

MÁRCIA TERRA DA SILVA

A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO PARA A PRODUÇÃO DE  
ACORDO COM A LÓGICA DE SERVIÇO: OS MECANISMOS  
DE COORDENAÇÃO EM ATIVIDADES DE ATENDIMENTO AO  
CLIENTE

---

FT-2849

São Paulo

2010

*OK*

MÁRCIA TERRA DA SILVA

A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO PARA A PRODUÇÃO DE  
ACORDO COM A LÓGICA DE SERVIÇO: OS MECANISMOS  
DE COORDENAÇÃO EM ATIVIDADES DE ATENDIMENTO AO  
CLIENTE

Tese apresentada ao Departamento de  
Engenharia de Produção da Escola  
Politécnica da USP como requisito para o  
concurso de Livre Docência.

São Paulo

2010

MÁRCIA TERRA DA SILVA

Escola Politécnica da USP  
Departamento de Engenharia de Produção

A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO PARA A PRODUÇÃO DE  
ACORDO COM A LÓGICA DE SERVIÇO: OS MECANISMOS  
DE COORDENAÇÃO EM ATIVIDADES DE ATENDIMENTO AO  
CLIENTE

Tese apresentada ao Departamento de  
Engenharia de Produção da Escola  
Politécnica da USP como requisito para o  
concurso de Livre Docência.

São Paulo

2010

## AGRADECIMENTOS

Os colegas do PRO foram fundamentais na produção desta pesquisa. Em especial, os colegas do TTO apoiaram e orientaram minhas análises com críticas que me permitiram seguir adiante. A todos, o meu muito obrigada.

Uma pesquisa é sempre resultado do esforço de mais de uma pessoa, mas esta, em especial, teve a participação direta das equipes de projeto, que não posso deixar de mencionar. As discussões com Laerte Sznelwar, Fausto Mascia, Selma Lancman, Seiji Uchida e Julia Abrahão foram a base para as duas pesquisas e, sem elas, não haveria conclusão possível.

Para a pesquisa do PSF, Cássio Silveira, Frederico Quaggio e Giuliano Colameo desempenharam papel fundamental, tanto na coleta e análise dos dados, como na produção do relatório do projeto. Para a pesquisa da Saúde Mental, esse papel coube em especial para Carolina Carmo, Susana Salomão e Simone Matsubara. Devo destacar Lygia França, pela paciência que demonstrou com quem nada entende de saúde mental e pela descoberta da convergência entre as análises da abordagem de organização do trabalho e as da medicina preventiva. Agradeço, ainda, aos alunos de Iniciação Científica e a outros pesquisadores, que participaram das duas pesquisas de forma mais rápida, mas que deixaram suas marcas no resultado final.

Não é possível citar todos os participantes dos serviços entrevistados, mas gostaria de registrar meu muito obrigada a todos os que abriram as portas para conhecermos o seu cotidiano.

Gostaria de agradecer também aos amigos que tiveram a paciência de ouvir, ler e discutir as idéias, especialmente a Hubault, que mesmo com a dificuldade do idioma, ajudou a aclarar os conceitos.

Aclarar as idéias foi o que a leitura atenta da Esther conseguiu. Obrigada, Esther, não só pelo trabalho, mas também pelo entusiasmo e simpatia.

Por fim, em especial, agradeço o apoio, a paciência e o carinho da minha família. À Lucy e ao Augusto, por mostrarem sempre apoio incondicional, mesmo sem saber o que a filha está tentando fazer. Ao Edu, por dar apoio a mais uma aventura acadêmica da mulher, embora sabendo que, sempre, de alguma forma, ele vai ser envolvido no trabalho. À Fabi, essencial por seu bom humor, habilidade e paciência. Não consigo imaginar como fazer um memorial sem ela! Ao Kiko, que, com seu senso crítico afiado, mostra sempre quando estou exagerando. Mesmo quando não está por perto, imaginar o que ele diria é importante para me colocar nos trilhos de novo.

## RESUMO

Objetivo: Esta tese discute a organização do trabalho em serviços de saúde que apresentam alta intangibilidade de resultados e co-produção com forte intensidade relacional. Busca-se identificar os mecanismos de coordenação de atividades adequados para a Lógica de Serviço.

Métodos: Resultados de duas pesquisas empíricas basearam a discussão. Um projeto de 2005 e 2006 analisou a organização do trabalho de três equipes do Programa de Saúde da Família, como parte de um projeto comum com outras escolas, a “Pesquisa de Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – PROESF”.

A segunda fonte de dados foi a análise organizacional de duas equipes de saúde mental, parte de um projeto do CNPq, “Políticas Públicas em saúde mental e as transformações resultantes no processo de trabalho.”

Resultados: Os mecanismos de coordenação do trabalho encontrados são majoritariamente aqueles de grande capacidade de processamento de informação, como o ajuste mútuo e reuniões de grupo. Poucos exemplos de rotinas bem aplicadas mostravam bons resultados como mecanismo de coordenação.

Conclusões: Foram identificados que alguns fatores auxiliam o funcionamento desses mecanismos, principalmente fatores que fortalecem as redes de relacionamento pessoais.

Palavras-chave: Organização do trabalho, Administração de serviços, Mecanismos de coordenação, Serviços de saúde.

