UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SÃO PAULO

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Carolina Paul Leitão

Experiência do Apoio Matricial inserido no modelo de gestão por organização social de saúde na Cidade de São Paulo

SÃO PAULO

2012

Carolina Paul Leitão

Experiência do Apoio Matricial inserido no modelo de gestão por organização social de saúde na Cidade de São Paulo

"VERSÃO CORRIGIDA"

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano da Universidade de São Paulo, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia

Orientadora: Profª livre docente Maria Luisa Sandoval Schmidt.

SÃO PAULO

2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catalogação na publicação

Biblioteca Dante Moreira Leite

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Leitão, Carolina Paul.

Experiência do Apoio Matricial inserido no modelo de gestão por organização social de saúde na cidade de São Paulo / Carolina Paul Leitão; orientadora Maria Luisa Sandoval Schmidt. -- São Paulo, 2012.

85 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Saúde pública 2. Apoio Matricial 3. Gestão da saúde 4. Humanização da assistência 5. Organização social I. Título.

RA425

FOLHA DE APROVAÇÃO

Carolina Paul Leitão

Experiência do Apoio Matricial inserido no modelo de gestão por organização social de saúde na Cidade de São Paulo

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia da Aprendizagem e Desenvolvimento Humano, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Aprovado em:_____

Banca Examinadora:

Prof. Dr.:_____

Instituição:_____Assinatura:_____

Prof. Dr.:_____

Instituição:_____Assinatura:_____

Prof. Dr.:_____

Instituição:_____Assinatura:_____

Para o Vi!

MEUS AGRADECIMENTOS:

Às queridas colegas do grupo de orientandas da Malu, pelos ótimos encontros a cada duas semanas, pelas risadas, pelas trocas intelectuais e de experiência de vida;

À Malu, minha orientadora, que com suas sempre sábias palavras sobre a vida e sobre suas experiências, ensinaram-me que eu também tenho muito para contar;

À Bi, irmã que escolhi, por ter sido minha “co-orientadora” e por me fazer mais feliz, sempre;

Às minhas irmãs e cunhados, por tornar minha vida muito mais gostosa de viver;

Aos meus pais, por me apoiarem sempre e em qualquer escolha e por serem exemplos vivos de que o ser humano é do bem;

Aos meus sogros e família agregada, por transformar Sampa em uma cidade familiar;

Ao Vi, “um anjo que caiu do céu para me fazer feliz”.

"Entendo por viagem qualquer roteiro interior ou exterior que o teria levado até o extremo de si mesmo." Julio Cortazar (Carta ao amigo Eduardo Jonquières - material não publicado)

Resumo:

Esta dissertação teve como campo de análise a experiência do Apoio Matricial (AM) em contexto de organização social de saúde, realizada pela pesquisadora que exerceu função de psicóloga do NASF (NASF), na cidade de São Paulo. O AM é eixo central do NASF e corresponde a uma ferramenta de humanização da atenção e gestão em saúde e, como tal, apresenta como objetivo geral a concretização da democracia institucional no serviço de saúde. É uma pesquisa motivada pela vivência do AM e pelas contradições experimentadas ao longo do campo prático enquanto psicóloga. Buscou compreender como a privatização da saúde atravessa a ação dos trabalhadores na concretização do AM. Apresenta reflexões sobre o repasse da saúde pública para a gestão privada a partir do paradoxo entre a implantação de uma ferramenta de humanização da saúde pública em uma organização de direito privado, com suas políticas de contratação e de avaliação de profissionais que levam os modos de fazer saúde no sentido oposto ao da democracia institucional.

Palavras Chave: 1. Saúde pública 2. Apoio Matricial 3. Gestão da saúde 4. Humanização da assistência 5. Organização social

Abstract:

The field of analyses of the following dissertation was the practical experience of using a mechanism called Matrix Support within a Social Healthcare Organization conducted by a psychologist-researcher within the Support Center for Family Health (NASF), in São Paulo - Brazil. The Matrix Support is the core of NASF activities and intends to be a tool of humanization of the care and health management and as such, has the general goal of achieving democracy in Institutional Healthcare Service. This research was motivated by my experience on applying the Matrix Support and its contradictions observed along the course as a practical psychologist. Sought to understand and explain how the privatization of the Healthcare Service has affected the action of healthcare professionals after the implementation of the matrix support. Furthermore, it presents my reflections about the transfer from a Public Healthcare System to Private Management System and the paradox of using a Public Health Humanization tool within a Private Organization that obviously has many different methods and policies such as hiring, evaluation mechanism and quantitative- individual goals.

Keywords: 1. Public Healthcare 2. Matrix Support 3. Health Management, 4. Humanization of assistance, 5. Social Organization

Sumário:

Introdução 9

Apresentação: 9

Metodologia:.....14

Sobre a Parte 1: pesquisa bibliográfica.....14

Sobre a Parte 2: de onde eu falo? 15

Parte 1.....21

Breve passagem pelos características históricas da saúde pública que compõe a criação da OSS. 21

Na Cidade de São Paulo:.....28

O lugar do AM como dispositivo da Política Nacional de Humanização 30

O Método Paidéia e o AM: 34

Parte 2: 39

O apoiador artesão: 39

Percurso:.....44

Sobre clínica ampliada*:* 51

Sobre co-gestão:.....60

As reuniões gerais: 64

A agenda:.....66

A equipe: 68

Sobre a rede: 71

Considerações finais:.....75

Referências Bibliográficas: 78

Introdução

Apresentação:

Toda pesquisa resulta do desejo de um pesquisador-sujeito cuja história de vida e personalidade constituem e motivam o tema daquela. Ao longo da minha história acadêmica, foi crescendo o desejo de me lançar à ação e a partir dela gerar um projeto de pesquisa. Tanto a prática profissional quanto a vida acadêmica eram ambas fortes motivadoras e passei a ter como ambição a produção de uma pesquisa acadêmica que fosse fruto de minha experiência profissional. Esse "pensar a prática" como produção acadêmica e essa produção ser disparadora de novas práticas era, para mim, o grande motivador de qualquer pesquisa. A idéia de desenvolvê-la originada das inquietações de uma experiência prática para retornar a ela como outra era o meu maior interesse.

E dessa maneira foi como ocorreu. Foi a partir do campo da saúde pública, como psicóloga do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que surgiu o interesse em explorar, como tema de pesquisa, a ferramenta de atenção e gestão em saúde, intitulada Apoio Matricial (AM). O AM é o dispositivo que dá corpo ao NASF, da qual retiro a experiência de "ser apoiadora" que aqui apresento. Portanto, o disparador dessa pesquisa foi a vivência da implantação dessa ferramenta no dia a dia de práticas, na qual foram se corporificando as inquietações e hipóteses que orientam esse trabalho.

Inicialmente, fui à busca de recursos teóricos que me provessem maior segurança ao trabalho de apoiadora e verifiquei que diversos serviços de saúde já haviam dado corpo a essa ferramenta antes da apropriação pelo Ministério da Saúde (MS). Campinas, por exemplo, em 2001 dentro dos Núcleos de Saúde Coletiva na Atenção Básica; Recife, com as equipes de retaguarda; Aracaju, com a vivência de equipes itinerantes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) junto com as equipes de referência ambulatorial nas Unidades Básicas de Saúde (UBS); Betim, por meio da parceria entre equipes de saúde mental e Agentes Comunitários de Saúde; João Pessoa com a inclusão da saúde mental no Sistema de Informações, entre outros

(VILELA, 2004; NASCIMENTO, 2004; BRASIL, 2007). Fui compreendendo, portanto, que o AM já tinha uma presença concreta na realidade da saúde pública brasileira, muito antes de ser a veia central do NASF. E foram essas experiências concretas e exitosas que levaram o Ministério da Saúde, em 2004, a se apropriar do dispositivo, que passou a fazer parte das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), o Humaniza SUS[1].

O conjunto de tecnologias para atenção e gestão em saúde da PNH, cujo AM é uma delas, tem como objetivo geral a mudança no modelo de atenção e gestão da saúde pública atual com a consolidação dos princípios do SUS. O AM, dentro dessa perspectiva, é apresentado como uma proposta que visa reforçar e ampliar a potência de transformação do modelo tradicional modificando a lógica dominante de responsabilidade nas organizações, alterando a responsabilidade dos trabalhadores de pessoas por procedimentos e atividades, para responsabilidade de pessoas por pessoas.

Além disso, essa responsabilização diz respeito aos trabalhadores como agentes da mudança, com poder de transformação. Refere-se também à distribuição de poder dentro da organização e dentro da equipe, procurando enfrentar às práticas fragmentadas de trabalho buscando uma interação positiva entre os profissionais, partindo do pressuposto de que há interdependência entre eles (BRASIL, 2009a e 2010).

Acabei tomando como primeiro desafio para a pesquisa acadêmica e para a minha prática como psicóloga; a compreensão, tanto teórica quanto técnica, do AM. O AM, enquanto uma estratégia inovadora e ambiciosa cujo objetivo principal era o enfrentamento de velhos dilemas da área da saúde pública, havia me fisgado.

Posteriormente, a partir da leitura dos materiais oferecidos pelo MS e da minha prática enquanto apoiadora, outro aspecto apareceu para mim como muito relevante para o processo de implantação do AM. Esse corresponde à gestão da Atenção Básica

[1] O HumanizaSUS é uma política que procura consolidar os princípios do SUS. (BRASIL, 2008a). Sua definição será melhor explorada ainda nessa dissertação.

na região onde atuava como apoiadora. Essa executada por organização social de saúde (OSS). A OSS é uma organização da sociedade civil, sem fins lucrativos, eleita pelo governo estadual para realizar a gestão de serviços de saúde de uma determinada região, formalizada por contratos de gestão. Ou seja, o setor público perde a administração direta dos serviços de saúde e repassa a gestão para a OSS.

Não há consenso se a gestão por OSS é na prática um modelo com maior controle social, já que é executada pela sociedade civil (TANAKA e MELO, 2009) ou se não, se é resultado das políticas neoliberais que vem sendo implantadas no país desde a década de 80, em direção a uma crescente desresponsabilização estatal para com a saúde, com perda do controle social (CORREIA, 2005; ELIAS, 2004; FRANCO e MEHRY, 2006; RIZZOTO, 2000). Essa discussão não será enfrentada diretamente nessa dissertação.

À medida que fui me tornando apoiadora matricial fui atravessando diversos obstáculos, alguns que me pareciam esperados na implantação de qualquer dispositivo que tenha como objetivo rompimentos/reestruturações/construções de modelos de atenção e gestão em saúde, e que são correspondentes à técnica e à prática, mas também fui experimentando, na pele, obstáculos que pareciam potencializados pela especificidade da gestão, realizada por OSS.

Sabe-se que há uma discussão forte e antiga entre qual o melhor modelo de atenção em saúde no Brasil. Divergem-se opiniões entre o modelo universal e público com administração direta, ou o modelo privado, tal qual o modelo americano.

No Brasil temos uma gestão híbrida. Há, ao mesmo tempo, programas focalizados que atendem boa parte da população e incentivo para que as empresas privadas atendam a classe alta e média da população. Complementa-se a esse hibridismo, a gestão por OSS, que surgiu como “solução” para a ineficácia do sistema público[2].

[2] O discurso do privado tem se manifestado em torno de várias idéias que revelariam as positividades da substituição da lógica pública para a lógica privada, na gestão do Estado: i. A eficiência (a garantia de um trabalho correto, sem erros e produtivo). ii. Eficácia (a garantia de que os esforços empregados

Para Campos (2008), o SUS é uma estrutura complexa, há uma mistura entre público e privado, sem delimitações claras.

> Há uma crise de legitimidade das organizações estatais e públicas pela baixa eficácia e eficiência. Há apropriação do orçamento investido por grupamentos privados: empresários, corporações profissionais, burocracia, políticos. (CAMPOS, 2008,s/p).

Não é objeto desta dissertação a definição sobre qual o melhor caminho de gestão para a saúde pública no que tange a implantação de dispositivos de humanização. A gestão por modelo de OSS será pensada aqui enquanto aquela que possui controles e ações sobre o conjunto de profissionais no serviço de saúde, cujo modo de administrar interfere no cotidiano desses.

No entanto, há uma hipótese aqui de que a transformação do serviço de saúde para superar o modelo tradicional de gestão, hierárquico e vertical, rumo à democratização institucional[3], tão cara à PNH, encontra uma força oposta advinda da lógica da eficácia e eficiência, tão exacerbada pelas OSS. Não se pretende chegar a verdade, mas serão realizados alguns apontamentos sobre o atravessamento dos desdobramentos dessa lógica, que acabam sendo obstáculos para a implantação do AM.

Dessa maneira, a proposta dessa dissertação é pensar sobre “o movimento” de democratização institucional, representada singularmente pela ferramenta do AM, em meio aos obstáculos que se intensificam na gestão por OSS, resultado do contexto

---

resultariam nos resultados esperados).iii. agilidade, em contraposição ao « elefante branco », o Estado, que impediria a resolução rápida dos problemas essenciais.iv. Economia de custos e a auto-sustentabilidade (suposto combate à corrupção e venda de serviços e produtos). (ARAUJO e ARAUJO, 2011, pg.6)

[3] Espaço de poder compartilhado. (CAMPOS, 2007c). A definição de democratização institucional será trabalhada ao longo da dissertação.

sócio-econômico mercantilista atual. Tentarei mostrar as oposições para o arranjo matricial, enquanto ferramenta de perspectiva para uma gestão e atenção em saúde humanizada, no contexto atual da saúde pública, de tensão entre estatização e privatização da saúde pública.

Algumas hipóteses serão lançadas, algumas reflexões serão colocadas, não com objetivo de fechamento ou conclusão, mas como possibilidades. Portanto, faz-se necessária introduzir a dissertação com uma localização sócio-histórica do SUS, como se chegou nesse modelo de gestão por OSS para depois apresentar as reflexões advindas da experiência de vida.

Dessa forma, o objetivo da dissertação é:

Tecer uma compreensão sobre os desdobramentos do Apoio Matricial em contexto de OSS, a partir da experiência da pesquisadora como apoiadora matricial.

Dessa forma, a minha paixão antiga em escrever sobre aquilo que me atingia no dia a dia de trabalho; aliado ao encontro com essa ferramenta de trabalho, expoente e exitosa, se uniram e deram força a construção do projeto. O pensar a prática do AM dentro do contexto de OSS. Dessa maneira, foi da experiência profissional em campo que fui retirando o desejo de escrever e pesquisar, a bibliografia especializada, o conhecimento técnico, a experiência profissional e a compreensão crítica que aqui se apresenta.

Metodologia:

Sobre a Parte 1: pesquisa bibliográfica...

Os processos de reflexão/crítica e de escrita foram sendo realizados paralelo ao trabalho prático e à imersão nos textos. Os passos metodológicos nessa pesquisa não seguiram uma cronologia rígida, pois se alternavam: apropriação de conceitos e aplicação dos mesmos na prática e na escrita, sempre num processo aberto e contínuo.

Foram utilizados os recursos metodológicos da pesquisa exploratória com o procedimento técnico de pesquisa bibliográfica, que está traduzida aqui, na Parte 1 da dissertação. A pesquisa exploratória é aquela que tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema a fim de torná-lo explícito, esclarecer e modificar conceitos e idéias a fim de pensar problemas mais precisos, hipóteses pesquisáveis mais complexas para estudos posteriores. É aquela executada para fenômenos pouco explorados. Para tanto, foram utilizados exemplos sobre o tema, a partir de material já publicado, principalmente de livros e materiais disponibilizados na internet para facilitar a sua compreensão (GIL,1999).

A pesquisa exploratória e bibliográfica realizada gerou conhecimento técnico para a prática profissional, além da compreensão das bases teóricas que compõe uma proposta de atuação na saúde pública, conhecimento muito importante para qualquer profissional que deseja com um projeto de superação da realidade atual, rumo a uma sociedade mais justa.

Nessa dissertação, a pesquisa bibliográfica teve diversas frentes. Uma delas contemplou as publicações do MS que utilizavam o conceito de AM a fim de identificar a compreensão do MS sobre essa metodologia. Foi realizada uma varredura no site do MS para encontrar nos textos a definição, os objetivos e o lugar da metodologia AM nas publicações.

Outra foi a exploração da obra de Gastão Wagner de Sousa Campos, tanto as indicadas pelas publicações do MS, como as outras que dizem respeito ao tema da pesquisa e que se circunscrevem a ela, para melhor compreensão dos termos AM. A

leitura dos textos fundantes do AM teve como objetivos compreender as características da metodologia e como se dá o seu processo a fim de alcançar a autonomia dos sujeitos nela envolvidos para enfrentar as contradições do modelo atual, tendo como horizonte uma reforma do processo do trabalho em saúde.

Ainda, foi realizada pesquisa e leitura de publicações de outros autores que tiveram contato e experiência com do apoio matricial, tanto teórica ou prática.

Por fim, buscou-se levantar informações sobre os elementos que compõe historicamente a implantação do modelo de gestão por OSS. Foram realizadas leituras sobre o processo de construção de sistemas de saúde, sobre o modelo atual de gestão por OSS.

