

PAULO DE TARSO PUCCINI

*Este exemplar corresponde à versão final da
Dissertação de Mestrado, apresentada ao Curso de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências
Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de
Mestre em Saúde Coletiva.*

Campinas, 11 de Dezembro de 2002.


Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio
Orientador

***LIMITES E POSSIBILIDADES DE UMA PROPOSTA DE
HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS E SATISFAÇÃO
DOS USUÁRIOS NA LUTA PELO DIREITO À SAÚDE***

CAMPINAS

2002

PAULO DE TARSO PUCCINI

***LIMITES E POSSIBILIDADES DE UMA PROPOSTA DE
HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS E SATISFAÇÃO
DOS USUÁRIOS NA LUTA PELO DIREITO À SAÚDE***

*Dissertação de Mestrado, apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas, para obtenção do título de Mestre
em Saúde Coletiva.*

Orientador: Professor Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

Campinas

2002



1150053442



FCM
TIUNICAMP P961L

UNIDADE	FCM
Nº CHAMADA	
TRUNICAMP	
P9611	
V	EX
TOMBO BC	53442/FCM/2500
PRGC	124103
C	☐
D	☒
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	29/04/03
Nº CPD	

BIBID 290742

CM00182581-8

**CHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA
DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

P9611

Puccini, Paulo de Tarso

Limites e possibilidades de uma proposta de humanização dos serviços públicos e satisfação dos usuários na luta pelo direito à saúde / Paulo de Tarso Puccini. Campinas, SP : [s.n.], 2002.

Orientador : Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. *Determinação de necessidades de cuidados de saúde. 2. Serviços de saúde. 3. Política de saúde. 4. * Acesso aos serviços de saúde. 5. *Planejamento em saúde. 6. Satisfação do consumidor. I. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

Membros:

1. Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

2. Prof. Dr. Gilson de Cássia Marques de Carvalho

3. Profa. Dra. Maria da Graça Garcia Andrade

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.

Data: 11/12/2002

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Geraldo Puccini (em memória) e Wanda dos Santos Puccini (em memória), e aos meus irmãos, Cristovão, Geraldo e Rita.

À Rosana e aos nossos filhos, Pedro e Renata.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, pela dedicada, aberta e criteriosa orientação.

Aos professores Emerson Merhy e Maria da Graça Garcia Andrade, pelas sugestões na qualificação.

À Rosana Fiorini Puccini, pelo carinho e apoio, pelo incentivo, primeiras leituras e sugestões.

À Maria Rosa Logiodice Cardoso, pela amizade, pelo compromisso com a defesa de princípios na atividade pública, por ter, quando secretária municipal de saúde de Itapecerica da Serra, em defesa do direito à saúde, empreendido mudanças, de uma das quais este trabalho é amplamente devedor.

À Raquel Zaicaner, pela amizade, apoio e sugestões, pela disposição e compromisso com que vem desenvolvendo o processo de mudanças à frente da Secretaria de Saúde de Itapecerica da Serra.

À Helena Bueno de André Motta, e à Vera Lúcia Mascarenhas de Carvalho pela amizade, pelas discussões e sugestões.

Aos amigos e profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Itapecerica da Serra, pelo compromisso humano com que vêm se dedicando às mudanças, pela possibilidade de ter compartilhado uma luta cotidiana em prol do direito à saúde, nas pessoas de Adriana Rotger Simões, Ana Luziamar Garcia Reis, Claudia Maria Chagas de Souza, Cláudia Paes Leme Monteiro, Dilma Mineko Tacahashi Puccini, Flavia Peres de Barros, Flávio Augusto Bergamaschi, Geraldo Puccini Junior, Ivanir Cuevas, Jane Rodrigues de Campos Tonetti, Jaqueline Nogueira dos Santos, Laudelina Maria Carneiro, Ligia Costa Silva, Lilian Lurico Sano, Luciane Yurika Koga, Maria Dalva Amin dos Santos, Maria das Graças Silva, Martha Borgerth, Myres Maria Cavalcanti, Octávio Gonçalves Filho, Pedro Miguel da Mata, Sara Rodrigues Novaes, Sueli Aparecida Paiva, Tania Zogbi Sahyoun, Yoshifumi Tsudaka, Zenilda Gonçalves Leite.

Ao Fernando Lefèvre e à Ana Maria Cavalcanti Lefèvre que assessoraram a Secretaria Municipal de Saúde na realização de entrevistas utilizadas neste trabalho.

Aos amigos Ernesto Crenith, Carmen Silvia, Cecília Nobumoto, Maria do Carmo, Maria Vicencia, Mildred Teixeira, Nelza Shimidzu, Renato Nabas, Sueli Suyeda e Tsuoshi Yamashita pelo apoio e incentivo.

Aos amigos e colegas de trabalho dos extintos Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo 1.5 e Escritório Regional de Saúde de Osasco - ERSa/11 da Secretaria de Estado da Saúde. A todos que participaram da intervenção, montagem e abertura do Hospital Regional de Osasco.

Aos colegas de mestrado, pelas sugestões, e a todos os profissionais do departamento, pelo apoio.

À Cecília Vannucchi pela revisão do texto.

	PÁG
RESUMO.....	<i>xxv</i>
ABSTRACT.....	<i>xxix</i>
1. INTRODUÇÃO.....	33
1. A conquista do SUS e o novo ciclo de disputas sociais.....	35
1.1. A saúde como direito social.....	40
1.2. Prover o mínimo ou prover o básico.....	44
1.3. O PSF e a política dos mínimos.....	46
1.4. Justificativas para um estudo.....	51
2. Necessidades de saúde: as políticas públicas e as necessidades radicais.....	53
3. Qualidade dos serviços e satisfação dos usuários.....	61
3.1. Condicionantes das teorias da Gestão pela Qualidade.....	62
3.2. Sociedade do conhecimento e a Gestão pela Qualidade.....	69
3.3. Gestão pela Qualidade e padrão de dominação.....	74
3.4. Reforma do Estado e o Programa de Gestão pela Qualidade no Setor Público.....	77
3.5. O modelo gerencial pela qualidade e a disputa pelos fundos públicos.....	83
3.6. Algumas conclusões sobre o movimento pela qualidade.....	87
4. Humanização dos serviços e satisfação dos usuários.....	90
5. Proposta de quadro analítico.....	99
2. OBJETIVOS.....	105
3. METODOLOGIA.....	109

4. EXPLORANDO UMA PROPOSTA DE HUMANIZAÇÃO: O CASO DE ITAPECERICA DA SERRA.....	121
1. O município de Itapecerica da Serra.....	123
2. A rede de serviços de saúde.....	126
3. História das conquistas da saúde e do SUS no município.....	127
4. O estranhamento: inconformismo com a situação dos serviços.....	131
5. A prioridade adotada: humanização dos serviços e satisfação dos usuários.....	133
6. Desenvolvimento conceitual da proposta, atividades realizadas e seus objetivos.....	136
7. A combinação de três estratégias.....	150
8. Algumas observações sobre as dificuldades do processo.....	156
9. Informações adicionais: análise de entrevistas.....	164
10. A continuidade do processo.....	178
11. Alguns dados da evolução da prestação de serviços e dos gastos em saúde....	185
5. CONCLUSÕES.....	189
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	207
7. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....	219

LISTA DE FIGURAS

	PÁG.
Figura 1: Tendências típicas da ação governamental na área de saúde, segundo visões polares do direito à saúde e da implementação do SUS.....	104
Figura 2: Distribuição dos entrevistados, segundo grupos e unidades de saúde.....	117
Figura 3: Itapecerica da Serra, na Grande São Paulo.....	123
Figura 4: Porcentagem dos domicílios inadequados, com até 3 cômodos, segundo os municípios da região Sudoeste da GSP, 1991.....	124
Figura 5: Mortalidade proporcional, segundo grupos de causa, Itapecerica da Serra – 1995.....	125
Figura 6: Coeficientes de homicídios dolosos por 10.000 hab.....	126
Figura 7: Unidades de Saúde de Itapecerica da Serra.....	127
Figura 8: Povo vai às ruas por Hospitais Regionais.....	128
Figura 9: A construção da integralidade do cuidado e a herança dos princípios anteriores ao SUS.....	135
Figura 10: Alguns fluxos críticos no atendimento em unidades de saúde – não agendados.....	138
Figura 11: Fluxos críticos – agendados.....	139
Figura 12: Satisfação da clientela é tema do encontro de saúde.....	141
Figura 13: Resoluções da III Conferência Municipal de Saúde.....	147
Figura 14: Modelo geral de reorganização das unidades básicas com a introdução da atividade de acolhimento.....	148
Figura 15: Questionário: opinião dos usuários – média de três unidades, jan./fev. de 1999.....	149
Figura 16: Diretriz, estratégias e atividades realizadas no processo de mudança.....	151

Figura 17:	Atividades realizadas, produtos e resultados esperados segundo a Estratégia 1.....	152
Figura 18:	Atividades realizadas, produtos e resultados esperados segundo a Estratégia 2.....	153
Figura 19:	Atividades realizadas, produtos e resultados esperados segundo a Estratégia 3.....	154
Figura 20:	Avaliação do programa de reorganização dos serviços.....	156
Figura 21:	Questionário – avaliação das equipes de gerência das unidades de saúde sobre ações implementadas pelas unidades – situação em 1999 e 2001.....	157
Figura 22:	Questionário – avaliação das equipes de gerência das unidades de saúde sobre ações implementadas pela sede da secretaria – situação em 1999 e 2001.....	158
Figura 23:	Questionário – opinião dos grupos das equipes de gerência das unidades de saúde sobre alguns resultados obtidos – situação em 1999 e 2001.....	158
Figura 24:	Cartaz com o temário do Curso de Aprimoramento Médico – 2001.....	181
Figura 25:	Questões gerais colocadas ao processo de planejamento local ascendente.....	183
Figura 26:	Roteiro para apresentação do Plano de Saúde de cada unidade.....	184
Figura 27:	Comparativo de alguns dados do sistema de saúde do Município de Itapeçerica da Serra - 1996, 1999 e 2000.....	187
Figura 28:	A Humanização dos serviços, integralidade do cuidado e o direito à saúde.....	198

LISTA DE ABREVIATURAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

AIS – Ações Integradas de Saúde

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CONASP – Conselho Consultivo de Saúde Previdenciária

CONCLAT – 1ª. Conferência Nacional da Classe Trabalhadora

CPMF – Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira

EC – Emenda Constitucional

EMCS – 1º. Encontro por Melhores Condições de Saúde

FSP – Faculdade de Saúde Pública

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

LC – Lei Complementar

MARE – Ministério da Administração e Reforma do Estado

MDB – Movimento Democrático Brasileiro

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MPO – Ministério do Planejamento e Orçamento

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PAB – Piso Assistencial Básico

PEC – Proposta de Emenda Constitucional

POI – Programação e Orçamentação Integradas

PQSP – Programa da Qualidade do Serviço Público

PS – Pronto-Socorro

PSF – Programa de Saúde da Família

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TGA – Teoria geral da administração

UBS – Unidade Básica de Saúde

UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas



RESUMO

O estudo teve como objetivo analisar os limites e as possibilidades de um processo de humanização dos serviços e satisfação dos usuários na luta pelo direito à saúde, em um sistema local de saúde. No desenvolvimento das referências teóricas foi realizada uma revisão de diferentes concepções de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre outras, das propostas de modelos assistenciais centrados na contraposição entre “demanda espontânea” e “oferta organizada”, do movimento da Qualidade Total e do movimento da humanização dos serviços públicos de saúde, discutindo suas possibilidades, seus limites e confrontando suas orientações para o processo de implementação do SUS. Considerou-se que a disputa fundamental, a partir da conjuntura da sua aprovação, desenvolve-se em torno do SUS como política mínima versus o SUS como política básica. Com esse quadro referencial foi analisada uma experiência em um sistema local de saúde que estabeleceu a humanização dos serviços e a satisfação dos usuários como diretrizes políticas para sua reorganização. Discutiram-se as dificuldades e as contribuições desse processo setorial para realizar uma maior qualificação das ações integrais de saúde na prática cuidadora dos seus profissionais, na ampliação dos canais de participação do cidadão e na implementação de mudanças no processo de trabalho. Destacaram-se os limites e a interdependência dessas mudanças setoriais frente às concepções e valores gerais da sociedade. Finalizando o estudo, sugere-se que a diretriz da humanização e satisfação, ao aproximar a crítica sobre questões gerais da sociedade às particulares dos serviços, manteve em aberto a abrangência do direito à saúde para além dos limites das relações sociais vigentes, favorecendo uma contraposição à tendência restritiva das políticas públicas mínimas na área da saúde.



ABSTRACT

This study had the objective of analyzing the limits and possibilities of a process of service humanization and user satisfaction enhancement, in the struggle for healthcare rights within a local healthcare system. In developing the theoretical reference points, a review has been made of different organizational concepts for SUS (Brazilian National Health Service). Among these are proposals for attendance models centered on the contraposition of “spontaneous demand” with “organized offer”, the Total Quality movement and the movement for humanizing public healthcare services. The possibilities and limits of these models have been discussed, and their guidelines have been compared with the SUS implementation process. It is considered that the fundamental dispute, starting within the situation when SUS was approved, has developed around whether SUS is a minimum policy or a basic policy. Within this reference framework, an experience from a local healthcare system has been analyzed, in which service humanization and user satisfaction were established as policy directives for its reorganization. The difficulties and contributions of this sectoral process have been discussed in relation to achieving greater characterization of integral healthcare actions, in the practice of healthcare by its professionals, the expansion of participation channels for citizens and the implementation of changes in the work process. The limits and interdependence of these sectoral changes have been highlighted in relation to concepts and general values from society. In conclusion, the study suggests that the directive for humanization and satisfaction has brought the discussion of general questions within society closer to particular questions within services. Consequently, this directive has kept open the comprehensiveness of healthcare rights going beyond the limits of the existing social relationships. This favors a stance contrary to the restrictive trends of minimal public policies in the healthcare field.



1. INTRODUÇÃO

1. A CONQUISTA DO SUS E O NOVO CICLO DE DISPUTAS SOCIAIS

As novas condições para a organização das ações de saúde no Brasil, concretizadas com a regulamentação do SUS, na Constituição de 1988 e na legislação ordinária que se seguiu (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90), inauguraram um novo ciclo de disputas, qualitativamente distinto das questões e problemas que tomavam conta da agenda político-social da área da saúde, no período anterior.

Os problemas e equívocos do sistema de saúde então existente foram criticados em profundidade e amplitude. A reestruturação assumida pelo SUS estabelece, além de nova definição formal do sistema, um novo conceito de saúde, ampliado, não reduzido a ações assistenciais, compreendendo a necessidade de maior abrangência do horizonte sanitário como busca de igualdades para a melhoria da qualidade de vida. A reconstrução do sistema de saúde em novas bases, portanto, não é tarefa simples, pois ultrapassa um questionamento conceitual interno da área, restrito apenas aos seus técnicos e profissionais. A saúde como direito social é a mudança fundamental anunciada pelo SUS. Assim, para a sua consolidação torna-se gradativamente insuficiente apenas o posicionamento crítico em relação ao conceito limitado da saúde ou em relação à forma de organização dos serviços – dicotomizada entre as ações individuais e as coletivas e entre prevenção e cura, características da situação anterior. A nova arena exige mais. Tomando a conceituação ampla sobre a saúde, a nova arena exige que se criem formas que materializem social e politicamente uma ação cuidadora integral, como direito de cidadania.

As propostas técnicas e organizacionais, que foram instrumentos importantes na luta contra a situação anterior ao SUS e na estruturação conceitual da reforma sanitária, precisam incorporar novas questões. Para contribuir na nova realidade da saúde como direito, essas propostas, além de incorporar novas questões, devem considerar a limitação de sua capacidade transformadora, tanto nas conquistas realizadas como nas disputas sociais futuras. Com o olhar excessivamente rígido e estruturado na conjuntura social e política anterior ao SUS, algumas propostas de novos modelos assistenciais, que buscam definir os caminhos a serem seguidos, agora, aplicadas à nova conjuntura da saúde, sem mediações, tornam-se incapazes de contribuir com o processo de recriação do sistema em novos sentidos. O auge das insuficiências destes modelos pode ser constatado na excessiva

expectativa transformadora da saúde depositada na contraposição entre as diferentes formas de acesso dos usuários aos serviços de saúde, isto é, entre o que se convencionou chamar de “demanda espontânea”, ou “necessidades sentidas”, e “oferta organizada”, ou “necessidades não sentidas”.

A partir de uma constatação factual de que o modelo assistencial hegemônico no Brasil, a ser superado pela implementação do SUS, corresponde ao modelo médico-assistencial-privatista voltado, fundamentalmente, para a chamada “demanda espontânea” (PAIM, 1999), é feita uma dedução mecânica, segundo a qual a construção do SUS e o seu modelo integral dependeriam essencialmente do combate às formas de organização dos serviços orientadas para a atenção da “demanda espontânea” em contraposição à valorização eloqüente da chamada “oferta organizada”. Assim, afirma-se que esse novo modelo assistencial centrado na “oferta organizada” reorienta o planejamento de saúde para uma base territorial específica e *recupera o enfoque epidemiológico para o controle dos problemas de saúde e impõe uma atualização constante dos avanços técnicos e científicos para a redefinição de normas técnicas pelo nível técnico-administrativo do sistema de saúde* (PAIM, 1999).

O reducionismo destas idéias aflora na definição proposta de modelo médico-assistencial-privatista que, segundo ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO (1999), seria o “modelo voltado para a demanda espontânea [...] Não é exclusivo do setor privado, estando presente nos serviços públicos enquanto não se reorganizam para atender às necessidades de uma população definida”. Mas o que seriam estas tais necessidades de saúde de uma população? A resposta dedutível é aparentemente muito forte: seriam aquelas questões definidas pelo saber epidemiológico, expressas na implementação de programas voltados para a equidade, esta, um dos princípios do SUS. Mas como fazer isto de forma universal e integral? É preciso reconhecer, portanto, a necessidade da articulação dos princípios do SUS (universalidade, integralidade, equidade, controle social e conceito ampliado de saúde) que, quando operando em conjunto, qualificam a natureza, a extensão e o valor da saúde como direito de todos. Assim, a solução proposta manifesta-se na prática organizacional do SUS apenas como uma declaração de desejos do saber técnico. Tal simplificação das mudanças necessárias vai deixando um rastro de insuficiências para a elaboração do planejamento e para a reorganização concreta dos serviços.

O combate ao modelo médico-privatista tinha seu alvo em diversas questões, tais como: a política de financiamento privatista da saúde, a ação centrada apenas no profissional médico, a ausência de responsabilidade do serviço para com a saúde do cidadão, a dificuldade de acesso à assistência integral, a assistência nos moldes de queixa-conduta-dispensa e todo um corolário de mazelas articuladas com os interesses econômicos do “complexo médico-industrial” (CAMPOS, 1992). Com a rigidez de novos modelos, ofuscados e fascinados pela centralidade da contraposição proposta, estas e outras questões, ainda presentes, tendem agora a ser simplificadas e reduzidas para justificar o menosprezo à “demanda espontânea” e para fazer ressurgir, em novas vestes, as idéias controlistas e normativas características da saúde pública tradicional.

Assim, retoma-se a mesma falsa dicotomia, agora com a intenção de sufocar a “demanda espontânea” por uma crença na capacidade normativa das ilimitadas regras para o controle sanitário populacional propiciado pelo saber epidemiológico. Este saber, não se sabe bem por qual encantamento, aparece livre de todo o processo de reificação capitalista do saber, depositado integralmente sobre a clínica, e configura-se como o grande arauto da oposição ao modelo liberal-privatista. Mas é oportuno ponderar esta crença, conforme propõe GRAMSCI (1978):

[...] É preciso criticar, pela sua falsidade, qualquer definição idealista e humanista do intelectual ou do cientista como criador desinteressado, produtor de um conhecimento “puro”, não contaminado pelas relações sociais. Como se todo saber não contivesse também uma relação prática com o poder, portanto ideológica. Nenhum “critério interno” às atividades intelectuais basta para defini-los. Abordados a partir de seu ser social, de seu lugar nas relações de produção, os intelectuais situam-se em uma certa divisão de trabalho, exercem funções.

ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO (1999) afirmam que o modelo proposto pelo SUS é o da “oferta organizada”, porque esta propiciaria atender aos principais agravos e grupos populacionais prioritários e, conseqüentemente, reorientar a demanda. A história da organização dos serviços, entretanto, tem demonstrado que muitas vezes, com uma bem intencionada preocupação com a população, fortifica-se uma imponência do saber epidemiológico que hipostasiado acaba por ignorar para que serve essa tal “oferta organizada”: se é para a segurança das elites ou para o bem-estar das maiorias. Não

esqueçamos que as ações públicas de saúde no Brasil guardam sua origem na concepção da polícia sanitária, campanhas, vigilância e combates e têm continuidade em estratégias controlistas de atendimento que desprezam anseios e angústias dos usuários e revivem formulações tecnocráticas, confundindo instrumental gerencial com objetivos e, por vezes, adscrevendo um rol de normas e procedimentos restritivos para que o usuário possa ter acesso ao atendimento (CAMPOS, 1997).

Uma consequência deste caminho, que aplica certas contribuições importantes do saber epidemiológico de forma fundamentalista, é a desfiguração da integralidade do cuidado, ao assumir uma defesa moral da política dos mínimos sociais, de ações de saúde de baixa qualificação pela sua pretensa maior viabilidade contábil, uma saúde para pobres, centrada no controle de condutas dos indivíduos e em normas programáticas para o funcionamento racional e verticalmente imposto aos serviços. Sem dúvida, este caminho é capaz de reorientar a demanda, como se propõe, mas o custo não é humanitariamente pequeno, pois resulta na exclusão da problemática dos doentes e do acolher ao sofrimento. Estes passam a ser considerados apenas momentos de falhas funcionais e passageiras no processo da recriação e racionalização das condutas humanas alicerçadas nos ensinamentos epidemiológicos. As insuficiências destas definições expõem as dificuldades de melhor compreender as tarefas de construção do SUS na superação das dicotomias anteriores e na construção efetiva e abrangente da integralidade do cuidado.

Esta restrição na defesa do direito abrangente à saúde, muitas vezes, incorpora um discurso voltado à educação e promoção da saúde, porém com ações focadas e limitadas em mudanças de condutas higiênicas da população, tendo, também, como cenário desta prática, uma denúncia difusa contra as condições econômicas e sociais determinantes do processo saúde-doença, visando à construção de uma amistosa cidade saudável. Ocorre que, como não há uma visão prática da integralidade do cuidado, na hora da demanda, da doença e do sofrimento, na hora dos problemas concretos que aparecem à porta dos serviços de saúde, esse discurso social não responde e sai de cena. Em consequência, um turbilhão de críticas e insatisfações carrega toda a credibilidade dos serviços e a necessária intenção de se ampliar o conceito de saúde-doença, arrastando-as em conjunto com o não-acolhimento da demanda espontânea para o mundo das intenções irrealizadas. Esse discurso

típico que coloniza a concepção de muitos profissionais, expressa uma visão distante da luta efetiva que se trava no país para a consolidação do direito à saúde, para a garantia da sua abrangência como política básica e não mínima, para a concretização de uma concepção de sociedade que valoriza a sua gente e a vida humana mais do que algumas convicções acriticamente importadas de outras realidades (PASCHE, 2000).

A epidemiologia, considerada isoladamente como o instrumental para a gestão e o fundamento para a definição da equidade, conduz a superação das dicotomias do sistema e as mudanças pela materialização do direito à saúde, de forma unilateral e limitada. Tal procedimento, levado ao extremo, numa situação de restrição e disputa por recursos públicos, pode corroer a universalidade e a integralidade do cuidado, servindo como validação técnica, com ares de inquestionável neutralidade, para a limitação de serviços e defesa de políticas públicas mínimas (CECÍLIO, 2001). Portanto, a necessária preocupação com uma vigilância crítica contra uma pretensa onipotência da clínica para o equacionamento das questões e dos serviços de saúde tem que ser extensiva à epidemiologia e aos novos modelos assistenciais (CAMPOS, 1997).

Atribuir à epidemiologia determinadas tarefas que estão fora do limite de seu alcance operacional ou, ainda, estabelecer modelos assistenciais derivados de forma direta e imediata de uma teoria que tem respostas pré-estabelecidas para tudo (em geral elaborados pelos técnicos do nível federal) transforma contribuições teóricas em dogmas, abandonando-se a necessária espiral da sucessão ininterrupta de problemas. Quando aplicado à gestão, este proceder compõe uma visão que tende a resultar num monólogo técnico e em programas verticalizados impostos na forma de normas inelutáveis ao planejamento e à organização dos serviços.

Toda esta situação evidencia uma pretensa influência determinante e supervalorizada do papel dos segmentos acadêmicos e intelectuais no processo da reforma sanitária e da tecnocracia federal para sua concretização, ao mesmo tempo em que subestima o papel desempenhado e a desempenhar pelo conjunto da sociedade – com seus avanços e limitações –, pelas forças políticas locais, pelos projetos em disputa e pelo rearranjo das forças sociais pós-Constituição.

1.1. A saúde como direito social

A saúde foi bandeira de resistência democrática por muitos anos, em muitas cidades, bairros, regiões do campo, e no movimento sindical. Ela despertava interesse, agrupava, expunha conflitos e contradições e favorecia de forma difusa e atomizada espaços de debate, organização e mobilização. Organizações políticas de esquerda, as comunidades de base da Igreja e parcelas do movimento sindical sempre tiveram nesta área uma forte presença organizativa e de luta (SADER, 1988). A partir destes embates contra a ditadura, como pano de fundo, no plano dos saberes viabilizou-se uma prática de questionamento às concepções da saúde e à organização dos serviços que também se expressavam internacionalmente, particularmente após a realização da Conferência de Alma-Ata, no ano de 1978. Ou seja, a questão da saúde pautada pelos movimentos sociais não tinha por fim a substituição do paradigma biológico por outro qualquer. Visava a questões concretas que, pela reflexão de pesquisadores e profissionais, foram explicadas por concepções que apontaram para a necessidade de mudanças profundas na área (GALLO e NASCIMENTO, 1995).

Os movimentos de resistência democrática em torno da saúde tinham, no entanto, uma pauta bem objetiva: melhores condições de vida e acesso aos serviços de saúde, mais médicos, mais hospitais e mais recursos diagnóstico-terapêuticos (EMCS, 1978). Na 1ª. CONCLAT¹ (1981) as resoluções sobre a saúde foram: uma política nacional de saúde voltada para os interesses populares, onde seja priorizada a ampliação dos serviços públicos em todos os níveis; que sejam extintos os convênios com a medicina de grupo; que o INAMPS contrate profissionais de saúde para todas as modalidades de atendimento, para os trabalhadores previdenciários e seus dependentes; que os médicos dos convênios e do INAMPS atendam somente quatro pacientes por hora; a criação de uma rede básica e pública de assistência médica e a celebração imediata de convênios, que assegurem a existência de um sistema médico, hospitalar e odontológico público, em seus diversos níveis, que garanta a prestação desses serviços a toda a população.

¹ A 1ª. Conferência Nacional da Classe Trabalhadora, realizada em 1981, foi um marco no processo da reorganização nacional dos trabalhadores.

Com a crise econômica e da previdência, em particular, nos anos finais da ditadura militar, abrem-se conflitos no interior do governo com espaços para ações racionalizadoras que contam com a participação de setores das forças democráticas presentes no aparelho de Estado. Assim, surge o Plano do CONASP que, posteriormente, vai orientar os convênios das Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). O relevante deste processo é verificar que ele não se realiza apenas com sua lógica interna de reparos funcionais no sistema nacional de saúde. O processo é intensamente politizado. Inflado pela vitória oposicionista nas eleições de 1982, o limite racionalizador inicial das AIS e do SUDS é paulatinamente rompido em direção ao SUS. Novos sujeitos entram em cena na disputa pela condução das políticas públicas da área de saúde: movimentos de saúde, conselhos populares criados em torno das AIS e do SUDS, a municipalização que coloca, definitivamente, a saúde na agenda do poder local, envolvendo de forma crescente e participativa prefeitos, vereadores, organizações da sociedade civil, assim como secretários municipais e estaduais de saúde (RODRIGUES NETO, 1997).

A Constituinte foi marcada por essa conjuntura política muito singular. Ela registrou o transbordar do anseio democrático difusamente organizado, com a participação de amplo espectro de forças políticas progressistas, incluindo novos liberais ansiosos pela oportunidade de conquistar uma raia própria em contraposição aos totalmente vinculados ao regime ditatorial. Na Constituinte vem à tona a pesada dívida social acumulada por anos de injustiças, desigualdades e obscurantismo. Numa sociedade fragilmente organizada, setores mais estruturados e combativos puderam ampliar suas conquistas. Pelas particularidades da luta contra a ditadura, em torno de uma frente ampla democrática, o MDB congregou e expressou publicamente a maior parte dos combates e foi também crescendo seu compromisso com as teses democratizantes da saúde. Foi um momento importante na vida pública brasileira, um processo que viria fazer resplandecer a solidariedade humana expressa na marca civilizadora da “Constituição Cidadã”, conforme batizada pelo seu presidente, o deputado Ulisses Guimarães, no discurso de promulgação da nova Carta Magna (RODRIGUES NETO, 1997).

Todo esse processo produz uma nova condição para as futuras políticas de saúde e, definitivamente, converte a saúde de questão social (já assim manifesta no século XIX, com o nascente Estado republicano, que, procurando afirmar sua legitimidade, desenvolve as primeiras iniciativas públicas de combate às grandes epidemias) em direitos sociais em disputa, horizontes de um projeto contra-hegemônico (HOCHMAN, 1998).

Adota-se, neste trabalho, o entendimento de questões sociais como necessidades problematizadas, tomadas por grupos sociais que instigam providências e, assim, entram na pauta das discussões políticas. São ameaças de ruptura concitando providências. Contudo, o surgimento de uma questão a partir de necessidades problematizadas nem sempre produz respostas públicas voltadas para o seu substantivo equacionamento. O simples fato de ela ser uma questão presente numa sociedade marcada pela desigualdade, suscita diferentes formas de reação, que põem em movimento tendências divergentes em torno de sua efetiva resolução. É por isso que a política de satisfação de necessidades embutidas numa questão social constitui uma situação incontestável de conflitos de interesses. Daí a importância de considerar o direito à saúde, incluído na Constituição e nas Leis Ordinárias que regulam a questão, não como uma medida criada juridicamente e a ser desenvolvida por decreto ou por gestões meramente tecnocráticas, mas, acima de tudo, como um recurso jurídico e político conflituoso, não obstante sua configuração formal (POTYARA, 2000).

A saúde como direito social e a ação das forças sociais para sua efetiva realização, ou não, são, portanto, a marca fundamental deste novo período das políticas públicas de saúde. A saúde é questão assumida formalmente pelo conjunto da sociedade como direito de cidadania e, portanto, universal, coletivo, não contributivo e financiado pelos fundos públicos, configurando-se, assim, a nova conjuntura político-social. É em torno desta questão e da disputa pelos fundos públicos que diferentes projetos passam a se articular. A unidade democrática atingida no processo constituinte não existe mais, as forças sociais hegemônicas rapidamente se recompõem e rearticulam um projeto de inserção do Brasil e sua rápida “adaptação” aos interesses capitalistas internacionais.

A Norma Básica Operacional-NOB-01/91 marca o forte ímpeto de contra-reforma do SUS articulado pelas forças que elegeram Fernando Collor. As Normas seguintes procuram resgatar as estratégias do SUS, mas mantêm uma tendência de centralização e verticalização do sistema segundo regras cada vez mais restritivas e empacotadas, elaboradas pelo Ministério da Saúde. Operando autonomamente e muitas vezes eleitoralmente com os recursos do SUS, como se fossem de sua propriedade, o Ministério abusa de suas prerrogativas estabelecendo inúmeras medidas e mecanismos para a submissão dos Estados e municípios (BUENO e MERHY, 1997; CARVALHO, 2002).

É oportuno lembrar que o governo Fernando Henrique, durante o processo de revisão constitucional, chega a defender a proposta de emenda constitucional PEC32/95, que propunha a ruptura da questão fundamental do SUS, isto é, a saúde como direito social. Passado e abandonado este ataque direto e mais violento, as tentativas de combate ao princípio do direito universal e integral procuram arquitetar diversas justificativas para abdicação de responsabilidades, segundo a concepção de fazer o mínimo, a política dos mínimos sociais. Operam um cerco ao progresso do SUS e à sua efetiva descentralização, impondo restrições de recursos e um caráter cada vez mais convenial na sua implementação, cada vez mais centralizada pelo governo federal, absolutamente ao arrepio das definições e formulações legais (CARVALHO, 2002). Um exemplo exuberante destas concepções pode ser lido na NOAS/2001, que, discutindo a descentralização, afirma sem nenhum rodeio que são “problemas/obstáculos” deste processo “[...] *a peculiar complexidade da estrutura político-administrativa estabelecida pela Constituição Federal de 1988, em que os três níveis de governo são autônomos, sem vinculação hierárquica. Tal característica do arranjo federativo brasileiro torna bastante complexo o processo de construção de um sistema funcional de saúde*” (BRASIL, 2001a, grifo nosso).

Assim, os pólos em disputa estão concretizados, centralmente, nos embates entre prover o mínimo contra prover o básico. Essa disputa pela maior ou menor abrangência do direito à saúde desdobra-se na prática cotidiana dos serviços nas distintas propostas de como operacionalizar a universalidade e a integralidade das ações do SUS, determinando uma certa composição, sempre instável, entre ações individuais e coletivas. Isto é, reconhecer e atender adequadamente à demanda que chega aos serviços e organizar

ações coletivas de maior alcance são modalidades de serviços cuja modulação é função da natureza da disputa pelo direito à integralidade do cuidado e da capacidade da gestão da saúde em incorporar as necessidades expressas.

Compreende-se, assim, que não há futuro para o SUS sem a presença ativa dos interessados na transformação da saúde em direito social. O SUS tem, em especial, na população excluída do mercado médico-privatista os seus herdeiros, e o reconhecimento destes como sujeitos, também nos momentos de “procura espontânea”, é condição indispensável. Em cada momento e em cada local desta luta pelo direito à saúde torna-se necessária uma adequação na composição de modalidades de atendimento que enfrente, no terreno onde apareça, a tendência de limitar ao mínimo o financiamento e as ações de um sistema que, por ser solidário, universal e um direito financiado por fundos públicos, encontra-se na contramão do ideário e dos interesses da acumulação de capital.

1.2. Prover o mínimo ou prover o básico

As políticas públicas voltadas para o provimento do mínimo têm o significado de menor, de menos, identificado com patamares de satisfação de necessidades que beiram a desproteção, acompanhado por supressão ou cortes de atendimentos. Já o provimento do básico expressa algo fundamental, principal, primordial, que serve de base de sustentação indispensável ao que a ela se acrescenta. O básico requer investimentos sociais de qualidade que preparem o terreno para o surgimento de outras necessidades, que questionem os limites da própria estrutura social e das relações sociais vigentes. Mínimo e básico não são a mesma coisa; do ponto de vista prático, conceitual e político, são noções assimétricas (POTYARA, 2000).

Nesta disputa entre o mínimo e o básico, não atender ou fazer pouco caso da “demanda espontânea” são maneiras de não incorporar o modo como o coletivo construiu a relação entre o usuário e os serviços de saúde, entre um cidadão e seu acesso a determinados serviços, mesmo identificando a parcialidade deste momento (CECÍLIO, 2001).

Mínimo e básico passam a disputar a natureza da utilização dos recursos destinados à saúde. Cresce a perspectiva “campanhista” (oferta organizada?), e de forte verticalidade, e a imposição de pretensas soluções mágicas de estruturação do sistema. O grande alvo de mudanças priorizado pelo SUS, portanto, não é a questão do paradigma científico (a clínica *versus* a epidemiologia), porém algo mais simples e concreto para os excluídos. O fundamental é a elevação da saúde de questão social a qualidade de direito, é o SUS como política e não o SUS como sistema. As conquistas da saúde não podem, portanto, ser significadas como reflexo do movimento estruturado pelos saberes técnicos das universidades e de centros de estudo. Por este caminho não se compreendem de forma ampla o processo de conquista do SUS, suas posteriores dificuldades e, ao mesmo tempo, sua fragilidade intrínseca.

A história dos movimentos por mais hospitais, mais médicos e mais recursos assistenciais ratifica esta visão. Não porque qualquer luta popular seja justa, condizente com um saber elevado, mas porque é a ação possível, numa dada situação histórica; é a práxis expressa na luta contra a exclusão e por direitos sociais. Da mesma natureza, mas, infelizmente, em sentido contrário ao SUS, desenrolou-se, também, um novo posicionamento pragmático, assumido por parcela significativa do movimento sindical, inclusive a mais combativa, que premido pelas “circunstâncias” abdicou de seu papel na defesa e desenvolvimento do SUS ao incluir e privilegiar na pauta de negociação o benefício do plano privado de saúde, patrocinado pelo empregador, quando não intermediado pelo próprio sindicato da categoria (COSTA, 1994). Essa tendência se fortalece, em particular, após os primeiros percalços do SUS com a contra-reforma deflagrada no governo Collor.

Exemplificam, ainda, esta fragilidade, algumas iniciativas que, em moto-contínuo às dificuldades de implementação e financiamento do SUS, passam a defender e a praticar a abertura de uma segunda porta, privada, nos hospitais públicos, a transferência do público para a gestão privada, o retorno do código 7 como mecanismo de remuneração dos médicos, o credenciamento de consultórios médicos, as sucessivas campanhas e os programas de ações mínimas, que, inclusive, determinam a natureza do programa brasileiro de saúde da família (PSF).

1.3. O PSF e a política dos mínimos

O PSF priorizado e impingido pelo Ministério da Saúde é defendido por muitos como a nova e revolucionária forma de organizar os serviços de saúde, o novo “eixo estruturante” do sistema, como costuma ser adornado (SÃO PAULO, 2001). Assim, as Unidades de Saúde da Família não são entendidas como ampliação de acesso articulado a uma rede básica mais complexa, quando existente, mas como a substituição de serviços básicos estruturados com diferentes profissionais e tecnologias, por unidades primárias, simples, com baixa incorporação de tecnologia, possuindo na versão inicial equipe com médico generalista, enfermeiro e auxiliares. A rota de implementação do PSF, que em muitos municípios tem significado o desmonte da rede de unidades básicas mais complexas já existente, ainda que com dificuldades (dificuldades que são mascaradas e as reais soluções são ludibriadas com o discurso do Estado Gerente), não tem outra resultante histórica, no contexto brasileiro, senão a defesa dos mínimos sociais contra o compromisso das políticas públicas do provimento básico das necessidades.

Como sugere SILVA JUNIOR (1998), essa visão de unidade primária “não dá conta dos problemas apresentados por comunidades, sobretudo urbanas, em que mudanças nos padrões de morbidade também se processaram nas camadas mais desfavorecidas economicamente e produziram doentes mais graves, mortes precoces, seqüelas e incapacidades”, e conclui constatando que nessas propostas de saúde da família há uma “tensão” diante da necessidade de optar por projetos de “extensão de cobertura” ou de “racionalização” (ou contradição entre o mínimo e o básico, conforme proposto no presente trabalho). SILVA JUNIOR (1998) exemplifica esta disputa com a comparação entre o modelo cubano de médico de família, que foi criado como uma extensão da rede básica aos lugares aos quais o “policlínico” (unidade básica cubana) não conseguia estender sua atuação, a exemplo de pequenas comunidades situadas em locais de difícil acesso, constituindo, portanto, uma estratégia de extensão que mantém a unidade básica como forma imprescindível de atuação *versus* o modelo inglês, no qual o médico de família (*general practitioner*) opera a porta de entrada principal do sistema, atuando como um triador para os demais níveis de assistência, numa proposição “racionalizadora” da atenção.

Mas, no caso brasileiro, a maioria dos projetos de saúde da família, além de estabelecer que se devam substituir as unidades básicas existentes pelo “novo eixo estruturante”, pouco ou nada propõe para a incorporação do saber e da prática de outros profissionais na rede básica, tampouco em relação aos demais níveis ambulatoriais necessários, de maior complexidade. Enfatize-se que uma rede básica com maior complexidade, sobretudo multiprofissional, é uma estratégia fundamental para a garantia do acesso, da ampliação da resolubilidade, do redirecionamento do processo de trabalho e da solução do problema do desnecessário acúmulo de atendimentos, centrados apenas no profissional médico, em unidades de pronto-atendimento, de socorristas ou de internação (CAMPOS, 1992). O desenho futuro do acesso à integralidade das ações com o PSF não fica claro, o que pode forçá-lo a escorregar para um discurso evasivo e demagógico, defendendo que é melhor ter essa inovação estruturante funcionando, sob a ótica da oferta organizada (que até leva a “saúde” em casa), do que não ter nada ou serviços que na verdade não funcionam e nunca funcionaram.

Tais intenções são por demais orientadas por anseios voluntariosos que, na prática da disputa pelos fundos públicos e pela configuração da extensão do acesso aos serviços de saúde, na realidade social e política do Brasil, compõem e difundem o ideal do mínimo como o grande objetivo, moralmente justificável, das políticas da área da saúde. O mais lamentável é que, tal como no encontro do herói *Macunaíma* com a *Uiara*, descrito por Mario de Andrade (1973), este embriagado delírio com o PSF tem arrastado muitos profissionais bem intencionados para uma armadilha histórica desdenhada pela ânsia do encontro.

“Macunaíma depôs com delicadeza os legumes na praia e se chegou pra água. A lagoa estava toda coberta de ouro e prata e descobriu o rosto deixando ver que tinha no fundo. E Macunaíma enxergou lá no fundo uma cunhã lindíssima, alvinha e padeceu de mais vontade. E a cunhã lindíssima era Uiara. Vinha chegando assim como quem não quer, com muitas danças, piscava pro herói, parecia que [...] Tinha no perfil duro um narizinho tão mimoso que nem servia pra respirar. Porém ela só se mostrava de frente e festava sem virar, Macunaíma não via o buraco no cangote por onde a pérfida respirava [...]”

Mas não param aí as possibilidades elencadas para o PSF. Complementa, ainda, essa proposta, como uma de suas características principais, o prenúncio da capacidade de “superar a fragmentação dos cuidados à saúde decorrente da divisão social e da divisão técnica do trabalho em saúde” (UERJ, 1999).

A respeito dessa imensurável capacidade transformadora do PSF, é oportuno salientar uma aguda avaliação proposta por DURKHEIM (1978) como um alerta metodológico sobre a confusão, muito freqüente, entre noções elementares e realidade das coisas, quando um movimento de idéias ofusca a apreensão do real, tal como tem ocorrido com a defesa feita pelos propagandistas do PSF. Nestes processos, sugere o autor, as noções que delimitam o fato social aparentam ter tudo quanto é necessário para nos habilitar não somente a compreender o que existe, mas também a prescrever o que deve existir e os meios para executar. Como esse meio imaginário não oferece ao espírito nenhuma resistência, este se abandona a ambições ilimitadas e crê possível construir, ou melhor, reconstruir o mundo pelas suas próprias forças e segundo seus desejos.

As formas características como cada sociedade divide o trabalho em diferentes ofícios, que não separam as distintas operações implicadas na feitura de cada produto, podem ser denominadas de divisão social do trabalho. Muito contrária a esta divisão geral ou social do trabalho é a divisão do trabalho em pormenor, a divisão manufatureira do trabalho. Nesse caso as operações são separadas umas das outras e, o mais importante, são atribuídas a diferentes trabalhadores. Temos assim a criação do trabalho parcelado, isto é, o parcelamento dos processos implicados na feitura de um produto em numerosas operações executadas por diferentes trabalhadores. Assim, enquanto a divisão social do trabalho divide a sociedade entre ocupações, cada qual apropriada a certo ramo de produção, a divisão pormenorizada do trabalho destrói ocupações e torna o trabalhador inapto a acompanhar qualquer processo completo de produção. No capitalismo, a divisão social do trabalho é forçada caótica e anarquicamente pelo mercado, enquanto a divisão técnica do trabalho é imposta pelo planejamento e controle. Ao destruir o ofício como um processo sob o controle do trabalhador, as relações sociais capitalistas o reconstituem como um processo sob seu controle. Isto é, quem parcela o trabalho não é a técnica, mas as relações sociais de poder do sistema que se valem da técnica para otimizar a produtividade a partir

de uma análise do parcelamento do trabalho, de sua simplificação e da atribuição desse novo fazer decomposto a um trabalhador. Assim, o modo capitalista de produção destrói sistematicamente todas as perícias à sua volta e dá nascimento a qualificações e ocupações que correspondem às suas necessidades (BRAVERMAN, 1987).

Com base nessas considerações gerais sobre a divisão de trabalho, pergunta-se: até que ponto o médico generalista (de família) na rede básica é de fato uma alternativa à divisão técnica de trabalho? Não é ele, ao contrário do que se propõe, o parcelamento do trabalho médico, procurando simplificar e se colocar mais facilmente sob controle da gerência, substituindo três ofícios – o pediatra, o clínico geral e o gineco-obstetra? Como entender os pesados sistemas de informação que submetem as práticas no PSF, ou a grande preocupação com protocolos clínicos simplificados, nos moldes da Atenção Gerenciada, ou o redirecionamento do tempo de trabalho médico e a “ampliação” de suas funções, agora fazendo visitas regulares a seus clientes cadastrados, etc.?

CAMPOS (1997), analisando a proposição do médico de família, pontua sua mudez a respeito do trabalho médico no hospital, condição onde o parcelamento e não a simples distinção de ofícios é evidente e aberrante. Na formação médica nos hospitais universitários, em geral o ciclo de estágios hospitalares não se faz numa sequência de diferentes ofícios, como seria o caso da pediatria, da clínica geral e da gineco-obstetrícia. Hoje, nas escolas médicas, dificilmente se aprende medicina em estágios pela clínica geral, mas pela unidade de cardiologia, reumatologia, dermatologia, pneumologia, gastroenterologia, oftalmologia e tantas outras, que deixam longe a clínica como ofício de cuidar de doentes, de assistir um ser humano em seu todo. A preocupação da escola médica é que a qualificação permita ao novo “médico” ascender socialmente, nos clubes de especialistas, no *status intra corporis*, e ser mercadologicamente reconhecido, segundo os valores do sistema social. A formação, já na graduação e, posteriormente, na residência, dirige-se para um fracionamento do objeto de trabalho e a um parcelamento da ação, com a perda da totalidade do papel e função do cuidado clínico. Um cuidado clínico adequado exige ações de visita domiciliar da equipe da saúde e inclusive dos médicos em situações específicas. Mas, será que a inclusão, como função desse novo médico generalista, de visitas domiciliares rotineiras aos seus clientes cadastradas (“*agora o médico vai até a sua*

casa”), como se propõe, resultará de fato em uma ampliação do objeto da clínica ou será dirigida por uma visão de tutela comportamental dos pobres que coloniza a prática clínica com receitas tradicionais da saúde pública controlista, ou, pior, é mais uma demagogia populista e medicalizante do que realidade possível?

A educação universitária tem comprometido de forma crescente a formação dos três ofícios fundamentais para a rede básica de saúde, que se articulam a partir de ciclos de vida em programas integrais voltados para a criança, para a mulher e para o adulto. No caso da pediatria, existe uma situação interessante e esclarecedora. O nascimento desse ofício está umbilicalmente ligado à ação nos serviços sanitários. Surge como puericultura comprometida com o cuidado e com o desenvolvimento integral do ser humano na sua infância e adolescência. Essa característica inicial mantém ainda hoje, é verdade que cada vez menos, a formação de novos pediatras de maneira mais ampla com boa presença na rede básica de saúde (PUCCINI, 2002). Esta situação de resistência do ofício da pediatria na formação universitária não seria algo a ser preservado e ampliado para o caso da clínica e da ginecologia e obstetrícia, incorporando-se de modo mais decisivo estes profissionais na rede básica ao valorizar os programas integrais de cuidados ao adulto e à mulher?

Esses programas, quando substituídos pelo programa integral de saúde da família, são valorizados ou simplificados em generalidades, segundo o qual, especificidades de cada indivíduo vivendo um determinado ciclo vital são menosprezadas? A superação política e social (não foi apenas uma questão técnica) dos programas materno-infantis pela conquista do acesso negado às necessidades da mulher, com a valorização das suas especificidades, é ampliada ou retrocede para uma visão da mulher e da criança apenas como integrantes de uma “família”? Nesta ação familiar não haveria uma tendência pragmática de redução do cuidado médico, até pela sua maior amplitude, a algumas rotinas pré-programadas e simplificadas, retomando-se a equivocada visão do programa materno-infantil e do controle de algumas doenças do adulto? As prioridades epidemiológicas e sanitárias apresentam-se com um perfil homogêneo no país, viabilizando as respostas por meio de um pacote único de ações? A política é do mínimo estático ou do básico dinâmico?

