discutir nos grupos, melhorar o vínculo, aproximar da vida das pessoas ajudou a fazer prevenção e promoção e a discutir questões coletivas da comunidade. A visão ampliada do outro melhorou minha Clínica na integração com a reabilitação, tratamento, promoção da saúde, prevenção, enxergando mais as pessoas e a vida delas (informação verbal¹⁶).

As ações integradas entre a vigilância epidemiológica e a atenção à saúde têm demonstrado, desde 2003, os resultados significativos no combate à filariose. Através das visitas domiciliares à população pelos agentes comunitários de saúde e agentes de saúde ambiental e controle de endemias, são realizadas ações e atendimento juntamente com equipes de saúde da família. O resultado têm sido de controle da doença com meta de erradicação até 2015 e previsão desse resultado ainda em 2012 – redução de 99% dos casos desde 2003 e registro de 04 casos em 2011. A mesma integração é fundamental para o acompanhamento dos agravos em saúde, seja para ações de vigilância ambiental, prevenção de acidentes e violência e estratégias no campo da promoção à saúde.

Podemos perceber que um conflito presente na rede de atenção, explicitada por algumas críticas acadêmicas relativas à função do sanitarista, como na discordância de parte da equipe da vigilância à saúde e falta de implicação na definição de seu papel, diz respeito ao afastamento entre a Clínica e a Promoção da Saúde. Diz respeito também, na nossa análise, da negação da Clínica pela tradição da saúde pública e dificuldade em reconhecer seu valor de uso e papel na melhoria das condições de saúde da população.

Para a grande maioria da tradição sanitária brasileira, a clínica ficou de fora de suas análises, a não ser para despedaçá-la com críticas. Digamos que, para a tradição hegemônica sanitária, a clínica devia ser combatida, pois era dominante e pretendia resolver pela cura problemas na sua dimensão individual, quando – sob o novo paradigma sanitário ou médico-social – eram entendidos como tributários de uma produção social (CAMPOS, R., 2006, p. 65).

¹⁶ Depoimento grupo focal 3

Essa tentativa de juntar partia da necessidade de valer-se de práticas de Saúde Coletiva – promoção, prevenção, vigilância à saúde e práticas da Clínica no lidar com problemas de saúde de forma integral. Partia da necessidade de ampliação da Clínica e de colocar em análise a própria saúde coletiva/vigilância à saúde/promoção da saúde e suas práticas. O conflito e os movimentos se davam pelas diretrizes do modelo afirmativas, em que fatores de risco precisam ser considerados a partir das pessoas, bem como agravos e doenças na sua singularidade. Singularidade individual e singularidade das coletividades, tomadas muitas vezes, como objeto das ações coletivas.

A promoção tem receitado “estilos de vida” e feito análises de risco com a mesma arrogância com que antigamente a clínica se adjudicava para influenciar a vida dos pacientes. Contudo, devemos reconhecer que a clínica predominante ainda é restrita. Ou se mantém arrogante fazendo receitas não negociadas com usuários, ou ficou degradada em procedimentos queixa-conduta nos pronto-atendimentos. Poucos agravos respondem a essa modalidade de abordagem. O quadro epidemiológico brasileiro mostra prevalência crescente dos distúrbios crônicos, péssimos para serem enfrentados sem vínculo e sem ampliação da clínica (CAMPOS, R., 2006, p. 67).

Olhar o quadro epidemiológico ajuda na percepção da necessária integração das práticas, considerando a dimensão preventiva da Clínica e a dimensão terapêutica da Saúde Coletiva, bem como as possibilidades de impacto na vida das pessoas e característica de adoecimento e morte da população. Foi assim que o coletivo da gestão apostou no convênio de cooperação, a partir de 2009, com a organização Observatório do Recife, ligada à Fundação Avina, que elabora estudos sobre condições socioeconômicas, de educação, mobilidade, renda e saúde. O início dos trabalhos do Observatório do Recife se deu em maio de 2008 e surgiu diante da situação vulnerabilidade em diversas áreas estratégicas da cidade do Recife. A discussão permanente dos indicadores amplia a capacidade de avaliação e enfrentamento dos problemas de saúde e as estratégias de organização da rede, como ajudou na análise dos resultados e impacto nos indicadores de saúde na cidade. O convênio de cooperação contempla o fornecimento dos dados oficiais da prefeitura, além da disponibilização de técnicos da gestão municipal para discutir, esclarecer, avaliar e propor novos indicadores ao relatório anual que o Observatório do Recife produz e divulga junto à sociedade.

Na discussão temática sobre a rede de saúde mental no município, por exemplo, a convite do grupo condutor do Observatório, foram evidenciados coletivamente os avanços de ampliação dos serviços, adscrição e vinculação de usuários no território, melhora da capacidade de acolher usuários em situação de crise psiquiátrica nos CAPS, abertura das residências terapêuticas, fechamento de mais de 600 leitos, diminuição da internação em psiquiatria e número de atendimentos da urgência no Hospital Ulysses Pernambucano – referência estadual para urgência psiquiátrica e internação.

No relatório anual da Organização Observatório Recife foram publicados os indicadores de saúde da cidade, com melhora dos indicadores sensíveis na organização da rede e ampliação do acesso. Em novembro de 2011, a equipe de técnicos da SMS iniciou o processo de levantamento de informações para construção do Balanço de Gestão 2009-2011, que teve como objetivo apresentar as principais ações realizadas pela Secretaria de Saúde dos três primeiros anos da atual gestão nas diversas áreas (RECIFE, 2012a).

Após a consolidação, as informações foram apresentadas para o Núcleo Gestor da Secretaria e transformadas em um caderno temático publicado em março de 2012. Partindo desses indicadores e dos dados/indicadores municipais, o balanço de gestão 2009-2011 publicado pelo município, evidenciou ampliação de rede, abertura de novos serviços e impactos na saúde, como: aumento de todas as coberturas vacinais com níveis acima de 95% - coincidindo com a incorporação de técnicos de enfermagem por equipe NASF para apoio na política municipal de imunização, o menor índice de mortalidade infantil pós-neonatal desde o início dos registros em Recife - acompanhando a tendência de queda da mortalidade infantil, diminuição das internações por diarreia em crianças menores de cinco anos, diminuição da gestação na adolescência, diminuição da mortalidade materna, nenhum caso de tétano, sarampo, difteria, rubéola, raiva humana e raiva animal entre outros (RECIFE, 2012a).

Evidente que os indicadores em saúde são parâmetros utilizados com objetivo de avaliar, sob o ponto de vista sanitário, a higidez de agregados humanos, bem

como fornecer subsídios para o acompanhamento e planejamento das ações em saúde (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

A mensuração da situação de saúde associada às condições de saúde é um desafio permanente para instituições que busquem a mudança das realidades e os indicadores precisam evidenciar as ações de forma ampliada, associadas às características de organização da atenção e gestão na saúde. O objetivo aqui é trazer indicativos das possibilidades de mudança, ampliação e reformulação das práticas relativas à produção de saúde em Recife, não entendendo como absoluta a apreensão da realidade a partir disso, mas sua aproximação.

9 O APOIO INSTITUCIONAL E O APOIO INTEGRADO AO TERRITÓRIO COMO INVENÇÃO DE PRÁTICAS

O movimento a priori instituído pelo coletivo da SMS/Atenção à Saúde foi, no primeiro mês do primeiro ano da gestão municipal - 2009/2012, reformular o trabalho da Gerência de Atenção Básica em função do Modelo de Atenção e Gestão proposto. A equipe foi redefinida e ampliada partindo da reavaliação do modo de funcionamento até então desenvolvido e, com uma ênfase pedagógica, inicia-se a aposta numa recomposição com base na concepção de apoio institucional (CAMPOS, G., 2000; CAMPOS, G., 2003).

O apoio institucional foi adotado como postura metodológica partindo do pressuposto que a relação de gestão acontece entre sujeitos e que haveria necessidade, naquele contexto, da mudança na relação instituída entre os executores das funções típicas de gestão em Recife e os operadores das atividades finalísticas, com uma aproximação necessária e reconstrução da legitimidade em torno de objetivos comuns e pactuados coletivamente.

Uma definição fundamental para o trabalho do apoio institucional foi horizontalizar as relações, sem esquecer o lugar de cada um na roda e o que representava, sua função e objetivo. O fazer junto têm sido muito potente para provocar mudança e aproximação com o território e faz a gente trabalhar em cima da realidade concreta: o que o trabalhador precisa, o que o usuário precisa com ampliação da autonomia. O processo de apoio às equipes da atenção básica tem sido difícil de operar e gratificante ao mesmo tempo. Estamos aprendendo fazendo, mas somente podemos funcionar nesse papel se a gente puder mudar também a partir da prática e se apostar que outro SUS é possível (informação verbal¹⁷).