Sobre a Parte 2: de onde eu falo?

Essa dissertação, dada que foi realizada por mim, um sujeito pesquisadora em um dado tempo histórico, se sustenta em uma visão de mundo. Uma visão que se constituiu ao longo de experiências de vida, de encontros intelectuais, de textos que surgiram ao acaso ou que foram buscados por mim com o objetivo de encontrar respostas para as questões que surgiram ao longo da minha vida.

Ainda, a dissertação que se apresenta reflete um modo de ser e agir que atravessou todo o percurso da pesquisa, desde a bibliográfica até a elaboração reflexiva da experiência como apoiadora matricial. O caminho prático, enquanto psicóloga do NASF, permitiu e impulsionou um conjunto de leituras, pesquisas e elaborações que dão corpo a essa dissertação. No entanto, **qual o lugar de onde falo? Qual perspectiva me permite escrever, me permite dizer, ter voz? O que justifica/legitima essa pesquisa?**

Em primeiro lugar, parti de uma vontade de pensar a prática, de refletir sobre a minha própria atuação enquanto profissional de saúde. Essa dissertação é uma compreensão/reflexão a partir da experiência de implantação de uma ferramenta de atenção e gestão no campo da saúde pública. Escrevo a partir dessa, a partir do que eu conheço como profissional da Psicologia e como pesquisadora acadêmica até o

presente momento. A experiência de uma profissional que pensa sua atuação, pensa suas ações.

Segundo Benjamin (s/d), é por meio da experiência e da reflexão sobre a realidade que surge a possibilidade de transformação das concepções rígidas e o ato de narrar, é o ato de falar de suas experiências. Para o autor, as narrativas permitem que a história e a memória sejam transmitidas de uma pessoa para outra e essa troca gera o pertencimento em uma cultura, gera pertencimento no mundo. Além disso, a narrativa não tem a pretensão de transmitir um acontecimento ou uma informação. Ela vai além, pois tem a capacidade de continuar acontecendo por muito tempo, pois integra à vida do narrador que a passa adiante como experiência de vida.

> As histórias do narrador tradicional não simplesmente ouvidas ou lidas, porém escutadas e seguidas; elas acarretam uma verdadeira formação (*Bildung*), válida para todos os indivíduos de uma mesma coletividade. Essa orientação prática (O Narrador, IV) se perdeu e explica nossa habitual desorientação (Rat-Losigkeit), isto é, nossa capacidade de dar e receber um verdadeiro conselho (GAGNEBIN, 2007, pgs. 57 e 58).

Para Benjamin (s/d), a troca de experiência na sociedade moderna está sendo substituída por relações baseadas na troca de informações, e que têm valor apenas no momento em que ocorrem (p.197). Dessa maneira, a troca de experiência está sendo privada dos sujeitos. Na troca de informação não há reflexão sobre a própria experiência de vida, sobre a história. Assim, a relação com o outro não se dá completamente, pois não há relatos de outros na informação dada. Trata-se de uma comunicação empobrecida, de uma relação com o outro esvaziada (Benjamin, s/d).

Segundo Schmidt (1990, apud BRESCHIGLIARI, 2010), a leitura do tema da experiência em Benjamin, configura um dilema que permanece atual e fala perto ao pesquisador contemporâneo:

> Aderir ao tema da experiência no âmbito da pesquisa em qualquer área do conhecimento humano pode significar confrontar-se com questões teóricas e práticas advindas do desejo de constituir a pesquisa como ocasião de elaboração e transmissão de experiência, nas condições atuais de crescente especialização, informatização e “tecnicização” do saber (pg. 139 e140).

No caso dessa dissertação, compreendo que a reflexão sobre a própria atuação/história de vida, é uma busca pelo conhecimento das características subjetivas e concretas daquilo que envolve a assistência em saúde e pode permitir uma prática mais comprometida eticamente e politicamente, além de oferecer recursos ao profissional para a superação do que já está dado, para a transição a um não dado, para transformação do campo da saúde. Além disso, a reflexão crítica viabiliza a qualquer profissional aproximar-se do reconhecimento das relações de poder e dos interesses envolvidos no campo da saúde possibilitando-o ter em seu horizonte a prática justa e humanizada.

Entende-se também que a reflexão sobre as tensões que compõe a atuação profissional, sobre o processo de construção de uma prática em saúde e sobre o modelo de atenção e gestão em saúde cabe a qualquer trabalhador é o primeiro passo para agir para a superação da alienação social e para o reconhecimento da incompletude de qualquer disciplina isolada para uma atuação que tem a integralidade[4] como horizonte.

Segundo Franco & Merhy (2003), o campo da saúde possui uma característica particular, que a define e a difere de outros sistemas. O perfil dessa assistência é fortemente influenciado pelos trabalhadores, pois esses têm grande autonomia no modo de operar a saúde. Isso decorre do fato do produto saúde ser ofertado ao mesmo tempo em que é produzido. O produto saúde é fruto de relações, tanto entre os trabalhadores quanto entre o trabalhador e o usuário e, dessa maneira, depende fortemente do “autogoverno” do trabalhador, colocando em sua produção o modo de

[4] Integralidade é um dos princípios constitucionais do SUS que garante ao cidadão o direito de acesso a todas as esferas de atenção em saúde, contemplando desde ações assistenciais em todos os níveis de complexidade (continuidade da assistência), até atividades inseridas nos âmbitos da prevenção de doenças e de promoção da saúde. Prevê-se, portanto, a cobertura de serviços em diferentes eixos, o que requer a constituição de uma rede de serviços (integração de ações), capaz de viabilizar uma atenção integral. Por outro lado, cabe ressaltar que por integralidade também se deve compreender a proposta de abordagem integral do ser humano, superando a fragmentação do olhar e intervenções sobre os sujeitos, que devem ser vistos em suas inseparáveis dimensões Biopsicossociais (BRASIL, 2008).

fazer a assistência podendo agir como um dispositivo de mudança de padrões instituídos. O espaço do cotidiano dos trabalhadores, em suas práticas e na organização dos processos de trabalho tem um potencial enorme de mudanças nos resultados das políticas de saúde (SILVA JÚNIOR apud MOROSINI, 2007).

Para Franco e Merhy (2003), uma transformação na área da saúde só é possível a partir da adesão dos trabalhadores a uma nova consciência sanitária. Para SILVA JÚNIOR (apud MOROSINI, 2007), além de uma abordagem que verifique a percepção do usuário e o processo do trabalho; o perfil dos trabalhadores tem que levar em conta a integralidade, o controle social e a qualidade da atenção, ou seja, é a partir do profissional que se viabiliza qualquer mudança.

Dessa maneira, compreende-se que o trabalhador da saúde tece a rede de relações que sustenta fortemente o campo dela. No entanto, não se pode centralizar no sujeito os impasses e obstáculos da área, ao mesmo tempo em que não se pode ausentá-lo da discussão de uma transformação dessa área. Há de se esperar a atuação comprometida do trabalhador, mas compreender que ele é esse que se faz em meio às coisas já dadas e que as suas possibilidades de ação e suas escolhas, embora sempre possíveis, são realizadas em meio ao que já está colocado.

Em segundo lugar, e compondo com o exposto acima, parti da vontade de luta e defesa de que todo trabalhador tem direito à “fala”, tem direito a pensar, tem afinal, capacidade de reflexão e essa não pode ser subestimada e nem engolida completamente, mesmo diante das mais precárias condições de trabalho. Cada singular, cada sujeito é espelho para todo o universal, para todos os outros homens. A experiência de um profissional de saúde é singular, única; mas se faz em um contexto sócio histórico que perpassa a todos os profissionais. Dessa maneira, uma *singularidade*, que é única, se constitui em um *universal* que é de todos, que a todos pertence.

De acordo com a concepção de Sartre[5], o sujeito, a singularidade; é dada em uma situação material, cultural e social e se apropria de forma ativa e *singular* da

[5] Jean Paul Sartre, filósofo francês.

materialidade, desenvolvendo a sua personalidade. Essa constituição se dá no movimento de subjetivação-objetivação, onde o sujeito é acolhido num espaço social já colocado, mas escolhe a especificidade de seu ser ao longo de sua existência (SCHNEIDER, 2002).

Já o *universal* é aquilo que possibilita ao homem determinados contornos existenciais, pois o homem só acontece em certo local, em uma dada sociedade; inserido em um mundo (SCHNEIDER, 2002, p.178). O *universal* só se dá a partir do homem, pois esse transcende o dado, dando significados a ele, organizando-o.

Dessa maneira, a singularidade de uma experiência representa muitas outras, pois não se descola do universal, que abrange a todos. Uma história de vida passa pelo mesmo lugar e tempo histórico de muitos outros, e apesar de cada história ser individual e adquirir uma certa configuração de sentidos, o tempo histórico permite que minha história seja, em certos contornos, a de muitos. É, ao mesmo tempo, espelho e possibilidade para todos os outros.

O trabalhador em saúde, entendido nessa perspectiva, é aquele cuja ação é potente, é capaz, mas que está tecida numa rede de possibilidades já dada no momento em que ele surge no mundo. Essa concepção de sujeito singular que se faz em um universal nos permite pensar sujeito e o "sistema de saúde" como partes do mesmo e não como coisas diferentes/separadas.

Assim, conforme Sartre:

> Por mais reduzido que seja o campo de possíveis existe sempre e não devemos imaginá-lo como uma zona de indeterminação, mas como uma região fortemente estruturada que depende da História inteira e envolve suas próprias contradições. É superando o dado em direção ao campo dos possíveis e realizando uma das possibilidades que o indivíduo se objetiva e contribui para fazer a História: nesse caso, seu projeto assume uma realidade que o agente talvez ignore e que, pelos conflitos que ela manifesta e engendra, influencia o curso dos acontecimentos (SARTRE, 2002, p.78).

Para Sartre (2002), o sujeito é situado, mas não determinado. O sujeito está implicado em um contexto sócio-histórico, é produtor e produto da História. O sujeito singular "permanece" em aberto, sempre cheio de possibilidades, nunca pronto ou

coincidindo com ele mesmo.

Segundo o método dialético de Sartre, qualquer situação objetiva exige um momento subjetivo. Em qualquer situação objetiva há a vivência subjetiva pelo sujeito direciona a sua própria superação rumo à objetividade. Dessa forma, compreende-se aqui que a metodologia do AM é um processo de construção, produzida e produtora da realidade/sujeitos imbricados nela.

Parte 1

Breve passagem pelos características históricas da saúde pública que compõe a criação da OSS.

Um modelo tecnoassistencial em saúde envolve os aspectos tecnológicos e assistenciais das ações de atenção à saúde. É a forma como se articulam os recursos humanos, estruturais e tecnológicos numa dada sociedade a fim de atender os problemas de saúde de uma coletividade. Um modelo assistencial é formado pelas tecnologias disponíveis na época, pela concepção de saúde-doença e pelas escolhas políticas e éticas que priorizam as ações em saúde definidas pela política de saúde (SILVA JÚNIOR, apud MOROSINI, 2007).

Para Franco & Merhy (2003), a organização dos serviços de saúde vai ser conformada a partir das tecnologias específicas daquele campo e das esferas políticas, econômicas e sociais, muitas vezes fora do campo da saúde, atravessadas pela lógica da geração de riquezas e acumulação de capital, no caso de países capitalistas. Para Donnangelo (apud FRANCO E MERHY, 2003) o estado reproduz os interesses de grupos hegemônicos, e dessa forma, participa dos processos de acumulação de capital.

No século XIX, a responsabilidade do estado abrangia apenas os problemas coletivos de saúde; como as epidemias, vigilância à saúde, e o que dizia respeito à vida em sociedade. Mas essa conformação mudou no século XX. A 1ª Guerra Mundial trouxe como grande preocupação para a população as questões sociais. Surgiram a partir daí, movimentos sociais que buscavam a responsabilização dos estados pela vida dos cidadãos. Aliados ao grande crescimento econômico da época advindo, do desenvolvimento tecnológico, intensificaram-se os movimentos sociais que exerciam pressão por políticas públicas que garantissem direitos mínimos à população.

A resposta dada pelos governos foi a criação de sistemas universais assumindo para si a responsabilidade da saúde para a população. O acesso universal a serviços de saúde era parte do modelo de bem estar social (Welfare Estate) implantado em

diversos países.

> (...) os líderes vencedores da Segunda Guerra Mundial, tinham clareza de que a construção de uma sociedade melhor e menos injusta era condição necessária para uma paz duradoura, devendo despender todos os esforços para melhorar as condições de vida das pessoas (RIZZOTTO, 2000, p. 100).

Na mesma época e em contraposição ao modelo hegemônico curativista surgia o modelo da Medicina Comunitária. Esse, proposto nos EUA na década de 40 e expandido para o mundo, vinha como proposta para enfrentar o dispendioso modelo médico centrado, e tinha como um dos objetivos incluir grande parte da população que estava desassistida. Era parte de um programa de guerra à pobreza, cujo horizonte era funcionalista, e tinha como intenção incluir os marginalizados da sociedade americana. (SILVA JÚNIOR, apud FRANCO e MERHY, 2003). Dessa forma, ao longo do século XX, predominaram os sistemas de atenção à saúde universais, baseados na prevenção, com orçamento estatal em oposição aos modelos corporativistas.

No entanto, a recessão econômica no mundo na década de 70 impôs ao capital uma reestruturação produtiva para o enfrentamento da crise. O padrão de produção em série, do modelo fordista, e o modelo de bem estar social não conseguiram segurar a crise e empurraram o capital a uma nova conformação (CORREIA, 2005).

O comprometimento da riqueza em diversos países e a conseqüente menor arrecadação do estado provocou um questionamento sobre o financiamento das políticas sociais pelo estado. No entanto, uma das razões para o alto custo do setor da saúde se dava pelo modelo de atenção que era utilizado. Um modelo centrado no profissional médico, na atenção curativa e hospitalar e com custos crescentes. O avanço das tecnologias biomédicas exigia cada vez mais mão de obra qualificada e não substituía as práticas anteriores. Os custos com a manutenção de sistemas de saúde eram altos, mesmo nos modelos privados de atenção, pois se sustentavam na lógica da acumulação de riquezas e dessa forma, eram movidos pelo avanço das tecnologias, da indústria biomédica e da indústria farmacêutica que só somavam custos à saúde ao longo dos anos (FRANCO e MERHY, 2003).

Portanto, estavam presentes no campo da saúde da época, os interesses do capital com incentivo à desresponsabilização crescente do estado para com as necessidades sociais a fim de uma redução de custos; e de diversos grupos hegemônicos, como a indústria farmacêutica e o mercado de planos privados que elevavam os custos da saúde, mas eram difíceis de ser afrontados. No entanto, questionar esse modelo seria questionar os grupos hegemônicos, que controlavam a indústria farmacêutica, os centros de diagnose e terapêutica.

Instalou-se uma ameaça às políticas públicas na área de saúde a partir da acusação de que os sistemas nacionais de saúde eram os geradores de alto custo aos estados. Essa atmosfera de ameaça ao capital inicia o viés da redução de custos para o campo da saúde (ALMEIDA, apud FRANCO e MERHY, 2003). Os estados passaram então a seguir um formato de estado mínimo (neoliberal) e as políticas sociais foram afetadas.

No entanto, havia ainda uma outra força que tensionava para a manutenção do modelo de bem estar social. Essa vinha dos movimentos sociais. Na oposição à corrente racionalizadora do estado, que impulsionava na direção de não manter grande parte das políticas públicas, surge movimento social no campo da saúde no Brasil. O conhecido movimento pela Reforma Sanitária, que reuniu diversos brasileiros na luta pela democratização do campo da saúde. O movimento reivindicava a melhoria da qualidade de vida da população e o acesso universal ao sistema de saúde.

É nesse período de declínio das concepções socialistas e reformistas e fortalecimentos das políticas neoliberais, que o Movimento Sanitário vai ganhando força, também impulsionado pela Conferência Internacional de Alma Ata (URSS) de 1978, que discutia um novo enfoque para o campo da saúde. Como meta final da conferência estava a recomendação para a implantação de modelos de atenção em saúde, a partir de um conjunto de oito elementos: educação em saúde, prevenção em saúde, promoção de boas condições alimentares e nutricionais, água saudável, saneamento básico, proteção materna e infantil, planejamento familiar, vacinação contra doenças infecciosas e controle de endemias.

A proposta da Conferência partia dos conhecimentos da epidemiologia e da vigilância em saúde, tão caros aos reformistas de todo o mundo e foram propostas que vieram ao encontro do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, mesmo que apresentasse o viés de redução de custos, pois se pretendia contra-hegemônica. O movimento articulou-se como uma proposta de redemocratização da sociedade, indo muito além do campo da saúde e teve como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 (SILVA JÚNIOR, 1998).

Na conferência foram lançadas as bases para a formulação e construção de uma nova política na área utilizando o conceito ampliado de saúde, reconhecendo a saúde como direito de cidadania, cabendo ao Estado a sua promoção; a necessidade de controle social, a constituição e ampliação do orçamento social. Essas bases conformaram a Constituição de 1988 (SILVA JÚNIOR, 1998).