Com essas questões levantadas evidencia-se que é preciso avaliar com cautela e na prática social a capacidade resolutive idealizada de certas soluções técnicas. Isso porque a resposta não advém, sobretudo, de uma auto-suficiente modulação técnica do fazer, mas das relações de poder, dos interesses de classes e grupos presentes no sistema, das relações sociais em movimento, refletindo na luta pelo direito à saúde a disputa entre o mínimo e o básico. Ou seja, não se pode discutir as razões da adoção de uma proposta e sua tendência, como o PSF nacionalmente imposto, de forma desconectada de questões que a contextualizam, tais como a restrição de recursos para a saúde; o engodo da CPMF; a verticalização programática, gerencial e financeira do sistema sob a batuta do poder federal e sua tecnocracia; o campanhismo federal que completa a verticalização com ações pirotécnicas que desarticulam o desenvolvimento dos programas integrais de saúde e a organização da rede básica; o discurso eloqüente pela promoção da saúde que oculta a insuficiência de recursos assistenciais e justifica a precariedade da organização na oferta de serviços; a reforma e a defesa da redução do Estado na geração do bem-estar; a lei de responsabilidade fiscal; o incentivo da segunda porta privada nos hospitais públicos; a parceria e o incentivo às organizações sociais contra o espaço político público; etc.

Assim, diferentes projetos para o setor saúde estão disputando o sentido e as razões de uma necessária reformulação da organização dos serviços e da clínica. Ou seja, inexoravelmente estarão em disputa concepções de sociedade.

1.4. Justificativas para um estudo

Sem desconsiderar todas as contribuições técnicas e instrumentais propiciadas pelo desenvolvimento dos novos modelos assistenciais, é preciso alinhar suas propostas segundo uma prática de saúde que também é pedagógica e que permita, de forma conjunta com a população, disputar os valores, as concepções e a direção política dos rumos da saúde. Ou seja, a compreensão da saúde-doença-assistência passa a ser delimitada com base nas relações sociais e na construção do bloco de forças políticas e sociais capaz de implementar uma ação integral cuidadora (CAMPOS, 1994).

A construção dos aliados desenvolve-se no espaço da realidade concreta e das ações reconhecidas e sentidas como contribuintes para a melhoria da qualidade de vida. Ou, como afirma MERHY (1997):

É preciso lutar por um imaginário em defesa da vida e da solidariedade, que permita instituir uma orgânica ligação entre saberes da saúde sobre o combate ao “sofrimento representado como doença” e “o controle e prevenção dos riscos e das doenças”, e um novo modo de realizar cotidianamente as práticas dos serviços, a partir de um modelo tecno-assistencial centrado no usuário.

Como se procurou sugerir, é decisiva a incorporação do cidadão num processo dialógico e político capaz de garantir as políticas públicas de saúde, a defesa do básico e propenso a rupturas com os limites impostos por uma estrutura social excludente. Assim, tal processo deve ser, também, a preocupação central no desenho mais abrangente de modelos de gestão comprometidos com as transformações almejadas e com a defesa dos princípios norteadores do SUS.

Nesse quadro é que se justifica o presente trabalho, que almeja contribuir para a consolidação do SUS, agregar novas experiências e avaliações para a superação das dificuldades e insuficiências nos avanços teóricos e práticos estabelecidos pelo processo da reforma sanitária, a partir da exploração de uma experiência localizada de implementação do SUS em um município.

Entretanto, é sempre importante não ter ilusões quanto às possibilidades de contribuir com novas questões numa área de grande produção teórica e prática e reconhecer, como dizia Fernandes Pinheiro, citado por CANDIDO (1997), que

os homens têm quase as mesmas idéias acerca dos objetos que estão ao alcance de todos, sobre que versam habitualmente os discursos e escritos, constituindo a diferença na expressão, ou estilo, que apropria as coisas mais comuns, fortifica as mais fracas e dá grandeza às mais simples. Nem se pense que haja sempre novidades para exprimir; é uma ilusão dos parvos ou ignorantes acreditarem que possuem tesouros de originalidade, e que aquilo que pensam, ou dizem, nunca foi antes pensado, ou dito por ninguém.

Assim como esta experiência local utilizada como oportunidade de reflexão, muitas outras, também, preocupadas com novas formulações e ações têm procurado contribuir com o processo de mudanças prometidas pelo SUS. Destacam-se, segundo o interesse deste trabalho, dois movimentos que se procura discutir para a formulação do presente estudo. O primeiro movimento é composto por modelos de gestão focados na busca da qualidade dos serviços, oriundos das proposições da Qualidade Total; o segundo toma a questão da humanização como centro da ação renovadora e mobilizadora da organização dos serviços. Embora não sejam excludentes, à primeira vista, as propostas decorrentes e as apostas de cada um destes movimentos partem de concepções de mundo diferentes e, sobretudo, capturam e utilizam a categoria satisfação do usuário de formas muito distintas.

Debatem-se, a seguir, algumas questões desses dois movimentos, de modo a permitir estabelecer referenciais para a presente investigação. Para tanto, considerou-se conveniente tratar, preliminarmente, de alguns aspectos do conceito *necessidades*, que alicerça muitas das diferentes visões e experiências da práxis em saúde.

2. NECESSIDADES DE SAÚDE: AS POLÍTICAS PÚBLICAS E AS NECESSIDADES RADICAIS

A compreensão e a utilização da categoria das necessidades na área da saúde pressupõem assumir a historicidade das carências humanas. O homem, este ser sócio-histórico, tem a capacidade de objetivar suas carências e poderes no processo de sociabilidade e historicidade; assim, em cada objeto concreto, condensa os processos de trabalho como processos de reprodução social (GONÇALVES, 1992). MARX (1993) enfatiza a compreensão da produção histórica das necessidades:

A primeira necessidade ela própria, uma vez satisfeita, a ação de a satisfazer, e o instrumento já adquirido para essa satisfação empurram a novas necessidades – e esta produção de novas necessidades é o primeiro fato histórico.

A espiral desse processo vai estabelecendo em cada período, em cada sociedade e em cada grupo de homens ou classes dessa sociedade, de modo sempre dinâmico, um conjunto de necessidades que se costuma denominar de necessidades “necessárias”.

As necessidades “necessárias” são, portanto, históricas. São sempre conscientes uma vez que individuais, embora sócio-historicamente produzidas e diferentes do conceito de necessidades sociais, que tenta subordinar as necessidades individuais ao interesse coletivo. As necessidades sociais são assim definidas por alguns indivíduos, que se assumem como juizes do que é ou não justo. Em nome de um presumível “interesse geral”, elas passam por cima das necessidades conscientes dos indivíduos e justificam-se, antes e depois, por seus resultados técnicos.

Esta crítica, exposta por HELLER (1978), desdobra-se em dois sentidos. O primeiro em relação à interpretação e aceitação do caráter fetichista do conceito de necessidade social na sociedade capitalista, quando um interesse, seja pessoal, seja “social”, em todo momento, permanece dentro dos limites da sociedade produtora de mercadorias. O segundo diz respeito à aceitação da interpretação que iguala “interesse geral” a “necessidade social”. Isto é, a “necessidade social” é igualada à categoria de “necessidade de toda a sociedade”. Mas, de fato, a “necessidade social” não é estruturada como totalidade, média ou tendência de desenvolvimento das necessidades individuais, nem tampouco como necessidade pessoal “socializada”, mas sim como um sistema de necessidades gerais, por cima dos indivíduos e de suas necessidades pessoais. Esta concepção, que iguala a “necessidade social” com a de toda a sociedade, resulta, na prática, em força ideológica que submete as necessidades pessoais às necessidades das elites privilegiadas e dominantes da classe trabalhadora, mascarada por uma auréola de “validade geral”. Assim, pode-se concluir que as chamadas “necessidades sociais”, coletivas, de interesse geral e providas via “oferta organizada” são verdadeiramente necessidades pessoais de homens particulares. Os portadores destas necessidades são os juizes que decidem quais são justas e quais são injustas e, desta forma, quais são as necessidades verdadeiras ou reais. Estas considerações alertam para a indispensável vigilância crítica sobre as formulações que estabelecem uma inevitabilidade de benesses com provimento de necessidades (sociais, não sentidas ou “coletivas”) a partir da oferta organizada.

Embora a divisão em dois pólos (demanda espontânea individual *versus* oferta organizada coletiva) possa ter algum sentido didático, já que identifica partes constitutivas e especializadas de intervenção, configurando o que é tomado como problema de saúde em cada um dos casos, tal separação pode introduzir limitações analíticas (MERHY et al., 1991). A base desta limitação estaria na vinculação mecânica do modelo médico-assistencial-privatista com as chamadas necessidades sentidas (demanda espontânea) e na vinculação do modelo alternativo com as necessidades não sentidas. O mais limitante é que tal diferenciação estaria ratificando uma maneira dicotômica de olhar a questão da saúde ao dar existência a dois tipos polares de necessidades, refletidas de uma maneira preconceituosa na organização dos serviços. Um dos tipos – o da demanda espontânea –, mais ligado aos interesses capitalistas, liberais e mercadológicos, e o outro – o da oferta organizada –, alternativo e representante do interesse geral. Mas será que de fato seriam estas as categorias de necessidades aplicadas aos problemas de saúde? A partir de qual referencial está se estabelecendo uma antinomia entre necessidades sentidas e não sentidas ou entre demanda espontânea e oferta organizada?

Sugere-se que a força persuasiva desta dualidade estaria na inflexibilidade de um pressuposto, segundo o qual a oferta organizada para o provimento das necessidades sociais (paradigma epidemiológico), por suas características internas e sua formulação isenta das pressões mercadológicas e dos interesses articulados em torno do modelo médico-privatista (paradigma clínico), estaria livre de ser manipulada como mercadoria, isto é, manipulada pelo valor de troca que submete valores de uso.

O equívoco deste pressuposto decorre do processo de formulação de propostas que, ao subentender o saber científico como o elemento estruturante da sociedade e da organização do setor saúde em particular, torna maldito um dos campos dos saberes da saúde e por conseguinte eleva à categoria de neutralidade outro campo de saber, que se torna o fundamento pleno da gênese organizativa e definidora de modelos “alternativos”. Mas, como propõe ANTUNES (2000), liberada pelo capital para expandir-se, mas sendo em última instância prisioneira da necessidade de subordinar-se aos imperativos do processo de criação de valores de troca, a ciência não pode converter-se em “principal força produtiva”, em ciência e tecnologia independente, pois isso é incompatível com a base

material do sistema de produção do capital. Assim, ela está impossibilitada de instaurar autonomamente uma forma de sociedade. A ausência de independência diante do ciclo reprodutivo a impede de romper essa lógica.

Para prosseguir, é importante que se esclareça, neste ponto, que com estas considerações sobre o saber e seu papel na práxis não se advoga uma concepção de conhecimento que nega a objetividade do mundo material das coisas, nem se afirma que ao homem seja impossível conhecer a realidade objetiva num processo de aproximação permanente e sempre recomeçado. Não é essa a questão que se procura elucidar na discussão, mas, ao contrário, que tanto a clínica como a epidemiologia, como saberes estruturados, dizem respeito a questões objetivas e, ao mesmo tempo, como processos de conhecimento socialmente determinados, não são elaborados de forma neutra e isolados do mundo social. Opta-se, portanto, por compreender que a validade destes saberes não pode ser resolvida de maneira exclusiva na discussão interna do compromisso, declarado ou não, destes conhecimentos com os valores de troca, mas que é preciso reconhecer em cada caso os valores de uso potenciais que realizam, questão esta que extrapola o âmbito apenas teórico. Nem mesmo o somatório dos saberes resolve esta questão, que só tem solução na práxis social como unidade entre teoria e prática, pois “toda verdade torna-se absurda quando ultrapassa seus limites”. Seria muito limitado compreender a validade do conhecimento apenas pela sua utilidade, ignorando a sua função maior de contribuir na transformação da realidade em correspondência a determinados interesses sociais. O conhecimento, que está em condições de apreender dialeticamente as “astúcias” da evolução histórica, só é válido e eficaz quando suas aquisições são outros tantos expedientes para a ação prática, cujas experiências virão, por sua vez, enriquecer o conhecimento e fornecer-lhe uma força sempre nova. O fato de a prática não poder determinar por si mesma, sem a mediação da teoria, se algo é verdadeiro ou falso não significa que ela não seja, em última instância, o critério da verdade. Assim, não é possível buscar esse critério nos procedimentos teóricos oferecidos exclusivamente pela atividade teórica. Deste papel determinante da prática – como fundamento, finalidade e critério do conhecimento verdadeiro – não se pode concluir que a teoria e a prática se identifiquem ou que a atividade teórica, como a clínica e a epidemiologia, se transformem automaticamente em prática. A prática não fala por si mesma e exige uma relação teórica com ela: a

compreensão da práxis. Assim, a teoria esclarece e guia uma práxis, ao mesmo tempo que a fundamenta e enriquece (LUKÁCS, 1967; VÁZQUEZ, 1990).

Portanto, consideram-se importantes os debates teóricos sobre a demanda espontânea e da oferta organizada na saúde, mas, na prática social, sob o modo hegemônico de produção da sociedade capitalista, um movimento “autônomo” de saberes estruturados não tem potência para reconstruir ou se afastar das práticas em saúde reificadas pelo sistema societário capitalista. Isto equivale a dizer que a polêmica – clínica *versus* epidemiologia –, ainda que guarde visões distintas da problemática da saúde, tem limitado poder transformador de questões que, fora do limite da atividade teórica, estão articuladas com a totalidade concreta da sociedade capitalista. Com estas considerações propõe-se que, para a organização de modelos tecno-institucionais, segundo os princípios do SUS, não tem e não terá centralidade a mensuração da natureza mercadológica da necessidade num dado momento e que este é um aspecto sempre em processo de submissão ao imperativo do valor de troca no metabolismo capitalista. Constata-se, assim, que as diferenças entre necessidades sentidas e não sentidas acabam sucumbindo no processo social de submissão dos produtos da saúde aos valores de troca. Exemplificando: a vacinação, que sempre foi considerada uma atividade no campo das ações assistenciais organizadas para as necessidades não sentidas, pode ser ainda hoje assim considerada? A multiplicação de clínicas privadas de vacinação comprova que não. E o médico de família, com o advento da Atenção Gerenciada? E a medicina preventiva, com a mercadoria *check-up*?

Esta dualidade expressa uma armadilha da ideologia liberal contra as políticas públicas. Estimula um desdém pelo atendimento das necessidades “sentidas”, ou seja, da demanda espontânea, propagando que isto é lutar pelas verdadeiras necessidades contrárias ao modelo médico-privatista. Mas essas verdadeiras necessidades, ao final de contas, são definidas como sobras do mercado e ilusoriamente adotadas como verdadeiras representantes das necessidades de saúde de toda a população. MERHY et al. (1991) propõem que “se abandone qualquer visão programática *a priori* das ações de saúde, pois esta tradição do planejamento normativo não dá conta da realidade e só serve para conter demanda, baratear custos e eleger prioridades de modo tecnoburocrático”.

Entende-se que a dualidade da categorização de necessidades e a desarticulação dos saberes com a práxis resultam em modelos assistenciais alternativos ao liberal-privatista que, na prática, estão enfraquecidos em seu potencial transformador. Na verdade, esta antinomia (necessidade sentida *versus* não sentida) talvez tenha maior significado e interesse para os gestores capitalistas na elaboração do *marketing* e do processo “adaptativo” dos produtos e dos serviços de saúde em mercadorias, ou para justificar a posição de juízes, assumida por alguns, que decidem o que é verdadeiro e o que não é em relação às necessidades individuais dos outros. Não há absolutamente nada de real na práxis social que ofereça *a priori* um atestado de boa conduta e de bons propósitos às necessidades sociais, não sentidas (oferta organizada), como se fossem forças contrárias às necessidades “necessárias”, sentidas (demanda espontânea), como possuidoras de uma propriedade imanente questionadora do sistema produtor de mercadorias. Ou seja, a base desta divisão é tão-somente função do grau de submissão de determinados valores de uso a valores de troca.

Os momentos desiguais e combinados do desenvolvimento capitalista articulam formas distintas de participação na acumulação, segundo as características de certos setores ou mesmo regiões. Esta característica explicaria de forma distinta esta pretensa diferença radical entre o paradigma clínico *versus* o epidemiológico, como sendo este orientado segundo princípios não enquadrados e questionadores do sistema social produtor de mercadorias. Tal como discute GRAMSCI (1987) na conhecida polêmica sobre a resolução da questão das diferenças entre o norte e o sul da Itália – a questão meridional –, sua solução não estaria numa questão de modelo técnico do capitalismo, na sua reforma, mas aparece claramente como uma questão social e política da construção de uma nova sociedade. Isto é, a heterogeneidade capitalista é compreendida como condição imanente do seu desenvolvimento, compreensão aliás muito presente na explicação crítica das fissuras do ideário desenvolvimentista cepalino (OLIVEIRA, 1981). Este singelo salto metodológico é fundamental para a orientação que se queira dar ao problema da constituição e disputa pelo direito à saúde. Pensar sua solução no âmbito de modelos assistenciais é imaginar uma autonomia das partes e uma tal potência do saber técnico que, neste particular, não existe em relação à totalidade desigual e combinada do sistema social.

Seria então produtivo medir o grau de compromisso e fazer um julgamento *a priori*, do gênero bem *versus* mal, de necessidades, por estas terem sido escolhidas pelo saber técnico, do “interesse geral”, e, assim, considerá-las livres de compromisso estrutural com o sistema capitalista, produtor de valores de troca, que submete ao seu interesse valores de uso (reais e fictícios)? Esta avaliação pode ser interessante para descrever diferenças entre modelos, compará-los, identificar partes constituintes, mas é insuficiente se quisermos pensar em explicar sua origem e existência real com o objetivo de transformá-los.

Para tanto, seria oportuno introduzir o conceito de necessidades radicais que, segundo HELLER (1978), não deixam de ser partes da constituição orgânica das necessidades “necessárias” do corpo social do capitalismo, mas sua satisfação é impossível dentro desta sociedade e, precisamente por isso, motivam a práxis que transcende a sociedade que as determina. Não são sonhos ou utopias, pois têm origem nos próprios conflitos e insuficiências da estrutura das necessidades “necessárias”. Destacam-se do conjunto destas necessidades sócio-historicamente produzidas, objetivadas, conscientes, individuais, como um subconjunto com estas mesmas características, mas que se opõem, porque opõem seus portadores ao modo de reprodução histórico da sociabilidade. Configuram, para seus portadores, a efetivação das possibilidades imanes de “enriquecimento humano” e expansão como sujeitos de forma congruente com sua gênese e diferenciação. Expressam a busca de confluência entre causalidade (objetividade das coisas e das “circunstâncias”) e teleologia (as finalidades a que aspiram os homens) e exigem a remoção dos obstáculos sócio-históricos à sua satisfação (HELLER, 1978; GONÇALVES, 1992).

Como “circunstância” não se entende o conjunto dos objetos mortos, ou meios de produção, mas a unidade de forças produtivas, estrutura social e formas de pensamento, ou seja, um complexo que contém inúmeras posições teleológicas com uma resultante objetiva em forma de causa (HELLER, 2000). Ou seja, não é na dimensão interna do trabalho morto, das tecnologias e sua causalidade implícita que uma necessidade se torna ou não radical, no sentido proposto. Para tal confluência, exige-se a expressão dos sujeitos coletivos, de suas finalidades postas como ameaças de ruptura com a ordem das coisas e como constituição do bloco de forças capaz de impor tais mudanças.

Pode-se dizer, a partir dessa discussão, que novos modelos assistenciais alicerçados na substituição do paradigma clínico pelo epidemiológico (em fórmulas preventivistas e epidemiologicamente centradas) carecem de uma vivência prática para uma apreciação mais criteriosa dos valores de uso de cada modalidade de atenção para o desenvolvimento de um novo modelo tecno-institucional radical e centrado no cidadão, segundo os princípios do SUS.

CAMPOS (1997), discutindo a reversão do paradigma clínico para o epidemiológico, avalia que: "Infelizmente, muitos, a partir destes referenciais, passaram a repudiar a clínica em sua essência, propondo sua substituição por inúmeros programas inspirados na Saúde Pública e na Epidemiologia [...] Não há como atender e, ao mesmo tempo, transformar a demanda ávida por ações médicas que deságua em prontos-socorros, sem a contribuição da própria clínica reformulada e competente para estabelecer novas relações com a clientela". Ou seja, mesmo que os saberes e as práticas hegemônicas na saúde estejam marcados pelo modelo liberal-privatista, pelas necessidades "necessárias", não obstante é forçoso reconhecer que guardam valores de uso. Preocupar-se com esta questão não é, absolutamente, menosprezar os limites de uma clínica com seu objeto de trabalho reduzido e todas as implicações decorrentes, mas identificar até que ponto o modelo liberal-privatista não estaria se apropriando e valorizando determinadas características da clínica, muitas vezes até degradando-a em prol da intensificação do processo de acumulação, sem contudo isto significar que uma seja o reflexo da outra, ou que a clínica, a atenção individual, expressa na demanda espontânea, não tenha valores de uso que também precisam ser reconhecidos e o seu provimento radicalizado (CAMPOS, 1996).

Assim, o que importa considerar sobre o provimento de determinada e específica necessidade não é julgar seu grau de compromisso e submissão de valores de uso pelos valores de troca (o que aliás é óbvio); o que está em jogo é seu potencial e compromisso radical com a defesa da vida, com o enriquecimento humano capaz de colocar socialmente em questão as amarras culturais, sociais, políticas e econômicas que travam a conquista de novos padrões universais, igualitários e solidários de qualidade de vida (Heller, 1978).

No ato de reconhecer e valorizar as necessidades radicais está a fundamental diferença entre o mínimo e o básico, momento no qual se constituem as alianças sociais na defesa ou redução do alcance das políticas públicas. As necessidades radicais não são nem mais nem menos verdadeiras ou reais do que as necessidades “necessárias”, mas encarnam o questionamento aos limites de progresso imposto pelo conjunto das relações sociais numa dada formação social, econômica e política. Esta potencialidade de ruptura e de geração de forças sociais pela mudança estabelece sua vinculação prática com um processo político radical e de ampla participação pela transformação da ordem vigente.

3. QUALIDADE DOS SERVIÇOS E SATISFAÇÃO DOS CONSUMIDORES

Muitas podem ser as compreensões ou definições de qualidade. VUORI (1991) avalia que a noção de qualidade varia com o interesse dos diferentes grupos sociais, que podem ter pontos de vista diferentes sobre o que constitui qualidade. Para Donabedian, a conceituação de qualidade coloca-se como construção de um modelo normativo para avaliar os serviços de saúde, capaz de monitorar e induzir um balanço cada vez mais favorável entre os benefícios propiciados e os seus riscos. Assim, para esse autor, a qualidade da atenção à saúde se define como um arranjo ideal de um vasto conjunto de elementos presentes na estrutura, no processo e no resultado (OLIVEIRA, 1991).

Qualidade é uma aspiração permanente de toda empresa privada ou organização do setor público, bem como do consumidor de determinado produto ou serviço. Sempre foi um objetivo a ser alcançado que na realidade cotidiana do fazer era modulado pelas possibilidades da ação prática, dos estilos gerenciais e dos interesses de um determinado corpo proprietário ou dirigente. Entretanto, a partir das formulações da teoria da Gestão pela Qualidade Total, a qualidade, em si, vem se afirmando como um conceito paradigmático para a formulação de modelos gerenciais, desenvolvidos como resposta a certas dificuldades das empresas privadas e que, também, são muitas vezes transpostos de forma acrítica para o setor público. Assim, a idéia geral de qualidade como qualificação do fazer vai ganhando outro sentido mais preciso e articulado com o sistema social produtor de mercadorias. A qualificação como uma aspiração geral e com diferentes significados, conforme a posição social do seu proponente no processo produtivo, perde este caráter

geral e aberto no movimento pela qualidade, gestão pela qualidade ou “qualidade total”. Este movimento fixa um claro compromisso intrínseco de uma metodologia operativa com o sistema produtor de mercadorias em razão das chamadas necessidades “necessárias”.

Neste movimento “renovador”, os conceitos de qualidade e de satisfação do consumidor parecem ganhar autonomia e potencialidade determinística sobre o fazer. É como se tudo que se pensava ter feito bem, em correspondência a determinadas necessidades, fosse uma ilusão, um turvamento das ações pela presença de outros interesses na organização (particularmente dos trabalhadores), que impregnavam negativamente os produtos ou os serviços prestados. Não se tinha o êxito almejado na satisfação das necessidades porque não se concentrava e motivava em fazer com qualidade, não se trabalhava adequadamente. Como afirma LUKÁCS (1974):

Em face da racionalização do processo de trabalho, em face das leis parciais abstratas e do cálculo das operações de que se compõe o processo, as propriedades e particularidades propriamente humanas do trabalhador aparecem cada vez mais como simples fonte de erro.

Isto é, o movimento da qualidade procura introduzir uma aparente substituição da problemática característica do trabalho, seus resultados e contradições com o capital, pela busca de um novo saber fazer, o que remete à discussão da questão do trabalho na sociedade capitalista.

3.1. Condicionantes das teorias da Gestão pela Qualidade

Segundo BRAVERMAN (1987), para o trabalhador, o conceito de qualificação está ligado tradicionalmente ao domínio do ofício – isto é, a combinação de conhecimento de materiais e processos com as habilidades exigidas para o desempenho de determinado ramo da produção. O parcelamento das funções e a reconstrução do processo de produção sob o capitalismo destruíram o conceito tradicional de qualificação e inauguraram um modo para o domínio do processo de trabalho pela gerência, fechando as portas de acesso à população trabalhadora. O que se deixa aos trabalhadores é um conceito reinterpretado e dolorosamente inadequado de qualificação: uma habilidade específica, uma operação

limitada e repetitiva, “a velocidade como qualificação”. A perfeita expressão do conceito de qualificação na sociedade capitalista é o que se encontra nos lemas estereis e rudes dos primeiros tayloristas, que descobriram a grande verdade do capitalismo segundo a qual o trabalhador deve tornar-se um instrumento de trabalho nas mãos do capitalista, mas que não haviam apreendido ainda a sabedoria de adornar, obscurecer e confundir esta necessidade do modo como fazem a gerência e a sociologia modernas. A “gerência científica” parte não do ponto de vista humano, mas do ponto de vista do capitalista, do ponto de vista da gerência de uma força de trabalho crescentemente refratária no quadro de relações sociais antagônicas. Não é a melhor maneira de trabalhar “em geral” o que Taylor buscava, mas uma resposta ao problema específico de como controlar melhor o trabalho alienado – isto é, a força de trabalho comprada e vendida. Interessava-se pelo controle do trabalho em qualquer nível de tecnologia. Assim, tanto a fim de assegurar o controle pela gerência como de baratear o trabalhador, concepção e execução devem tornar-se esferas separadas do trabalho.

Para o marxismo, a distinção entre duas formas de trabalho é considerada um aspecto essencial da economia capitalista. GOLDMANN (1991) apresenta uma síntese esquemática a este respeito:

Quando os bens se tornam mercadorias, eles se desdobram bruscamente e apresentam dois atributos diferentes, aparentemente independentes um do outro: um valor de uso, que interessa apenas ao último consumidor quando a mercadoria deixa o mercado, e um valor de troca, qualitativamente idêntico em todas as mercadorias e diferente apenas por sua quantidade [...] Do mesmo modo, o trabalho necessário à sua produção se divide então em dois elementos diferentes, sendo que a um poderíamos chamar de trabalho concreto (enquanto trabalho que cria valores de uso) e ao outro de trabalho abstrato (força muscular, energia despendida, etc.), qualitativamente idêntico em todos os trabalhadores produtivos, diferindo pela quantidade e criando os valores de troca.

Ou seja, para converter a reprodução do capital em propósito da humanidade era preciso separar o valor de uso do valor de troca, subordinando o primeiro ao segundo. O capital operou, portanto, o aprofundamento da separação entre a produção voltada genuinamente para o atendimento das necessidades humanas e as necessidades de auto-reprodução de si próprio (ANTUNES, 2000).

O sistema social assim desenvolvido tem intensificado o fenômeno do fetichismo, processo pelo qual a mercadoria, ser inanimado, é considerada algo vivo, o que faz com que os valores de troca se tornem superiores aos valores de uso e determinem as relações entre os homens, e não vice-versa. Com isso a mercadoria assume formas abstratas que, em vez de serem intermediárias entre indivíduos, convertem-se em realidades soberanas (ARANHA e MARTINS, 2000). Discutindo aspectos do trabalho humano reificado, MARX (1974) afirma que o trabalho abstrato aparece quando valores de uso se relacionam com outros valores de uso como um valor de troca; assim, o trabalho que põe valor de troca apresenta-se como uma relação social entre coisas e não entre pessoas, pois está encoberto por coisas, mas ele é uma relação entre pessoas.

ANTUNES (2000), citando Mészáros, enfatiza que valor de uso (o qual corresponde diretamente à necessidade) e valor de troca não são coisas separadas, mas um modo que subordina radicalmente o primeiro ao último. Afirma, ainda, que esse conflito, que se acentuou no capitalismo contemporâneo, deu origem a uma das tendências mais importantes do modo de produção capitalista, denominada *taxa de utilização decrescente do valor de uso das coisas*. A redução do valor de uso das mercadorias tem agilizado o seu ciclo reprodutivo e a realização do seu valor de troca, desconsiderando-se cada vez mais o valor de uso como imperativo para a troca. Na área de saúde, muitos medicamentos, que por cima do seu valor de uso agregam uma enorme quantidade de trabalho sem função útil significativa, a não ser maximizar o valor de troca, são um exemplo emblemático desta situação.

O modo de produção fundamentado na realização de valores de troca das mercadorias converte-se em inimigo da durabilidade dos produtos, subvertendo deliberadamente suas qualidades. A “qualidade total”, por isso, não pode se contrapor à lógica de utilização decrescente do valor de uso das mercadorias. Converte-se na expressão involucral, aparente e supérflua de um mecanismo produtivo que tem nessa lógica um de seus pilares, uma condição para a reprodução ampliada do capital e seus imperativos expansionistas (ANTUNES, 2000).

Isto talvez explique o achado de AKERMAN (1996) quando afirma, a respeito do movimento gerencial pela qualidade: “Qualidade hoje é uma exigência e uma imposição de fora para dentro de quem paga pelos serviços para quem os produz”. Mas será mesmo que a exigência de qualidade é essencialmente um movimento de tomada de consciência? Qual consciência e do quê? Será que o movimento da qualidade não teria motivações fundamentais nos impasses do próprio sistema produtor de mercadorias que aprofunda a alienação dos trabalhadores, ao mesmo tempo em que se necessita ampliar o seu “envolvimento”?

Segundo ANTUNES (2000), de fato, há uma crise do taylorismo/fordismo¹ que é expressão fenomênica de um quadro crítico mais complexo. Ela exprime, em seu significado mais profundo, uma crise estrutural do capital, onde se destaca a tendência decrescente da taxa de lucro e o acirramento dos conflitos sociais. Essa crise estrutural fez com que, entre tantas outras conseqüências, fosse implementado um amplo processo de reestruturação do capital, com vistas a reorganizar o ciclo reprodutivo, preservando seus fundamentos essenciais com uma mutação no interior do padrão de acumulação e não no modo de produção. Assim, o capital procura repor seu projeto de dominação da sociedade, abalado pela confrontação com o trabalho.

A necessidade de ajustar o trabalhador ao trabalho em sua forma capitalista, de superar a resistência natural intensificada pela tecnologia não termina com a teoria administrativa da “organização científica do trabalho”, mas se torna um aspecto permanente da sociedade capitalista. Em conseqüência, surgiram e surgem muitas tentativas para aperfeiçoar os métodos de seleção, adestramento e motivação dos trabalhadores. O aspecto característico dessas novas escolas da teoria administrativa é o interesse pelas condições

¹ Segundo PIRES (1998), o fordismo designa uma forma de produzir semi-automatizada, em que o trabalho humano é extremamente fragmentado e simplificado e o ritmo é totalmente definido pelas máquinas. O homem é subordinado à máquina. É o método da produção em massa, de produtos padronizados, com economia de força de trabalho. Designa, também, um complexo de relações sociais que, da fábrica e com ela, estabelece as condições para o surgimento de um modo de organização da sociedade americana, que se constitui num padrão de desenvolvimento hegemônico, que ganha o mundo e é responsável pelo intenso dinamismo da economia capitalista, no pós-Segunda Guerra.

sob as quais o trabalhador pode ser mais bem induzido a cooperar no esquema de trabalho organizado. O problema em foco é como a gerência lida com a insatisfação, expressa nas elevadas taxas de abandono de emprego, absenteísmo, relutância ao ritmo de trabalho imposto, indiferença, negligência, restrições à produção e hostilidade ostensiva à administração. O problema não é o da degradação de homens e mulheres, mas as dificuldades ocasionadas pelas reações, conscientes e inconscientes, àquela degradação. Amargamente, reclama-se das características de uma população trabalhadora que os próprios “gerentes científicos” modelaram para ajustar-se aos seus fins, mas não encontraram, e incessantemente procuram um jeito de produzir trabalhadores que sejam ao mesmo tempo degradados em seu lugar no processo de trabalho e também conscienciosos e orgulhosos de seu trabalho. A qualificação e a competência exigidas pelo capital muitas vezes objetivam de fato a confiabilidade que as empresas pretendem obter dos trabalhadores, que devem entregar sua subjetividade à disposição do capital (BRAVERMAN, 1987; ANTUNES, 2000).

Sob esta situação estrutural do trabalho e do valor, novos métodos administrativos e nova maquinaria são incorporados, sempre dentro de um empenho para dissolver o processo de trabalho, transferindo sua direção para a gerência. Na primeira forma da divisão do trabalho, o capitalista desmonta o ofício e o restitui aos trabalhadores de forma parcelada, de modo que o processo como um todo já não seja da competência de um só trabalhador individual. A síntese do parcelamento e da automação é a transferência de um saber de ofício do trabalhador para a gerência, para o sistema de controle da produção. Assim, o taylorismo tem na cronometragem e no estudo do movimento, apenas, acessórios do seu sistema, pois seu esforço essencial é para destituir os trabalhadores do conhecimento do ofício, do controle autônomo e impor um processo de trabalho em que não importa a finalidade para quem o executa, pois o novo posto no processo de trabalho é definido para ser uma repetição mecânica, na qual a função do trabalhador é semelhante à de parafusos e alavancas (BRAVERMAN, 1987).

Mas será que, nas atuais condições de reprodução do capital, as técnicas de gestão então utilizadas são suficientes para operar este crescente processo de submissão do trabalho concreto ao abstrato e de controle do trabalhador?

MARX (1974) assim resume as características do trabalho produtor de mercadorias:

De um lado, todo trabalho é um dispêndio de força de trabalho humano igual, no sentido fisiológico (cérebro, músculos, nervos, etc.), e é nessa qualidade, de trabalho humano igual, ou abstrato, que ele constitui o valor das mercadorias. Por outro lado, todo trabalho é um dispêndio de força de trabalho humano de uma determinada forma e com um objetivo definido, e é nessa qualidade de trabalho concreto útil que produz valores de uso.

A ênfase absoluta no trabalho abstrato, condição de realização do trabalho na qual as técnicas tayloristas e fordistas justificavam-se com a capacidade de otimização do desempenho produtivo, praticando a expropriação do ofício para o controle da gerência, a cronometragem de quantidades de trabalho e a rotinização extrema do fazer, vem mudando de figura nas empresas capitalistas de ponta. Na atual fase de ampliação da integração da ciência e de reestruturação do processo produtivo, as técnicas de controle então utilizadas dão mostras de insuficiência como padrão de dominação. Ou seja, o capital necessita, de forma permanente, significar o trabalho abstrato como trabalho concreto para fazer funcionar seu metabolismo, difundindo permanentemente essa dimensão ideológica. Trabalho concreto e trabalho abstrato não são atividades diferentes, mas a mesma atividade considerada em seus diferentes aspectos, uma condição da realidade do sistema produtor de mercadorias, de valores de troca. O trabalho abstrato necessita assimilar, para sua realização, o trabalho concreto como processo de sua significação social, para dotar de sentido o trabalho vivo, mas, por força de sua condição de trabalho alienado, realizado como função de valores de troca, vive-se uma contradição insuperável. O trabalho abstrato precisa travestir-se de trabalho concreto. Por outro lado, os aspectos da socialização crescente do trabalho e sua integração na autoconstrução do homem, como ser social (o brotar permanente de necessidades radicais), contrapõem-se à lógica de apropriação da força de trabalho no sistema capitalista, que por sua vez amplia e intensifica a alienação do trabalho. A alienação é a luta do capital pelo poder, a luta do capital para subordinar o trabalho, é a luta do capital para existir. Esta contradição essencial da realidade força o sistema na busca incessante de saídas, tais como a atualização de teorias e modelos gerenciais que, reificando o homem, mascaram essa realidade, permitindo que a

subjetividade humana possa ser amplamente expropriada (MARX, 1974; BOTTOMORE, 1988; ANTUNES, 2000).

Uma observação de SCHRAIBER e NEMES (1996) reflete uma apreciação fenomenológica do acirramento dessa contradição:

Vale observar, ainda, que por paradoxal que possa parecer, no entanto, é no extremo da incorporação tecnológica que o processo da alienação muda de características, situação do trabalho em que a complexidade científica presente na tecnologia tornará a habilidade na esfera tecnológica do trabalho um domínio devolvido ao agente: resgate de autonomies e reinserções de sujeitos.

Entretanto, a tecnologia não ocupa um lugar de primazia na alienação do homem, fator que o transforma em igual à máquina, que o transforma numa coisa e o reifica. No sistema capitalista, a mecanização e a robotização são instrumentos/aparelhos de um sistema produtor de mercadorias, de valores de troca, são formas de objetivação do trabalho humano inseridas numa totalidade social que tem como pressuposto fundamental a alienação do homem da sua obra e de si mesmo. Pressuposto que exprime como o capital emprega o trabalho e o que ele faz da humanidade, deslocando o trabalho como o elemento subjetivo do processo de trabalho e sua transformação num objeto (BRAVERMAN, 1987).

Após descrever e analisar uma variedade de inovações tecnológicas e de automação do trabalho, Braverman (1987) conclui que o aspecto unificador é o mesmo: a eliminação progressiva das funções de controle pelo trabalhador, tanto quanto possível, e a transferência desse controle para um dispositivo que é controlado pela gerência externa ao processo imediato. “Não é a força produtiva da maquinaria que enfraquece a espécie humana, mas a maneira pela qual ela é empregada nas relações sociais capitalistas [...] É, sem dúvida, este ‘senhor’, por trás da máquina, que domina, drena a força de trabalho viva.” Mas, enfatiza o autor, tornou-se elegante atribuir à maquinaria os poderes sobre a humanidade que surgem de fato das relações sociais. A sociedade, segundo este modo de ver, nada mais é que uma extrapolação de ciência e tecnologia, e a própria máquina que era a inimiga é, agora, a nova amiga que irá libertar o homem do trabalho alienado, parcelado repetitivo e sem finalidade. Esta é a coisificação de uma relação social, um fetichismo, no sentido que Marx dá ao termo.

Assim, complexidade científica e tecnológica pode até potencializar, pela sua maior exigência de trabalho coletivo, mas não produz, de forma automática, uma superação do trabalho alienado, pois não tem uma capacidade determinística sobre a totalidade concreta. Pensar assim seria imaginar que o conhecimento passou a ser a força principal do processo produtivo, ou que a mecânica do processo de trabalho, independentemente do sistema de conexões sociais em que ocorra, tem capacidade autônoma para significar a finalidade do trabalho.

Podemos então sugerir, como primeira aproximação ao tema da qualidade e dos modelos gerenciais pela qualidade, que, a depender da visão sob a qual são analisados, pode-se vinculá-los a uma busca fenomenológica de uma possível resposta ética ao consumidor, num plano mercadológico; ou com a definição de normas de um padrão-ouro no uso da técnica; ou, ainda, pelo prisma de uma visão contra-hegemônica, buscar os significados destes temas na relação com a totalidade concreta, revelando seus interesses mais profundos, inseridos nos próprios impasses da produção e reprodução da sociedade e identificando potencialidades de rupturas.

Reafirma-se, portanto, a importância do debate sobre as finalidades do trabalho numa dada organização social, da alienação do trabalhador e de modelos gerenciais contra-hegemônicos que, democraticamente, possam dar a sua contribuição para abrir um questionamento político, econômico e social capaz de resgatar os sujeitos.

3.2. Sociedade do conhecimento e a Gestão pela Qualidade

Uma das justificativas para a adoção deste novo modelo gerencial, no interior do pensamento funcional da gestão capitalista, está fundamentada no fato de a sociedade atual ter atingido uma realidade radicalmente nova, com o advento do papel desempenhado pelo conhecimento no processo produtivo. Trata-se, segundo estas visões, da sociedade pós-capitalista – a sociedade do conhecimento. Nesta nova sociedade, o capital e o trabalho perdem a proeminência como fatores produtivos, e o conhecimento, a ciência e a tecnologia passam a ser os elementos produtivos fundamentais. Disso se conclui que a nova

organização produtiva, mais do que controlar, tem que ser muito dinâmica, com um gerenciamento voltado para a mudança, capaz de incorporar de forma ativa novos conhecimentos e, portanto, também de estabelecer novas formas de gerência dos trabalhadores (DRUCKER, 1999; ANTUNES, 2000).

A visão da sociedade do conhecimento enfatiza que o trabalho moderno, como consequência da revolução científico-tecnológica e da “automação”, exige níveis cada vez mais elevados de instrução, adestramento, emprego maior da inteligência e do esforço mental em geral. Mas, segundo BRAVERMAN (1987), os defensores dessas idéias foram de tal modo levados por sua definição que lhes passou despercebido, por exemplo, que as ocupações de engenheiro, por um lado, e de porteiro-zelador, de outro, seguiram curvas semelhantes de crescimento desde o início do século. Ambas alinham-se entre as maiores ocupações nos Estados Unidos. E o autor questiona: por que uma deve ser considerada “nova classe trabalhadora” e a outra não? Ao mesmo tempo, uma crescente insatisfação com as condições do trabalho industrial e de escritório parece contradizer essa visão. O trabalho tornou-se cada vez mais subdividido em operações mínimas, incapazes de suscitar o interesse ou empenhar as capacidades de pessoas que possuam níveis normais de instrução. Essas operações mínimas exigem cada vez menos instrução e adestramento, e a moderna tendência do trabalho, por sua dispensa de “cérebro” e pela “burocratização”, está “alienando” setores cada vez mais amplos da população trabalhadora. Nesse contexto, novas levas de trabalhadores são trazidas a funções que já foram degradadas em comparação com os ofícios de antes, e abrem-se, também, oportunidades para a elevação de alguns trabalhadores aos setores de planejamento, projeto ou chefias. Desse modo, tendências a curto prazo simplesmente mascaram a tendência secular no sentido do rebaixamento de toda a classe trabalhadora a níveis inferiores de especialidade e funções, ao abrir caminho para o avanço de alguns trabalhadores na indústria em rápida expansão, juntamente com exigências cada vez menores de capacitação dos candidatos, onde grandes massas de trabalhadores são admitidas ao trabalho (quando o são) nos processos industriais e escritoriais. À medida que isto continua por várias gerações, os próprios padrões pelos quais a tendência é julgada tornam-se imperceptivelmente alterados, e o significado de “qualificação” degrada-se.

Conforme alerta ANTUNES (2000), essas tendências da maior especialização e qualificação do trabalho, presentes nos núcleos de ponta do processo produtivo, não podem, sob o risco de uma generalização abstrata, ser tomadas como expressando a totalidade do processo produtivo, onde a precarização e a desqualificação do trabalho são freqüentes e estão em franca expansão, quando se toma a totalidade do processo produtivo em escala mundial. Mas, também, desconsiderá-las como novas formas de trabalho imaterial pode ser tão equivocado quanto generalizá-las.

Um exemplo freqüentemente mencionado para reafirmar a necessidade de novos modos de gerir as empresas seria o fracasso relativo do fordismo quando comparado com as técnicas de gestão japonesas. O esgotamento do fordismo, entretanto, não se situa na pretensa superação do conflito capital-trabalho (propiciada pela nova sociedade do conhecimento), mas na sua dificuldade de expropriação do saber fazer intelectual do trabalho, da dimensão cognitiva presente no trabalho vivo em razão da crise estrutural do sistema que têm como um de seus componentes a intensificação dos conflitos e das conquistas sociais. O fordismo mostrava-se exaurido por apresentar esta incapacidade, e o chamado toyotismo, que marcou o sucesso japonês, toma como base, na busca de novo modelo de gerência, uma crescente interação entre trabalho e ciência, entre avanço tecnológico e “envolvimento” adequado da força de trabalho, ao que as proposições da qualidade total, gestão pela qualidade e outras assemelhadas procuram, também, responder. Assim, conforma-se algo relativamente distinto do padrão taylorista/fordista recorrendo à desconcentração produtiva, às empresas terceirizadas, a novas técnicas de gestão da força de trabalho, do trabalho em “células de produção”, dos times de trabalho, dos grupos “semi-autônomos”, do discurso do “envolvimento participativo” dos trabalhadores, combinado com uma estrutura horizontalizada e integrada (ANTUNES, 2000).

Considerando essa visão da sociedade pós-capitalista, mesmo nas suas assertivas internas, fica evidente um paradoxo, pois, ao mesmo tempo em que seus defensores advogam que o trabalho perdeu o *status* de força produtiva fundamental, adotam, como centro das preocupações estratégicas, a ampliação do “envolvimento” dos funcionários no “esforço empresarial”. Como propõe JUNQUEIRA (1998): “Hoje, a visão desses recursos na organização impõe que eles sejam considerados como atores do

processo, como sujeitos da relação e não apenas como objeto, como mero insumo da produção”. Ou, nas palavras de DRUCKER (1999): “Como a organização moderna é uma organização de especialistas do conhecimento, ela precisa ser uma organização de iguais, de ‘colegas’ de ‘associados’ [...] a organização moderna não pode ser de ‘chefes’ e ‘subordinados’; ela precisa ser organizada como uma equipe de associados”. Mas, precavendo-se, talvez, de alguma reação conservadora (como experimentado consultor), o autor foi rápido em acrescentar e esclarecer: “Mas é preciso haver pessoas que tomem decisões, ou nada será feito. É preciso haver pessoas que respondam pela missão da organização, pelo seu espírito, seu desempenho, seus resultados. É preciso haver um condutor que controle a partitura”.

Mesmo reconhecendo a grande importância assumida pela ciência no mundo contemporâneo, ANTUNES (2000) defende que o conhecimento social gerado pelo progresso científico tem seu objetivo restringido pela lógica da reprodução do capital. Enfatiza que isto não quer dizer que a teoria do valor-trabalho não reconhece o papel crescente da ciência, mas que a ciência encontra-se tolhida em seu desenvolvimento pela base material das relações entre capital e trabalho, a qual não pode superar. E é por essa restrição estrutural que a ciência não pode se converter na principal força produtiva. Prisoneiras dessa base material, profundamente vinculadas aos condicionantes sociais do sistema, a ciência e a tecnologia não têm lógica autônoma nem um curso independente, mas têm vínculos sólidos com o movimento reprodutivo do capital.

As questões das relações entre tecnologia e relações sociais são antigas polêmicas. LUKÁCS (1989) critica a visão que atribui à tecnologia uma posição muito determinante, quando, por exemplo, se afirma que, “se muda a técnica, a divisão de trabalho na sociedade também muda” ou que, “em última instância”, a sociedade depende do desenvolvimento da técnica, que é considerada “determinante básica” das “forças produtivas” da sociedade. Esta identificação, continua o autor, que tenta deduzir que o desenvolvimento da sociedade depende da técnica, resulta num exemplo de “naturalismo”, que explica a mudança social por um princípio fixo. Assim, quando a técnica não é concebida apenas como um momento do sistema de produção existente e o seu desenvolvimento não é explicado pelo desenvolvimento das relações sociais entre os

homens no processo de produção (e, portanto, de distribuição e consumo, etc.), acaba convertendo-se em um princípio transcendente, que se opõe ao homem, como “natureza”, clima, ambiente, matérias-primas, etc. Ninguém duvida que o desenvolvimento da técnica, determinado pelo desenvolvimento das forças produtivas, influa, por sua vez, retroativamente nas forças produtivas, mas é incorreto separar a técnica das demais formas ideológicas e postular sua auto-suficiência a respeito da estrutura econômica da sociedade. No caso, por exemplo, da dissolução da economia natural e sua transição, é a divisão capitalista do trabalho e suas relações de poder que produzem as premissas sociais dessa mudança qualitativa. A técnica é a consumação do capitalismo moderno, não sua causa inicial. Somente apareceu depois do estabelecimento de seus pré-requisitos sociais. Não é preciso dizer que o desenvolvimento técnico acelerou-se extraordinariamente em virtude disso. Mas esta interação recíproca de modo algum supera a real primazia histórica e metodológica da economia em relação à técnica.

GRAMSCI (1989), criticando essa tendência ao determinismo tecnológico, afirma que a redução da filosofia da práxis a uma sociologia representou a cristalização da tendência vulgar já criticada por Engels que consistia em reduzir uma concepção de mundo a um formulário mecânico, que dá a impressão de colocar toda a história no bolso do colete. BRAVERMAN (1987), também enfatiza que “Não há um determinismo simples e unilateral que resulte em um modo específico de produção que emerge automaticamente de uma tecnologia específica [...] Na história é possível identificar de forma clara sociedades que exibem diversidade nas formas de relações sociais coexistindo com base em tecnologia igual em substância”.