Um pressuposto seria a invenção de um modo de funcionar na relação com as equipes que enfatizasse e interferisse na produção social e subjetiva dos próprios trabalhadores e usuários, buscando maiores gradientes de autonomia, cogestão e democracia institucional. Partiu-se do referencial teórico-político de Gastão Campos (2000b; 2003) na definição dos pressupostos abordados na aposta metodológica em Recife, a saber:

- a) A coprodução singular do processo saúde/doença/intervenção, onde a intervenção concreta do sujeito e de outros atores envolvidos produzem um

¹⁷ Depoimento grupo focal 2

- certo modo de vida, determinado estado sanitário, determinada capacidade de lidar com conflitos e estabelecer contratos e determinada capacidade para compreender e lidar consigo mesmo;
- b) A atenção em saúde e a coprodução do sujeito a partir das diretrizes apontadas como propostas para reformulação da Clínica e da Saúde Coletiva, com ênfase no sentido tripartido do trabalho em saúde – trabalha-se na produção de valor de uso para outros sujeitos externos ao coletivo da organização, trabalha-se para si mesmo assegurando a existência social e construção de significado e trabalha-se para reprodução das condições de trabalho e fortalecimento da organização;
 - c) A construção de autonomia como finalidade em coeficientes e graus, nunca como conceito absoluto;
 - d) O Método Paidéia como metodologia para lidar com relações interpessoais de modo construtivo e dialético aplicado às práticas profissionais da saúde, da política e da gestão, partindo do reconhecimento inevitável da diferença do outro e existência de conflitos de interesse e visão de mundo. O Método propõe a construção ativa de espaços coletivos, objetivando tanto interferir no contexto como contribuir para ampliação da capacidade de análise, de tomar decisões e de agir sobre a realidade dos sujeitos envolvidos. O Apoio é a aplicação do Método Paidéia a organizações e ao trabalho e corresponde tanto a uma nova função gerencial como a um novo modo para se fazer a direção, coordenação, planejamento e monitoramento;
 - e) O Apoio opera em um mundo de três dimensões – a do conhecimento e da técnica, a do poder e a dos afetos partindo do pressuposto de que a gestão e o trabalho em saúde se exercem entre sujeitos, ainda que com distintos graus de conhecimento e de poder.

Colocar em análise as situações institucionais, apresentar proposta de meios de trabalho, arranjos institucionais e dispositivos melhorando a possibilidade de intervenção na busca de saídas pelos coletivos apoiados e pelos coletivos da gestão. Assim, o ponto de partida da proposta se deu na redefinição do papel da GAB, tendo também a finalidade de reformular os tradicionais mecanismos de gestão dentro dos Distritos Sanitários e na relação das Diretorias Gerais com a rede de saúde no apoio à Clínica e à Saúde Coletiva. Relação caracterizada por um

enorme afastamento das equipes gestoras com a rede – muitas vezes afastamento não apenas pela dinâmica colocada na relação de poder, mas uma distância presencial mesmo, de solicitações de cumprimento de tarefas pelas equipes da rede alheias do fazer cotidiano dessas próprias equipes, centralidade na supervisão dos trabalhos com ênfase no controle e na disciplina, burocratização das relações e exigências para o trabalho em saúde mais pautado no meio, no instrumento, na produção e no relatório do que mesmo nos resultados da ação clínica. Por outro lado, as equipes com funções mais tipicamente de gestão verbalizavam o desencantamento com o perfil dos profissionais para a saúde pública e, principalmente, para o exercício de uma atenção primária de qualidade. Verbalizavam e agiam com base numa tendência – paradoxal, caracterizando o trabalhador como o funcionário público descompromissado e irresponsável, com baixa capacidade para resolver problemas e revelando o sofrimento na realização das tarefas típicas de gestão.

Na realidade, a gestão tradicional tem como foco de sua ação a produção de bens ou serviços para pessoas externas a organização e o fortalecimento organizacional. Ao lidar com trabalhadores e usuários como objeto descuidava-se de interferir na produção social e subjetiva desses sujeitos, com tendência de reprodução de formas burocratizadas de trabalho (CAMPOS, G., 2000).

A aposta no apoio institucional em Recife teve como objetivo principal o apoio à Clínica e à Saúde Coletiva na atenção básica ampliando a capacidade de análise sobre o processo saúde e doença, sobre o contexto e sobre si mesmo, ampliando a capacidade de intervenção e de elaborar compromissos, contratos e relações em rede.

Foram organizadas duplas de profissionais de saúde com experiência na rede de saúde de Recife, experiência na clínica e vontade de fazer diferente, constituindo uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiras, assistentes sociais, dentista, farmacêutica, psicólogos de modo a se constituírem como referências técnico-políticas por Distrito Sanitário. Um dos objetivos seria a implantação das diretrizes e dispositivos propostos pelo modelo de atenção e gestão com foco na rede de atenção primária, bem como a própria reorganização do

trabalho da GAB a partir de uma gestão colegiada e com funções definidas, de modo a considerar os saberes e práticas de cada profissional. Assim, uma enfermeira exercia a função de apoiadora institucional de um distrito sanitário e também seria a referência na reorganização dos protocolos clínicos da rede. Um médico exercia a função de apoiador institucional de um distrito sanitário e era a referência técnica para a urgência e emergência na atenção básica, de maneira que cada apoiador exercesse uma função de referência para o grupo e para o coletivo da gestão em algum saber vinculado a sua formação ou experiência profissional. Tudo sem perder a possibilidade de repensar os espaços organizacionais como espaços de cogestão, de compartilhamento de saber e os meios de trabalho utilizados pela Clínica e pela Saúde Coletiva na produção de uma relação dialógica entre profissional de saúde e usuários e entre equipes de gestão e equipes técnicas da rede de serviços. Denominou-se função campo e função núcleo com base na discussão de campo e núcleo de saberes e práticas (CAMPOS, G., 2000a).

A proposta de reorganização da atenção básica foi apresentada e discutida em diversas reuniões do colegiado gestor da secretaria de saúde e iniciando o trabalho de apoio aos distritos sanitários e equipes da atenção básica. O debate da implantação se dava em torno do movimento instituinte de outro modo de apoiar equipes com foco na cogestão e na coprodução de dispositivos para o trabalho em equipes de saúde. O eixo conformador do método não tinha a disciplina e o controle como centro, mas o fazer a partir do contrato de trabalho, com ênfase pedagógica e foco no aprendizado coletivo. A aposta não tinha a pretensão apenas de definição de um lugar institucionalmente definido para o apoio institucional – “achava que o lugar dos apoiadores institucionais era na GAB” (informação verbal¹⁸), mas definição de outros modos de fazer na gestão a partir da diretriz de cogestão, protagonismo, autonomia, responsabilização e sustentabilidade da proposta de modelo de atenção e gestão, valorizando a pactuação com os trabalhadores da rede de saúde.

O apoio institucional foi, então, tomado pelo coletivo gestor como método de gestão que reformulava os princípios da “supervisão” institucional fortemente adotada no trabalho dos distritos sanitários e equipes de gerentes de território, das

¹⁸ Depoimento grupo focal 2

gerências de políticas do nível central, das coordenações de programas e diretorias gerais. Assim, foi possível redefinir outra diretriz teórico-política em busca de uma reformulação prática do trabalho em saúde, com pressupostos de valorização da autonomia dos sujeitos, formação de grupos sujeitos, trabalho em equipe e maiores gradientes de autonomia institucional.

Posteriormente, as equipes do nível central do Planejamento, da Regulação da Assistência à Saúde, Administrativo-financeiro e Gestão de Pessoas, buscaram utilizar a proposta de metodologia de apoio institucional no apoio aos DS e equipes/áreas técnicas da rede, definindo referência por equipe e o fazer conjuntamente, aproximando-se das demandas territoriais.

A Diretoria Geral de Planejamento e Gestão vem implementando o Apoio Institucional junto às áreas técnicas (gerências, diretorias e coordenações) e, implantando nos seis Distritos Sanitários. A Gerência, compreendendo o Apoio Institucional como uma estratégia de organização do processo de trabalho, objetivou descentralizar as ações desta diretoria para os distritos e áreas técnicas, fortalecendo a prática do planejamento, programação, monitoramento e avaliação no território e nas áreas executoras, promovendo o debate e a elaboração dos instrumentos de gestão e estabelecendo uma rotina de monitoramento das informações estratégicas da Secretaria de Saúde, focando a construção coletiva das práticas de planejamento, com parceria e diálogo a partir de diretrizes normativas e estratégicas.

A inserção do Apoio Institucional no território foi realizada inicialmente a partir de reuniões com as diretorias e gerências dos DS, para apresentação das propostas do Planejamento e, posteriormente, foi definido junto aos DS o modo de atuação do Apoio Institucional no território.

Algumas dificuldades iniciais como choque de agendas e resistência de alguns atores em aceitar, ou entender esta nova forma de fazer a gestão foram encontradas, portanto, a institucionalização do Apoio Institucional, enquanto uma nova forma de 'fazer' na prática do planejamento, segue como um desafio para gestão (RECIFE, 2012b, p. 18-19).