O movimento alcançou, portanto, as “mudanças legais e institucionais referentes à unificação dos serviços públicos do Ministério da Saúde com os da Seguridade Social” e a proposta da saúde como direito e dever do Estado, organizadas em um sistema único, público, universal, de atenção integral, descentralizado e com a participação social é inserida na Constituição de 1988 (FLEURY, 1995).

Dessa forma, a Constituição Cidadã modificou o lugar da saúde, fazendo-a passar de seguro social, vigente desde os anos 20, pelo de seguridade, semelhante ao que ocorria no modelo de bem estar social. A população passou a ter direito de acesso pleno ao sistema de saúde, independente da renda.

No entanto, ao mesmo tempo em que as políticas públicas exigiam a desmercantilização da saúde, deveriam cumprir isso numa realidade de acelerado processo de mercantilização da saúde como tendência mundial, dentro da perspectiva neoliberal.

Nessa época, os países que não conseguiam pagar suas dívidas eram orientados pelo Fundo Monetário Internacional e pelo Banco Mundial a como adotar programas de ajuste estrutural e de estabilização econômica, resultando na reforma do estado. Esses programas tinham como objetivos a redução de custos do estado,

partindo de uma diminuição de financiamentos nas áreas sociais e incentivando o setor privado à oferta de bens e serviços coletivos (CORREIA, 2005).

Dois documentos do Banco Mundial, o “Brasil: novo desafio à saúde do adulto” (1991) e o documento “A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90” (1995), com propostas para a área da saúde no Brasil, foram analisados por Rizzotto (2000). A autora revela que esses fazem uma avaliação genérica do SUS, dão ênfase aos aspectos de custo-benefício dos serviços, e na necessidade de uma reforma constitucional e institucional nesse setor.

Os textos incluem as seguintes diretrizes para redução dos investimentos públicos na área da saúde: a focalização da atenção à saúde para as populações mais pobres, ênfase nas ações preventivistas, priorização de ações a partir da relação custo/benefício, reformas no financiamento de saúde, com introdução do setor privado, descentralização, racionamento da atenção médica e incentivos à técnicas de gestão inovadoras (RIZZOTTO, 2000, p. 156).

Propostas nitidamente privatistas, contrárias às reformas sanitaristas de 70 e 80 e contrárias à universalização, à saúde como direito de todos. Essas características influenciam a política de saúde no sentido contrário às garantias conquistadas, caminham na direção oposta à Constituição Federal.

De acordo com Franco e Merhy (2003), o Banco Mundial tem funcionado como “verdadeiro ministério da saúde” ao ditar aos países em desenvolvimento como realizar o financiamento público no setor saúde. Portanto, no Brasil, o modelo de reforma sanitária, conquistado pelo Movimento Sanitário, defendendo a universalidade, a equidade, a integralidade, a participação social e a descentralização, com a saúde como um direito e dever do estado, convive/sobrevive ao ataque a esse sistema por parte das políticas neoliberais decorrentes das mudanças no quadro da economia internacional.

Esse movimento é contrário à reforma, é movimento de negação da saúde como direito, no caminho de diminuição da presença do estado nas políticas sociais, deixando que o mercado regule as necessidades sociais (FRANCO e MERHY, 2003; CORREIA, 2005).

No Brasil, esse movimento se expressou pelo rápido crescimento do sistema privado de saúde ao mesmo tempo em que sedava a implantação do sistema universal (BAHIA; VIANA, apud ELIAS, 2004). Como parte dessa estratégia, as camadas médias e de alto poder aquisitivo utilizariam planos e seguros de saúde e, houve de fato, um aperfeiçoamento do aparato jurídico-legal para sancionar o aporte de recursos públicos no financiamento dos planos de saúde e suas redes de serviços e mascara a vigência de uma política pública de inclusão seletiva de demandas, que o sub-sistema privado vem apresentando desde o ano de 1998, na contramão do baixo crescimento econômico do país no mesmo período (BAHIA, 2008).

Ou seja, apesar das Cartas Constitucionais de 1988 consagrarem a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, ou seja, como direito público, esse apareceu numa conformação do capital que estava baseada na liberdade de mercado, com maior flexibilização de acumulação de capitais e a destruição dos direitos trabalhistas e sociais (CORREIA, 2005).

Para Cohn e Elias (2003, apud ELIAS, 2004) o SUS emergiu completamente sitiado pela conformação entre o Estado e a sociedade naquele momento histórico. O SUS nasceu em uma nova agenda do Estado, representada pelo acolhimento da mercantilização da saúde, a regulamentação do sistema privado de saúde (planos e seguro-saúde), uma gestão baseada na relação custo/benefício e o crescente desfinanciamento da saúde.

Segundo Furtado (apud ELIAS, 2004), a onda de globalização e de neoliberalismo com resultado da aproximação do estado e do mercado inlfuenciaram agenda da saúde. A estreita relação entre mercado e saúde somada a responsabilização da sociedade civil para responder às necessidades sociais levou a criação da Lei Federal que formalizou as normas para as parcerias entre os setores público e privado. Dessas parcerias nasceram as organizações sociais de saúde (OSS).

> A valorização da sociedade civil se insere como desdobramento do processo de reestruturação capitalista e do seu corolário, o neoliberalismo, que necessita modificar a forma de responder às

> refrações da “questão social”, desresponsabilizando o Estado e repassando esta tarefa para a sociedade civil através das “parcerias”, da disseminação de princípios de “auto ajuda” ou “ajuda mútua”, do voluntariado, do solidarismo e da filantropia (CORREIA, 2005, p.78).

Segundo Franco (1998), o governo federal propôs a reforma administrativa da saúde com ampliação da ação do mercado, por meio das Organizações Sociais, porque estava impossibilitado de confrontar a pública, caso propusesse uma reforma da legislação do Sistema Único de Saúde.

As OSS são regulamentadas por leis que integram o Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado (PDRAD)[6] que tem como objetivo a flexibilização da administração pública no país, a otimização de recursos públicos e a melhora da qualidade do serviço (PAHIN, 2010). São elas: lei federal 9637/98, lei complementar estadual de São Paulo 846/98 e lei municipal da Cidade de São Paulo14132/06).

Segundo Pinto (2000), “o discurso do governo é de que, por definição, a prestação de serviços e a produção de bens pelo Estado é menos eficiente que a realizada pela iniciativa privada” (pg. 56). A partir dessa justificativa, as OSS são eleitas “parceiras do governo” e adquirem esse status por meio de contratos de gestão, o que as diferencia de um uma prestadora de serviço. Dessa forma, as OSS não são contratadas para prestar um serviço pontual e sim, para compartilhar com o governo a responsabilidade na área da saúde. Ou seja, o clima é de repasse da responsabilidade, do primeiro para o terceiro setor.

---

[6] O PDRAD foi produzido no interior do Ministério do Administração federal e Reforma do estado, criado no início do primeiro Governo de Fernando Henrique Cardoso e aprovado na Câmara de reforma do estado em novembro de 1995. O MARE foi criado como a principal organização do governo para difundir a reforma gerencial brasileira. A política de reforma administrativa formulada e implementada pelo MARE teve como objetivos principais o ajuste fiscal e a mudança institucional para alterar o desenho estatal e o modus operandi do serviço civil. (SCHIMDT, 2007, pg. 25 e 26).

Na Cidade de São Paulo:

É sabido que “a saúde é direito de todos e dever do estado”. Também sabemos que as “instituições privadas poderão participar apenas de forma complementar do Sistema Único de Saúde”. No entanto, na Cidade de São Paulo o que se tem presenciado é um “certo privilegiamento na condução das políticas de saúde no estado de São Paulo pelo repasse do gerenciamento de serviços médico-hospitalares a entidades públicas não-estatais” (CARNEIRO, 2002, pg. 17). O que era para ser complementar, tem se tornado a regra.

Segundo Pahin (2010), o governo do Estado de São Paulo deu início a implantação do modelo de OSS em 1998. Inicialmente estava voltada para a assistência hospitalar, mas passou a ser adotado para unidades ambulatórias, de análises clínicas e centros de atendimentos para grupos específicos. Hoje diversas OSS realizam a gestão em boa parte dos serviços de saúde e respondem por grande parte do orçamento da Secretaria do Estado de Saúde. Essa terceirização da gerência dos serviços de saúde se dá por meio de contratos realizados pelo governo e formalizados pela Secretaria do Estado de São Paulo.

Cabe as OSS a contratação de pessoal e os investimentos que serão realizados, colocando as OSS em um lugar de grande autonomia na gestão e na atenção ofertada pelos serviços. A OSS leva para os serviços a sua lógica de funcionamento, o seu modo de gerir e de pensar o serviço de saúde. No caso, a OSS carrega também a promessa de ser mais ágil e mais efetiva.

A cidade encontra-se atualmente, dividida entre várias instituições sem fins lucrativos de direito privado. Uma rede múltipla e complexa, longe da compreensão da opinião pública e possivelmente, do controle social.

Fazendo essa breve retrospectiva do SUS, observa-se que junto a implantação de um sistema estatal e universal, com forte expansão dos serviços públicos e do número de servidores; o SUS também assegurou a presença do setor privado na prestação de serviços de saúde. Não houve uma estatização dos serviços privados, filantrópicos ou das ONGs quando o SUS foi criado. O que houve foi a inclusão do

terceiro setor, por meio de contratos e convênios, a serem realizados pelas secretarias estaduais e municipais Vê-se, a tensão público privada armada em toda a história, uma história de conflitos entre os modelos liberal-privatista e o modelo de público universal (CAMPOS, 2004).

O lugar do AM como dispositivo da Política Nacional de Humanização

Apesar de todos os avanços, o SUS ainda está muito distante da proposta buscada pelo movimento da Reforma Sanitária. Há uma reforma sanitária incompleta, uma heterogeneidade do SUS representada pela atenção desigual no território brasileiro, pelo fraco financiamento, pela fraca gestão de pessoas e por problemas de gestão de equipe (CAMPOS, 2007).

Sabe-se que a mudança das práticas de saúde e a reorientação do modelo tecnoassistencial são campos em que o SUS ainda não foi capaz de produzir avanços significativos, e a permanente disputa em relação à saúde como direito, a concepção de saúde e as maneiras de construir o sistema de saúde põem em risco a legitimidade política e social da saúde (FEUERWERKER, 2005).

Existe a urgência de uma "reforma da reforma". Essa deve rumar em direção a co-gestão[7], a definição clara da responsabilidade dos diferentes atores do setor saúde (melhor definição do papel da atenção primária); e a mudança de paradigma da prática e da gestão em saúde. (CAMPOS, 2007).

Como proposta de enfrentamento dessas e de outras limitações do SUS, o Ministério da Saúde lançou em 2003 a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), desdobrada do anterior Programa Nacional de Humanização do Atendimento Hospitalar. A PNH apresenta como objetivo a efetivação dos princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil (BRASIL, 2009a).

A humanização, dentro da PNH, quer dizer valorização dos usuários, trabalhadores e gestores da área da saúde, com ampliação das possibilidades de autonomia e da capacidade de transformação da realidade em que vivem por meio do

[7] A democracia institucional depende da instituição de sistemas de co-gestão, da construção de espaços coletivos em que a análise de informações e a tomada de decisões ocorram de fato. Incluir a sociedade civil na gestão do Estado e das Instituições; as Equipes de trabalho na gestão das organizações produtoras de bens ou serviços, considerando que adiante de cada núcleo de poder há contrapoderes com os quais há que se relacionar em esquemas de luta e negociação, objetivando a construção de compromissos e de contratos. Fonte: http://www.redehumanizasus.net/rede-hs

compartilhamento de responsabilidade, de vínculos solidários, e da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde[1].

A PNH define os seguintes pontos de deficiências do SUS:

- Fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais;
- Fragmentação da rede assistencial dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência;
- Poucos dispositivos de fomento à co-gestão e à valorização e inclusão dos trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;
- Formação dos trabalhadores da saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde;
- Controle social frágil dos processos de atenção e gestão do SUS;
- Modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta.
- Desvalorização dos trabalhadores de saúde,
- Expressiva precarização das relações de trabalho,
- Baixo investimento num processo de educação permanente desses trabalhadores,
- Pouca participação na gestão dos serviços e frágil vínculo com os usuários
- Despreparo dos trabalhadores para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe.
- A presença de modelos de gestão centralizados e verticais desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho, sistema burocrático (BRASIL, 2008a).

Portanto, a PNH parte do reconhecimento de que o SUS ainda não foi capaz de consolidar seus princípios e propõe um conjunto de tecnologias de humanização, que devem ser incorporadas tanto na atenção quanto na gestão em saúde para atingir esse fim. Na perspectiva da PNH, a gestão em saúde afeta diretamente a atenção oferecida e por essa razão é fundamental reformá-la no caminho da humanização.

Um dos papéis da PNH está na tentativa de centralizar o usuário e o trabalhador no processo de atenção em saúde. O sistema de saúde é constituído pelas relações

entre trabalhador e usuário e cabe a eles a atuação no sistema. Só a partir da inclusão dos trabalhadores, dos usuários e dos gestores nas tomadas de decisão e no processo do trabalho em saúde é que a humanização da saúde é possível.

O HumanizaSUS é uma política, ou seja, diferencia-se de um programa que é focado para essa ou aquela instituição. A PNH deve atravessar todos os serviços de saúde. Tem como objetivos: a valorização dos sujeitos envolvidos no processo de cuidado à saúde, usuários, trabalhadores e gestores; o fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; a melhora das condições de trabalho e do atendimento e o aumento da co-responsabilidade dos diversos sujeitos envolvidos em todo o processo de cuidado à saúde. De uma maneira geral, tem como objetivo maior, a valorização dos trabalhadores e das relações sociais do trabalho (BRASIL, 2009a).

Concretamente, o MS pretende com a PNH, reduzir as filas e o tempo de espera, ampliar o acesso e o atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco; garantir o direito do usuário à informação e ao acompanhamento de pessoas de sua rede; responsabilizar os serviços pela preferência territorial do usuário; promover a gestão participativa dos trabalhadores e usuários e garantir a educação permanente aos trabalhadores (VASCONCELOS, 2004, pg. 13).

Os arranjos organizacionais e as metodologias teóricas propostas pela PNH, partiram de experiências concretas no campo da saúde pública brasileira, portanto, as propostas descritas nas cartilhas publicadas pela PNH, vêm de exemplos do SUS que está dando certo (BRASIL, 2009a).

O AM, objeto dessa pesquisa, foi incorporado pelo MS, primeiramente, em 2003. A cartilha *"Equipe de referência e AM",* o *"Documento Base para gestores e trabalhadores do SUS"* e o manual *"Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial"* foram as primeiras publicações a usar o termo. Desde então, muitas outras publicações, como por exemplo, "*Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção"* (BRASIL, 2007), *"Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular"* (BRASIL, 2008b) e *"O HumanizaSUS na atenção básica"* (BRASIL, 2009a) utilizam o AM como ferramenta no processo de

cuidado à saúde. No entanto, nasceu de experiências localizadas e pontuais anteriores à PNH, mas ganhou espaço e visibilidade quando passou a ser um dispositivo a ser implementado em todas as instâncias do SUS.

O AM compõe um conjunto de dispositivos da PNH composto por: Equipe de referência, Acolhimento com classificação de risco; Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva; Projetos de Construção Coletiva da Ambiência; Colegiados de Gestão; Contratos de Gestão; Sistemas de Escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde, Projeto “Acolhendo os familiares/rede social participante”, Programa de Formação em Saúde e Trabalho e Comunidade Ampliada de Pesquisa; Programas de Qualidade de Vida e Saúde para os Trabalhadores da Saúde e; Grupo de Trabalho de Humanização.

Em linhas gerais, os dispositivos propostos pelo HumanizaSUS para a consolidação dos princípios do SUS, indicam múltiplos saídas e estratégias para as limitações do SUS. Mas são ferramentas que indicam caminhos, e não são modelos prontos. São dispositivos que dependem do protagonismo dos profissionais envolvidos e de espaços de construção coletivos.

O Método Paidéia e o AM:

Gastão Wagner de Sousa Campos foi o idealizador da proposta do AM e a pesquisou dentro da linha da reforma das organizações e do trabalho em saúde (CAMPOS e DOMITTI, 2007). Ao longo de suas publicações o autor aponta a necessidade de superação do paradigma da Medicina Baseada em Evidências[8] e propõe o Método Paidéia, para modificar a estrutura e a cultura do modelo atual de atenção em saúde.

Para o autor, uma reforma paradigmática só é possível centralizando a autonomia do usuário, tentando promover educação em saúde, ampliando assim a capacidade de a própria pessoa intervir em sua vida. Para que isso ocorra seria necessário o reconhecimento da desigualdade de poder entre os serviços e entre os trabalhadores e os usuários, a inclusão da subjetividade nas relações com os usuários e a construção de vínculos com a população (CAMPOS, 2007a).

