



**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO
DA SAÚDE**

NEOLIBERALISMO E SAÚDE
IMPLICAÇÕES NA SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES DO SUS NA
CIDADE DE SÃO PAULO

LUIZA RIBEIRO DA SILVA

Foz do Iguaçu
2023

**NEOLIBERALISMO E SAÚDE:
IMPLICAÇÕES NA SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES DO SUS NA CIDADE DE
SÃO PAULO**

LUIZA RIBEIRO DA SILVA

Artigo apresentado à Universidade Federal da Integração Latino-Americana como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão da Saúde

Orientador: Prof. Dr. Anaxsuell Fernando da Silva

LUIZA RIBEIRO DA SILVA

NEOLIBERALISMO E SAÚDE:
IMPLICAÇÕES NA SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES DO SUS NA CIDADE DE
SÃO PAULO

Artigo apresentado à Universidade Federal da
Integração Latino-Americana como requisito
parcial para a obtenção do título de Especialista
em Gestão da Saúde

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Anaxsuell Fernando da Silva
UNILA

Profa. Dra. Juliana Domingues
UNILA

Profa. Dra. Maria Geusina da Silva
UNILA

Foz do Iguaçu, _____ de _____ de _____.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do/a autor/a: Luiza Ribeiro da Silva

Curso: Especialização em Gestão da Saúde

	Tipo de Documento
(.....) graduação	() artigo
(.....) especialização	(X..) trabalho de conclusão de curso
(.....) mestrado	(.....) monografia
(.....) doutorado	(.....) dissertação
	(.....) tese
	(.....) CD/DVD – obras audiovisuais
	(.....) _____

Título do trabalho acadêmico: “Neoliberalismo e saúde: implicações na saúde mental dos trabalhadores do SUS na cidade de São Paulo”

Nome do orientador: Prof. Dr. Anaxsuell Fernando da Silva

Data da Defesa: 07/07/2023

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública *Creative Commons Licença 3.0 Unported*.

Foz do Iguaçu, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável

RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso propõe discutir a lógica neoliberal na saúde pública brasileira e suas implicações na saúde mental dos trabalhadores, considerando a experiência de São Paulo, tendo como marco a Portaria das Metas (333/538). Para a discussão, foi realizada revisão bibliográfica e análise de depoimentos coletados pelo “Fórum VIVASUS” em que são denunciadas as implicações da medida nos processos de trabalho. Fica destacado que a resolução potencializa a perda de sentido do trabalho, o adoecimento de trabalhadores, implica na desassistência aos usuários, redimensiona a relação com o gestor, reforça a lógica empresarial na saúde através do papel das Organizações Sociais de Saúde, estimula a competição, mina a solidariedade entre os trabalhadores, restringe a autonomia e indica para a inversão de lógica onde o sujeito não é mais o protagonista. Por fim, interroga como sustentar práticas e como garantir o compromisso com o desenho político-institucional do SUS em um cenário marcado por tantas disputas.

Palavras-chave: direitos sociais; políticas públicas; neoliberalismo; processos de trabalho; saúde pública

RESUMEN

Este trabajo se propone discutir la lógica neoliberal en la salud pública brasileña y sus implicaciones para la salud mental de los trabajadores, considerando la experiencia de São Paulo, teniendo como hito la Portaria das Metas (333/538), recogida por el “Foro VIVASUS” en que se denuncian las implicaciones de la medida en los procesos de trabajo. Se destaca que la resolución potencia la pérdida de sentido del trabajo, la enfermedad de los trabajadores, implica falta de asistencia a los usuarios, redimensiona la relación con el gestor, refuerza la lógica empresarial en salud a través del papel de las Organizaciones Sociales de Salud, estimula la competencia, socava la solidaridad entre los trabajadores, restringe la autonomía e indica la inversión de lógica donde el sujeto ya no es el protagonista. Finalmente, cuestiona cómo sustentar las prácticas y cómo garantizar el compromiso con el diseño político-institucional del SUS en un escenario marcado por tantas disputas.

Palabras clave: derechos sociales; políticas públicas; neoliberalismo; procesos de trabajo; salud pública

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
METODOLOGIA.....	15
DISCUSSÃO	16
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS.....	34
ANEXO	37

INTRODUÇÃO

É um desafio falar de SUS sem falar em pessoas. Pessoas marcam o SUS desde a sua formulação como política de saúde e pessoas seguem protagonizando o cotidiano dos serviços de saúde, seja na perspectiva do trabalhador, do usuário ou do controle social.

Trago pessoas não na intenção de romantizar processos, senão numa tentativa de contrapor à noção de sistema. Sistemas, por mais relevantes e complexos que sejam, também, ao fim, são operacionalizados por pessoas. Pessoas com subjetividades, singularidades, motivações, papéis e contexto histórico-social.

A história do Sistema Único de Saúde, o SUS, remonta à necessidade de se repensar as abordagens que prevaleciam sobre os problemas de saúde da população brasileira no período marcado pela Ditadura Militar, onde a atenção era voltada para a recuperação de doenças e de agravos e menos para ações de prevenção e de educação em saúde, e onde o acesso a direitos era condicionado ao sistema previdenciário, restringindo-se apenas aos trabalhadores formais que contribuía com a previdência social (Carvalho, 2014, p. 12), reservando ao restante da população os cuidados prestados pela filantropia, por instituições de caridade ou por clínicas particulares, caso apresentassem condições financeiras para custear consultas e tratamentos (Escorel, 2008, p. 390).

Fortalecendo suas bases em faculdades de medicina e, portanto, apresentando de início um recorte de classe, raça e gênero, o movimento conhecido por Reforma Sanitária progressivamente avançou sobre setores populares na década de 70, um período histórico de debates e forte mobilização política, ampliando seu alcance e ecoando pautas que evidenciavam a crise do modelo médico-assistencial curativista e a necessidade de se instituir o direito à saúde (Carvalho, 2014, p. 13), deste modo, escreviam-se as primeiras páginas do que hoje conhecemos por SUS.

De maneira geral, o SUS é fundado a partir de uma concepção ampliada sobre o direito à saúde e o papel do Estado na efetivação desse direito, incorporando à sua estrutura institucional e decisória espaços e instrumentos para a democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde (Noronha, Lima e Machado, 2008, p.435).

Assim, parece fundamental indicar que há um conjunto de princípios e diretrizes que marcam o SUS, que além de parametrizarem o sistema, colocam-se como importantes norteadores das práticas em saúde pública no Brasil, sendo conceitos extremamente

relevantes para se compreender a proposta do SUS, bem como suas possibilidades de assistência nos diferentes níveis de atenção e de articulação com outras políticas públicas no passado e na atualidade.

Instituído há 32 anos no Brasil, o SUS concretiza o acesso à saúde como direito do povo e dever do Estado. Ao longo dessa trajetória, que é relativamente curta, mas promissora, foi possível configurar múltiplas faces e fases do sistema único, sendo talvez a mais relevante o fato de que o estabelecimento de um sistema público de saúde, agenciado por pessoas, inclusive em áreas mais remotas do Brasil, foi capaz de revolucionar as condições de saúde da população brasileira, incidindo no perfil epidemiológico (Souza e Costa, 2010, p. 510) e ressignificando processos de saúde-doença.