## ABSTRACT

**Objective:** This thesis analyses the organization of work in health services that deliver very intangible results and that have intense relational co-production. The research aims to identify coordinating mechanisms that are more effective for Service Logic.

**Methods:** Results of two previous researches based the discussion. The first one was realized from 2005 to 2006 and it analyzed the work organization of *Programa da Saude da Familia*. This was part of a research project realized together with other schools.

The second research analysed two institutions of mental health care. This was part of a project from CNPq – The change in mental health public police and change in work process.

**Results:** The work coordinating mechanisms found in the service settings are relationship-intensive forms of coordination: mutual adjustment and group reunion. They have high information-processing capacity. Only a few examples of routines presented good results as coordination mechanisms.

**Conclusions:** Coordination can be facilitated by a number of factors, mainly factors related to relationships, and those that reinforce personal relations.

**Keywords:** Work organization. Service management. Coordinating mechanisms. Healthcare services.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário da Saúde
CAE	Centro de Atendimento Externo
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CASF	Centro de Atenção à Saúde da Família
CEJAM	Centro de Estudos e Pesquisas “Dr. João Amorim”
CSE	Centro de Saúde Escola
CSE-PSM	Centro de Saúde Escola – Programa de Saúde Mental
HD	Hospital Dia
PAS	Plano de Atendimento à Saúde
PROESF	Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde



## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
1.1	Histórico do tema.....	12
1.2	Contexto da pesquisa.....	15
1.3	Definição do Problema de Pesquisa.....	17
2	REFERENCIAL TEÓRICO: a necessidade de coordenação do trabalho para a integração de produtos e serviços.....	22
2.1	O processo de servitização.....	22
2.1.1	O foco no valor do serviço – integração do sistema de produção .....	27
2.2	As diferenças entre a produção de bens e serviços.....	29
2.2.1	Simultaneidade .....	30
2.2.2	Heterogeneidade .....	31
2.2.3	Intangibilidade.....	32
2.2.4	Percibilidade .....	34
2.3	A Lógica de Serviço .....	37
2.4	O princípio organizacional dominante para a lógica de serviço.....	40
2.5	Procedimentos metodológicos .....	46
3	RESULTADOS: Valor do serviço, processo de operação e composição dos grupos de trabalho .....	49
3.1	Práticas do PSF – análise de três experiências: em São Paulo, em Ribeirão Preto e em Embu das Artes.....	49
3.1.1	Estratégias de implantação do Programa Saúde da Família em São Paulo	51

3.1.2	Estratégias de implantação do Programa Saúde da Família em Ribeirão Preto.....	54
3.1.3	Estratégias de implantação do Programa Saúde da Família em Embu das Artes.....	55
3.1.4	As Parcerias Público-Estatal – Público não-Estatal.....	57
3.1.5	O Funcionamento das Unidades Básicas de Saúde nos Locais Analisados.....	60
3.1.6	Características comuns aos três estudos de caso apresentados.....	64
3.1.7	Comentários adicionais sobre os estudos do PSF.....	65
3.2	Grupos abertos na saúde mental.....	72
3.2.1	A Organização da Atenção à Saúde Mental em São Paulo.....	73
3.2.2	O CAPS estudado.....	74
3.2.3	O Modelo de Atenção em rede e o CAPS.....	77
3.2.4	Plano e implantação do CAPS estudado.....	79
3.2.5	Recursos produtivos.....	80
3.2.6	O processo de operação.....	83
3.3	O Programa de Saúde Mental no Centro de Saúde Escola – CSE/PSM..	86
3.3.1	Análise dos casos.....	88
4	DISCUSSÃO: A dinâmica dos grupos nos casos estudados.....	97
4.1	A coordenação interna.....	97
4.1.1	As rotinas.....	99
4.1.2	A confiança.....	100
4.2	A coordenação lateral.....	100
4.2.1	Entre trabalhadores e clientes/usuários.....	100

4.2.2	Entre trabalhadores e outras organizações .....	101
4.3	A coordenação vertical .....	102
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	104
5.1	Desafios e contribuições dos estudos realizados.....	105
	REFERÊNCIAS .....	110

# 1 INTRODUÇÃO

A concepção sobre a organização do processo de produção vem mudando ao longo dos últimos 100 anos, paralelamente às mudanças ocorridas no conceito do produto e no de seu valor.

O paradigma que embasava a concepção dos sistemas de produção em massa, na época de Ford, concentrava-se na produção de um bem perfeitamente definido e padronizado. Atualmente, a gestão da produção volta-se para a produção de um valor para o cliente, que inclui um conjunto de desempenhos, como custo, qualidade, variedade, inovação, entre outros. Ou seja, além de expandir sua conceituação, o resultado buscado passa a ser formulado de maneira mais abstrata e com contornos menos definidos. É o caso, por exemplo, da Danone, que explora, na publicidade, a relação entre o consumo de seus produtos e a saúde do consumidor (ZARIFIAN, 2001a), o que mostra que o valor produzido inclui não só atributos e variáveis do bem (peso, forma, gosto, composição química e nutricional), mas também uma condição intrínseca ao cliente – sua saúde. Outros autores identificam movimento similar em empresas que se propõem a produzir uma solução para o cliente (DAVIES, BRADY et al., 2006; BRAX, 2005; BRAX e JONSSON, 2009). Elas introduzem, nos resultados da produção, uma concepção que vai além do produto padronizado, resultado da produção em massa.