O Método Paidéia propõe o envolvimento dos trabalhadores e usuários na reforma e na reorganização do modelo biomédico, promovendo mudanças estruturais e organizacionais junto a mudanças no processo de ser dos sujeitos envolvidos (CAMPOS, 2007b). O Método Paidéia é uma:

> Postura metodológica que busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão. Não se trata de uma proposta supressiva de outras funções gerenciais. Mas de um modo complementar para realizar coordenação, planejamento, supervisão e avaliação do trabalho em equipe. Em geral essas funções são exercidas com importante grau de afastamento entre os executores das funções de gestão e os operadores de atividades finalísticas (CAMPOS, 2007a, p.85).

Para o autor, a inclusão de temas como a interdisciplinaridade, a gestão do

[8] Movimento que tem como objetivo a integração da experiência clínica com a capacidade de analisar e aplicar racionalmente a informação científica ao cuidar de pacientes (LOPES, 2000, pg.285).

conhecimento, a flexibilidade na pauta das organizações, não foi suficiente para os profissionais de saúde superarem, de maneira geral, as tarefas repetitivas e desconectadas do processo produtivo. Portanto, o Método Paidéia é uma tentativa de reorientação das práticas em saúde, com objetivo de ampliar a capacidade de reflexão dos sujeitos, ampliar a co-gestão dos processos de trabalho, a gestão das vidas dos sujeitos e da instituição (CAMPOS, 2007a). Para o autor, o método se opõe à racionalidade gerencial hegemônica, taylorista[9], ainda dominante nos meios de produção e nos ambientes de trabalho.

Em outras palavras, o Método Paidéia é um método para análise e co-gestão de coletivos, e busca, a partir da reformulação da gestão, uma mudança na atenção em saúde tendo como objetivos principais: assegurar saúde a população, a democratização nas instituições e a participação ativa dos profissionais de saúde e usuários nos processos de trabalho.

O AM nasce dessa proposta geral como uma ferramenta para atingir o conjunto de “objetivos” expostos acima. Atualmente, o AM vem ganhando maior destaque com a implantação das equipes de NASF em todo o país, já que o núcleo é “uma proposta de AM” (BRASIL, 2009c). Dessa forma, a metodologia vem sendo discutida dentro dos diversos campos de saberes e está ganhando repercussão em encontros científicos, dentro dos serviços de atenção à saúde e junto às práticas dos profissionais, principalmente na Atenção Básica.

O AM é um arranjo organizacional formado por profissionais especialistas dentro de uma perspectiva de trabalho que visa complementar os mecanismos de referência e contra-referência, os protocolos e os centros de regulação. Tem como idéia central a inversão do esquema fragmentado de saberes e fazeres, pois o profissional cria pertencimento à sua equipe, setor, mas também funciona como apoio, referência para outras equipes. A idéia geral é que uma equipe interdisciplinar ofereça tanto retaguarda assistencial, quanto apoio técnico-pedagógico para outros profissionais e/ou equipes, o

[9]O estilo de governar taylorista ainda não foi superado. Ainda que o campo da gestão se tenha ampliado desde 1911, a disciplina e o controle continuam sendo eixo central dos métodos de gestão. A este eixo conformador do taylorismo denominou-se Racionalidade Gerencial Hegemônica” (CAMPOS, 2007c, pg.23).

que pressupõe uma atuação compartilhada entre os profissionais (BRASIL, 2009a e 2010a; CAMPOS e DOMITTI, 2007).

O AM compõe junto a Equipe de Referência (ER) um novo arranjo organizacional e uma nova metodologia para gestão em saúde. A idéia é a ER ser "apoiada" pela equipe de matriciadores. O arranjo ER e AM têm como horizonte de atuação uma nova lógica de produção de processo de trabalho (BRASIL, 2009a; 2010a; 2004a; CAMPOS, 1999; 2007b).

Assim como os outros dispositivos da PNH, o AM tem como horizonte norteador a democratização institucional, realizada por meio da co-gestão ou gestão participativa. Democracia institucional quer dizer: oferecer aos trabalhadores e usuários acesso a informações e a tomada de decisões dentro de uma instituição, a partir de processos de construção partilhada da gestão e da atenção em saúde (CAMPOS, 2007c).

Partindo dessa compreensão, tem-se que a ferramenta visa possibilitar espaços coletivos de discussão de casos e planejamento, com objetivo de ampliação da clínica[10], a construção de projetos terapêuticos singulares (PTS)[11], aumentando vínculos e responsabilização pelos usuários. O AM e a ER são entendidas como ferramentas indispensáveis para a humanização da atenção e da gestão em saúde (BRASIL, 2004b; 2010a).

A ER corresponde a um grupo de profissionais que têm a responsabilidade pela condução de um caso. Dentro dessa perspectiva, essa responsabilidade se dá de maneira longitudinal, ou seja, ao longo de todo o processo de cuidado ao usuário na rede de saúde. Dessa maneira, a relação mantida com usuário resulta em maior vínculo com o mesmo. Além disso, a ER amplia a possibilidade de uma gestão interdisciplinar,

---

[10] Essa é entendida como a busca da superação de uma clínica da doença, para a clínica do sujeito, e deve ser realizada compreendendo o usuário dentro da realidade concreta, social e cultural que o afeta. Além disso, deve ser realizada entendendo o usuário como ativo no processo saúde doença, e tendo como horizonte de ação o desenvolvimento de maior autonomia do mesmo (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

[11] Projeto de intervenção construído conjuntamente e acompanhadas pela equipe de referência. È ferramenta de humanização proposta pela Política Nacional de Humanização.

deslocando o poder das especialidades e profissões, já que é composta por diferentes profissionais responsáveis pelo mesmo objeto, que assumem em conjunto diversas tarefas, e cumprem conjuntamente as etapas para cada intervenção. Dessa forma, num mesmo campo de atuação, encontram-se equipes de referência, responsáveis longitudinalmente pelo problema de saúde, e os apoiadores matriciais, dando suporte assistencial, quando necessário, e técnico pedagógico a fim qualificar a intervenção da equipe de referência. Todas as ações da assistência e de suporte pedagógico são pensadas pelos integrantes da equipe de referência e pelos matriciadores em conjunto (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

Para Campos (2007) o arranjo organizacional, AM e ER, parte do princípio de que nenhuma especialidade dá conta de assegurar uma abordagem integral ao usuário. A integração das especialidades em torno de um mesmo objetivo permite a ampliação do objeto da clínica, em outras palavras, possibilita a Clínica Ampliada.

Para que as responsabilidades entre os profissionais sejam melhor definidas e os limites das ações de cada um sejam encontrados, Campos (2007) sugere um projeto de ação para os casos, a adscrição de clientela para a criação de um maior vínculo e para a melhor delimitação dessas responsabilidades, a discussão de casos clínicos e dos aspectos sanitários e da gestão.

Todas as outras ações em saúde podem ser efetuadas dentro de uma perspectiva matricial e podem ser, inclusive, compartilhadas. Podem ser realizadas consultas, grupos terapêutico e educativos, acolhimento, troca de conhecimentos no dia a dia de trabalho e orientações entre os profissionais para a condução de casos.

Dessa forma, o AM ativa a comunicação entre os profissionais, altera a referência, contra-referência, já que facilita e estimula o contato entre equipe de referência e a rede especializada, quando necessária para o caso. Nesse formato de ER e AM, as centrais de regulação têm seu papel modificado, mas permanecem com os casos de urgência e com a divulgação pelos apoios disponíveis. O apoio especializado na rede é acionado sempre após a discussão do caso e acordo firmado entre os profissionais das duas equipes (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

As possibilidades de atuação conjunta colocam os profissionais em um mesmo nível hierárquico de atuação, rompendo com a estrutura vertical, muito comum nas organizações em saúde. Não há mais um encaminhamento de um nível para o outro, deslocando junto a responsabilidade pelo usuário. A idéia do apoio matricial procura alcançar um sistema dinâmico, não burocratizado, superando os modelos antigos de administração. Para tal, pesquisou diversos autores[12],[13], analistas de organizações de saúde, para pensar uma lógica organizacional que sustentasse essa inversão estrutural suficiente para o funcionamento do AM (CAMPOS e DOMITTI, 2007)

Campos e Domitti (2007) propõe posicionar as equipes de referência de maneira vertical e as equipes matriciadoras na posição horizontal, possibilitando que todos as especialidades e todas as ações estejam disponíveis. Essa estrutura corresponde a departamentalização matricial com atuação de profissionais em diversos departamentos, num mesmo nível; com ampla comunicação, onde a responsabilidade é dividida entre os diversos atores, sem um comando vertical fechado. Dessa maneira, os processos políticos deixam e ser centralizados e há diminuição da fragmentação do trabalho nas instituições, possibilitando que os profissionais tenham mais interesse menos alienação e mais responsabilização em relação ao trabalho.

[12] Neuhauser. The hospital as a matrix organization.1972
[13] Motta. Teoria Gerald a Administração. 1987.

Parte 2:

O apoiador artesão:

"seria necessário reconstruir-se certo traço artesanal do trabalho clínico ainda quando realizado em organizações contemporâneas" (Campos, 2007b, 851).

Como já vimos o AM nasce da proposta do Método Paidéia, e posteriormente, o MS o incorpora como dispositivo para propor novas formas de relação entre os serviços e os profissionais, construir e ativar espaços para comunicação e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores.

O apoio matricial compõe com outros dispositivos:

> um movimento ético, político e institucional para o enfrentamento e a superação dos modos de gestão e de cuidado em saúde incoerentes com o direito inalienável à saúde, com garantia de acesso universal e equitativo a práticas e ações integrais de saúde" (PASCHE, 2009, apud OLIVEIRA, 2011).

O AM é parte, portanto, de um movimento maior. Oliveira (2011) faz um apanhado das referências que explicitam as denominações do conceito do apoio e realiza as seguintes definições::

Metodologia do apoio: um mapa dinâmico de saberes e de práticas articulados que demarcam caminhos para os processos de democratização institucional e ampliação da capacidade de sujeitos e de coletivos para análise.

Função Apoio: exercido por um agente que assume o posicionamento estético, ético e político de acordo com uma metodologia de apoio.

Apoio Institucional: voltado para a produção de análise e transformação dos processos de trabalho e dos modos de relação entre sujeitos em uma organização.

Apoio à Gestão: arranjo organizacional do apoio direcionada para processos de gestão seja no apoio a gerentes ou a processos de co-gestão; o objeto tomado aqui são os processos e os modelos de gestão das organizações; na interface clínica/gestão, o apoio à gestão se inscreve pela via da gestão, sem negar que essa modalidade de apoio exerce clínica o tempo todo.

Apoio Matricial: arranjo organizacional ou modalidade de prática do apoio na qual um conjunto de saberes, de práticas e/ou de competências concentrados em certos setores, grupos ou indivíduos de uma organização, considerados necessários para resolução de demandas ou problemas expressos por outras parcelas da organização, é ofertado a estas últimas por meio de processos que incorporem uma metodologia de apoio. (OLIVEIRA, 2011, pg. 46).

Com a ampliação do espectro vê-se que o apoio matricial corresponde a uma ferramenta de apoio dentro/junto de outras ferramentas de apoio. Essas definições remetem a um ponto em comum entre elas. O sujeito que apóia, o apoiador. Para qualquer uma das modalidades de apoio, há necessariamente, alguém que seja apoiador.

No caso do apoiador matricial esse parece estar circunscrito a alguém que ocupa um lugar de saber, um especialista, e dependendo do recorte que se faz do conceito do apoio matricial têm-se a impressão de que o apoiador matricial está muito mais próximo da clínica do que da gestão, e de que o apoio matricial é só uma ferramenta de clínica.

No entanto, o apoio matricial, é parte de,

> (...) estratégias de implementação de novos arranjos que produzam outra cultura e outras linhas de subjetivação, que não aquelas centradas principalmente no corporativismo e na alienação do trabalhador do resultado de seu trabalho. A invenção de outra cultura organizacional que estimule o compromisso das equipes com a produção de saúde e permitindo-lhes, ao mesmo tempo, sua própria realização pessoal e profissional (CAMPOS, 1997, apud, OLIVEIRA, 2011, pg. 41)

Portanto, o apoio matricial divide com os outros apoios, a função de apoiar! Apoiar tanto nos aspectos da gestão, quanto nos aspectos da atenção. Apoiar nos aspectos de valorização do trabalhador e dos usuários, apoiar na mudança de paradigma clínico, de administrativo e político.

Dessa forma, trabalharei com a noção de que o apoio matricial corresponde ao apoio no sentido largo, no sentido amplo. E o apoiador matricial corresponde a apoiador que vai além do cargo que ocupa, mas apoiador enquanto postura de ser. Que vai além do lugar institucional que ocupa. Uma postura que pode encantar e se "espalhar" por outros profissionais de saúde. Oliveira faz uma reflexão riquíssima sobre o lugar institucional do apoiador e chega a uma definição.

> O desafio posto à problemática do lugar do apoio vai além da definição de um arranjo organizacional para a sua prática. Trata-se da constituição de um processo permanente de sustentação de posicionamentos institucionais que articulem práticas, valores e princípios coerentes com processos de democratização institucional (OLIVEIRA, 2011, pg.56).

Não se está dizendo que não cabe o cargo de apoiador, e até em algumas modalidades, acredito ser necessário o cargo formalizado. No caso do apoio institucional e do apoio matricial por NASF por exemplo, é interessante que o apoiador seja alguém que circule por outros espaços para trazer contribuições de outras UBSs, hospitais, etc..que não as do serviço de saúde que será "apoiada". No entanto, qualquer metodologia de apoio precisa de alguém que apresente certos contornos que compõe o jeito de ser apoiador.

Dentro da perspectiva dessa dissertação, de que o trabalho em saúde não combina com produção em massa, o ser apoiador pode ser entendido como oposição ao ser mecânico, enlatado, operário de linha de produção... O apoiador se aproxima muito mais da postura de ser e agir do artesão, pois o artesanato corresponde oposição ao tempo deslocado e entrecortado do trabalho no capitalismo moderno (GAGNEBIN, 2007).

A palavra artesão significa uma “Pessoa que fabrica manualmente determinada peças ou produtos” e/ou uma “Pessoa que faz os seus próprios produtos e os comercializa diretamente”.[14]

Dessa maneira, o artesão é aquele que possui os próprios meios de produção, que pode ser a tesoura, a cola, o tecido, etc. No caso do apoiador, esse tem o seu corpo, a sua personalidade, a potencialidade de reflexão e de crítica, como meios de produção de cuidado e de enfrentamento. O apoiador, portanto, carrega consigo os meios de produção de que precisa. Em cada uma das ações do apoiador na instituição de saúde o seu modo de agir vai aparece, vai se concretizar. Não há como arrancar a presença do apoio tensionador, pois esse existe pelo simples fato do apoiador existir, dele ter presença física.

O artesão também é aquele que pensa sobre o que vai produzir e que planeja a sua ação. Esse pensar atravessa todo o processo de produção. Além disso, o artesão tem controle sobre os rumos que está tomando e sobre onde quer chegar. O artesanato é oposição ao trabalho alienado e fragmentado, pois realiza, sozinho ou acompanhado, todas as etapas da produção, não havendo divisão do trabalho.

O modo de agir do apoiador também se faz por meio da reflexão e não pode ser automatizado. Do apoiador se espera um transbordamento de reflexões, a capacidade de enxergar o trabalho em saúde como um todo. Também cabe ao apoiador que consiga planejar intervenções sem perder de vista, enquanto caminha por elas, aonde quer chegar. Da mesma maneira que no artesanato, o apoiador precisa ser atuante e perceptivo em todas as etapas do processo de trabalho.

Por fim, o artesanato viabiliza a história de vida do artesão, compõe sua experiência de forma significativa, é parte de sua existência.

Da mesma forma, o apoiar é busca de sentido aos modos de fazer saúde, é tentativa de ressignificar o trabalho e transformar as vidas dos usuários e dos profissionais de saúde.

---

[14] Definição do dicionário Priberam. Fonte: http://www.priberam.pt/dlpo/

Agora, como começar? Se o apoiador tem seu corpo e sua capacidade reflexiva como meios de produção em saúde, por mais que a lógica da alta produtividade atravesse as diversas atividades que compõe o seu trabalho, há possibilidade de pensar alternativas e encontrar brechas. Essas podem ser encontradas na discussão de caso, na visita domiciliar, nas reuniões gerais, ou em qualquer momento de encontro entre os diversos atores da saúde. O apoiador pode começar tomando distância do objeto de discussão e tentando compreender além do que está colocado concretamente.

Por exemplo: a escolha que os profissionais fazem sobre qual caso ou processo de trabalho será discutido, ou ainda, a escolha de não planejar ou não compartilhar é reveladora das condições de trabalho, do modo de fazer saúde na instituição e na equipe, além de revelar as angústias, os limites e os desejos de cada profissional.

O entendimento da motivação e do sentido das escolhas dos outros profissionais indica os conflitos na organização e os caminhos por onde começar:

> Ao apoiador se impõe a necessidade de construir outra relação com o caos, além da que consiste em querer proteger-se dele através de códigos e esquemas prontos. No acontecimento, "é imediatamente que o pensamento exige, diante da aparência nova e não obstante inatribuível dos dados, a revelação dos laços específicos que nos dizem em que mundo entramos" (ZOURABICHVILI, 2004, p. 77). A resposta pode ser o rebatimento dos dados sobre um esquema identitário, que nos leva a reconhecer o que chega. Ou buscar meios de seguir o seu devir[15]. (OLIVEIRA, 2011, PG. 156).