A política é uma dimensão da vida que está presente em tudo e em todos os lugares, trata-se de uma noção que emerge a partir da convivência entre as pessoas e que dentre outras definições propõe meios de se alcançar um bem comum (Dardot e Laval, 2016, p. 62). É relevante interpretar o SUS também sob essa ótica, localizando-o não apenas como uma decisão ideológica, “como fruto da mente criativa de planejadores e políticos” (Carvalho, 2014, p.8), mas sobretudo política em um contexto marcado por tensões populares e urgências econômicas, evidenciando os laços já estreitos entre saúde, política e economia.

O primeiro passo nesse processo [de construção de uma política social] ocorreu com o próprio reconhecimento político de que a pobreza e a precariedade das condições materiais de existência das camadas de trabalhadores urbanos tornavam-se, com a emergência da sociedade capitalista, um problema a ser enfrentado coletivamente, ou seja, emerge uma questão social que requer resposta social e institucional, sob pena de rompimento das estruturas sociais (Fleury e Ouverney, 2014, p.28).

Deslocando para o debate em torno do SUS no tempo presente, cabe mencionar o intenso desmonte e desinvestimento do qual tem sido alvo. A Emenda Constitucional 95/2016 assinada durante o governo de Michel Temer e que altera a Constituição Federal ao congelar os investimentos previstos para despesas primárias, como saúde, educação e outras políticas sociais até o ano de 2036 sob a justificativa de controlar a evolução da dívida pública, é uma das expressões que reforçam essa afirmação, sendo a instituição desse Novo Regime Fiscal a validação de um projeto de precarização do Estado em políticas assistenciais, minando os alicerces de sua própria existência ao “enfraquecer a

missão do serviço público previamente confinado a ele” (Dardot e Laval, 2016, p.15), contrapondo-se, portanto, ao cenário identificado anteriormente.

Embora alguns autores defendam a concepção de que a saúde não deve ser assumida como um bem de consumo (Dallari, 2019, p. 7) (Nogueira, 1997), de diferentes formas essa compreensão foi sendo deturpada no processo histórico brasileiro sob pretensão de interesses políticos e econômicos das classes dominantes. No início, condicionando o acesso à saúde a algumas categorias de trabalhadores; agora, através do sucateamento do SUS que ocorre concomitante à popularização de empresas privadas de saúde, sendo possível testemunhar o estabelecimento da lógica neoliberal na saúde e acompanhar o processo de migração de usuários do setor público para o setor privado, que já conta com diversas opções de *startups* “operadoras de saúde”, e convênios com preços populares.

Em linhas gerais, o neoliberalismo surge nos anos 1930 a partir da crise do liberalismo que tendia a enxergar o jogo da concorrência como algo natural, não sendo necessário contar com a intervenção do Estado para regular o mercado. Contudo, ao longo do processo histórico do ocidente, foi constatado que o capitalismo concorrencial “era uma máquina que exigia vigilância e regulação constantes” (Dardot e Laval, 2016, p. 88), sendo o Estado uma peça muito importante nessa engrenagem, devendo possuir uma agenda nesse sentido.

O neoliberalismo pode ser definido como um “conjunto de discursos, práticas e dispositivos que determinam um novo modo de governo dos homens segundo o princípio universal da concorrência” (Dardot e Laval, 2016, p. 17), imprimindo uma nova racionalidade capaz de produzir subjetividades ao propor uma competitividade generalizada, sem trégua, e apoiada pelo Estado.

Segundo Dardot e Laval (2016), o neoliberalismo representa mais do que uma política econômica, já que é potencialmente capaz de estender a lógica do capital a todas as relações sociais e a todas as esferas da vida individual e coletiva, atribuindo um novo sentido à vida, agora marcado pela intensa disputa e necessidade individual de superar-se constantemente na busca da própria evolução, diferenciação e produção.

Assim, esse trabalho de conclusão de curso busca humanizar as discussões referentes à gestão do trabalho em saúde, contextualizando os fundamentos do SUS, e objetiva problematizar as consequências do avanço da lógica neoliberal no contexto da saúde pública brasileira e indicar suas implicações na saúde mental de seus trabalhadores, tendo como referência a experiência da cidade de São Paulo, que em maio

de 2022 publicou a atualização da Portaria das Metas (333)¹, editada em agosto de 2022 (538), expressão desse modelo, que condiciona o repasse de verba pública às Organizações Sociais de Saúde (OSS) mediante ao alcance de metas quantitativas na saúde, desconsiderando diretrizes, princípios, realidades locais e especificidades territoriais.

Na prática, a Portaria das Metas, instituída sem qualquer participação do controle social, tem reduzido o SUS, uma política estatal, a uma relação de mercado ao promover a busca incessante por números de atendimentos, havendo uma pressão cotidiana das OSS para o alcance das metas. Tal situação, aliada ao sucateamento do SUS, tem precarizado ainda mais os processos de trabalho, produzindo o adoecimento de seus trabalhadores e fragilizando as possibilidades da micropolítica do trabalho em saúde e da produção do cuidado, que para Merhy e Franco (2013) acontece a partir do encontro de pessoas, instaurando processos de subjetivação mútua.

Nesse contexto, cabe ainda indagar como sustentar os princípios e diretrizes do SUS sob uma lógica mercadológica e de produção que a partir do aprisionamento das práticas individuais e coletivas transforma o trabalho vivo em trabalho morto (Merhy e Franco, 2013, p. 23), desimplicado, desencontrado, avesso a qualquer conceito ou processo de construção de cuidado em saúde, reforçando a lógica neoliberal que tende a enfraquecer a coletividade ao ditar todas as relações, estabelecendo polarizações “entre os que desistem e os que são bem-sucedidos”, minando a solidariedade e a cidadania (Dardot e Laval, 2016, p.9)

METODOLOGIA

Este trabalho de conclusão de curso propõe discutir o avanço da lógica neoliberal no contexto de saúde pública brasileira e suas implicações na saúde mental de seus trabalhadores, considerando a experiência da cidade de São Paulo tendo como marco específico a atualização da Portaria das Metas (333/538), publicada em maio de 2022, que condiciona o repasse de verba pública para os serviços mediante ao alcance de

¹ A Portaria da Secretaria Municipal de Saúde – SMS nº 333, de 31 de maio de 2022, mais conhecida como “Portaria das Metas”, foi inicialmente publicada no Diário Oficial da Cidade de São Paulo em 01 de junho de 2022, p. 28, e passou por nova alteração em seu texto em agosto de 2022 – SMS, nº 538. A Portaria e suas alterações podem ser consultadas na íntegra através do seguinte link: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-sms-333-de-31-de-maio-de-2022/detalhe>

metas de produtividade.

Para a discussão, será realizada revisão bibliográfica e análise documental. O material analisado será o conjunto de depoimentos coletados pelo “Fórum VIVASUS” entre fevereiro e maio de 2023, a partir da convocatória para que trabalhadores pudessem manifestar, junto ao coletivo, sob quais formas a Portaria (333/538) estaria atravessando os processos de cuidado no SUS. Foram obtidos inúmeros relatos, alcançando profissionais de diversas categorias e que compunham a linha de frente em diferentes níveis de atenção do SUS em todas as regiões da cidade de São Paulo. Foi garantido sigilo a todas as contribuições, impossibilitando a identificação dos autores.

O “Fórum VIVASUS”, hoje composto principalmente por trabalhadores e trabalhadoras do SUS e por representantes do controle social do segmento usuário, é um coletivo que se reúne quinzenalmente desde julho de 2022 com o intuito de discutir e articular ações no contexto da Portaria das Metas, tendo já realizado reuniões com vereadores e com representantes da Coordenação da Atenção Básica do município de São Paulo.