A proposição apologetica de que as diferenças de classe foram eliminadas nas sociedades capitalistas mais avançadas é uma confusão da teoria dos fatores econômicos com a da estrutura econômica. Em lugar da fundamental dicotomia de classes – explorados e exploradores –, propõe-se uma autônoma e, portanto, abstrata escala de possuidores e não possuidores, de ricos e pobres; ou seja, o conceito de economia, nesta concepção, reduz-se à velha “teoria dos fatores”, e a economia é concebida como riqueza, poder do dinheiro ou força da posse (KOSIK, 1995).

3.3. Gestão pela Qualidade e padrão de dominação

Para adotar uma referência nesta discussão da superação ou não das contradições capitalistas determinadas pelo fator conhecimento e sua independência diante da totalidade concreta, nos moldes da teoria dos fatores econômicos, apresentam-se, a seguir, algumas idéias de KOSIK (1995), pelo seu valor metodológico sobre o significado atribuído à totalidade concreta: o conceito de totalidade não se reduz a duas banalidades costumeiras das regras metodológicas (que tudo está em conexão com tudo e que o todo é mais que as partes), mas sobretudo na resposta a uma pergunta: o que é a realidade? Assim, a pergunta sobre como se pode explicar a realidade (o uso metodológico do conceito de totalidade) é sempre precedida da pergunta mais fundamental: o que é a realidade? É nesta pergunta que está a potência do conceito, pois existe uma grande diferença entre considerar a realidade uma totalidade concreta, isto é, um todo estruturado em curso de desenvolvimento e de autocriação, ou acreditar que o conhecimento humano possa atingir a “totalidade” dos aspectos e dos fatos. No segundo caso, a realidade é entendida como o conjunto de todos os fatos. Como o conhecimento humano não pode jamais, por princípio, abranger todos os fatos, a tese da totalidade é considerada uma mística. Acumular todos os fatos não significa conhecer a realidade; e todos os fatos (reunidos em seu conjunto) não constituem ainda a totalidade, visto que a tal agrupamento ainda falta o fundamental: a totalidade e a *concreticidade*. Sem a compreensão de que a realidade é totalidade concreta – que se transforma em estrutura significativa para cada fato ou conjunto de fatos –, o conhecimento da realidade concreta não passa de mística, ou coisa incognoscível em si. A destruição da pseudoconcreticidade – que o pensamento dialético tem de efetuar – não nega a existência ou a objetividade dos fenômenos mas destrói a sua pretensa independência, demonstrando o seu caráter mediato e apresentando, contra a sua pretensa independência, prova do seu caráter derivado. É necessária, portanto, a articulação dos fenômenos com uma totalidade, para discuti-los a partir de suas mútuas determinações. A pseudoconcreticidade é justamente a existência autônoma dos produtos do homem e a redução do homem ao nível da práxis utilitária. A práxis do homem não é a atividade prática contraposta à teoria; é determinação da existência humana como elaboração da realidade. A realidade social não é considerada totalidade concreta se o homem, no âmbito

da totalidade, é considerado apenas objeto, e se na práxis histórico-objetiva da humanidade não se reconhece a importância primordial do homem como sujeito.

Em todo desenrolar da Teoria Geral da Administração (TGA), a contradição essencial entre capital e trabalho fica oculta, mesmo quando questões políticas, como o conflito e o poder, são discutidas (CECÍLIO, 1994). Esta condição não é, portanto, exclusividade deste movimento pela qualidade. A ocultação da realidade concreta, mantida nas sucessivas atualizações da TGA, é elemento indissociável de suas proposições, e esta nova teoria gerencial não foge à regra. Discutindo determinados tipos de produção científica, LUKÁCS (1974) propõe que

a ciência que reconhece, como fundamento do valor científico, o modo como os fatos são imediatamente dados e, como ponto de partida da conceituação científica, a sua forma de objetividade, coloca-se muito simples e dogmaticamente no campo da sociedade capitalista, aceitando sem crítica sua essência, a sua estrutura de objeto, as suas leis, como fundamento imutável da “ciência”.

O dado fundamental dessas teorias administrativas, não é, portanto, a ocultação das características do exercício do trabalho tais como conflitos organizacionais e participação do trabalhador, mas sim do homem como sujeito histórico da criação social, que é reduzido à condição de “homem econômico”, de objeto portador de uma força de trabalho. Isto é, a questão fundamental não tratada por estas teorias da administração não está na limitação, que até vem sendo vencida, da discussão da participação e da amenização dos mecanismos de controle: a questão fundamental está no papel reservado ao homem sujeito. É no sentido reservado ao homem que estas teorias rompem com a totalidade social e criam ficções: homem econômico, administrativo, organizacional, funcional, conforme propõe MOTTA (1998) ao correlacionar a redução do trabalho humano segundo as sucessivas “escolas” da TGA. Como afirma LUKÁCS (1974) em suas considerações sobre o fenômeno da reificação:

Já muitas vezes se realçou a essência da estrutura mercantil, que se assenta no fato de uma ligação entre pessoas tomar o caráter de uma coisa e ser, por isso, de uma “objetividade ilusória” que, pelo seu sistema próprio de leis, aparentemente rigoroso, inteiramente fechado e racional, dissimula todo e qualquer traço da sua essência fundamental: a relação entre homens.

Assim, é forçoso reconhecer que os Programas de Gestão pela Qualidade procuram responder aos problemas cruciais da gestão do sistema capitalista, numa situação de crise estrutural do capital, na qual se destacam: a tendência decrescente da taxa de lucros, o sentido destrutivo da lógica do capital presente na intensificação da tendência decrescente do valor de uso das mercadorias e a incontrollabilidade do sistema, o que resulta ao final numa ruptura de um padrão de dominação relativamente estável dos tempos do taylorismo e do fordismo (ANTUNES, 2000).

Devemos enfatizar, neste ponto, a idéia de mudança de padrão de dominação como processo permanente de disputa e de construção da hegemonia, entendendo que em cada período histórico, com suas características de formação econômica e social, o bloco de forças hegemônico se mantém unido através da concepção do mundo que traça e difunde. A capacidade de recrutar novos defensores para manter o sistema foi e é um dos fatores de preservação do poder das classes dominantes, que sabe se renovar sem largar as rédeas nem mudar de mentalidade além do inevitável. Assim, a relação hegemônica sempre aparece, também, como relação pedagógica explicativa dos impasses sociais (GRAMSCI, 1978).

A proposição de que a mudança operada pela Gestão da Qualidade é uma mentira de homens equivocados ou um simples reflexo imediato dos interesses econômicos seria uma visão maquiavélica do processo social, centrada na teoria dos fatores como totalidade social que turva a compreensão da realidade. Neste processo de dificuldades estruturais e da construção do consenso, o capitalismo e seus teóricos estão se desdobrando para encontrar soluções para seus impasses, e muitas dessas soluções, no âmbito da sua lógica interna, são elaboradas com extrema capacitação e habilidade. Isto posto, é preciso analisar criticamente as teses dos teóricos do capitalismo com outra visão de mundo, para que não se caia no mesmo erro do mascaramento da realidade; é o que propõe um dos pensamentos de Gramsci exposto por GRUPPI (1991):

A sociologia do cotidiano, das instituições, do sistema de crenças e dos valores vistos de *per si* não produziria mais do que uma visão fragmentada do real, sem qualquer coerência. Sua cientificidade dependeria da percepção destes como fenômenos vinculados à produção de uma concepção de mundo, de uma hegemonia moral e intelectual, dos meios de direção social, partes, portanto, constitutivas do poder.

Considerando-se a evolução da TGA, a construção teórica do modelo da Gestão pela Qualidade não tem grandes novidades. Enfatiza, é verdade, o enfoque sistêmico como o grande elemento teórico que faltaria ao modelo de administração burocrática para saltar para o gerencial. CECÍLIO (1994), que elaborou uma revisão crítica da TGA, diz que “não é exagerado afirmar que a teoria da ‘qualidade total’ é a mais acabada e contemporânea formulação da TGA, uma síntese de todas as ‘escolas’, capaz de fazer uma verdadeira ‘reabilitação política’ de Taylor, adicionando formulações neo-tayloristas a tudo que se trabalhou sobre a emoção humana no terreno das organizações, tanto pelos humanistas como pelos autores da Escola Comportamental ou Behaviorista, dentro de uma moldura fornecida pela ‘escola’ sistêmico-contingencial, cujo pano de fundo é o condicionamento da sobrevivência da espécie humana no planeta terra à sobrevivência das empresas capitalistas”.

3.4. Reforma do Estado e o Programa de Gestão pela Qualidade no Setor Público Brasileiro

A adoção formal dos conceitos da Gestão pela Qualidade no setor público brasileiro teve início com a criação, em 1991, do Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade, que visava desenvolver a administração pública brasileira e as organizações públicas. Atualmente, o Programa da Qualidade no Serviço Público – PQSP (Programa 2057 do Plano Plurianual 2000-2003) é um dos que integram a Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão, propondo-se como um dos instrumentos de transformação (BRASIL, 2001c).

A atual conceituação deste PQSP é decorrente e um dos corolários do Plano de Reforma do Aparelho de Estado Brasileiro (nov./1995), posteriormente consubstanciado no projeto de Lei do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE). Em 1995, o plano estabelece algumas questões que merecem destaque:

[...] a reforma do Estado passou a ser instrumento indispensável para consolidar a estabilização e assegurar o crescimento sustentado da economia. Somente assim será possível promover a correção das desigualdades sociais e regionais [...] É preciso, agora, dar um salto adiante, no sentido de uma administração pública que chamaria de “gerencial”, baseada em conceitos atuais de administração e eficiência [...] É preciso reorganizar as estruturas da administração com ênfase na qualidade e na produtividade do serviço público; na verdadeira profissionalização do servidor, que passaria a perceber salários mais justos para todas as funções [...] (BRASIL, 1995).

O Plano de Reforma distingue quatro setores compreendidos no aparelho de Estado: núcleo estratégico; atividades exclusivas; serviços não exclusivos, mas em relação aos quais o Estado não pode estar ausente, tais como educação e saúde; e produção de bens e serviços para o mercado. Dá especial ênfase a uma forma de propriedade que não se coadunaria dentro dos parâmetros da propriedade estatal ou privada denominada propriedade pública não estatal e esclarece sua função estratégica para a modernização:

A propriedade pública não estatal torna mais fácil e direto o controle social, através da participação nos conselhos de administração de diversos segmentos envolvidos, ao mesmo tempo em que favorece a parceria entre sociedade e Estado. As organizações desse setor gozam de uma autonomia administrativa muito maior do que aquela possível dentro do aparelho do Estado (BRASIL, 1995).

Em relação aos chamados Serviços Não Exclusivos (dentre eles os de saúde), o Plano de Reforma propõe como objetivos: transferir estes serviços para o setor público não estatal, ou seja, para entidades de direito privado; ampliar um controle social direto através dos conselhos de administração destas empresas; ampliar a parceria entre o Estado, que continuará a financiar a instituição, e a sociedade, que deverá também participar minoritariamente de seu financiamento, via compra de serviços e doações. (BRASIL, 1995).

Para a área da saúde, seus profissionais, seus movimentos populares e suas conquistas consubstanciadas nos princípios do SUS, o caráter de confronto e de contra-reforma do Plano de Reforma do Estado ficava patente e indisfarçável. Num lance estratégico, o programa foi adaptado na área da saúde e concentrou-se na transformação dos hospitais públicos. Primeiro, com a criação ou incentivo às entidades jurídicas privadas

para assumirem a sua gestão e, em seguida, com a “abertura” para operarem uma segunda porta de acesso privado, rompendo a universalidade e equidade como princípios do SUS, que na linguagem oficial seria a sociedade participando de seu financiamento...

A justificativa para tal empreitada estaria na compreensão de que o maior desafio do setor público brasileiro é de natureza gerencial e que a crise fiscal, particularmente a partir da década de 1990, fez com que se buscasse um novo modelo de gestão pública. Este modelo de gestão pública deveria orientar as organizações nessa transformação gerencial (BRASIL, 1995).

O centro teórico da proposta situa-se, portanto, numa historicidade fenomenológica que rapidamente reconstrói os problemas da administração pública burocrática, cria uma série de monstros e dinossauros (crise fiscal, crise de eficiência, custo Brasil, amarras da Constituição...) para encontrar a superação pela via “gerencial”, tendo como ponta de lança desse processo o incentivo às parcerias com as organizações públicas não estatais, posteriormente denominadas de Organizações Sociais. Para implementar o citado Plano Diretor, em particular para a criação deste novo tipo de propriedade, foi editada uma Medida Provisória, posteriormente transformada na Lei nº. 9.637, de 15/5/1998.

Neste particular, sobre os limites da análise fenomenológica empregada, é muito interessante relembrar uma pequena história relatada por LUKÁCS (1967):

Quando se trata das questões decisivas da realidade social, os fenomenólogos facilmente resvalam para os problemas essenciais da teoria do conhecimento. Têm o hábito de apaziguar seus escrúpulos teóricos, declarando que o próprio do método fenomenológico consiste em “por entre parênteses” o problema da realidade do objeto intencional. A aplicação rigorosa desse método mostra-nos que o conhecimento da realidade é simplesmente inacessível à fenomenologia. Em Heidelberg, onde Scheler² veio ver-me durante a Primeira Guerra Mundial, tivemos uma conversa muito interessante e muito característica sobre esse assunto. Scheler dizia que, sendo um método universal, a fenomenologia pode tomar tudo por objeto intencional. Assim, por exemplo, disse ele, pode-se proceder perfeitamente ao exame fenomenológico do Diabo, desde que colocado anteriormente entre

² Lukács refere-se a Max Scheler (1874-1928), filósofo alemão, o primeiro grande seguidor da fenomenologia de Husserl.

parênteses o problema de sua existência. Muito bem, disse eu. Em seguida, quando a análise fenomenológica do Diabo está terminada, resta-lhe só suprimir os parênteses e eis que o Diabo surge entre nós... Scheler riu, ergueu os ombros e não respondeu nada.

Este uso abusivo da fenomenologia é um método muito utilizado para explicar as motivações e objetivos da “gestão pela qualidade” ou da reforma de Estado. A realidade social está obscurecida nestas análises, os problemas são colocados entre parênteses, e um complexo arsenal de justificativas, mecanismos e instrumentos gerenciais é proclamado como explicação das dificuldades de uma ordem social naturalizada.

O Plano de Reforma do MARE, assim como o PQSP, representa aspectos adicionais ao pacote de definições estabelecidas nos acordos de submissão de diversos países “monitorados” pelos organismos financeiros internacionais. Tais propostas são produzidas no contexto de uma reforma de um Estado que é analisado como “antigo” — e que, como tal, expressaria uma lógica ineficaz e custosa. Aparentemente há argumentos interessantes a serem contemplados, se tomados isoladamente, mas a intenção declarada muda radicalmente de figura quando esta proposta é vista à luz de toda a política de reforma do governo (MERHY, 1998).

O PQSP parte da mesma historicidade da administração pública, segundo a qual o Estado teria evoluído de uma visão patrimonialista, passado pela visão burocrática, e afinal chegado ao ponto máximo de sua evolução, com o Estado Gerencial e sua administração Gerencial, agora voltada para os valores de eficácia, do atendimento ao cidadão, do controle de resultados *a posteriori*, da organização flexível, da descentralização, da criatividade e do controle social (BRASIL, 2001d).

As informações apresentadas a seguir foram extraídas do documento “Mobilização para a Qualidade no Setor Público”, elaborado pela Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. O Departamento Nacional de Auditoria do SUS, órgão do Ministério da Saúde, assumindo-se como um núcleo de propagação destas idéias gerenciais, tem utilizado tal material como instrumento de formação e uniformização da visão dos auditores do SUS, processo que acredita de sua responsabilidade, uma vez que o Sistema Nacional de Auditoria se reproduziria nos Estados

e municípios, não como estruturas autônomas, mas sim como componentes desconcentrados do Sistema Nacional. Esta idéia, aliás, vem de longe. Foi, também, introduzida no início da implementação do SUS, com a Norma Operacional Básica do Ministério da Saúde (NOB-01/91), que compreendeu a descentralização do SUS, não como autonomias de poderes regionais e locais (como prevê a Constituição), mas como formas convenientes de relacionamento entre o governo federal e os demais.

Voltando ao documento, este apresenta como princípios do PQSP: *satisfação do cliente, envolvimento de todos, gestão participativa, gerência de processos, valorização das pessoas, constância de propósitos, melhoria contínua e gestão pró-ativa*. Em 1997, o PQSP optou pelos critérios de excelência utilizados pelas empresas privadas, adaptando-os para a administração pública por ser a linguagem original “caracteristicamente empresarial”. São sete os critérios que, juntos, compõem o sistema de gestão para o setor público: *liderança, estratégias e planos, clientes, informação, pessoas, processos e resultados*. Os critérios são uma síntese da concepção do modelo, ao mesmo tempo em que são os instrumentos indutores e de avaliação.

No critério “pessoas” (servidores), vale citar a visão apresentada: “O agente público e o Estado não se bipartem, sendo a vontade e a ação dos agentes a representação da vontade e da ação do Estado [...] Essa relação orgânica existente entre organizações públicas e seus servidores evidencia a importância vital da atenção vigorosa à gestão das pessoas”. Essa concepção não estaria próxima da visão weberiana, tão criticada pelo PQSP? O envolvimento de todos os servidores, um dos princípios fundamentais do modelo, é entendido como a busca do alto desempenho da organização, por meio do estímulo à colaboração e ao compromisso dos servidores para atingir objetivos e metas da gestão pública. No modelo proposto, a liderança, outro critério, é o “elemento promotor da gestão responsável pelo estímulo aos servidores [...] atuando como um exemplo a ser seguido”. O critério “cliente” procura induzir à concretização de outro princípio fundamental, que é a satisfação do cliente, como um objetivo a ser buscado em ações direcionadas para satisfazer as necessidades, os interesses e os requisitos dos clientes. Na implementação deste princípio, destacam-se dois grandes grupos de ações:

- Conhecimento mútuo: conhecer os seus clientes, suas necessidades e, ao mesmo tempo, disponibilizar informações da organização para o cliente, de modo a “contribuir para melhorar a sua imagem institucional perante a sociedade”.
- Relacionamento com o cliente: todas as práticas da organização visando conduzir uma gestão eficaz das relações com os clientes, como centrais de atendimento, gestão das reclamações, pesquisas e entrevistas com os clientes.

Por último, interessa expor o princípio da “gestão de processo”, no qual transparece uma determinada visão sistêmica, muito esclarecedora, base estruturante do modelo gerencial. Afirma-se no documento: “Toda organização pública, para atender sua missão, precisa funcionar como um organismo integrado, com todas as suas ações sistematizadas e direcionadas para a consecução de objetivos comuns [...] a gestão de processos compreende a definição, execução, avaliação, análise e melhoria dos processos organizacionais”. É interessante verificar, ainda, que na descrição deste critério “processos” é reforçada a idéia das parcerias, no mesmo espírito do programa de Reforma do Estado, assim reafirmado: “O item (critério de gerência de processos) também solicita que se considere, no conjunto dos processos finalísticos, o processo relativo à gestão das parcerias institucionais. Assim, a gestão adequada desse processo faz parte dos requisitos deste item”.

Expostos em linhas gerais alguns conceitos do programa, mesmo que o seu conjunto não tenha sido apresentado com o rigor de seus articuladores, é possível destacar algumas opções assumidas. No PQSP, há uma ausência do debate da visão de mundo e das contradições da sociedade capitalista e da questão do papel do Estado e sua apropriação pelo poder econômico. Esta omissão intencional permite ao PQSP penetrar no fluxo da ideologia do *status quo*, adequando-se à sua proposta de modernização via “Estado gerencial”. Os defensores do PQSP procuram demonstrar uma atmosfera científica do programa, entenda-se neutro e acima das concepções de mundo. A justificativa que dão para essa posição casta apóia-se no fato de a operacionalização do modelo estar direcionada exclusivamente por *dados e fatos* coletados de uma maneira absolutamente racional e científica. Com isto, assumem o “para que” e o “para quem” do movimento da reforma do

Estado, suas razões e objetivos. Assim, o PQSP converte-se numa tentativa de conduzir uma qualificação da organização pública e superar as contradições estruturais do sistema capitalista por meio de uma racionalidade técnica. Não há nada mais weberiano do que este caminho. O Weber da administração burocrática que os defensores do PQSP adoram criticar é antes de tudo o defensor da ação racional, tal como proposta pelo PQSP. A burocracia, para Weber, nunca passou de um modelo, construído exatamente a partir da noção de ação racional como tipo ideal da ação humana, para compreender e desenvolver as organizações.

O resultado dessa orientação do PQSP como busca de uma racionalidade técnica no interior do movimento de reforma do Estado é a implosão dos seus conceitos e intenções declaradas. Sob os escombros desse modelo pode-se avaliar criticamente a objetividade assumida por seus critérios, que ganham vida à luz da concepção da reforma do Estado: a liderança não ultrapassa o limite de uma pedagogia das verdades organizacionais; o servidor bom é aquele que, “envolvido”, torna-se útil para o cumprimento de metas e objetivos organizacionais; a ênfase no cliente é limitada ao controle do seu grau de aceitação e, quando ele chega a julgar a organização, atua, no máximo, como um sistema sensor dos problemas do normativo organizacional, não havendo uma busca de ruptura efetiva dos muros de interesses que separam a organização burocrática dos usuários; a concepção de sistema é organicista, dependente de crença ilimitada na homeostase organizacional, na qual os inerentes conflitos serão vistos como anomalias pessoais ou como algo episódico que dependa apenas de uma certa calibração do instituído e normalizado; a proposta de superação da administração burocrática (via organização flexível, descentralizada e criativa) concretiza-se de forma indissociável da lógica das parcerias com as empresas privadas e do afastamento do Estado da prestação direta de serviços (os chamados não exclusivos).

STOTZ (1995), discutindo o tratamento da política como variável independente dos macroprocessos econômicos e sociais, sugere que,

se este não é um problema para aqueles que, weberianamente, pensam a realidade social como intrinsecamente fragmentada e descontínua, o é para outros, preocupados com a formulação de políticas e estratégias. A perda da dimensão relacional entre economia e política inviabiliza a análise das relações de força, ao obliterar o momento econômico-corporativo, que define a factibilidade das ideologias e dos projetos políticos.

Neste modelo da Qualidade Total, é fato, há o desenvolvimento de instrumentos que colaboram para a definição de prioridades, para a explicação de problemas e para a avaliação e o acompanhamento de resultados. Entretanto, mesmo apresentando a vantagem de ser um modo de gerenciamento global, manifesta uma lógica que privilegia a normalização interna de situações produtivas mais estruturadas (RIVERA, 1996). CECÍLIO (1994) considera também necessário, resguardadas as críticas de fundo, reconhecer que existe uma amarração metodológica da Qualidade Total que, em muitos aspectos, pode contribuir para a formulação de um modelo de gestão democrática do setor público.

Estes argumentos consideram, portanto, que, em tese, há possíveis contribuições metodológicas e positividade em alguns instrumentos da Qualidade Total, desde que dirigidos por outra concepção. Ou seja, para utilizar este instrumental de uma forma transformadora, é preciso reconhecer que há uma concepção de mundo nele presente. Estratégica e conceitualmente, o objetivo maior do PQSP é operar uma mudança no papel do Estado para uma situação de agência reguladora, de fiscalizador dos serviços, que passariam a ser realizados sob uma concepção de Estado que descarta a prestação de serviços públicos em função de direitos sociais, para realizá-los segundo a lógica do sistema produtor de mercadorias.

Posto isso, avalia-se que o arcabouço teórico da Gestão pela Qualidade restringe o reconhecimento do conflito entre capital e trabalho aos limites da problemática própria da TGA. Isto não significa que o PQSP não tenha muitas contribuições, algumas de valor ético considerável, mas sim que a modernização proposta está inapelavelmente reificada pelos valores do mundo da mercadoria.

3.5. O modelo gerencial pela qualidade e a disputa pelos fundos públicos

A insistência com a qual os defensores da Gestão pela Qualidade criticam a visão weberiana e desta retiram e utilizam seus principais conceitos é curiosa, mas compreensível. O que está sendo criticado não é a ausência na formulação weberiana da relação entre agentes e situações, sujeitos e estruturas; não é sua teoria sobre a impossibilidade e a inutilidade de produzir uma teoria geral sobre os fundamentos da ordem social, resultando numa visão funcionalista, de compromisso com a ordem estabelecida (NOGUEIRA, 1999). A crítica da visão weberiana, pelo PQSP, é limitada e parcial. Os alvos são exclusivamente as linhas de escape que estimulariam (pela busca fundamental da ação racional weberiana) os serviços públicos e sua organização burocrática como uma instância independente da propriedade privada, autônoma, profissional, sem compromisso imediato com os interesses da reprodução do capital. A razão desta opção se faz quando o PQSP ingressa acriticamente na corrente ideológica do Estado gerente. O que está em jogo nessa reforma não é a superação da organização burocratizada e, sim, operar um retrocesso a uma etapa pré-keynesiana na consideração das finanças públicas, reposicionando o Estado em favor do monetarismo revigorado pelas concepções neoliberais (OLIVEIRA, 1998).

A intenção política apresenta-se com nitidez: tentar romper com a idéia de gestão pública como produtora de serviços, segundo a lógica de direitos sociais. Esta seria a continuidade do movimento conservador inaugurado por Thatcher e Reagan, dirigindo-se aparentemente ao Estado, mas na verdade tendo como objetivo dissolver as arenas específicas de confronto e negociação, para deixar o espaço aberto a um Estado mínimo, livre de todas as peias estabelecidas em cada área específica da reprodução social. Por esse caminho, as relações se inverteriam:

[...] em lugar do Estado como organizador da incerteza da base, da infra-estrutura em linguagem marxista, haveria uma base organizando o Estado, que se transformaria na mais brutal imagem-espelho do banquete dos ricos e do despojo de todos os não-proprietários (OLIVEIRA, 1998).

As posições mais conservadoras justificam-se, pois defendem que é nestas ações do Estado, quer pela sua incompetência, quer por sua tradicional concessão perdulária de direitos, que estaria o grande fator causador da redução da taxa geral de lucros

vivida pelo sistema (o custo Brasil). Estes serviços produzidos diretamente pelo Estado estariam, assim, na contramão. Não haveria mais lugar para “antimercadorias” financiadas por fundos públicos e realizadas diretamente pelo Estado, particularmente os produtos que não sejam rápida e velozmente incorporados no processo de acumulação, no ritmo destrutivo da redução da utilidade dos valores de uso.

A questão-chave é que só interessa aquilo que tenha valor de troca realizado, isto é, que tenha sua produção integrada à lógica da circulação e reprodução. O combate aos direitos sociais conquistados é, portanto, corolário necessário deste processo de modernização da gestão pública. O que está em jogo não é a indiscutível necessidade de superação da organização burocratizada, mas qualquer organização que na sua essência não se submete integralmente à acumulação do capital.

As baterias estão voltadas contra a estruturação da esfera pública, pois, mesmo nos limites da sociedade classista, ela nega à burguesia a propriedade do Estado e sua dominação exclusiva; nega os automatismos do mercado e sua tendência à concentração e à exclusão (OLIVEIRA, 1998).

Assim é que este movimento do Estado gerencial está em íntima relação com a produção política da crise de financiamento do Estado do Bem-Estar, pois surge como a racional justificativa para seu abandono em meio à crise sempre recomeçada da chamada terceira via, quando esta, mais uma vez, se debate com os limites estruturais do sistema, fardo que optou por carregar e que marca sua vulnerabilidade histórica.

Segundo OLIVEIRA (1998), os defensores da crise atual do Estado não propõem o desmantelamento total da função do fundo público como antivalor. O que propõem é a destruição da regulação institucional com a supressão das alteridades entre os sujeitos socioeconômico-políticos. Na crítica da *ultrafiscalidade* do Estado, ao contrário das teses de que o Estado, aparentemente, pode ter chegado a limites que ameacem a acumulação de capital, o que está em jogo é exatamente a disputa dos lugares de utilização e distribuição da riqueza pública.

3.6. Algumas conclusões sobre o movimento pela qualidade

As razões expostas para implementação do modelo de Gestão pela Qualidade no serviço público seguem, no fundamental, o rumo da Reforma do Estado e são apresentadas como alternativas a determinadas crises diagnosticadas com um instrumental característico da iniciativa privada:

- Crise de desempenho → oferecer um serviço público com maior eficácia
- Crise fiscal → diminuir os gastos no orçamento
- Crise de eficiência → otimizar os gastos e evitar os desperdícios
- Crise de efetividade → melhorar os impactos dos programas
- Ameaças da “concorrência” → garantir a “sobrevivência”

Avalia-se que a estreita correspondência e vinculação entre a teoria da Qualidade Total e os interesses capitalistas restringe as possibilidades deste movimento para a inovação de modelos gerenciais capazes de responder à questão fundamental do homem como sujeito. Neste sentido, a integração da idéia de satisfação, embora moralmente valorizada, é apenas declarada e não ultrapassa um momento de modulação do instituído. Isto é, o propalado desejo renovador da gestão pela qualidade é no fundo mero desejo de rearranjo que melhore o funcionamento do sistema estabelecido sem o afetar na essência.

Na área da saúde pública o movimento da qualidade articula-se com as mudanças em curso, segundo as redefinições de funções e papéis do Estado. Vincula-se à idéia de Estado gerencial com a conseqüente redução na prestação direta de serviços, quebra da universalidade das políticas públicas, privatização da gerência de serviços, implementação de uma segunda porta privada nos serviços públicos de saúde; em síntese, este movimento vincula-se na saúde com a quebra do direito social conquistado e orienta-se para o ataque aos seus princípios. O mínimo de ações públicas está indissociavelmente ligado à aplicação dos conceitos da Qualidade Total na área pública.

O PQSP procura abrir-se para a captação da opinião externa, manifesta no grau de satisfação dos usuários, mas esta intenção está atravessada pela propaganda política da eficiência das políticas públicas na perspectiva da avaliação mercadológica. Converte-se, assim, em artimanha tecnogerencial na condução das disputas pelos fundos públicos, submetendo-os integralmente aos interesses renovados da acumulação, na sua fase globalizada; está marcado indelevelmente pela conjuntura da rearticulação e atualização da dominação; consolida a elaboração e a difusão da hegemonia, servicial aos interesses do capital financeiro transnacional, patrocinando a dissolução das arenas políticas e travando as possibilidades do exercício da alteridade.

É interessante constatar que, mesmo trabalhando com a categoria satisfação, ou seja, com uma avaliação externa à organização, as informações obtidas são internalizadas e ganham significado prático apenas para a organização. A metodologia de captação e as estratégias de utilização final da informação obtida permitem caracterizar a capacidade de sintetizar os diferentes aspectos das “escolas” da TGA a que a teoria da Gestão da Qualidade procura simultaneamente responder. Assim, a mensuração da satisfação com ênfase na identificação da melhor maneira de realizar uma atividade, na realização do melhor processo, com o estabelecimento de padrões para as técnicas, guarda estreita aproximação teórica com as idéias básicas da administração científica de Taylor, com a ênfase na tarefa (CHIAVENATO, 1982).

A mensuração da satisfação, visando mais ao conjunto das funções clássicas de uma organização com enfoque eminentemente prescritivo e normativo, aproxima a Gestão da Qualidade e sua utilização da categoria satisfação das teorias clássicas de Fayol e Weber. A ênfase na estrutura-processo-resultado proposta por Donabedian funda-se, portanto, nesta orientação geral. A incorporação de aspectos da “escola de relações humanas” na Gestão pela Qualidade também é operacionalizada na articulação entre qualidade e satisfação. Isto se realiza na medida em que as mensurações de satisfação dos clientes, nesta perspectiva, são trabalhadas no interior da organização numa linha motivacional e ética com seu “ativo humano”. Esta perspectiva tem como princípio uma gerência orientada para os clientes, advinda da máxima mercadológica: “O cliente tem sempre razão”. Com esse objetivo mercadológico, sintetizado nessa máxima, a Qualidade

Total valoriza a importância de a organização estar orientada para o cliente, afirmando que para a concretização deste objetivo estratégico torna-se imprescindível escutar esse cliente e agir para satisfazê-lo. Parece que estes têm sido os sentidos priorizados na utilização da questão da satisfação pelo modelo da Gestão pela Qualidade.

Não obstante os esforços da Gestão pela Qualidade, as dificuldades em efetivar as mudanças reais na organização dos serviços públicos, com base em racionalidades técnicas, na busca teórica de padrão-ouro e no obsessivo dissecar dos processos, podem tender a esgotar este modelo. Isto porque a capacidade de um novo modelo de gerência de romper os limites da burocratização e da ineficiência da administração pública está na visão radical com que esse novo modelo assuma a ruptura dos limites da organização e, portanto, compreenda a questão da satisfação necessariamente como um horizonte político-pedagógico de conversa entre sujeitos. A principal inovação estaria na abertura da organização para o mundo externo, prestando contas de sua missão na totalidade social. Sugere-se, assim, que a valorização do cliente presente no modelo Gestão da Qualidade não consegue ultrapassar os limites da realidade que oculta nos seus fundamentos. Isto é, avalia-se que suas estratégias estão autolimitadas e tendem a frear as tendências transformadoras. Assim, a Gestão da Qualidade tem grandes dificuldades em ultrapassar os limites de uma modesta oficina de reparos para as colisões sociais, alicerçada numa teoria que, após sua capitulação incondicional ao sistema vigente, tenta criar uma "empresa ética".

Incorporar a questão da satisfação, indiscutivelmente, já é um ganho em relação ao enclausuramento tecnocrático. Mas o ganho fundamental com esta iniciativa não está na sua inclusão na mecânica operacional da prática de gestão, e sim na indução de novas estratégias gerenciais democratizantes da organização e sua abertura real para o exercício da alteridade dos sujeitos. Como afirma CECÍLIO (1994):

Não se advoga que o setor público seja mantido nas suas características de organização fechada, voltada para si, imponentemente weberiano. Acredita-se apenas que a "abertura" do setor público deva ser feita de outra forma: pela garantia de sua invasão pela sociedade, num ambicioso movimento de desprivatização do público e publicização dos tão guardados "segredos" do Estado.

O conceito de alteridade, como capacidade de protagonismo de um sujeito que se contrapõe, de ser sujeito e não sujeito na defesa de interesses, talvez possa ser uma indicação para novas formas de apreensão da satisfação dos usuários, pois o que se quer impulsionar com os novos modelos gerenciais ou com o controle social é uma nova correlação de forças que ao democratizar as decisões traga a alteridade, como direito de tornar o Estado efetivamente coisa pública, desprivatizando seus interesses (SPOSATI e LOBO, 1992).

Esboçadas estas relações entre gestão pela qualidade e satisfação, vamos discutir, a seguir, outra abordagem, agora em torno do binômio humanização/satisfação, procurando verificar suas possibilidades e potencialidades para a construção de projetos democráticos na luta pelo direito à saúde.

4. HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS

A humanização, tal como o movimento pela qualidade, é algo com crescente e disseminada presença, assumindo diferentes sentidos segundo a proposta de intervenção eleita. Aparece, à primeira vista, como a busca de um ideal, pois, surgindo em distintas frentes de atividades e com significados variados, segundo os seus proponentes, tem representado uma síntese de aspirações genéricas por uma perfeição moral das ações e relações entre os sujeitos humanos envolvidos. Cada uma dessas frentes arrola e classifica um conjunto de questões práticas, teóricas, comportamentais e afetivas que teriam uma resultante humanizadora.

Tal intenção se traduz, portanto, em diferentes proposições: melhorar a relação médico-paciente; organizar atividades de convívio, amenizadas e lúdicas, para crianças internadas, como as brinquedotecas e outras ligadas às artes plásticas, à música e ao teatro; garantir acompanhante na internação da criança; implementar novos procedimentos na atenção psiquiátrica, na realização do parto – o parto humanizado – e na atenção ao recém-nascido de baixo peso – programa da mãe-canguru –; amenizar o atendimento aos pacientes em regime de terapia intensiva; valorizar o acesso aos cuidados e à equidade da sua oferta; combater a “mercantilização” da medicina; combater a onipotência do saber médico e suas racionalidades; criticar a “instituição total” e tantas outras proposições.

O movimento pela humanização tem uma característica que o distingue do ideal da qualidade. Ele é, de fato, também uma busca pela qualificação da produção ou prestação de serviços, mas delinea-se na sua implementação uma força e um potencial de crítica e ruptura com um compromisso mercadológico obrigatório de tudo ou, ainda, com uma normalização institucional que diga respeito apenas à lógica tecno-burocrática. Assim, cresce uma valorização das inter-relações humanas, como uma trincheira de resistência contra o avassalador convencimento da superioridade moral do mercado, e eleva-se a valor superlativo a busca da dignidade humana.

Por outro lado, seu desenvolvimento fragmentado segundo diferentes experiências e o fato de cada um de seus singulares realizadores tentar explicar as dificuldades do mundo com um horizonte de análise reduzido têm colocado as razões e motivações de tal movimento em caminhos diferentes e até mesmo conflituosos.

Compilando alguns trabalhos publicados nas revistas científicas da área, constata-se algumas direções fundamentais dessa preocupação com a humanização e satisfação do usuário: ora aparece com uma noção de amenização da lógica do sistema social, centrado sobretudo numa crítica à tecnologia e como tentativa de criar um “capitalismo humanizado”; ora como a busca de uma essência humana perdida, ou seja, como um movimento de restauração moral; ora como uma negativa existencialista da realidade concreta, imaginando uma autonomia das emoções e afetividades individuais da práxis humana; ora como processo de organização institucional que valoriza a ausculta dos sujeitos; ora como valorização de direitos sociais (ROCHA e SIMÕES, 1986; TREZZA, 1987; OLIVEIRA, 1990; FERNANDES, 1993; MANRIQUE e ALTUNA, 1994; BOZZO e MARTINEZ, 1995; SANTOS, 1995; AIRES et al., 1996; MONTOYA, 1996; KLOETZEL et al., 1998; ZUSMAN, 1998; CAPRARA e FRANCO, 1999; SOARES, 1999; GALLIAN, 2000; BRASIL, 2001B; ZAICANER, 2001; MARTINS, 2002).

Uma das características mais expressivas deste movimento na área da saúde, sobretudo nas considerações sobre a prática médica, é a crítica à tecnologia. Veja-se um exemplo: “Em razão do acelerado processo de desenvolvimento tecnológico em medicina, a singularidade do paciente – emoções, crenças e valores – ficou em segundo plano; sua doença passou a ser objeto reconhecido cientificamente. O ato médico, portanto, se

desumanizou” (MARTINS, 2002). Na defesa de uma reumanização da medicina, outro autor afirma:

“Os grandes avanços científicos e técnicos no campo das ciências experimentais aplicadas à medicina e às ciências da saúde em geral vêm trazendo uma série de transformações nesses campos. O processo de desumanização é uma das conseqüências do divórcio entre a medicina e as humanidades que ocorreu, principalmente, a partir de fins do século XIX [...] As causas das doenças, portanto, deveriam ser buscadas não apenas no órgão ou mesmo no organismo enfermo mas também e principalmente no que há de essencialmente humano no homem: a alma, esse componente espiritual que distingue o homem dos outros organismos vivos do planeta”. E conclui com atualíssimo tom bucólico: “Homem culto, o médico romântico aliava seus conhecimentos científicos com os humanísticos e utilizava ambos na formulação dos seus diagnósticos e prognósticos. Conhecedor da alma humana e da cultura em que se inseria, já que invariavelmente andava muito próximo de seus pacientes – como médico de família que era –, esse respeitável doutor sabia que curar não era uma operação meramente técnica” (GALLIAN, 2000).

Como contraponto a estas idéias, não é demais citar uma aguda observação de KOSIK (1995):

O iluminismo elimina a falsa consciência da história e descreve a história da falsa consciência como história de erros que na realidade não deveriam ter ocorrido se os homens tivessem sido mais perspicazes e os soberanos mais sábios; a ideologia romântica, ao contrário, considera verdadeira a falsa consciência porque só ela teve eficácia, efeito, influência prática e, portanto, só ela foi realmente história.

Assim, o caminho proposto de uma “reumanização” da medicina guarda forte apego bucólico, limitando-se à questão da formação médica e seu caráter clássico perdido por força da tecnologia. Reduz a questão a um problema no interior da epistemologia médica, procurando retomar por meio da volta ao passado o caráter técnico e moral perdido, restaurando um médico idealizado na literatura romântica. Avalia-se, assim, que esta discussão, sem a devida articulação com a evolução das relações sociais, sem a presença da concepção da totalidade concreta, dos interesses, das classes sociais, da cultura, do Estado moderno, não consegue ultrapassar uma saudade idealizada, uma inconformada racionalidade religiosa perdida.

Com base num enfoque mais psicológico, ZUSMAN (1998) diz:

A humanização admite o reconhecimento da realidade interna, implica a aquisição de valores que levam ao refinamento da consciência moral, da sensibilidade ao sofrimento alheio, da compaixão, da capacidade empática, da tolerância ao sentimento de culpa e à consciência da finitude e fragilidade humanas. Implica a admissão estóica ou resignada dos sofrimentos intrínsecos ao viver.

Proposições como esta reforçam a necessidade de valorizar as questões subjetivas envolvidas, particularmente no processo de realização dos cuidados de saúde. Mas é importante incorporar este tipo de contribuição sem ultrapassar seu limite de possibilidades, entendendo que

todos os índices de valor com características ideológicas, ainda que realizados por um organismo individual, constituem índices sociais de valor, com pretensões ao consenso social, e apenas em nome deste consenso é que eles se exteriorizam no material ideológico [...] Evidentemente, o arbitrio individual não poderia desempenhar aqui papel algum, já que o signo se cria entre indivíduos, no meio social; é, portanto, indispensável que o objeto adquira uma significação interindividual; somente então é que ele poderá ocasionar a formação de um signo [...] A consciência adquire forma e existência nos signos criados por um grupo organizado no curso de suas relações sociais. Os signos são o alimento da consciência individual, a matéria de seu desenvolvimento, e ela reflete sua lógica e suas leis. É impossível reduzir o funcionamento da consciência a alguns processos que se desenvolvem no interior do campo fechado de um organismo vivo. Os processos que, no essencial, determinam o conteúdo do psiquismo desenvolvem-se não no organismo, mas fora dele, ainda que o organismo individual participe deles. O psiquismo subjetivo do homem não constitui um objeto de análise para as ciências naturais, como se tratasse de uma coisa ou de um processo natural. O psiquismo é o objeto de uma análise ideológica, de onde se depreende uma interpretação sócio-ideológica. A realidade ideológica é uma superestrutura situada imediatamente acima da base econômica. A consciência individual não é o arquiteto dessa superestrutura ideológica, mas apenas um inquilino do edifício social dos signos ideológicos. A consciência individual é um fato sócio-ideológico” (BAKHTIN, 1999).

É certo que as modificações existenciais contribuem para as mudanças sociais, mas, como afirma KOSIK (1995),

na modificação existencial o sujeito do indivíduo desperta para as próprias potencialidades e as escolhe. Não muda o mundo, mas muda a própria posição diante do mundo. A modificação existencial não é uma transformação revolucionária do mundo; é o drama individual de cada um no mundo [...].

Este movimento de exigência de humanização das atividades humanas não é, absolutamente, novidade na área da saúde nem na sociedade em geral. Ele expressa o estranhamento do homem diante de seu mundo. Entretanto, embora isso seja rotineiro, é interessante observar o alto risco de seu tom discursivo redundante, tal como de um culto religioso, pois já sendo as ações humanas pertencentes ao homem, por que então falar em humanizá-las? Para explicar este paradoxo é necessário valorizar as subjetividades sem ultrapassar o alcance de sua potência transformadora, evitando-se produzir uma “psicologização” do processo social. KONDER (1965), discutindo aspectos da alienação, afirma que o refúgio na vida privada não impede que a dilaceração do humano sacrifique a unidade e promova a confusão. O mundo psíquico atomiza-se tanto quanto o social e perde o sentido da totalidade, e este choque é inautenticamente vivido sob a forma caricatural de um conflito entre a “razão e os sentimentos”, como uma manifestação da cisão entre o singular e o universal, entre os indivíduos e a espécie no interior dos indivíduos. Assim, sem a percepção do que há de comum com os outros, as diferenciações individuais passam a ser observadas independentemente da história concreta e das condições materiais de vida dos homens.

Mas será que no decorrer do tempo a espécie humana, envolvida na luta pela sobrevivência, perdeu a sua “essência humana”? O que seria então esta essência? Em que remoto tempo e lugar ela estaria trancada e esquecida, de modo que um mutirão da boa vontade precisasse urgentemente resgatá-la desta situação de refém da razão? Seria um novo ribombar do pecado original? Perdemos a fé e estamos pagando pela nossa dissidência com o transcendental? Maltratamos tanto a natureza que acabamos perdendo a noção da nossa própria conduta natural biológica?

Com estas indagações, que são hipóteses explicativas do movimento humanizador, procura-se alertar para uma dificuldade em se conceituar uma avalanche de intenções que, situadas no campo dos justos e politicamente corretos, trabalham com

concepções de mundo muito diferentes, resultando em distintas propostas de humanização que, no fundo, só coincidem enquanto *slogan* de propaganda. Neste sentido, muitos programas verticais empacotados pelo Ministério da Saúde vêm inserindo na sua denominação o clichê “humanização”. Assim, como as noções explicativas estão mais ao alcance do que as realidades a que correspondem, corre-se o risco de substituir a realidade de cada um dos fatos por essas noções elementares. Este proceder estabelece um novo véu que se interpõe entre a realidade das coisas e os homens, mascarando-a, bem como às condições determinantes daquilo que se pretende mudar (DURKHEIM, 1978). Ou, ainda, estas tentativas fenomenológicas de significação social do movimento humanizador, com base em somatório de fatos, resultam na sobreposição da aparência à essência das coisas, pela perda do sentido da totalidade concreta como estrutura significativa para cada fato ou conjunto de fatos (KOSIK, 1995).

Nessa diversidade conceitual de intenções e motivações, cresce uma tendência a se considerar a concretização da humanização e suas possibilidades de alcance como um processo dependente da incorporação de algo trazido de fora do homem como ser social, quer pela noção de Deus como origem ou fonte de uma essência perdida, quer da natureza com seus instintos racionais de qualidade, quer pelo resgate de uma essência humana eterna e imutável inerente a todos os indivíduos da espécie. O que têm em comum estes três caminhos é a resposta a problemas reais, com base em diagnósticos causais e soluções que diluem o caráter histórico-social tanto dos problemas como da própria idéia de humanização. Isto é, o entendimento da humanização como um aspecto da realidade humana mutável com o tempo, tal como o homem, que por sua natureza histórica e social é um ser cuja “característica é a de estar se fazendo ou se autoproduzindo constantemente tanto no plano de sua existência material, prática, como no de sua vida espiritual, incluída nesta a moral” (VÁZQUEZ, 1995).

Mas, afinal, o que significa a idéia de humanizar diferentes aspectos da vida social e das ações de saúde em particular? Considerando que cada uma das características destas inúmeras circunstâncias particulares interfere em diferentes direções e toma parte na produção deste movimento, acaba-se por não determiná-lo, mantendo-se apenas uma

definição genérica e rudimentar do significado conceitual deste ideal humanizador (DURKHEIM, 1978).

É preciso, portanto, optar por um entendimento deste movimento que possibilite agregar tudo o que haja de positivo em cada uma dessas releituras, novas experiências e importantes contribuições em diferentes campos de atuação. A primeira tentação é dar por resolvida esta insuficiência, reafirmando a definição genérica do humanismo clássico entendido como qualquer atitude ou teoria que afirme que a dignidade humana é o valor supremo e deve portanto ser tão favorecida quanto defendida dos ataques procedentes dos poderes políticos, econômicos e religiosos. Mas esta definição implica uma definição preliminar do homem (de uma essência do homem anterior à sua existência prática), o que pode acarretar paradoxalmente a exclusão de certos seres humanos da humanidade no sentido nobre. Por isso, em defesa do ser humano, o humanismo tradicional foi tão atacado por propostas filosóficas que “podem ser indiferentemente qualificadas de anti-humanismo – pelo fato de recusarem a situação à qual o homem chega historicamente – e de humanismo – pelo fato de proporem um devir mais digno para o ser humano” (DUROZOI e ROUSSEL, 1996).

Não se adotou, neste trabalho, o entendimento de humanização como busca da “essência humana” perdida. Optou-se, mantendo uma linha de concepção de mundo e das coisas, pela conceituação que compreende a essência humana não como algo abstrato e imanente a cada indivíduo ou como algo universal que se manifestaria nos indivíduos, mas como o conjunto das relações sociais.

Não é no indivíduo que podemos encontrar a essência humana, mas sim nas relações sociais, das quais ele mesmo é um produto. Assim, a essência humana passa a ser compreendida como algo que só pode ser desvendado no conjunto das relações sociais, que produzem tanto a natureza do homem social como a de indivíduos, pois o indivíduo à margem dessas relações é uma abstração e a essência humana, concebida como atributo individual, é tão abstrata quanto ele (VÁZQUEZ, 1990).

A essência humana, portanto, não é o que “esteve sempre presente” na humanidade, mas a realização gradual e contínua das possibilidades imanentes à humanidade, dos valores próprios do gênero humano, como o trabalho, a socialidade, a universalidade, a consciência e a liberdade. A expressão e a hierarquia dos valores

explicitam ou são a condição de explicitação, em cada época, de uma determinada essência humana (HELLER, 2000).