Em janeiro de 2011, uma outra aposta metodológica foi discutida e implantada com foco na rede e nas demandas dos trabalhadores e usuários do território, com base na aposta teórico-prática do apoio institucional: o apoio integrado ao território - AIT. Embora a metodologia do apoio institucional continuasse sendo o movimento instituinte de outra maneira de se relacionar entre equipes gestoras e equipes de trabalhadores da rede de serviços, existia a necessidade de aproximação das equipes de nível central com o território e suas demandas e necessidades. A Diretoria de Atenção à Saúde propõe, então, primeiramente com todas as gerências

e equipes técnicas das políticas estratégicas da Secretaria de Saúde, um fazer combinado com a rede territorial, com agendas e prioridades de trabalho definidas conjuntamente e elegendo atividades com base no fazer real das equipes da atenção básica, com base nos indicadores de saúde e na percepção das dificuldades cotidianas das equipes gestoras com relação ao trabalho na rede de saúde. Assim, o que era esperado no processo do apoio integrado eram o fortalecimento da capacidade de gestão de todos os atores envolvidos e a qualificação da atenção à saúde, bem como estimular uma rede dinâmica, solidária que se dá entre sujeitos. Envolveram-se todas as políticas vinculadas à Diretoria de Atenção à Saúde: Atenção à Saúde da Mulher, Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, Práticas Integrativas e Complementares, Atenção à Saúde do Idoso, Saúde da População Negra, Programa Academia da Cidade, Saúde da Pessoa com Deficiência, Tuberculose, Hanseníase, Saúde Bucal, Saúde Mental e Redução de Danos – com atenção ao uso abusivo de álcool, tabaco e outras drogas, além da proposta de inclusão da Política de Prevenção aos Acidentes e Violência e Atenção às DST/HIV/Aids localizadas formalmente na Diretoria de Vigilância à Saúde.

Muita gente das equipes de gestão e técnicos dos DS e do nível central, principalmente das Políticas, ficavam em suas salas, nas suas atividades administrativas e preocupados com seus relatórios de monitoramento de alguma coisa. Achavam que gestão da rede se dava assim, de longe, somente monitorando. O apoio integrado fez com que as pessoas sentassem na roda das equipes, na realidade da rede e da comunidade e precisava se comprometer com as agendas definidas pelo grupo...isso tem acontecido muito mais. A gente vê que muita gente nem sabia como funcionava uma equipe de saúde da família e, quando se deparou com a vida real, não conseguiu ter nenhuma oferta que apoiasse às equipes, nem assumir agendas na rede (informação verbal¹⁹).

Partiu-se do problema da fragmentação das atividades de gestão e padrão burocratizado de comunicação entre serviços e equipes de trabalho, da fragilidade na organização do trabalho dos Distritos Sanitários para apoio de forma integrada aos serviços da rede e dificuldade em funcionar com o método do apoio institucional para além do lugar institucionalmente definido da Gerência de Atenção Básica. Além disso, havia a avaliação da pulverização de especialistas sem uma diretriz territorial e de regulação assistencial, rede de atenção básica com problemas de resolutividade no acompanhamento de situações complexas e assumindo as

¹⁹ Depoimento grupo focal 2

diretrizes do modelo de atenção de forma heterogênea no território e com fragilidades em algumas equipes no acompanhamento das ações em saúde como saúde da mulher, da criança, do idoso e prevenção e controle das doenças e agravos não transmissíveis.

Um desafio colocado para a estratégia do Apoio Integrado seria trabalhar a territorialidade, priorizando a intervenção nas Unidades Básicas de Saúde denominadas como “Unidades Tradicionais”. A diretriz de trabalho foi da inclusão dessas equipes compostas por especialidades médicas básicas – pediatria, ginecologia e clínica médica, enfermeiras e técnicos de enfermagem, equipes de saúde bucal e, a maioria, com agentes comunitários de saúde e enfermeira supervisora do programa de agentes comunitários de saúde (PACS) na proposta de modelo de atenção e gestão. Foram recompostas as equipes com enfermagem e parte com equipe médica, reformulando acesso, vinculação com a população e adscrição de clientela a partir da territorialização trabalhada pelo DS, juntamente com o coletivo do AIT. Diferente do que havia sido a história anterior em Recife com a implantação das equipes de saúde da família, as equipes das unidades tradicionais foram incluídas nas agendas da gestão e contabilizadas na cobertura da atenção básica.

Os objetivos do Apoio Integrado ao Território eram facilitar a abertura de linhas de comunicação truncadas e potencializar as ações e intervenções da gestão no apoio ao trabalho das equipes, além de induzir a integração e a coordenação dos processos da gestão com ênfase no território e na atenção básica, fortalecendo a governabilidade sobre o sistema e rede de serviços. Esse seria um dos caminhos para implantar uma rede integrada de atenção e gestão, orientando as ações por prioridades de eixos estratégicos e tendo como principais produtos o fortalecimento da capacidade de gestão de todos os atores envolvidos e a qualificação da atenção à saúde (RECIFE, 2011a).

Foi definido o Apoio Integrado ao Território como um arranjo institucional ou estratégia programática para orientar a implantação ou implementação de políticas, definidas a partir das prioridades da rede de saúde e análise da gestão, com ênfase no território e na atenção básica como coordenadora da Clínica e da Saúde Coletiva

e ordenadora das ações em rede. A definição e metodologia do apoio institucional seria a diretriz teórico-prática orientadora da proposta, ampliando as funções tradicionais da gestão de avaliação, monitoramento, planejamento com uma ênfase pedagógica do fazer junto e entre sujeitos. A dimensão da integração se referia à articulação das diversas políticas, ações e dispositivos propostos com o envolvimento de todos os atores envolvidos: equipe de apoiadores – que realizava a coordenação e condução das agendas, coordenações e equipes das políticas e equipes distritais. No decorrer de 2011, se incorporaram nas agendas do Apoio Integrado outras Diretorias Gerais, como Gestão do Trabalho, Regulação e Planejamento.

As potencialidades existentes na rede municipal também foram trabalhadas e utilizadas como estratégias para implantação da proposta, como: a troca de conhecimentos e práticas entre profissionais com o apoio matricial, o estímulo do profissional ao atuar como educador na discussão de casos e atendimento conjunto, a possibilidade do maior produção de análise sobre os diferentes modos de trabalho e fazer da Clínica, a implantação dos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família com inserção do sanitarista e os Núcleos de Apoio em Práticas Integrativas, a implantação do Serviço de Assistência Domiciliar, a ampliação da rede de Saúde Mental com diversidade na oferta terapêutica e a implementação do Programa Saúde nas Escolas buscando a integração com a educação. Foram utilizados, principalmente, os dispositivos propostos pelo Modelo em Defesa da Vida como diretriz de trabalho para os coletivos, além das intervenções em andamento como as da Policlínica Lessa de Andrade no Distrito Sanitário IV, da Policlínica Agamenon Magalhães no Distrito Sanitário V, a inauguração da Policlínica Salomão Kelner no Distrito Sanitário II e do Centro de Hipertensão, Olhos e Diabetes no Distrito Sanitário III, em interface com a Diretoria de Regulação para reformulação do processo de trabalho.

A proposição do Apoio Integrado ao Território foi discutida em colegiado de Núcleo Gestor da SMS e no coletivo ampliado da Diretoria de Atenção à Saúde, bem como sua operacionalização. O passo a passo de como operar foi definido em etapas, a seguir:

- a) definir equipe de referência por Distrito Sanitário, incluindo todas as coordenações de políticas e suas equipes técnicas e definindo os apoiadores de cada Distrito;
- b) cada apoiador do coletivo integrado precisaria funcionar a partir do campo de saberes e práticas comum a todos – o modelo de atenção e seus dispositivos para a rede, como também atuaria no seu núcleo de competência específico, como por exemplo, a equipe de atenção à saúde da criança apoiaria na revisão do acesso com acolhimento em determinada equipe de saúde da família e apoiaria no acompanhamento da criança de risco;
- c) o apoiador da Gerência de Atenção Básica atuaria na oferta de dispositivos do modelo de atenção e agenciaria a integração no território, com função coordenadora das agendas e eleições de prioridades – a coordenação do Apoio Integrado seria da Gerência de Atenção Básica com monitoramento coletivo das ações e resultados;
- d) a construção das prioridades se daria no coletivo de referência de cada Distrito Sanitário em conjunto com a equipe distrital, levando em consideração equipes prioritárias a serem apoiadas, indicadores de saúde de cada lugar, ações a serem implantadas com base nos eixos de trabalho prioritários;
- e) iniciar o primeiro encontro definindo um projeto de saúde para cada Distrito, com simultaneidade entre geração, coleta e análise das informações;
- f) definir reuniões sistemáticas de trabalho da equipe de referência com e no Distrito Sanitário, para redefinição de prioridades, monitoramento das ações e intervenções, operacionalização das agendas pactuadas;
- g) utilizar os encontros já definidos de discussão e deliberação como os fóruns de saúde mental, as reuniões com as equipes por microrregião, os encontros de discussão de caso e matriciamento;
- h) pactuar reuniões nas equipes, serviços e comunidades com base nas prioridades, trazendo ofertas externas às equipes, com base nas diretrizes do modelo, protocolos, saberes específicos das políticas, ao mesmo tempo valorizando as demandas do grupo e as dificuldades e potências em cada unidade de saúde;
- i) a cada roda se buscaria informações – coleta de dados, as interpretariam – análise e tomariam decisões com definição de tarefas práticas (CAMPOS, G., 2000 b);

- j) trabalhar com os eixos prioritários e transversais a toda rede – atenção à criança, atenção à mulher e às doenças e agravos não transmissíveis definindo as ações concretas como atenção perinatal, reformulação e/ou implementação dos protocolos clínico-assistenciais, vinculação das gestantes às equipes de referência e maternidade – incluindo a referência para pré-natal de alto-risco, atendimento conjunto com especialistas, discussão de projetos terapêuticos singulares para casos complexos, atendimento ao idoso potencializando a rede social entre outros.