Os primeiros encontros do coletivo ocorreram no Centro Cultural São Paulo (CCSP), espaço público da capital, e contou com a participação de dezenas de trabalhadores e trabalhadoras de diversos territórios da cidade, todos mobilizados pelos desfechos da Portaria. Hoje, o “Fórum VIVASUS” segue em atividade e atualmente seus encontros presenciais são sediados na Faculdade de Saúde Pública da USP.

O acesso aos relatos que serão utilizados neste trabalho foi autorizado previamente por um dos representantes do coletivo (Anexo), mediante o compromisso de respeitar integralmente o sigilo dos participantes em todas as etapas do estudo.

DISCUSSÃO

É possível analisar um Brasil antes e após o SUS, pois embora se constitua uma política pública recente, remontando à década de 80 e tendo muitas de suas normas operacionais (NOBs) instituídas ao longo dos anos 90 e 2000, tem sido notável a contribuição desse sistema para a melhoria na assistência à saúde da população, seja nos grandes centros urbanos ou nas áreas mais remotas do país.

Isso porque até antes de sua implementação a assistência à saúde no Brasil possuía um caráter estritamente curativista, ou seja, focado na cura e não na prevenção, e pouco

abrangente, reproduzindo uma espécie de “cidadania regulada” (Carvalho, 2014, p. 12) que garantia o acesso à saúde apenas a algumas categorias de trabalhadores que contribuía com a previdência social, excluindo uma grande parte da população e produzindo ainda mais desigualdades, adoecimento e estigmas.

Esse cenário persistiu até próximo a década de 70, quando o movimento conhecido por Reforma Sanitária conseguiu estabelecer alianças políticas e populares, ganhando força no período da Ditadura Militar brasileira, momento histórico marcado por muitas tensões e que revelava o desejo de retomada de um projeto democrático de governo e do desenvolvimento de sistemas de proteção social (Fleury e Ouverney, 2014, p. 29).

Assim, o movimento da Reforma Sanitária propunha romper com esse modelo anterior que limitava não apenas o acesso, mas também os conceitos predominantes sobre assistência à saúde, possuindo como referência a experiência de sistemas de saúde de outros países e novos estudos na área da medicina social, tendo se consolidado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, onde foi deliberada uma agenda de mudanças conhecida por “Agenda da Reforma Sanitária” (Carvalho, 2014, p. 23) que propunha a implementação de um sistema de saúde comprometido com a superação da “fragmentação institucional, o centralismo gerencial, o padrão burocrático de decisão e a execução de ações” (Carvalho, 2014, p. 27), celebrando a nova era democrática do país.

Para Carvalho (2014), a remodelação institucional proposta pela Reforma Sanitária remetia a um novo padrão de relação traçado entre Estado e sociedade no qual se observava o direito à saúde como responsabilidade pública. O que se buscava permanentemente era melhorar o desempenho do Estado nessa articulação, antecipando o que viria a ser uma agenda de Reforma do Estado. A Reforma Sanitária, portanto, foi um movimento político que trouxe muitas contribuições e apontou referências para o novo desenho democrático a ser definido nesse período histórico e vigente até os dias atuais.

Em linhas gerais, o movimento da Reforma Sanitária defendia a universalização no acesso à saúde, a equidade do atendimento, a integralidade da atenção, a unificação institucional do sistema, a descentralização, a regionalização, a hierarquização da rede de serviços e a participação da comunidade (Carvalho, 2014, p. 19), termos muito importantes para a compreensão desse novo desenho político-institucional.

A fim de desenvolver alguns desses conceitos, como princípios doutrinários do SUS são indicados a integralidade do cuidado, a universalidade e a equidade, princípios que reforçam o compromisso de atender as demandas de saúde de qualquer pessoa que esteja em solo brasileiro, oferecendo cuidado em uma lógica integral e com mais recursos

a quem necessita de maior apoio; como diretrizes e, portanto, meios para que se consiga atingir os princípios, tem-se a regionalização, hierarquização, descentralização e participação popular (Carvalho, 2014, p. 30).

Pode-se dizer que todos esses conceitos são extremamente relevantes para se compreender a proposta do SUS, bem como suas possibilidades de assistência nos diferentes níveis de atenção e de articulação com outras políticas públicas, cabendo situá-los no presente.

A história do SUS nos permite perceber que as possibilidades do sistema sempre foram definidas a partir de um pano de fundo multidimensional. O SUS, de sua implementação até a atualidade, não deve ser interpretado a partir de um recorte, já que “a construção da política de saúde como política social envolve diversos aspectos políticos, sociais, econômicos, institucionais, estratégicos, ideológicos, teóricos, técnicos, culturais, dentre outros, tornando-se muito difícil isolar a participação de cada um deles” (Fleury e Ouverney, 2014, p. 39).

Portanto, a construção do SUS, suas referências, intenções e conceitos não são atemporais. Como sistema, pode-se dizer que o SUS nunca esteve plenamente definido, sendo um sistema que foi se complexificando conforme as possibilidades e limitações que apresentava, estando permanentemente em movimento justamente por estar permanentemente em disputa.

Na contemporaneidade, entende-se que a narrativa não é mais baseada em ter acesso à saúde e se constituir enquanto sujeito de direitos em trocas permanentes de recursos e afetos. É sobre direitos virarem números e números poderem gerar ainda mais acesso a direitos, em uma busca individualmente acirrada. Nessa nova equação, o número adquire centralidade, substituindo o eixo pessoa nos processos de cuidado.

E talvez essa seja uma das analogias possíveis para se compreender a lógica neoliberal que tem se manifestado também nos processos de trabalho em saúde que, como tudo nesse modelo, leva à “mercantilização implacável de toda a sociedade” (Dardot e Laval, 2016, p. 23), contando com o apoio do Estado para manter esse regime que não é mais baseado na troca, mas, sim, na concorrência.

Para Dardot e Laval (2016), o “neoliberalismo emprega técnicas de poder inéditas sobre as condutas e subjetividades” (Dardot e Laval, 2016, p.21), estipulando um novo conjunto de regras que definem não apenas outro “regime de acumulação”, mas também outra sociedade.

A racionalidade imposta pelo neoliberalismo produz uma nova subjetividade em que é

possível notar a relação do sujeito com ele mesmo como um “capital humano” que deve crescer indefinidamente.

O neoliberalismo, portanto, não é o herdeiro natural do primeiro liberalismo, assim como não é seu extravio e nem sua traição. Não retoma a questão dos limites do governo do ponto em que ficou. O neoliberalismo não se pergunta mais sobre que tipo de limite dar ao governo político, ao mercado, aos direitos ou ao cálculo da utilidade, mas, sim, sobre como fazer do mercado tanto o princípio do governo dos homens como o do governo de si. Considerado uma racionalidade governamental, e não uma doutrina mais ou menos heretóclita, o neoliberalismo é precisamente o desenvolvimento da lógica do mercado como lógica normativa generalizada, desde o Estado até o mais íntimo da subjetividade (Dardot e Laval, 2016, p. 34).

Assim, desprovida de limites e amarras justamente por se constituir enquanto uma racionalidade, a lógica neoliberal tem permeado os modos de se compreender a gestão de políticas públicas brasileiras. Outrossim, à sua maneira, o neoliberalismo promove o desmonte da própria noção de política pública, já que nesse modelo cada pessoa é autossuficiente inclusive no julgamento do que se deve fazer profissionalmente quando exerce a função pública, justamente porque essa condição – a de função pública – parece já não existir mais, sendo esta uma discussão muito atual para se discutir o SUS do presente.