Em paralelo, distingue-se outro movimento quando as empresas adicionam serviços a seus produtos tangíveis<sup>1</sup>, num processo chamado de *servitização* da manufatura. O termo refere-se à tendência de inclusão não só de serviços entre as ofertas de manufaturas, mas também de bens acompanhando os serviços. Este processo aparece na literatura de administração das operações (VANDERMERWE e RADA, 1988; OLIVA e KALLENBERG, 2003; DAVIES, BRADY et al., 2006;

---

<sup>1</sup> Tangibilidade dos resultados da produção é uma variável relacionada com a condição de imaterialidade do produto. Autores clássicos partem do pressuposto que manufaturas produzem bens tangíveis, que podem ser vistos ou tocados, enquanto serviços produzem resultados mais intangíveis, que podem ser percebidos ou sentidos.

ALMEIDA, 2008; NEU e BROWN, 2008; WILKINSON, 2009), envolvendo a tendência de incluir operações de manutenção e operação em empresas fabricantes de equipamentos (BRAX, 2005; DAVIES, BRADY et al., 2006; BRAX e JONSSON, 2009); ou a inclusão de serviços que facilitem, para os consumidores finais, o uso do bem produzido (NEU e BROWN 2008).

Os exemplos, na literatura, vão desde fabricantes de equipamentos para a agricultura no final do século XIX, como a McCormick, que ofertava serviços de crédito, essencial para permitir a aquisição do equipamento, e de manutenção, essencial para aumentar a confiabilidade do equipamento, até a Rolls Royce, que vende “potência” para companhias aéreas, num esquema de *power by the hour*, isto é, fornece motores acompanhados de serviços de manutenção, reparo e *upgrade* de maneira contínua (DAVIES, BRADY et al., 2006; VOSS, 2007). Nos dois casos, a manufatura vende a disponibilidade do equipamento para operação, precisando, para isso, alterar o sistema de produção. É o caso da McCormick, que, de acordo com Schmenner (2009), reduzia a produção na fábrica durante a colheita e mandava seus trabalhadores para o campo para ajudar na manutenção de equipamentos.

Há também empresas que adicionam serviços relacionados ao produto vendido e empresas que modificam a forma de pensar seu produto, dando ênfase a seu uso final, encarado como um serviço por trás do bem. Percebe-se, assim, que as fronteiras entre a gestão de empresas manufatureiras e a de empresas de serviços não são mais nítidas. A linha que separa o fabricante de bens da produção de serviços tornou-se mais tênue, e a classificação em produto ou em serviço para a administração tornou-se menos relevante (TEBOUL, 2006).

Esta pesquisa tem como objeto de investigação este movimento em que empresas acrescentam serviços à gama de produtos oferecidos ou modificam a concepção de seu produto, aumentando a ênfase no valor de uso em detrimento da concepção da produção de bens tangíveis, estocáveis e padronizáveis. A pesquisa pretende conhecer como esta concepção afeta a organização do processo produtivo e do

trabalho. Para isso, foi utilizado o referencial de organização do trabalho e o de gestão de operações de serviços, que é mais próximo da organização da produção com as características inerentes ao processo produtivo *servitizado*.

### **1.1 Histórico do tema**

A idéia central da pesquisa nasceu de um estudo sobre organizações de serviços na década de 90. No início da década, a concepção vigente dizia que as empresas de serviços tinham características operacionais diferentes das empresas de manufatura, por isso, elas deveriam ser organizadas e geridas de modos diferentes.

Meu estudo sobre organizações de serviços, nessa perspectiva, teve início com a pesquisa de doutorado e seguiu se aprofundando, com a elaboração de projetos de pesquisa, orientação de trabalhos de alunos, de graduação e especialização, orientação de pesquisas de mestrado e doutorado, além de consultoria em organizações de serviços e trabalhos de gestão universitária, que permitiam refletir sobre as dificuldades encontradas.

Essas atividades mostravam correntes claras nos modelos de organização:

1. A gestão de serviços proposta, na época, buscava uma área própria, com ferramentas específicas, que se diziam apropriadas *para empresas de serviços*. Havia uma clara distinção entre as técnicas de gestão da produção de manufaturas e a organização das operações de serviços.
2. As discussões sobre gestão da produção industrial haviam incluído, em passado recente, as práticas de produção enxuta e introduziam crescentemente métodos de gestão que guardam semelhança com as condicionantes de gestão de serviços, tais como a produção puxada, a redução de estoques e a inclusão dos clientes em sua preocupação, entre outros.
3. A demanda por projetos em gestão de serviços era crescente e diversificada. Inicialmente centrada na área financeira, passou a cobrir

também outros setores econômicos. Demandas, que apareceram na segunda metade da década de 90, revelavam a intenção de explorar os limites da engenharia de produção, tentando identificar o quanto as ferramentas mais comuns seriam aplicáveis a outros setores: qualidade e produtividade em serviço de atendimento telefônico em *call centre*; o impacto do reposicionamento estratégico na gestão de produção em hotéis; as transformações do sistema de produção do negócio futebol causados pela mudança do ambiente organizacional, a gestão de organizações de serviços do terceiro setor, com demandas que buscavam repensar a organização das operações para alcançar maior eficácia do sistema, entre outros.