As rodas de análise e avaliações sobre o trabalho do apoio institucional e do apoio integrado ao território foram reveladoras de questões importantes. Dois coletivos foram os principais espaços de análise do modelo de atenção, da gestão e das metodologias propostas: o colegiado semanal dos apoiadores institucionais da atenção básica e o colegiado mensal para monitoramento do apoio integrado ao território.

Algumas situações reveladas foram: a dificuldade de ofertas quando equipes da gestão se aproximava do território e o perfil das pessoas em funções gerenciais; a proteção por trás das ações de monitoramento e vigilância; a difícil mudança de modos de pensar baseado na avaliação coletiva do funcionamento das políticas; a dificuldade de escuta da crítica; a dificuldade de operacionalizar rede integrada com outro padrão de comunicação entre equipe e serviços; a corresponsabilidade com o funcionamento da rede para impacto na política específica; a necessária entrada no cotidiano das equipes escolhidas como mais “complexas” e a elaboração de projetos singulares de intervenção junto com essa mesma equipe – inclusive o reconhecimento de algumas pessoas “inapoiáveis” (informação verbal²⁰).

Um tema disparado a partir desses colegiados foi a necessidade de descentralização das equipes de nível central para o DS, ampliando a autonomia no território e definindo na rede referências técnicas para Políticas Estratégicas – Unidade de Referência em Cuidados Integrados responderia pela Política de Práticas Integrativas e Complementares ou a Unidade de Referência em Reabilitação

²⁰ Depoimento em oficina sobre o tema do Apoio à Clínica e à Saúde Coletiva em 2011

responderia pela Política de Atenção à Pessoa com Deficiência, aproximando a formulação com a execução de serviços, o saber com o fazer, a gestão com o território. Ainda assim era preciso repensar a organização e oferecimentos a partir das Políticas consideradas estratégicas no nível central, bem como disparar uma ampla reforma gerencial e administrativa para reformulação do trabalho nos Distritos Sanitários.

Os resultados não são todos imediatos, alguns são difíceis de perceber a priori. O tempo deu para disparar muita mudança em alguns lugares, em outros menos. O que isso tudo nos revela é o tamanho da nossa implicação com outras possibilidades de uma rede mais solidária e que vamos precisar de mais tempo para ser referência com tradição em atenção básica, com resolutividade, com sustentabilidade. Precisaremos agregar outras ações como reforma na atenção especializada, integração com rede estadual, apoio e abertura dos hospitais, cultura de regulação assistencial, melhora na organização dos Distritos Sanitários (informação verbal²¹).

O processo de territorialização também significou uma importante ação disparada pelo Apoio Institucional na atenção básica e reforçado pelo Apoio Integrado ao Território. Uma forma de aproximação com o objeto de trabalho da gestão e das equipes e de instituir equipes de referência para usuários/comunidades e equipes de referência para apoio às equipes de saúde. Este processo foi relatado como a principal etapa para apropriação do território, tendo o objetivo de identificar a real situação de saúde da população e melhorar o acesso aos serviços, incorporando a reorganização do processo de trabalho, fortalecendo o princípio da universalidade na busca da equidade e integralidade, através do uso da adscrição da clientela. Trabalhou-se com a adscrição da clientela definida territorialmente, nas unidades básicas tradicionais, favorecendo a construção do vínculo entre os usuários e os profissionais de saúde, criando relações de confiança e fortalecendo o processo de corresponsabilização pela saúde da população.

Foram definidas as Equipes de Referência das Unidades Básicas de Saúde (Tradicionais), de maneira a cobrir a maior parte do território onde não havia cobertura da estratégia de saúde da família. Uma forma de resgate das equipes vinculadas à população e corresponsabilização com a saúde das pessoas. Assim, foram priorizadas a incorporação dessas equipes nas áreas cobertas pelo Programa

²¹ Depoimento grupo focal 2

de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Foi preciso considerar o problema estrutural de inadequação e degradação dessas unidades, além da recomposição das equipes pela insuficiência de profissionais em todas as categorias. Foram priorizados DS e Unidades que inicialmente se dispunham à reorganização, com levantamento de necessidade de profissionais, lotação de enfermeiras e técnicos de enfermagem diaristas em todas elas, além da definição do acolhimento para reorganização do acesso, avaliação de vulnerabilidade e cronograma de atividades das equipes com diversificação de ofertas terapêuticas. À equipe de enfermagem foi solicitada a retomada no cotidiano de atendimento e estruturação de atividades clínicas para grupos vulneráveis, bem como a integração dos médicos das especialidades básicas – pediatras, clínicos e ginecologistas para realização de trabalho em equipe. A composição das agendas precisaria levar em consideração a vinculação da equipe de referência com sua população definida, o respeito aos vínculos anteriores já estabelecidos e a cobertura para apoio matricial às equipes de saúde da família.

Um trabalho inacabado, com uma situação institucional caracterizada pela dureza do instituído, numa lógica de funcionar através da produção de cota de consulta, valorização da quantidade de atendimentos realizados, agendamento por demanda espontânea em ordem de chegada uma vez por semana ou quinzenalmente. Os profissionais se caracterizavam, no geral, pela distância com as necessidades de saúde da população e distância das diretrizes propostas pela gestão, além do não cumprimento da carga horária, principalmente, pelos médicos. Além disso, ficou evidenciada a dificuldade de enfrentamento do problema, por parte das equipes distritais e da gestão, como ainda uma distanciamento das equipes distritais em relação ao cotidiano das equipes das UBS. Contudo, o trabalho foi iniciado no DS IV e no DS V, além de outras unidades em outros territórios específicos.

Vale a pena lembrar a ausência de financiamento e ofertas técnicas para outras modalidades de composição das equipes da atenção básica, além da estratégia do saúde da família, por parte das SES e MS. As novas portarias publicadas pelo MS para atenção básica não foram capazes de melhorar as possibilidades de ampliação de cobertura e valorizar os recursos disponíveis nos

municípios, bem como diminuir o subfinanciamento no setor. Portanto, a busca de saídas para a reorganização da rede básica e melhora da sua capacidade de cobertura, vinculação e resolutividade ainda tem sido um trabalho solitário dos municípios, com todas as dificuldades em lidar com as distorções e degradação frequentemente presentes no trabalho em saúde.

10 O MOVIMENTO INACABADO: A INVENÇÃO DE PRÁTICAS E AS POSSIBILIDADES DA DEFESA DA VIDA NO SUS

Refazendo a análise do trabalho de intervenção institucional, percebe-se a complexidade do contexto e os movimentos intensos e ricos do processo. A intervenção, na corrente socioanalítica francesa, indica o caráter concreto e material da análise institucional (MOURA et al., 2003). Segundo esses autores, a diversidade de correntes que vão compondo o campo da Análise Institucional vai ser convocada para formular novos modos de operar na situação de intervenção, produzindo novos conceitos e desestabilizando as teorias das quais partiram.

Foram, portanto, três anos de intervenção num diálogo permanente com as equipes, com as contradições do campo, com a aposta/projeto sugerido pela equipe condutora da gestão da saúde municipal. Um projeto que teve a finalidade de intervenção e de dar partida para uma mudança em relação aos anos anteriores e de outros movimentos no SUS da cidade. Outros movimentos considerando que não havia somente cristalizações, a rede já estava em movimento, havendo a necessidade, portanto, de cartografar as forças instituintes e instituídas presentes no contexto.

O contexto e os fenômenos foram investigados enquanto experiência viva e vivida, considerando as argumentações de Varela (2003) que a percepção não consiste na reconstituição de um mundo pré-estabelecido, mas no direcionamento perceptivo da ação em um mundo que é inseparável de nossas capacidades cognitivas. Este autor, defende a ideia de mudança nas ciências cognitivas onde a cognição consiste não de representações, mas de ação corporificada onde o conhecimento é algo construído a partir de micromundos e microidentidades. Defende o desencantamento do abstrato e o reencantamento do concreto, considerando o conhecimento na experiência corporificada, incorporada, vivida na sua historicidade e contexto.

O contexto da intervenção nos modelos de atenção e gestão da saúde na cidade do Recife se deu com contradições nos modos de fazer entre o novo coletivo dirigente da saúde e as práticas gerenciais e políticas adotadas no conjunto do

município. Tais contradições colocavam em risco o sentido de finalidade da gestão municipal, pautada por práticas e valores institucionais anteriormente criticadas pelos mesmos coletivos dirigentes empossados.