É possível dizer que não existe um único jeito de ser SUS. Existem diversas experiências singulares pelo Brasil e parte dessa diversidade é prevista pelo próprio sistema, que desde a NOB 96 legitima a gestão descentralizada, conferindo maior autonomia aos municípios na proposição e organização da oferta de serviços, considerando especificidades locais e regionais (Carvalho, 2014, p. 38).

Assim, em um país geograficamente extenso, com diversidade de biomas, relevos e culturas, faz sentido que o sistema público de saúde, de proposta universal, esteja permeável a fatores ambientais, sociais e interculturais, entendendo que os processos de saúde-doença ultrapassam dimensões estritamente biológicas, farmacológicas e hospitalocêntricas.

Neste cenário, o SUS na cidade de São Paulo também aponta para especificidades, sobretudo na forma de operacionalizar a gestão pública. Tornou-se uma notória marca da metrópole a consolidação das Organizações Sociais de Saúde (OSS) em contraponto à administração direta (Morais et. al., 2018, p.6).

As OSS “emergem como uma nova modalidade voltada à função social da gestão e provisão de serviços de saúde, vinculadas ao modelo das parcerias público-privadas” (Morais et. al., 2018, p.2), sendo organizações “sem fins lucrativos” que estão enquadradas no denominado “terceiro setor” e que, em linhas gerais, recebem o dinheiro público direcionado ao SUS, realizando a gestão desses serviços.

O estabelecimento desse modelo na cidade de São Paulo tem se mostrado por vezes controversa, mas sua popularização não parece aleatória:

OS apresentam vantagens sobre outras formas de organizações estatais. Ao se tornarem portadoras da condição de direito privado, gozariam de uma autonomia administrativa muito maior do que aquela possível dentro do aparelho do Estado, o que representaria, entre outras vantagens, a contratação de pessoal nas condições de mercado, a adoção de normas próprias para compras e contratos e a ampla flexibilidade na execução orçamentária financeira (Morais et. al., 2018, p.5).

Longe de estarem movidas somente por valores da solidariedade e do interesse público, as OSS têm se mostrado na realidade uma grande oportunidade de negócio, estando algumas dessas organizações no ranking de maiores empresas do país, gerando lucro - ainda que se assumam “sem fins lucrativos” - ao terem respaldo para aplicar o dinheiro excedente em fundos, prática comum nesse modelo de organização (Morais et. al., 2018, p.10), que inclusive, no Estado de São Paulo, gozam de autorização para repassar até 70% do valor global das despesas de custeio para a remuneração de seus dirigentes e funcionários (Morais et. al., 2018, p.5).

No caso brasileiro, as OSS materializam a tendência crescente da ‘privatização ativa’, quando o Estado estimula a formação de um mercado interno na saúde, amplia as modalidades de transferência do fundo público para o setor privado e garante os instrumentos legais para a operacionalização deste novo modelo, num contexto em que a lógica mercantil vem se tornando o elemento definidor dos rumos da política nacional de saúde (Morais et. al., 2018, p.3).

E é nesse cenário de terceirização de funções antes conferidas ao Estado e de mercantilização de políticas públicas que passa a ser notado o afastamento do sistema de saúde brasileiro de sua condição pública e democrática (Morais et. al., 2018, p. 11).

Em São Paulo percebe-se de forma cada vez mais evidente o domínio das OSS sobre diferentes zonas da cidade (Zona Norte, Sul, Centro, Leste e Oeste), estas organizações

empreendem disputas acirradas pela conquista de novos territórios, valendo-se de reuniões periódicas realizadas entre o corporativo dessas instituições a fim de alinhar interesses e se organizarem a partir dessa dinâmica que tem se mostrado altamente lucrativa e que no limite tende a imprimir a lógica empresarial a uma política que é estatal.

Operando sob a lógica empresarial, tais Organizações Sociais recebem a verba pública para efetivar o direito à saúde, previsto em constituição, o qual é assegurado pelo SUS. Entretanto, possuem autonomia necessária para redefinir processos de trabalho de acordo com os valores de cada instituição, os quais podem atuar sob um viés moralista, reforçar a centralidade do saber biomédico ou cobrar de seus funcionários formalidades que não condizem com o contexto da realidade de quem trabalha em um SUS territorializado e participativo, produzindo dissonâncias importantes ao estarem mais ou menos alinhadas aos princípios do sistema público de saúde e gerando instabilidade para o trabalhador, que passa a responder não mais pela política de saúde, mas, sim, à Organização Social de Saúde que o contratou (Anéas, 2018, p. 57).

É nesse ambiente ideologicamente complexo, mas extremamente coerente com a lógica de mercado hegemônica na sociedade capitalista, que é estabelecida a Portaria das Metas (333/538) na cidade de São Paulo, aplicando mais uma camada a essa configuração e indicando qual a interpretação que a Secretaria Municipal de Saúde faz sobre o SUS que, hoje, tem seus índices de qualidade aferidos a partir do alcance – ou não – de metas quantitativas, efervescendo discussões sobre produtividade em um contexto de processos de cuidado de saúde.

A Portaria das Metas foi publicada inicialmente em 31 de maio de 2022 (333), sendo reeditada em 12 de agosto de 2022 (538), propondo algumas poucas alterações em termos numéricos. Seu texto propôs atualizar os indicadores de qualidade e de produção e instituir indicadores de monitoramento para os contratos de gestão celebrados pela Secretaria Municipal de Saúde junto às Organizações Sociais, colocando-se, portanto, como uma medida para aferir a resposta dessas instituições frente às necessidades de saúde da população, condicionando o repasse de verba ao alcance das metas previstas (São Paulo, SMS, 2022).

Embora reconhecida a importância de se possuir indicadores de qualidade, sendo um recurso essencial para a avaliação, planejamento e gestão de políticas públicas, a Portaria passa a ser discutida por trabalhadores devido ao seu caráter verticalizado, sendo instituída sem qualquer participação do controle social, e com números pouco praticáveis para quem vive a realidade dos serviços, seja por falta de profissionais, de

recursos materiais ou simplesmente de espaço físico para comportar a quantidade de atendimentos previstos.

Instituindo metas diferentes para cada modalidade de serviço, da atenção básica à atenção especializada, a Portaria estipula não apenas números de atendimentos individuais e em grupos por categoria profissional, como também número de casos novos, de registros em prontuários, de educação permanente, visitas domiciliares e de matriciamento, sendo essa uma meta contabilizada apenas para equipes de CAPS.

Ainda que seja compreensível o estabelecimento de produções distintas a depender do serviço, na prática tem se mostrado importante haver alguns pontos de intersecção entre as metas dos equipamentos, já que faz pouco sentido que apenas um ponto da atenção seja cobrado, por exemplo, pelas articulações de rede, uma vez que ser rede pressupõe implicação, também, do outro serviço. O que se nota é que o estabelecimento de metas isoladas tem isolado também os serviços e seus profissionais em torno do cumprimento das próprias metas.

Assim, ao instituir matriciamentos como produção válida para apenas uma modalidade de serviço, os demais equipamentos naturalmente voltam-se às atividades que contabilizam as próprias metas, transformando os serviços em verdadeiros ambulatorios, descaracterizando propostas como as das Unidades Básicas de Saúde, que passam a responder mais a números descontextualizados do que às reais necessidades do território, represando demandas que não encontram espaço para serem acolhidas, discutidas pela equipe e articuladas em rede justamente por essas tarefas não contabilizarem produção, comprometendo a integralidade da atenção.