Esta condição permite compreender a alienação do homem como fato intrínseco da realidade reificadora da estrutura capitalista, fonte primeira deste estranhamento, produzida e reproduzida pelo sistema nos diferentes campos da vida social. Prisioneiros das necessidades “necessárias”, os homens alienaram-se ao domínio das coisas sobre eles, quando as relações inter-humanas aparecem como relações entre coisas e as necessidades não são governadas pelas necessidades de desenvolvimento e auto-realização do indivíduo (HELLER, 1978). Portanto, optou-se, neste trabalho, por ancorar a discussão do movimento de humanização na saúde, apesar das distintas visões existentes, com a idéia apresentada das necessidades radicais. Isto é, uma opção de entendimento que transforma a doutrina humanista clássica atravessando-a com o pulsar histórico dos carecimentos humanos concretos construídos socialmente.

Assim, tal movimento ganha característica de práxis humana radical, e não apenas uma existência no campo das predicções morais. Recusou-se assim o entendimento da humanização limitada a uma coletânea de ações para a amenização das contradições sociais. Este caminho não difere do movimento da Qualidade Total e não traz nada de novo em relação a ele, acrescentado apenas um toque romântico e sensível no seu proceder.

A liberdade do homem e a produção do mundo humanizado são, por conseguinte, a consciência histórica da necessidade, mas não se reduzem a isto, não se reduzem a transformar a escravidão espontânea e cega numa escravidão consciente de necessidades, não são assunto apenas teórico, pois estão ligadas ao desenvolvimento do homem como ser prático, transformador ou criador de um devir mais digno para o ser humano contextualizado e capaz de recusar a passividade ante o reino das necessidades “necessárias” (VÁZQUEZ, 1990).

Articulando o movimento humanizador na saúde com a questão do reconhecimento e da valorização social das necessidades radicais, concebe-se uma linha de identidade das diferentes experiências deste movimento como tentativas de rupturas, de ir além das necessidades “necessárias”, de valorizar a autonomia dos sujeitos e as diferenças.

Compreende-se o imperativo da incorporação do outro, segundo seu patamar real de acesso aos bens materiais e culturais, com a humildade de ponderar as verdades tecno-científicas. Abandona-se o foco da preocupação epistemológica de construção de uma ciência isenta, neutra e reconciliada internamente com o humanismo clássico, para se procurarem respostas no processo social e político dialógico entre os sujeitos. Abandonam-se os nobres e elevados horizontes de compreensão do mundo e dos valores morais, recitados religiosamente, para recolocá-los segundo os limites da vida real, das condições cruentas e primárias da sobrevivência material, cultural e moral dos homens, segundo as diferentes vivências da alienação, das desigualdades sociais e da sua reprodução sistêmica.

À medida que o movimento pela humanização se eleva da predicação moral para uma preocupação operativa com a reorganização dos serviços e das práticas em saúde, ele incorpora de maneira simbiótica a categoria da satisfação dos usuários. A novidade característica da humanização/satisfação em relação ao movimento da qualidade é, portanto, a possibilidade de ir além da mensuração de graus quantitativos de satisfação, pois sua gênese permite apostar que a motivação não se restrinja a uma modulação do instituído, retirando sua vitalidade da abertura com que capta e evidencia questões que estão além e por vezes em conflito com os limites da organização social vigente. Trilha-se, assim, um caminho de mudanças, instável e conturbado, não obstante capaz de contribuir de forma dialógica com as possibilidades de conjuntar interesses, num projeto de transformação social mais geral e radical.

No plano das subjetividades, evidencia-se uma possibilidade humanitária de despir-se de seu sentido apenas de realidade interna, individualista, para ganhar expressão nesta construção de projeto coletivo. Como afirma BAKHTIN (1999):

A atividade mental individualista é perfeitamente diferenciada e definida. O individualismo é uma forma ideológica particular da atividade mental do nós da classe burguesa (encontra-se um tipo análogo na classe feudal aristocrática). A atividade mental de tipo individualista caracteriza-se por uma orientação social sólida e afirmada. Não é do interior, do mais profundo da personalidade que se tira a confiança individualista em si, a consciência do próprio valor, mas é do exterior; trata-se da explicitação ideológica do meu *status* social, da defesa pela lei e por toda a estrutura da sociedade de um bastião objetivo, a minha posição econômica individual. A personalidade individualista é tão socialmente estruturada como a atividade mental de tipo coletivista: a explicitação ideológica de uma situação

econômica complexa e estável projeta-se na alma individual. Mas a contradição interna que está inscrita nesse tipo de atividade mental do nós, assim como na estrutura social correspondente, cedo ou tarde destruirá sua modelagem ideológica.

Assim, é na perspectiva de superação indicada pelo autor que ganha importância a relação entre profissionais e usuários: passagem do ambiente relacional de individualismos com individualismos para o ambiente relacional de sujeitos sociais com sujeitos sociais. Isto é, o subjetivo extravasa o plano dos afetos íntimos, sem abdicar dele, e ganha, também, significado e expressão como parte integrante de um projeto social e de seus objetivos. Advém, também, deste processo a satisfação do exercício da autonomia crítica, um estágio mais avançado de autonomia, que se revela na capacidade das pessoas de não apenas eleger e avaliar informações com vistas à ação, mas de criticar e, se necessário, mudar as regras e práticas da sociedade a que pertencem (SPOSATI e LOBO, 1992).

A humanização, esvaziada destes conteúdos, restringe os sentidos e as conseqüências da sua ação operacional ao limite da metodologia da Qualidade Total e sua preocupação restrita, focada internamente na organização, nos seus processos e no exercício da modulação organizacional, segundo as necessidades “necessárias”. Como se afirmou, isto já é um ganho em relação ao rígido fechamento da organização para o seu ambiente de atuação, mas representa o abandono de uma visão mais ampliada e potencialmente emancipadora.

5. PROPOSTA DE QUADRO ANALÍTICO

Sintetizando, considerou-se que a contraposição entre demanda espontânea e oferta organizada é insuficiente para dar conta, na atual conjuntura, do direcionamento da disputa pela garantia do direito à saúde; que os modelos de gestão pela Qualidade Total, mesmo que adaptados e aplicados à área pública, são autolimitados pelo seu primordial compromisso com a funcionalidade do sistema; quando aplicado ao serviço público, este caráter açoda-se no sentido da quebra e do estilhaçamento de direitos sociais, retirando da esfera pública a possibilidade de confrontação de interesses e do exercício da alteridade; que o movimento pela humanização, apesar de seus muitos caminhos, sua particular

natureza de valores, tem maiores possibilidades de ultrapassar uma simples e comprometida modulação organizacional, evidenciando questões que estão além e por vezes em conflito com a ordem vigente, nos moldes da definição das chamadas necessidades radicais.

A busca da qualidade, bem como da humanização, pode ser aplicada de maneira pontual, fragmentada, com uma tentativa de alcançar maior qualificação de determinada ação ou grupo de ações de uma área de atendimento, ou pode estruturar-se como uma ação mais global e integrada na condução da gestão de determinada organização. A concepção da qualidade articulada em torno do movimento da Qualidade Total avança no sentido de uma metodologia global de gestão. Diz respeito ao conjunto das ações gerenciais, articula uma série de etapas, procura desenvolver um sistema de lideranças, estratégias e planos, com uma rigorosa decomposição dos processos e avaliação de resultados, procurando integrar neste esforço, por um lado, o “envolvimento” e a motivação dos trabalhadores com a organização e, por outro, o reconhecimento da satisfação dos consumidores através de diferentes mecanismos de mensuração. Este movimento é realizado segundo a concepção da organização como um sistema homeostático, um organismo integrado, que precisa funcionar com todas as suas ações sistematizadas e direcionadas para a consecução de objetivos comuns (BRASIL, 2001d). Em termos operacionais, portanto, com a preocupação e motivação de captar a satisfação do usuário, o movimento da qualidade exerce uma intenção clara de capturar tal informação apenas para o interior da organização. Neste sentido, a mensuração da satisfação serve como bússola na busca do melhor desempenho, da maior eficiência, da melhor relação custo-benefício, do padrão-ouro, reorientando estrutura, processos e resultados como proposto por Donabedian (OLIVEIRA, 1991).

O movimento da humanização tem natureza mais flexível, pois está focado para além da qualificação. O ir além da qualificação do fazer numa estrutura social fixada representa a dimensão característica do movimento radical de humanização e satisfação. Essa característica condiciona e limita o alcance autônomo deste movimento, pois ele não se resolve nos limites setoriais, exigindo um projeto político-social amplo. Este processo de construção democrática de projeto político-social é mais uma relação de conflito, muito embora pedagógica, do que de consenso, o que não é fácil nem de admitir, nem de enfrentar. É uma inter-relação pedagógica que supõe uma prática de gestão pautada no conflito e na negociação. Portanto, mensurar a satisfação com o objetivo de resolução ou

maquiagem de conflitos imediatos é diluir o processo de mudanças (SPOSATI e LOBO, 1992).

Mas o movimento da humanização também aparece de forma restrita, focado apenas internamente na organização como preocupação de trabalhar conhecimentos, técnicas e habilidades interacionais dos profissionais. Nesse caso, apesar de alguma diferença vernácula, se tal preocupação não encontrar um fundamento mais amplo e aberto, poderá limitar-se ao mesmo horizonte do movimento da qualidade. Sem dúvida, será mesmo assim um grande avanço, mas perderá aquilo que há de mais inovador, de mais radical: questionar os valores das coisas normalizadas, romper com a racionalidade dada pela eficiência mercadológica, reconhecer as necessidades radicais expressas na participação e interação do direito à saúde na construção de um projeto político contra-hegemônico.

Para todos os que têm difundido proposições humanizadoras, há uma intenção de convergir, debater e influenciar os rumos deste movimento, disputando a direção das transformações na área da saúde. Assim, este movimento humanizador tende a ganhar musculatura, exercitado pela crise real do estranhamento do homem diante de seu mundo, que, em suas linhas gerais e pouco precisas, ele denuncia. Seus diferentes proponentes estão construindo este movimento, são parte dele e nele disputam suas concepções de mundo. Esta é uma tendência particularmente forte na área da saúde pelas suas características próprias. O serviço de saúde é um tipo de trabalho em geral e, embora, compartilhe características comuns com o realizado em outros setores não se realiza sobre coisas, sobre objetos, mas, ao contrário, sobre pessoas, são serviços pessoais. Toda a assistência se funda, portanto, numa inter-relação pessoal muito intensa. A saúde, mais do que outros serviços, depende de um laço interpessoal particularmente forte e decisivo para a própria eficácia do ato. O consumidor contribui e é parte do processo de trabalho, fornecendo valores de uso necessários (informação, história da queixa, etc.). Este é um fato peculiar, o usuário é um fornecedor de valores de uso substantivos, de tal modo que ele é co-partícipe do processo de trabalho e co-responsável pelo êxito ou malogro da ação terapêutica (NOGUEIRA, 1997).

Na dimensão da organização dos serviços e das práticas, os princípios do SUS, em especial o da integralidade das ações, são qualificadores do direito social, são elementos que impulsionam a expressão de novas necessidades. Assim, sugere-se que, sob a influência do movimento de humanização, a integralidade assistencial pode ser desenvolvida não, apenas, como superação de dicotomias técnicas entre preventivo e curativo, entre ações individuais e coletivas, mas como valorização e priorização da responsabilidade pela pessoa, do zelo e da dedicação profissional por alguém, como outra forma de superar os lados destas dicotomias. Isto é, a humanização induz a pensar que não é possível equacionar a questão da integralidade sem valorizar um encontro muito além de soluções com modelos técnicos de programação de “oferta organizada” de serviços.

A integralidade do cuidado deixa de ser, portanto, uma simples junção técnica das atividades preventivas e curativas, individuais e coletivas. Os diferentes saberes e práticas, o cuidado e a atenção dispensados a uma pessoa pelos profissionais de saúde são necessários para a sua realização. A integralidade, para concretizar-se, depende do reconhecimento e da valorização do encontro singular entre os indivíduos, que se processa no necessário convívio do ato cuidador. Este reconhecimento espalha-se como rastilho de afetividades e de necessidades radicais dos indivíduos, contaminando a atmosfera tonal do convívio cotidiano com uma nova força estruturante e de defesa dos princípios do direito à saúde. Integralidade e cuidado reúnem, portanto, em um mesmo novo princípio, uma nova tendência de reconhecimento do outro, um direcionamento da materialização do direito à saúde que não é mais a simples soma aritmética de aspectos técnicos das ações de saúde.

Procurando aprofundar as possibilidades, as contribuições e impasses das diferentes concepções de organização do SUS, sobretudo a natureza e abrangência do direito a saúde, explora-se, neste estudo, uma experiência prática em um município, o qual desenvolveu uma concepção da humanização e satisfação como uma diretriz política, disputando com outras concepções a direção das mudanças no seu sistema local de saúde.

Mas de qual mudança está se falando? Reafirmando e deixando mais claro: a questão de fundo é a luta pelo direito à saúde, a mudança é a do sistema público de saúde na direção do direito à saúde, a disputa fundamental é entre o provimento mínimo e o básico das necessidades de saúde e a influência das diferentes concepções e práticas nessa

disputa. Mais especificamente, foca-se a atenção, pelas suas maiores possibilidades, no debate das relações entre uma práxis de humanização dos serviços e satisfação dos usuários e a luta pelo direito à saúde.

Neste trabalho, portanto, a preocupação é explorar a montagem de uma intervenção para a reorganização das práticas em um sistema local de saúde, procurando discutir o direcionamento desse processo em relação ao quadro teórico apresentado. Entende-se que o alcance do presente estudo não permite comparar, em relação a resultados finais, a humanização/satisfação com outra política, tampouco verificar a real extensão de suas potencialidades e fragilidades. É preciso restringir-se a algo concreto e inicial, condicionado pela fase de maturação da própria experiência, vencendo-se a etapa de compreender como uma proposta de humanização/satisfação desenvolve-se, como se relaciona com outras concepções, como ela é vista pelos sujeitos envolvidos, como ela tece a sua unidade entre teoria e prática e como ela influi na disputa e desenvolvimento do direito à saúde. Este é o limite do que se pretende explorar, a seguir, neste trabalho.

Para tanto, na figura 1, propõe-se um quadro geral de referência para apoiar a análise dessa experiência municipal. Esquemáticamente, procurou-se comparar dois caminhos fundamentais, duas tendências típicas de ação governamental na implementação do SUS, organizadas segundo características mais relevantes. Com base na discussão desenvolvida, agruparam-se as diferentes opções conceituais e práticas em visões polares, coerentes com a concepção de mundo com a qual realizam-se as escolhas.

Esse quadro é uma construção nos moldes de uma representação ideal, como tipologia de referência para análise. Nas palavras de Weber, citado por NOGUEIRA (1999), a construção de tipos permitiria operar uma espécie de abstração que converteria a realidade em "objeto categorialmente construído". Os tipos seriam elaborados "mediante acentuação mental de determinados elementos da realidade", considerados, do ponto de vista do investigador, relevantes para a pesquisa. O pesquisador criaria definições exageradas, unilaterais, das dimensões da realidade que pretende conhecer. Essas definições poderiam então ser utilizadas, num segundo momento, para uma espécie de comparação com o mundo real.

Figura 1 - Tendências típicas da ação governamental na área de saúde, segundo visões polares do direito à saúde e da implementação do SUS

concepções	O SUS como política mínima	O SUS como política básica
Sobre as organizações e o Estado 	Organização funcionando como sistema biológico: gerência orientada pela crença na homeostase da organização e focada na produtividade.	Organização como sistema social com conflitos: a homeostase não existe, as disputas e negociações são permanentes, o final está em aberto.
	O conflito é um problema de modulação do normativo. Ênfase na otimização dos processos.	O conflito é componente necessário do processo de democratização e expressão da alteridade dos sujeitos.
	Ênfase na informação e na tecnologia como instrumentos fundamentais do controle gerencial. Homeostase a ser atingida como resultado da liderança – "o exemplo a ser seguido".	O projeto é o instrumento fundamental de ação gerencial. Negociar com o olhar além do interno e buscar tornar públicos e transparentes os contratos estabelecidos.
	Redução do papel do Estado na prestação direta de serviços. Quebra do princípio da saúde como direito social: políticas públicas limitadas aos mínimos sociais.	Ênfase no papel desempenhado pelo Estado na garantia de políticas públicas, visando prover o básico dos direitos sociais e constituindo-se como arena de disputas de projetos.
Sobre o cidadão e os usuários 	Explora quantitativamente graus de satisfação visando otimizar desempenho, eficiência, relação custo-benefício, padrão-ouro, incorporando a opinião de consumidores.	Explora qualitativamente os significados da satisfação visando criar um ambiente pedagógico de negociação política. O projeto político é um instrumento fundamental da ação gerencial.
	Capta a satisfação como mensuração de graus de aceitação, como busca de indicadores, como bússola para modular o instituído e como bandeira de propaganda – "o cliente tem sempre razão".	Capta a satisfação como elemento indutor do diálogo político-pedagógico de construção de projetos coletivos. O projeto construído ultrapassa os limites internos e abre-se ao controle social.
Sobre a abrangência do direito à saúde e os princípios do SUS 	Ênfase na promoção e prevenção primária. Resolver as dicotomias via "oferta organizada". Saúde como um modelo assistencial a ser perseguido.	Ênfase na integralidade do cuidado. Garantir o acesso, também, nos momentos de demanda espontânea e a todos os recursos assistenciais. Saúde como direito social em disputa.
	Rede básica de baixa complexidade, equipe mínima. Incentivo à gestão dos serviços via parcerias com Organizações Sociais, abertura de 2ª. porta privada, quebra dos princípios do direito social à saúde. Modelo que se complementa com os Planos Privados de Saúde.	Rede Básica com maior complexidade, apoiada no trabalho de equipe multiprofissional, com porta aberta a todos os problemas. Valoriza a integralidade do cuidado, o acolhimento das pessoas, o ouvir, o acolher para resolver. Rede integrada segundo princípios do direito público.
	Ações de esquadramento territorial para organizar ações mínimas, programáticas, verticais, resguardando-se do equacionamento integral das ações individuais curativas.	Valorização da clínica como ação multiprofissional do ato de cuidar, indispensável para se organizar ações básicas. Integração de equipe, atenção ao sofrimento humano.
	Ação direta na comunidade centrada no controle e em normas epidemiológicas, para "educar" o viver. Apropriação do território-processo.	Ação direta na comunidade, centrada no diálogo, reconhecer interesses e reconstituir a autonomia do viver. Apropriação dos serviços pelo território-processo.
	Valoriza unilateralmente a intersetorialidade das políticas públicas com desvalorização do problema do acesso à assistência.	Valoriza as ações intersetoriais sem perder o foco do campo específico e das obrigações particulares do setor da saúde.



2. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar os limites e possibilidades de uma proposta de humanização dos serviços e satisfação dos usuários em um sistema local de saúde na luta pelo direito à saúde.

Objetivos específicos

- Descrever e discutir como se desenvolveram a concepção, estratégias e atividades de uma proposta de humanização dos serviços e satisfação dos usuários.
- Discutir as potencialidades da proposta de humanização para a implementação do princípio da integralidade do cuidado, na perspectiva do direito à saúde.
- Caracterizar e contextualizar as dificuldades, internas e externas aos serviços de saúde, no desenvolvimento de uma proposta de humanização e satisfação.



3. METODOLOGIA

O estudo foi realizado no município de Itapecerica da Serra, local onde se desenvolve, desde 1997, a implementação de uma proposta de humanização dos serviços e satisfação dos usuários. A escolha desta experiência para a reflexão sobre a sua evolução teórico-prática deveu-se em parte à facilidade proporcionada pelo fato de o município em questão ser local de trabalho do pesquisador e fundamenta-se em alguns condicionantes que estruturaram a realidade local, propiciando um desenvolvimento do processo que evidencia de forma mais clara as concepções em discussão:

- *em relação ao processo em estudo:* o fato de o município ter desenvolvido uma concepção de humanização dos serviços e satisfação dos usuários como uma orientação geral para o sistema local de saúde.
- *em relação ao sistema local de saúde:* um patamar de organização e infra-estrutura do sistema e seus serviços com razoável desenvolvimento. Havia uma rede básica organicamente articulada e distribuída com uma programação normalizada, com bom desempenho no volume de atendimentos realizados e com impacto na cobertura de determinados programas.
- *em relação ao corpo de gerentes e diretores de unidades:* um grupo de profissionais atuantes na área de saúde pública, com conhecimento e experiência acumulada, com um compromisso na defesa do direito à saúde e forte ligação com a realidade da população local.
- *em relação à organização popular:* um grau relativamente elevado de organização popular, dos Conselhos de Saúde, de mobilização efetiva da população na defesa da melhoria do sistema local de saúde, com conquistas significativas nesse sentido.
- *em relação à administração municipal:* uma política municipal que definiu a saúde como prioridade, concretizada no compromisso da destinação de recursos para esta área (sempre superior a 20% dos seus recursos próprios).
- *em relação à condução do processo:* uma defesa intransigente da coisa pública, por parte da secretária municipal de saúde, que assumiu riscos ao revelar problemas e ao priorizar questões, colocando a serviço da mudança a autoridade do cargo e a sua liderança. Essa mesma disposição tem continuidade na sucessão, com a nova secretária da saúde, a partir de 2001.

O pesquisador, por trabalhar nesse município, colaborando especificamente com esse processo de mudanças na organização dos serviços e das suas práticas, assumiu a

posição de pesquisador-participante, com suas vantagens e desvantagens. Como alerta BRUYNE et al. (1977), “determinados tipos de pesquisa, cujo objetivo primeiro não é o conhecimento, a explicação, mas a descrição e a transformação de situações existentes, obedecem a normas externas à prática científica, cuja dominância destrói o princípio da autonomia da pesquisa”. Portanto, há uma dificuldade adicional para o pesquisador-participante: conseguir se afastar da torrente envolvente dos fatos cotidianos, vinculados à prática da transformação, mas que não propiciariam autonomia suficiente para construir a explicação e o conhecimento, motivação primeira da produção científica. Mas, como nenhuma prática científica funciona fora do conjunto das práticas sociais, não se poderá falar de corte epistemológico entre o conhecimento e a prática espontânea da vida cotidiana ou entre o conhecimento e a prática refletida da ciência. É preferível falar de ruptura a ser sempre recomeçada e reformulada (BRUYNE et al., 1977).

Procurou-se, dentro das possibilidades, ficar atento a essa condição do pesquisador-participante, que tem maior dificuldade em operar a crítica do saber não sistematizado das evidências práticas cotidianas, o que, conseqüentemente, pode desencaminhar a construção do objeto científico e comprometer o estudo. Entretanto, a ruptura epistemológica, como enfatiza VÁZQUEZ (1980), não pode ser explicada sem a história real e não é, portanto, um acontecimento puramente teórico, não é um diálogo entre dois personagens teóricos do qual a história real estaria ausente.

É pois, na prática que encontramos o fundamento da necessidade da teoria, da necessidade de resgatá-la da degradação ideológica ou de enriquecê-la ali onde os conceitos fundamentais necessários para as análises concretas não existem ou são pobres ou confusos. Só assim a teoria se põe à altura das exigências da prática e se pode alcançar a unidade necessária de uma e outra [...] A determinação do “corte” num campo puramente teórico à margem de sua vinculação com a história real é claramente teoricista. Se o idealismo se manifesta ao excluir o real do processo cognoscitivo, o teoricismo se põe em realce ao reduzi-lo à produção do “objeto de conhecimento”, ou seja, à “prática teórica” e, conseqüentemente, ao eliminar do mencionado processo a prática objetiva material. Como atividade transformadora específica, o conhecimento encontra-se numa relação necessária com essa prática. Tanto a prática produtiva que transforma a natureza quanto a prática política revolucionária que transforma as relações sociais estabelecem um limite de possibilidades e exigências para o conhecimento, ao mesmo tempo em que lhe

propõem fins ou problemas a cujo serviço ele se põe. A prática intervém, por sua vez, no processo de conhecimento, enquanto é necessário recorrer a ela para comprovar sua verdade. Mas ela não só se faz presente no começo do processo cognoscitivo, ao traçar-lhe fins e propor-lhe problemas, ou no final dele, quando o objeto teórico já foi construído e se requer sua validação, como também ao longo de todo o desenvolvimento teórico[...]

Considerando-se essa visão, atentou-se na elaboração do estudo para o contexto do processo, procurou-se estudar aquilo que era oportuno dada as condições teórico-práticas de desenvolvimento real do caso e segundo as questões que no transcorrer da exploração dos fatos identificou-se como relevantes no processo de mudança. Por conseguinte, é necessário reconhecer que o estudo está influenciado pelas preocupações destacadas pelo pesquisador como participante, que possivelmente induziu uma certa orientação mais vinculada à ótica dos gestores, sob a qual viveu o processo. Esta, certamente, é uma característica do trabalho, e reconhecê-la deixa mais transparente o ambiente de discussão.

Entretanto é, também, razoável considerar que as escolhas para qualquer pesquisa são, sempre, muito menos fruto de um ato voluntário, de livre-arbítrio do pesquisador, do que resultado de uma conjugação de circunstâncias carregadas de historicidade (ABRAMO, 1979).

Segundo BRUYNE et al. (1977), a dinâmica da pesquisa pode ser didaticamente apresentada como a articulação, em processo, de quatro pólos metodológicos: teórico, epistêmico, morfológico e técnico. Esses quatro pólos metodológicos não configuram momentos separados da pesquisa, mas aspectos particulares de uma realidade de produção de discursos e de práticas científicas. Eles se condicionam mutuamente e definem um campo metodológico. O pólo epistêmico explicita as regras de transformação do objeto científico, critica seus fundamentos; exerce uma função de vigilância crítica. O pólo teórico guia a elaboração das hipóteses e a construção dos conceitos. É o momento de formulação sistemática dos objetos científicos, quando são propostas regras de interpretação dos fatos, de especificação e de definição das soluções provisoriamente dadas. O pólo morfológico articula-se com o pólo teórico na dinâmica da pesquisa, enunciando as regras de estruturação, de formação do objeto científico, e

impondo certa ordem entre seus elementos. A formulação da síntese tipológica apresentada anteriormente tem esta intenção e constitui um quadro de análise do pólo morfológico, que favorece a criação de um espaço de causação onde se constrói o objeto científico.

Justifica-se, assim, a preocupação em delimitar o campo teórico, o que se procurou estabelecer na Introdução deste trabalho, constituindo-se os referenciais que habilitem um novo olhar, mais epistêmico, sobre os fatos ocorridos e vivenciados na experiência prática local das mudanças. Na transformação da informação em dado, também é fundamental um sistema teórico que possibilite uma seleção e uma neutralização das informações, e, assim, estabeleça um conjunto de dados que representem a transformação das informações em significação pertinente para a pesquisa.

Portanto, na constituição da dinâmica da pesquisa destaca-se o papel desempenhado pelo pólo teórico que exerce um direcionamento, habilitando a identificação de um campo de interesse. O pólo teórico estabelece uma motivação sobre o que estudar. Ele interage com a realidade e suas questões, com as escolhas epistemológicas e as técnicas, determinando caminhos metodológicos.

As escolhas metodológicas

O objetivo da análise do processo desencadeado no município de Itapeccerica da Serra é desvendar conteúdos subjacentes aos manifestos e refletir criticamente sobre um processo orientado pelas idéias da humanização e satisfação, procurando, sobretudo, verificar como foi sendo significado pelos sujeitos envolvidos. Procura-se apreender o ponto de vista dos sujeitos, pois o que está em análise é uma práxis de saúde aqui utilizada como recurso para desenvolver reflexões teórico-práticas sobre o tema. Tratou-se, portanto, de explorar os fatos procurando entender a relação sujeito-objeto como uma relação cognitiva, em que o sujeito e o objeto se determinam mutuamente, se modificam reciprocamente, se transformando no processo (DONATO, 2000).

Como foi proposto, é aspecto característico do movimento de humanização/satisfação o processo político-pedagógico que se desenrola. Assim, procurou-se identificar como o processo é entendido e reconhecido pelos sujeitos. Para tanto, foram utilizadas como marcos de referência as discussões estabelecidas na Introdução: as

concepções sobre as organizações e o Estado, sobre os usuários e sobre a abrangência do direito à saúde.

Neste caminho, com estas intenções vislumbradas para o estudo e a partir das cinco características básicas que configuram uma pesquisa qualitativa (LÜDKE e ANDRÉ, 1986), podem-se observar as identidades deste tipo de metodologia para o estudo proposto:

- Trata-se de um estudo que teve no ambiente natural sua fonte direta de dados;
- Os dados coletados foram predominantemente descritivos;
- A preocupação com o processo foi maior do que com o produto;
- O “significado” que as pessoas dão às coisas foi foco de atenção especial;
- Não houve maior preocupação com evidências para comprovar hipóteses prévias.

O objeto da pesquisa delimita um caso que foi estudado – uma proposta de humanização/satisfação desenvolvida no município de Itapecerica da Serra. A opção, portanto, pelo tipo metodológico de um *estudo de caso* possibilitou a descoberta de novos aspectos a serem acrescentados, à medida que a pesquisa avançou, enfatizando a interpretação em contexto, buscando retratar a realidade de forma mais completa e profunda. Assim, a opção para a realização do presente trabalho foi procurar desenvolver uma pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso. Essa opção decorre tanto da natureza do processo em estudo como do seu estágio de implementação. Mas não se resume a isso, pois o próprio interesse, o objeto e os objetivos do estudo é que conduziram tal escolha metodológica.

Fontes de informação

Os estudos de caso usam uma variedade de fontes de informação. Neste estudo recorremos a:

- anotações de observações do pesquisador ao longo do processo;
- atas das reuniões da equipe da Secretaria Municipal de Saúde;
- documentos técnicos: propostas, relatórios, apostilas de treinamento;
- relatório do Serviço de Atendimento ao Cidadão e das Caixas de Sugestão;

- resoluções das Conferências Municipais e dos Conselhos;
- informações coletadas ao longo do processo de mudança (1997-2001), tais como: questionários sobre a opinião de usuários, questionários sobre a implementação de ações em cada serviço de saúde e entrevistas realizadas no final do ano de 2000, quando foram coletados depoimentos de gerentes, profissionais, conselheiros de saúde e usuários.

Em relação às entrevistas

Nos meses de outubro a dezembro do ano 2000, aproximando-se o final do mandato da gestão municipal, a direção da Secretaria decidiu realizar uma avaliação abrangente, que analisasse como todo o processo desencadeado tinha sido percebido pelos sujeitos envolvidos. Assim, organizou-se uma avaliação do processo, com a assessoria do Departamento de Práticas em Saúde da Faculdade de Saúde Pública/USP. Pela utilidade das informações coletadas e pela forma criteriosa como esse trabalho foi conduzido pela Secretaria Municipal de Saúde, utilizamos esses depoimentos como mais uma fonte de dados para ampliar a análise do processo.

Foram definidos quatro grupos distintos a serem entrevistados: profissionais, usuários, conselheiros e gerentes das unidades. Foram entrevistadas 52 pessoas. As entrevistas, desencadeadas por uma pergunta, foram gravadas. Após a pergunta, o entrevistador não interferia mais, limitando-se a perguntar se o entrevistado gostaria de falar mais alguma coisa. As 52 entrevistas foram distribuídas, conforme os quatro grupos estabelecidos, segundo o porte de cada unidade (figura 2). Em relação aos profissionais, procurou-se garantir a diversidade de profissões com a preocupação de captar de forma abrangente as possíveis opiniões e suas diferenças. Em relação aos usuários, foram escolhidos de forma a garantir a presença de algumas situações: mulher grávida, mãe acompanhando criança, idosos, homens, mulheres, usuários agendados em acompanhamento, usuários não agendados. Em relação aos profissionais e conselheiros, houve, ainda, a preocupação de garantir as diferenças de opinião e grau de participação no processo de mudança.

Figura 2 – Distribuição dos entrevistados, segundo grupos e unidades de saúde					
Unidade	Entrevistados				
	Gerente	Profissional	Conselheiro	Usuário	Total
UBS Crispim	1	1	1	1	4
UBS Jacira	1	3	1	4	9
UBS Parque Paraíso	1	2	1	2	6
UBS Branco Flor	1	1	1	2	5
USF Potuverá	1	1	1	2	5
UBS Valo Velho	1	1	1	2	5
UBS Salvador Leone	1	1	1	2	5
UBS São Pedro	-	1	1	3	5
PS Central/Maternidade	1	3	-	4	8
Total	8	14	8	22	52

As perguntas de indução das entrevistas

Pergunta - Gerente

Enquanto Gerente, você acha que o seu modo de ver o usuário dos Serviços Municipais de Saúde de Itapecerica mudou nos últimos três anos? Fale um pouco sobre isso.

Pergunta - Profissional de Saúde

Você acha que, nos últimos três anos, o seu modo de ver o usuário do serviço mudou? Fale um pouco sobre isso.

Pergunta - Conselheiro

Dos últimos três anos para cá, você acha que alguma coisa mudou nos serviços de saúde da Prefeitura de Itapecerica? Fale um pouco sobre isso.

Pergunta - Usuário

Dos últimos três anos para cá, você acha que alguma coisa mudou na maneira como você é atendido(a) nos serviços de saúde da Prefeitura de Itapecerica? Fale um pouco sobre isso.

Análise dos depoimentos

O projeto original, ao coletar os depoimentos, tinha o interesse de apurar uma opinião do entrevistado sobre o processo e o reconhecimento ou não de mudanças. No presente trabalho a utilização dos depoimentos não tem esse mesmo interesse de avaliar resultados do processo, mas de verificar as justificativas das opiniões avaliativas. A média

de duração de cada entrevista foi de 3,7 minutos, portanto elas foram bastante sintéticas e limitadas quanto às possibilidades de técnicas de análise de conteúdo mais abrangentes e aprofundadas.

A análise por categorias é uma das técnicas de análise de conteúdo. Funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias, segundo reagrupamentos analógicos. Entre as diferentes possibilidades de categorização foi escolhida, segundo as particularidades do material disponível, a investigação dos temas, ou análise temática, isto é, a verificação de um ou vários temas ou itens de significação, segundo uma unidade de codificação previamente determinada. Embora limitada, esta é uma técnica rápida e eficaz, que pode ser aplicada a discursos diretos e simples (BARDIN, 2000).

Na definição das categorias para análise temática procurou-se estabelecer um conjunto de elementos que, pertencentes ao quadro teórico desenvolvido, fossem adaptáveis ao material a ser analisado, respeitando a natureza dos depoimentos.

Assim, organizamos os depoimentos segundo a concepção do direito à saúde em duas questões básicas: a primeira referente ao acesso, à disponibilidade de recursos e ao provimento do básico; a segunda, relativa à integralidade do cuidado que foi subdividida em duas categorias: a organização dos serviços e das práticas e o relacionamento interpessoal. Assim, procurou-se ordenar as justificativas da opinião avaliativa segundo a ênfase:

- no acesso aos serviços e na disponibilidade de recursos;
- na organização dos serviços e das práticas;
- nas relações interpessoais.

Essa aproximação permitiu um ordenamento dos discursos e a seleção de partes de maior interesse. Feito isto, procurou-se verificar em cada segmento do discurso o tema principal que justificava uma determinada opinião, os quais foram destacados em *itálico*. Para isso, procurou-se verificar a presença de determinado grupo de elementos utilizados com maior intensidade, como as referências próprias de cada entrevistado na construção de sua opinião, bem como de cada grupo de entrevistados – gerentes, profissionais, conselheiros e usuários –, apresentando-os de forma comparativa. A intenção com este

procedimento de análise foi, portanto, verificar os valores e a concepção da humanização/satisfação presentes no processo de mudança.

Importa ressaltar, ainda, que a pergunta feita aos usuários e conselheiros é diferente da elaborada para os gerentes e profissionais. Ela indaga sobre “como você é atendido(a) nos serviços”. É, portanto, mais abrangente do que a pergunta: “Como você é atendido(a) pelos profissionais de saúde”. A alteração do formato da pergunta foi motivada pela preocupação em deixar a resposta mais aberta, para captar o que os usuários estão valorizando e reconhecendo como fator para elaborar um julgamento. A significação dos julgamentos, segundo as categorias estabelecidas, é, portanto, procedimento mais limitado nestas condições da entrevista, pois os depoimentos estão focados em situações vividas singulares ou em avaliações genéricas da situação dos serviços. Para avaliar de maneira mais adequada conceitos, significados e representações dos entrevistados, teríamos de lançar mão de outra forma de entrevista e metodologia de análise de conteúdo, questão esta que não foi o objeto fundamental deste estudo, pela fase incipiente do processo desenvolvido, conforme já explicitado. Reafirma-se, portanto, que a preocupação fundamental com a utilização destas entrevistas limita-se a considerá-las como fonte adicional de informações, de forma a favorecer a compreensão da evolução do processo e suas dificuldades.

Discussão

No processo de discussão e análise, procurou-se articular os referenciais teóricos com o conjunto de dados que compõe a montagem do caso e os resultados dos depoimentos. Nesse encontro é que se procurou, concomitantemente à apresentação dos resultados, debater as concepções do processo. Neste caminho, destaca-se a importância da descrição dos achados, do contexto e da história de como se desenvolveu o processo, sempre procurando confrontá-lo com os diferentes pontos de vista presentes na situação, de forma a possibilitar uma discussão apoiada nos referenciais teóricos propostos.

Com a adoção da metodologia qualitativa do tipo estudo de caso não é supérfluo ratificar sua característica quanto às conclusões generalizáveis para outras realidades. Estudos de caso não têm tal objetivo nem essa capacidade *a priori*. Nessas

condições de investigação, as conclusões são, também, construídas por quem, uma vez em contato com um caso, associa os dados encontrados e reflete sobre eles, segundo o conhecimento, as experiências e a realidade próprias. Isto é, neste processo de “generalização naturalística” (LÜDKE e ANDRÉ, 1986), um caso desperta o leitor, conclama sua reflexão crítica para indagar a aplicabilidade desse na sua situação real. Essa é a contribuição de metodologias como a utilizada nesse trabalho.

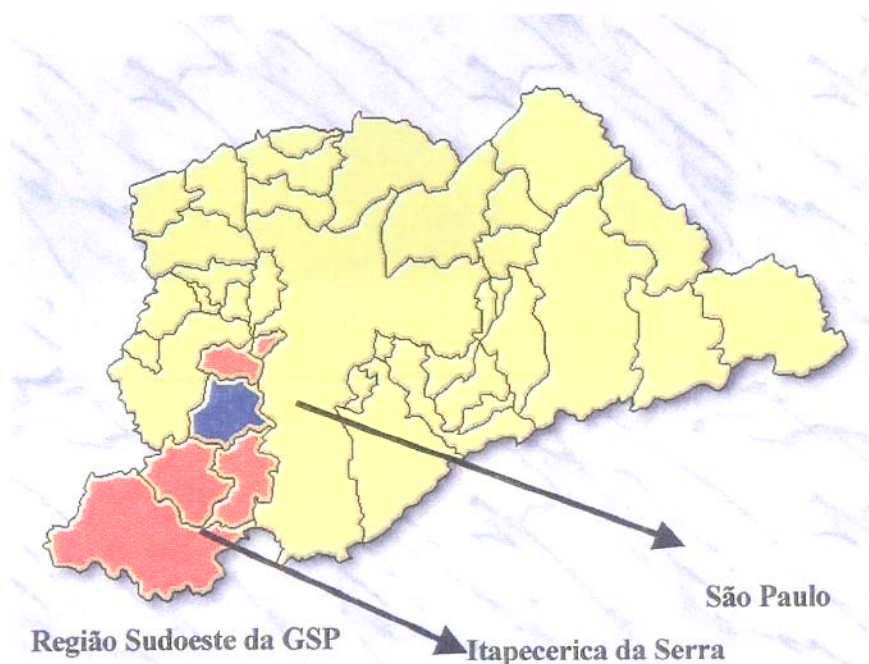


***4. EXPLORANDO UMA
PROPOSTA DE HUMANIZAÇÃO:
O CASO DE ITAPECERICA DA
SERRA***

1. O MUNICÍPIO DE ITAPECERICA DA SERRA

O aldeamento de Itapecerica da Serra, com a participação dos jesuítas, ocorreu por volta do ano de 1690, e sua emancipação à condição de município, em 1879. Entre 1960 e 1970, desmembrou-se, dando origem aos municípios de Embu, Taboão da Serra, Embu-Guaçu e Juquitiba e, em 1997, a São Lourenço da Serra. Atravessado pela Rodovia Régis Bittencourt, Itapecerica da Serra situa-se na região sudoeste da Grande São Paulo, distando cerca de 30 km do centro do município de São Paulo (figura 3).

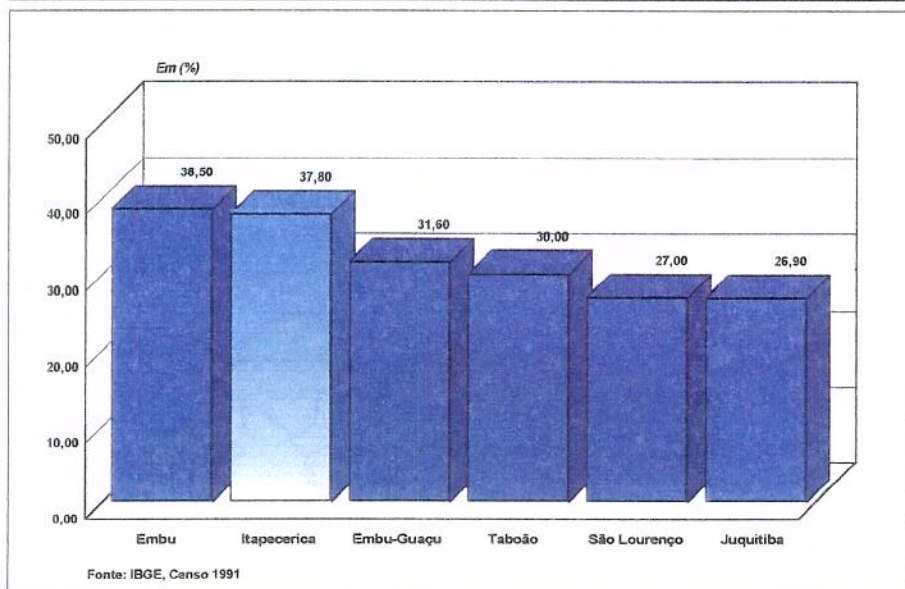
Figura 3 – Itapecerica da Serra, na Grande São Paulo



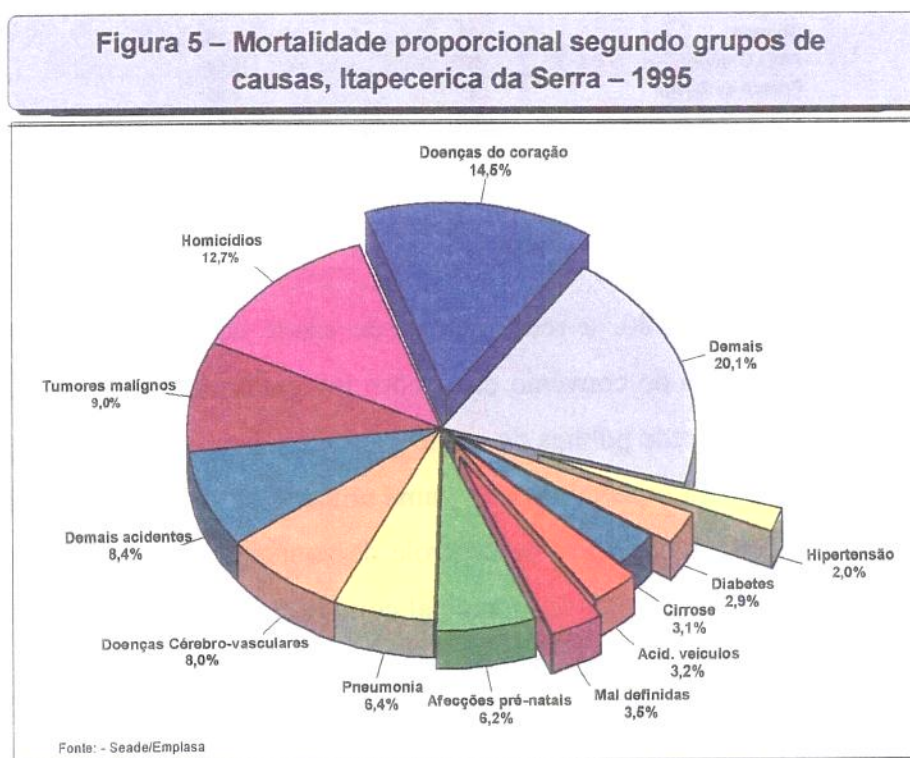
O crescimento rápido e intenso da sua população, a partir da década de 1960, comum nas “cidades dormitórios” da Grande São Paulo, foi motivado pela forte expressão do componente migratório. Os imigrantes vêm, especialmente das regiões Norte e Nordeste, na esperança de uma nova vida, e são submetidos ao jogo de interesses da indústria da especulação imobiliária e impelidos para áreas sem infra-estrutura, muitas vezes em loteamentos irregulares. Assim, a população residente salta de 20 mil habitantes, em 1970, para 60 mil, em 1980, e 130 mil, no ano 2000, conforme dados do IBGE.

Segundo o censo de 1991, a porcentagem dos domicílios inadequados com até três cômodos era de 37,8% (figura 4).

Figura 4 – Porcentagem de domicílios inadequados, com até três cômodos, segundo os municípios da região sudoeste da Grande São Paulo, 1991



Todo o território do Município encontra-se em área de proteção de manancial, gerando o desafio adicional de promover um plano local de desenvolvimento sustentado e viável. A rede de água tratada atinge 90% da população, a de esgoto 14%, e a de coleta de resíduos sólidos tem cerca de 87% de cobertura. A figura 5 apresenta os principais grupos de causas de óbitos. O diferencial em relação a outros municípios do Estado fica por conta da expressiva participação dos homicídios, responsáveis por 50% dos óbitos por causas externas e que representam, isoladamente, cerca de 12% do total de óbitos ocorridos no ano de 1995.



A figura 6 demonstra a gravidade da situação da violência nos municípios da Grande São Paulo e de Itapequerica da Serra, em particular.

Figura 6 - Coeficientes de homicídios dolosos por 10.000/hab. (média dos anos de 1995 a 1998)		
Município	Classificação no Estado de São Paulo	Coeficiente médio por 10.000 hab.
Diadema	1º	9,05
Itapequerica da Serra	2º	6,95
Embu	3º	6,94
Itapevi	4º	6,25
Itaquaquecetuba	5º	5,79
Francisco Morato	6º	5,78
Guarujá	7º	5,76
Praia Grande	8º	5,62
Franco da Rocha	9º	5,46
São B. do Campo	10º	4,82

Fonte: Instituto Fernand Braudel de Economia Mundial

2. A REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Na década de 1980, a rede pública de saúde começa a expandir-se, como resultado da implementação do convênio das Ações Integradas de Saúde. De três unidades básicas então existentes, a rede pública de saúde passou a contar com sete unidades básicas – uma delas referência para especialidades –, uma unidade de saúde da família, serviço de vigilância sanitária, epidemiológica e de controle de zoonoses, dois prontos-socorros, um laboratório regional, uma maternidade municipal com dezesseis leitos e um Hospital Geral Regional com 165 leitos, que iniciou seu funcionamento em 1999. As demais unidades já existiam no ano de 1996 (figura 7).



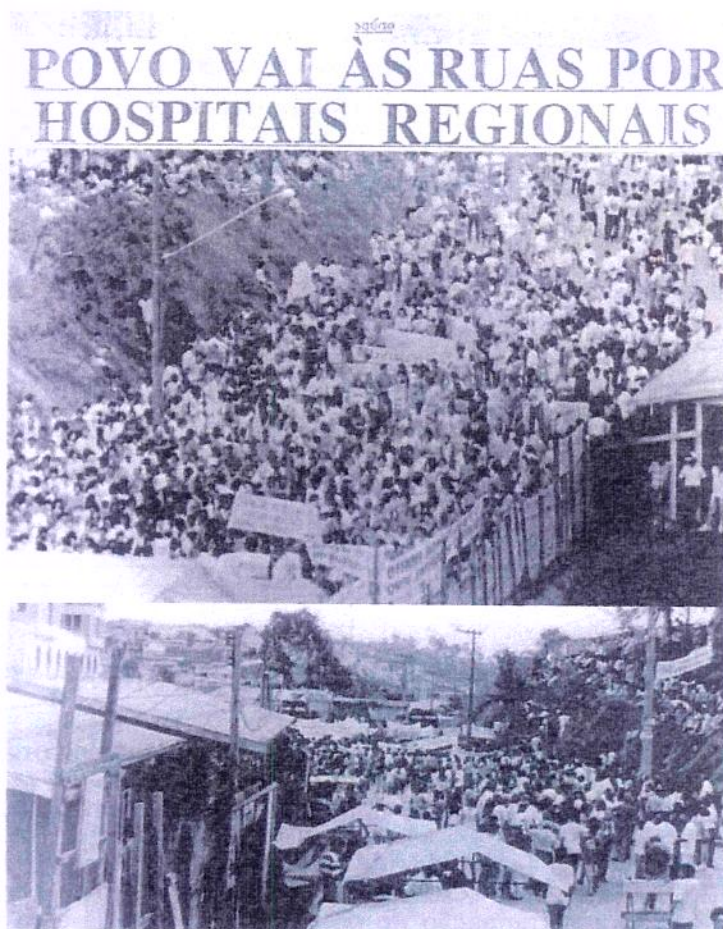
3 – HISTÓRIA DAS CONQUISTAS DA SAÚDE E DO SUS NO MUNICÍPIO

O ano de 1983 é um marco do processo de mudança na organização e oferta de serviços de saúde na região e, também, em Itapecerica da Serra. Nesse ano, no qual se inicia o Convênio das Ações Integradas de Saúde – AIS , a região realiza o I Encontro Distrital de Saúde, com a participação de políticos, técnicos da área da saúde, entidades sindicais, movimentos populares e sociedades de amigos de bairro, que discutem as necessidades para a melhoria das condições de saúde e assistência na região sudoeste da Grande São Paulo. Entrelaçado com as lutas democráticas, esse encontro desencadeia uma série de iniciativas e de mobilizações pela expansão e reorganização dos serviços de saúde, sua articulação e integração, bem como pela conquista de hospitais para a região, até então totalmente desprovida desses recursos assistenciais.