No setor saúde, o projeto político apostou na mudança do modelo de atenção e gestão e foi intitulado Modelo Recife em Defesa da Vida, pressupondo redefinições de papéis, na assistência e nas relações de gestão. Teve como objetivo sugerir novos arranjos no processo de trabalho das equipes e na relação das equipes com usuários, suas redes sociais e comunidades.

Parte do coletivo gestor dos mandatos anteriores da saúde permaneceu, parte foi reformulado e novos atores foram incluídos, na gestão e na rede de atenção à saúde. A maior mudança no redesenho de organograma, papéis, funções, fluxos de trabalho se deu na Diretoria Geral de Atenção à Saúde, responsabilizada pela condução, proposição e reformulação em torno do novo modelo de atenção e gestão. Assim, foram redefinidas as coordenações de políticas, o papel da atenção básica, o papel da atenção especializada e hospitalar, foi instituído o coletivo de apoiadores institucionais junto aos distritos e equipes da atenção básica e alteradas as relações entre todos a partir de colegiados que buscavam colocar em prática a diretriz de cogestão. Essa reformulação gerencial teve a finalidade de colocar em análise a rede, o processo de intervenção e a mudança, bem como a capacidade de produzir novos sujeitos com outro grau de implicação e intervenção diante da rede e dos problemas. Esse efeito pedagógico era colocado como transversal em todas as ações propostas.

Os efeitos e dimensões da intervenção se deram em vários aspectos, descritos sob o foco da Clínica durante o trabalho e considerando a mudança como analisador. Um efeito foi instituir um movimento paradoxal, contraditório e heterogêneo na cidade: assumir o Modelo Recife em Defesa da Vida como prescrição e não como algo a ser construído processualmente partindo de outras relações de coprodução entre os sujeitos envolvidos. As atitudes autoritárias e o fazer como camisa de força surgiu em algumas falas sintomáticas dos gestores nos grupos focais e algumas falas do trabalhador, sendo importante o paradoxo surgido no grupo focal dos trabalhadores da diferença de processo entre uma equipe e

outra, bem como na relação estabelecida pelos trabalhadores da atenção básica com a base político-ideológica do Modelo, gerando por si só uma contradição. Essa característica traduz a distância entre intenção e gesto, revelando as dificuldades do movimento instituinte e necessitando uma reflexão sobre o contexto/tempo da intervenção.

Os paradoxos dos efeitos provocados pela implantação do modelo caracterizaram o desencontro entre os tempos político e operacional, por uma lado pela percepção da necessidade de alteração imediata do funcionamento da rede, dos padrões sanitários da cidade, das formas de violências institucionais nos serviços e, por outro lado, de intervenções sem a capacidade de colocar em análise a singularidade do território e o efeito pedagógico necessário à mudança. Em distrito sanitário específico, vinha com força a colocação - por parte dos trabalhadores e evidenciada pela fala daquele coletivo de gestão, do modo de gestão autoritário e centralizador, pautado no controle da frequência e disciplina e com pouca capacidade de diálogo, desde os anos anteriores à pesquisa e no seu durante. A forma de “implantação” do modelo, nesse contexto, tinha menor capacidade de abrir rodas e diálogos que pudessem expor os objetivos institucionais, colocá-los em questão, abrir para análise das dificuldades e para traduzir as diretrizes da proposta, configurando-se um processo doutrinário na relação com as pessoas.

Mudar essa forma de gestão, de relação teve impactos diferentes, portanto, embora possamos afirmar que maiores gradientes de autonomia foram sendo gerados para trabalhadores da rede básica e técnicos com funções mais tipicamente de gestão. “A relação entre as pessoas está mais horizontalizada”, “as portas da gestão estão abertas para nossa equipe”, “o trabalhador se relaciona comigo diferente de dois ou três anos atrás”, “a legitimidade do distrito com as equipes de atenção básica melhorou”, “no distrito que trabalho a equipe da gestão tem sido mais parceira e tem mais espaços de roda e escuta”, “o apoiador institucional fez junto comigo”, “no apoio institucional devia ter mais gente”, “o gerente de território deveria assumir funções de apoio institucional” foram algumas expressões frequentes pronunciadas no cotidiano da gestão, nas rodas de avaliação e matriz de monitoramento e avaliação dos dispositivos do modelo da atenção básica, bem como nos grupos focais.

Esse foi um efeito surgido a partir da intervenção e caracterizado como a dificuldade de lidar com o descompasso entre as proposições do modelo e a realidade dos serviços; a proposição do modelo e o descompromisso dos profissionais na rede; a provocação do modelo e o perfil autoritário anteriormente adotado por algumas equipes gestoras; a tensão permanente entre as metodologias de gestão e a burocracia institucional; a dificuldade das equipes de atenção básica em lidar com responsabilização e autonomia e uma insegurança das pessoas na sustentabilidade do projeto, associada a um grau de dependência importante de boa parte das equipes gestoras aos cargos e funções gratificadas.

Partindo de outras possibilidades de apreensão das dimensões dessa análise e intervenção institucional, caracterizam-se três dimensões que compõem essa narrativa, juntamente com os efeitos produzidos na Clínica a partir da oferta do modelo (CAMPOS, G., 2000b; MOURA et al., 2003):

- a) dimensão analítica: produção de sujeitos com maiores gradientes de autonomia, o que significa, maior capacidade de adotar posturas críticas diante do modelo proposto e dos modelos e práticas instituídas;
- b) dimensão da gestão: gestão participativa e democrática, com arranjos e dispositivos institucionais em relação ao trabalho em equipe e cogestão que se traduzissem em eficácia no atendimento da população e melhora no processo de trabalho;
- c) dimensão pedagógica: capacidade formativa tomada como processo de ensinar/aprendendo, aprender/ensinando e reproduzindo o efeito pedagógico, de autonomia e fortalecimento dos sujeitos envolvidos.

As percepções de mudanças e movimentos em torno dessas dimensões se traduzem nos capítulos anteriores, considerando que o exercício de separar os que nos parece importante e fundamental como efeitos da implantação do projeto/modelo Recife em Defesa da Vida não é tarefa fácil. As discussões, movimentos dos grupos e análise da intervenção em si possibilitaram constatar alguns pontos fundamentais que atravessaram a proposta e caracterizaram o contexto/tempo em que ela ocorreu:

- a) as condições do contexto interno da gestão municipal numa relação difícil com a equipe de saúde, da rede de atenção à saúde na relação com o ideário da saúde pública tradicional e a relação com as proposições neoliberais e modalidades de privatização do SUS;
- b) as condições e características necessárias às funções gerenciais para lidar com os temas, intensidade e implicação com a proposição do modelo;
- c) as dificuldades e diversidade dos perfis dos profissionais na atenção básica e outros serviços da rede especializada;
- d) os interesses corporativos dos sindicatos profissionais caracterizando movimentos privados no serviço público de saúde;
- e) as possibilidades de aproximação com as equipes no território e dificuldades pelo conflito nas relações para propor novas definições no processo de trabalho;
- f) os conflitos internos em relação ao movimento instituinte com outra lógica institucional em torno da não privatização na tomada de decisões e garantia de movimentos republicanos;
- g) as dificuldades dos coletivos em assumirem posturas com mais autonomia e sem medo das consequências individuais;
- h) a diretriz em torno da mudança no menor tempo e a pressão/adesão dos trabalhadores em torno do ideário apresentado;
- i) a parceria instituída entre a equipe gestora, em geral, a partir do compartilhamento, coprodução e coparticipação em assumir junto a proposta/modelo/projeto e transformar na prática concreta das equipes;
- j) as dificuldades em lidar com a mudança e a diferença entre o “velho” e o “novo”, tensionando nas diferenças e semelhanças com o instituído;
- k) as tendências de funcionamento burocratizado, com tendência de burocratização dos arranjos e dispositivos propostos;
- l) a dificuldade em assumir o apoio institucional como modo de fazer de todas as equipes gestoras;
- m) o distanciamento e “resistências” relacionadas às equipes de vigilância à saúde em torno das diretrizes e dispositivos do modelo.

Com relação aos efeitos na Clínica, mesmo considerando a complexidade da mudança e dos efeitos provocados na rede básica, reconhecemos efeitos quando a colocamos em interface com outros campos do conhecimento. Da mesma forma evidencia-se a possibilidade concreta de ampliação do objeto, meios e objetivo numa reformulação teórico-prática a partir das diretrizes, dispositivos e arranjos institucionais sugeridos.