Mobilizados pela publicação desse documento, trabalhadores do SUS da cidade de São Paulo se organizaram e constituíram um espaço para discutir a Portaria das Metas, o hoje denominado “Fórum VIVASUS”, coletivo que se encontra quinzenalmente desde julho de 2022 e que autorizou formalmente a divulgação dos relatos que serão compartilhados nesse trabalho de conclusão de curso. A partir da construção desse espaço, os participantes do Fórum têm se instrumentalizado para propor articulações no sentido de denunciar os limites dessa Portaria, partindo do pressuposto de que a publicação desse documento já tem assumido desfechos pouco interessantes na assistência à saúde da população, afastando-se do compromisso ético-sanitário e do desenho político-institucional proposto pelo SUS desde a sua criação.

Em uma de suas ações, o coletivo convocou trabalhadores de diferentes categorias para compartilharem sob quais formas a Portaria das Metas estaria interferindo no

cotidiano das práticas, podendo apontar para experiências positivas ou negativas. Tal iniciativa resultou em dezenas de relatos anônimos que revelavam as implicações desse documento não apenas em termos de assistência aos usuários, como também de desgaste mental dos trabalhadores, que parecem já não identificar sentido no próprio trabalho frente a essa nova racionalidade instituída:

"Perda de sentido no trabalho, perda de qualidade, afastamento dos pacientes, descontinuidade. Cansaço e desmotivação geral. Burnout" (Trabalhador 1).

O depoimento trazido pelo Trabalhador 1 reforça a afirmação de que a Portaria das Metas representa o adoecimento do profissional e perda importante nos sentidos que o trabalho pode assumir, uma vez que a busca pelo alcance das metas a partir de uma lógica mercadológica afasta os trabalhadores dos usuários, que nessa nova realidade parecem não encontrar mais espaço para o cuidado em uma unidade de saúde absolutamente focada em produtividade.

"Atuo na região norte de SP, fazia parte do NASF que foi extinto e atualmente na UBS que estou mal tem equipe multi [multiprofissional]. Os atendimentos não são mais os mesmos, qualidade zero, assim como sinto que temos que fazer grupos sem sentido só pra bater a meta surreal de grupos. Eu estou esgotada, acordo pensando o que preciso fazer no dia pra não deixar de bater meta. Se o paciente falta, já dá desespero, porque nem isso levam em consideração na hora de contabilizar atendimentos, é o tal 'se vira pra conseguir'. Pra mim, o trabalho na APS [Atenção Primária à Saúde] perdeu total sentido. Se eu pudesse, teria pedido demissão. Exausta de tudo o que está acontecendo. É triste ver a população ficando desassistida e funcionário adoecendo." (Trabalhador 2).

Já no relato do Trabalhador 2, é evidenciada a queda na qualidade do atendimento e a ausência de sentido dos grupos que são oferecidos pela unidade, que deixam de ser pensados a partir das demandas trazidas pelos usuários e passam a ser executados apenas para entregar os números previstos na Portaria das Metas, retratando algo meramente protocolar. Além disso, problematiza o fato da Portaria não considerar como produção mesmo quando há absenteísmo por parte do usuário, um dos grandes desafios do SUS, o que gera ainda mais ansiedade na busca por número de atendimentos ao

longo do mês.

“Entre as principais dificuldades é que para dar conta dos números precisamos fazer um grupo seguido do outro, seguido dos atendimentos ou reuniões e para dar conta da meta não sobra na agenda uma pausa para o planejamento das ações, devolutivas ou rediscussões dos casos com outros profissionais, isto impacta na qualidade e objetivo das atividades propostas. Também é imposto um padrão para todas as unidades sem levar em conta os aspectos particulares de cada unidade e território.” (Trabalhador 3).

No relato do Trabalhador 3, a produção em série de número de grupos e de atendimentos por profissionais da equipe multiprofissional inviabiliza a execução de outras tarefas igualmente indispensáveis no cotidiano das práticas, como o planejamento, registro das ações e discussões de caso, sendo estas atividades desconsideradas na carga horária de trabalho contabilizada na Portaria das Metas. Além disso, por instituir um padrão, a Portaria não abre precedentes para a instituição de outras metas que possam fazer mais sentido ou flexibilização das que já estão instituídas a depender da realidade de cada território que, como é sabido, pode ser muito diverso e apresentar demandas bem específicas a depender de seu contexto.

“Começa que as sessões estão cronometradas em 30 minutos. Trabalho em uma UBS e a maioria das demandas envolve situações de vulnerabilidades sociais. Por isso, é muito difícil colher as reais demandas, realizar orientações (à família e pacientes), pensar em estratégias para o cuidado, fora que os retornos ficam em média a cada 20 dias. Estamos tendo que fazer grupos na qual não temos domínios, inventando demandas, tendo que convencer pacientes que não têm perfil, muitos fingem que fazem para lançar na produção, e preciso ressaltar que não existem recursos e salas para atendimentos e grupos. Gastamos muito dinheiro comprando coisas do nosso bolso (coisas básicas como papel). Isso é de uma sobrecarga mental e financeira enorme.” (Trabalhador 4).

No relato do Trabalhador 4 é indicada uma marcada inversão de valores onde os processos de cuidado já não são mais pensados a partir do sujeito e de suas singularidades, mas, sim, a partir do que o serviço tem a oferecer e do que contabiliza

meta de produção, isso quando tem recursos disponíveis para a execução integral das propostas.

“Especialmente percebo prejuízo quanto às metas de VD, o veículo disponibilizado pela OSS é dividido entre os serviços do território, assim ficamos com poucos dias para o uso do carro e para dar conta de todas as atividades entre VD (já aconteciam, mas agora precisam acontecer sempre que temos o carro) ação de território e outras atividades necessárias que fogem do ‘normal’ exatamente pela característica da população atendida, como por exemplo, acompanhar usuários em consultas, uma vez que alguns estão em situação de rua e a organização de rotina, sofre prejuízos, atividades assim levam o dia todo e ainda assim precisamos dar um jeito de preencher os horários de visita.” (Trabalhador 5).

No relato do Trabalhador 5, fica bastante evidente como a Portaria das Metas não vem acompanhada de melhores condições de trabalho. Assim, amplia-se a cobrança dos trabalhadores, mas sem oferecer proporcionalmente os recursos necessários para que se cumpra com os números estabelecidos, precarizando o serviço.

"Não sou contrária que OSS tenham metas, mas acho um abuso que as metas sejam impraticáveis (...) Não tínhamos espaço mínimo para desenvolver atividades em grupo, nem sequer tínhamos um computador disponível para evoluir e registrar a produção dos grupos e atendimentos. Não têm salas suficientes para realizar os atendimentos individuais previstos na meta. Os colegas de trabalho ficaram mais ansiosos em atingir a meta e já vivemos sob pressão! Infelizmente nosso desgaste como profissional de saúde acabará como 'case de sucesso' de uma OSS que não tem uma gestão participativa de seus trabalhadores!" (Trabalhador 6)

No relato do Trabalhador 6, para além de reforçar a ausência de condições materiais que viabilizem o trabalho e desgaste mental cotidiano dos colegas, fica pautada a problematização sobre a quem pode servir, afinal, o alcance dessas metas, já que aparentemente os usuários tendem a se beneficiar pouco desse modelo de atenção seriado, com processos de trabalho endurecidos, isolados, e com escuta reduzida. Para o trabalhador em questão, o enquadramento das Organizações Sociais dentro de um regime de metas tende a favorecer mais as próprias instituições – que já operam sob uma

lógica concorrencial ao disputar territórios – do que necessariamente aos usuários do sistema.