Na luta por hospitais organiza-se a Empresa Pública Pró-Hospital, como um consórcio intermunicipal, e inúmeras mobilizações ocorrem na luta pelas melhorias. A figura 8 ilustra uma das assembléias populares ocorridas na região, que reivindicava a implantação de dois hospitais, sendo um em Itapecerica da Serra e outro na divisa entre

Embu e Taboão da Serra. Essa luta vai finalmente, em 1999, resultar no início de operação dos dois novos hospitais: o Hospital Geral de Itapecerica e o Hospital Pirajussara.

Figura 8



Fonte: Jornal Fato Expresso

O modelo assistencial então existente estava marcado, como em todo o país, pela inexistência do reconhecimento do direito à saúde; pela fragmentação dos serviços em ações e comandos paralelos e muitas vezes duplicados; pela limitação da oferta de cuidados públicos; pela dicotomia entre preventivo e curativo, individual e coletivo; pela ação programática rígida realizada em Centros de Saúde sob o comando do Estado, isolada de outras ações realizadas pela administração municipal; pela inexistência de mecanismos de referência para continuidade e integralidade da assistência, e tantas outras questões que são herança do sistema de saúde brasileiro e eram, também, características da organização da saúde local (CAMPOS, 1992; LUZ, 1997).

Nesse processo de mudanças, iniciado com as Ais e o SUDS, ganha expressão local uma crítica ao modelo de organização da saúde e da rede básica, em particular. Questiona-se, na região, a inexistência de compromisso dos serviços com o cidadão, realiza-se a inclusão nas UBSs de atendimento médico para as pessoas doentes, o que era mal visto pelas tradições controlistas dos antigos Centros de Saúde. São abolidas as concepções de pré e pós-consulta como atos que fragmentam a consulta médica e prejudicam uma melhor relação médico-paciente. Procura-se superar a falsa dicotomia entre prevenção e cura, em busca da integralidade das ações. Consolida-se a reorganização da Secretaria de Estado da Saúde com a sua descentralização, a implementação das AIS, do SUDS e a municipalização da saúde. Na região, técnicos e parcela da população em geral participam ativamente na intervenção e reorganização de alguns serviços privados, que, desapropriados pelo poder público, deram origem ao Pronto-Socorro Municipal de Embu, ao Hospital Regional de Osasco e ao Hospital Municipal de Jandira, constituindo-se, assim, os primeiros leitos públicos nessa grande área da Grande São Paulo. Conquistou-se, ainda, a construção do que hoje são os Hospitais de Carapicuíba e Itapevi.

Em Itapeçerica da Serra, como fruto do trabalho conjunto que se desenvolve entre Estado e município, neste período, acrescentam-se quatro novos postos de saúde aos três existentes, um pronto-socorro, uma maternidade e pronto-socorro e vinte consultórios modulares de odontologia. Ocorre expansão e organização da rede básica, resultando na ampliação de serviços e especialidades de atendimento com maior articulação e unificação do sistema (SANO, 1999).

Desenvolve-se uma perspectiva transformadora e participativa na prática de implementação das AIS, do SUDS e da reorganização da Secretaria de Estado da Saúde, dando forma às primeiras iniciativas de municipalização da saúde, ainda no período do SUDS. Com a experiência dessas ações, a chegada do SUS é compreendida como fruto, também, das lutas locais e suas conquistas. Acumulam-se, localmente, energias críticas e criadoras favorecidas e impulsionadas pelo fortalecimento geral dos ideais da reforma sanitária. A afirmação do SUDS, que no plano nacional significava uma vitória das tendências descentralizadoras e unificadoras do sistema, em contraposição às resistências centralizadoras instaladas no aparelho de Estado e articuladas com interesses econômicos da área (LUZ, 1997), no plano local produzia uma inserção de novos sujeitos sociais, redefinindo o papel do poder local na gestão das políticas públicas de saúde.

Em 1991, Itapecerica da Serra cria o Fundo Municipal e o Conselho Municipal de Saúde, conforme regulamentado na legislação do SUS. A lei de criação do Fundo definiu, também, que a execução financeira se daria de forma descentralizada pela Secretaria Municipal de Saúde, sob a fiscalização do Conselho Municipal de Saúde. Trata-se de um dos poucos municípios brasileiros com esta característica de realizar a execução orçamentária da saúde de forma descentralizada em relação às demais funções da administração municipal. Isto tem resultado em ganho de autonomia na tomada de decisões, agilidade e transparência no processo de aplicação, ajustes e direcionamento dos recursos financeiros e materiais.

Desenvolvendo um modelo de *distritalização* e vigilância à saúde, a área de responsabilidade de cada unidade básica de saúde foi delimitada no ano de 1993, através de processo de *territorialização*, contando com a participação de funcionários da saúde e lideranças populares. Identificam-se áreas e situações de risco, estabelecem-se programas prioritários, resultando, nos anos seguintes, numa cobertura próxima dos 100% para as ações de pré-natal e atenção às crianças menores de 1 ano. Organizam-se atividades regulares de cuidados para pessoas portadoras de hipertensão e diabetes, ampliam-se os trabalhos com a comunidade e as alternativas de cuidado. Este processo é fortalecido com a formação de Conselhos Locais de Saúde em todas as unidades. Um fato ilustrativo, que de certa forma teve a contribuição das ações de saúde, foi a queda do Coeficiente de Mortalidade Infantil no Município. Este passa de 82 por mil nascidos vivos, no ano de

1980, para 52, em 1990, e 26, no ano de 1996. No Estado de São Paulo, no mesmo período, esse coeficiente evolui, também favoravelmente, passando de 51 por mil nascidos vivos, em 1980, para 31, em 1990, e 23, no ano de 1996. Nota-se um salto significativo entre 1990 e 1996 no município de Itapecerica da Serra.

Com este rápido quadro histórico procura-se situar algumas particularidades da luta pelo direito à saúde na região e no município. O período da redemocratização do país, desde as primeiras medidas descentralizadoras até a formalização do SUS, foram momentos com forte significado político e prático local. Esta experiência de conquistas talvez tenha contribuído para realçar o compromisso local com o SUS, compreendendo o alcance da sua formalização como mais uma etapa e situando os objetivos da questão saúde sempre para além da suas definições legais ou da sua racionalidade tecno-gerencial. Com essas conquistas, desenvolve-se uma visão crítica dos técnicos, dos políticos e da população em relação à exclusão e às iniquidades na região, uma visão defensora do provimento abrangente do direito à saúde.

Neste processo de busca permanente de caminhos para a melhoria e ampliação do acesso à saúde, a partir de 1997, desenvolve-se uma nova prioridade para a organização do sistema local, focada na busca da humanização dos serviços e da satisfação dos usuários.

4. O ESTRANHAMENTO: INCONFORMISMO COM A SITUAÇÃO DOS SERVIÇOS

No ano de 1997, o grupo de técnicos e de gerentes que assumem a Secretaria, no novo governo, era fundamentalmente o mesmo que vinha atuando na área desde as AIS, ainda que com um breve período de descontinuidade. Assim, conheciam bem os problemas e as soluções adotadas anteriormente. A característica fundamental deste grupo é a experiência positiva e transformadora concretizada na implementação das AIS e em seguida do SUDS, que resultaram em grande avanço na oferta de serviços da região, em ruptura com o modelo do sistema de saúde anterior ao SUS, propiciando uma intensa participação popular na área das políticas regionais de saúde, em sintonia com uma visão da saúde como direito. O balanço do crescimento quantitativo de atos assistenciais era muito positivo, mas algo incomodava os técnicos e usuários, e essa sensação pode ser identificada

em atas de reuniões gerais da Secretaria, que expressam o sentimento de estranhamento vivido por eles diante do fazer dos serviços:

Apesar das mudanças na organização dos serviços, novos investimentos e aumentos das ações, em função de propostas técnicas de mudanças no modelo assistencial, de implementação da *territorialização*, da definição das áreas de responsabilidade de cada unidade, da aplicação da concepção da vigilância à saúde, constata-se uma forte indisposição dos usuários com os serviços e seus profissionais. Um conflito crescente expresso em críticas ácidas e freqüentes: falta atenção pessoal, falta sensibilidade, respeito e polidez. Há muita demora, a duração da consulta é muito pequena, o médico não examina, ninguém informa direito... Um quadro revelador da ruptura da relação entre usuários e profissionais. Um encontro humano desastroso. Inexistem confiança e credibilidade com os serviços. Quem o usa, em geral, afirma que o faz por falta de opção (ITAPECERICA DA SERRA, 1998b, 1998c).

Mesmo com a expansão dos serviços de saúde e com o fato de estes encontrarem-se razoavelmente estruturados e organizados, as críticas ao atendimento eram muito intensas. Fruto das conquistas anteriores, do crescimento da consciência popular como sujeitos portadores do direito à saúde e da maior possibilidade de interferência e controle direto advindo com a municipalização, o conflito com o fazer dos serviços revelava-se gradativamente uma questão social inegável.

Observava-se, portanto, que os avanços conquistados na saúde municipal possibilitavam e, ao mesmo tempo, exigiam um outro tipo de reflexão crítica sobre o significado do que se vinha fazendo e sobre como este trabalho era compreendido e avaliado pela população, segundo seus referenciais e necessidades.

Inicia-se, assim, uma recusa da naturalização das formas de trabalho e da organização dos serviços e a busca de alternativas ao processo corrente de planejamento e normalização técnica: um horizonte propenso a rupturas com a sistemática de gestão monológica e fechada nos problemas internos da organização.

5. A PRIORIDADE ADOTADA: HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS

No questionamento desta situação, ficava cada vez mais evidente para a equipe que, para a saúde tornar-se realmente um direito de todos, seria preciso enfrentar uma questão fundamental: “a falta de humanidade nas práticas de saúde e no relacionamento entre profissionais e usuários” (ITAPECERICA DA SERRA, 1997). Esta questão passa, portanto, de forma crescente, a mobilizar os esforços locais, afirmando-se como necessária para a consolidação do sistema municipal de saúde.

É difícil delimitar claramente o momento formal de adoção da proposta de humanização: ela vai se estabelecendo ao longo da ação transformadora. Gestores e equipe técnica procuravam respostas para as insuficiências dos modelos técnicos para a reorientação das práticas concretas e encontraram na intenção de humanizar os serviços uma maneira de superar a camisa de força que, muitas vezes, representa a prática destes modelos. Assim, uma intenção geral foi se estabelecendo, talvez pela importância crescente da saúde como questão política local, talvez pela sensibilidade de ouvir as demandas e críticas dos usuários, talvez por um sentimento humanitário genérico dos sujeitos envolvidos, talvez porque a evidência mais forte do problema manifesta-se no esgarçar das relações interpessoais entre os usuários e profissionais. Na busca de alternativas, define-se a humanização dos serviços como uma prioridade para a orientação do processo de reorganização dos serviços. Esta definição surgiu, portanto, dentro desse quadro de problemas, como uma aspiração genérica, um ideal, que representou uma resposta visando amenizar a insatisfação de profissionais e usuários com a situação dos serviços, tendo como pano de fundo a busca da construção de um diálogo aberto entre gerentes, profissionais e usuários sem a assimetria característica das discussões técnicas da saúde.

A opção se desenvolve em disputa com outras visões. A polêmica com as concepções da “gestão pela qualidade” se faz muito presente durante esse momento de tomada de decisão pela humanização. A este respeito é interessante enfatizar que a opção vai se estruturando como alternativa de defesa da ação pública, resistindo em meio à intensa propaganda da incapacidade e incompetência da administração pública e da grande eficiência de alternativas de gestão fora da administração direta. Basta lembrar a força das

justificativas que fundamentaram a proposta do PAS em São Paulo; a privatização da gestão dos novos hospitais estaduais por meio da entrega de sua gestão às organizações sociais (um desses hospitais localizado em Itapecerica da Serra); o crescimento da segunda porta privada em hospitais públicos, com a justificativa de “viabilizar gerencialmente os serviços públicos”; a crescente terceirização de atividades fins para grupos médicos privados, mesmo em hospitais públicos; as chamadas “parcerias com organizações da sociedade”, que têm servido para introduzir uma precarização dos vínculos trabalhistas na área pública de saúde e, também, para contornar exigências de processos licitatórios de compras.

Apesar de os profissionais da equipe local manifestarem diferentes visões sobre o nó crítico a ser atacado, a opção dirigiu-se para a busca de saídas reafirmando o caráter público do sistema municipal de saúde e, com esse princípio, procuravam-se recriar propostas e concepções na organização dos serviços. Mas é evidente que esta opção não se faz de forma passiva e sem conflitos com o poderoso arsenal ideológico e técnico exibido pelas teorias da “qualidade total”. Essa situação é vivida de forma muito concreta localmente, com o exemplo vivo, no município, de um hospital público gerenciado de forma privada por uma organização social: serviço exemplar, agora “administrado de forma moderna”, tratado de forma desigual pelos governantes estaduais em relação aos demais hospitais públicos, para efeito demonstração do vigor da inovação e sucesso no desempenho administrativo.

O processo convive e se desenvolve em polêmica na equipe local, com diferentes explicações sobre o problema dos serviços. Algumas dessas explicações enfatizavam a falta de recursos ou a insuficiente oferta para a crescente demanda, outras a falta de preparo técnico dos profissionais, ou, ainda, a falta de rigidez e tenacidade ao se levar à prática o preconizado pela modelagem técnica geral. Sobretudo, com essas idéias explicava-se o problema a partir de um ponto de vista centralmente técnico e normalizador, com o qual se pretendia enfrentar os vícios herdados pelo SUS.

Essas explicações resultavam em orientações práticas que enfatizavam a necessidade de repetir momentos de diagnóstico epidemiológico-sanitário ou de dissecar tecnicamente os processos de produção dos serviços ou de motivar moralmente

profissionais nos moldes das proposições da “gestão pela qualidade”. Essas explicações disputavam com outra que criticava o foco prioritário no aperfeiçoamento do instrumental diagnóstico e maior normalização dos processos, argumentando que isso conduziria a um recrudescimento do monólogo técnico o qual tenderia a descartar a discussão das finalidades do processo de trabalho. Afastaria-se do reconhecimento de novas necessidades e expectativas manifestas pelos usuários e pelos profissionais de saúde, deixando-se de valorizar quão decisivos, para o processo de mudança, são os momentos de relacionamento interpessoal entre profissionais e usuários.

Ou seja, todos reconheciam a necessidade de enfrentar problemas marcados pelas heranças negativas do SUS, mas uma forma tradicional e restrita de superação tendia a privilegiar uma nova solução técnica estratégica, um modelo técnico inovador de organização dos serviços, apartado do necessário processo político-pedagógico como o fundamento de uma mudança radical, a ser, também, estabelecido no encontro entre os profissionais e usuários, protagonistas das mudanças reais.

A figura 9 apresenta algumas das heranças ainda não inteiramente superadas na organização dos serviços e na prática dos profissionais e que deveriam ser atacadas num processo de mudança para a concretização do princípio da integralidade.

Figura 9. A construção da integralidade do cuidado e a herança dos princípios anteriores ao SUS	
•	a não-superação das dicotomias: individual-coletivo, prevenção-cura
•	o trabalho excessivamente fragmentado, perda da ligação do profissional com os resultados e com o sentido de sujeito da ação
•	o outro como objeto, como pessoa sem nome, opinião e expectativas
•	a transferência da expectativa do cuidado para o consumo de exames, medicamentos e outros fetiches que ocuparam o lugar da questão fundamental do cuidado: o relacionamento humano, o ato de conviver...
•	a valorização excessiva dos instrumentos tecnológicos, o foco na doença como objeto maior da intervenção
•	a pretensão da passividade do paciente, enquanto submissão completa às regras inflexíveis do saber/poder técnico, estando obrigado a renunciar por completo à autonomia na condução da sua vida
•	as freqüentes recusas e obstáculos tecnocráticos ao acesso de quem procura os serviços
•	a visão sobre os serviços públicos de saúde como caridade, filantropia e o não reconhecimento do direito social

6. DESENVOLVIMENTO CONCEITUAL DA PROPOSTA, ATIVIDADES REALIZADAS E SEUS OBJETIVOS

Apesar das diferentes compreensões dos problemas existentes, os debates resultaram num consenso mínimo que possibilitou as primeiras atividades voltadas para a humanização, até pela inegável realidade das queixas dos usuários sobre como se sentiam maltratados e desacolhidos nos serviços. As ações de humanização iniciam-se com a realização de atividades que favorecessem a reflexão sobre os problemas dos serviços, sobretudo, sobre o convívio entre os profissionais nos serviços:

A Secretaria Municipal de Saúde iniciou o processo de Humanização dos serviços no dia 06/10/97, realizando um seminário que procurava evidenciar problemas no atendimento dos usuários, a partir do relato de casos trazidos pelos funcionários das UBSs e PSs [...] Num segundo momento trabalhou-se a valorização da vida através da consciência individual, responsabilidade profissional, companheirismo, empatia, espírito de equipe [...] Em continuidade a esse processo foram realizadas reuniões que tiraram como meta para o bom atendimento ao usuário: o resgate da auto-estima dos funcionários, a consciência profissional, o desenvolvimento do espírito de equipe, o objeto de trabalho. Para essa prática foram montados painéis com fotos e os nomes dos funcionários de todas as unidades, afixados as datas dos aniversários do mês, frases positivas de estímulo, painel do “estado de espírito” do funcionário no dia, o que vem propiciando maior integração entre os funcionários [...] (ITAPECERICA DA SERRA, 1997).

Em dezembro de 1997 realizou-se o seminário anual de avaliação, que teve como objetivo principal discutir as atividades de humanização realizadas pelas equipes de cada unidade. Nesse seminário destacou-se a importância que tais iniciativas tiveram na maior integração e no melhor convívio das equipes, mas ficou evidente, também, que na busca de solução dos conflitos vividos necessitava-se ampliar a reflexão sobre o processo de trabalho. Assim, firma-se um primeiro princípio da proposta local de humanização:

A humanização necessária não deve ser apenas vista como resultado de predicções ético-morais, algo interno ao serviço ou pessoal dos funcionários, mas como mudança concreta no relacionamento entre profissional e usuário e fruto da gradativa transformação real das práticas (ITAPECERICA DA SERRA, 1999).

Um texto (PUCCINI, 1993), reproduzido a seguir, que expressa em linguagem coloquial a sina de profissionais e usuários, passou a ser utilizado no processo de discussão inicial e questionamento coletivo do que vinha sendo feito e de como os serviços estavam organizados, ratificando a sensação de desconforto diante da situação vivida:

Eternamente eventual

São 6 horas da manhã, ou menos? Nas ruas inúmeros eventuais caminham a passos largos. Outros com filho no colo galgando a morraria local parecem preparar-se para uma prova olímpica. Mais uma provação está em curso. Tomaram um cafezinho rápido e pegaram o rumo do posto de saúde.

São 7 horas da manhã. A sala de espera do posto já está cheia. Não são passageiros, ou muito menos aguardam o embarque para as Olimpíadas. São pessoas na maioria humildes, sem outros recursos, disputando atenção eventual a seu sofrimento. O clima na sala não é de eventual solidariedade à dor. Como em uma corrida com barreiras, se forma aos poucos a fixação de eventualmente se chegar na frente. Olhares se entrecruzam. No balcão as juízas da sorte dos moribundos preparam-se para anunciar o fim das eventualidades do dia. O extra acabou! Os agendados vieram, volte amanhã ou vá ao PS ou volte à tarde, quem sabe!

São 12 horas. O almoço. O burburinho acabou. A sala de espera descansa. Nela um ou outro ainda se contorce com uma dorzinha, peripiques... Mas é só esperar os médicos da tarde. O novo julgamento prepara-se para recomençar.

São 16 horas, ou menos? Um médico insatisfeito, mas convicto da missão cumprida, encerra o dia. Estetoscópio ao pescoço, como uma medalha que ninguém ganhou, despede-se carinhosamente de seus colegas de trabalho. As 16 consultas do dia foram vencidas vitoriosamente e bem rápido.

Esse doutor é dos bons!

O pessoal se alegra. Enceradeiras començam o seu passeio não eventual. A pista agora é delas. Cuidado com os eventuais. Não queremos acidentes. Aguardem o terceiro periodo, mais algumas horas e a equipe já chega!

Eventuais e estorvos se misturam no frenesi de fim do dia!

Ficava cada vez mais evidente que as soluções, apenas formuladas em torno de modelos técnicos, não conseguiam liberar-se das amarras históricas herdadas pelo SUS e dotar o processo de trabalho de novos significados e finalidades. A maneira como os serviços foram organizados e o processo de trabalho assim delimitado na situação anterior ao SUS não haviam sido superados. Ainda havia problemas históricos que precisavam ser reconhecidos e coletivamente enfrentados. Constatava-se que era uma ilusão imaginar que

apenas a exaltação das definições gerais do SUS transformaria automaticamente o funcionamento dos serviços, sem que profissionais e usuários atuassem como protagonistas conscientes das finalidades da práxis em saúde.

A partir das intenções iniciais de amenizar conflitos, foram desencadeadas novas atividades que valorizavam a reflexão, envolvendo cada vez mais pessoas, sobre o processo de trabalho e a compreensão do papel dos funcionários como sujeitos capazes de identificar os problemas e encontrar novas formas de organizar os serviços. Muitas discussões internas foram realizadas. Ocorreram reuniões semanais para a reflexão sobre a organização dos serviços e o modelo do atendimento, foram aplicados questionários de sugestões, a partir dos quais se organizaram discussões internas nas unidades. Essas reuniões temáticas e os debates nas unidades representaram um outro conjunto de atividades realizado segundo a idéia de humanização. Gradativamente, vencida a descrença inicial, desenvolveu-se maior confiança nas instâncias de discussão, tornando mais evidentes os problemas e as primeiras indicações de ação.

Essa análise crítica de situações concretas pode ser ordenada em alguns fluxos das pessoas que procuravam os serviços, descritos conforme as figuras 10 e 11.

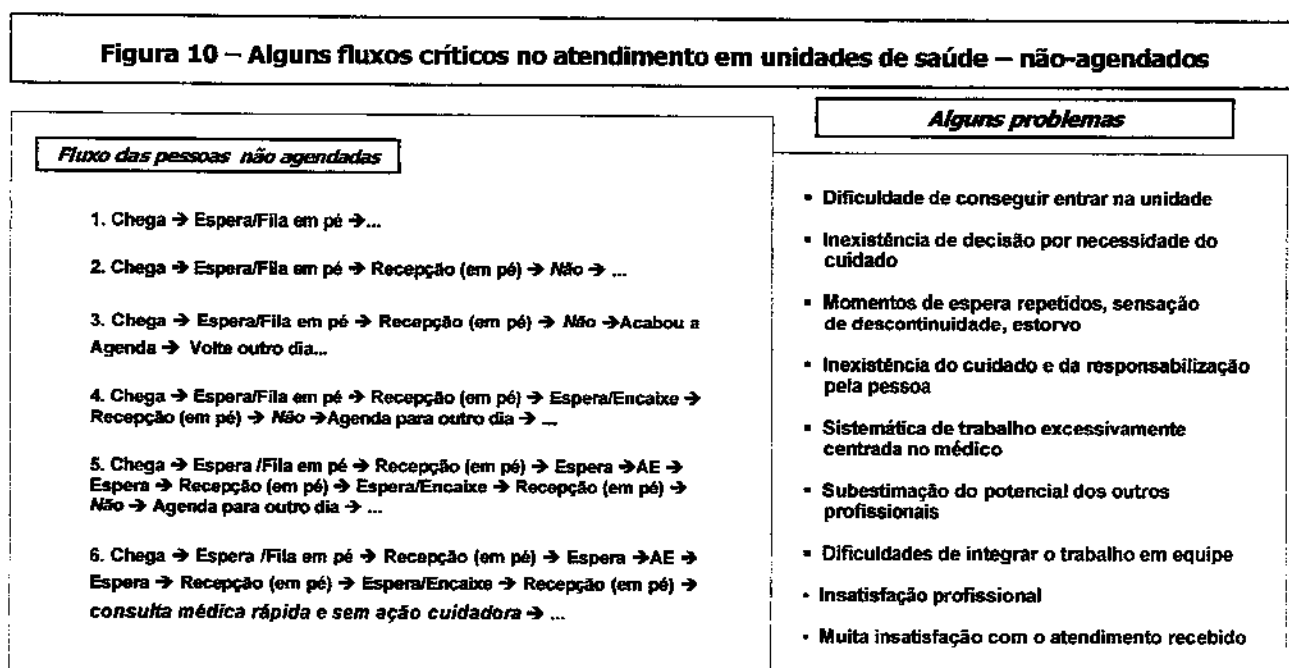
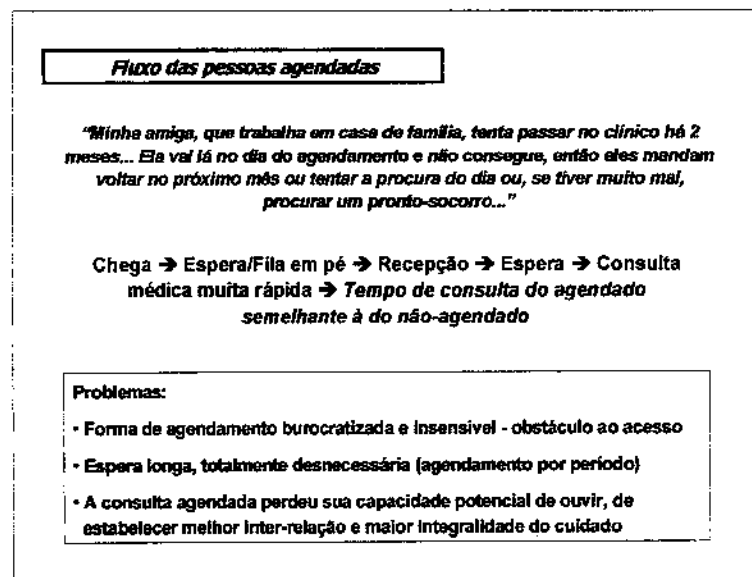


Figura 11 – Fluxos críticos – agendados



Como resultado do esforço da equipe técnica em avaliar criticamente o modo como o trabalho estava normalizado, questionou-se, sobretudo, a grande quantidade de recusas e obstáculos que os serviços cristalizavam em sua forma burocratizada de organização, dificultando o acesso das pessoas aos cuidados ou, simplesmente, a que fossem ouvidas pelos profissionais de saúde.

Nessas discussões o processo de mudança se defronta com uma questão sempre muito presente e reivindicada pela população que é a existência de um pronto-atendimento médico nos serviços. Ficou claro não ser possível um debate construtivo sobre esta forma de atendimento apegando-se, apenas, à crítica da visão médico-cêntrica. É necessário oferecer alternativas concretas para a situação objetiva de falta de acesso, de impenetrabilidade nos serviços, quando o problema do usuário não se enquadra na rigidez da burocratização programática interna. É necessário reconhecer que, diante da dificuldade de acessibilidade aos serviços, é pretensioso afirmar, para quem sequer tem acesso, que pronto-atendimento médico é *medicalização*. Assim, com essa rotulação esvazia-se o problema real e, a resposta à demanda espontânea, como uma das obrigações fundamentais da unidade básica, pode ser negligenciada. Essa situação tende a desmotivar a reorganização dos serviços, encontrando justificativas fáceis nas deficiências e limitações de recursos para construir uma alternativa. Assim, na prática, mantém-se um atendimento

tipo pronto-atendimento médico envergonhado, quando possível, e desde que não atrapalhe a programação da unidade. Observa-se que é preciso, portanto, procurar estabelecer conjuntamente com a população alternativas não só para essa aparente saída de pronto-atendimento médico, mas também para resolver o problema de acesso ao atendimento integral. Assim, foi se estabelecendo uma visão geral dos desafios da reorganização dos serviços:

A experiência acumulada permite afirmar que não basta abrir as portas, ou seja, encaminhar para consulta médica todos os que vêm à procura de assistência nos serviços, preenchendo as vagas eventuais que surgiram no dia, pela falta dos agendados. Gradativamente, também, vai se tornando insuficiente a alternativa de se criar um pronto-atendimento médico para suprir esta necessidade que se manifesta no balcão de recepção das unidades. Com estas alternativas estaríamos limitando as respostas a um problema de oferta e demanda por consulta médica e sairíamos, desenfreadamente, correndo atrás e incentivando uma medicalização, desnecessária e incontrolável, do processo de realização dos cuidados de saúde. Por outro lado, um modelo de organização dos serviços, para dar conta da integralidade da ação, deve encontrar formas adequadas para resgatar e valorizar a atenção clínica individual, recusando um sistema de baixa qualificação tecnológica – uma saúde para pobres. Estas situações reforçam a impossibilidade de resolver o problema com alternativas limitadas ao equilíbrio entre demanda e oferta por consultas médicas. Antes, é preciso redirecionar o papel destas atividades no conjunto das possibilidades multiprofissionais do serviço. É preciso desfocar os processos de trabalho do ato médico, como centro exclusivo das atividades, e reorientá-lo para o trabalho de equipe, incentivando a delegação de funções, na forma como o serviço organiza seus processos internos e os processos de trabalho dos profissionais de saúde (ITAPECERICA DA SERRA, 1999).

No primeiro semestre de 1998 são realizadas sete oficinas de trabalho para discussão da humanização/satisfação. Essas oficinas confluem para um encontro municipal sobre a satisfação da clientela nos serviços de saúde (figura 12).



Fonte: Jornal Fato Expresso – 21/03/1998

Figura 12

Com a idéia da satisfação, procurava-se propiciar maior articulação da idéia de mudança e reorganização do processo de trabalho com a incorporação da opinião e expectativas da população neste processo. Essas oficinas, compostas com grupos de profissionais de diferentes unidades, propunham incentivar o debate a partir de duas questões: a) um atendimento realizado que resolve o problema do usuário, mesmo que não resulte em sua satisfação, deve ser avaliado tecnicamente como bom? b) a recepção deve cuidar somente do recebimento do cliente e de sua correta orientação para o setor e, não deve interferir na organização dos serviços, no atendimento dos outros profissionais e muito menos procurar resolver problemas dos usuários?

Com estas questões provocava-se o debate sobre os limites da visão tecnicista que marginaliza o usuário, tratando-o como um objeto, e, ao mesmo tempo, refletia-se sobre o caráter do trabalho em equipe, sobretudo o papel da recepção e sua relação com as demais atividades. Algumas questões debatidas nesse processo revelaram um forte clima de animosidade: “Você fica ali atrás daquele balcão sob aquela pressão da fila... é como se fosse um paredão de fuzilamento...”, “Os usuários são mal-educados, já vem com pedras nas mãos, só querem saber do médico...”, “Os usuários são muito ignorantes, não têm nem noção da sua área de abrangência...”. A partir dos debates nestas oficinas firma-se um outro princípio do processo:

As expectativas, anseios e críticas dos usuários têm permanecido marginalizadas do processo de planejamento e programação dos serviços. O “balcão”, a recepção, por exemplo, tem sido um elemento executor de acomodações restritivas internas como resultado da burocratização dos interesses corporativos. Esta situação não tem sido suficientemente enfrentada apenas com novos modelos assistenciais. Há necessidade de se ampliar os espaços e as formas de diálogo entre planejadores, gerentes, profissionais e usuários para a construção de um novo processo coletivo e participativo na organização dos serviços. A proposta da humanização/satisfação deve ser entendida como um guia para um processo pedagógico e transformador dos serviços, dos profissionais e dos cidadãos (ITAPECERICA DA SERRA, 1998b).

A recepção, a forma e o conteúdo do primeiro contato passaram a ser considerados um ponto nevrálgico a ser atacado. Propunha-se:

A recepção-balcão tem que ser definida como de atendimento e não apenas como de ação burocrática ou de informação. A isto se incorpora a necessidade de uma equipe bem treinada, diferenciada do usual e ativa no controle dos processos internos da unidade, em resposta à

interação com a clientela. Acesso a todos, com resposta adequada ao que o usuário veio buscar e atendimento médico, odontológico, de enfermagem, psicológico ou outro, realizados de forma imediata nos casos necessários (ITAPECERICA DA SERRA, 1998b).

Nesta época firma-se um lema: *“Receber atendendo, atender para resolver, resolver com satisfação”*. O primeiro contato é cada vez mais entendido como um primeiro atendimento, que não pode mais ser resumido a uma informação administrativa e burocrática realizada num balcão de recepção.

Há, portanto, um entendimento progressivo de que, se o primeiro contato é um primeiro atendimento no qual decisões técnicas e humanas são tomadas sobre a melhor sequência de continuidade do cuidado a ser adotada, isto não pode continuar ocorrendo nos moldes de uma recepção em balcão. Esta nova “recepção”, capaz de ouvir, estabelecer uma melhor relação interpessoal, resolver questões e tomar decisão sobre a continuidade do cuidado, define-se com uma nova atividade a ser organizada em condições de acionar “retaguardas imediatas e mediatas”, sempre levando em conta as especificidades e particularidades locais. Foram consideradas retaguardas imediatas as ações desencadeadas para complementar o primeiro atendimento como: a consulta de retaguarda de enfermagem, médica, odontológica, psicológica, fonoaudiológica, assistência social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, etc; a realização de procedimentos de vacina, curativo, coleta de exames, inalação e outros. Foram consideradas retaguardas mediatas as ações já programadas que dão continuidade ao primeiro atendimento: atividades em grupo, acompanhamento programático da criança, da mulher e do adulto, ações de promoção e prevenção diretas na comunidade, ações intersetoriais com organizações da sociedade e com outras secretarias municipais, ações de vigilância epidemiológica e sanitária, referências externas, etc.

Firma-se, assim, como necessidade, não sem resistências, a tarefa de organizar um novo tipo de “recepção”, entendida como uma primeira atividade cuidadora com pessoal especificamente capacitado para isso, espaço físico e articulação com outras atividades internas, como retaguarda, e externas, como referências de uma unidade. Essas idéias passam a ser mais bem formuladas com a incorporação das contribuições teóricas e as experiências práticas desenvolvidas em outros municípios e sistematizadas no trabalho dos profissionais do LAPA-Unicamp, destacando-se a ênfase na questão da

responsabilização do serviço e recuperação da autonomia da pessoa assistida, na afirmação do ideal da saúde como defesa da vida e, especialmente, a contribuição sobre a proposta de Acolhimento. Assim, a nova atividade, proposta localmente em Itapeçerica da Serra, com ações a desenvolver, responsabilidades a cumprir e funções a desempenhar, adota, a partir de 1998, a denominação de Acolhimento, como em outras experiências em diferentes municípios.

Na evolução da discussão do Acolhimento definiram-se questões básicas sobre a reorganização do processo de trabalho:

- contínua reflexão da equipe de cada unidade de saúde sobre a situação da organização dos serviços e sua adesão crítica às necessidades de mudanças.
- superação do “balcão recepção” e sua substituição por três novas atividades correlacionadas, porém distintas: recepção/fluxo, serviço de prontuário e apoio ao usuário e Acolhimento.
- reorganização ampla da unidade de modo a estabelecer uma nova forma de relação com o usuário, direcionar e a valorizar o trabalho em equipe multiprofissional, definir e garantir ações de retaguarda imediatas e mediatas para o seu funcionamento.

São algumas condições necessárias para efetivação das mudanças no processo de trabalho:

Acolhimento:

- Espaço próprio e adequado
- Profissionais adequadamente capacitados. Para um acolhimento resolutivo avalia-se que é necessária a participação de profissionais de enfermagem. O ideal seria trabalhar com uma equipe com a participação de auxiliares de enfermagem. O Acolhimento necessita de supervisão direta permanente que pode ser atribuição de um enfermeiro em razão da sua formação e maior relação com a visão cuidadora.
- Resolver alguns problemas no próprio acolhimento: situações previstas nos protocolos de enfermagem, informações, queixas sanitárias, encaminhamentos e orientações gerais.
- Organizar a retaguarda imediata e a mediata e manualizar as referências externas.
- Registrar todos os atendimentos em formulário próprio padronizado.
- Nas unidades de pronto-socorro o Acolhimento assume algumas características particulares:

- Agilizar a identificação da gravidade do paciente definindo um cuidado emergencial nos casos necessários.
- Priorizar o atendimento segundo gravidade, risco de vida, separando problemas urgentes de eletivos. Para tanto se pode utilizar protocolos de identificação de gravidade. A maioria dos casos não poderá ser dispensada sem avaliação médica. Em algumas situações, entretanto, isto poderá acontecer, por exemplo, quando o usuário busca uma informação ou um esclarecimento. Nesse diálogo às vezes fica claro para o paciente que um determinado problema crônico que ele está enfrentado, sem alteração aguda, poderia ser mais bem conduzido na unidade de saúde básica de sua área; entretanto, se o paciente preferir ser consultado no OS, isto deverá ocorrer, segundo uma ordenação da fila por gravidade, conforme é proposto e definido em alguns protocolos técnicos.
- Atuar de forma pedagógica na discussão das funções do PS e das UBS.

Recepção/fluxo

- Organizar na porta da unidade uma atividade capaz de receber o usuário, identificar e rapidamente orientar as pessoas verificando quem é “demanda não esperada” e encaminhar para o Acolhimento, com senha quando for o caso.

Serviço de prontuário

- Redefinir o novo papel da recepção como serviço de prontuário e apoio ao usuário.
- Adequar os fluxos internos das outras atividades: consultas eventuais, agendamentos, matrículas, exames, etc.

Gradativamente, adota-se essa concepção geral de reorganização das unidades, procurando-se adaptá-la às condições particulares locais. Além disso, propõe-se como objetivos (ITAPECERICA DA SERRA, 1998b):

- Reduzir o tempo de espera e o tempo de agendamento, formatando a marca de um serviço atencioso, respeitador e humano.
- Reduzir ao mínimo as etapas burocráticas e necessidades de deslocamentos para o consumo de serviços. Simplificar as rotinas para solicitação e liberação de exames, terapias e internações, evitando estabelecer de forma unilateral procedimentos burocráticos obrigatórios aos usuários para acesso aos serviços.
- Desenvolver esforços para conhecer e incorporar expectativas e necessidades dos usuários, como prática permanente.

- Estabelecer um programa amplo de treinamento para todas as categorias e um espaço permanente de reflexão crítica das condições de trabalho e da organização dos serviços. Realizar treinamento de integração a todo funcionário novo, e adequar a uniformização e a identificação.
- Incentivar a delegação de funções e garantir o seguimento horizontal no serviço e os cuidados extramuros, ampliando a ação dos agentes comunitários de saúde.
- Elaborar protocolos para a retomada do papel clínico do enfermeiro e para o atendimento no acolhimento; implementar a consulta de enfermagem na rotina dos programas e como retaguarda do acolhimento; ampliar os cuidados em grupo e os trabalhos extramuros, as alternativas de cuidados (grupos de práticas corporais, de caminhada, prevenção com arte na saúde bucal, etc.).

Essas proposições foram explicitadas e contaram com a participação e discussão da população através dos conselhos de saúde de cada unidade, que culminaram na III Conferência Municipal de Saúde. A III Conferência teve como tema central a satisfação dos usuários com os cuidados de saúde. Assim, ganha força a questão da satisfação, ampliando e transformando a compreensão inicial do processo de mudança. As discussões da III Conferência, realizada em setembro de 1998, foram subsidiadas com documentos preparatórios e ocorreram nos bairros em torno de cada unidade de saúde, confluindo muitas opiniões e sugestões para as suas resoluções finais (ITAPECERICA DA SERRA, 1998c). A figura 13 apresenta as resoluções da III Conferência sobre as mudanças.

RESOLUÇÕES

1. Satisfação da Clientela

● Criar instrumentos de divulgação à população, como folhetos e folders, sobre os serviços de saúde do município.

● Trabalhar uma nova organização do serviço, que leve em conta a redução do tempo de espera no atendimento e no agendamento.

● Acolher adequadamente as pessoas que procuram o serviço, reorganizando o fluxo interno das Unidades e, inclusive, agilizando o retorno dos resultados dos exames laboratoriais.

● Criar uma recepção que resolva ou encaminhe as questões trazidas ao serviço de saúde, estabelecendo uma convivência saudável no relacionamento entre o serviço e a clientela.

● Estabelecer uma relação Cliente/Funcionário, buscando resgatar o exercício da cidadania,



Delegados aprovam resoluções durante Conferência

através de educação, respeito mútuo, fraternidade e sensibilidade.

● Garantir que todos os funcionários, no desempenho de suas funções, sejam criteriosos, buscando resolver as questões trazidas pelo cliente.

● Ampliar atividades desenvolvidas fora das Unidades de Saúde, buscando aprimorar o vínculo com a comunidade.

● Criar um Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC), das Unidades de Saúde e do município, de modo a permitir a apropriação do bem público como um bem coletivo.

● Promover encontros de Conselheiros, objetivando capacitá-los para um melhor desempenho de suas atividades.

● Criar Fórum de debates para Conselheiros e Funcionários, para o estabelecimento de me-

didias que aprimorem a política de Satisfação da Clientela.

● Estabelecer política de Recursos Humanos, integrada à política de Satisfação da Clientela, que oriente as atividades de recrutamento, seleção, capacitação e avaliação periódica dos funcionários, para um atendimento com qualidade, que garanta orientação e resolução dos problemas da clientela.

● Implementar política de Recursos Humanos, com propostas para viabilização de plano de cargos e carreiras, bem como política de salários e de estímulos, com medidas que facilitem a vida do funcionário, como entrega de cesta básica e de vale transporte nas Unidades, além de estudar a inclusão dos funcionários do Estado CLT, no plano de saúde da Prefeitura de Itapecerica da Serra.

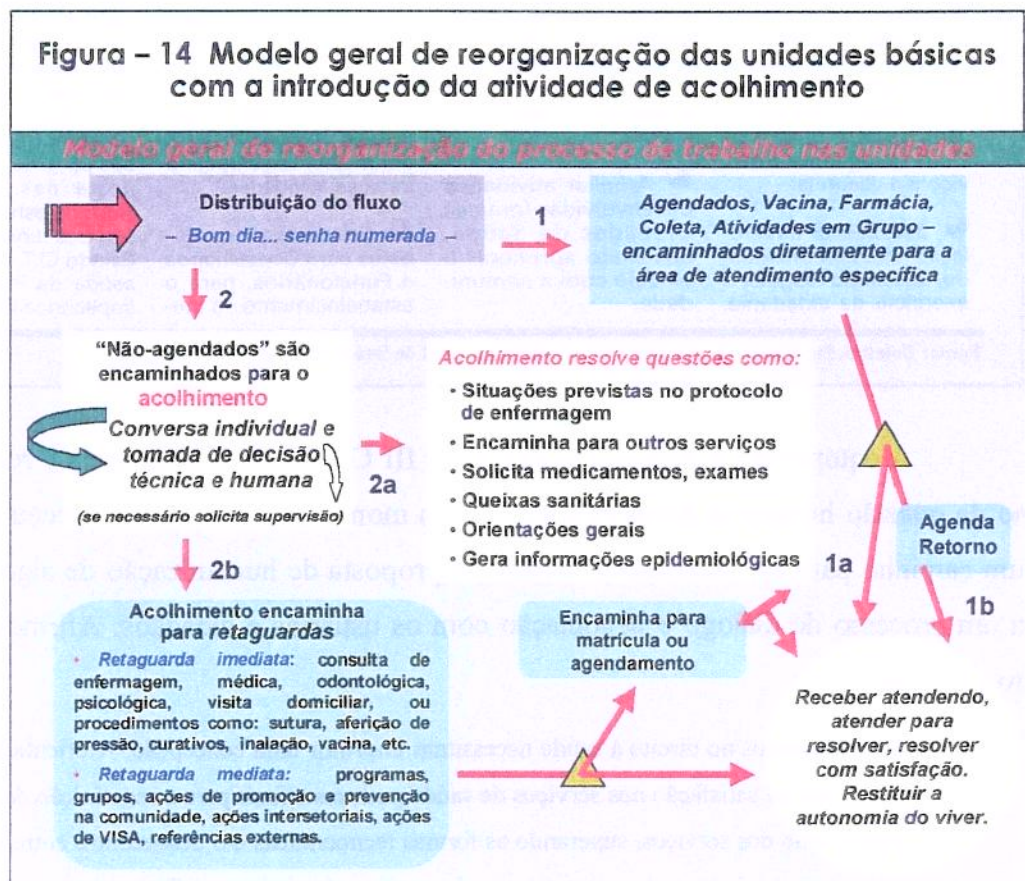
Fonte: Boletim das Resoluções da III Conferência Municipal de Saúde – outubro de 1998

A equipe da Secretaria avaliou que a III Conferência, preparada e realizada em torno da questão humanização/satisfação, foi um momento decisivo. Favoreceu a abertura de um caminho para as mudanças e ampliou a proposta de humanização de algo unilateral para um processo de diálogo e negociação com os usuários e cidadãos. Afirmou-se assim outro princípio:

Os interessados no direito à saúde necessitam imprimir uma concepção. A orientação oferecida pela busca da satisfação nos serviços de saúde pode contribuir para a redefinição do processo de organização dos serviços, superando as formas tecnocráticas e o desencontro entre profissionais e usuários, estabelecendo novas formas de compromisso entre profissionais e cidadãos. Assim, o processo proposto pode se articular de forma concreta com a disputa de uma concepção do

que deve ser a saúde, numa relação pedagógica para a construção de novos serviços (ITAPECERICA DA SERRA, 1999).

Como atividades para implementar as mudanças, priorizou-se a organização de um novo trabalho da recepção com o “desmonte do balcão”, a estruturação do Acolhimento e a articulação das demais ações dos serviços num todo integrado: o trabalho em equipe, as retaguardas do acolhimento, o trabalho extramuros, as rotinas de agendamento, matrícula e retorno, o atendimento em grupo. Na época, foi inclusive realizada uma visita, pela equipe de Itapecerica da Serra, à experiência de funcionamento da atividade de acolhimento implementada no Centro de Saúde Vila Mariana, no município de São Paulo, desenvolvida com a assessoria do LAPA-Unicamp. Na figura 14 apresenta-se um modelo geral de funcionamento de uma unidade de saúde reorganizada, com a inclusão da atividade de acolhimento. Esse modelo foi proposto para ser adaptado às condições particulares de cada serviço.



No início do ano de 1999, foram aplicados questionários para levantar algumas opiniões dos usuários em três unidades que se preparavam para iniciar as atividades de acolhimento. A figura 15 apresenta os principais dados desse levantamento – sem uma preocupação de análise estatística, apenas como visão geral –, que, no fundamental, eram semelhantes aos de outros levantamentos similares realizados naquele período. Os dados confirmam problemas na organização dos serviços (também apontados nas discussões da III Conferência), destacando-se: 80% dos usuários não tinham atendimento agendado, apenas a metade conseguia resposta para o motivo da procura ao serviço, 40% saíam insatisfeitos com o atendimento recebido e os problemas na forma de funcionamento do serviço (demora, não atender quando mais precisa, falta de informação) correspondem aos mais apontados.

**Figura 15 – Questionário: opinião dos usuários
(média de três unidades, jan./fev. de 1999)**

Perguntas para usuários que estavam deixando o serviço		
1. O que você veio buscar no centro de saúde hoje?	freq. em %	
Passar no médico	27%	
Pegar remédio	25%	
Marcar consulta	21%	
Coleta/resultado de exame	13%	
Vacina	5%	
Medicação, medir pressão, curativo	7%	
Atestado	2%	
2. Tinha atendimento agendado para hoje?	Sim	20%
	Não	80%
3. Conseguiu o que veio procurar?	Sim	51%
	Não	49%
4. Está satisfeito com o atendimento?	Sim	60%
	Não	40%
5. O que não foi bom e podia melhorar?		
Demora para marcar/remarcar consulta	17%	
Demora e erro nos resultados de exames	15%	
Não atender quando mais se precisa	13%	
Médico demora para chegar e atende mal	13%	
Falta informação e organização	13%	
Falta remédio	11%	
A educação e a demora na recepção	11%	
Muita espera na fila	9%	
6. Tempo médio de permanência no serviço		
média em minutos	53	
mediana em minutos	30	

Com base no desenvolvimento da concepção da humanização/satisfação e no fortalecimento das intenções de mudança, com a III Conferência, a partir do ano de 1999 as mudanças são realizadas de maneira mais sistemática e articulada.