Assim, existe um movimento que não está concluído – nossa aposta é que sempre estará em movimento e inconcluso, movimento com características instituintes, onde, no concreto das práticas de saúde, tem tido efetivamente a capacidade de transformação dos modelos de atenção e gestão na cidade. Essa capacidade diz respeito às experiências subjetivas geradas, à capacidade de invenção de práticas e às possibilidades de interferência na correlação de forças que concretizam o instituído e o instituinte, que permeiam as organizações de saúde e outras instituições. Assim podemos afirmar que:

- a) houve um reposicionamento dos sujeitos implicados no processo de produção de saúde, criando conflitos diante de práticas com baixo padrão de responsabilização, vínculo e opressão das pessoas;
- b) criou-se espaços dialógicos no cotidiano do trabalho em saúde na busca da democratização das relações entre sujeitos, com mecanismos de cogestão, maiores gradientes de autonomia e buscando a democracia institucional;
- c) trouxe para o cotidiano das práticas de saúde a discussão do sujeito, da autonomia, do compartilhamento das decisões na Clínica e no apoio à Clínica, desnaturalizando o instituído e produzindo espaços para ampliação do objeto de trabalho – o sujeito e as formas singulares de lidar com seus agravos, adoecimentos considerando o desejo, o interesse e a necessidade das pessoas;
- d) possibilitou espaços de coanálise e codecisão em relação aos problemas de saúde das pessoas e as dificuldades institucionais, entre todos os sujeitos envolvidos no processo, ampliando a capacidade de intervenção das pessoas diante da instituição de saúde, do cuidado com o outro, do seu próprio cuidado e diante do mundo da vida;

- e) ampliou as possibilidades de intervenção terapêutica e meios de trabalho para além da consulta médica, com diversificação de ofertas e modos de lidar com equipes, usuários e redes sociais na sua singularidade e inúmeras entradas terapêuticas possíveis;
- f) afirmou a inseparabilidade da atenção e gestão, bem como a inseparabilidade entre Clínica e Política, ampliando a concepção de objetivo das práticas clínicas, na invenção de espaços que combinassem a prevenção, promoção, recuperação da saúde e reabilitação com produção de autonomia e produção de sujeitos;
- g) possibilitou espaços coletivos e o tensionamento, internamente nas práticas de gestão e da atenção repetidoras do instituído, em torno do plano do comum, do público, da defesa do SUS enquanto política pública na sua finalidade de produzir bem-estar e justiça social;
- h) revelou com maior potência o paradoxo das redes fragmentadas de atenção, da inexistência da regionalização, dos modelos hegemônicos em torno do consumo de procedimentos e das práticas clínicas degradadas marcadas pela queixa-conduta e autoritarismo de gestão;
- i) afirmou a inseparabilidade do singular e do coletivo, da Clínica e da Saúde Coletiva, buscando invenções que disparassem outras práticas nos territórios e equipes de saúde para lidar com os dois campos de saberes e práticas em torno de uma vigilância à saúde incluída das pessoas, coletividades e comprometida com a busca de outros padrões de saúde e autonomia;
- j) afirmou o caráter transdisciplinar da Clínica, inventando espaços que propiciassem a transversalização de saberes, gerando crises na desestabilização dos rigorosos limites disciplinares e autorizando os profissionais envolvidos a se arriscarem e se abrirem para novos campos de saberes e práticas;
- k) criou tensões com as formações profissionais e suas características pautadas na racionalidade biomédica e biologicista, tensionando com as práticas clínicas tradicionais e evidenciando as possibilidades ampliadas para lidar com o processo saúde-doença;
- l) criou condições para o exercício do trabalho em equipe, com relações mediadas pelos temas reais e concretos das experiências e práticas singulares, valorizando as metodologias de cogestão;

- m) ampliou o acesso à rede básica de saúde e ofertou possibilidades para fortalecimento do vínculo, responsabilização e elaboração de projetos terapêuticos singulares;
- n) reformulou o acesso com base na avaliação de vulnerabilidade, apoiando às equipes para lidarem com as dimensões sociais e subjetivas, além das diferenças biológicas dos usuários e famílias;
- o) ampliou a capacidade de resolver problemas da rede básica com instituição das equipes de apoio ao saúde da família para todas as unidades - NASF, NAPI e serviço de assistência domiciliar;
- p) aproximou a atenção especializada da atenção básica em algumas especialidades, principalmente com as temáticas de saúde mental e técnicos de referência para todas as equipes;
- q) melhorou o acesso, a vinculação, o trabalho em equipe, a qualidade da Clínica – objeto, meio e objetivo do trabalho, o trabalho transdisciplinar na rede de saúde mental e em interface com a atenção básica.

O objetivo desse percurso analítico foi formular um conjunto de interrogações sobre os modos de produção de saúde, de forma a abrir caminho para a dupla reinvenção, de um novo senso comum e novas subjetividades individuais e coletivas, com capacidade e vontade de novas produções. Esse caminho é uma aposta para repensar o futuro e o surgimento de outras utopias possíveis.

E por utopia entendo a exploração através, da imaginação, de novas possibilidades humanas e novas formas de vontade, e à oposição da imaginação à necessidade do que existe, só porque existe, em nome de algo radicalmente melhor porque vale a pena lutar e a que a humanidade tem direito. A utopia requer, portanto, um conhecimento da realidade profundo e abrangente como meio de evitar que o radicalismo da imaginação colida com o seu realismo...na transição paradigmática o pensamento utópico tem duplo objetivo: reinventar mapas de emancipação social e subjetividades com capacidade e vontade de os usar. Nenhuma transformação paradigmática será possível sem a transformação paradigmática da subjetividade (SANTOS, 2007, p. 331).

Foi no contexto concreto, com sujeitos concretos e desidealizados, nas práticas concretas da rede de saúde que o processo de mudança pôde ser disparado. Um projeto, uma intervenção em torno de um movimento instituinte para garantia da continuidade do SUS. O movimento tinha – no pretérito imperfeito, não acabado o

significado de afirmar a resistência num duplo sentido: de oposição e de criação. Resistir se opondo ao modo como a Clínica se degrada, como parte das pessoas vem produzindo valores, instituições e práticas violentas, agregadoras de sofrimento e dependência. Por outro lado a resistência criativa e potente do movimento coletivo, de reinvenção da vida, da afirmação da solidariedade, do reencantamento com o concreto. O movimento é inacabado e permanece na rede, nas pessoas, noutros espaços do SUS, na possibilidade criada em gerar novas utopias e conectando as políticas públicas de saúde com todas as outras lutas na busca da democracia. Essa é uma aposta para continuidade do SUS, sua sustentabilidade e legitimidade junto à sociedade. Uma aposta no coletivo, na política pública e sintonizada com a Defesa da Vida.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. A organização do SUS sob o ponto de vista constitucional: Rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde. In: SILVA, Silvio Fernandes (Org.). **Redes de Atenção à Saúde no SUS: O pacto pela saúde e as redes regionalizadas de ações de serviços de saúde**. 2 ed. Campinas: Saberes, 2011. p. 23-28.

ARENDT, Hannah. **A condição humana**. 10 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

BARBIER, René. **A pesquisa-ação na instituição educativa**. 1 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

BAREMBLIT, Gregório. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 1 ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Tomar a terra de assalto**. São Paulo: Hucitec, 1999.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde Pública e Saúde Coletiva: Campo e núcleo de saberes e práticas. **Revista Sociedade e Cultura**. Goiânia, v. 3, n. 1-2, p. 51-74, 2000a.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000b.

CAMPOS, Rosana Onocko. A promoção à saúde e a clínica: o dilema promociionista. In: CASTRO, Adriana; MALO Miguel (Org.). **SUS ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 62-74.

CAMPOS, Rosana Onocko. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa (Org.). **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 122-149.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 4 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CARLINI-COTRIM, Beatriz. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.30, n. 3, p. 285-293, 1996.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Inventando a mudança no hospital: o projeto “Em Defesa da Vida” na Santa Casa do Paraná. In: CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.187-234.

COÊLHO, Bernadete Perez; COUTO, Gustavo de Azevêdo. O modelo de atenção e gestão em Recife: a dupla tarefa da produção de saúde e da produção de sujeitos no Sistema Único de Saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 44, p. 113-122, maio 2009.

COÊLHO, Bernadete Perez et al. O Modelo Recife em Defesa da Vida e a aposta na Atenção Básica à Saúde como estratégia de organização da rede de saúde: política, subjetividade e invenção de práticas. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 47, p. 39-45, maio 2012.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 2004. Dissertação (mestrado) – Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade de Campinas, Campinas, SP.

DRUMOND JÚNIOR, Marcos. **Epidemiologia nos municípios, muito além das normas**. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

ESTELLITA-LINS, Carlos Eduardo. Saúde e doença na psicanálise: sobre Georges Canguilhem e Donald W. Winnicott. In: BEZERRA JR, Benilton; ORTEGA Francisco (Org.). **Winnicott e seus interlocutores**. 1 ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2007. p. 363-390.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia, saberes necessários à prática educativa**. 5 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 1 ed. São Paulo: Atlas, 1989.

HOBBSAWM, Eric. **Como mudar o mundo**. 1 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

LOURAU, René. **Analista Institucional em tempo integral**. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

LUZ, Madel Terezinha. A contribuição de René Lourau para uma sociologia crítica das instituições. In: RODRIGUES, Heliana de Barros Conde; ALTOÉ, Sonia (Org.). **Análise institucional. Saúde e Loucura: Análise institucional**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 21-27.

MALINOWSKI, B. **Os argonautas do Pacífico**. 1 ed. São Paulo: Abril, 1984. (Coleção os Pensadores).

MASSELLI, Maria Cecília. **Estresse e trabalho de monitoras de creche: uma abordagem multidisciplinar**. 2001. Tese (doutorado) – Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade de Campinas, Campinas, SP.