Condizente com essa racionalidade neoliberal que se traduz na busca incessante por números e produtividade, instaura-se também um regime de competição entre os próprios trabalhadores, que deixam de possuir as condições necessárias para que seja estruturado um senso de coletividade, solidariedade e de trabalho em equipe, conforme relato do Trabalhador 7, que em seu depoimento refere não identificar viabilidade sobretudo nas metas de atendimento ao não serem considerados contingente profissional, faltas, férias e afastamentos, estes cada vez mais comuns em um ambiente que produz o adoecimento de seus profissionais.

"No hospital que trabalho são 3 psicólogas para 200 leitos. Isso é humanamente impossível. Muitos técnicos e enfermeiros com leitos cheios e poucas pessoas para atenderem a demanda. Os funcionários adoecem e fica mais puxado ainda pra equipe que trabalha com menos profissionais e a mesma quantidade de pacientes, fazendo com que colegas fiquem com raiva de quem adoece e entrega um atestado. Mas como não adoecer?" (Trabalhador 7).

Já no relato do Trabalhador 8, fica evidente que a Portaria das Metas precariza um trabalho que já vinha sendo sucateado, com o agravante de identificarem no gestor mais uma figura de cobrança e de punição do que necessariamente de aliado nos processos de trabalho:

"No serviço da psicologia e de toda a equipe multiprofissional, a chegada desta Portaria de Metas tem contribuído para a desconstrução de todo um trabalho árduo na assistência à saúde mental. Já não temos na psicologia as condições necessárias para desenvolver um bom trabalho com o usuário no SUS, e agora com essas metas de 60 atendimentos individuais e 40 grupos mensais piorou a qualidade e a funcionalidade com eficácia do serviço prestado. A prefeitura cobra das OSS ameaçando diminuir recursos financeiros se não atingir as metas, por consequência a equipe multiprofissional agora vive nos serviços uma sobrecarga de metas absurdas para suprir absenteísmo somado às ameaças veladas da gestão para que chegue aos números! Estamos vivendo como máquinas sucateadas de produção em busca de números e deixando de lado a dedicação

aos casos atendidos, matriciamentos e estudos necessários para oferta de um plano de ações efetivas para o usuário. As equipes estão adoecendo fisicamente pelo aumento de demanda dos grupos e perdendo dia a dia a saúde mental, fazendo apenas contas se chegamos aos números desejados pela gestão da cidade de São Paulo. Infelizmente não há pontos positivos para a saúde mental dentro desta perspectiva atual da Portaria 538.” (Trabalhador 8).

No relato do Trabalhador 9, fica pontuada a ausência de espaços para negociar os números e a denuncia de que o acesso aos próprios direitos trabalhistas já têm sido condicionados ao alcance das metas, uma vez que a ausência de um único profissional em um dia de serviço já representa um obstáculo significativo aos números que serão contabilizados ao final do mês, ficando o trabalhador refém da produtividade mensal da unidade.

“Estou em duas OSSs e apenas foi imposta e cumpra-se. Em ambas, tudo é mediante cumprimento de metas (como por exemplo poder pedir uma folga, ou o próprio BH) (...) Qualidade dos atendimentos péssimos porque não damos conta de uma escuta qualificada sendo que temos que atingir ali o número diário para "bater a meta"”. (Trabalhador 9).

O trabalhador 10, a partir de sua contribuição, entende que a Portaria das Metas não contempla os saberes dos diferentes profissionais que integram a equipe, minando a autonomia do profissional que, sob essa nova lógica, passa a responder de forma mecanizada às demandas de saúde, buscando encaixá-las no que, por fim, pode contabilizar como meta de produção para a sua unidade, não comprometendo os números ao final do período.

“Ouço a palavra meta e produção mais de 10x ao dia. E eu trabalho por 4h na atenção básica, é só fazer os cálculos, dá mais de 10 vezes por hora. Sinto que não tenho autonomia profissional nenhuma, uma vez que não posso realizar a conduta que julgo necessária, pois não cabe na meta x ou y. Meus colegas estão amedrontados, eu estou amedrontada. Dá vontade de chorar. As pessoas tão deixando de ser assistidas de uma forma digna, e nem é por culpa dos profissionais. Tá um caos. Eu tô entre o Burnout e a demissão” (Trabalhador 10).

Ainda no que diz respeito à gestão desses serviços, ao representarem mais aos interesses das Organizações Sociais do que propriamente da política pública representada pelo SUS, há denúncias que sugerem perseguições por parte de gestores que passam a ameaçar ou efetivamente desligar funcionários que possam representar empecilhos ao alcance das metas ou que tenham uma conduta ética, estética e política que seja contrária aos valores da instituição, ainda que os trabalhadores possuam práticas e discursos alinhados com estratégias de saúde pública validadas em esfera federal, como é o caso da Redução de Danos.

"Sou redutor de danos e estamos sendo forçados e condicionados a trabalhar nessa lógica, já teve até ameaça de corte de funcionários caso não batesse a meta da unidade, tendo descaracterização nos serviços prestados dentro da unidade, e distorcendo os atendimentos na rua. São 3 redutores para dar conta de uma unidade que tem 50 funcionários, tendo como base uma gerência proibicionista e que não acredita em redução de danos" (Trabalhador 11).

Por fim, muitos dos relatos de trabalhadores disponibilizados pelo "Fórum VIVASUS", reforçam a queda na qualidade da assistência prestada aos usuários, seja pelo tempo limitado disponível para escuta e pela ausência de espaços formalizados para discussão de caso, articulação de rede, planejamento de grupos e registro em prontuários, tarefas que embora não sejam consideradas na produção, ainda assim compõem os processos de trabalho, demandando dos funcionários uma reorganização do próprio cotidiano para que faça caber também essas tarefas tão fundamentais para a construção do cuidado em saúde, resultando em horas extras, ligações fora do horário de trabalho, discussões de caso em grupos de *whatsapp* e outros dispositivos que vão sendo desenvolvidos para dar conta de uma demanda que existe, mas que não tem sido validada pela Secretaria Municipal de Saúde ao propor metas que não dialogam com a realidade de quem vive o SUS.

"Esse sistema de avaliação de produtividade e de atenção ao usuário se alinha a um modelo mercadológico da saúde, de cisão entre profissionais e usuários, e de relação de uso e consumo do serviço e do próprio tratamento, indo de encontro a toda argumentação teórica pesquisada, construída e consolidada sobre o cuidado

na Atenção Básica, que é o meu nível de atuação.” (Trabalhador 12).

A partir dos depoimentos, é possível perceber profissionais que apesar de possuírem repertório e referências de SUS, encontram-se absolutamente reféns das opções políticas assumidas pela gestão municipal da cidade de São Paulo, que parece ter incorporado de maneira bastante evidente a lógica neoliberal à sua metodologia de trabalho no que diz respeito à proposição, planejamento e fiscalização de políticas públicas.

Pensar processos de trabalho e produção de cuidado em saúde no SUS a partir de referenciais mercadológicos e concorrenciais tem significado enormes prejuízos à saúde mental de seus trabalhadores e também à assistência aos usuários, que ao não encontrarem no serviço público as condições mínimas para a efetivação de seu direito à saúde, quando possível, passam a recorrer às opções privadas, endividando-se ou buscando por convênios populares e por *startups* “operadoras” de saúde, como se auto-denominam, cabendo indicar que algumas dessas empresas captam clientes vendendo planos que adotam fluxos e princípios semelhantes aos propostos pelo SUS, valendo-se de termos como “referência e contra-referência”, “integralidade”, “longitudinalidade”, entre outros, validando a efetividade desse sistema, hoje subfinanciado pelo governo federal e cooptado pelas Organizações Sociais na cidade de São Paulo.