A variedade de organizações estudadas na época mostrou haver diferenças importantes entre os serviços. Mostrou, também, que a gestão da produção de serviços não pode ser tratada como um corpo de conhecimento único, o que exigiria capacidades gerenciais semelhantes.

Nos trabalhos desta época, a diversidade de situações explora as fronteiras do estudo de engenharia de produção e permite entender melhor o que é o corpo de conhecimento de gestão da produção, numa perspectiva macro. Por outro lado, fica claro que é necessário escolher um foco de estudo para uma análise do trabalho e da organização da produção. As classificações de serviços, especialmente as de Silvestro e de Lovelock (LOVELOCK, 1983; SILVESTRO, 1999), foram importantes na caracterização dos principais aspectos que formam o sistema de serviço a ser estudado. Como resultado, foi realizada uma pesquisa em hospitais, buscando entender o que caracteriza o sistema de produção de serviços profissionais e quais as dificuldades em gerenciá-los. Percebi que as condições de intangibilidade e variedade do processo de produção exigem capacidades específicas dos trabalhadores, principalmente dos serviços profissionais <sup>(2)</sup>.

---

<sup>2</sup> Projeto Produtividade de Pesquisa do CNPq, de 2001-2003.

Simultaneamente, minha participação no comitê de qualidade da USP permitiu discutir problemas inerentes a este tipo de operação, enriquecendo os resultados da pesquisa em hospitais.

No mesmo período, final da década de 90 até 2003, Philippe Zarifian lança uma série de trabalhos (livros, artigos e comunicações) em que discute a idéia de que a classificação de sistemas de produção em manufatura ou serviço esconde a relação complexa existente entre funções da empresa. O material desse autor foi relevante para alicerçar a visão de que o estudo de *servitização* deve incluir, em seu referencial teórico, a gestão de pessoas para entender o processo de mudança.

Em 2003, foi iniciada uma pesquisa, feita por um consórcio de pesquisadores de várias escolas, para discutir o serviço prestado pela Atenção Básica à Saúde. Através dela entrei em contato com a vertente teórica usada na saúde coletiva para entender e criar modelos de organização da saúde. Apesar de seus fundamentos teóricos não serem discrepantes em relação aos da engenharia de produção, ficou patente que algumas colocações de uma podem complementar à outra.

Chamou a atenção, nessa pesquisa, a organização e o funcionamento das equipes multifuncionais para atender ao cliente. Diante disso, algumas perguntas se colocavam:

Há diferenças importantes que justificam repensar os modelos organizacionais criados para a manufatura, para utilizá-los na análise da organização do serviço de saúde?

O trabalho em equipes multifuncionais na área da saúde obedece a modelo semelhante ao dos grupos de trabalho encontrados nas indústrias?

Até onde o referencial teórico de organização do trabalho explica as formas organizacionais encontradas em serviços de saúde e quais as conseqüências dessa organização?



Simultaneamente, uma série de trabalhos em gestão de escolas de ensino superior, me fazia refletir sobre as variáveis dos sistemas de produção, que tradicionalmente definem a necessidade de se pensar em novas formas de gerir sistemas de serviços: a intangibilidade dos resultados e a participação do cliente. Essas variáveis, que estão presentes nos sistemas de operação de serviços, tomam valores mais altos nos serviços profissionais.

Em final de 2005, uma pesquisa sobre Organizações de Saúde Mental me permitiu aprofundar a reflexão sobre essas variáveis, que, nos casos estudados, se apresentam de forma extrema: a intangibilidade de resultados e a participação ativa do cliente no processo.

## **1.2 Contexto da pesquisa**

As duas principais pesquisas empíricas que originaram esta tese foram realizadas em grupos que contavam com a participação de pesquisadores de diferentes instituições e de outras vertentes teóricas.

A primeira delas analisou o trabalho em equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) como parte de um projeto conjunto com outras universidades e respondia a uma demanda do Ministério da Saúde, a Pesquisa de Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – PROESF – Estudos de Linha de Base. Esses estudos foram apoiados pelo Banco Mundial e tinham como objetivo a organização e o fortalecimento da Atenção Básica à Saúde.

A pesquisa foi planejada em 2004, iniciou-se em janeiro de 2005 e se estendeu até dezembro de 2006, analisando a partir de diferentes abordagens, um conjunto de municípios com mais de 100 mil habitantes do Estado de São Paulo. Esses estudos foram realizados por um consórcio, coordenado por pesquisadores da Faculdade de Medicina da USP – Consórcio Medicina USP, do qual participaram unidades de ensino e pesquisa de várias universidades, através de suas fundações: Faculdade de Medicina da USP, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Centro de Estudos de Cultura Contemporânea, Faculdade de Medicina de Ribeirão

Preto da USP, Escola Politécnica da USP e a Universidade Federal do Rio de Janeiro (Centro de Estudos de Cultura Contemporânea/Consórcio Medicina USP, 2006).

O estudo do trabalho no PSF foi realizado por uma equipe de pesquisadores do TTO <sup>(3)</sup>, utilizando três abordagens que se complementam na análise do trabalho – a análise organizacional, a análise ergonômica do trabalho e a psicodinâmica do trabalho <sup>(4)</sup>.