O trabalho do apoiador começa por aí. E não se sabe por onde ele vai continuar. Não há um caminho certo a ser percorrido. O que há é uma postura artesã que é pano de fundo e horizonte para todas as escolhas do apoiador a partir daí.

[15] Devir apoiador.

Percurso:

Iniciei meu percurso no NASF em Novembro de 2008, dez meses após o núcleo ter sido criado por meio da Portaria GM n° 154 do Ministério da Saúde. A Portaria lançou e regulamentou o NASF e o institui como uma equipe multiprofissional para atuar em parceria com equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF)[16] (BRASIL, 2008). A ESF é a representante da política de atenção primária no Brasil, e sua implantação serve à descentralização da gestão da atenção primária e a universalização do acesso à saúde (ANDRADE et al, 2006).

A equipe do NASF tem como objetivos: ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica (AB)[17], bem como sua resolubilidade, apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e no processo de territorialização[18] e regionalização[19] a partir da Atenção Básica, atuar em parceria com os profissionais da ESF; compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas

---

[16] ESF é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. Fonte: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149

[17] A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Fonte: http://dab.saude.gov.br/conheca_dab.php

[18] A Estratégia Saúde da Família define e é responsável por um recorte territorial, que corresponde à área de atuação das equipes de saúde da família, sua importância no cenário atual da reorganização da atenção, da rede de serviços e das práticas sanitárias locais. É grande importância a territorialização em uma área para saber quais são as reais necessidades de uma comunidade

[19] regionalização é a aplicação do princípio da territorialidade, com foco na busca de uma lógica sistêmica, evitando a atomização dos sistemas locais de saúde. A hierarquização é expressão desta lógica, buscando entre outros objetivos, a economia de escala. Fonte: http://www.portalsisreg.epm.br/conteudo/principios.htm

e agir diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado (BRASIL, 2008).

Ainda, de acordo com a Portaria 154:

1. o NASF não se constitui porta de entrada do sistema e deve atuar integrada às equipes da ESF;
2. a responsabilização pelos problemas de saúde é compartilhada entre ESF e equipe do NASF, para que seja produzida uma revisão da prática do encaminhamento e uma responsabilização longitudinal pelo usuário;
3. as equipes do NASF devem complementar e qualificar as equipes da ESF a fim de buscar maior integralidade no cuidado ao usuário.

A Portaria não esclarece como o processo de trabalho dos profissionais do NASF deve ser realizado a fim de contemplar as definições acima, apenas apresenta as ações a serem realizadas, sendo fiéis aos princípios da ESF e da atuação da Unidade Básica de Saúde (UBS). Só em 2009, com a versão preliminar das diretrizes do NASF (BRASIL, 2009b), e posteriormente com a versão definitiva em 2010 (BRASIL, 2010a) são expostas as diversas ferramentas para o processo de trabalho, dentre elas o AM (AM), que é o objeto de estudo dessa pesquisa.

Quando iniciei minha trajetória profissional no território, deparei-me com uma região da Cidade de São Paulo onde ainda não havia sido implementada a ferramenta do AM em nenhum dos equipamentos de saúde, apesar da estratégia estar presente nas práticas de saúde na cidade desde a implantação do programa Qualis-PSF[20]. O programa Qualis foi implantado como proposta para melhorar a atenção primária em saúde na cidade, que vinha apresentando deficiências e atraso significativo com relação a outros estados brasileiros em termos de abrangência da população. Essa proposta incluía o AM de equipes qualificadas em saúde mental para as equipes de PSF, desde o início das atividades (PENTEADO, 2008).

[20] Iniciado em 1998. Filho, D.C. O programa de saúde da família em São Paulo.

Ou seja, já havia um conhecimento técnico consolidado na área do AM na cidade de São Paulo, quando da implantação dos NASFs, no entanto, tanto os recursos humanos quanto os recursos técnicos que já existiam não foram aproveitados pela gestão responsável pela região onde atuei. Couberam aos profissionais recém-contratados, muitos sem experiência na área da saúde pública, realizar o processo de implantação do AM. O que era novo para mim, também o era para praticamente todos os envolvidos.

O trabalho prático acabou me lançando em desafios que exigiram uma melhor compreensão da ferramenta do AM. Dessa forma, em meio ao emaranhado de dúvidas busquei uma melhor compreensão teórica que me desse um chão de compreensão sobre o meu lugar e sobre minhas obrigações e objetivos enquanto profissional de saúde, no cargo na qual fui contratada.

Quanto mais eu avançava na leitura dos materiais mais eu entendia o meu papel enquanto apoiadora matricial e quais eram os objetivos que deveria atingir, aquilo que deveria buscar e alcançar. No entanto, esse processo de “debruçar-me” sobre os textos, me levou a identificar um distanciamento entre o que estava preconizado e a minha prática no dia a dia na área da saúde. Mais especificamente, à medida que a leitura ia avançando e que a minha prática ia se desdobrando, eu identificava cada vez mais, a minha dificuldade em executar ações e contemplar um “modo de ser” apoiadora matricial.

Uma espécie de tensão foi ganhando corpo. Duas forças me dividiam, me rasgavam. Por um lado, um desejo pessoal de atuar dentro do horizonte de democratização institucional, de maior horizontalização das relações e troca de conhecimento entre os profissionais, e por outro uma prática que se desdobrava “dentro da caixa”, competitiva, um fazer automático, sem reflexão, uma espécie de produção em massa. Quase uma separação entre aquilo que eu pensava e aquilo que eu fazia.

Fui experimentando um paradoxo, cada vez maior. Ao mesmo tempo em que cabia ao NASF a implantação de uma ferramenta de humanização da atenção e da gestão na saúde, que buscava equacionar características centrais do “fazer saúde” atual; como o processo de trabalho fragmentado, a clínica individualista e com foco

curativista e o trabalho sem reflexão ou esvaziado de sentido; a atuação acabava se desdobrando de maneira individual e egoísta...

Ao longo do tempo, passados meses e depois anos, continuava sendo parte da rotina os “casos de pacientes” que se prolongavam sem vislumbrar qualquer solução, profissionais sempre correndo contra o tempo para “passar” o maior número de casos, excesso de demanda, dificuldade em ativar a rede de ofertas de serviços e articular a rede, dificuldade para chamar a população para compartilhar ações, dificuldade de relacionamento com as equipes de ESF e problemas para compartilhar a clínica.

Inicialmente, voltei-me para mim mesma e para as minhas limitações, sentindo culpa por não dar conta do fazer coletivo e crítico. Mas compreendi que não podia cair na armadilha de culpabilização do trabalhador/singular para entender as dificuldades que vinham acontecendo. Essa responsabilização máxima do indivíduo (*singular*) não me levaria a lugar algum. Fui então à busca dos obstáculos apontados na literatura a fim de compreender o que poderia estar acontecendo.

À medida que fui realizando a leitura dos obstáculos para a implantação do matriciamento, percebi que meu olhar sobre os problemas e os obstáculos para o matriciamento “dar certo” tinha que ser ampliado, e, aos poucos, fui me distanciamento das dificuldades do dia a dia para uma visão mais ampla e aprofundada. Para Domitti (2006), os obstáculos precisam ser conhecidos e analisados, a fim de poderem ser removidos.

Por fim, fui elaborando um caminho de reflexão sobre os motivos, as causas, as raízes das dificuldades que vinha enfrentando na minha atuação. Fui fazendo hipóteses e compreendendo que os obstáculos para um fazer humanizado dentro da estratégia matricial dependia muito do apoio e de um espaço da ordem da macro política, do institucional. Não dependia apenas do projeto dos trabalhadores.

É claro que os obstáculos institucionais e individuais se entrecruzam, são constituídos juntos, interferem uns nos outros e não há como fazer uma localização e uma delimitação perfeita de quais são exatamente as barreiras e nem é essa a proposta dessa dissertação. Mas percebi que para além do desejo do trabalhador em viabilizar um trabalho humanizado na saúde há um peso muito forte do modelo atual de

administração e gestão em saúde. Para além do sujeito e seu desejo de atuar dentro de uma prática democrática e humanizadora, há a gestão, a situação atual da saúde pública na Cidade de São Paulo e no país.

Como já visto, afrontamos há mais de duas décadas o atravessamento do projeto neoliberal nas políticas de saúde, culminando na gestão por OSS. A OSS surge como alternativa para melhorar o funcionamento da saúde, por meio da modernização e da flexibilização da gestão.

Em resumo, a gestão da OSS vem imbuída de uma lógica de eficiência e de eficácia, que aqui nessa dissertação será pensada a partir de dois pontos. O primeiro, diz respeito ao poder de contratar e demitir funcionários, possível por meio do uso de política de contratação do regime jurídico da Consolidação das Leis do Trabalho, (CLT[21]), justificada por um discurso privatista que diz que "uma das razões centrais de suas ineficácia e ineficiência é a estabilidade da força de trabalho" (GRANEMANN, 2007, pg. 47). Segundo Junior (2008), os documentos que defendem a introdução da gestão por OSS na rede de saúde afirmam que:

> (...) o conceito de postos profissionais, remunerados com base nos valores praticados no mercado concede maior eficácia e eficiência gerencial a essas organizações, além da possibilidade de cooptação e manutenção de quadros qualificados profissionais (pg.43).

O segundo ponto diz respeito a avaliação dos profissionais por meio do cumprimento de metas quantitativas, verticalizadas e sem correspondência com a realidade local do serviço de saúde.

A reforma da administração pública, iniciada pelo neoliberalismo e promulgada pelo PDRAD, abriu caminho para formas perversas de avaliação. Não só na área da saúde, mas também na educação. Schmidt (2011) descreve problemas de cobranças de metas e esvaziamento do sentido e trabalho também na Academia. Afirma que:

[21] Regime típico do sistema privado.

> Como instrumento do produtivismo, a avaliação empunha um poder de dominação da esfera científica e intelectual que se naturaliza legitima pela adesão e submissão dos sujeitos à sua lógica e pela criação de uma ordem formal à qual a produção deve corresponder. Dito de outra maneira, a avaliação, como parte da ideologia produtivista, apresenta-se, ela mesma, como mecanismo de dominação na forma de um poder simbólico (pg. 322 e 323).

Fazendo um paralelo com a educação, percebe-se que o clima produtivista está na ordem do dia e quer dizer cumprimento de metas. E naturaliza "práticas a fim de atender aos critérios de avaliação, desde uma perspectiva exterior e alheia ao processo de construção do conhecimento" (Schmidt, 2011, pg. 326). Portanto, o segundo ponto que compõe a lógica da eficiência e eficácia nessa dissertação versa sobre a submissão do trabalhador ao cumprimento das metas quantitativas.

Essa lógica da eficácia e da eficiência acaba provocando efeitos de subjetivação de uma lógica neoliberal dentro do ambiente de trabalho. A atmosfera que se arma dentro da OSS é de competição entre os profissionais e um clima de intimidação por medo da perda de emprego. A concepção corporativista e privatista, já presente nos serviços públicos por simplesmente conviver o mesmo tempo histórico de neoliberalismo mundial, parece ampliar ainda mais dentro da saúde pública nos serviços de gestão por OSS. Além disso, há uma aproximação da saúde como mercadoria, já que os profissionais são cobrados por resultados como se estivessem prestando um serviço privado.

Há um contraste muito grande entre o momento histórico de incentivo das políticas de humanização da atenção à saúde, e uma atmosfera organizacional e técnica que não abre espaço para a crítica do poder instalado e da verticalização das relações e que acaba incentivando a competição entre os profissionais. De um lado, uma urgência por uma prática de saúde com qualidade, rigor, entusiasmo e entrega e do outro lado, uma cobrança, cada vez maior, por produção/números. Há uma priorização por cumprir metas, por "fazer bonito", que lança o profissional em um agir mecânico, de forma egoísta e individualista.

O que foi percebido, ao longo da implantação do AM, é que grande parte das dificuldades encontrada para implantá-lo parece ser desdobramento das novas formas de gestão e contratação do trabalhador. Essas parecem estar implicadas e são obstáculos para a superação do paradigma de atenção à saúde centrado nas especialidades, do paradigma da gestão taylorista e do paradigma político de poder centrado nos cargos gerenciais e na hierarquia dos negócios em saúde.

Apontarei algumas reflexões/hipóteses sobre como as diretrizes do apoio matricial: clínica ampliada, formação de rede e co-gestão se desdobram na prática. Será apontado o atravessamento da lógica da eficiência e eficácia na prática, por dentro da minha experiência enquanto apoiadora matricial.

Sobre clínica ampliada*:*

Como sabemos, o modelo hegemônico atual é o chamado “médico centrado” ou simplesmente “médico hegemônico”. Tem como um dos pilares o Relatório Flexner, de 1911, e algumas de suas características se verificam ainda hoje, no paradigma sanitário dominante. São elas:

Mecanismo: identificação do corpo humano com a máquina, onde a estrutura do corpo, bem como a da máquina, pode ser montada e remontada;

Biologismo: exclusivismo da natureza biológica das doenças, levando à história natural das doenças;

Individualismo: exclusão dos aspectos sociais da vida dos indivíduos e instituição do objeto individual da saúde;

Especialização: especialização do conhecimento e distanciamento de uma compreensão global do sujeito, resultado entre outros, da fragmentação do processo de produção;

Tecnificação: a engenharia biomédica como relação entre os sujeitos e a doença; e

Curativismo: predominância das práticas curativas sobrepondo-se às causas da doença (MENDES, 1999).

O modelo carrega características que se fortaleceram muito ao longo do século passado, como a tecnologia da área biomédica e as práticas hospitalares. Tem no uso de máquinas para procedimentos/exames e fármacos o seu maior trunfo. São práticas que se movimentam na lógica do capital, pois visam o lucro, e dessa maneira, seus custos vêm sendo ampliados e a classe mais precária de recursos econômicos não alcança esses recursos de atenção. Em resumo, o modelo hegemônico é o biomédico com predomínio das tecnologias complexas em detrimento ou em fraca utilização das tecnologias de relação médico paciente (SILVA JÚNIOR, apud MOROSINI, 2007; FRANCO e MERHY, 2003).

Esse modelo tem a ausência de doença como concepção de saúde. As práticas correspondentes a ele pretendem oferecer à população a maior quantidade possível de serviços médicos, tratando-os individualmente, com o objetivo de tratar a enfermidade ou reabilitar os pacientes, por meio da clínica e com a intermediação crescente de tecnologias. Na lógica dessa prática, às perdas de estado de saúde, são ofertados serviços médicos, e se há serviços médicos disponíveis, a saúde da população deve melhorar" (MENDES, 1999, pg.242).

A expectativa dos usuários, até hoje, reflete a hegemonia do modelo:

> Faz parte do imaginário social contemporâneo acreditar que a grande especialização profissional, em especial a médica, é a estratégia mais eficiente para se cuidar da saúde. Sendo assim, os profissionais dessa área vão cada vez mais restringindo seu campo de atuação, ao mesmo tempo em que a população em geral também vai incorporando esses valores e passando a acreditar somente na atuação de um especialista. (DIMENSTEIN, 2009, pg.70).

Com a criação do SUS e o seu princípio articulador, a integralidade, esse modelo passa a ser tensionado "legalmente". O princípio da integralidade acaba por estimular uma revisão das práticas tradicionais tanto da clínica quanto da gestão. Segundo Mielke e Olshowsky (2009):

> O modelo tradicional de assistência à saúde priorizava as consultas médicas individuais, com enfoque na doença e na cura. (...) diretriz mais ambiciosa pauta-se na integralidade da atenção, tornou-se imprescindível a busca de uma nova forma de organização dos processos de trabalho em saúde que valorizasse o espaço da coletividade enquanto espaço de cuidado (pg. 901).

No entanto, sabemos que o princípio, por si só e em uma folha de papel, não é capaz de promover as mudanças rumo a uma nova clínica, que consolide a integralidade. Ainda mais no contexto atual onde as especialidades na área da saúde trabalham com um referencial teórico restrito, revezando entre valorização do referencial social para a explicação do processo saúde doença, a valorização da

racionalidade biomédica e a explicação dos fenômenos pela via da subjetividade (DOMITTI, 2006).

A busca pela contemplação da integralidade acabou por inspirar novos arranjos organizacionais e metodologias teóricas para a reformulação da atenção. Dessa maneira, o princípio da integralidade também é forte referência para as propostas de ferramentas da PNH, e provoca o repensar a clínica, não em termos de objeto, mas sim, no seu modo de fazer, no seu próprio processo, rumo à uma ampliação. A clínica ampliada, ou clínica do sujeito, é aquela que propõe maneiras para integrar diferentes perspectivas em um método de trabalho.

Segundo Domitti (2006), a clínica ampliada exige um grau de adesão dos profissionais em uma perspectiva interdisciplinar, para que os mesmos possam ter a abertura necessária para uma compreensão mais ampla do processo saúde doença. Ela "deve reconhecer a complexidade e variabilidade dos fatores e dos recursos envolvidos em cada caso específico, seja ele um problema individual ou coletivo" (DOMITTI, pg. 30, 2006).