A partir desse cenário, é possível afirmar que hoje o SUS na cidade de São Paulo encontra-se intensamente em disputa, sendo possível sugerir se não seria afinal um projeto da gestão municipal viabilizar o desmonte progressivo do SUS a fim de criar situações de mercado com vistas a ampliar a busca pela saúde privada que, como já visto, tem se mostrado altamente lucrativa por possuir valor de troca.

O grande passo [do neoliberalismo] consiste em ver a concorrência do mercado como um processo de descoberta da informação pertinente, como certo modo de conduta do sujeito que tenta superar e ultrapassar os outros na descoberta de novas oportunidades de lucro [...] cujo autor real é o empreendedor, movido pelo espírito empresarial que se encontra em graus diferentes em cada um de nós e cujo único freio é o Estado, quando este trava ou suprime a livre competição (Dardot e Laval, 2016, p. 136).

Para Dardot e Laval (2016), o neoliberalismo inaugura “uma nova era do sujeito” (p. 321), o homem-empresa, o sujeito empresarial ou simplesmente o homem neoliberal, que nada mais é do que aquele sujeito que encontra-se totalmente imerso na competição e

cuja subjetividade deve estar inteiramente envolvida na atividade que se exige que ele cumpra (Dardot e Laval, 2016, p. 327), confundindo-se entre o “homem fim”, que possui direitos inalienáveis, e o “homem meio” que sai em busca de seus próprios interesses, esses cada vez mais atravessados pela subjetividade neoliberal, que educa seu pensamento (Dardot e Laval, 2016, p. 325).

Esse contexto de competição e rivalidade que marca a racionalidade do neoliberalismo e que configura subjetividades se traduz, também, na mercantilização das relações sociais, já que o sujeito passa a trabalhar para a própria eficácia e para a intensificação do próprio esforço, minimizando o papel do outro nessa relação, lógica que parece bastante alinhada com a expectativa que se projeta a partir da atualização da Portaria das Metas, que versa mais sobre conquistas e metas individuais do que de produção do bem comum.

Interessa entrar nessas discussões, pois parece insuficiente pensar o SUS como uma política de estado estática e isolada de um contexto mais amplo. Se hoje faz sentido que o sucesso de uma política de saúde seja avaliado unicamente a partir de seus números, é porque faz sentido para esse modelo de sociedade orientar-se a partir desse referencial, já que “a maneira como o trabalho é organizado e para qual finalidade é direcionado nos ajuda a entender a sociedade em que vivemos” (Contarato, 2021, p. 10). Contudo, isso não significa que esse seja o caminho que aponte para processos de cuidado mais efetivos, longitudinais e humanizados.

Pensando especificamente nos processos de trabalho em saúde, essa racionalidade promovida pelo neoliberalismo, representada pela Portaria das Metas e reforçada pela lógica empresarial das Organizações Sociais de Saúde da cidade de São Paulo, opera na contramão do que se projeta para a construção de um cuidado co-responsável e que identifique no usuário um parceiro nos processos de saúde-doença, afinal

o trabalho não é entendido simplesmente em sua dimensão operativa como uma atividade, mas, antes de tudo, uma ação que evidencia a relação homem/mundo em um processo de produção recíproca (Merhy, 2013).

Ao reduzir as demandas trazidas por usuários a números que precisam ser encaixados em metas de produtividade, ficam diminuídas as possibilidades de ação terapêutica, uma das finalidades do processo de trabalho em saúde (Malta e Merhy, 2003).

O serviço de saúde, diferentemente do que acontece em uma linha de produção fabril, nunca irá derivar da aplicação de regras gerais em um processo de trabalho genérico. Ele sempre vai requerer a aplicação dessas regras e conhecimentos gerais a cada situação peculiar, a cada evento específico, e de uma maneira extremamente dependente da inter-relação com o usuário, o qual fornece valores de uso e que participa intensamente do produto e de seu resultado (Castro et. al., 2012).

Assim, pode-se dizer que a lógica neoliberal, traduzida nesse trabalho a partir da influência da Portaria das Metas, tem descaracterizado os processos de trabalho em saúde, que tendem a se tornarem assépticos, impessoais, despersonalizados, sem precedentes para a vinculação e para a construção de sentidos que contribuam para a elaboração e incorporação do cuidado singular, que parece ter deixado, enfim, de ser a meta.

Para Merhy e Franco (2013) a construção do cuidado ocorre na relação entre as pessoas, nas formas como os encontros produzem afetações mútuas. Não há uma maneira única de produzir saúde justamente porque não há uma regra universal para se produzir sentido. As pessoas, suas histórias de vida e contextos são únicos, singulares. Para os autores, o encontro entre trabalhador e usuário e todas as revoluções subjetivas que ocorrem a partir da disponibilidade desse encontro é que oferece as condições necessárias para que o cuidado aconteça.

Da maneira como hoje os processos de trabalho em saúde estão colocados no SUS, progressivamente esse “trabalho vivo”, criativo, dinâmico, com autonomia, que possibilita a construção e elaboração de novos saberes, “o trabalho criador” (Merhy e Franco, 2013, p. 22), que não se quer sozinho, converte-se em “trabalho morto”, mecanizado, já previamente definido, aprisionado, em referência às contribuições de Karl Marx (1818-1883), que identifica no trabalho a essência da humanidade (Marx, [1857-1858] 1967, p. 317) e que atribui ao “trabalho vivo” a representação do conceito de práxis, em que se percebe o distanciamento do trabalho alienado e aproximação com uma prática que é crítica e que atualiza a subjetividade do homem, “modificando a sua própria natureza” (Marx [1867], 1969, p. 139).

principal característica do trabalho vivo é a liberdade, o autogoverno que o trabalhador da saúde tem sobre seu processo de trabalho, que o torna o principal agente de mudança. O trabalho em saúde é um trabalho em ato, pois ele vai se dar

sempre com base em um encontro, ele é sempre relacional (Merhy e Franco, 2013)

São olhos, olhares, toques, gestos. Portas que se abrem, portas que se fecham. É quando, onde e como. É momento, são intenções. Velocidades e distâncias. O cuidado é relacional, acolhe o imprevisível e cuida do que já está na história de cada um. Considerar o outro, o usuário como protagonista, compõe a micropolítica do cuidado, e tudo o que vai contra isso não deveria caber como processo de trabalho em saúde.

E são esses encontros entre pessoas que têm sustentado o sistema desde a sua criação. Foram esses encontros entre pessoas, considerando culturas, singularidades e contextos, que possibilitaram prevenir, promover, reabilitar e produzir novos significados para o cuidado em saúde da população brasileira e residente no Brasil, potências e sentidos que se querem esquecidos, minguados com o adoecimento de seus trabalhadores e com a epidemia de ausência de recursos que marcam as políticas sociais.

O neoliberalismo, fábrica de si, suspende a solidariedade e individualiza processos e conquistas. Possuir críticas sobre esses movimentos, sobre a gestão do trabalho em saúde, repensar limites, contradições, estabelecer alianças entre os pares, fortalecer espaços de controle social, localizar o SUS em uma linha do tempo que permanece aberta, indefinida, é também uma forma de se situar e identificar o próprio papel nesses processos, buscando ressuscitar e reanimar um trabalho que se quer morto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SUS enquanto sistema tem revelado ao longo dos anos as potências e limites de pessoas que protagonizam o cotidiano de suas práticas. Enquanto política permeável aos processos históricos, o SUS encontra-se permanentemente em movimento justamente por estar permanentemente em disputa, não sendo, portanto, uma política pública plenamente definida.