7. A COMBINAÇÃO DE TRÊS ESTRATÉGIAS

O desenvolvimento da concepção do processo foi definindo melhor as mudanças necessárias e a natureza da proposição da humanização/satisfação, indicando uma intenção de buscar a satisfação como “um caminho para transformar a insatisfação em ação pública, reconhecendo conflitos, quebrando o monólogo técnico e abrindo o diálogo para a construção de um projeto político para a saúde” (ITAPECERICA DA SERRA, 1998b).

Com as delimitações do processo, a definição da proposta da humanização/satisfação vai deixando de ser uma intenção genérica e, gradativamente, consolida-se como diretriz política, entendida como uma declaração de propósitos comuns, de modo que servisse como um guia genérico para as ações (CHIAVENATO, 1982). Diversificadas e em várias direções, muitas ações vão surgindo, algumas de forma espontânea em cada unidade e, outras, planejadas centralmente. Essas atividades, realizadas de forma combinada e simultânea, podem ser ordenadas segundo três conjuntos de ações, constituindo num todo orgânico em que os problemas isolados são coligados uns aos outros, exprimindo uma concepção e esclarecendo-se reciprocamente:

1. atividades voltadas para a reflexão crítica, formação e participação dos profissionais;
2. atividades voltadas para a ampliação dos canais de comunicação e participação do cidadão;
3. atividades voltadas para a reorganização dos serviços, procurando incorporar as opiniões, anseios e críticas dos profissionais e usuários.

Esses três conjuntos, em moto-contínuo, passaram a ser compreendidos como três estratégias de intervenção, porquanto se configuravam em grupos de atividades se reforçando mutuamente, seguindo um curso delineado de como utilizar os recursos disponíveis, estabelecendo as direções para as quais se desejava caminhar (CHIAVENATO, 1982). Estratégias, portanto, como um conceito unificador de um dado conjunto de atividades.

Apresenta-se, na figura 16, a diretriz estabelecida, bem como seus desdobramentos, segundo as três estratégias e atividades. Na sequência, apresenta-se um detalhamento das atividades, respectivos produtos e objetivos (figuras 17, 18 e 19).

Figura 16 - Diretriz, estratégias e atividades realizadas no processo de mudança

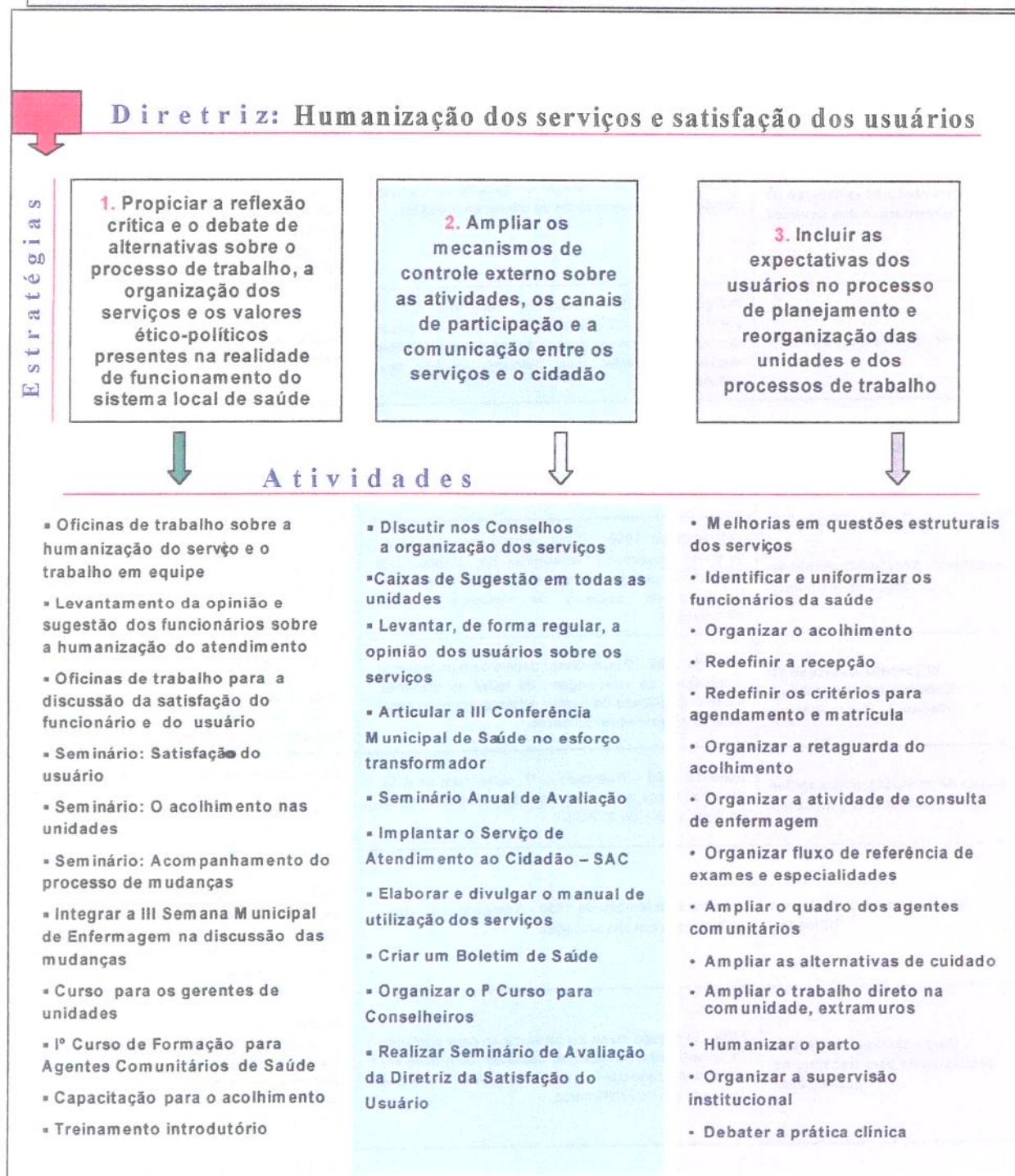


Figura 17 - Atividades realizadas, produtos e objetivos, segundo a Estratégia 1:

propiciar a reflexão crítica e o debate de alternativas sobre o processo de trabalho, a organização dos serviços e os valores ético-políticos presentes na realidade de funcionamento do sistema local de saúde

Atividades	Produtos	Objetivos
Oficinas de trabalho sobre a humanização do serviço e o trabalho em equipe	outubro e dezembro de 1997 - Realizadas 5 oficinas gerais, tendo continuidade com discussões em cada unidade. Foram realizadas diferentes atividades para maior integração da equipe e melhorar o relacionamento entre os funcionários. Este processo foi avaliado, positivamente, no seminário de balanço de fim de ano.	Propiciar aos funcionários oportunidades de construir um melhor relacionamento da equipe de trabalho, procurando enfrentar de forma transformadora um clima crescente de animosidade e individualismo.
Levantamento da opinião e sugestão dos funcionários sobre a humanização do atendimento	1998 - Aplicado questionário para levantamento, em todas as unidades, de sugestões e críticas dos funcionários que, em seguida, foram discutidas internamente, sendo muitas das sugestões adotadas.	Abrir o processo de discussão da necessidade de mudanças, construídas com ampla e aberta participação.
Oficinas de trabalho para a discussão da satisfação do funcionário e dos usuários	1998 - Realizadas 7 oficinas de trabalho com grupos compostos por funcionários de diferentes unidades.	Discutir a idéia da satisfação, propiciar maior clareza da articulação da idéia de mudança com a necessidade de reorganização do processo de trabalho, priorizando, o trabalho em equipe, a implementação do acolhimento, o trabalho extramuros, a reorganização das funções da recepção, dos prontuários e das rotinas de agendamento e matrícula.
Seminário: Satisfação do usuário	março de 1998 - Realizado seminário com a participação de 123 funcionários. Marcou a afirmação de um lema do processo de mudança: "receber atendendo, atender para resolver, resolver com satisfação".	Ampliar os debates e a reflexão sobre os problemas e a diretriz proposta.
Seminário: O acolhimento nas unidades	junho de 1999 - Após discussões internas, cada unidade apresentou sua visão sobre o acolher do usuário e sobre como pretendia desenvolver esta concepção na organização interna do serviço.	Discutir com os gerentes, chefias de enfermagem e administrativa a necessidade e viabilidade de um serviço preocupado com o acolher do usuário e a organização específica da atividade de acolhimento.
Seminário: Acompanhamento do processo de mudanças	setembro de 1999 - Cada unidade, em discussões internas, preparou e apresentou um balanço dos debates e ações desenvolvidas, bem como uma avaliação do processo de mudança e suas dificuldades.	Acompanhamento das discussões em cada unidade socializando as iniciativas adotadas localmente.
III Semana Municipal de Enfermagem integrada na discussão das mudanças	maio de 1999 - Desenvolvido debate com enfermeiros e auxiliares de enfermagem, de todas as unidades, sobre o significado da diretriz adotada e o novo papel da enfermagem nesse processo.	Discutir o tema da humanização e satisfação do usuário articulando-o com o trabalho de enfermagem, particularmente o incentivo à retomada do papel clínico dos enfermeiros como necessidade da reorganização dos serviços.
Curso de formação para agentes comunitários de saúde	maio de 1999 - Realizado o 1º. curso para os ACS, com 200 horas aulas, com conteúdo prático e teórico para um grupo de 35 ACS.	Integrar a proposta dos ACS no esforço de ampliar o trabalho fora da unidade, direto na comunidade, com a preocupação de ampliação dos mecanismos do controle social e dos canais de comunicação.
Curso para os Gerentes de Unidades	outubro a dezembro de 1999 - Realizado o 1º. curso para os gerentes das unidades.	Debater o momento do SUS, o controle social, o processo de mudança organizacional, os modelos assistenciais, a satisfação do usuário, o processo de trabalho e a reorganização dos serviços, procurando contribuir para ampliar o debate dos temas articulando os com as mudanças em curso.
Curso de capacitação dos profissionais para trabalhar no acolhimento	1999 - Realizado curso de capacitação para auxiliares de enfermagem de todas as unidades, com base em protocolos técnicos e nas principais questões demandadas no acolhimento.	Capacitar auxiliares de enfermagem para um acolher em condições de resolver questões e problemas e encaminhar adequadamente o usuário aos serviços disponíveis na unidade ou através do sistema de referência, de forma a possibilitar uma resposta mais humana e resolutiva na sua atividade.
Treinamento introdutório para todos os funcionários ingressantes	1999 - Funcionários ingressantes no sistema municipal de saúde passaram a participar de treinamento introdutório.	Criar um módulo de treinamento introdutório com conteúdo amplo sobre o trabalho de saúde no município, o significado do SUS, o processo de reorganização dos serviços, segundo a diretriz de satisfação dos usuários.

Figura 18 - Atividades realizadas, produtos e objetivos, segundo a Estratégia 2:

ampliar os mecanismos de controle externo sobre as atividades, os canais de participação e a comunicação entre os serviços e o cidadão

Atividades	Produtos	Objetivos
Discutir nos Conselhos a organização dos serviços	iniciado em 1997 - Os Conselhos, em especial os locais, passaram a debater e questionar, com maior frequência, questões internas da organização dos serviços, além das questões de ampliação de recursos.	Manter a regularidade e a periodicidade das reuniões e ampliar a pauta de discussões, valorizando as questões sobre funcionamento, organização e relacionamento estabelecido pelos serviços e seus profissionais com os usuários.
Reorganizar as caixas de sugestão em todas as unidades	1997 - Implantada, em todas as unidades, com impresso padronizado e ampla divulgação sobre o seu funcionamento e importância, para usuários e trabalhadores da saúde.	Analisar rotineiramente as opiniões, críticas e sugestões, depositadas nas caixas, em reunião com o Conselho de Saúde, dando voz e importância às críticas e sugestões cotidianas.
Levantar de forma regular a opinião dos usuários sobre os serviços	iniciado em 1997 - Questionários elaborados e aplicados em cada unidade e realização de reuniões em grupo, com usuários, para sua discussão.	Valorizar a opinião dispersa dos usuários, como fonte de avaliações na discussão da organização dos serviços; procurar incorporar, de forma rotineira esta atividade nas práticas gerenciais.
Articular a III Conferência Municipal de Saúde no esforço transformador	setembro de 1998 - O processo de preparação realizado através de pré-conferências envolveu funcionários e usuários no debate sobre a satisfação com os serviços. Na conferência foi aprovada a prioridade da busca da satisfação dos usuários, a implantação do acolhimento e do SAC.	Ampliar, democratizar e envolver profissionais e usuários no debate sobre a satisfação com atendimento e a organização dos serviços de saúde.
Seminário Anual de Avaliação	dezembro de 1998 - 145 participantes, entre funcionários e conselheiros, debateram propostas para a continuidade do processo.	Ampliar o debate e avaliar as ações realizadas no processo de reorganização dos serviços com a participação dos funcionários e conselheiros.
Implantar o Serviço de Atendimento ao Cidadão (SAC)	implementado em julho de 1999 - Com linha telefônica de discagem gratuita, sistema computadorizado de controle de queixas. Ficou, também, responsável por manter o Manual de informações sobre os serviços, acompanhar as análises das caixas de sugestão, elaborar o Boletim da Saúde e operar o sistema de referência para serviços externos ao município.	Abrir novos canais de comunicação com os usuários, organizar e disponibilizar informações sobre o sistema municipal de saúde e contribuir para a reorganização dos serviços.
Manual de utilização dos serviços	1999 - Foi organizado e elaborado o Manual de Informações para a utilização dos serviços.	Informar o papel de cada serviço, organizando as informações sobre serviços disponíveis, ordenando as referências no município e as utilizadas em outras localidades. Contribuir com a definição e o disciplinamento do sistema de referência.
Boletim de saúde	Iniciado em abril de 2000, com periodicidade mensal e tiragem de 1000 exemplares, é elaborado com a participação de funcionários de todas as unidades e de conselheiros.	Estabelecer mais um espaço de troca de idéias e participação. Divulgar, regularmente, informações sobre os serviços, atividades comunitárias, experiências e inovações, procurando ampliar as trocas de informações entre as equipes de saúde e destas com os usuários.
1º curso para conselheiros	novembro e dezembro de 1999 - Contou com a participação dos membros do Conselho Municipal de Saúde e dos Conselhos Locais de Saúde.	Disponibilizar informações sobre a história do sistema de saúde, sua organização e serviços disponíveis. Debater o significado do controle social e as conquistas da cidadania.
Seminário de Avaliação da Diretriz da Satisfação do Usuário	dezembro de 2000 - Foram realizadas 52 entrevistas anônimas estratificadas em quatro grupos: gestores, funcionários, conselheiros e usuários. O material foi organizado e devolvido para a discussão em Seminário com a presença dos entrevistados, demais funcionários e conselheiros.	Organizar um seminário de balanço da diretriz da satisfação do usuário desenvolvida nos últimos 3 anos, como forma de avaliar e discutir suas contribuições no processo de reorganização e melhoria do atendimento nos serviços.

Figura 19 - Atividades realizadas, produtos e objetivos, segundo a Estratégia 3:

Atividades	Produtos	Objetivos
Realizar melhorias em questões estruturais dos serviços	1997/98 - Melhorias das acomodações na sala de espera, da limpeza das salas, da conservação predial, instalação de bebedouros, reorganização do layout e melhorias na sinalização interna.	Valorizar o encontro com os usuários, melhorar as condições de trabalho e resolver questões estruturais que eram focos de permanentes críticas dos usuários e dos funcionários.
Identificar e uniformizar os funcionários da saúde	1998 - Funcionários uniformizados e com crachá de identificação.	Deixar mais claro, transparente e respeitoso o contato entre usuários e funcionários.
Organizar o acolhimento	setembro de 1998 - Iniciada a implementação da atividade de acolhimento em uma unidade, sendo concretizada de forma gradual e desigual nas demais, com seguidos avanços e recuos.	Organizar o primeiro contato dos usuários com o serviço, incorporando demandas até então sem acesso ao serviço.
Redefinir as funções da recepção	setembro de 1998 - Recepções foram gradativamente redefinidas como guarda de prontuários e para a realização de registros sem poder decisório sobre a demanda, mas há tentativas frequentes em retomar o papel decisório.	Reorganizar a recepção, na continuidade da implementação do acolhimento, de forma a reorientá-la, retirando do "balcão de recepção" o poder decisório sobre o acesso aos cuidados.
Redefinir os critérios para agendamento e matrícula	setembro de 1998 - O agendamento ficou mais flexível, sem controle exclusivo dos interesses corporativos e com autonomia local na sua definição, segundo suas particularidades.	Procurar valorizar a relação com os usuários e estabelecer autonomia e criatividade local no ordenamento da oferta dos serviços.
Organizar a retaguarda do acolhimento	setembro de 1998 - Iniciada a organização do atendimento imediato como suporte do acolhimento, via reorganização da agenda médica, odontológica e da maior atividade clínica do enfermeiro.	Responder com atendimento clínico imediato sempre que necessário.
Humanizar o parto na Maternidade Municipal	1998 - Garantia do parto no município; realização de visita prévia das gestantes à maternidade; direito de permanência de acompanhante; indicações de cesárea discutidas e com supervisão técnica; alojamento conjunto, estímulo ao aleitamento; alta com consulta agendada na UBS e visita domiciliar às puérperas e ao recém-nascido de risco.	Melhorar a qualidade da assistência ao parto, valorizando a relação com a gestante, a parturiente e os familiares.
Organizar a atividade de consulta de enfermagem	1999 - Incentivada a retomada do papel clínico do enfermeiro e sua articulação como retaguarda do acolhimento. A consulta de enfermagem começa, com resistências, a atuar como suporte para o acolhimento.	Descentrar a ação clínica como atributo exclusivo da atividade médica, valorizar o trabalho em equipe e ampliar as possibilidades de resposta da retaguarda do acolhimento.
Organizar o fluxo de referência para exames e especialidades	1999 - Reorganizado o fluxo dos exames e melhorada a articulação com os serviços de apoio diagnóstico.	Corrigir os graves problemas de demora e extravio de resultados de exames de apoio diagnóstico.
Ampliar o quadro dos agentes comunitários de saúde	2000 - Ampliado o quadro de agentes, que foram treinados de forma a incorporarem-se no esforço transformador dos serviços.	Ampliar a ação direta na comunidade, os canais de diálogo e informações e trazer para dentro do serviço demandas não expressas.
Ampliar os cuidados em grupo e implantar alternativas de cuidado	2000 - Ampliados os grupos de hipertensos e diabéticos e as atividades de práticas corporais em todas as unidades básicas.	Ampliar a capacidade de resposta das unidades, a adesão dos pacientes ao tratamento e combater a excessiva e desnecessária medicação dos cuidados.
Reorganizar a referência entre as unidades com o Pronto-Socorro Central	Não aconteceu.	Reduzir as consultas desnecessárias em ambiente de pronto-socorro.
Organizar a supervisão institucional	2001 - Definidos princípios da supervisão institucional e três profissionais para atuarem como "supervisores-apoiadores", segundo grupos de unidades.	Realizar supervisão das unidades, segundo a concepção de um problematizador externo, com uma preocupação em favorecer a difusão dos princípios institucionais e de ser um facilitador nas negociações das equipes locais.
Debater com o corpo médico a necessidade de uma nova prática clínica	2001 - Questão apenas introduzida, pontualmente, nos treinamentos específicos dos médicos, e especialmente na concepção e organização do 1º Curso de Aprimoramento Médico - 2001.	Questionar e reformular a prática clínica na rede básica de saúde, ampliando e humanizando sua realização, e debater questões prioritárias do saber técnico da medicina.

Uma observação global das intenções manifestas com o processo, seus princípios, estratégias e atividades, sugere uma gradativa aproximação com a visão do SUS como política básica. Vale destacar algumas opções que refletem uma preocupação de viabilizar a saúde como direito. Reforçam essa tendência diversas atividades inseridas no esforço da diretriz política, articuladas em torno da primeira estratégia: oficinas voltadas à reflexão crítica sobre a organização dos serviços, sobre a idéia de humanização e satisfação, sobre a importância do trabalho em equipe multiprofissional para a reorganização dos serviços; formação dos profissionais e o debate sobre o processo de trabalho, cursos específicos para gerentes, para a capacitação dos acolhedores, para os Agentes Comunitários, procurando ampliar o trabalho fora da unidade, integrando-os na proposta geral de mudança; adoção da participação de um supervisor institucional com o papel de apoiador e problematizador dos debates e negociações das equipes locais. Concomitantemente, trabalha-se a ampliação de canais de participação, a construção de uma ação conjunta com o cidadão, procurando romper os procedimentos e normas unilaterais, valorizando um relacionamento mais dialógico e de negociação. Redirecionam-se as instâncias já existentes, como por exemplo a III Conferência Municipal, a III Semana de Enfermagem e as caixas de sugestão; abrem-se novas possibilidades, como a implementação do Serviço de Atendimento ao Cidadão, o levantamento rotineiro de opiniões, o manual de utilização dos serviços, o Boletim da Saúde, o curso para os conselheiros e os seminários com a população para avaliação da diretriz da satisfação.

Estas duas estratégias complementam-se e se concretizam com a busca da reorganização dos serviços, que ganha uma tonalidade de ruptura com a acomodação nas normas existentes e, ao questioná-las, procuram imprimir novas direções: reorganizar o primeiro contato entre os usuários e o serviço, redefinir funções da recepção; valorizar a consulta de enfermagem e as funções de cada profissional no trabalho em equipe; ampliar os cuidados em grupo; ampliar as atividades diretas na comunidade, rompendo os muros da unidade em uma ação planejada e intencional, e não mais episódica; implementar a atividade de acolhimento, corrigir erros na retaguarda de exames, debater com o corpo médico a necessidade de uma nova prática clínica e descentrar a ação clínica como atributo exclusivo da atividade médica.

Entretanto, é na execução destas mudanças para a reorganização concreta dos serviços que o processo demonstra sua tendência de permanente disputa de visões e interesses. A polêmica com as heranças do SUS, somadas às novas dificuldades para a implementação das mudanças, tornaram-se mais evidentes, expressando diferentes modos de compreender o processo e de enfrentar as questões concretas na negociação entre os sujeitos envolvidos.

8. ALGUMAS OBSERVAÇÕES SOBRE AS DIFICULDADES DO PROCESSO

Apresentado um panorama geral da evolução da concepção e das atividades propostas e realizadas, procuramos, a seguir, reunir algumas informações coletadas ao longo do processo, retomando algumas polêmicas e dificuldades na implementação das mudanças, que podem contribuir para uma maior exploração do caso.

No mês de setembro de 1999, já com algumas atividades definidas e em curso, a Secretaria resolveu fazer uma primeira avaliação coletiva da efetiva implementação das mudanças do período 1997-99, em cada unidade, procurando discutir as dificuldades e a viabilidade da reorganização proposta (figura 20). Para tanto, realizou-se um seminário, com a participação dos gerentes, chefias administrativas, enfermeiros, pessoal do acolhimento (caso houvesse) de cada unidade e técnicos da sede da Secretaria.

Figura 20

Avaliação do Programa de Reorganização dos Serviços

Programa

1. Apresentação do balanço das iniciativas em cada unidade (questionário roteiro)
2. Discussão da necessidade e dos pontos que dificultam e favorecem a implementação da reorganização
3. Discussão sobre a viabilidade da reorganização

Itapeceira da Serra, 2 de setembro de 1999.

Neste seminário, como preparação, cada grupo debateu e respondeu a um questionário que buscava avaliar dois aspectos: a implementação de ações visando à mudança, sob a responsabilidade de cada unidade e da sede da Secretaria (figuras 22 e 23), e, ainda, uma rápida avaliação de resultados obtidos (figura 24). O mesmo questionário utilizado nesse seminário de 1999 foi repetido em setembro de 2001, num seminário similar, e os resultados são apresentados nas mesmas figuras (21, 22 e 23) para facilitar a comparação.

Figura 21 – Questionário – avaliação das equipes de gerência das unidades de saúde sobre ações implementadas pelas unidades – situação em 1999 e 2001

Ação implementada	% das respostas em 1999			% das respostas em 2001		
	Sim	Parcial	Não	Sim	Parcial	Não
1. Discussão com a equipe da unidade sobre a estratégia de reorganização da unidade, a articulação da proposta com o processo de humanização e satisfação e participação da equipe na gestão	38%	38%	25%	71%	29%	0%
2. Iniciativas para levantamento da satisfação dos usuários	38%	25%	38%	71%	14%	14%
3. Uniformização e identificação dos funcionários	63%	38%	0%	14%	86%	0%
4. Discussão com a equipe: importância do acolhimento, consulta de enfermagem, incentivo à abordagem multiprofissional, integração, articulação e redefinição das demais atividades da unidade em função da existência e papel do acolhimento	63%	13%	25%	71%	29%	0%
5. Melhorias na acomodação dos usuários, bebedouro...	13%	38%	50%	29%	29%	43%
6. Definição e preparo da equipe para o trabalho no acolhimento	25%	38%	38%	57%	43%	0%
7. Definição de uma coordenação para o acolhimento	50%	0%	50%	71%	29%	0%
8. Instalação e operação de mesa ou outro mecanismo na entrada da unidade para orientação do fluxo	13%	25%	63%	57%	29%	14%
9. Início das atividades do acolhimento	50%	0%	50%	100%	0%	0%
10. Redefinição das funções de recepção	75%	0%	25%	88%	14%	0%
11. Organização e definição da consulta de enfermagem como parte da retaguarda do acolhimento	29%	14%	57%	88%	14%	0%
12. Consulta de enfermagem acontecendo na rotina do serviço	57%	14%	29%	86%	14%	0%
13. Reorganização do fluxo, registros e controle dos exames	63%	38%	0%	71%	29%	0%
14. Redefinição dos critérios de matrícula	86%	14%	0%	86%	14%	0%
15. Ampliação do atendimento em grupo	33%	17%	50%	88%	14%	0%
16. Ampliação do trabalho extramuros, articulando os agentes comunitários	57%	0%	43%	88%	14%	0%
17. Controle, pelo acolhimento, dos faltosos agendados e ocupação das vagas com os casos mais necessários - decisão técnica e humana sobre o acesso aos cuidados	63%	13%	25%	71%	29%	0%
18. Preenchimento adequado do registro de atendimento no acolhimento	29%	0%	71%	71%	29%	0%
19. Aplicação de questionário após modificações no serviço	29%	0%	71%	0%	29%	71%
20. Implementação do formulário padronizado para a caixinha de sugestões	50%	0%	50%	71%	0%	29%
21. Análise periódica das sugestões e queixas depositadas na caixinha	75%	0%	25%	71%	14%	14%
Média das respostas	47%	15%	37%	67%	24%	9%

Figura 22 – Questionário – opinião dos grupos das equipes de gerência das unidades de saúde sobre ações implementadas pela sede da Secretaria – situação em 1999 e 2001

Sede - Ações implementadas	situação em 1999			situação em 2001		
	Sim	Parcial	Não	Sim	Parcial	Não
1. Organização da Central do SAC			X	X		
2. Linha exclusiva para a Central			X	X		
3. Registro adequado e retorno aos reclamantes			X		X	
4. Informatização e acompanhamento estatístico das ocorrências			X	X		
5. Divulgação do serviço			X		X	
6. Elaboração dos manuais de utilização e de referência		X		X		
7. Supervisão e discussão dos resultados das caixinhas de sugestão		X				X
8. Definição da equipe de supervisão			X	X		
9. Definição de auditoria de prontuários			X			X
10. Organização de treinamento introdutório para os funcionários			X	X		
11. Boletim da Saúde			X		X	
12. Curso de conselheiros			X	X		
13. Curso de gerentes			X	X		
14. Curso para médicos			X	X		
15. Curso para agentes comunitários de saúde			X	X		
16. Curso de capacitação para o acolhimento			X		X	
Total	0	2	14	10	4	2

Figura 23 – Questionário – opinião dos grupos das equipes de gerência das unidades de saúde sobre alguns resultados obtidos – situação em 1999 e 2001

Alguns resultados obtidos	% das respostas em 1999			% das respostas em 2001		
	Melhor	Inalterado	Pior	Melhor	Inalterado	Pior
1. Tempo de espera	75%	13%	13%	86%	0%	14%
2. Filas na unidade - pessoas aguardando informação ou orientações básicas iniciais	71%	29%	0%	100%	0%	0%
3. Acomodação na sala de espera	0%	75%	25%	14%	57%	29%
4. Permanência dos médicos na unidade	38%	50%	13%	71%	29%	0%
5. Duração da consulta médica	13%	88%	0%	43%	57%	0%
6. Qualidade dos registros médicos	0%	100%	0%	86%	14%	0%
7. Motivação dos médicos para o trabalho	25%	63%	13%	57%	43%	0%
8. Relação dos médicos com o paciente	25%	75%	0%	86%	14%	0%
9. Motivação e satisfação profissional da equipe	50%	38%	13%	71%	29%	0%
10. Situação dos exames	38%	38%	25%	57%	29%	14%
11. Queixas e reclamações	38%	50%	13%	86%	14%	0%
12. Opinião dos usuários sobre o serviço	50%	50%	0%	71%	29%	0%
Média das respostas	35%	56%	9%	69%	26%	5%

No seminário de 1999, os debates foram intensos, procurando-se compreender o significado dos resultados pífios expressos nos questionários, como pode ser observado. Houve uma constatação crítica das dificuldades na implementação das ações, com uma baixa adesão das equipes ao processo, embora não houvesse, aparentemente, um questionamento aos princípios, necessidades e rumos gerais das mudanças propostas.

No geral, as dificuldades da implementação do Acolhimento e sua avaliação inicial são muito semelhantes a outras experiências (GUTMARÃES, 1997; LEITE et al., 1999; PUCCINI, 1999). Na discussão do processo de implementação e funcionamento do Acolhimento, FRANCO et al. (1999), enfatizam que ele pressupõe uma gestão participativa, baseada em princípios democráticos, sem o que não se estabelece uma necessária adesão dos trabalhadores à nova diretriz para mudança no modelo tecno-assistencial. Destacam, no caso dos médicos, que a dificuldade da adesão parece ser uma questão mais ampla, constatando que o processo de trabalho desses profissionais não foi alterado, tanto quanto era necessário, resistindo com a “velha lógica da consulta/agenda”. Observam, ainda, que a inserção dos médicos na proposta de mudança não acontece sem tensões – há questionamentos às novas funções do enfermeiro, à mudança do papel de serventia do auxiliar de enfermagem, enfim, à redução de poder com a maior autonomia dos profissionais não médicos.

Com as primeiras iniciativas para a concretização do Acolhimento, em Itapecerica da Serra, surgem duas importantes polêmicas. Uma primeira polêmica pode ser apresentada da seguinte forma: “O acolhimento é um papel de todos os profissionais das unidades. Tem que ser um valor geral. Todos acolhendo bem, o serviço anda melhor e sem problemas. Uma recepção bem acolhedora resolve o problema do acesso dos usuários. Assim, não tem sentido criar mais uma atividade só para acolher. Aliás, não tem espaço nem funcionário sobrando para isso”. Com esta visão disputando a natureza da mudança é razoável compreender porque há uma tendência sempre recomeçada do setor de recepção tentar ou ser induzido, por parte da equipe e, também, dos usuários, a retomar sua posição decisória. Esta situação tende a imobilizar o processo de mudança e tem sido enfrentada com o debate sobre o duplo significado do acolher (MERHY, 1997):

- Um valor geral, de toda a equipe, dedicado às relações interpessoais no trabalho em saúde. Uma forma respeitosa de atuar e aberta para ouvir o outro, em todos os momentos em que

os profissionais e os usuários se encontram. O reconhecimento do usuário como portador de um direito social.

- Uma etapa do processo de trabalho, realizada em área específica com atividades específicas e concretas, definindo como o serviço faz o seu primeiro contato com o usuário.

Uma segunda polêmica surge quando da implementação parcial do Acolhimento, nos seus primeiros passos, quando a proposta não está, ainda, organizada segundo uma necessária articulação com as demais atividades da unidade, expressa na seguinte crítica: “Uma atividade só de acolhimento acaba virando uma triagem, um expediente para acabar ou diminuir filas. No fundo é uma alternativa para acalmar o usuário e convencê-lo a esperar o dia que possa passar no médico. Assim, só serve para ele ficar aguardando mais calmo a consulta médica, que por falta de recursos os serviços oferecem de forma insuficiente...”. A implementação do acolhimento de forma parcial, sem atenção aos seus princípios políticos para a reorganização dos serviços e sem o efetivo envolvimento e a reflexão crítica de todos os profissionais nessa mudança, pode efetivamente resultar num subterfúgio para responder à demanda espontânea, apenas de forma demagógica, sem resolubilidade, sem valorizar a escuta e sem incluir o usuário como sujeito. Mas é importante frisar, também, que essa reorganização não convive com insuficiências graves de recursos e, quando há essa limitação sem uma retaguarda nas situações necessárias, inviabiliza-se a ação cuidadora buscada com a introdução do Acolhimento. Isto é, como constatado em outras experiências, não é possível organizar um adequado funcionamento do primeiro atendimento se a unidade sofre de insuficiências graves de oferta de serviços. Assim, o Acolhimento contribui, também, para demonstrar e delimitar novas necessidades a serem melhor equacionadas.

A compreensão, na prática dos profissionais, não é coisa dada ou resolvida, mas construída. No processo, muitos outros dilemas e questionamentos ligados à proposta de humanização/satisfação foram sendo enfrentados, mas continuaram presentes em todo o seu desenrolar:

- A visão da “atenção primária”, como idéia de realizar o mínimo, restringindo a rede básica às ações de promoção à saúde e prevenção primária, não é facilmente superada. Constata-se que não é rápida a transformação daquela maneira de organizar os serviços restrita e limitada a uma oferta pré-estabelecida e rígida de atividades, de dentro para fora do serviço. A superação pretendida desta herança negativa, na

prática, nem sempre consegue estabelecer uma nova forma regular e sistemática de funcionamento. O atendimento à demanda espontânea, na rede básica, tem história como algo acessório, que só era feito na medida do possível, na dependência das sobras operacionais das atividades assistenciais previamente programadas e, na forma de respostas burocrático-administrativas a partir da “recepção balcão”.

- Com essa concepção, a intenção de a unidade ser responsável pela saúde de uma dada população orienta-se para uma prática controlista, normativa de condutas, de programações previamente formatadas para realizar uma oferta organizada, que tem no saber técnico monológico a sua justificação máxima e seu embasamento gerencial. Assim, reforçam-se as resistências e desmotiva-se a reorganização das unidades para que estas venham a responder à demanda espontânea e construir um novo patamar de integralidade do cuidado. Fica debilitado o objetivo de que os serviços se responsabilizem pela saúde de uma pessoa e de uma dada população, pois na hora da demanda espontânea não há alternativa de atendimento efetivo e organizado, os problemas são recusados e as pessoas desacolhidas exatamente na hora que mais precisam. Enfraquecem-se assim o respeito pelos serviços e sua credibilidade e intensifica-se a insatisfação de profissionais e usuários.

- Há uma permanente necessidade de superar uma histórica tendência preventivista, na qual a ênfase na promoção à saúde e na prevenção primária poderia resultar em uma situação na qual as ações da clínica individual de médicos, enfermeiros, dentistas, psicólogos, etc. se tornariam paulatinamente supérfluas e marginais, respondendo a eventuais disfunções ou desvios da normalização das condutas humanas e da higienização da vida social. Assim, a valorização excessiva da promoção e da prevenção primária conduz a busca da integralidade a um esforço que se autolimita, reforçando uma obsessiva programação unilateral de uma oferta organizada de atividades, de dentro para fora do serviço, centrada numa junção tecnocrática entre prevenção e cura. Tem, também, como um resultado a ocultação das insuficiências de recursos, com uma aparente justificativa técnica para isso. A partir de um discurso geral dos determinantes de saúde, graves insuficiências de recursos são menosprezadas e no limite até defendidas pela visão de que o que importa em matéria de saúde é a qualidade de vida e, para o que, as ações cuidadoras serão sempre parciais e secundárias na solução ampliada da questão saúde. Assim, com uma justificativa bem-intencionada tira-se o foco de problemas reais que os serviços e o usuário que bate à sua porta enfrentam.
- Com esses argumentos e valores, a abrangência do direito à saúde e do desenvolvimento do SUS como uma política básica são enfraquecidos. O mínimo ganha expressão como uma resposta moderna e mais ampla, e as responsabilidades específicas e nucleares da ação cuidadora são menosprezadas, as insuficiências ocultadas, e o ser humano doente, em situação de sofrimento, é esquecido como um subproduto defeituoso no caminho da higienização da vida social.

A visão da saúde como mercadoria, a não-incorporação do outro como sujeito, a desconfiança na instituição pública, a visão filantrópica e do outro como carente, a onipotência de que só a neutralidade técnica poderia apresentar uma proposta viável através de uma oferta organizada unilateralmente estabelecida, a não-superação da dicotomia entre prevenção e cura são alguns valores tradicionais que estruturam um modo de organizar os serviços e a visão dos profissionais de saúde e usuários, mantendo, assim, sua força ideológica de convencimento. A essas dificuldades somavam-se outras típicas de processos de mudança. No plano das resistências às mudanças evidenciaram-se três grandes questões:

1. risco da perda da governabilidade: a estabilidade existente é alvo de questionamentos; assim, a forma acordada de trabalho é colocada em suspensão, perde sua naturalidade, e isto causa desconforto na equipe e na direção;
2. desconfiança dos profissionais sobre a capacidade de avaliação e julgamento dos usuários;
3. temor de que a defesa da satisfação dos usuários resultasse numa posição demagógica, pela assimetria entre suas exigências e a realidade sempre insuficiente dos recursos disponíveis.

Estas questões apontam para dificuldades realmente existentes e objetivas, como a insuficiência de recursos e o comportamento fetichizado do usuário como consumidor de procedimentos médicos. O problema não está, entretanto, na constatação desses fatos, mas na descrença de que fosse possível mudá-los e na maneira unilateral como os problemas eram vistos, apenas do lado do usuário. Esta descrença repetidamente causava um questionamento ao processo proposto, segundo a ótica da “oferta organizada”: “precisamos retomar a *territorialização* para conhecer melhor as necessidades da população e organizar os serviços; falta uma maior articulação dos serviços com a avaliação epidemiológica da população; não temos capacidade para atender os desejos ilimitados e consumistas dos usuários; estamos criando um conflito que não temos condições de resolver; precisamos intensificar a ação programática preventiva, com isso vamos reduzir a procura dos serviços” (o eterno sonho da prevenção como a porta mágica para o Shangrila, sempre revigorado diante das dificuldades concretas da prestação de serviços de saúde). Os problemas sempre estavam fora da unidade, fora do relacionamento entre os profissionais e usuários. A gestão e a atividade dos profissionais deveria concentrar-se nos ensinamentos técnicos para a solução dos problemas, sendo inútil falar de coisas que só reforçavam na população a imagem assistencialista da saúde. O tema da inutilidade da

humanização/satisfação também era freqüente pelo lado do usuário, que costumava criticar a política da Secretaria de muito falar sobre respeito ao usuário, sobre satisfação, mas de oferecer um atendimento precário, ríspido, de impor um tempo enorme de espera, para nada ser resolvido. O conflito estava aberto, e era preciso enfrentá-lo.

Assim, as primeiras mudanças tenderam ao não enfrentamento dos problemas, recuando diante das tarefas de negociação e reorganização. Algumas concepções utilizadas na disputa do direcionamento e delimitação do processo transformaram-se num anteparo para justificar a não-adesão concreta às mudanças planejadas coletivamente. Também, muitas vezes, as explicações expressavam uma visão de parte da equipe sobre a idéia da satisfação igualando-a, tal como na concepção mercadológica, ao *slogan* “O cliente tem sempre razão”. Neste caminho, a equipe tendia a desdenhar o fundamento pedagógico necessário ao processo e a sua abertura para a negociação transparente até o limite das possibilidades estruturais e, também, o debate sobre esses limites.

Fica patente no transcorrer da implementação da proposta que a instabilidade é parte inseparável desse processo, pois está em jogo o reconhecimento da alteridade. No cotidiano da gestão, não é fácil suportar esta pressão se não há uma superação dos conflitos imediatos pela busca de um projeto coletivo entre usuários e profissionais. Essa dificuldade, por vezes, toma um outro caminho de solução, que é o embotamento do processo em torno de algumas questões pontuais, em geral de cunho moral, romântico e psicologizado, que agradam a muitos, mas evitam colocar *sub judice* os serviços e a gestão, mantendo uma aparente atmosfera de tranquilidade, uma vez que sob controle do poder estabelecido. Ou seja, com o início da implementação das mudanças, inaugura-se uma nova situação de disputas, na qual a extensão e a realização efetiva das tarefas planejadas, como intenção, vão ter que encontrar forças para se viabilizarem. A comparação entre o seminário de 1999 e o de 2001 revela que ocorreu uma evolução favorável quanto à concretização de atividades, mas também que o processo é desenvolvido de forma desigual, segundo as particulares de cada situação local, com seguidos recuos e avanços.

No final do ano de 2000, aproximando-se o fim da gestão do governo municipal, foram realizadas entrevistas com gerentes, profissionais, usuários e conselheiros que são aqui utilizadas com o objetivo de fornecer subsídios para a discussão das

1

1

dificuldades do processo e sua relação com as heranças do SUS. Assim, a questão principal para a discussão aqui desenvolvida são as justificativas utilizadas na fundamentação da opinião avaliativa e não o reconhecimento ou não de mudanças (preocupação original das entrevistas). Procurou-se explorar as concepções e conceitos mobilizados pelos depoentes que justificam um posicionamento em relação ao processo.

9. INFORMAÇÕES ADICIONAIS: ANÁLISE DE ENTREVISTAS

Depoimentos dos gerentes

Pergunta – Gerente

Enquanto Gerente, você acha que o seu modo de ver o usuário dos serviços municipais de saúde de Itapecerica mudou nos últimos três anos? Fale um pouco sobre isso.

- **ênfase na questão do acesso, disponibilidade de recursos**

“Acredito que foram importantes as mudanças da clientela que procura os serviços de saúde... Percebe-se a incorporação no atendimento da UBS *de parcelas da população que não eram atendidas, da classe média sem emprego...* O perfil, mais heterogêneo, com problemas de maior complexidade...”

- **ênfase na organização dos serviços e das práticas**

“Sim, mudou. Houve uma preocupação com a qualidade do atendimento, investimento em treinamentos e reciclagens dos profissionais, a criação do Serviço de Atendimento do Cidadão, entre outras coisas, que *descrevem uma preocupação com o usuário...* consigo ver um *trabalho de equipe...*”

“Mesmo que o *processo de humanização* e o acolhimento não tenham se efetivado plenamente, *as modificações no serviço mudaram a sua cara...*”

“Mudou e muito. Ao se ter como prioridade, dentro da política de saúde do município, não só a qualidade técnica dos serviços oferecidos, a modificação do perfil de morbimortalidade, mas também a satisfação dos usuários, várias mudanças ocorreram, seja na *forma de se recepcionar os usuários, no fluxo interno das unidades, na organização e implantação de serviços, como também quanto à postura dos profissionais.*”

“Acho que mudou e muito. Há 3 anos a maior preocupação nossa era em ofertar serviço. A gente planejava o serviço achando que esta seria a melhor forma de organizá-lo. A grande preocupação era dar conta do perfil de morbimortalidade. Hoje acho que continua e tem que ser uma preocupação fundamental dar conta do perfil epidemiológico, mas existe a *preocupação*

cada vez maior em levar em conta a expectativa do paciente na organização do serviço. Muitas coisas são feitas neste sentido, desde as caixas de sugestão, o SAC, o acolhimento, a sensibilização dos funcionários para a humanização do atendimento, tudo isso são mudanças na relação do serviço com o usuário.”

- **ênfase no relacionamento interpessoal**

“A qualidade sempre foi uma preocupação constante em nossa forma de pensar, mas esta preocupação era muito mais técnica e operacional. Nos últimos anos, nosso olhar e nossa forma de pensar serviço ficou um pouco diferente, não só voltado para a qualidade técnica, mas também para a questão humana, do prazer do cliente em se sentir atendido, ouvido e valorizado. O SAC é um grande exemplo, ou agente nesta transformação...”

“Processar e analisar as críticas dos usuários ainda é um processo difícil, mas observa-se que o sentimento anterior de revolta diante das queixas começa a ser substituído pela tentativa de avaliar as falhas, e propostas de soluções ou de inovação têm sido formuladas com maior frequência pelos funcionários da unidade...”

“Mesmo que não consciente e organizada, a participação dos usuários na reformulação das práticas do dia-a-dia da unidade se faz mais presente por desafiar os profissionais de saúde a buscarem soluções além das convencionais ou já estabelecidas como forma de se garantir a equidade.”

“Na minha opinião, esta forma nova de relação cliente-serviço enriqueceu e aproximou muito o cliente da realidade do serviço; o cliente passou a ser objeto de participação ativa, integrante e até determinante em nossos planejamentos; pude observar, ultimamente, o quanto o usuário deixou de ser opositor ao serviço e passou a ser parte da construção dele.”

“A prática do dia-a-dia tem aprimorado esta compreensão que temos do usuário, a convivência com este exercício de trabalho com a comunidade, conselhos, conferência de saúde, sensibilização sobre humanização do atendimento têm feito com que a minha forma de ver o usuário seja revisada a cada dia...”

“Sim, mudou. Hoje vejo uma população mais participativa, mais integrada com o trabalho da unidade de saúde, uma proximidade maior com os profissionais e o serviço...”

Depoimentos dos profissionais

Pergunta - Profissional de saúde

Você acha que, nos últimos três anos, o seu modo de ver o usuário do serviço mudou? Fale um pouco sobre isso.

- **ênfase na questão do acesso, disponibilidade de recursos**

“Mudou assim, mudou para melhor. Eu pelo menos eu acho que mudou para melhor porque, assim, a gente... principalmente aqui no lugar em que eu moro há vinte anos, assim, sobre a saúde, melhorou cem por cento. Assim, eu acho, aqui pelo menos, aqui no postinho nós temos quer ver quantos médicos? *Nós temos aqui três médicos, quatro pediatras...*”

“Mudou sim. Mudou bastante porque *cada vez aumenta mais a população, o atendimento, cada ano que passa aumenta mais*, cada vez mais atendimento de criança, adulto, enfim, todo o atendimento aqui... O atendimento, os exames, tudo o que pede é feito... Mas o atendimento continua numa boa, sem problema nenhum, graças a Deus. Cada vez mais... eu acho, pelo menos na minha parte, continua a mesma coisa, não muda nada com relação a eles.”

“Eu acho que mudou muito. O usuário tem mais recurso, está tendo agora. *Tem várias coisas... está tendo muita coisa..*”

“Olha, vamos supor, referente a exames laboratoriais, que a demora era mais... Isso foi modificado. *Exames que o pessoal não tinha consciência aqui começaram a ter. O tipo de serviço que é oferecido ao usuário aumentou. As pessoas têm mais consciência.*”

“Não, eu não acho que o usuário tenha mudado. Eu acho que o usuário é mais ou menos igual, mantém o mesmo nível. *A diferença é que aumentou o número de consultas*, de atendimento no Pronto-Socorro, e com esse aumento normalmente o usuário reclama mais, acha que está sendo mal atendido porque ele quer...”

- **ênfase na organização dos serviços e das práticas**

“Mudou e mudou bastante, eu acho que para *melhor em relação a orientações, em relação à forma de atendimento, em relação a tempo*. Então acho que a mudança foi satisfatória. Acho que foi bem... É satisfatória mesmo, é a palavra certa. Interessante.”

“Agora, assim, em relação ao usuário também, ele está mais instruído a respeito do que ele vá precisar da UBS. Anteriormente, quando o paciente chegava aqui, ele queria um atendimento, assim, de terceiro nível. Então, quando não encontrava esse atendimento, aí ele ficava reclamando. Hoje em dia não, *hoje em dia ele sabe que aqui nós somos uma unidade que dá os atendimentos primários e geralmente eles já pedem uma transferência.*”

“Não mudou. *Acho que o usuário tem que ter a sua parte de responsabilidade.* Ele deve ser educado a ter a sua parte de responsabilidade. Ele tem direito à saúde? Tem. Mas ele também faz parte desse direito, ele tem que colaborar para esse direito. Talvez com essa questão de discutir a satisfação da clientela, com a questão da insatisfação, do agente comunitário, você abriu espaços em que você pode trabalhar essa educação com *um trabalho extramuro da*

unidade, você poder estar saindo mais da unidade, fazendo outros, você pode estar trabalhando essa questão, mas esse pensamento eu já tinha.”

“Ou seja por deficiência do próprio serviço, ou seja até das próprias condições extra-serviço, ou seja, do problema do cidadão, ou seja, de todos os problemas que ele tem que desemboca na saúde. Então você tem, digamos, uma pessoa com carências outras que acabam repercutindo na saúde dele, e você, como profissional de saúde, muitas vezes fica aqui amarrado em estar resolvendo essas coisas. Então é violência, é falta de educação, saneamento principalmente. Então eu acho que o grande problema do serviço de saúde hoje é tentar escapar dessa coisa assistencialista no sentido de paternalista, daquela coisa de tentar: “Ah, vamos ajudar”, tal, e tentar trabalhar em outras questões que não só tentar... que é a questão da promoção de saúde, que é a questão que deveria se trabalhar nos conselhos, que é essa coisa de tentar tirar um pouco da responsabilidade só do posto de saúde e resolver...”