A análise organizacional contava com quatro pesquisadores com diferentes vínculos com o grupo de pesquisa e foi coordenada por mim.

A segunda pesquisa utilizada como base para esta tese investigou as mudanças nas políticas públicas em saúde mental e as transformações resultantes no processo de trabalho. O projeto de pesquisa respondia ao edital do Ministério da Saúde, em parceria com o CNPq, e foi coordenado por Selma Lancman e Lygia M. F. Pereira.

Nessa investigação, replicamos o modelo de pesquisa anterior, com as três abordagens analisando o trabalho, além de uma vertente explicativa de políticas públicas de saúde. A equipe contava com pesquisadores e com alunos bolsistas de diferentes Unidades da USP <sup>(5)</sup>.

Na análise organizacional, trabalharam três pesquisadores e quatro alunos de Iniciação Científica, sob minha coordenação. Os resultados obtidos pela análise organizacional, pela psicodinâmica do trabalho e pela análise ergonômica do trabalho foram contrapostos à análise das políticas públicas de atenção à saúde mental. Desse diálogo, nasceu uma visão mais clara do objeto de pesquisa e, principalmente, das possibilidades e limites de contribuição de cada abordagem, e da riqueza da troca de conhecimentos advindos de diferentes enfoques teóricos.

Os casos estudados serão apresentados com detalhes na discussão do método.

---

<sup>3</sup> Trabalho, Tecnologia e Organização, grupo de pesquisa vinculado ao Departamento de Engenharia de Produção da EPUSP.

<sup>4</sup> Para maiores informações sobre a pesquisa completa, veja SZNELWAR, 2007

<sup>5</sup> Para maiores informações sobre a pesquisa completa, veja Lancman, 2008

Temas	Projetos
Estudos exploratórios buscando os limites entre gestão de serviços e gestão de manufaturas.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Investiga a transformações de gestão em organizações de futebol (orientação de doutorado).</li> <li>2. Investiga as diferenças na organização de serviços do terceiro setor (duas orientações de mestrado e uma de trabalho de formatura).</li> <li>3. Investiga as diferenças de gestão em organizações que organizam conhecimento - Biblioteca Universitária. Orientação de TCC</li> </ol>
Estudos de Serviços Profissionais – Ensino do terceiro grau e Saúde	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Investigação sobre as competências necessárias para o ensino e a pesquisa no ensino superior (orientação de mestrado)</li> <li>2. Pesquisas na área da saúde – (1) Investiga as mudanças organizacionais decorrentes da mudança de conceito de serviço (orientação de mestrado); Investiga a qualidade de serviço em hospital (orientação de Iniciação Científica)</li> </ol>

**Tabela 1 - Projetos de pesquisa anteriores**

### **1.3 Definição do Problema de Pesquisa**

Embora não fosse o seu foco inicial, as pesquisas desenvolvidas revelavam uma série de elementos comuns nas organizações de setores econômicos distintos: (1) a reformulação, pela organização, do conceito do serviço de forma a valorizar a transformação, a longo prazo, benéfica ao usuário/cliente; (2) a reformulação do papel do usuário/cliente no processo de produção, valorizando sua atuação como co-produtor, co-projetista e avaliador dos resultados.

Estas mudanças podem ser ilustradas por três exemplos em que as reformulações se tornam patentes.

O primeiro exemplo está descrito a partir de duas pesquisas, de mestrado e de doutorado, que analisaram a gestão de escolas de ensino superior. O segundo exemplo refere-se à pesquisa do Programa de Saúde da Família. O terceiro retrata uma mudança recente nas editoras, analisada por uma pesquisa de mestrado em andamento.

A dissertação de mestrado de Santoro (2009) e a tese de doutorado de Pereira (2007) enfocaram o serviço de educação superior, analisando o impacto que a escolha do modelo pedagógico tem nos elementos da organização da produção. As metodologias tradicionais de ensino pressupõem a transmissão do conteúdo pelo professor para o aluno, sendo a concepção do resultado a disponibilização do conhecimento, que, a princípio, o professor tem e o aluno. Já no modelo centrado no desenvolvimento de competências e em processos de aprendizagem, o aluno é estimulado a assumir um papel ativo e se apropriar do processo. Os resultados são definidos não somente pelos conhecimentos adquiridos, mas também pela transformação do aluno em responsável por seu desenvolvimento (SANTORO e SILVA, 2009). A competência buscada é a capacidade de mobilizar conhecimentos quando estiver no exercício da profissão, o que coloca o conceito do serviço da escola além daquele previsto no ensino tradicional e propõe como valor de serviço a capacidade de assimilar o corpo de conhecimento específico da profissão e de transformá-lo, seja em ação, seja em novos conhecimentos. O valor de serviço, neste caso, pode ser especificado não só como corpo de conhecimento, mas também como o uso do conhecimento.

O modelo de aprendizagem engloba mudanças no conceito do serviço, no papel do aluno e no do professor, nas competências necessárias para o professor como trabalhador, no processo de produção, tomado aqui como os processos pedagógicos e curriculares e no controle da produção (SANTORO e SILVA, 2009, PEREIRA e SILVA, 2003).