MATURANA, Humberto; VARELA, Francisco. **A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana**. São Paulo: Palas Athena, 2011.

MERHY, Emerson Elias. **O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido**. Campinas, 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy>>. Acesso em: 20 jan. 2012.

MINAYO, Maria Cecília. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 7-19, 2001.

MINAYO, Maria Cecília. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MOURA, Arthur Hyppólito et al.. Análise do trabalho institucional realizado nas equipes dos distritos sanitários e no Hospital Mário Gatti de Campinas. In: CAMPOS, Gastão Wagner (Org.). **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 167-185.

PASSOS, Eduardo. Pensando a subjetividade com conceitos híbridos: a psicologia em interface com a filosofia e biologia. **Revista do departamento de psicologia da UFF**, Rio de Janeiro, n. 7, p. 109-123, 1995.

PASSOS, Eduardo; BENEVIDES, Regina. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. In: MOURÃO, Janne Calhau (Org.). **Clínica e Política 2**. Rio de Janeiro: Abaquar, 2009a. p. 95-119.

PASSOS, Eduardo; BENEVIDES, Regina. Clínica, política e as modulações do capitalismo. In: MOURÃO, Janne Calhau (Org.). **Clínica e Política 2**. Rio de Janeiro: Abaquar, 2009b. p. 157-166.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Acolhimento: o atendimento no posto mudou para melhor**. Recife, 2010.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Balço 2009 – 2011: Realizações da Gestão Municipal – Saúde**. Recife, 2012a.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Matriz de monitoramento e avaliação da atenção básica**. Recife, 2011c.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **O papel do sanitarista no NASF**. Recife, 2011e.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2006-2009**. Recife, 2005.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Recife, 2009b.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto do Centro de Convivência do Recife**. Recife, 2011d.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Recife em Defesa da Vida: Cartilha para gestores e trabalhadores de saúde**. Recife, 2009a.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2011**. Recife, 2011.

RECIFE, Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório da Diretoria Geral de Planejamento e Gestão**. Recife, 2012b.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Final da Décima Conferência Municipal de Saúde**. Recife, 2011b.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Final da Nona Conferência Municipal de Saúde**. Recife, 2009c.

RIGHI, Liane Beatriz. Redes de saúde: uma reflexão sobre as formas de gestão e o fortalecimento da atenção básica. In: BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ed do Ministério da Saúde, 2010. (Caderno: Atenção Básica, v.2).

ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Elementos de metodologia epidemiológica. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2003. p. 149-177.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A Crítica da Razão Indolente** - contra o desperdício da experiência. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SANTOS, Milton. **Por uma outra globalização, do pensamento único à consciência universal**. 15 ed. Rio de Janeiro: Record, 2008.

SANTOS, Milton. O retorno do território. In: SANTOS, Milton; SOUZA, Maria Amélia; SILVEIRA, Maria Laura (Org.). **Território, globalização e fragmentação**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 15-20.

SANTOS, Milton. **Técnica, espaço, tempo**: globalização e meio técnico-científico informacional. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, busca e escolha de rumos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 2009-2018, 2008.

SANTOS, Serafim Barbosa. **Avaliação e humanização em saúde**. Ijuí: Unijuí, 2009.

SPINELLI, Hugo. Além da quantidade e do objetivo: a avaliação como parte das micropráticas de trabalho. In: CAMPOS, Rosana Onocko; FURTADO, Juarez Pereira; PASSOS, Eduardo; BENEVIDES, Regina (Org.). **Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental**. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 103-124.

SOARES NETO, José Fernando. A saúde entre norma social e vivido subjetivo: Winnicott e Gadamer. In: JÚNIOR, Benilton Bezerra; ORTEGA, Francisco (Org.). **Winnicott e seus interlocutores** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2007. p. 345-362.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde e tecnologia. Brasília: Unesco: MS, 2002.

TESTA, Mário. **Pensar em saúde**. 1 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

VARELA, F. O reencantamento do concreto. In: PELBART, Peter; COSTA, Rogério (Org.). **O reencantamento do concreto**. São Paulo: Hucitec, 2003.

VASCONCELOS, Cipriano Maia. **Paradoxos na mudança do SUS**. 2005. Tese (doutorado) – Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade de Campinas, Campinas, SP.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Questões orientadoras do grupo focal



Centro de Pesquisas
AGGEU MAGALHÃES



Ministério da Saúde

QUESTÕES SEMI-ESTRUTURADAS ORIENTADORAS PARA O GRUPO FOCAL:

1. Como vocês descrevem a proposta do Modelo de Atenção e Gestão intitulado Recife Em Defesa da Vida?
2. Percebem mudanças no trabalho na rede da Atenção Básica à Saúde? Quais?
3. Que mudanças na Clínica a partir da oferta do Modelo – instrumentos e meios de trabalho, objeto de trabalho, objetivos vocês conseguem descrever?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Centro de Pesquisas
AGGEU MAGALHÃES



Ministério da Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - Resolução 196/96

Projeto: A reformulação da Clínica a partir das Diretrizes de Atenção e Gestão na Saúde: subjetividade, política e invenção de práticas.

Eu, _____
RG _____, aceito participar desse estudo, cujo objetivo é analisar as mudanças das práticas da Clínica, com foco na Atenção Básica à Saúde e o Modelo de Atenção e Gestão da Secretaria Municipal de Saúde do Recife a partir de 2009, cuja pesquisadora responsável é Bernadete Perez Coêlho como parte da dissertação do Doutorado em Saúde Coletiva. Fui informado (a) sobre as questões que orientam a discussão da qual participarei como sujeito da pesquisa que compõe esse grupo focal, a partir de 03 questões orientadoras para a discussão. A pesquisa em questão tem a relevância para análise sobre a Política de Saúde ofertada pela SMS Recife e se os resultados desta provocam mudanças para melhoria da Clínica e da Saúde Coletiva, bem como para o fortalecimento da rede SUS Municipal. Esse é o benefício do estudo, não havendo nenhum risco individual atribuído à participação enquanto sujeito e informante chave. Fui informado (a) que tenho liberdade de recusar ou retirar o consentimento sem sofrer nenhum tipo de penalização ou pressão, que não serei ressarcido financeiramente para participar deste estudo e que será revelado o conteúdo da discussão realizada, sem a identificação do sujeito individual fornecedor da opinião, informação ou tema do debate. Esse termo de consentimento livre e esclarecido será assinado em duas vias, ficando uma com a pesquisadora responsável e outra de minha posse.

Recife, _____ de _____ de 2011.

Participante do Grupo Focal

Bernadete Perez Coêlho -Responsável pela pesquisa

Contatos: bernadeteperez@uol.com.br

81-94886409 81-32650155

ANEXOS

ANEXO A - Matriz de julgamento para avaliação dos dispositivos**MATRIZ DE JULGAMENTO PARA AVALIAÇÃO DO DISPOSITIVO**

USF: _____

MÊS/ANO: ____/____

ACOLHIMENTO

INDICADORES	PADRÃO	PARÂMETRO DE PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO	FONTE DE VERIFICAÇÃO
Existência de equipe multidisciplinar destacada para realizar acolhimento com escuta qualificada	Sim	0,5		Observação direta e escala da equipe
Nº de turnos com equipe multiprofissional destacada para realizar acolhimento com escuta qualificada	5 turnos	5 turnos= 1,5; 3-4 turnos = 1,0; Menor do que 3 turnos = 0,5		Livro do Acolhimento e cronograma da USF
Existência do Livro de Acolhimento usado para registro diário com formato mínimo padrão a ser pactuado	Sim	1,0		Observação direta
Existência de protocolo construído pela equipe utilizado por todos os trabalhadores da USF	Sim	1,0		Observação direta
% de hipertensos/diabéticos que procuraram o acolhimento e foram incluídos em outras atividades além do acolhimento	100%	100%= 1,5; 99 – 80%= 1,0; Menor do que 80% = 0,0		Livro do acolhimento
Utilização de critérios de priorização no acolhimento (clínicos, sociais, subjetivos)	Sim	0,5		Protocolo de Acolhimento e observação direta GT e AI
Marcação de consulta não programáticas no acolhimento	Sim	1,0		Livro do acolhimento
Existência de atividades educativas na sala de espera	Diário	5 vezes/semana = 1,0; 4 – 3 vezes/semana = 0,5; < 3 vezes/semana = 0,25		Livro do acolhimento e/ou observação direta do GT/AI
Periodicidade na avaliação (avaliação do processo de trabalho + avaliação dos indicadores) do Acolhimento pelos profissionais da	Pelo menos uma reunião mensal de avaliação/	1,0		Atas das reuniões de equipe;

unidade	monitoramento			
Projeto de implantação do Acolhimento pactuado com a comunidade atrelado a uma agenda de avaliação periódica	Sim (Semestral)	1,0		Ata de reunião/assembleia com a com a comunidade