- **ênfase no relacionamento interpessoal**

“O acolhimento que aqui no posto chegou foi muito bom para a população, mas as pessoas... O que falta mesmo à população é educação, que eu acho que tem que estar faltando muito essa parte educacional dela que, para mim, isso é no Brasil todo, não é só aqui. Então isso torna difícil um pouco a gente trabalhar, porque não entendem.”

“Mudou porque até então eu achava assim: Nossa, que povo chato! Será que não tem o que fazer em casa, ficam aqui no posto três, quatro vezes por dia... Era a gente que não sabia estar passando isso para eles, como ler o cartãozinho de vacina, quando que deve realmente ser verificada uma pressão. Entendeu? Então eu vejo assim, eles estão mais educados hoje, os usuários, pelo menos aqui dessa UBS...”

“Eu acho que mudou um pouquinho. Tenho uma formação de homeopatia, então isso já é uma humanização, já a homeopatia é uma especialidade muito humanizada, a gente vê o paciente como um todo. Então não acho que seja o Serviço que mudou. Agora, eu acho que ajudou muita coisa em termos de reuniões que têm todo ano, que faz aquelas palestras da humanização, da unidade ver esse paciente.”

“Na minha experiência, durante esses três últimos anos realmente houve uma mudança em relação à minha forma de ver o usuário do posto da UBS Jacira, porque anteriormente, no princípio, quando eu vim trabalhar aqui, realmente existia um distanciamento entre a população e o médico. Existia um índice de agressividade por parte do usuário, parecia que ele não se achava satisfeito. Então ele, quando chegava a usar o serviço da UBS, ele vinha com, eu diria, uma certa agressividade, achava que não ia ser atendido, que as suas necessidades não iam ser atendidas, resolvidas. Então, com o tempo, essa população agora parece mais satisfeita.”

“Sim. Agora melhorou. Eu acredito assim, que mudou sim, porque as pessoas, assim, eu não sei... *as pessoas agora, tem uns que são bem grosso, mas tem uns que são supereducados, chega, são bem atendidos, não é?* E tem dia que chega aqui que Deus me livre, tenho vontade da gente correr, porque as pessoas, tem dia que eles acham que estão de mal com o mundo, chega aqui brigando com tudo, quer tocar fogo em tudo.”

“Não mudou. *A minha forma de ver o usuário continua a mesma* porque, assim, a minha concepção de prestação de serviços, de atendimento, é exatamente essa que a Secretaria tem, de humanização, de qualidade no atendimento, de se colocar no lugar do usuário. Eu imagino assim, que ele vem aqui atrás de ajuda. Já tem uma série de outros problemas: não tem emprego, não tem onde morar, não tem o que comer em casa. Então já vem, assim, com outros fatores além da doença. *Então a gente tem que estar sempre aberto para estar acolhendo ele da melhor maneira possível.* Então a minha forma de ver não mudou, que eu continuo vendo da mesma forma que eu o via há três anos atrás. *Fiquei muito contente porque é a mesma mentalidade que a Secretaria de Saúde tem e procurou implantar nesses últimos anos.*”

“O meu modo de ver o usuário do Serviço, eu acredito que não mudou. *O meu modo de ver o usuário não mudou. Eu acredito que a relação entre o usuário e o Serviço mudou, mas o meu modo não.* Deixa eu falar a respeito... *sempre atendo os pacientes e aqui a pessoa realmente é uma pessoa carente.* Tem que sentar e tratar de entender essas pessoas. A gente não pode adequar essas pessoas ao que a gente acha que deve ser ou a situação que esse paciente tem. (Não) que nós temos que tentar entender e nos amoldar a essa situação para poder dar um atendimento para essas pessoas, porque em geral *eles procuram um atendimento aqui e eles não têm noção de nada. Eles procuram um atendimento, que aqui é uma coisa que o governo oferece.*”

“Sim, eu acho que mudou para melhor porque nesses últimos três anos, com tanto investimento em reciclagem, em treinamento, *mudou a visão dos dois lados.* A nossa, porque a gente aprendeu a conviver com eles... Acho que é isso. Eles antigamente vinham muito assim, com uma pedra na mão. Hoje não, eles vêm com educação – porque são tratados educadamente também por nós. Acho que *a humanização aos poucos está sendo infiltrada aqui, no Posto,* e eu acho que a gente vai chegar lá um dia, mas falta, falta sim. E às vezes tem algum conflito porque o paciente fala uma coisa, o profissional fala outra, *eu acho que tem que ser o lado dos dois...*”

“Olha, eu acho que sim. Acho que cada vez mais a gente sente... *essa questão de ver o usuário está se modificando.* Agora, é difícil precisar de que forma esse processo se dá. Inclusive na última semana nós tivemos uma reunião ali dos profissionais a respeito de alguns problemas que acabam envolvendo a relação com o usuário.”

“Realmente mudou sim. É como... a gente tem mais a proximidade dele *fazendo do usuário a chave principal do nosso trabalho, do nosso dia-a-dia*, porque só assim é que a gente vai ter uma cidade bem servida, de *usuários satisfeitos, e aí a satisfação também do nosso trabalho*.”

“Se não pode ser atendido, assim, na hora, a gente sempre tem uma palavra para sempre sair contente, *mas nunca sai sem um atendimento*”.

“*Eu vejo ele hoje como mais um... como um parceiro mesmo na tentativa de tentar melhorar realmente*. Vamos tentar estar melhorando isso. Mas eu acho que é *desvincular a ideia de que o usuário é um sapo* que vem aqui, por exemplo, essas coisas eu acho que tem – *a gente encontra muito isso ainda* –, que é mais um para ser atendido.”

“Então mudou. Eu acho que nesses três anos realmente deu uma melhorada muito grande. *O usuário tem mais acesso, tem como expor a opinião dele, até mesmo de reclamar quando não é bem atendido, quando falta alguma coisa..* Então o usuário está tendo essa abertura, que de primeiro ele chegava num serviço público, por exemplo, e ele chega a aceitar o que vinha. Às vezes não era bem atendido mas também não tinha a quem recorrer, não tinha a quem colocar os seus problemas e ter um meio melhor de atendimento... O usuário está tendo realmente condições de *reivindicar o direito dele*, porque é isso, *ele tem direitos também...* porque sem usuário, como é que nós iríamos trabalhar?”

“No modo como eu vejo? Bom, meu pensamento, minha forma de ver o usuário, *eu sempre achei que o usuário do posto de saúde Jacira é uma pessoa carente*. Então eu acho pessoalmente não mudou muito porque eu sempre tive uma visão desse tipo, *é um usuário que é carente* e que, apesar de todas as situações que se vive neste país, que a gente passa a nível econômico-social, acho que a gente tem que, quando trabalha nessas instituições, *ajudar essas pessoas de qualquer forma*.”

Depoimentos dos usuários

Pergunta – Usuário

Dos últimos três anos para cá, você acha que alguma coisa mudou na maneira como você é atendido(a) nos serviços de saúde da Prefeitura de Itapeccerica? Fale um pouco sobre isso.

• ênfase na questão do acesso, disponibilidade de recursos

“Eu achei que mudou bastante. *Antes não tinha médico para a gente passar, agora tem*. Eu fui muito atendida na minha gravidez aqui, fui muito... sei lá. *Antes a pessoa chegava aqui e não passava no médico, não tinha médico para passar e reclamava*. Agora não, agora mudou bastante. Agora estou gostando do posto de saúde. Antes eu não gostava não, mas agora estou gostando. Está tendo atendimento legal, as pessoas são superlegal, daqui. Está bom.”

“Mudou bastante, porque antes a gente *demorava a ser atendido, agora é rapidinho*. Era difícil para encontrar vaga, agora não é mais. A gente vem aqui, *encontra bastante vaga*. Então rapidinho. Mudou bastante. Melhorou.”

“O posto de Itapecerica melhorou bem de quando eu tratava lá, mas *era difícil quando eu conseguia uma vaga. Agora a gente vai lá, a gente é atendido*. Então não estou tendo nada o que falar porque é o que eu estou vendo, porque esses dias me pediram ultra-som, fui lá, consegui fazer no mesmo dia. Agora vamos ver se eu vou conseguir essa aqui de novo. Eu estou achando que está bem melhor.”

“*Exame demora muito. Demora demais para sair resultado...* Devia ser mais rápido, que às vezes você tem um problema e quando você vai descobrir que tem aquele problema, já está avançado. Aí é mais difícil curar. Então, *se o exame fosse mais rápido, tudo ia mais rápido*: o tratamento, cuidado, tudo. Mas não, muito devagar. Pelo menos exame é muito... demora muito. É dois meses a três meses. Então deveria ser mais rápido.”

“Não sei... Tem que atender, assim, tem que esperar... *a gente vai embora, cansado de esperar. Muita demora.*”

“Não, não mudou nada... Se eles querem o voto da gente, eles têm que... Então eu acho que eles devia de, sei lá, arrumar, *ter mais atendimento, mais médico*, que é o que mais a gente precisa. Enquanto está atendendo um, já atende outro, *não ficar esperando todo mundo por um médico só... A limpeza também é horrível, horrível, horrível. Eu mesma não vou muito não. Eu posso até passar mal em casa, mas é difícil eu ir mesmo.*”

“Aqui é bom. A gente vem aqui, a gente é *atendido bem, a limpeza daqui também é ótima*. Só que a gente *espera, que é um médico só, mas é melhor para a gente não precisar ir longe*, não é? Aqui é bom, bom mesmo. – Eu estou nervosa. É só.”

- **ênfase na organização dos serviços e das práticas**

“Tudo... eu achei que está bem. Agora está bem. No começo não era muito bom, falar a verdade. *No começo, a gente fazia o exame, depois não recebia o resultado*, vinha, as moças: “Não chegou”. Então nós chegava com o papelzinho: “Não veio”. Então eu achei... Mas agora parece que vai melhorar. Espero que isso, daqui para a frente, melhore mais ainda.”

“Eu acho que mudou, mudou bastante porque, para começar, em (dezembro) parece eu fiz um exame e ele não saiu e agora eu fiz... *há um mês que eu fiz, já peguei o resultado*. Então eu estou achando que está melhorando bastante. Agora vamos ver. Se continuar assim, está bom.”

“Achei que melhorou. O Papanicolaou que eu fiz aqui, não tive resposta. O exame de sangue que eu fiz também ficou quase três meses para pegar e agora eu fiz esse exame de sangue, o último que eu fiz agora, com trinta dias *me deram o papelzinho para mim vir, com a consulta*

marcada, já me entregaram, já passou, já entreguei o resultado para o médico, que as moças já tinham me entregado. Então eu achei que melhorou bastante.”

“Eu não tenho nada que reclamar, porque todas as vezes que a gente vem aqui, eu trago os meus filhos... a gente vêm, a gente é bem atendido, eles está pronto para atender a gente...”

“Eu não tenho achado mudanças porque eu estou aqui já são doze anos que eu estou vindo aqui no posto e sempre fui bem tratada.”

“Mudou. Mudou um pouco porque às vezes a gente vinha... sempre era mais fácil, foi, e agora estou achando mais difícil... hoje a gente tem que dormir, quase dormir aqui no posto para ser atendida...”

“Mudar muita coisa, não mudou, porque aqui como é que é? A gente vem aqui ruim, com febre, não atende aqui, tem que ir para o Pronto-Socorro. Não tem médico para atender, chegar, ter médicos, que tem os médicos, já tem os clientes para atender, os pacientes. Aí não pode atender as outras pessoas que chega... Aí chega aqui, tem que ir no Pronto-Socorro. Chega mal, tem que ir, se não tiver carro, tem que fazer o quê? Tem que pegar ônibus, ir de ônibus. Ele chega no Pronto-Socorro, já está... Se tivesse aqui, seria melhor porque quem mora aqui perto não precisava ir no Pronto-Socorro...”

“Eu não vejo nada de muita vantagem nesse aqui porque um dia eu cheguei aqui com um sangramento muito forte, não quiseram me atender porque tinha muita gente. Então eu tive que ir lá em Itapecerica. Daqui eu não estou vendo vantagem nenhuma. Infelizmente não. Porque aí, atendem a gente mais é com consulta marcada. Se não estiver marcada e for mesmo caso de urgência, eles mandam a gente para Itapecerica. Então não estou vendo nada.”

“Ah, só a demora, que aqui é demora demais. Não demorava assim, agora está demorando mais, e eu não tenho... Chego aqui, cheguei aqui, hoje não fui trabalhar, deixei o outro lá com a minha cunhada, vim aqui no médico. Faz tempo que eu estou aí sentada. Mas para mim, não tenho o que falar não. Entendeu? E é assim.”

- **ênfase no relacionamento interpessoal**

“Eu acho que melhorou bastante o atendimento, assim, o pessoal, acho que o pessoal lá era mais grosso há um tempo atrás. Acho que hoje eles estão mais, sei lá, dedicados para conversar com você, para explicar as coisas, consulta, o que você deve fazer...”

“Eu acho. O atendimento aqui, sei lá, eles eram muito grossos. Não vou citar nomes, mas eu acho que eles eram muito grossos aqui e, de uns tempos para cá, eles melhoraram bastante para conversar com a gente, para explicar as coisas, porque a gente às vezes chegava, “não, não tem”. Agora não, agora eles explicam quando vai ter, quando a gente pode vir, se pode

1

encaixar, se não pode. Então acho que é uma grande melhora isso aí, porque até um (medo) de chegar num local de saúde, *ser maltratado, não tem explicação direito das coisas.*”

“Eu acho que sim porque hoje em dia *tem agente de saúde, informa mais, melhor, o que tem no posto, o que não tem, e a pessoa fica mais bem informada, sabe muito, bem melhor do que antes.* Eu acho assim.”

“*Mudou o atendimento dos médicos com as pacientes. Tudo, assim. Não sei dizer. Eu sei que mudou, sabe?*”

“Eu gosto de me tratar aqui *porque eles são muito atenciosos com a gente*, tanto a parte das funcionárias como os médicos mesmo. Eu gosto muito deles. Não tenho nada o que falar. Até *os meus problemas foi tudo resolvido aqui mesmo*, que eu procurei o Pronto-Socorro, não foi bom para mim.”

“Não, acho que não mudou. O atendimento do meu filho, eu *fui bem atendida, e desse aqui também está sendo a mesma coisa. Não mudou nada.* Não para pior, não é? Acho que para melhor. Só isso que eu tenho que falar.”

“É. Não mudou. *Eu fui bem atendida do meu filho, quando tive ele aqui, em 98, e até... eu ganhei ontem e até hoje eu estou sendo bem atendida. Não sei até sair daqui...*”

“Eu acho que não. Continua tudo a mesma coisa, melhor ainda, porque quando eu mudei para cá eu era pequena ainda. *Então meu pai passava aqui comigo, aí não conheci muito bem, mas a partir do momento em que eu passo sozinha aqui, está muito bom.* Acho que do momento que eu passo sozinha, eu mesma conversando com a enfermeira, com os médicos, está muito bom.”

“*Sempre fui muito bem atendido aqui. Desde 94 que eu venho aqui... Não vejo muita coisa de mudança não.*”

Depoimentos dos conselheiros de saúde (representantes de usuários)

Pergunta – Conselheiro (representante de usuário)

Dos últimos três anos para cá, você acha que alguma coisa mudou nos serviços de saúde da Prefeitura de Itapecerica? Fale um pouco sobre isso.

• ênfase na questão do acesso, disponibilidade de recursos

“Mudou. Mudou bem. Mudou bem, que nós não tínhamos o *raio-X*, não tínhamos o *eletro*. Nos três últimos anos nós tivemos. *Ambulância estava pouca*, também conseguimos, a Prefeitura conseguiu mais ambulância. Várias coisas. Os *médicos, pediatras, ginecologista*, muita coisa, *odonto*, que atende muito bem. Mudou bem. *Os funcionários são muito bons, muito atenciosos... A vacinação tem diariamente. Muito bom. Eu gosto demais daqui. É muito bom.*”

“Olha, mudou muita coisa porque *antigamente nós tinha muita fila por causa do problema de dentista. Aqui nós tinha pouco médico, agora nós tem mais médico.*”

“Mudou muito. Mudou a *maneira do tratamento, remédio, médico, os adolescentes, trabalho com os adolescentes, os trabalhos com as mães grávidas, que é a ‘Mãe Canguru’, e também, além disso, o nosso hospital, que tem um trabalho muito bonito e que os conselheiros e a Secretaria da Saúde sempre está junto olhando que nada possa atrapalhar o nosso trabalho.*”

“Sim, mudou, mudou muito. *Com a criação do Hospital o atendimento está sendo melhor, o número de médicos, de auxiliares. As especialidades, que nós temos quase todo tipo de especialista no nosso município.* Então para dizer isso, é que mudou muito, e para melhor. Tem mais acolhimento. A gente não precisa deslocar de um município para ir para São Paulo fazer seus exames, passar em especialistas.”

“Melhorou o modo de atendimento, *a distribuição dos postos, que já vinha há alguns anos, agora melhorou também nesse sentido, fica mais próximo do local onde as pessoas moram.* Nesse sentido, melhorou bastante. Eu nem sou usuária daqui, sou conselheira e não sou usuária, mas a minha mãe é usuária, vizinhos que usam, também tem tido...”

“Mudou, mudou bastante, *principalmente com o início do atendimento no Hospital.* Isso faz com que a gente tenha uma facilidade... quem trabalha já há muito tempo com a população, como a gente trabalha, sabe que você tinha que se deslocar para São Paulo, às vezes até para outros municípios, ficava muito complicado...”

“Eu acho que melhorou muito. Não vou dizer cem por cento, mas estamos se aproximando. Pelo menos nós estamos tentando é chegar ao objetivo que a gente quer. *Melhorou o atendimento médico, hospitalar, está ótimo. Com a luta que nós estamos indo, nós vamos conseguir mais objetivos, não é?* Eu acho que é isso.”

- **ênfase na organização dos serviços e das práticas**

“*A gente está sentindo que está tendo um tratamento muito bom com os idosos, com os diabéticos, a visita da saúde, que vai visitar os doentes, os conselheiros traz os problemas nas unidades, as enfermeiras vão visitar, as diretoras da unidade vai visitar, o tratamento do papanicolaou, de prever o câncer, o tratamento das pessoas que têm problema com pressão alta, que são dependentes, inclusive até o tratamento de óculos. A gente viu que mudou muito. O pessoal tinha que ir para a Santa Casa de madrugada para conseguir uma vaga e agora não, agora fica tudo por aqui mesmo. Isso é uma coisa que ajudou muito o pessoal. Está muito boa. A Saúde está ótima.*”

“Tem a creche comunitária, que a Prefeitura, uma vez por mês as meninas vão lá, olha os dentinhos das crianças, dar pasta de dente. *Então eles ajuda também por fora, não é só na comunidade, expandindo para outros lugar...*”

“Os hipertensos estão participando mais, tem bastante idoso que está participando, cooperando também. Antigamente não tinha isso.”

“Os hipertensos, os idosos, eles estão participando mais, porque antigamente eles nem ia. Agora você está vendo, se você for lá agora, você vai ver que tem bastante pessoas participando também. Então acho que isso aí foi uma grande caminhada. Na minha opinião, é. Entendeu? Negócio de saúde, para mim é só isso. Melhorou bastante.”

- **ênfase no relacionamento interpessoal**

“Mudou várias coisas: o modo de atender... Ainda existe complicação? Existe, mas mudou, e mudou para melhor. As meninas também parece que ficou mais atenciosa, não sei. Entendeu?”

“Tem muitas pessoas que reclamavam e agora estão participando mais. A comunidade mesmo está participando mais. Entendeu? Na minha opinião, é só isso o negócio da saúde.”

“A nossa Saúde de Itapecerica hoje está de parabéns. Há falta ainda. Precisa muita coisa mas precisa também a população tomar consciência que o nosso dever de cidadão do município é trabalhar junto de mão dada para melhorar mais ainda. Mas é muito bom. Nós nunca tivemos uma Saúde tão boa como tem em Itapecerica.”

“Então nas unidades também a gente acompanha, sabe que mudou, que as pessoas conseguem agora, parece que tem uma sintonia um pouco melhor do usuário com a saúde. Acho que essa sintonia melhorou, essa coisa de talvez estar esclarecendo um pouco melhor o funcionamento do serviço faz com que o usuário também consiga entender um pouco melhor o que ele tem que fazer para ser atendido, chegar mais próximo. Eu acho que uma das coisas que ajudou muito, muito, nisso, foi essa efetivação do pessoal dos agentes de saúde, e eu acho que os conselheiros também têm uma participação boa nisso.”

Algumas observações sobre os depoimentos

Em relação ao discurso dos gerentes

Os gerentes expressam uma concepção razoavelmente unificada e coesa em torno dos princípios do processo. A maior ênfase é dada à questão da relação interpessoal. Enfatizam a humanização como amenização de conflitos, mas reconhecem a importância do direito à saúde e a necessidade da presença dos interesses do cidadão/usuário na gestão e operação dos serviços, segundo a concretização de atividades voltadas para a mudança: *“o sentimento de revolta diante das queixas começa a ser substituído pela avaliação das falhas e de*

encontrar propostas de soluções”; “pude observar ultimamente o quanto o usuário passou a ser parte da construção dos serviços”; “hoje vejo uma população mais participativa, mais integrada com o trabalho da unidade de saúde, uma proximidade maior com os profissionais de saúde”. Contra a norma rígida, procuram alternativas para a inovação e a incorporação de questões além de modelos técnicos: “soluções além das convencionais, postura crítica, preocupação com as opiniões dos usuários, usuário como parte da construção dos serviços”. Assim, procuram elevar a integração de ações para outro patamar, no sentido da integralidade do cuidado. É um discurso sólido em intenções, algumas delas verificadas na prática do processo de mudança dos serviços.

Em relação ao discurso dos profissionais

É um discurso heterogêneo. A maior ênfase se dá na questão das relações interpessoais. As justificativas estão focadas no distanciamento entre profissionais e usuários e na maneira às vezes até rispida e agressiva deste relacionamento: *“existia um distanciamento entre a população e o médico. Existia um índice de agressividade por parte do usuário, mudou a visão dos dois lados... a humanização aos poucos está sendo infiltrada aqui, no Posto... eu acho que tem que ser o lado dos dois..”*; porque as pessoas, assim, eu não sei, tem uns que são bem grosso, mas tem uns que são supereducados [...] tem dia que chega aqui que Deus me livre, tenho vontade da gente correr, porque as pessoas, tem dia que eles acham que estão de mal com o mundo, chega aqui brigando com tudo, quer tocar fogo em tudo”. As justificativas tendem a uma polarização: ora as mudanças são vistas como fortalecimento de um espírito filantrópico pessoal ou da equipe, favorecendo um reconhecimento do direito à saúde: *“o usuário hoje está tendo condições de reivindicar o direito dele... ele tem direitos”*; *estamos fazendo do usuário a chave principal do nosso trabalho, do nosso dia-a-dia,... usuários satisfeitos, e aí a satisfação também do nosso trabalho*; ora a visão filantrópica subjugava o reconhecimento da alteridade,

impedindo um vínculo efetivo entre profissionais e usuários e as ações de cuidado são praticadas como um dever humanista ou sagrado: *“sempre atendo os pacientes e aqui a pessoa realmente é uma pessoa carente [...] nós temos que tentar entender e nos amoldar a essa situação para poder dar um atendimento para essas pessoas [...] em geral eles procuram um atendimento aqui e eles não têm noção de nada. Eles procuram um atendimento, que aqui é uma coisa que o governo oferece”*. Muitos valores tradicionais e preconceitos são utilizados neste tipo de justificativas das mudanças: o outro incapaz de exercer a alteridade é considerado um carente, um “coitadinho”. Por vezes este julgamento rompe a barreira da complacência para com o outro, que passa a ser julgado como o centro do problema, pela falta de educação e de responsabilidade. Os discursos dos profissionais revelam vivamente a natureza de um encontro muitas vezes hostil. É o cotidiano das relações pessoais, quando vêm à tona os valores particulares e do grupo social a que pertencem, quando o questionamento realizado pelo usuário muitas vezes se torna uma ameaça ao *status quo*. Os profissionais, algumas vezes, tendem a encontrar na falta de recursos ou no aumento de demanda uma justificativa plausível para insucessos e críticas. A visão da integralidade do cuidado e da radicalização do provimento do básico embora venha avançando ainda está marcada pelas heranças negativas: *“ele queria um atendimento, assim de terceiro nível [...] hoje em dia ele sabe que aqui nós somos uma unidade que dá os atendimentos primários e geralmente eles já pedem uma transferência”*. Estes discursos, de certa forma, dão a dimensão da luta de interesses e negociações evidenciada pelo processo.

Em relação ao discurso dos usuários

É, também, um discurso heterogêneo. Expressa, a seu modo e na sua condição de vivência do processo, o outro lado do discurso dos profissionais. As avaliações estão concentradas em questões de acesso e na superação da hostilidade do convívio: *“agora está tendo atendimento legal, as pessoas são superlegal aqui”; eles eram muito grossos... agora não agora eles explicam...*

dava até medo de chegar num local de saúde, ser maltratado...” “mudou o atendimento dos médicos com as pacientes. Tudo assim. Não sei dizer. Eu sei que mudou, sabe?”. Há reconhecimento de uma mudança para melhor, mas há também críticas bem formuladas sobre questões que efetivamente eram alvo de proposta de mudança e que, do ponto de vista dos usuários, estão ainda longe de qualquer melhoria: “atendem a gente mas é com consulta marcada”; “vem aqui ruim, com febre não atende aqui...os médicos, já têm os clientes para atender...aí não pode atender as outras pessoas que chega...aí tem que ir no Pronto-socorro”; “muita demora”. Há também desconfiança: “hoje eu estou sendo bem atendida. Não sei até sair daqui”. Há em alguns depoimentos um forte espírito de conformismo com a situação: tudo está bom como sempre esteve, e por aí vai. Mas há, também, um florescer de possibilidades de questionamento e intervenção. Neste aspecto em particular, a natureza da pergunta, mais ampla e opinativa sobre a situação dos serviços, pode ter inibido uma manifestação mais afirmativa dos usuários na luta por seus direitos. De qualquer forma, não há de maneira estruturada um posicionamento deste grupo como sujeito do processo. Em síntese, nos discursos dos usuários fica patente a dificuldade de lidar com questões além da sua condição de crítica, considerando a forte assimetria de saber e poder característica da área de saúde. Mas fica patente, também, que os usuários têm desenvolvido repertório para discutir sobre a organização dos serviços a partir de novas questões concretas que são apresentadas e reconhecidas no processo de humanização dos serviços e satisfação dos usuários.

Em relação ao discurso dos conselheiros

O grupo de conselheiros faz uma avaliação histórica dos serviços e relata muitas conquistas do sistema municipal de saúde. Destaca a importância do atendimento em grupo, do trabalho extramuros, da conquista do hospital, da vacinação que agora tem diariamente. Descreve, também, mudanças recentes decorrentes de várias iniciativas tomadas pelos serviços : “Agora os

funcionários são muito bons, muito atenciosos”; “Mudou a maneira do tratamento; Mudou o modo de atender... as meninas também parece que ficou mais atenciosa”; “A comunidade está participando mais”; “A gente que acompanha sabe que mudou, parece que tem mais sintonia entre usuário e serviço de saúde”. Por vezes, exagera nas considerações sobre a melhoria na situação dos serviços, assumindo uma posição de co-responsável pela gestão e abandonando o papel de representação dos usuários. Há indicações de que o grupo busca se diferenciar do cidadão comum, de afastar-se dele e assumir uma posição superior diante dos “coitados” que pouco sabem e que agora estão aprendendo. É um discurso de disputa de espaço político, de auto-reconhecimento do trabalho desenvolvido, pouco atento aos problemas existentes no cotidiano do consumo de serviços e aos significados e intenções do processo de mudança, embora reconheça alguns de seus frutos, ainda que sem expressar de maneira clara um projeto coletivo para resolver a questão. Talvez, também aqui, a formulação da pergunta tenha provocado o interesse do conselheiro em fazer um balanço geral do sistema municipal. Tal generalidade discursiva deixou de tratar de problemas e priorizou a defesa e a viabilidade do SUS, o qual, efetivamente, vem sendo construído com a ativa participação deles.

10. A CONTINUIDADE DO PROCESSO

No ano de 2001, outras atividades continuaram sendo realizadas, destacando-se, em particular, três novas iniciativas identificadas com o ideário da diretriz política, que carregam significados importantes e, por essa razão, são aqui apresentadas. Estas iniciativas vinham sendo apontadas como necessidades desde 1997, mas só então conseguem ser concretizadas. Assim, é realizado o primeiro curso de aprimoramento médico, inicia-se um planejamento estratégico ascendente e é elaborada e aprovada a reestruturação de cargos e salários.

Curso de aprimoramento médico

Na apresentação do programa do curso, realizado nos dias 9, 10 e 11 de novembro de 2001, foram expostos os seus objetivos, que ilustram o compromisso da montagem do curso, sua organização e escolha do temário com a diretriz política geral, em particular clareando uma determinada concepção sobre modelo tecno-institucional para a saúde. Este curso foi organizado em conjunto com o Programa de Integração Docente Assistencial da Unifesp – PIDA/Embu e contou com a promoção das Secretarias de Saúde da região. No caso de Itapequerica, todos os médicos interessados foram dispensados do trabalho e receberam uma bolsa para participar do evento. A figura 24 apresenta o cartaz com o temário do evento e, a seguir, reproduzimos um trecho do texto de apresentação do curso.

“O programa de atualização dos profissionais médicos para o ano 2001 foi elaborado procurando responder a algumas questões básicas que foram identificadas na concretização da diretriz geral de humanização dos serviços e satisfação dos usuários. Esta diretriz tem sido prioridade de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde de Itapequerica da Serra nos últimos cinco anos. Decorridos estes anos de experiência, de convívio mais direto com a avaliação e sugestões dos usuários, tem-se constatado que a preparação de profissionais para atuar nesta direção transcende os aspectos técnicos do saber médico tal como hoje, em geral, é reproduzido pelas Universidades.

O presente programa reúne, portanto, experiências vividas e procura ordenar as principais dificuldades dos médicos pediatras, clínicos e gineco-obstetras que têm na rede básica uma área de atuação profissional. Com esta proposta de atualização, definiu-se uma mudança importante na concepção do que seja atualizar ou capacitar um grupo profissional para atuar numa rede assistencial que tem como seus princípios de existência a universalidade, a equidade, a integralidade das ações e o controle social, aspectos, muitas vezes, ignorados na formação acadêmica. Propõe-se que a solução para maior integração do profissional médico com a prática dos cuidados à saúde não está na adoção de

propostas reducionistas do saber clínico, mas na sua articulação com outros saberes, no estabelecimento de uma ação interdisciplinar, num patamar tecnológico onde, reconhecidamente, é necessária a especificidade do saber e da ação do pediatra, do clínico e do gineco-obstetra. Valorizamos, portanto, a opção destes profissionais, pela sua importância na constituição de uma rede básica com capacidade de resposta técnica e humana; valorizamos estes profissionais pois, apesar de todos os atrativos da super-especialização, mantiveram-se atuando nestas áreas gerais de grande compromisso e necessidade social. Manteremos em nossas redes o direito e a necessidade de esses profissionais atuarem, segundo suas vocações e opções, mas recriando a forma e o sentido da prática, articulando-a necessariamente com a ação dos outros profissionais e com o trabalho em equipe, tendo como horizonte definido os princípios do SUS [...] Assim, procuramos resgatar a idéia da saúde como um direito verdadeiramente de todos, sem falsos atalhos simplificadores, sem a adoção de mecanismos demagógicos que visam de fato à restrição de acesso a certas possibilidades de tratamento, compreendendo a saúde e a atenção à pessoa doente não como uma somatória de procedimentos médicos, sejam eles simples ou complexos, mas como um esforço renovador da prática profissional e da organização dos serviços, permitindo expressar uma ação cuidadora que valorize um sentido humanitário e de solidariedade entre profissionais de saúde e cidadãos.” (ITAPECERICA DA SERRA, 2001a).

Reestruturação de carreiras

No final do ano de 2001, foi aprovada uma reestruturação de cargos e salários dos profissionais da saúde. Havia uma situação que contrariava o processo de mudança. A estruturação anterior exibia um contra-senso com o discurso que pregava a valorização do trabalho multiprofissional, a valorização do papel clínico do enfermeiro, o fortalecimento do trabalho em equipe. Existia um forte desequilíbrio na composição dos cargos e salários, que desconsiderava especialmente o pessoal de enfermagem, os técnicos de higiene dental, os atendentes de consultório dentário e os agentes comunitários de saúde. Estes, até por imposição inicial do Ministério da Saúde, permaneciam com vínculo trabalhista com a Prefeitura, em uma situação precária. Estas deficiências puderam finalmente ser equacionadas. Os cargos e salários foram equalizados internamente, segundo o espírito da valorização multiprofissional e, também externamente, em relação aos valores salariais médios praticados.

Planejamento local e ascendente

Em continuidade ao II Curso de Gerentes, realizado em agosto/outubro de 2001, foi desencadeado um processo de discussão nos serviços visando incorporar o conjunto das equipes, conselheiros de saúde e usuários num processo de debate e definição das prioridades e necessidades de cada serviço. Foram definidas algumas planilhas básicas para a identificação de problemas, nós críticos e ações propostas. Procurou-se garantir a coesão entre o processo em cada unidade e o conjunto do sistema municipal, com a reafirmação da diretriz geral e de suas estratégias. A figura 25 ilustra as questões apresentadas às equipes como demandas gerais e provocadoras da mobilização e reflexão local e da negociação das soluções.

Figura 24 – Cartaz com o temário do curso



O Médico e os Cuidados Integrais à Saúde

Organização

- Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Itapeverica da Serra
- Programa de Integração Docente-Assistencial – PIDA-Embu/UNIFESP

Promoção

- Secretarias de Saúde dos Municípios de: Itapeverica da Serra, Juquitiba, Embu-Guaçu, São Lourenço da Serra, Embu, Taboão da Serra e Vargem Grande
- Programa de Integração Docente-Assistencial – PIDA-Embu/UNIFESP

TEMÁRIO

GERAL*	PEDIATRIA	CLÍNICA MÉDICA	GINECO-OBSTETRÍCIA
❖ Ciências da vida e sociedade	❖ História social da criança	❖ A clínica geral e as necessidades de saúde	❖ A mulher e as necessidades de saúde
❖ Historicidade do conceito de saúde-doença	❖ O núcleo de ações da clínica pediátrica	❖ O núcleo de ações da clínica geral	❖ O núcleo de ações da ginecologia e obstetrícia
❖ A história e os significados do SUS	❖ Vir à vida	❖ Risco cardiovascular	❖ Adolescência
❖ A integralidade dos cuidados e o acolher	❖ Problemas nutricionais na criança	❖ Hipertensão arterial	❖ Violência sexual
❖ Relações humanas entre profissionais e usuários	❖ Meu filho vai mal na escola	❖ Depressão e ansiedade	❖ Sexualidade
❖ O médico como educador: o monólogo técnico versus o diálogo entre sujeitos	❖ Violência contra a criança	❖ Queixas gastrointestinais	❖ DST
	❖ Problemas cirúrgicos e ortopédicos	❖ Asma	❖ Prevenção do câncer na mulher
	❖ Dores recorrentes	❖ Dores osteomusculares	❖ Pré-natal
	❖ Infecções das vias aéreas superiores	❖ Diabetes	❖ Mãe e Filho – uma relação e duas vidas
	❖ A plenos pulmões	❖ A terceira idade	❖ Climatério
* temas para todas as especialidades			

Figura 25 – Questões gerais colocadas ao processo de planejamento ascendente

Como está sua unidade em relação às três estratégias?

Roteiro para iniciar as discussões, avaliando ações desencadeadas

Estratégia 1 – os profissionais e a construção da atenção cuidadora:

- O reconhecimento das sugestões dos funcionários para a humanização dos serviços
- O relacionamento interno dos funcionários, as iniciativas de trabalho em equipe
- A discussão interna e participação na implementação do acolhimento
- A capacitação dos profissionais para o acolhimento
- O Treinamento Introdutório: avaliar o realizado e sugerir melhorias
- A ampliação do debate e da participação dos funcionários na construção das mudanças

Estratégia 2 – os usuários e os canais de participação do cidadão:

- O funcionamento do Conselho de Local de Saúde: organização, regularidade, ações e sugestões
- O funcionamento das caixas de sugestão e outras formas de levantar a opinião dos usuários
- O SAC na relação com a sua unidade
- O Manual de Utilização dos Serviços: checagem e sugestões
- O Boletim de Saúde: avaliação, utilidade, participação da unidade, sugestões
- O Curso de Conselheiros: avaliar o último, sugestões

Estratégia 3 – a reorganização da unidade e das formas de trabalho:

- A situação estrutural da unidade (conservação predial, limpeza, zeladoria)
- A uniformização e identificação dos profissionais
- O Acolhimento a Retaguarda do Acolhimento e a Consulta de enfermagem
- O balcão de recepção com suas novas funções e os critérios de agendamento e matrícula
- O fluxo de referência para: exames, especialidades, PS e internação
- O fluxo de contra-referência do PS/Maternidade e HGIS
- A integração dos ACS com a sua unidade e a ampliação do trabalho direto na comunidade
- Os cuidados em grupo e outras alternativas de cuidado
- O debate com o corpo médico e a construção de uma nova prática clínica e multiprofissional

Após as primeiras discussões em cada unidade, foi definido um esquema geral (CECÍLIO, 1997), conforme a figura 26, para a apresentação de cada plano local de saúde, de modo a possibilitar a unificação num plano geral (ITAPECERICA DA SERRA, 2001b).

Figura 26 – Roteiro para apresentação do Plano de saúde de cada unidade

I. Introdução

1. **Apresentação resumida do processo de elaboração**
 - Sequência das atividades
 - Participantes
 - Principais polêmicas e seleção de prioridades
 - Troca de idéias entre profissionais, usuários, conselheiros, associações
2. **A unidade e sua área de abrangência:**
 - Bairros que compõem a área
 - População-alvo: composição e principais características
 - Descrição geral da área: situação socioeconômica, equipamentos sociais, situações ou áreas de maior risco

II. O Plano de Ação

Estratégia 1: os profissionais e a construção da atenção cuidadora

1. PL1 – Atividades de integração dos profissionais
2. PL2 – Instrumentos de comunicação e instâncias regulares de negociação e participação interna
3. PL3 – Atividades de inserção, capacitação e reciclagem dos profissionais

Estratégia 2: os usuários e os canais de participação do cidadão

1. PL4 – Funcionamento do Conselho Local (organização, regularidade de reuniões, divulgação)
2. PL5 – Atividades comunitárias a serem desenvolvidas pelo Conselho – Plano do Conselho
3. PL6 – Atividades para a incorporação da opinião dos usuários no cotidiano da gestão: queixas diretas, caixas de sugestão, SAC, levantamento de opiniões
4. PL7 – Atividades visando à participação em veículos de comunicação: jornais da região, rádio comunitária, Boletim da Saúde, etc.

Estratégia 3: a reorganização da unidade e das formas de trabalho

1. PL8 – Área física: conservação predial, fluxo e sinalização interna, manutenção
2. PL9 – Adequação da capacidade de atendimento (nº. de salas, espaço X demanda)
3. PL10 – Quadro mínimo de pessoal: necessário, existente, déficit
4. PL11 – Unidade Acolhedora: apresentação dos funcionários (identificação e uniforme) acomodações na sala de espera e consultórios, bebedouro, limpeza
5. PL12 – Acolhimento: recepção, agendamento e matrícula, o acolher, retaguarda do acolhimento
6. PL13 – Cuidados individuais: condução técnica, forma e registro do atendimento
7. PL14 – Atividades de cuidados em grupo e outras alternativas de cuidado
8. PL15 – A integração do ACS e a ampliação do trabalho direto na comunidade
9. PL16 – Construindo a prática em equipe – ações multiprofissionais integradas
10. PL17 – Sistema de referência e contra-referência: exames, especialidade, urgência, maternidade e internação geral
11. PL18 – Sistema de Informação: operação dos sistemas existentes, instrumentos de coleta, utilização de informação para o gerenciamento

Fonte: Itapequerica da Serra - Secretaria de Saúde, 200

PL = planilha para apresentação do plano, organizada no formato: problema/nó crítico → atividade proposta → meta → resultado esperado

11. ALGUNS DADOS DA EVOLUÇÃO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS E DOS GASTOS EM SAÚDE

Vale destacar, como ilustrativas, algumas iniciativas ocorridas nesse período de implementação da diretriz e que de alguma forma nela se referenciaram: elaboração de jornal/revista sobre a saúde dos adolescentes para trabalho educativo nas escolas e a extensão de práticas corporais para todas as unidades. Na área de saúde bucal desenvolveram-se os projetos Canguru, Prevenção com Arte, Batalha Bucal, Escovinha de Ouro, Escolas Promotoras de Saúde, e foi produzida a Publicação do Material Didático, envolvendo todas as UBSs, 88 escolas, 135 profissionais da saúde e da educação. Houve a incorporação dos agentes comunitários de saúde que foram formados em curso com conteúdo segundo a diretriz geral. A rede de saúde participou ativamente na luta pela paz, o Conselho Municipal de Saúde e os Conselhos de unidade tiveram funcionamento regular, ampliou-se a resolubilidade do sistema municipal com novas especialidades e serviços odontológicos. O Hospital Geral de Itapecerica da Serra – HGIS foi implementado e produziu um impacto importante na articulação com a rede básica, viabilizando as internações necessárias e melhorando a realização de uma série de exames e terapias, antes só disponíveis mediante deslocamento incerto para o município de São Paulo.

Na figura 27, apresenta-se a evolução de alguns dados quantitativos do sistema municipal de saúde. É certo que o aumento na prestação de serviços e a melhora em indicadores resultaram de muitos fatores e poderiam também ser alcançados com outras propostas de intervenção, não sendo, portanto, frutos específicos da diretriz adotada. Entretanto, o que interessa aqui discutir é que o processo foi capaz de combinar a preocupação com a oferta de serviços com o desenvolvimento de um questionamento sobre quais serviços estavam sendo prestados, e como. Isto é, apesar de a diretriz apontar criticamente para necessárias rupturas com o normalizado, isto não comprometeu o cumprimento das tarefas e responsabilidades específicas na prestação dos serviços e no desempenho da organização.

Destaca-se ainda a evolução progressiva do gasto *per capita* em saúde, mesmo que tenha permanecido muito aquém do patamar de financiamento considerado necessário, quando comparado com outros sistemas de saúde. Neste particular, é importante ressaltar que, tal como os demais municípios do país, o sistema de saúde local sofreu pesadamente o

processo de corrosão das finanças públicas municipais e, por algumas vezes, foi obrigado a atrasar salários dos funcionários. Esta situação pesou sobre a credibilidade da instituição na condução do processo de humanização, mas, por outro lado, foi também com base nesta diretriz geral que foi possível discutir e debater com os funcionários e conselheiros os fatores que estavam determinando estas dificuldades.

Figura 27 - Comparativo de alguns dados do sistema de saúde do município de Itapecerica da Serra - 1996, 1999 e 2000			
dado	1996	1999	2000
prestação de serviços			
Aplicações de vacina	34.745	48.092	48.393
Consultas médicas	279.397	358.523	403.549
Procedimentos odontológicos	101.539	153.586	141.895
Tratamento completados - odontologia	6.550	10.471	10.847
Exames de apoio diagnóstico (serviço municipal)	41.632	71.999	75.442
Partos na Maternidade Municipal	1.529	1.880	1.665
alguns indicadores			
Mortalidade infantil (por mil nv)	25,2	25,2	15,2
Taxa de mortalidade materna (por 100.000 nv)	155,3	109,7	50,7
CPO-D	3,2	1,9	1,6
% de cesáreas	16,7%	25,5%	26,4%
Cobertura de crianças < 1 ano (inscritas)	96,0%	105,7%	116,7%
Concentração de atendimentos por criança/ano	...	4,2	4,36
Cobertura de gestantes	...	110,0%	115,4%
Concentração de atendimentos em gestantes	...	4,08	5,78
Exames de Papanicolaou	3.587	6.194	8.459
Cobertura de Papanicolaou	14,5%	21,8%	28,5%
Cobertura vacinal: Anti-sarampo	108,2%	111,3%	111,2%
Cobertura vacinal: DPT	151,3%	115,5%	110,6%
Cobertura vacinal: sabin	158,8%	115,7%	108,1%
Cobertura vacinal: BCG	120,8%	129,7%	148,6%
Cobertura vacinal:tríplice viral	91,6%	110,1%	106,4%
quadro de pessoal			
Direção e assessoria	28	36	43
Apoio adm. e operacional	155	143	178
Motorista	32	41	47
Técnico I	22	1	5
Técnico de RX 24 h	-	13	15
THD	-	6	7
Técnico de enfermagem	-	-	7
Auxiliar de enfermagem	90	125	147
Enfermeiro	15	18	25
Psicólogo	2	2	3
Nutricionista	-	1	1
Assistente social	5	2	2
Veterinário	1	2	2
Farmacêutico	-	1	4
Arquiteto	-	1	1
Subtotal	350	392	487
Horas-médico/mês	8.080	10.280	11.242
Horas-dentista/mês	3.360	2.816	3.272
financiamento			
Recursos totais - saúde	R\$7.300.429	R\$13.090.841	R\$14.422.243
Participação - recursos municipais (receita própria)	R\$4.469.173	R\$8.865.606	R\$9.923.146
Participação - recursos de transferência	R\$2.831.256	R\$4.225.235	R\$4.499.098
Gasto em saúde na receita total própria disponível	22,89%	25,78%	25,13%
população do município (IBGE)	110.196	126.672	131.860
Gasto em saúde <i>per capita</i>	R\$66	R\$103	R\$109

Fonte: Itapecerica da Serra, 1998a, 1998d e 2000



5. CONCLUSÕES

Na primeira parte deste trabalho procurou-se estabelecer referenciais teóricos, delimitando o campo de interesse do estudo, que põe em foco concepções que disputam a natureza e a extensão da abrangência do direito à saúde e o rumo da organização dos serviços. Foi com esse objetivo que se discutiu a polêmica entre “demanda espontânea” e “oferta organizada”, as contribuições e os limites das tentativas de modelagem técnica da realidade, os princípios da “Gestão da Qualidade” e seu arsenal teórico-ideológico, as características de sua transfiguração na administração pública brasileira, os limites das intenções humanizadoras e suas possibilidades.

Com base nesses referenciais desenvolveu-se uma análise de uma experiência teórico-prática de humanização e satisfação. Procurou-se apresentá-la de forma cronológica e segundo as principais questões delimitadas nos referenciais ou reveladas na exploração do caso. Verificou-se como se processaram a unidade entre teoria e prática, as polêmicas enfrentadas no seu curso, como se desenvolveu e se organizou uma concepção de mudança com seus múltiplos significados dados pelos sujeitos envolvidos, e seus desdobramentos em atividades e ações.

A ênfase em explorar a singularidade de um caso para refletir e debater sobre uma práxis guiada por uma concepção de humanização/satisfação, revirando suas particularidades, certamente é condição proibitiva de generalizações mecânicas. Assim, o que está em discussão mais que os resultados do processo, é a teoria que o delimita, orienta e avalia e, o esforço de se construir dispositivos de gestão coerentes com tal teoria. Evidenciam-se, a seguir, algumas características mais relevantes do caso em estudo.

Disponibilidade de serviços e a humanização

Alguns elementos particulares da história da luta pelo direito à saúde no município condicionaram a natureza e a estruturação do caso, o seu início e o seu desenrolar. Nesse sentido pode-se destacar: melhora crescente na organização e oferta de serviços, em particular, desde as AIS; melhor conhecimento da realidade epidemiológica da área de responsabilidade de cada unidade propiciada pelo processo de *territorialização*; definição de oferta organizada de serviços segundo programas prioritários; expansão de atividades na comunidade segundo um conceito ampliado de saúde; crescente envolvimento da população no controle social; novos serviços entre eles, um hospital geral.

Foi a partir dessa realidade, das conquistas alcançadas, que as iniciativas para a transformação dos serviços locais se colocaram como uma nova etapa, diante da constatação de uma situação que não satisfazia nem profissionais nem usuários. Como se afirmou, a situação alcançada no período anterior possibilitou e ao mesmo tempo impulsionou as mudanças.

Reconhece-se, portanto, que não é possível ignorar as conquistas concretas anteriores, como a base sob a qual se desenvolve o processo de mudança, e, portanto, a prática da humanização traduz e dialoga com as questões objetivas do cotidiano. As questões concretas de acesso e recursos disponíveis mantêm-se presentes em todo o processo, sendo inclusive uma das importantes justificativas utilizadas pelos usuários para uma opinião avaliativa sobre as mudanças nos serviços. Isto é, para uma proposta de humanização dos serviços não cair no vazio é necessário haver uma disponibilidade mínima de oferta de serviços razoavelmente organizados e a disposição da equipe em encontrar e enfrentar falhas existentes.

O papel da equipe na afirmação da diretriz política

Merece destaque na efetivação do processo de mudança e no desenvolvimento da proposta de humanização/satisfação o papel desempenhado pela equipe dirigente da saúde local. Trazia a experiência de ter participado ativamente das conquistas durante o período das AIS e do SUDS e, nesse processo, articulou sua prática com a luta pela melhoria da saúde e pela ampliação do controle social. Isto resultou em crescente aproximação da prática local com a defesa abrangente do direito à saúde e com a implementação do SUS enquanto política básica.