No entanto, não se pode cair no reducionismo de que a clínica ampliada é um somatório de explicações, um empilhamento de saberes. Usar o discurso do "bio-psico-social" para os fenômenos da área da saúde, não quer dizer olhar pela perspectiva da clínica ampliada. Ela vai além.

Para Dimenstein et al (2009), a clínica ampliada é uma "prática política que tem a ver com afeto e com a fabricação de modos de existência" (pg.66). Tem haver com o compromisso, tanto do usuário quanto do profissional em encontrar linhas de cuidado que contemplem o trabalho em saúde necessário para cada caso. Também está relacionado ao tipo de relação que é estabelecida um com o outro e a novos modos de produção dessa relação. A clínica ampliada só pode ser alcançada por dentro da perspectiva de verdadeira valorização dos sujeitos envolvidos no processo de atenção em saúde.

> Trata-se de reconhecer um compromisso com o Sujeito e a sua capacidade de produção da sua própria vida. Trata-se de uma clínica que se abre para perceber e ajudar o Sujeito doente a construir sua percepção, sobre a vida e o adoecimento. Para isso, a própria clínica tem que se reconhecer enquanto

> instrumento de uma instituição muito forte (instituição médica), manipulando saberes e classificações diagnósticas de grande repercussão para os Sujeitos que se submetem a ela, e deve desenvolver a competência de utilizar os poderes que possui e desenvolve na relação terapêutica a favor da autonomia dos Sujeitos (CUNHA, 2004, pgs. 73 e74).

Portanto, para ser efetivada, a clínica ampliada exige o reconhecimento da autonomia do usuário e dos poderes envolvidos na clínica. A aposta do AM é que a clínica ampliada se efetive por meio da troca de informações, da ampliação do compromisso dos profissionais para com os usuários e do trabalho integrado com outros profissionais, ações implantadas conjuntamente, entre apoiadores e equipe de referência. Segundo Figueiredo e Campos (2009),

> (...) o AM seria uma ferramenta para agenciar a indispensável instrumentalização das equipes na ampliação da clínica, subvertendo o modelo médico dominante, que se traduz na fragmentação do trabalho e na produção excessiva de encaminhamentos, muitas vezes desnecessários, às diversas especialidades. (pg.130).

Quando o processo de implantação do AM foi iniciado na Região Sul de São Paulo, por meio da equipe NASF, o modelo de atenção hegemônico transparecia por meio da expectativa dos profissionais das ESF. Essa girava em torno da clínica especializada, com pedidos dos profissionais das ESF para que a os integrantes da equipe NASF realizassem atendimentos individuais.

Além da esperança de que a equipe NASF se desdobrasse em múltiplos profissionais, havia também grande dificuldade, por parte dos integrantes da ESF, em perceber que a entrada da equipe de apoiadores era uma possibilidade para ampliar o escopo de ações oferecidas na UBS.

As equipes de ESF passaram a questionar quando seriam construídas as salas de atendimento para cada um dos profissionais do NASF. E ficou claro qual o tipo de cuidado em saúde que estavam esperando dos profissionais do NASF. A clínica especializada e individual.

Pode-se partir do entendimento de que cabe ao profissional, individualmente, superar esses “especialismos”. Pode-se usar do argumento de que a formação do profissional é deficiente e sustentada por uma razão instrumental que busca a alta especialização e que, portanto o compromisso em ampliar o olhar aos fenômenos de saúde é só do trabalhador, “Ele que volte a estudar”.

No entanto, cabe aos apoiadores “desmistificar a idéia de que só os especialismos trazem resolutividade” (DIMENSTEIN, 2009, pg.70). O processo de desconstrução dessa expectativa e o de construção de novas é parte do processo de trabalho dos apoiadores matriciais. Mas como fazer isso?

Independente da formação e da história particular de cada profissional, para *pensar novas possibilidades de clínica*, deve haver, inicialmente, tempo e lugar para *pensar novas possibilidades de clínica*. Para tanto, os profissionais precisam de um espaço institucional aberto e estimulante.

> A singularização do atendimento clínico somente será possível mediante um esforço particular de cada profissional diante de cada caso específico. Um pré-requisito para que haja possibilidade dessa abertura dos profissionais ao imprevisto e à variação regular da vida cotidiana é a existência de certo grau de autonomia durante o trabalho clínico. Além dessa liberdade relativa, é fundamental assegurar a motivação dos profissionais e criar um padrão de gestão em que a maioria se sinta motivada para dedicar-se à produção de saúde (CAMPOS, 2007b, pg. 850 e 851).

Na prática, uma das maneiras de efetivar a clínica ampliada é por meio da discussão de casos entre os profissionais de saúde. Um espaço apropriado para tal é a reunião de equipe onde cada profissional contribui com a sua compreensão sobre o processo de saúde doença e onde as relações podem ser reinventadas. A reunião de equipe representa um dos recursos dentro da proposta de clínica ampliada e co-gestão (CUNHA, 2004).

Não há novidade até aqui. Dessa maneira, a primeira ação implantada pelo NASF do qual fiz parte, junto às equipes da ESF, foi a “reunião de matriciamento”, que tinha como objetivos a discussão de casos eleitos pela ESF e que seriam apoiados pelo

NASF. Agora, vamos pensar... Quais as condições de possibilidade da ação da discussão de casos conformar efetivamente um novo olhar sobre o usuário e sobre seu processo de adoecimento e saúde? Como não cair na armadilha das reuniões que pendem para o repasse de casos, onde um profissional se “encarrega” de passar a responsabilidade desse para o seu colega?

Para que a reunião de equipe possa efetivamente ampliar a possibilidade da clínica ampliada, ela precisa estar sustentada, primeiramente, na integração entre os profissionais. Essa integração só é possível quando a troca de saberes é valorizada e estimulada, e quando há uma maior equilíbrio de poder entre os profissionais.

De fato, quando do início da implantação do AM, havia o estímulo e o encorajamento para que as “reuniões de matriciamento” se concretizassem. Após alguns meses e superadas, de maneira geral, as barreiras de aceitação por parte das equipes da ESF, viabilizou-se um horário formalizado na agenda semanal para o encontro entre as equipes.

No entanto ao longo do tempo, e passada a euforia inicial, esse espaço de discussão que, inicialmente, era prioridade e “a menina dos olhos” das gerências, foi ficando em segundo lugar, depois terceiro e até quarto lugar. O cumprimento das metas foi se desenhando como o verdadeiro horizonte norteador do trabalho em saúde.

A gestão por números, essa que se dá em uma racionalidade “produtivista” é bastante característica de organizações que precisam “produzir” para ter visibilidade ou para, por exemplo, “ter o contrato renovado com a prefeitura”. Caso típico das OSS. A gestão por números ou gestão dentro da lógica de metas é vertical, pois as metas não são construídas exclusivamente a partir da realidade local.

A avaliação do profissional, dentro dessa perspectiva, será chamada aqui de avaliação de “custo-benefício” do profissional. Ela acaba estimulando o profissional a deixar atividades como as reuniões de discussão de casos ou de planejamento, em segundo plano, pois “não se pode perder tempo com atividades que não somam à meta ou que não são prioridade”.

Por fim, os espaços de planejamento e de discussão de casos mal cabem dentro de uma organização cujo cumprimento de metas está associado ao número de visitas domiciliares ou ao de consultas e não está associado às ações dentro da perspectiva da clínica ampliada, como a troca de conhecimentos, o planejamento, a crítica. Por fim, sem discussão e sem planejamento, o trabalho em saúde acaba se dando de forma isolada e de maneira segmentada.

É claro que as metas de trabalho são parte integrante da conformação atual do mercado de trabalho, seja ele público ou privado, no entanto, a atenção à saúde não é da mesma ordem que a do mercado como um todo. A saúde não é um bem de consumo, o usuário não é cliente e serviços de atenção em saúde não promovem saúde se regidos dentro de uma lógica burocrata ou corporativa.

O uso da avaliação traz em seu bojo a justificativa de melhorar as práticas em saúde ou ainda, apresentar os resultados aos usuários. No entanto, há que se compreender que o trabalho em saúde nem sempre pode ser quantificado. Quando priorizados os números, corre-se o risco da produtividade numérica ser a finalidade, ser o objetivo final para o profissional. Isso faz com que o trabalhador tenha a quantidade de trabalho valendo mais do que a qualidade do trabalho.

Esse *modus operandi* resulta em pelo menos dois pontos centrais. O primeiro é medo da perda do emprego, que gera uma sensação de instabilidade para os profissionais de saúde e acaba resultando na submissão a altos níveis de exigência. E o segundo, é o risco da clínica ampliada passar a ser compreendida como uma soma de atendimentos, onde o importante é o número de especialistas que acompanham o caso, ou melhor, que atendem o caso.

O primeiro ponto é o da sensação de instabilidade, gerada pela ameaça da perda do emprego, que provoca uma dificuldade maior para o profissional se expor, para colocar nos espaços de discussão as suas angústias, suas dúvidas e seus modos de pensar. Com o tempo, à medida que vai se acostumando com as avaliações “quadradas”, o profissional vai compreendendo que há pouco lugar para a exposição de idéias, para aquilo que é da ordem da experiência de vida, para as tentativas de inovação das práticas. O que fica, muitas vezes, é um processo de trabalho que parece

ter que se encerrar na lógica da produção, “sem perda de tempo”. A exigência do cumprimento das metas em detrimento de outros fazeres da saúde que não estão na ficha de produção; como o acolhimento, a troca de saberes, a discussão do processo de trabalho, etc; vai encaminhando o profissional para uma prática repetitiva, sem criação, sem “contação” de histórias e sem memória.

O AM é fruto da crítica dos processos produtivos atuais. Ele é oposição à produção em massa. Exige tempo, disposição e incentivo. É um modelo que não combina com a racionalidade do consumo e da “satisfação do cliente”. Considerando isso, percebe-se que a supervalorização das metas quantitativas afeta a discussão dos casos, o atendimento compartilhado, o planejamento de ações, o acolhimento de usuários, os espaços de comunicação e a troca entre os profissionais.

Schmidt (2011), ao refletir sobre como pensar formas de avaliação dentro da academia, que fujam do eixo “número de publicações”, afirma que o processo de avaliação deve se projetar no plano político da democratização e transparência dos processos que qualificam e reconhecem, publicamente, a atividade acadêmica e no plano ético em que a universidade afirma e renova seus compromissos com a sociedade.

No caso da saúde, o caminho para novas propostas de avaliação está na construção conjunta do processo de trabalho. Está na verdadeira democracia institucional, onde são discutidos abertamente, a gestão, os projetos de ação em saúde, os entraves e os obstáculos. As metas quantitativas resumem o trabalho profissional a um cumprimento de números, retirando-lhes a criatividade, a dúvida, a possibilidade de questionamento, a capacidade de sonhar e de pensar a sua ação. Uma tendência a transformar os trabalhadores da saúde em “batedores de cartão”.

No segundo ponto, o trabalho em saúde acaba seguindo o curso da lógica da doença e não o da clínica ampliada. Antes de avaliar conjuntamente qual a verdadeira necessidade do usuário, são definidos quais serão os especialistas que deverão atender o usuário. Se o usuário é portador de uma paralisia cerebral, por exemplo,

dentro dessa lógica deveria ser acompanhado, necessariamente, por profissionais da saúde mental, fisioterapia, fonoaudiólogo e assim por diante.

No entanto, o número de especialistas e o número de atendimentos não quer dizer, clínica ampliada. Não tem como fazer uma previsão sobre quais os tipos de atendimentos que o usuário irá precisar, sem analisar o caso singular, sem avaliar as necessidades de cada usuário. Nesses moldes, não há construção conjunta do processo de cuidado, e sim uma imposição ou um abuso de poder. Sem contar que, sem incluir o usuário no processo de construção da clínica, muito possivelmente esse se tornará aquele usuário “difícil”, que “falta muito às consultas”.

Então, apesar do modelo de equipe matricial ser composto por profissionais de diversas especialidades, que atuam com ações de prevenção e promoção no território, essa perspectiva corre o risco de não modificar a lógica centrada na especialidade. Ao contrário, pode complementar esse modelo, dependendo da maneira como estende à população os procedimentos, os exames e as consultas individuais correspondentes a cada disciplina.

Sobre co-gestão:

Como já vimos, o AM é uma das ferramentas para que a organização caminhe em direção a uma democratização institucional. A relação com a democratização institucional se dá por meio do dispositivo do AM enquanto ativador de espaços coletivos, e esses como “espaços de fala, onde a palavra possa circular lateralmente sem coação e privilégios hierárquicos, são importantes quando a proposta é produção de saúde e produção de sujeitos” (ARCHANJO, 2010, pg.24). A democratização institucional refere-se à construção desses espaços coletivos, a uma instituição que exerce a co-gestão.

Os espaços coletivos podem ser entendidos como lugar de abertura, de liberdade e de criação. São espaços que incluem todos os envolvidos no processo de trabalho e cuidado em saúde. Ou ainda, “(...) um lugar e um tempo específico em que ocorrem encontros entre Sujeitos, construindo-se oportunidades para análise e tomada de decisão sobre temas relevantes” (CAMPOS, 2007c, pg. 232).

A co-gestão refere-se a esses espaços. É um modo de fazer, e não algo pronto que pode ser instalado ou desinstalado dentro do serviço de saúde. A co-gestão se dá no âmbito do trabalhador e do usuário, e vai muito além da inclusão desse por meio dos conselhos gestores ou dos conselhos de saúde. Dentro da perspectiva da co-gestão cabe ao profissional de saúde e ao usuário pensar a gestão da organização, o processo de trabalho e cuidado em saúde; por meio da troca de informações e de processos reflexivos.

Os usuários não são passivos, e os trabalhadores são os verdadeiros operadores do sistema. Qualquer mudança na gestão e atenção só se dá com o compartilhamento de responsabilidades ente esses sujeitos. A centralização desses dos trabalhadores e dos usuários para pensar as questões de saúde é co-gestão, pois não há processo de trabalho sem produção de sujeitos, (SANTOS FILHO et al, 2009).

Uma instituição cujo norteador é a co-gestão, estimula o desenvolvimento de trabalhos em conjunto, ativando os coletivos. Esse chamado a todas as pessoas

envolvidas pode ser traduzido por busca de autonomia no processo de trabalho e de gestão. Como isso se dá?

Para Campos (2006a) a autonomia está circunscrita ao conjunto de sentidos dado à saúde e ao processo de adoecimento. Esse conjunto de sentidos se faz de maneira conjunta, em um processo de construção entre o profissional e o usuário. Ela não se dá individualmente, é co-construída. Ademais, a autonomia não é um objetivo em si. Ela é o próprio processo de trabalho e cuidado do profissional junto ao usuário. Ela se dá na própria interação com ele, no encontro profissional-usuário, quando tenta equacionar a história desse e os conhecimentos técnicos daquele para pensarem juntos, as linhas de intervenção. É uma composição reflexiva de dois ou mais sujeitos, com o objetivo de fazer saúde.

Quando o encontro; que pode ser um atendimento, um grupo terapêutico, uma reunião etc; acontece com esse propósito, ele se dá em contraposição a clínica tradicional e gestão tradicionais. A partir daí, tem-se a compreensão de que o encontro na perspectiva da co-gestão vai além das normas, dos procedimentos, das prescrições (ARCHANJO, 2010). Ele promove a construção/desconstrução de modos tradicionais de fazer saúde.

Essa autonomia, construída conjuntamente entre usuário e profissional, também diz respeito a valorização do trabalho e do trabalhador. E essa valorização está diretamente relacionada com o modo de fazer saúde. Quer dizer, em cada encontro cabe a avaliação do que está sendo executado. Exige que tanto usuário quanto profissional reflitam as condições singulares daquela ação; os aspectos únicos e significativos da vida do usuário e as condições daquele encontro (local, momento da vida, recursos disponíveis, objetivos).

Em resumo, o encontro exige a co-gestão do tempo e do espaço. E as condições desse tempo e desse espaço são parte e são “reflexo” de todos os processos da instituição, desde os aspectos gerenciais, os de acolhimento, os de recursos, etc. Uma organização que não compreende o “encontro em si” entre os sujeitos como uma potência para a criatividade e conseqüente reinvenção das práticas, não pode ser

entendida como uma organização democrática ou como uma organização dentro da perspectiva de humanização.

A humanização,

> (...) efetiva-se nas práticas em saúde a partir delas, ou seja, das formas como agimos no cotidiano dos serviços. Está voltada para homens e mulheres comuns que compõem o SUS, em suas experiências, com os trabalhadores e usuários que habitam e produzem o dia-a-dia dos serviços de saúde. É no encontro entre estes sujeitos concretos, situados, que a política de humanização se constrói (SANTOS FILHO et al, 2009, pg. 605)

A partir daí entende-se que o processo de trabalho e cuidado em saúde é gestão e co-gestão. Não há possibilidade de se realizar um trabalho em saúde dentro de uma perspectiva democrática, quando o profissional tem que se limitar às prioridades engessadas da organização, muitas vezes não correspondentes à realidade local ou ainda, quando a gerência entende que o planejamento e a discussão de casos não são parte do processo de trabalho.