Os processos curriculares para o modelo de aprendizagem são mais flexíveis e dão maior peso para as disciplinas eletivas e as atividades extra-classe. Cabe ao aluno formular objetivos específicos e detalhar atividades de disciplinas desenhadas como projetos. A metodologia em sala de aula atribui maior responsabilidade para a ação do aluno do que nas aulas expositivas, mais freqüentes no ensino tradicional. As avaliações do ensino superior tradicional baseiam-se prioritariamente em critérios objetivos, que avaliam a compreensão e a memorização de conceitos pelo aluno.

Mais difíceis de serem aplicadas, as avaliações do modelo de aprendizagem procuram medir o desenvolvimento individual e específico do aluno, dificultando comparações.

O segundo exemplo trata da mudança na Atenção Básica à Saúde na implantação do PSF. O modelo de Atenção Básica à Saúde, previsto na reforma do SUS de 1988, incrementa as ações de promoção e proteção da saúde como fator primordial da saúde pública no Brasil (SILVA et al., 2006). Também, neste caso, a concepção do que é considerado resultado do serviço se alarga, enfatizando a promoção da saúde e a prevenção, além do atendimento tradicional voltado para o diagnóstico da doença e a recomendação de tratamento. O serviço está organizado com a intenção de conscientizar o usuário para que atue na manutenção da própria saúde. Assim, os papéis do prestador e do usuário são repensados. Ou seja, mesmo antes que o destinatário do serviço perceba, o prestador se mobiliza para incitá-lo a que seja atuante na escolha de um estilo mais saudável de vida.

As mudanças na área da saúde introduzem um novo conceito de serviço, definido a partir do uso das transformações obtidas pelo serviço a longo prazo (usuários com saúde) e não no processo de transformação, ou seja, o tratamento recomendado ou a consulta realizada. Concomitantemente, é introduzida uma nova concepção do papel do usuário no processo, pois é sobre ele que caem as exigências de mudança comportamental para a eficácia do serviço.

O contato com outras organizações de serviço mostrava movimento semelhante, em que a organização descreve o valor do serviço a partir do uso das transformações obtidas pelo usuário/cliente.

O terceiro exemplo diz respeito ao processo de mudança de uma editora que passa a adicionar serviços a seu produto original e acaba por se definir como uma organização de serviço e não como uma manufatura. O caso é interessante e originou uma pesquisa de mestrado, que ainda se desenvolve, com o tema Servitização no mercado de editoras de livros didáticos.

A editora analisada considerava-se, no início de sua operação, uma produtora e distribuidora de livros didáticos. O processo de produção, nessa fase, incluía o desenvolvimento de novos produtos, desde a identificação das necessidades do mercado, o contato com o autor que forneceria o conteúdo, a edição e o acabamento da obra, a produção na gráfica própria, a distribuição, além da promoção e divulgação do produto (FERREIRA ET AL., 2004).

Uma transição lenta acabou por modificar bastante as operações dessa editora, que terceirizou a gráfica e não produz mais o bem propriamente dito; também a distribuição passou a ser feita por distribuidores especializados. A editora manteve a promoção e divulgação, operação em que os livros são mostrados e demonstrados aos professores e escolas para que estes os indiquem aos alunos. Essa função é importante para o desenvolvimento e a proposição de novos conteúdos, seu produto atual, como é definido na visão da empresa:

Visão: Ser o líder e o mais inovador provedor de conteúdo para educadores e estudantes, difundindo conhecimento para as atuais e futuras gerações de brasileiros (FERREIRA et al., 2004)

O caso mostrou a transição na estratégia de negócio da editora que, inicialmente valorizava o livro como produto final, e hoje se define como provedora de conteúdo. O livro é o meio pelo qual o serviço é entregue. Aspecto importante nessa transição é a relação de serviço com escolas e professores para atingir não só a entrega do conteúdo, mas que o conteúdo seja efetivamente usado.

Outras empresas manufatureiras também passam por transição semelhante, ou agregando serviços ao pacote de ofertas que produz, ou posicionando-se como produtora de um serviço (ALMEIDA, 2008). Seriam essas empresas uma exceção ou esse movimento é representativo de um período econômico? Quais os motivos para essa mudança nas empresas? Quais as condições que propiciam a transição?

Como foi mostrado, no ensino universitário, a diferença de conceito de serviço implicou a modificação de processo de operação e a mudança dos papéis do professor e do aluno (SANTORO e SILVA, 2009, PEREIRA e SILVA, 2003).

Cabe, então, a pergunta: Qual o impacto disso na organização do serviço e na gestão de produção?

Essas mudanças se deram em organizações em operação. A literatura de organização do trabalho apresenta modelo identificando variáveis e parâmetros para a análise e o projeto organizacional, como se pode ver nos trabalhos de Mintzberg (2001 e 2003) e Salerno (1999), principalmente no que diz respeito à integração de departamentos e à coordenação de atividades internas à organização. Resta, contudo, saber como se dá a integração quando parte do pessoal produtivo, o cliente, é externo à organização? Dentre as formas de organização do trabalho, uma vertente teórica estuda trabalho em grupo e em grupos semi-autônomos (SALERNO, 1999). Nesse caso, trata-se de grupos de trabalhadores na produção fabril, sem a presença do cliente. E quando o cliente participa da produção? Poderia essa configuração ser aplicada?