O processo de humanização se inicia como busca de amenização do clima de animosidade entre profissionais e usuários. As primeiras iniciativas estão centradas em questões éticas e motivacionais dos profissionais. A história local dos sujeitos envolvidos conduz a uma superação da idéia da humanização, limitada à predicação moral, à amenização de contradições ou como uma douda e erudita busca das fontes antigas e clássicas, das quais cumpre deduzir a realidade autêntica. A preocupação de humanizar, não abdicando da responsabilidade na prestação de serviços de saúde, valoriza a inclusão dos

usuários como sujeitos, dos interesses e necessidades concretas a serem negociados na construção de um projeto para a saúde, ampliando as intenções genéricas de humanizar os serviços.

Esta ampliação dos horizontes do processo de mudança foi representada pela adoção da diretriz da satisfação dos usuários e da legitimação das suas insatisfações como reconhecimento de conflitos presentes. A adoção da satisfação correspondeu, também, em grande medida, à busca de uma ampliação da participação dos usuários não limitada a uma concepção burocrática, apenas em torno de conselhos oficiais, ou apegada em postulações da participação como uma negociação restrita a pequenos grupos mais ativos, os chamados “organizados socialmente”.

A concepção utilizada da satisfação desenvolve esta marca generosa de inclusão dos cidadãos comuns. Daí a preocupação em ouvir, incluindo as pessoas em geral, anônimas ou organizadas, usuários ou não, representantes de conselhos ou simplesmente cidadãos.

A concepção que vai se formando ao reafirmar o princípio do caráter público dos serviços dirige-se para a efetivação de um processo político-pedagógico que abra a gestão da saúde para necessidades radicais da população e traga para a saúde novas possibilidades com uma força social mais ampla. Ao discutir a idéia de mudança estratégica, TESTA (1989) constata que, de fato, qualquer sociedade a todo o momento está mudando, e o mesmo ocorre no setor saúde, mas as mudanças orientadas por uma ação estratégica são aquelas que podem afetar a disposição de poder no setor.

Assim, a humanização/satisfação expressa-se como uma concepção geral, uma diretriz política que passa a disputar com outras orientações a condução da mudança estratégica na direção da efetivação do direito à saúde.

Algumas mudanças com o transcorrer do processo

A visão da humanização e da satisfação, adotada como uma diretriz política, foi uma opção construída ao longo do processo, como uma necessidade ditada pela prática de transformação real dos serviços. Assim, paulatinamente, foram sendo estabelecidos alguns princípios do processo humanização e satisfação que podem assim ser sintetizados:

- compreender a humanização para além de algo apenas pessoal dos funcionários
- resgatar críticas e sugestões dos usuários no processo de gestão
- superar o limite de modelos técnicos muito estruturados e rígidos
- valorizar o trabalho em equipe, descentrando-o da exclusividade médica
- quebrar o monólogo técnico
- reconhecer conflitos
- transformar a insatisfação em ação pública
- priorizar um processo pedagógico e político
- contribuir na construção de um projeto político

A afirmação de uma diretriz política geral com seus princípios, consolida-se gradativamente e possibilita um ganho significativo de capacidade de governo setorial. Na medida do possível, busca ampliar a adesão dos trabalhadores, mas sempre reconhecendo que ela nunca é total ou fixa e, sim, um processo de disputa do sentido e das intenções dos profissionais no trabalho local. Sob esta base conceitual, mais unitária e clara, antigas atividades e outras tantas novas desencadeadas encontram um rumo geral que passa a orientar sua condução. Com a afirmação dessa referência geral, propiciada pelo movimento da humanização e satisfação, muitos problemas são atacados de forma simultânea. Princípios foram formulados, atividades definidas e ações desencadeadas, resultando na estruturação de três estratégias de intervenção como formas de implementação de uma política.

Os profissionais e a ação cuidadora – com essa primeira estratégia estabeleceu-se uma crescente disposição pela mudança como resultado da reflexão crítica dos profissionais, ampliando sua participação. O processo evidencia um empenho institucional que se concretiza na realização de diversos seminários, oficinas e discussões locais nas

unidades. A partir das atividades realizadas e de algumas melhorias obtidas (melhorias no tempo de espera, diminuição de filas, maior motivação e satisfação dos profissionais, redução de queixas, melhor qualidade dos registros médicos, etc.), constata-se uma maior tendência da equipe em:

- ✓ reconhecer a natureza conflituosa da relação entre profissionais e usuários existente
- ✓ reconhecer equívocos na organização dos serviços
- ✓ reconhecer que as opiniões dos usuários não eram levadas em conta e precisavam ser incorporadas
- ✓ reconhecer o cidadão como um ser de direito na situação de usuário de serviços de saúde
- ✓ valorizar o contato interpessoal
- ✓ ampliar a reflexão e a participação direta dos funcionários na condução dos serviços
- ✓ apresentar disposição em mudar e envolver-se com as mudanças definidas em cada serviço, afirmando um rumo geral para onde devem caminhar os serviços

Ampliar os canais de comunicação, a participação e o controle social, o reconhecimento de expectativas e interesses dos usuários – com essa segunda estratégia, um outro conjunto de atividades é realizado para:

- ✓ abrir novos canais de diálogo e comunicação com os usuários e com a população, entre os quais: implementação do Serviço de Atendimento ao Cidadão (SAC), Boletim de Saúde, Manual de Utilização dos Serviços, curso para conselheiros, seminários em cada unidade e municipal de avaliação da reorganização dos serviços com a participação dos conselhos locais e municipal.
- ✓ captar as opiniões dos usuários de forma mais abrangente e direta. Valorizar a opinião dispersa dos usuários, incorporando, de forma rotineira, atividades como levantamento de opinião dos usuários, discussão das queixas das caixas de sugestão em reunião dos conselhos, discussão das queixas e reclamações do SAC e das caixas com os profissionais com devolução de resposta formal ao queixante.

Destaca-se na articulação dessas duas estratégias um processo crescente de aproximação entre os problemas ou melhorias apontados pelos usuários com as proposições de mudança. Isto é, as questões que passam a ganhar o centro das preocupações dos profissionais e gerentes da saúde encontram-se com as questões levantadas pelos usuários e suas expectativas. Assim, o debate abandona o plano onde domina a assimetria do poder e saber, o plano do monólogo dos técnicos, e a população passa a ter maior possibilidade de desenvolver repertório para defender suas posições.

Finalmente, com a terceira estratégia de reorganização dos serviços e das formas de trabalho, com a inclusão de expectativas dos usuários, pode-se observar como mudanças em desenvolvimento:

- ✓ organização do primeiro contato dos usuários com o serviço (Acolhimento), aberto à escuta dos problemas, incorporando demandas até então sem acesso ao serviço; atendimento clínico imediato sempre que necessário, valorizando como responsabilidade dos serviços a resposta à demanda espontânea.
- ✓ descentração da ação clínica como atributo exclusivo da atividade médica, valorizando o trabalho em equipe multiprofissional, ampliando as possibilidades de resposta da retaguarda do acolhimento. Introdução, de forma sistemática, da consulta de enfermagem com capacidade resolutiva própria. Elaboração e aprovação de protocolos de consulta de enfermagem junto ao Conselho Estadual de Enfermagem.
- ✓ desmonte físico e conceitual da “recepção balcão”. Reorganização da recepção retirando do “balcão” o poder decisório sobre o acesso aos cuidados. Implementa o acolhimento como um valor geral e como uma atividade concreta.
- ✓ organização e articulação de atividades, como atendimento em grupo, para propiciar maior resolução e continuidade do cuidado a partir do primeiro atendimento no Acolhimento.
- ✓ correção parcial dos problemas de demora e extravio de resultados de exames de apoio diagnóstico e das insuficiências de profissionais em unidades. Melhora da qualidade da assistência ao parto, valorizando a relação com a gestante, a parturiente e os familiares.
- ✓ questionamento da prática médica na rede básica de saúde, promovendo debate com os profissionais sobre questões do saber técnico e da prática médica. Incentivo à ação cuidadora do profissional médico.
- ✓ recusa à adoção do PSF como política do mínimo. Não adota a proposta de transformação dos médicos pediatras, gineco-obstétricos e clínicos gerais em “médicos generalistas”. Reafirmam-se as três áreas básicas (pediatria, clínica e gineco-obstetrícia) como três ofícios a serem mantidos e valorizados na rede básica. Estes ofícios com características de trabalho não parcelado são considerados elementos indispensáveis para compor o trabalho da equipe de uma rede básica mais complexa. Os saberes e práticas desses profissionais articulados ao trabalho em equipe são necessários para realizar de forma integral os cuidados à criança, à mulher e ao adulto.
- ✓ organização e implementação de um processo ascendente de planejamento, procurando estruturar as três estratégias a partir do debate nos espaços locais, incorporando os sujeitos

envolvidos em cada unidade de saúde para a refletir sobre suas práticas, participar e negociar mudanças.

- ✓ ampliação do trabalho direto na comunidade com os ACS, atividades contra a violência, com os adolescentes, atividades de caminhadas, etc.

Os princípios, as estratégias e as atividades reafirmam, portanto, alguns pontos na defesa do SUS como política básica:

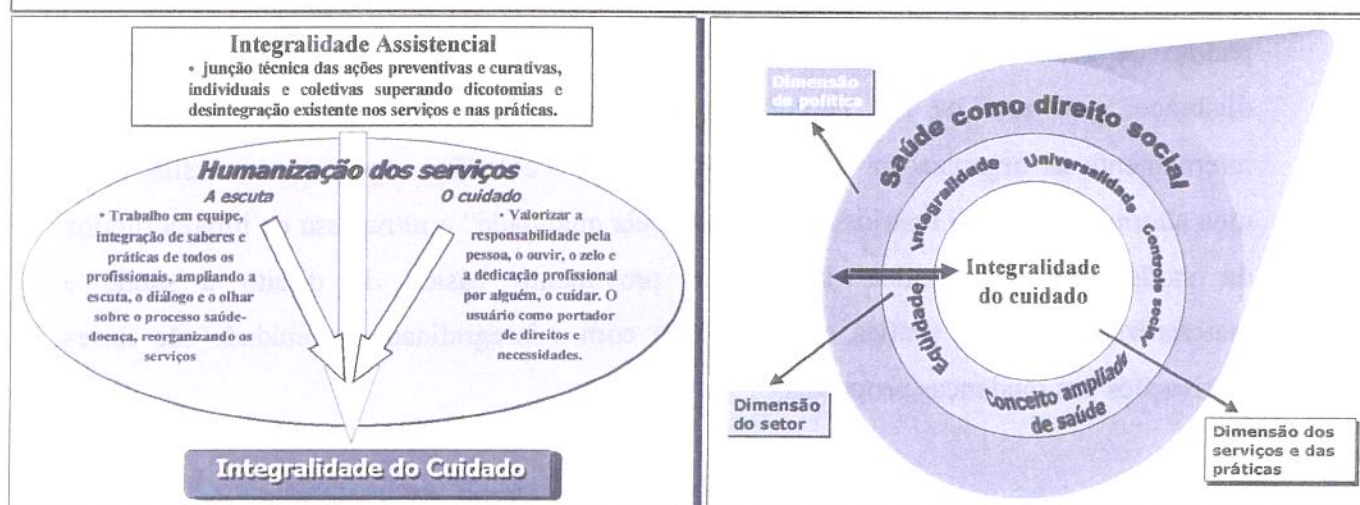
- **Visão da organização:** negociação de interesses com a presença do outro, capacitação de pessoal para esta reflexão, reconhecimento de conflitos, ênfase na construção de projeto coletivo para a saúde.
- **Visão do usuário:** incorporar como sujeito com o qual se negociam os caminhos do planejamento e organização dos serviços, como portador de um direito.
- **Visão da abrangência do direito:** radicalização do provimento, defesa do básico contra o mínimo, integralidade do cuidado, atenção à demanda espontânea como parte fundamental das responsabilidades dos serviços, processo de trabalho que permita viabilizar a continuidade do cuidado necessário aos que procuram o serviço, valorização do trabalho em equipe multiprofissional, valorização do trabalho extramuros.

A redefinição do processo de trabalho e das práticas concretas encontrou na intenção de humanizar uma alternativa para orientar sua transformação, suprimindo insuficiências dos modelos técnicos. A busca da reorganização dos serviços, ganhou uma tonalidade de ruptura com a acomodação nas normas existentes e, ao questioná-las, procurou imprimir novas direções. A combinação das três estratégias para a mudança parece indicar que, com a preocupação da humanização/satisfação, foi possível articular um padrão de gestão com um estilo mais aberto, menos tecnocrático, mais turbulento e dinâmico, pois tem na sua natureza a necessidade de uma negociação permanente, internamente na organização e desta com usuários e cidadãos. Apresenta-se assim como uma alternativa à visão restritiva da “gestão pela qualidade” e ultrapassa os limites rígidos da modelagem tecnocrática. Defesa do provimento básico do direito à saúde e materialização de uma prática comprometida com a integralidade do cuidado são fortes motivações das mudanças propostas.

A busca da reorganização ampla dos processos de trabalho é um reconhecimento de que a integralidade do cuidado pressupõe ouvir o outro, compreender o outro como sujeito do processo de cuidado, como portador de um direito, e não simplesmente como um objeto. Ela valoriza a necessidade da integração dos diferentes saberes e práticas profissionais e da organização de um espaço para ouvir e dialogar, estabelecendo relações interpessoais de forma atenciosa e respeitosa, para favorecer a incorporação do usuário como sujeito. Busca articular o desenvolvimento de novas atividades na unidade e fora dela (extramuros) em conjunto com a comunidade, segundo uma visão ampliada da saúde, para que as atividades, num novo patamar de integralidade, não se restrinjam à consulta médica, exames complementares e medicamentos.

Assim, com a intenção da maior abrangência do direito à saúde, do SUS como política básica, o princípio da *integralidade do cuidado* expressa mais do que outro o rumo das mudanças pela afirmação do direito radical à saúde, *na dimensão das práticas de saúde*. Isto é, se no plano mais geral da política o embate dos projetos da saúde concentra-se na disputa pelos princípios da universalidade, da autonomia crítica do controle social, da formatação da equidade e da conseqüente política de financiamento do sistema, no plano da organização cotidiana dos serviços e das práticas é sobre a integralidade do cuidado que se trava a disputa entre o mínimo e o básico. A figura 28 representa esquematicamente esta afirmação.

Figura 28 – A humanização dos serviços, a integralidade do cuidado e o direito à saúde



Um impacto positivo dessas ações, ainda que em fase muito inicial, pode ser observado nos dados que evidenciam, também, que não há uma visão unânime sobre o processo e sobre as mudanças, nem uniformidade entre as unidades. Esta é uma característica do processo e compreendê-la é importante, pois não cabe um julgamento destes fatos como bons ou ruins.

Desenvolver uma organização de serviços e uma prática comprometida com a integralidade do cuidado é um problema central. Guarda dependência com a superação de dicotomias, com a incorporação de novos valores sobre o tipo de sociedade almejada, com a articulação dos saberes e profissões para um trabalho em equipe, com a crítica à organização dos serviços e às práticas e com o reconhecimento do outro como sujeito portador de um direito social. Disso resulta que o enfrentamento desse problema exige uma articulação dentro de um espaço sociopolítico na qual a expressão e interesses dos sujeitos envolvidos definem regras e projetos não previsíveis num primeiro momento. Isto é, por melhor que seja uma teoria integradora, nesse caso pelo menos, a prática não é sua imitação.

Dificuldades do processo e concepções em disputa

No processo de busca da superação do modelo médico-privatista e da saúde pública campanhista e controlista enfrentam-se polêmicas recorrentes com as concepções restritivas representadas pelas propostas de provimento mínimo do direito à saúde, focadas na “oferta organizada”, oriundas da concepção da “atenção primária à saúde” e com as concepções da “Gestão pela Qualidade” que dissolve as arenas de disputa política pelos direitos sociais e pela qualidade de vida. Constata-se, também, que as concepções negativas herdadas pelo SUS (o não reconhecimento do direito, as dicotomias, o fetiche médico-tecnológico, a assistência como caridade ou filantropia, a desvalorização do público, etc.) não foram inteiramente superadas do conjunto de valores utilizados por profissionais e usuários na avaliação da saúde e seus serviços. Reconhece-se sobre este aspecto que, mesmo com o processo de mudança em desenvolvimento, tais concepções ainda mantêm vitalidade de convencimento e são instrumentos de disputa dos trabalhadores e dos usuários na organização do cuidado. Essas disputas marcam a instabilidade do processo e a

1

1

dificuldade de efetivação de um consenso mais amplo da equipe local em torno dos princípios e da necessidade de mudanças. Marcam, também, um titubear na realização das mudanças planejadas.

As resistências e dificuldades das mudanças identificadas ao longo da descrição do caso são sustentadas por muitos valores históricos da organização da saúde no Brasil: ações públicas como uma prática caritativa e clientelista; usuário do serviço público como indigente; visão de muitos profissionais que classifica o trabalho público como uma ação simplificada e cientificamente descuidada, um ônus passageiro para finalmente migrar para a prática liberal no consultório particular; pelo incentivo a esta visão constantemente reafirmada na formação universitária; pelas expectativas sociais em relação à idéia de sucesso profissional que enfatiza que aqueles que permanecem no serviço público são fracassados; pela visão restrita de saúde como contrário de doença; pela substituição do foco na relação interpessoal por fetiches tecnológicos; pela visão do usuário como um coitado para o qual deve-se prestar uma filantropia, uma ajuda, desde que limitada à racionalidade do sistema econômico e à subserviência das finanças públicas aos interesses das elites. Sobretudo, o não-reconhecimento do cidadão como portador do direito social à saúde é algo ainda muito presente na visão dos profissionais e, também, dos usuários.

Além das heranças negativas que fundamentam a história da saúde e as práticas, cujos valores são permanentemente revigorados pela formação universitária, pelo funcionamento da ordem social e sua reprodução, novas dificuldades são evidenciadas na disputa do novo com o antigo no processo de mudança. Como toda mudança, a reorganização dos serviços propiciada pela humanização e satisfação desloca interesses, questiona certos equilíbrios, certa maneira de funcionar acordada entre as diferentes corporações de trabalhadores no interior do serviço, e esses são motivos de resistências. Destacam-se, nesse sentido, algumas dificuldades: a ameaça de perda da governabilidade, a desconfiança da capacidade de avaliação e julgamento dos usuários, o temor de a valorização da satisfação cair numa posição demagógica pela assimetria entre as exigências dos usuários e a realidade insuficiente dos recursos disponíveis. Esta situação impõe a necessidade de compreender tais questões como características da esfera da ação política que é, também, onde lidamos com o exercício e as dessimetrias de poder (KONDER, 2000).

Com o desenvolvimento do processo, é possível estabelecer como uma característica a sua instabilidade. Essa instabilidade, fruto da abertura da gestão para a negociação externa à organização, não se resolve nos limites de um serviço ou mesmo de um setor das políticas públicas. No cotidiano da gestão, essa permanente suspensão, mantendo um final em aberto, representa uma pressão localizada que não é fácil suportar se não há uma compreensão e uma possibilidade vislumbrada de superação dos conflitos imediatos no rumo de um projeto político mais geral.

A saúde e as políticas públicas

Não é de menor importância considerar que as implementações do SUS e do direito à saúde se dão no âmbito governamental do setor de serviços públicos e de saúde. Isto é, em relação a um certo tipo de trabalho de prestação de serviços, com as especificidades do trabalho em saúde e sob os princípios do direito público.

Assim, é necessário reconhecer que há uma integração entre as ações realizadas na esfera pública e a lógica do sistema social e sua reprodução, mas, também, que a luta social tem conquistado a ampliação da ação pública na prestação de serviços sociais, segundo princípios do bem comum, como “antimercadorias e antivalores”, a despeito dos interesses imediatos do capital (BRAVERMAN, 1987; OLIVEIRA, 1998). Esta situação, sempre muito instável e cheia de avanços e revezes, apresenta-se nos dilemas e dificuldades da implementação do SUS, na disputa pelo provimento mínimo *versus* o básico do direito à saúde, na disputa pelos fundos públicos. Isto é, a ética do direito à saúde abrangente e radical é antagônica à lógica social de funcionamento do sistema capitalista.

Nestas condições, é ainda mais decisiva a questão da finalidade do processo de trabalho nos serviços públicos de saúde, pois os valores da ordem social do sistema estão cotidianamente disputando com os valores contra-hegemônicos do bem comum, do interesse geral. Esta disputa é fundamento para viabilizar o SUS, segundo os princípios do direito à saúde e, também, determinante na desalienação do trabalho dos servidores públicos e na renovação do processo de trabalho de forma conjunta com os usuários. Sugere-se, assim, que esta disputa social e política, ampla e difusa, é uma questão imprescindível, particularmente neste setor, para uma renovação do processo de trabalho, o

qual não pode operar essa mudança radical com um foco exclusivo nas discussões e mudanças tecnogerenciais limitadas a reformas das *direcionalidades* tecnológicas, do como organizar a assistência. Advém desta situação social a necessidade de permanência do processo setorial, havendo sempre um caminho a percorrer, decorrente da sua permeabilidade e polaridade com os valores gerais da sociedade na qual se insere.

Discutiram-se algumas dessas questões quando da questão do PSF, procurando elucidar o ponto de vista de que uma proposta, em si e isolada, sobre o modo de cuidar tem pouca potência explicativa e transformadora se não for considerado o contexto político-social de sua aplicação. O processo de humanização e satisfação analisado, suas resistências, dificuldades e impasses parecem reforçar este ponto de vista.

Assim, novos fins do trabalho em saúde no setor público, sob a ótica do direito social, só encontram sua afirmação democrática com a incorporação do outro na definição de projetos, na afirmação do tipo de sociedade que se deseja, na ação política como materialização das possibilidades de gestação de projetos de interesse geral.

O setorial e a política geral

“É na política que as pessoas podem criar os meios de combinar seus interesses particulares ou corporativos com o interesse geral. É na política que os valores éticos são desafiados a serem traduzidos na prática, na ação” (KONDER, 2000).

Assim, a política não é a simples concretização de um pacto de interesses considerados estáveis ou imutáveis, não é o simples somatório de interesses particulares ou corporativos; há nessa passagem do interesse individual para o interesse da generalidade humana um salto qualitativo em que a política se faz necessária.

Mas, quando se observam as questões priorizadas pelos grupos sociais e suas limitações quanto à afirmação mais clara de um projeto político para a saúde com dimensão pública, pode-se afirmar que há um longo caminho a percorrer. Essa é uma limitação que não está presente só na difusa consciência da população e dos profissionais, por sua desorganização ou alienação das questões políticas. A limitação é mais ampla e complexa. Constata-se, por exemplo, que mesmo o movimento sindical, combativo ou não, “classista” ou de resultados, tem conduzido sua ação na questão saúde, materializando uma concepção

corporativa e sindicalista de mundo, o que também não viabiliza a construção de um projeto do interesse geral. Ilustra muito bem este limite a sua agenda de luta que majoritariamente não tem priorizado a defesa do direito à saúde de todos, e sim a conquista de um plano privado para sua categoria específica. Neste contexto, é oportuno, também, considerar que é certamente exagerado supor que processos de mudança centrados na instalação de alternativas de autogestão dos serviços de saúde pelos seus trabalhadores, no interior do sistema capitalista, isolados, setoriais e, portanto, marcadamente corporativos, tenham condições de romper a lógica capitalista e comprometer-se com a lógica dos usuários. Ademais, seria interessante definir mais claramente que lógica é essa dos usuários e quem a elegeria como tal. Seria a lógica das necessidades necessárias?

A idéia de crise da política vivida pela sociedade, no fundo, sugere que a crise chegou ao âmago da vida social, dificultando terrivelmente o acúmulo de energias criativas. A desmoralização da política, a descrença da sociedade em geral nas ações coletivas e na ética do bem comum são marcas dos tempos atuais. A crise da política é o embaçamento das condições para que se supere o mal-estar coletivo e se encontre um novo rumo. A crise atual da política é o domínio do mercado, do capital financeiro transnacional sobre o Estado, o enfraquecimento das instituições, da ética e da cultura da solidariedade (NOGUEIRA, 2001).

Essa debilidade política soma-se a outras. Uma delas, muito presente na área da gestão da saúde, o movimento da humanização/satisfação se propõe a contribuir no seu enfrentamento. Trata-se de uma forma degradada da atividade política que NOGUEIRA (2001) assim expõe:

Uma forma de política que vem se afirmando expressivamente nos dias atuais é a “política sem política” ou contra a política. Ela se apóia numa hipervalorização da técnica, da gestão e da administração sobre o governar, o articular, o participar, o discutir. É a política dos técnicos, dos executivos, de algum modo associada à tecnocracia [...] Essa forma de política implica um protótipo de político: aquele que tem os pés no chão, que não alça vôo, não se distingue por propostas muito ousadas nem interpela os governados, que busca obsessivamente aquilo que se costuma chamar de “centro” [...] É o político que não gosta de ser chamado de político, que faz tudo para se diferenciar dos políticos e invariavelmente os responsabiliza por seus próprios fracassos ou dificuldades [...] A política sem política no limite não precisa muito de povo ou cidadãos: contenta-se basicamente com eleitores, cidadãos diminuídos e rebaixados à condição

de homologadores de decisões [...] O predomínio unilateral e autônomo dos técnicos – a autoridade dos especialistas – empurra o cidadão para os bastidores da decisão política (NOGUEIRA, 2001).

Assim, as dificuldades de mudanças setoriais têm limites na ação isolada setorialmente, pois estão inseridas na teia social e não têm independência das políticas gerais. Manifestam-se nesse quadro as determinações estruturais e ideológicas da sociedade em seu conjunto e, também, a crise da política como dificuldades gerais para a concretização de mudanças setoriais. A relação entre estas duas esferas não é automática nem de submissão total do particular ao geral. Como afirma FLEURY (1995):

Todo o esforço desenvolvido pela teoria sociológica contemporânea no sentido de compreender os fenômenos sociais simultaneamente como algo que, em sendo estruturado, é também estruturante da realidade social, precisa ser efetivamente incorporado às análises das políticas públicas.

A prática da concepção de humanização/satisfação radical parece ser depositária de uma aposta fundamental: ao abrir a organização para o cidadão, as mudanças contribuiriam para uma tomada de consciência mútua de profissionais e cidadãos, habilitando finalidades e projetos comuns para a saúde. Este projeto, dotando a ação dos sujeitos de finalidades e objetivos coletivos, contribuiria, nos limites de uma ação setorial na saúde, para a efetivação de uma força político-social. A busca contínua da reflexão crítica pelos sujeitos envolvidos propiciada pelo movimento humanizador abre possibilidades de acúmulo de novos conceitos, de revisão de valores e de formulação de novos projetos para a transformação da ordem vigente. Isto é, o transcender aos interesses particulares e individuais se processa tendo como base uma nova concepção de mundo que os unifica.

O grande desafio da política é criar as condições para que se passe da defesa dos interesses particulares para a construção e a defesa do interesse geral. O processo de humanização/satisfação, enquanto elemento de permanentes disputas de concepções, aproxima o geral da sociedade e o particular do setor e suas práticas. Procura contribuir como instrumento de política contra-hegemônica, obrigando-se a manter caminhos abertos para a disputa de interesses, necessidades e valores.

A mudanças e a unidade entre a sociedade e o setor saúde

*Já lhe dei meu corpo, minha alegria Já
estanquei meu sangue quando fervia Olha
a voz que me resta Olha a veia que salta
Olha a gota que falta pro desfecho da
festa Por favor Deixe em paz meu coração
Que ele é um pote até aqui de mágoa E
qualquer desatenção, faça não Pode ser a
gota d'água*

Chico Buarque

Num mundo de muitos potes de mágoa e sofrimentos, qualquer desatenção, particularmente, quando o assunto é o próprio corpo, a própria vida, torna-se de forma abrupta uma questão agressiva. A tensão entre o geral e o particular desaba sobre o convívio singular dos atos cuidadores e os afetos tornam-se reativos diante do estranhamento que todos vivem. São cúmplices e ao mesmo tempo vítimas insatisfeitas com a situação diuturnamente reproduzida. Reconhecida esta situação, resta saber que tipo de projeto aquela gota a mais do cotidiano dos convívios vai detonar. Individualista, mesquinho, insensatamente agressivo ou coletivo e solidário? Conformista, demagogicamente reparador de conflitos, ou transformador?

Assim, ao se evidenciarem momentos de forte conflito na implementação do SUS com os interesses hegemônicos, que se manifestam em variados aspectos objetivos observáveis, não se pode disputar uma tendência para o seu equacionamento propondo-se mudanças nos serviços que desconsiderem o fortalecimento de um bloco de forças capaz de defendê-lo. A desconsideração da correlação de forças pode induzir a propostas apenas submetidas à lógica das racionalidades técnicas ou extremamente voluntaristas, sem nenhuma viabilidade e, sobretudo, descentrar prioridades e desarmar a constituição dos mecanismos de ação política contra-hegemônicos.

Um dos momentos que exigem uma resposta rápida, sob pena de implodir o SUS e com ele o direito à saúde, é certamente o desencontro, o descrédito e a desconfiança dos usuários em relação aos serviços públicos de saúde. Essa situação corrói a base de sustentação do SUS, para contentamento dos inimigos da saúde como direito social. É um

1

momento de inflexão no qual todos os defensores do SUS, em especial os envolvidos na sua organização, têm que demonstrar que o direito à saúde é para os homens, e não para a racionalização do Estado. Como afirma FLEURY (1995), expondo um dos grandes desafios na construção do SUS: evitar que as perspectivas da reforma sanitária sejam filtradas pelo Estado apenas nos aspectos racionalizadores dessa proposta, minando a sua base política, é o dilema reformista, “enigma que poderá ser decifrado a partir da afirmação da saúde como núcleo permanentemente subversivo da estrutura social, o que indica uma possibilidade sempre inacabada no processo de construção social”.

Para chegarem às grandes transformações, os interessados precisam combinar a rapidez de suas iniciativas nas batalhas políticas de cada momento com a capacidade de travar uma ampla e complexa disputa pela direção moral e intelectual da sociedade com as forças conservadoras hegemônicas, abrindo o caminho para a construção de um projeto contra-hegemônico, instrumento de um novo bloco histórico que se movimenta, ampliando suas batalhas na direção de outro tipo de sociedade e Estado (GRUPPI, 1991; KONDER, 2000).

Será a concepção teórico-prática da humanização/satisfação radical uma via para contribuir na afirmação da saúde com essas características? Este trabalho procurou problematizar em que medida uma diretriz de humanização e satisfação pode contribuir ao aproximar as referências do interesse geral com a reflexão crítica e com a ação sobre as dificuldades cotidianas existentes, mobilizando para novas questões, mantendo em aberto a abrangência do direito à saúde e orientando-o para além dos limites da própria estrutura social e das relações sociais vigentes. Isto é, desenvolve o cotidiano da organização e seus serviços para uma melhor qualificação, mas, a partir dessa preocupação, ingressa necessariamente no fluxo do processo político geral tendo que incorporar rupturas das lógicas internas dos serviços, reconhecendo novas necessidades e interesses que surgem nos processos externos de negociação e lapidação do projeto político de uma nova sociedade humana.



6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMO, P. O assunto e o problema da pesquisa. In: HIRANO, S. (Org.). **Pesquisa social projeto e planejamento**. São Paulo: T. A. Queiroz, 1979. p. 57-68.

AIRES, I. C.; VENUTO, A.; BATISTA, C. C. O programa de implantação do SUS em Minas Gerais: modalidade de atenção, participação dos usuários, acesso aos serviços de saúde e grau de satisfação. **RAP**, 30(3):5-18, 1996.

AKERMAN, M. Gerência de qualidade nos hospitais paulistas. São Paulo: **Cadernos Fundap**, 19:79-87, 1996.

ANDRADE, M. **Macunaíma, o herói sem nenhum caráter**. 8ª ed. São Paulo: Martins, 1973. 222p.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho – ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. 3ª. ed. São Paulo: Boitempo, 2000. 258p.

ARANHA, M. L. A.; MATINS, M. H. P. **Filosofando: introdução à filosofia**. São Paulo: Moderna, 2000. 396p.

BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem**. 9ª ed. São Paulo: Hucitec, 1999. 196p.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa:Edições 70, 2000. 226 p.

BOTTOMORE, T. **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988. 454p.

BOZZO, S. G.; MARTÍNEZ, O. B. Desarrollo y validación de una encuesta para evaluar la satisfacción de los pacientes con la consulta médica en consultorios de atención primaria. **Rev méd Chile**, 123(9):1160-4, 1995.

BRASIL. Ministério da Administração e Reforma do Estado. Plano diretor da reforma do aparelho de Estado. Brasília, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma operacional da assistência à saúde – NOAS-SUS 01/01. Brasília, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa nacional de humanização da assistência hospitalar. Brasília, 2001b.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Informações do programa da gestão pela qualidade. Disponível em <<http://qualidade.planejamento.gov.br>>. Acesso em: 20 de jul. 2001c.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Programa da qualidade no serviço público: instrumento de avaliação da gestão pública. Brasília, 2001d.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. 3ª ed. São Paulo: Livros Técnicos e Científicos, 1987. 379p.

BRUYNE, P.; HERMAN, J.; SHOUTHEETE, M. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977. 251p.

BUENO, W. S.; MERHY, E. E. Os equívocos da NOB/96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? 1997. (mimeo).

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992. 220p.

CAMPOS, G. W. S. **A saúde pública e a defesa da vida**. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec, 1994. 175p.

CAMPOS, G. W. S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. Campinas: DMPS/FCM, 1996. (mimeo).

CAMPOS, G. W. S. Análise crítica das contribuições da saúde coletiva à organização das práticas de saúde no SUS. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia**. São Paulo: Lemos, 1997. p. 113-24.

CANDIDO, A. **Formação da literatura brasileira** – 1º. volume. 8ª ed. Belo Horizonte: Itatiaia, 1997. 334p.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cad Saúde Pública**, 15(3):647-54, 1999.

CARVALHO, G. C. M. **O Financiamento público federal do Sistema Único de Saúde – 1988-2001**. São Paulo, 2002 (Tese – Doutorado – Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública).

CECÍLIO, L. C. O. Contribuições para uma teoria da mudança do setor público. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 235-334.

CECÍLIO, L. C. O. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde – um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 151-67.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. Campinas, 2001. (mimeo).

CHIAVENATO, I. **Administração de empresas: uma abordagem contingencial**. São Paulo: McGraw-Hill, 1982. 605p.

CONCLAT – 1ª. Conferência Nacional da Classe Trabalhadora. Relatório de conclusões. São Paulo, 1981. (mimeo).

COSTA, N. R. Políticas públicas, direitos e interesses: reforma sanitária e organização sindical no Brasil. **Saúde em Debate**, 45:23-9, 1994.

DONATO, A. F. **Traçando redes de comunicação: releitura de uma práxis da educação no contexto da saúde**. São Paulo, 2000 (Tese – Doutorado – Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública).

DRUCKER, P. A sociedade das organizações. In: DRUCKER, P. **Sociedade pós-capitalista**. São Paulo: Pioneira, 1999. p. 27-38.

DURKHEIM, E. O que é um fato social? In: DURKHEIM, E. **As regras do método sociológico**. São Paulo: Abril Cultural, 1978. p. 87-109. (Coleção os Pensadores).

DUROZOI, G.; ROUSSEL, A. **Dicionário de filosofia**. 2ª ed. Campinas: Papirus, 1996. 511p.

EMCS – 1º Encontro por Melhores Condições de Saúde. Relatório de conclusões. São Paulo, 1978. (mimeo).

FERNANDES, J. C. L. A quem interessa a relação médico-paciente? **Cad Saúde Pública**, 9(1):21-7, 1993.

FLEURY, S. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: FLEURY, S. (Org.). **Reforma sanitária em busca de uma teoria**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1995. p.17-59.

FRANCO, T.; BUENO, W.; MERHY, E. E. O Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim(MG). **Cad Saúde Pública**, 15(2):345-53, 1999.

GALLIAN, D. M. C. A (re)humanização da medicina. **Psiquiatria e Clínica Médica**, 33(2):5-8, 2000.

GALLO, E.; NASCIMENTO, P. C. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: FLEURY, S. (Org.). **Reforma sanitária em busca de uma teoria**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1995. p. 91-118.

GOLDMANN, L. **Dialética e cultura**. 3ª. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1991. 197p.

GONÇALVES, R. B. M. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo, Textos 1, 1992. (Cadernos CEFOR).

GRUPPI, L. **O Conceito de hegemonia em Gramsci**. 3ª. ed. São Paulo: Graal, 1991. 143p.

GRAMSCI, A. **Obras escolhidas**. São Paulo: Martins Fontes, 1978. 421p.

GRAMSCI, A. **A questão meridional**. São Paulo: Paz e Terra, 1987. 165p.

GRAMSCI, A. Notas críticas sobre uma tentativa de “ensaio popular de sociologia”. In: **Bukarin, teórico marxista**. Belo Horizonte: Oficina de livros, 1989. p. 83-127. (Coleção de estudos marxistas).

GUIMARÃES, E. M. G. T. **Acolhimento no Centro de Saúde Noraldino de Lima: investigação sobre o acesso e resolutividade**. Belo Horizonte, 1997, (Monografia – Universidade Federal de Minas Gerais – Escola de Enfermagem).

HELLER A. **Teoria de las necesidades en Marx**. Barcelona: Península, 1978. 182p.

HELLER, A. **O cotidiano e a história**. 6ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000. 121p.

HOCHMAN, G. **A era do saneamento**. São Paulo: Hucitec, 1998. 261p.

ITAPECERICA DA SERRA. Secretaria Municipal da Saúde. **Humanização dos Serviços**. 1997. (mimeo).

ITAPECERICA DA SERRA. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Diretor de Saúde do Município de Itapecerica da Serra**. 1998a. (mimeo).

ITAPECERICA DA SERRA. Secretaria Municipal da Saúde. **Projeto de humanização do atendimento nos serviços públicos de saúde de Itapecerica da Serra**. 1998b. (mimeo).

ITAPECERICA DA SERRA. Secretaria Municipal da Saúde. **Documentos preparatórios e resoluções da IV Conferência Municipal de Saúde de Itapecerica Serra**. 1998c.

ITAPECERICA DA SERRA. Secretaria Municipal da Saúde. **Como era e como é a saúde em Itapecerica da Serra**. 1998d. (mimeo).

ITAPECERICA DA SERRA. Secretaria Municipal da Saúde. **A Reorganização dos serviços públicos de saúde de Itapecerica da Serra**. 1999. (mimeo).

ITAPECERICA DA SERRA. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório de avaliação 1997-2000**. 2000. (mimeo).

ITAPECERICA DA SERRA. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório de Atividades – 2001**. 2001a. (mimeo).

ITAPECERICA DA SERRA. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano de Saúde: planejamento local e ascendente**. 2001b. (mimeo).

JUNQUEIRA, L. A. P. **O gerente na mudança dos paradigmas organizacionais**. São Paulo, 1998. (mimeo).

KLOETZEL, K.; BERTONI, A. M.; IRAZOQUI, M. C.; CAMPOS, V. P. G.; SANTOS, R. N. Controle de qualidade em atenção primária à saúde I.- A satisfação do usuário. **Cad Saúde Pública**, 14(3):625-8, 1998.

KONDER, L. **Marxismo e alienação**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1965. 216p.

KONDER, L. **Os sofrimentos do “homem burguês”**. São Paulo: Senac, 2000. 115p.

KOSIK, K. **Dialética do concreto**. São Paulo: Paz e Terra, 1995. 248p.

LEITE, J. C. A.; MAIA, C. C. A.; SENA, R. R. Acolhimento: perspectiva de reorganização da assistência de enfermagem. **Rev bras enferm**, 52(2):161-8, 1999.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. 99p.

LUKÁCS, G. **Existencialismo ou marxismo?** São Paulo: Senzala, 1967. 252p.

LUKÁCS, G. **História e consciência de classe**. Porto (PO): Escorpião, 1974. 378p.

LUKÁCS, G. Tecnologia e relações sociais. In: **Bukarin, teórico marxista**. Belo Horizonte: Oficina de livros, 1989. p. 83-127. (Coleção de estudos marxistas).

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. In: SANTANA, J. P. (Org.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do sistema único de saúde**. Brasília: OPAS. p. 138-54, 1997.

MANRIQUE, J. L.; ALTUNA, I. M. R. Encuesta de satisfacción de los usuarios de um hospital público: medida de la calidad de la atención médica. **Rev argent Cir**, 67:189-95, 1994.

MARTINS, M. C. F. N. Humanização da saúde. São Paulo: Conselho Regional de Medicina de São Paulo; **Revista Ser Médico**,(18):27-9, 2002.

MARX, K. **O Capital I**. 1ª ed. São Paulo: Abril Cultural, 1974. (Os Pensadores XXXV). p. 130-263.

MARX, K. **A ideologia alemã**. 9ª. ed. São Paulo: Hucitec, 1993. 138p.

MATUS, C. **Adeus, senhor presidente**. São Paulo: Fundap, 1997. 375p.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O.; NOGUEIRA FILHO, R. C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. **Saúde em Debate**, 33:83-9, 1991.

MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho e saúde. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia**. São Paulo: Lemos, 1997. p. 125-41.

MERHY, E. E. Organizações sociais. Para que? In: Associação Paulista de Saúde Pública. **Organizações sociais: público e privado na saúde**. São Paulo, 1998. (mimeo).

MONTOYA, A. C. Participación, salud y sociedad. **Cuad méd soc (Santiago do Chile)**, 37(4):33-36, 1996.

MOTTA, F. C. P. **Teoria geral da administração: uma introdução**. 22ª. ed. São Paulo: Pioneira, 1998. 230p.

NOGUEIRA, C. M. M. Considerações sobre a sociologia de Max Weber. Belo Horizonte: **Caderno de Filosofia e Ciências Humanas – Unicentro**, 1999, ano VIII, nº 13.

NOGUEIRA, M. A. **Em defesa da política**. São Paulo: Senac, 2001. 161p.

NOGUEIRA, R. P. O trabalho em serviços de saúde. In: SANTANA, J. P. (Org.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do sistema único de saúde**. Brasília: OPAS. p. 129-36, 1997.

OLIVEIRA, C. G. **Breve análise da categoria de satisfação na obra de Donabedian**. Rio de Janeiro, 1991. (Dissertação – Mestrado – Universidade do Estado do Rio de Janeiro).

OLIVEIRA, C. G. Introdução à crítica das noções empregadas em pesquisa sobre “satisfação do usuário”. **Saúde em Debate**, 30:32-4, 1990.

OLIVEIRA, F. **A economia brasileira: crítica à razão dualista**. Petrópolis: Vozes, 1981. 88p.

OLIVEIRA, F. **Os direitos do antivalor: a economia política da hegemonia imperfeita**. Petrópolis: Vozes, 1998. 231p.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p.473-88.

PASCHE, D. F. **Modelos de atenção à saúde e disputas pela orientação do SUS**. Campinas, 2000. (mimeo).

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998. 253p.

POTYARA, A. P. P. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. São Paulo: Cortez, 2000. 215p.

PUCCINI, P. T. **Eternamente eventual: a humanização dos serviços de saúde do Município de Embu**. Embu, 1993. (mimeo).

PUCCINI, R. F. – **Relatório de atividades do CS Vila Mariana 1997/99**. São Paulo, 1999. (mimeo).

PUCCINI, R. F. **A integralidade na atenção à saúde da criança e o ensino de pediatria.** São Paulo, 2002 (Livre-docência – Universidade Federal de São Paulo).

RIVERA, F. J. U. Planejamento estratégico-situacional ou controle de qualidade total em saúde? Um contraponto teórico-metodológico. São Paulo, **Cadernos Fundap**, 19:25-46, 1996.

RODRIGUES NETO, E. A via do parlamento. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia.** São Paulo: Lemos, 1997. p. 63-92.

ROCHA, J. S. Y.; SIMÕES, B. J. G. Avaliação de assistência médica baseada na opinião dos pacientes. **Medicina (Ribeirão Preto)**, 19(2):89-98, 1986.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde.** 5ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. 600p.

SADER, E. **Quando novos personagens entram em cena.** 2ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1988. 329p.

SANO, L. L. **Sistema de saúde de Itapeccerica da Serra.** 1999. (mimeo).

SANTOS, M. P. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. **Rev bras enfermagem**, 48(2):109-19, 1995.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. **Projeto de implantação do PSF no município de São Paulo.** 2001. (mimeo).

SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. Processo de trabalho e avaliação de serviços em saúde. São Paulo, **Cadernos Fundap**, 19:106-21, 1996.

SILVA JUNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec, 1998. 143p.

SPOSATI, A.; LOBO, E. Controle social e políticas de saúde. **Cad Saúde Pública**, 8(4):366-78, 1992.

- SOARES, C. E. R. Humanização da medicina. **An Acad Nac Med**, 159(1):53-9, 1999.
- STOTZ, N. E. Movimentos sociais e saúde: das dificuldades em incorporar a temática às reflexões teórico-metodológicas das ciências sociais. In: CANESQUI, A. M. (Org.). **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1995. p.15-22.
- TESTA, M. Pensamento estratégico em saúde. In: RIVERA, F. J. U. (Org.). **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 59-76.
- TREZZA, E. M. C. Humanização do atendimento à criança. **J Pediatr (Rio J)**, 63(4):218-20, 1987.
- UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. **Saúde da família: conceitos diretrizes e metodologia: treinamento introdutório em gestão**. Rio de Janeiro, 1999. (mimeo).
- VÁZQUEZ, A. S. **Ciência e revolução: o marxismo de Althusser**. São Paulo: Civilização Brasileira, 1980. 178p.
- VÁZQUEZ, A. S. **Filosofia da práxis**. 4ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1990. 454p.
- VÁZQUEZ, A. S. **Ética**. 15ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995. 267p.
- VUORI, H. A qualidade da saúde. **Divulg Saúde em Debate**, 3:17-25, 1991.
- ZAICANER, R. **Satisfação da clientela: um objetivo a ser alcançado pelo serviço público de saúde**. São Paulo, 2001. (Dissertação – Mestrado – Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública).
- ZUSMAN, W. Pode a psicanálise oferecer algo na preservação do humano? **Rev bras psicanál**, 32(4):945-51, 1998.



7. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ANDREAZZI, M. F. S. **O seguro saúde privado no Brasil**. Rio de Janeiro, 1991. (Dissertação – Mestrado – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz).

ANTUNES, J. L. F. **Hospital: instituição e história social**. São Paulo: Letras e Letras, 1991. 168p.

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. **Saúde e previdência**. São Paulo: Hucitec, 1981. 226p.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p.29-87.

CAMPOS, G. W. S. **A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada**. Campinas, 1999. (mimeo).

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

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(2):219-30, 2000.

CAMPOS, M. C. **Acolhimento: uma proposta, um desafio**. Belo Horizonte, 1997. (Monografia – Universidade Federal de Minas Gerais – Escola de Enfermagem).

CARVALHO, V. L. M. **A prática do agente comunitário de saúde: um estudo sobre sua dinâmica social no município de Itapeccerica da Serra**. São Paulo, 2001. (Projeto para qualificação – Mestrado – Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública).

CASAS, L. L. A. **Marketing de serviços**. São Paulo: Atlas, 1991. 163p.

CASTIEL, L. D. O técnico e as necessidades em saúde. **Cad Saúde Pública**, 1(1):18-24, 1985.

CECÍLIO, L. C. O. Pensando mecanismos que facilitem o controle social como estratégia para a melhoria dos serviços públicos de saúde. **Saúde em Debate**, 23(53):30-6, 1999.

Centro de Saúde Vila Mariana. **Manual do Acolhimento**. São Paulo, 1998. (mimeo)

DAVIDOW, W. H.; UTTAL, B. **Serviço total ao cliente: a arma decisiva**. Rio de Janeiro: Campus, 1991. 264p.

FALK, J. A.; CARVALHO, E. **Gestão da qualidade de serviços na área hospitalar: conceitos, critérios e modelo para avaliação**. 20º ENANPAD, 1996. p. 449-66.

FLEURY, S. A questão democrática na saúde. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia**. São Paulo: Lemos, 1997. p. 25-41.

GALVÃO, S. Atendimento Gerenciado. **Revista do Incor**, fev/98.

MALIK, A. M. Qualidade em serviços de saúde nos setores público e privado. São Paulo, **Cadernos Fundap**, 19:7-24, 1996.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 116-60.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997a. p. 71-112.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002. 189p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992. 269p.

PINTO, A. V. **Ciência e existência: problemas filosóficos da pesquisa científica**. 3ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1979. 537p.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. **Saúde em Debate**, 23(53):81-92, 1999.

SILVA, G. G. A.; EGYDIO, M. V. R. M.; SOUZA, M. C. Algumas considerações sobre o controle social no SUS: usuários ou consumidores? **Saúde em Debate**, 23(53):37-42, 1999.

SOUZA, R. T.; SCHOLZ, M. R. Utilização e avaliação dos serviços oferecidos por uma UBS em Maringá-Pr. **Saúde em Debate**, 52:35-41, 1996.

STOTZ, N. E. **Necessidades de saúde: mediações de um conceito**. Rio de Janeiro, 1991. (Tese – Doutorado – Escola Nacional de Saúde Pública).

TOCANTINS, F. R.; RODRIGUES, B. M. R. D. Necessidades assistenciais em saúde: uma estratégia metodológica para enfermeiros. **Rev enferm UERJ**, Edição Extra, p.113-8, 1996.