A racionalidade neoliberal avança, também, sobre os processos de trabalho em saúde, sendo a atualização da Portaria das Metas (333/538), publicada em maio de 2022 e válida para o município de São Paulo, uma das expressões dessa lógica ao orientar-se unicamente a partir de números para avaliar os indicadores de qualidade dos serviços, estabelecendo metas de produtividade pouco praticáveis em um contexto que deveria ser

marcado pela micropolítica do cuidado em saúde (Merhy e Franco, 2013), promovendo processos de cuidado singulares, relacionais e territorializados.

A partir de depoimentos coletados pelo “Fórum VIVASUS”, percebe-se como a atualização dessa Portaria tem interferido nos processos de trabalho em saúde e nas possibilidades de assistência aos usuários do SUS. Além disso, aponta para a intensificação da precarização do trabalho no contexto da saúde pública na cidade de São Paulo, produzindo ainda mais adoecimento de seus trabalhadores e agregando valor de mercado às empresas privadas de saúde, que encontram no estrangulamento do SUS as condições necessárias para ampliar sua clientela.

Nos relatos coletados, fica destacado que a Portaria das Metas potencializa a perda de sentido do próprio trabalho, o adoecimento dos trabalhadores, implica na desassistência aos usuários, redimensiona a relação com a figura do gestor, que pode passar a exercer seu poder para punir, fiscalizar e defender os valores das Organizações Sociais, e não da política pública, estando também, portanto, refém da instituição, reforçando a lógica empresarial na saúde, escancara as péssimas condições de trabalho e de ausência de recursos materiais e físicos, estimula a competição entre trabalhadores e mina o senso de solidariedade e de trabalho em equipe, restringe saberes e autonomia profissional e, por fim, produz a inversão da lógica no cuidado em saúde, deslocando a centralidade do sujeito para números de produção.

A partir da publicação dessa Portaria, que no limite tende a corromper os princípios do SUS e subordiná-los a uma lógica empresarial e de mercado, fica o questionamento sobre como sustentar práticas que façam sentido em um contexto de produção em série que transforma o “trabalho vivo” em “trabalho morto”, aprisionado (Merhy e Franco, 2013), distanciado da práxis ao constituir-se alienado (Marx, [1867], 1969). Além disso, cabe interrogar quais seriam as estratégias possíveis para articular e defender o SUS no tempo presente, garantindo o compromisso com seus princípios e diretrizes, cada vez mais cooptados pelas OSS na cidade de São Paulo, que possuem valores nem sempre alinhados com o desenho político-institucional e ético-sanitário do SUS.

Por fim, esse trabalho procura oferecer pistas para que seja repensado o SUS do presente, considerando seu histórico e também os movimentos do mundo, buscando recobrar o sentido de práticas aprisionadas pela racionalidade neoliberal e que se afastam das noções de direito, cabendo também provocar o questionamento sobre qual seria o papel da gestão do trabalho em saúde nessa atual disputa.

REFERÊNCIAS

ANÉAS, Tatiana de Vasconcellos. **O apoio Paideia e o NASF no município de São Paulo**. Campinas, SP; [s.n], 2018.

CARVALHO, Antônio Ivo de. **Políticas de Saúde: fundamentos e diretrizes do SUS**. – 4. ed. rev. atual. e ampl.– Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2014.

CASTRO, Janete Lima.; VILAR, Rosana Lúcia Alves de.; LIBERALINO, Francisca Nazaré (Org.). **Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Natal: EDUFRN, 2012.

CONTARATO, Priscilla Caran. **Gestão do trabalho em saúde**. Brasília: PNAP; Recife: UPE / NEAD, 2021.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **Saúde não é mercadoria**. Revista de Direito Sanitário, 19(3), 2019.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal**. São Paulo: Editora Boitempo, 402 p, 2016.

SCOREL, Sarah. **História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária**. In: GIOVANELLA, Lúgia, SCOREL, Sarah, LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa, NORONHA, José Carvalho de, e CARVALHO, Antonio Ivo de, eds. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 1nd ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

FLEURY, Sonia; OUVRENEY, Assis Mafort. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de. **Políticas e sistema de saúde no Brasil: Política de Saúde – uma política social.** Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2 ed., rev., amp., p.25-57, 2014.

FRANCO, Túlio Batista. **O trabalhador de saúde como potência: ensaio sobre a gestão do trabalho.** In: MERHY, Emerson; FRANCO, Túlio Batista. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013.

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson. **A micropolítica do processo de trabalho em saúde.** Rev. Min. Enf., 7(1):61-66, jan./jul., 2003.

MARX, Karl. **Fondements de la critique de l'économie politique.** Paris: Anthropos, (1857-1858/1969).

MARX, Karl. **Le capital.** Paris: Garnier-Flammarion, (1867/1969).

MERHY, Emerson. **Em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde.** In: MERHY, Emerson; FRANCO, Túlio Batista. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013.

MORAIS, Heloisa Maria Mendonça de; ALBUQUERQUE, Maria do Socorro Veloso de; OLIVEIRA, Raquel Santos de; CAZUZU, Ana Karina Interaminense; SILVA, Nadine Anita Fonseca da. **Organizações Sociais de Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, 34(1), 2018.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **O Trabalho em Serviços de Saúde.** Texto de apoio da unidade didática I. 1997.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. *In. GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, p.435-472, mapas, tab, graf. Monografia em Português | HISA - História da Saúde | ID: his-16609, 2008.*

SÃO PAULO. Portaria SMS n.º 538, de 12 de agosto de 2022. **Introduz alterações na Portaria nº 333/2022, a qual atualiza os indicadores de qualidade e produção.** Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-sms-333-de-31-de-maio-de-2022/detalhe>. São Paulo, SP, 2022.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Íris do Céu Clara. **O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças**. Saúde soc [internet], 2010.

ANEXO**Anexo 1 – Termo de Autorização Institucional**

Eu, Ebron Sandro Oliveira Dix Filho, participante do coletivo FÓRUM VIVASUS, CPF 429 702 268 04. AUTORIZO Luiza Ribeiro da Silva, portadora do RG 42.493.476-0 e CPF 429.782.788-38, aluna da Especialização em Gestão da Saúde da Universidade Federal da Integração Latinoamericana (UNILA), sob a matrícula de 2021201000103017, a acessar as informações coletadas pelo Fórum VIVASUS em levantamento de dados realizados via formulário online, no mês de março de 2023, junto a trabalhadores do SUS da cidade de São Paulo, sendo respeitado integralmente o sigilo dos participantes em qualquer etapa do estudo. Os dados acessados serão utilizados meramente para fins de pesquisa, contribuindo com a elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: “Neoliberalismo e saúde: implicações na saúde mental dos trabalhadores do SUS na cidade de São Paulo”, sob orientação de Anaxsuell Fernando da Silva, docente da instituição Universidade Federal da Integração Latinoamericana (UNILA), no de matricula 1526904.

A pesquisadora acima qualificada se compromete a:

- 1- Iniciar a análise dos dados coletados a partir do levantamento realizado pelo Fórum VIVASUS somente após autorização formal de um dos membros do coletivo.
- 2- Assegura privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantem que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 466/2012, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.



São Paulo, 15 de maio de 2023.