Desse contexto, nasceu a questão da pesquisa:

**A teoria da organização do trabalho em equipes de produção de bens abarca as várias situações de serviços?**

**Considerando o resultado do serviço como uma transformação do usuário e definindo o valor do serviço como o uso dessa transformação pelo usuário, que aspectos do trabalho e de sua organização ganham destaque em uma nova configuração?**

**Usar as transformações** significa uma alteração possibilitada pelo serviço consumido, na ação do usuário. No caso da educação superior, isso ocorre quando o usuário efetivamente usa seu conhecimento de maneira benéfica para si mesmo e/ou para a comunidade.

É a interação entre a organização de serviço e o cliente/usuário que permite identificar as suas reais necessidades, que deverão ser contempladas pelo projeto do serviço.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO: a necessidade de coordenação do trabalho para a integração de produtos e serviços**

### **2.1 O processo de servitização**

O estudo da gestão de empresas de serviços desenrola-se na área de operações desde a década de 1970. Mas foi a partir da década de 1990 que se tornou mais importante, passando a tomar espaço nas revistas académicas de administração e negócios. Um movimento de mudança das empresas passa a ser tema de estudo dos pesquisadores de várias abordagens: a servitização. A princípio era visto como um movimento das empresas, em busca de ganhos estratégicos para seus produtos. Os textos produzidos retratam a adição de áreas de serviços nas empresas ou a mudança de caracterização do produto da empresa como um serviço.

Vários autores usam conceitos e terminologias ainda não consolidados na produção académica e, por isso, às vezes, eles estão sujeitos a problemas relacionados com a pouca precisão dos termos. O movimento de oferecer serviços e soluções que facilitam o uso ou a manutenção de seus produtos foi denominado “servitization” por Vandermerwe e Rada (1988). Eles o definiram como a oferta de pacotes integrados de produtos, serviços, suporte, auto-atendimento e conhecimento para agregar valor ao negócio principal da empresa. Para esses autores, a classificação das empresas em manufatura ou serviços é simplista e não revela as alternativas de estratégia disponíveis para aquelas que mesclam produtos e serviços para se diferenciar no mercado. Empresas de serviços, que produzem principalmente um resultado intangível, procuram associá-lo a um produto para materializar seu conceito e atuar sobre a percepção do cliente, enfatizando aspectos do serviço prestado. Já as manufaturas procuram criar valor oferecendo mais do que o bem produzido e criando facilidades para o seu consumo.



A adição de serviços como um de seus produtos por empresas manufatureiras foi associado a diferentes motivos: agregar valor ao seu produto (VANDERMERWE E RADA, 1988), prolongar a relação com o cliente (BRAX, 2005), ou aproveitar, em mercados mais atrativos, recursos desenvolvidos na produção de bens (NEU E BROWN, 2008).

Téboul (2006) sugere que é artificial a classificação em três setores produtivos – agricultura, indústria e serviços. Para ele, produtos (os bens) podem ser vistos como a corporificação, ou materialização do serviço, por exemplo, um carro é comprado para suprir transporte (TEBOUL, 2006, Pag. 11). A diferença mais significativa se dá não entre organizações, mas dentro de uma organização, entre linha de frente e retaguarda (no palco ou bastidores, segundo TEBOUL), e cada empresa terá um pouco de cada. Essa mescla levanta a dificuldade atual, que é integrar atividades de linha de frente e retaguarda numa mesma organização.

O movimento de agregar serviços a manufaturas e levar o produtor para mais perto do cliente e de suas necessidades não é novo, como Schmenner (2009) demonstra pela análise do trabalho de Alfred Chandler (1977), que estuda a industrialização dos Estados Unidos no final do século 19 e início do século 20, principalmente o nascimento das grandes corporações. Mediante o extenso material usado por Chandler em seus livros, Schmenner argumenta que algumas empresas americanas, já no século 19, procuraram a integração vertical em direção ao cliente, numa aproximação entre marketing e operações, fato que permeia as atuais discussões sobre servitização. Argumenta, também, que essas empresas dominaram a indústria por décadas, mostrando o acerto da estratégia. Uma das empresas citadas, a Singer, iniciou suas operações no século XIX, com o marketing muito bem organizado. Inicialmente, ela não tinha nenhuma vantagem sobre seus competidores, na tecnologia de fabricação (Hounshell, 1984, apud SCHMENNER, 2009). Por outro lado, a empresa oferecia para os clientes "serviços mais confiáveis, crédito mais uniforme para seus produtos caros, cuja operação precisava ser demonstrada e cuja

manutenção e reparo exigiam mecânicos treinados” (Chandler, 1990, p. 66-7, apud SCHMENNER, 2009).

Embora não seja um evento novo, pode-se dizer que hoje a servitização faz parte da agenda de estudos sobre gestão da produção, sendo enfocada, por um grande número de autores, como um cenário dominante para as empresas. Wilkinson, Dainty e Neely, editores do número especial sobre servitização para a *International Journal of Operations and Production Management*, (WILKINSON, 2009), citam a variedade de termos usados, por autores que tratam de sub-áreas de gestão da produção, para descrever o fenômeno de integração, nas empresas, de operações de serviços e manufatura.