Dessa maneira, o enfrentamento dos modos tradicionais de fazer saúde, rumo a democratização institucional só será efetiva se houver inclusão, não só do usuário e dos profissionais, mas também daqueles que ocupam os cargos de gestão, propriamente ditos. Ou seja, o caminho para a indissociabilidade entre a gestão e a atenção "é a afirmação de uma perspectiva participativa que permitiria aos coletivos atribuírem sentidos, fazerem e sustentarem conexões no/e do processo de trabalho" (SANTOS FILHO et al, 2009, pg.607).

Enquanto estratégia de humanização, o AM estimula os espaços coletivos de questionamento e conseqüentemente, de tensionamento das regras pré-estabelecidas. Esse enfrentamento se dá justamente "pela invenção de outras formas de agir nos espaços de trabalho, pela produção incessante de saberes realizada na atividade laboral, porém, muitas vezes, esse enfrentamento é inviabilizado ou enfraquecido" (SANTOS FILHO et al., 2009 pg. 605).

No entanto, Campos (2007) afirma que:

> As criações de espaços coletivos, em que equipes de saúde compartilhem a elaboração de planos gerenciais e de projetos terapêuticos, depende ainda de uma ampla reformulação da mentalidade e da legislação do sistema de saúde. As políticas de humanização têm igualmente tentado ampliar o poder dos usuários no cotidiano dos serviços de saúde. Ressalta-se, nesse momento, que são tendências ainda não consolidadas e que o AM e mesmo o funcionamento de equipes de referência dependem de um importante grau de compartilhamento do poder entre distintos profissionais componentes de uma equipe e desses com outros especialistas (pg.404).

Ou seja, o AM é, ao mesmo tempo, um instrumento que pode viabilizar espaços de co-gestão, mas depende de um grau mínimo de democracia para poder existir, ou seja, é produtor e produto de co-gestão. Necessita de espaços coletivos para se efetivar concretamente. Já sabemos que esses espaços de co-gestão são desafios para qualquer instituição, no entanto, como se desdobra a estratégia do AM, enquanto dispositivo de co-gestão rumo à democratização institucional em uma organização cuja política de contratação e avaliação por metas ameaça o profissional?

Sabemos que a co-gestão se dá na clínica, nas reuniões gerais, no trabalho em equipe, na construção da agenda da unidade e das equipes. Cabe ao apoiador matricial tentar ativar a comunicação, a reflexão e a autonomia dos trabalhadores e usuários nesses contextos. No entanto, será que há lugar para o apoiador disparar a co-gestão nesses espaços?

Segundo Campos (2007c) o “Estado omisso delega a Organizações Não Governamentais (ONGs) a execução de políticas públicas sem instituir sistemas de co-gestão” (pg.182). Dessa maneira, será que o desafio da implantação de espaços de co-gestão não fica potencializado? Tentarei analisar como se desdobram espaços de potência para co-gestão, atravessados pelas políticas de gestão (metas) e de contratação das OSS. Escolhi expor sobre as reuniões gerais, a agenda da unidade e o trabalho em equipe.

As reuniões gerais:

O AM é uma ferramenta que busca uma maior horizontalização do poder dentro da instituição. Tenta equilibrar o poder de maneira que todos possam partilhar suas idéias, suas opiniões. Isso não quer dizer que se devam extinguir os cargos de gestão, ou que todos devam “mandar em todos”. A idéia é que não se negligencia a discussão sobre o poder, nem que hierarquia na instituição estimule o silêncio.

Com a entrada das OSS, os profissionais da área da saúde passaram a ser contratados por regime CLT. Esse é um regime privatista, que encontra correspondência em um esquema de “controle de resultados”, de cumprimento de metas, e do velho conhecido “custo-benefício”. Nessa configuração, é muito fácil que os profissionais se tornem competidores uns dos os outros. Elogios são distribuídos àqueles que cumprem as metas 100% e aos que não cumprem, resta a “pegação no pé”, para dizer o mínimo. Diante das exigências e da ameaça da perda de emprego, resta ao profissional cumpri-las e não questioná-las.

Para o processo de trabalho dos apoiadores matriciais, a reunião geral é espaço fundamental. Caberia aí, a discussão sobre as estratégias de promoção e prevenção em saúde na região, a revisão dos rumos que o processo de trabalho está tomando, a reformulação dos planejamentos que estão sendo pensados, etc... Poderia ser um momento de encontro, como no molde descrito acima.

No entanto, nas condições de exigência por números, via de regra, a reunião acaba se transformando em um momento onde se passam recados e onde se cobram resultados. O processo de trabalho não é questionado, apenas criticado, salvo exceções. As equipes são comparadas e se comparam, não diretamente é claro, mas de “maneira sutil”.

Nessas condições, a reunião geral acaba se tornando um espaço disparador de mal estar e um espaço onde fica evidente o sentido dos profissionais e do trabalho na instituição. Muitas vezes, o lugar da equipe é o do número da área que ela carrega, o do ACS é o nome da micro área sob sua responsabilidade, e o lugar do processo de trabalho, longe de significar produção de saúde, se resume a meta.

O clima que se enuncia é o da ameaça...Nem de longe se vislumbra a discussão sobre a gestão... Arma-se uma atmosfera de tensão e competição entre equipes e

profissionais.

Está dada a largada!

A agenda:

Como já vimos, a autonomia diz respeito ao encontro e ao tipo de encontro entre o profissional de saúde e o usuário. Versa sobre o respeito à singularidade desse e sobre sua potencialidade em lidar com o próprio processo de saúde e doença auxiliado por um profissional. Esse encontro pode acontecer cotidianamente, em qualquer uma das práticas de saúde.

Prática muito comum nas UBS é o engessamento das agendas dos profissionais. São estipulados horários específicos para acolhimento, para visitas domiciliares, para grupos de educação ou terapêuticos. Nessa configuração a possibilidade de singularizar a atenção ofertada ao usuário fica diminuída. Tem-se claramente que a gestão do processo de trabalho fica ameaçada, tanto por parte do trabalhador, quanto por parte do usuário.

Um breve exemplo: o usuário ao se insinuar para a porta de entrada do sistema (UBS), muitas vezes esbarra nos rígidos horários de marcação de consulta. Em resumo, o seu primeiro “encontro com o sistema”, não respeita a sua singularidade (o seu horário de trabalho, a sua disponibilidade para marcar consulta, os seus compromissos). Muitas vezes, por conta da agenda engessada, nem o acesso é garantido, um aspecto básico da integralidade é violado.

No entanto, a questão vai muito além da gestão da agenda da UBS ou do formato da organização. A rigidez da agenda escancara uma gestão vertical, que desestimula a co-gestão do trabalhador no seu próprio processo de trabalho. Ao mesmo tempo, a agenda “fechada” anda lado a lado ao cumprimento das metas exigidas para que a renovação do contrato entre a prefeitura e a OSS continue acontecendo.

Há, portanto, urgência na flexibilização da agenda, mas para alterar essa realidade é necessário que o a construção da agenda seja realizada conjuntamente e seja sistematicamente questionada. No entanto, como já vimos, os espaços para discussão e crítica das práticas instituídas são escassos em organizações cujo objetivo primordial é o cumprimento das metas. As relações verticalizadas, hierarquizadas e a

concentração de poder dentro da instituição são obstáculos para a implantação do matriciamento. “O método do AM depende da existência de espaços coletivos, ou seja, do estabelecimento de algum grau de co-gestão ou de democracia institucional” (DOMITTI, pg.28, 2006).

Ou seja, em vez do trabalho da ESF com AM caminhar rumo à clínica ampliada, o que resulta dessa gestão vertical é um “achatamento” dos atendimentos (um sob o outro até o turno do dia acabar), uma produção em massa de consultas. O profissional acaba se submetendo ao cumprimento dos atendimentos com pouca criatividade e motivação. A singularidade do usuário e a construção da autonomia durante a consulta sobrevive com dificuldade.

Numa lógica corporativa e empresarial a fusão entre bem de uso e bem de consumo se exacerba. As práticas de saúde, dentro dessa lógica, ganham a forma de procedimentos, ou seja, a assistência a saúde se transforma no exame, na consulta, na medicação prescrita. Substitui-se a saúde relacional, pela saúde procedimento. A saúde centrada no usuário, pela saúde centrada no procedimento (FRANCO e MERHY, 2003).

O usuário submetido ao atendimento rápido, quase em um formato *fast food* (sem considerar as especificidades e as variações de cada caso), entra no esquema. Começa a enxergar a saúde como acesso a consultas, a exames, a procedimentos...

Além disso, as consultas não permitem o tempo suficiente para que o vínculo seja estabelecido. Nessa conformação, a negociação com o usuário à respeito das linhas de intervenção, de novos modos de fazer saúde, tornam-se mais difíceis de se vislumbrar. Nessas condições como propor ao usuário que seja atendido em conjunto com outro profissional? Como propor grupos terapêuticos no lugar de consultas individuais?

Forja-se uma tensão entre: a clínica que busca promover a autonomia do usuário e do profissional e a clínica massificadora dentro da lógica corporativista. Com o tempo a autonomia do usuário perde o sentido de co-construção, e ganha o sentido daquele “que se governa, que é independente”, muito próxima de um estar sozinho por “não poder contar com ninguém”.

A equipe:

O emprego do nome matricial remete à matriz, que quer dizer um lugar onde se geram e se criam coisas, independente da posição que ocupam. È utilizado no arranjo AM para que os profissionais mantenham “uma relação horizontal, e não apenas vertical”, ou seja, uma tentativa de atenuar a rigidez presente nos sistemas de saúde tornando possível a relação com todas as outras partes. Já o nome apoio sugere uma metodologia “para ordenar a relação entre os profissionais não mais com base na autoridade, mas em procedimentos dialógicos” (CAMPOS e DOMITTI, 2007, PG. 402).

Segundo Oliveira (2011), “as condições organizacionais ampliam muito as possibilidades de sucesso e de impacto do AM”. (pg.42). O AM enquanto ferramenta de integração entre os profissionais de saúde se faz por meio das condições concretas de trabalho. E só por meio da integração profissional há possibilidade de transformação da clínica e da gestão em saúde.

No entanto, sabe-se que outras questões estão fortemente envolvidas no processo de relacionamento e integração entre profissionais. Uma delas é a remuneração. Dentro da perspectiva da humanização, “as relações contratuais/formais precarizadas e injustas de trabalho interferem negativamente na produção de saúde dos que cuidam.” (BRASIL, 2010b, pg.65).

A política de salários e de na contratação de profissionais da saúde, nos modelos de gestão por OSS, é regida pela CLT. A CLT rege as leis do trabalho no âmbito privado e dessa maneira, apresenta características próprias às do âmbito do mercado. Para Oliveira (2011) a contratação por concurso é uma adoção de estratégia de desprecarização das relações de trabalho, que pode aumentar a possibilidade de sucesso do AM.

No formato CLT, os salários dos profissionais da saúde acabam submetidos às leis privadas. Isso resulta em remunerações muito discrepantes dentro de uma mesma equipe. O modelo de remuneração segue a “lei da oferta e da procura”. Ou seja, quanto mais psicólogos têm no mercado, mais baixo será o salário desse especialista e vice-versa. Dessa maneira, em uma única equipe de NASF, sem ter qualquer hierarquia

formal e onde os profissionais têm o mesmo grau de responsabilidade e executam as mesmas funções, há diferenças salariais muito discrepantes.

Não há como não relacionar a diferença salarial com um certo desconforto dentro da equipe. Há a sensação de que aquele que tem uma melhor remuneração está sendo mais valorizado e portanto, dá a impressão que está ocupando um nível superior. Essa hierarquia não existe formalmente, mas é experimentada. E acaba sutilmente afetando o relacionamento da equipe, e o compartilhamento de saberes.

Além disso, os trabalhadores de saúde estão emaranhados por uma lógica de valorização em termos de remuneração, que não corresponde a sua formação, e sim, à disponibilidade numérica daquele profissional no mercado. O processo de remuneração e de contratação do profissional não leva em conta a formação profissional.

Ainda, à submissão à lei da oferta e da procura acaba impulsionando o próprio profissional a "dançar conforme a música". Muitos deles estão sempre em busca de melhores salários, sempre abertos à prospecção por outras OSS, o que muitas vezes, acaba acontecendo. Dessa maneira, há grande rotatividade de profissionais e o vínculo com a equipe e com a população fica prejudicado. Para Campos (2007c), um dos caminhos para a gestão participativa está no vínculo entre os profissionais com os usuários, e com a troca de profissionais, o vínculo fica ameaçado e também a co-gestão.

Não é de graça que muitos profissionais de saúde, espontaneamente, referem-se à OSS como "empresa". É na espontaneidade dos profissionais que se percebe uma aproximação da OSS muito maior com o sistema privado do que com o público. Todas essas características reforçam a idéia de que o trabalho no modelo de OSS é regido pela lógica do mercado, pela lógica dos negócios.

Em resumo, a gravidade da política de contratação via sistema privado versa sobre o prejuízo no relacionamento com a equipe, causando desconforto entre os profissionais da mesma equipe; sobre a rotatividade que prejudica o vínculo tanto entre os profissionais quanto com a população e sobre a aproximação do sentido do trabalho em saúde com o capital. Todas essas características apontam o distanciamento com o

processo de trabalho humanizado e indicam obstáculos para a implantação do AM.

Sobre a rede:

O modo como as organizações estão estruturadas é fator crucial para que a implantação do AM seja efetiva. Tradicionalmente, as organizações de saúde não são estruturadas a fim de promover a integralidade da atenção. Ao contrário, sofreram grande influência do modelo de atenção baseado na medicina, resultando em instituições fragmentadas e impessoais (DOMITTI, 2006). Uma organização que esteja fortemente departamentalizada e que não estimula ou dê espaço para o questionamento dessa forma de organização será um grande obstáculo para o apoio.

Saindo do espectro da organização e ampliando um pouco mais, chega-se a estrutura do SUS. O SUS quer dizer sistema único de saúde. Ou seja, é sistema, e é único. A palavra "sistema" indica um conjunto de elementos, partes que compõe um todo. A palavra "único" indica que é um só, e que portanto é para todos. Dá a sensação de pertencimento, parece apontar para algo não fragmentado, universal e integrado. Parece sustentar a possibilidade da consolidação do princípio da integralidade. A palavra "único" também leva a pensar em uma rede solidária, que se abre para a aproximação uns dos outros, uma certa união.

A questão que se coloca aqui é: é possível chamar a rede de saúde pública da Cidade de São Paulo de sistema único de saúde? E como se configura o AM, enquanto ferramenta para aumentar a responsabilidade dos profissionais em todo o processo de cuidado do usuário, diante do conjunto de OSS que formam a rede de saúde na Cidade de São Paulo?

Na cidade de São Paulo, as OSS possuem alto grau de autonomia na gestão e nos processos de atenção em saúde. Franco (1998) supõe que a inclusão da OSS na rede da saúde pública interrompe a linha de transmissão do SUS e provoca a sua desintegração. Pensando na integralidade como um dos princípios articuladores do SUS e no AM que objetiva o aumento de responsabilidade dos profissionais diante do usuário, parece contraditório imaginar que uma rede com tantos "donos" possibilite aos profissionais o acompanhamento longitudinal dos casos com o grau de compromisso exigido pela perspectiva.

Na lógica do AM,

> (...) a responsabilidade é de todos: dos profissionais da equipe de referência e da equipe matricial; dos usuários e da família, pois estão imbricados no processo de promoção da saúde; e, também, de cada um, pois cada sujeito tem uma competência singular na tomada de decisão para a realização do cuidado, tendo na integralidade da saúde o direcionamento para as ações de saúde mental (MIELKE, e OLSHOWSKY, 2009, pg. 902).

No caso de encaminhamentos de usuários para outros níveis de atenção, o que acontece muitas vezes, em uma rede tão diversificada em termos de gestão, é a descontinuidade da atenção ao usuário. Como resultado, as chances do acompanhamento longitudinal, cuja ferramenta do AM tenta instituir; fica fragilizado. Parece acontecer por três razões principais.

A primeira é que a organização preceptora do caso apresenta linhas de intervenção que muitas vezes não são complementadas pela organização para qual o caso foi encaminhado. Isso parece decorrer do fato de que os processos de gestão e atenção variam conforme a OSS, já que possuem autonomia sobre esses. Muitas vezes as metas são pré estabelecidas, e se o usuário necessitar de algum cuidado que implique uma intervenção não prevista pelas metas, pode ter seu cuidado ameaçado.

A OSS, assim como qualquer instituição, apresenta certo contorno de cultura organizacional que impacta os modos de fazer da organização. E essa cultura indica qual o caminho, quais os objetivos serão perseguidos. Dessa forma, não necessariamente as OSS incluem as ações coletivas em saúde ou a construção da rede, como objetivo para a instituição, o que pode significar que algumas busquem o fortalecimento da rede de saúde e outras não.