COGESTÃO

INDICADOR	PADRÃO	PARÂMETRO DE PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO				FONTE DE VERIFICAÇÃO	OBSERVAÇÃO
			ESF 1	ESF 2	ESF 3	ESF 4		
Número de reuniões técnicas	12/quadrimestre	12= 1,5; 8-11= 1,0; < 8= 0,0					Ata das reuniões	
Número de reuniões com a comunidade	4/quadrimestre	4= 1,5; 3= 1,0; 2= 0,5; <2= 0,0					Ata das reuniões	
% de profissionais com participação regular nas reuniões de micro *	100%	100 - 76% = 2,0; 75-51% = 1,0; 50-25% = 0,5; <25%= 0,25					Ata das reuniões	
% de respostas a demanda da ouvidoria	100%	100%= 1,0; 99 -80%= 0,5; < 80%= 0,0					Ouvidoria distrital	
Condução multiprofissional (3 ou + categorias da ESF) do mesmo grupo educativo	Sim	1,5					Ata do grupo	
Condução de casos de forma compartilhada (pré-natal com pelo menos duas consultas médicas)	100% das gestantes conduzidas de forma compartilhada	100%= 1,5; 80-99%= 1,0; < 80%= 0,0					SIS pré-natal	Usamos o pré-natal como um evento traçador
Construção de contratos e compromissos a partir das reuniões de equipe	Sim	1,0					Ata das reuniões	Situações que interferir no processo de trabalho devem ser pactuadas nas reuniões da equipe p.e: modificação de horário: construção de fluxos, composição da agenda:

APOIO MATRICIAL

INDICADOR	PADRÃO	PARÂMETRO DE PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO				FONTE DE VERIFICAÇÃO	OBSERVAÇÃO
			ESF 1	ESF 2	ESF 3	ESF 4		
Número de matriciamentos realizados/recebidos	12/quadrimestre	$\geq 12 = 2,5;$ $8-11 = 1,5;$ $4-7 = 0,5;$ $\leq 3 = 0,0$					Atas das reuniões, prontuários, relatórios.	NASF 100% de cobertura no município. Menor equipe 6 profissionais, trabalho em dupla: mínimo 3 visitas/mês
Número de temas diferentes matriciados (hanseníase, hipertensão, pré-natal, puericultura...) matriciados no último quadrimestre	8 temas/quadrimestre	$\geq 8 = 1,0;$ $4-7 = 0,5;$ $\leq 3 = 0,0$					Atas das reuniões, prontuários, relatórios.	Cada matriciamento em um tema, dando um desconto de 30% para os casos que necessitem de mais de uma intervenção.
Número de atendimentos compartilhados com matriciador externo* realizados	24 atendimentos/quadrimestre	$24 = 2,5;$ $12-23 = 1,5;$ $6-11 = 0,5;$ $\leq 5 = 0$					Prontuários / relatórios	Consideramos no mínimo 6 atendimentos
Número de ações no território** realizadas conjuntamente	3 ações/quadrimestre	$\geq 3 = 1,5;$ $2 = 0,75;$ $\leq 1 = 0,25$					Relatórios / atas	Pelo menos 1/mês. Descontamos 30%.
Número de grupos acompanhados / fortalecidos	16 grupos/quadrimestre	$\geq 16 = 1,5;$ $12-15 = 1,0;$ $8-11 = 0,5;$ $\leq 7 = 0,0$					Atas das reuniões	Uma reunião semanal
Número de reuniões de fomento à instituição de novos grupos	4 reuniões/quadrimestre	$\geq 4 = 1,0;$ $3 = 0,5;$ $2 = 0,25;$ $1 = 0,0$					Atas das reuniões	Uma reunião mensal

*Matriciador externo é considerado o profissional de área de atuação (*expertise*) diferente dos membros da Equipe de Saúde da Família que está sendo matriciada.

**Ações no território são consideradas atividades coletivas desenvolvidas pela equipe não contempladas nas ações programáticas.

ANEXO C - Metas profissionais para avaliação de desempenho**Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho e Incentivo à Qualidade****Metas individuais**Categoria profissional: **Médico**

Lotação: Unidades de Saúde da Família

a) Grade horária semanal padrão básica

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	Consulta geral	Consulta geral	Consulta geral	Visita domiciliar	Consulta geral
Tarde	Consulta geral	Tarde de estudo (De 15/15 dias)	Consulta geral	Reunião técnica da ESF	Atividade de Educação em Saúde (De 15/15 dias)
		Reunião de Micro (01 vez ao mês)			Apoio Matricial (De 15/15 dias)
		1 turno de Consulta geral 1x mês			

Observações importantes:

1 – Esta é uma grade horaria padrão geral que pode ser modificada de acordo com os pactos estabelecidos no Contrato singular de gestão do cuidado. A tarde de estudo comum a todas as categorias deverá ser em horário diferentes, respeitando a quinzena.

2 – Caso você participe de um turno de acolhimento em sua equipe, este turno substitui, na grade acima, um turno de Consulta geral.

3 – Durante as reunião técnicas da ESF, a Unidade não poderá estar totalmente fechada aos usuários, devendo manter serviços tais como Acolhimento à casos agudos e vacinação.

b) Total de Turnos no MÊS (4 semanas):

Consulta Geral	16	8	24
Visita domiciliar	4	0	4
Tarde de estudo	0	2	2
Apoio Matricial	0	2	2
Reunião de Microrregião	0	1	1
Reunião técnica ESF	0	4	4
Educação em saúde	0	1	1

c) Metas

Atenção Básica - Saúde da Família

Metas – Médico

<i>Indicador</i>	<i>Meta Semanal</i>	80% da meta
Consulta geral – médico	90 (por semana)	72
Atendimento clínico manhã	16	13

Atendimento clínico tarde	13	10
Tempo médio de atendimento manhã (minutos)	16,9	21,1
Tempo médio de atendimento tarde (minutos)	16,2	21,0
Visita domiciliar	5	4
Total turnos visita	1	1
Consulta com hora marcada	Todas as consultas agendadas com hora marcada	80% das consultas agendadas com hora marcada
Atividade Educação em Saúde	15/15 dias	15/15 dias
Assiduidade em espaço de co-gestão	100% mensal	75% mensal
Reuniões de equipe / USF	4	3
Reuniões com comunidade	1	1
Reuniões de microrregião	1	1

Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho e Incentivo à Qualidade

Metas individuais

Categoria profissional: **Enfermeiro**

Lotação: Unidades de Saúde da Família

a) Grade horária semanal padrão básica

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	Pré-natal	Consulta de Enfermagem	Consulta de Enfermagem	Consulta de Enfermagem	Consulta de Enfermagem

Tarde	Visita Domiciliar	Tarde de estudo (De 15/15 dias)	Citologia	Reunião técnica da ESF	Atividade de Educação em Saúde (De 15/15 dias)
		Reunião de Micro (01x / mês)			Apoio Matricial (De 15/15 dias)
		1 turno de consulta 1x/mês			

Observações importantes:

1 – Esta é uma grade horaria padrão geral que pode ser modificada de acordo com os pactos estabelecidos no contrato singular de gestão do cuidado. A tarde de estudo comum a todas as categorias, deverá ser em horário diferentes, respeitando a quinzena.

2 – Caso você participe de um turno de acolhimento em sua equipe, este turno substitui, na grade acima, um turno de Consulta de Enfermagem.

3 – Durante as reunião técnicas da ESF, a Unidade não poderá estar totalmente fechada aos usuários, devendo manter serviços tais como Acolhimento à casos agudos e vacinação.

b) Total de Turnos no MÊS (4 semanas):

Consulta de Enfermagem	16	1	17
Citologia	0	4	4
Pré-natal	4	0	4
Visita domiciliar	0	4	4
Tarde de estudo	0	2	2
Apoio Matricial	0	2	2
Reunião de Microrregião	0	1	1
Reunião técnica ESF	0	4	4

c) Metas

Atenção Básica - Saúde da Família

Metas – Enfermeiro

<i>Indicador</i>	<i>Meta</i>	<i>80% da meta</i>
Consulta de Enfermagem - Inclui atendimento de puericultura, planejamento reprodutivo, Hansen/TB, dentre outros.	51 (por semana)	41
Consulta de enfermagem manhã	12	10
Consulta de enfermagem tarde	10	8
Tempo médio Consulta de enfermagem manhã	22,5	28,1
Tempo médio Consulta de enfermagem tarde	24	30
Consulta pré-natal	32 (por semana)	26
Pré-natal manhã	8	7
Tempo médio Pré-natal manhã	33,8	34,2
Porta aberta para Vacinação no horário de funcionamento da USF	*	*

Citologia oncótica	10 (por semana)	8
Visita domiciliar	5	4
Consulta com hora marcada	Todas as consultas agendadas com hora marcada	80% das consultas agendadas com hora marcada
Atividade Educação em Saúde	15/15 dias	15/15 dias
Assiduidade em espaço de co-gestão	100% mensal	75% mensal
Reuniões de equipe / USF	4	3
Reuniões com comunidade	1	1
Reuniões de microrregião	1	1

* Se a Unidade for composta por 01 ESF, a meta é no mínimo 7 turnos de porta aberta para vacinação. Caso a Unidade seja composta por 02 ou mais ESF, a meta será de 10 turnos de porta aberta na sala de vacina