Essas diferenças acabam afetando a comunicação e a troca de saberes entre os profissionais. Ou seja, o contato com os outros profissionais “da rede” para discussão

de casos e a troca de informações, que são as possibilidades que o AM tenta introduzir para articular e qualificar a rede serviços parece não encontrar eco. É como se os profissionais não fizessem parte do mesmo time. Como se cada OSS compusesse uma rede própria de saúde.

Além disso, dentro da perspectiva da clínica ampliada, é ponto central o compartilhamento com os usuários sobre seus diagnósticos e sobre as condutas de saúde, tanto individuais quanto coletivas. Quanto mais longo for o seguimento do tratamento e maior a necessidade de participação e adesão do sujeito no seu projeto terapêutico, maior será o desafio de lidar com o usuário enquanto sujeito, buscando sua participação e autonomia em seu projeto terapêutico", (BRASIL, 2009c).

Diante dessa premissa, que já é desafiadora dentro de um sistema único, surge a dúvida se o processo de compartilhamento das linhas de intervenção entre o usuário e o trabalhador, não será ainda mais ameaçada em uma rede múltipla.

A segunda razão diz respeito a uma certa diluição da responsabilidade para com o usuário em uma rede tão fragmentada. Franco (1998) sugere que o ideal de solidariedade que perpassa o Sistema Único de Saúde também pode ser quebrado quando a rede é composta por múltiplas OSS.

O que pode ser observado na prática, muitas vezes, é um processo de desresponsabilização com relação ao caso, uma tentativa de repassar o caso para um serviço e outra gestão, como se não fizesse parte do mesmo sistema.. A solidariedade entre os profissionais, que se dá também por meio do compartilhamento de casos e do acompanhamento conjunto, parece efetivamente impactada. Como resultado dessa fragmentação surge um dilaceramento do usuário, onde cada um se responsabiliza por uma "parte" do caso.

Essa segunda razão pode estar relacionada a uma certa competitividade entre OSS. Como as OSS concorrem pela gestão das regiões de saúde e como a renovação do contrato com a prefeitura está atrelada ao cumprimento de metas, há uma tentativa de esconder ou de não transparecer a existência de uma alta demanda, de filas de espera ou de "casos não resolvidos".

Dessa maneira, as OSS parecem ir à direção contrária à noção de rede integrada de saúde. Os múltiplos contratos com várias OSS parecem fragmentar a rede e dificultar o processo de trabalho com aumento de responsabilidade pelo usuário. Diante desse panorama a noção do SUS enquanto unicidade parece ameaçada e o AM nessa configuração, parece não dá conta de ser dispositivo de responsabilização longitudinal por meio do fortalecimento da rede.

Considerações finais:

O modelo de gestão por OSS vende o discurso de que é a salvação da saúde pública. Espalha que essa é deficiente, lenta, ineficaz. E, assim, vai ganhando terreno. Tentei mostrar como a privatização da saúde parece ocasionar o rompimento da rede e das relações entre os serviços, bem como parece ser obstáculo para o relacionamento entre os trabalhadores.

A sensação é a de que estamos andando para trás, de que estamos realimentando esquemas de trabalho em saúde que há tanto tempo entendemos que não nos fazem avançar. A clínica fragmentada, a rede dividida, a ausência de espaços de co-gestão têm conseguido se segurar.

A PNH resulta da vontade de caminhar em outra direção. Por si só, ela já é uma conquista. Porque tem humildade ao reconhecer as deficiências e limitações do SUS. Porque coloca na ordem do dia a busca da superação do mal estar do trabalhador e do usuário. Porque coloca os aspectos subjetivos como chave de compreensão para qualquer ação em saúde.

Mesmo sabendo que a democracia institucional levará um bom tempo (ou talvez nunca aconteça) para ser verdadeiramente sentida e experimentada, não há lugar para desânimo. O fato dela já estar desenhada no horizonte como meta provoca uma vontade de continuar tentando, uma vontade de expor as experiências, uma vontade de lutar.

Para atingi-la precisaremos não só, de mudanças nas relações dentro das instituições de saúde ou na relação entre os profissionais, mas mudanças nas relações entre os sujeitos na sociedade como um todo. Olhando todo esse complexo panorama, vislumbramos o grau de dificuldade que é consagração da humanização enquanto norteadora das ações em saúde e o grau de complexidade da Política Nacional de Humanização.

A PNH é ousada, é complexa, é riquíssima. E foi feita por gente do SUS para gente do SUS. Não dá pra entender que uma política tão encantadora e com um grau

de complexidade tão grande seja fruto de um SUS ineficaz, um SUS que não dá certo.

O discurso de que sistema público não funciona e de que as organizações privadas são melhores, não encontra verdade quando se lê a PNH e quando se sabe que ela não é fruto de um laboratório de estudos fechado a quatro portas. A PNH é fruto de ações concretas, de possibilidades pensadas, encontradas e viabilizadas por funcionários públicos.

No entanto, o contexto atual revela que ao mesmo tempo em que há incentivos para a humanização da saúde e a necessidade de implantação de uma nova tradição no trabalho e na gestão na área, há uma crescente privatização da gestão. Dessa maneira, os caminhos para uma gestão mais democrática, por via das ferramentas de humanização e outros meios, vêm imbricados em um contexto empresarial, mercadológico, que é de outra ordem que o fazer saúde.

O corpo institucional das organizações privadas vem carregado da lógica do mercado com suas máximas de produção e eficiência e vão à direção oposta ao conjunto de ferramentas propostos pela Política Nacional de Humanização. No entanto, em um contexto que confunde a produção de saúde com produção de consultas e que classifica o trabalhador como “produtivo ou improdutivo” a política de humanização encontrará muito mais obstáculos.

O que salta aos olhos é um paradoxo. E o que sobra ao profissional da saúde é uma tensão esquizofrênica. Por um lado é puxado a exercer o processo de pensar, de acolher as mais diversas propostas, de estar sempre aberto ao recomeço e à desconstrução, como parte do movimento de humanização. E do outro é puxado para dar conta de uma demanda, mas não tem condições de trabalho suficientes para tal.

A lógica produtivista vem arrancando o sistema de saúde das mãos dos trabalhadores e usuários, retirando a autonomia dos profissionais na execução de ações, ameaçando o acesso universal à saúde e a experimentação do SUS ser nosso. Ainda, gera um clima de intimidação aos profissionais e por fim, dificultando os espaços para críticas e para a gestão compartilhada. A saúde, como bem maior de qualquer sujeito, deve ser protegida. Um limite precisa ser colocado.

A proposta do AM pode agir como esse limite. O AM enquanto caminho para a humanização é uma potência e é um instrumento de reflexão e de mudança, se assim o quisermos. Ele é uma possibilidade, uma abertura, um refazer-se. Vem da singularidade das ações dos sujeitos nela envolvidos e essas como parte de uma racionalidade presente no modelo de atenção e da gestão em saúde em uma determinada trama social, econômica e gerencial.

Mas só encontrará um caminho para se viabilizar se existirem condições para tal. O AM se dá em um processo dialético, onde as suas práticas visam à superação de certos impasses ao mesmo tempo em que exigem um movimento de superação anterior, desses mesmos impasses, para que ela seja possível. Ou seja, ao mesmo tempo em que é um instrumento que propõe a construção de espaços para discussão, para a clínica ampliada e para a gestão compartilhada, o AM exige um ambiente minimamente democrático.

Acredito que um plano de reforma deva ser pensado levando em consideração, as condições que levam um profissional de saúde a um trabalho dentro da perspectiva da humanização. Em primeiro lugar, fazer uma reflexão sobre quais as condições que o trabalhador têm para atuar em direção à humanização na atenção e na gestão e tentar preservar a todo custo essas condições básicas.

Se não há condições básicas, como: uma política de recursos humanos que valorize o profissional, a construção conjunta dos métodos de avaliação, flexibilização das metas, estímulo à crítica dentro do processo e trabalho, o que resulta é um profissional culpado por não dar conta do fazer humanizado. Dilacerado por conta do paradoxo entre cumprir as metas e garantir o emprego ou tensionar o dado, rumo a um desconhecido.

Referências Bibliográficas:

ANDRADE L.O.M.; BUENO, I.C.H.C.; BEZERRA, R.C. *Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família*. In: Campos GWS et al. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Ed. Hucitec; Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2006.

ARAUJO, R.M.L., ARAUJO, M.A.M.L. *A lógica do capital na gestão da educação profissional paraense: considerações sobre a promessa de eficiência na gestão da educação profissional paraense – o caso da os-ettp*. In: II Congresso Ibero americano de política e administração da educação. 2011, São Paulo. Disponível em: http://www.anpae.org.br/simposio2011/cdrom2011/PDFs/trabalhosCompletos/comunicacoesRelatos/0464.pdf

ARCHANJO, J.V.L. *1972- Política Nacional de Humanização : reafirmando os princípios do SUS* / Juliana Valadão Leite Archanjo. 2010. Dissertação, Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

BAHIA, L. *As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde*. Ciências Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, out. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: equipe de referência e AM / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão

2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.– 4. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Portaria n° 154, de 24 de janeiro de 2008, cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_N_154_GMMS.pdf

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. O HumanizaSUS na atenção básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção

Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRESCHIGLIRI, J.O. *Transmissão e transformação da cultura popular: a experiência do grupo de Jongo do Tamandaré (Guaratinguetá, SP)*. Dissertação de mestrado. Instituto de psicologia da Universidade de São Paul. 156f. São Paulo. 2010.

BENJAMIN, W. *O Narrador*. Sem data.

CAMPOS, G.W.S. *Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde*. Ciência & Saúde Coletiva – Abrasco, 1999. v.4, n.2: pp.393-403.

CAMPOS, G.W.S. Debate: *A relação Público/Privado nas Políticas Públicas de Saúde*. Expositor no Debate. 2004. Fonte: http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/conselho/conf/8conferencia/publico_privado_saude.brasileira.pdf

_____. *Subjetividade e Administração de Pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde*. In: Merhy, E.E. & Onocko, R. (orgs.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2ª edição, 2006.

CAMPOS, G.W.S. *Subjetividade e administração de pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de Saúde*. In: OLIVEIRA, G.N. Devir apoiador: uma cartografia da função apoio. Campinas, SP: [s.n.], 2011. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

_____. *Saúde Paidéia*.. 3. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2007a.

_____. *A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital*. Ciência & Saúde Coletiva, 2007b.v.12, n.4: PP.849-859.

_____. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. 3. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2007c.

_____. *Desafios políticos e organizacionais do SUS: vinte anos de política pública*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(10): 2200-2201, out, 2008.

CAMPOS, R.T.O.; CAMPOS,.G.M.S. *Co-construção de autonomia: o sujeito em questão*. In: Campos GWS et al. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Ed. Hucitec; Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2006.

CAMPOS, G.W.S. & DOMITTI. A. C. *AM e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde*. In: Cadernos de Saúde Pública, 2007. v.23, n.2: pp.399-407.

CAPISTRANO FILHO, D. *O programa de saúde da família em São Paulo*. Estudos avançados. São Paulo, v. 13, n. 35, 1999.

CARNEIRO J. N. *O setor público não estatal: as organizações sociais como possibilidades e limites na gestão pública da saúde*. 2002. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

CORREIA, M. V. *O Conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira: mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais.* 2005, 342f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade federal de Pernambuco, 2005.

CUNHA, G.T.. *A construção da clínica ampliada na Atenção Básica*. Campinas, SP: [s.n.], 2004. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

DIMENSTEIN. M., SEVERO, A.K., BRITO. M., PIMENTA. A.L., MEDEIROS, V.,BEZERRA. E., *O AM em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental.* Saúde e Sociedade. São Paulo, v.18, n.1, p.63-74, 2009.

DOMITTI, A.C. *Um possível diálogo com a teoria a partir da prática do apoio especializado matricial na atenção básica de saúde.* Tese de doutorado. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, 2006.

ELIAS, P.E.. *Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo*. São Paulo Perspec., São Paulo, v. 18, n. 3, Sept. 2004 . Disponível em: from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000300005&lng=en&nrm=iso>.

FIGUEIREDO, M.D., CAMPOS, R.O. *Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?* Ciência & Saúde Coletiva, 14(1):129-138, 2009.

FLEURY, S. *Iniqüidades nas políticas de saúde: o caso da América Latina*. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 29, n. 3, jun. 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101995000300013&lng=pt&nrm=iso>.

FRANCO, T.B., *Criação das organizações sócias de saúde.* Conferência Nacional de saúde Online, 1998. Disponível em: http://www.datasus.gov.br/cns/temas/as_organiza%E7%F5es_sociais_e_o_sus.htm

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E.. *O programa saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado a mudança do modelo tecnoassistencial*. In: MERHY, E. E. et al. O trabalho em saúde: olhando e expericiando o SUS no cotidiano. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 37-54.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E.. *PSF: contradições e novos desafios*. Parte de texto mais amplo que compõe a tese: Os Modelos Tecnoassistenciais e Processos de Trabalho em Saúde. Disponível em: http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-17.pdf

FEUERWERKER, L. *Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS*. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 9, n. 18, Dec. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000300003&lng=en&nrm=iso>.

GAGNEBIN, J.M. *História e narração em Walter Benjamin*. Editora: Perspectiva. São Paulo, 2007.

GRANEMANN, S.. *Fundações estatais: projeto de estado do capital*. In: Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde, 2007. Disponível em:

http://xa.yimg.com/kq/groups/20625652/949774803/name/revista+modelo_de_gestao.pdf#page=43

JUNIOR, F.B., *Gestão do sus: o que fazer?* In: Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde / Organizadores, Maria Inês Souza Bravo ...[et al.]. – 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.

LOPES, A.A. *Medicina Baseada em Evidências: a arte de aplicar o conhecimento científico na prática clínica*. Revista da Associação Médica Brasileira. São Paulo, v. 46, n. 3, 2000 .

MENDES, E.V.*Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec; 1999.

MIELKE, F.B., O. A. *Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: avaliação de AM*. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília 2010, nov-dez; 63(6): pgs. 900-907.

NASCIMENTO, R. S. *A implantação de um núcleo de saúde coletiva em uma unidade básica de saúde em Campinas*. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Orientador: Gastão Wagner de Sousa Campos.

OLIVEIRA, G.N. *Devir apoiador: uma cartografia da função apoio*. Campinas, SP: [s.n.], 2011. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

PAHIM, M. L. L. *Organizações Sociais de Saúde do estado de São Paulo: inserção privada no SUS e gestão financeira do modelo pela Secretaria de estado de Saúde.* Tese de Doutorado em Medicina Preventiva. Universidade de São Paulo, 2009.

PASCHE D.F. *Política nacional de humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar*. In: Oliveira, G.N. Devir apoiador: uma cartografia da função apoio. Campinas, SP: [s.n.], 2011. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

PENTEADO, A.F.C. *Contribuições de psicossomática às práticas de saúde na família*. In: Volich, R.M. et al. Psicossoma IV: corpo, história, pensamento. São Paulo: Casa do psicólogo, 2008.

PINTO, E.G. *Organizações sociais e reforma do estado no Brasil: riscos e desafios nesta forma de institucionalizar a parceria estado-sociedade organizada*. XIV Concurso de Ensayos del CLAD “Administración Pública y Ciudadanía”. Caracas,

2000. Disponível em: http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/clad/clad0038102.pdf

RIZZOTTO, M. L. F. *O Banco Mundial e as Políticas de saúde no Brasil nos Anos 90: um projeto de desmonte do SUS*. Campinas, 2000, 260f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Federal de Campinas, 2000.

SANTOS FILHO, S. B; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. *A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde*. Interface (Botucatu). Botucatu, 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500012&lng=en&nrm=iso>.http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500012.

SARTRE, J. P. *Questão de Método*. São Paulo: Saraiva. 2002.

SCHMIDT, M. L. S. S. *Avaliação acadêmica, ideologia e poder*. Psicologia USP, São Paulo, v. 22, n. 2, 2011 .

SCHMIDT, V. V. *Coerência programática e disciplina parlamentar: partidos políticos frente a proposta das organizações sociais*. São Paulo, 2007, 119p. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, 2007.

SCHNEIDER, D. R. *Novas Perspectivas para a Psicologia Clínica – um estudo a partir da obra "Saint Genet: comédien et martyr" de Jean Paul Sartre*. 2002. São Paulo, SP: 336p. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

SILVA JUNIOR, A. G. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 1998.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A. *Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas.* In: Morosini, MVGC et AL. Modelos de atenção a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/FioCruz, 2007.

TANAKA, O. Y. ; MELO, C. *Inovação e Gestão - A Organização Social no Setor Saúd*e.

São Paulo: ANNABLUME, 2009.

VASCONCELOS, Wagner. *SUS, o desafio da humanização*. *Radis*, n° 27, novembro, Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2004. pg. 13-14.

VILELA, M.F.G. *Da 'moça da vigilância' ao núcleo de saúde coletiva na unidade básica de saúde: o que há de novo no modelo assistencial de Campinas?* Campinas, SP: [s.n.], 2004. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

ZOURABICHVILI. F. *O vocabulário de Deleuze*. In: Oliveira, G.N. Devir apoiador: uma cartografia da função apoio. Campinas, SP: [s.n.], 2011. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.