De acordo com (ALMEIDA, 2008), além dos nomes, os modos para agregar serviços à produção também variam. Esses autores levantaram, na bibliografia, os diferentes modos de servitização, que basicamente buscam diferentes formas de combinação de produtos e serviços. Estes modos estão resumidos e sistematizados a seguir:

Tipo	Serviço executado	Autor de referência
Serviços operacionais	Executa atividades que eram de clientes, inclusive operação e manutenção. Não se trata da terceirização de pessoal. Empresas que servitizam operação e manutenção partem de profundo conhecimento dos equipamentos e do cliente, o que permite planejar a operação de maneira mais eficaz.	(DAVIES, BRADY et al., 2006)
Suporte técnico	Oferece apoio para o uso de seus produtos, facilita o uso do produto. Muito disseminado com o uso de call-centre e SAC, pode ser considerado um primeiro passo na aproximação com o cliente. Em geral não introduz nenhuma mudança mais profunda na organização.	(ALMEIDA, 2008)
Financiamento	A empresa presta um serviço ao cliente para facilitar a venda, mas não integra este serviço numa solução global. A oferta de financiamento é considerada separadamente por uma série de autores	(WISE and BAUMGARTNER, 2000) (DAVIES, BRADY et al., 2006; ALMEIDA, 2008)
Consultoria	Oferece aconselhamento sobre como o cliente pode usar sua tecnologia para aproveitar o mercado, para posicionar-se estrategicamente ou solucionar problemas operacionais ou estratégicos, entre outros.	(DAVIES, BRADY et al., 2006) (ALMEIDA, 2008)
Integração de sistemas	<p>Produz a compatibilização de sistemas diversos, de fornecedores diferentes, de maneira que o cliente possa utilizá-los de maneira integrada... Deve “assegurar que o valor do sistema integrado seja maior do que a soma dos valores das partes”(DAVIES, BRADY et al., 2006)</p> <p>Diante da complexidade tecnológica dos sistemas, empresas fornecedoras de tecnologia que servitizam suas ofertas dessa forma têm se apoiado na sua competência técnica e gerencial, no que diz respeito à gestão de grandes projetos e de gestão de redes de fornecedores e clientes.</p>	(DAVIES, BRADY et al., 2006)

**Tabela 2– Modos de servitização. Consolidação de vários autores.**

A Tabela 2 apresenta cinco tipos de servitização, na visão de diferentes autores. Os quatro primeiros tratam do acréscimo de serviços, operacional, de suporte técnico, financiamento ou consultoria, no conjunto de prioridades competitivas da estratégia da empresa. A produção desse serviço pode ser considerada, na organização da empresa, como uma unidade à parte, gerenciada a partir das suas especificidades e sem realmente alterar a concepção organizacional da empresa. Essa alteração na estratégia da empresa é mais simples, pois é uma adequação da estrutura.

Já o quinto tipo da Tabela 2, classificado como integração de sistemas, está fortemente relacionado com o modelo Sistemas Produto-Serviços (PSS, do inglês Product-Service Systems), que considero a parte aqui. O modelo PSS foi definido por Goedkoop et al. apud Almeida (2008) como “uma combinação de produtos e serviços capazes de conjuntamente atender às necessidades do usuário”. Baines et al. (2007) afirmam que o “conceito de PSS é um caso especial de servitização, que valoriza o desempenho ou utilização do produto e não sua propriedade e obtém diferenciação pela integração de produtos e serviços que oferecem valor de uso para o cliente.”

Nesse caso, é necessário distinguir a oferta de um produto que integre sistemas isolados nas mãos do cliente, da produção de um resultado final, como solução integrada, que tenha valor de uso para o cliente. Nesta linha, Morelli (2003) afirma que esta seria a “evolução da identidade do produto baseada em conteúdo material para uma posição em que o componente material é inseparável do sistema de serviços”. De acordo com esta concepção, a servitização não é só uma mudança operacional, é principalmente uma mudança estratégica, que redefine a maneira como a empresa vê sua produção: para ela, não se trata de adicionar mais um item a um pacote, mas repensar o que é produzido, indo além do item material, até a concepção de que, quando em uso, o bem proporciona um serviço de acordo com a necessidade do cliente (ZARIFIAN, 2001). Assim, o produtor de máquina de

lavar roupa produz um serviço concorrente com o de lavanderias, e o produtor de barbeador elétrico substitui o serviço do barbeiro.

É necessário enxergar além dos produtos finais da empresa. Internamente à organização, pela sua divisão em departamentos e unidades, vários produtos e serviços são concebidos como resultados independentes, que serão colocados no mercado desta forma. No entanto, o consumo final acontecerá de forma integrada para atender a uma necessidade do consumidor.

Também Zarifian (2001a) parte desta concepção e relaciona o valor do serviço com a produção de manufaturas, defendendo que, em última análise, o bem proporciona um serviço ao cliente. O autor distingue “o serviço”, no singular, de “serviços”, no plural. O primeiro refere-se à produção de solução para o cliente, tomando o produto material como o suporte, em concorrência com outras soluções possíveis. No plural, serviços, representa o conjunto de elementos que coloca em prática esta solução.

### **2.1.1 O foco no valor do serviço – integração do sistema de produção**

A questão principal que emerge dos vários tipos de servitização vistos no quadro 1 é a integração. O que une os vários produtos e serviços não é um esforço adicional por parte da empresa, que poderia ser visto como mais um serviço. O serviço é a solução para o cliente e, para produzi-lo, a empresa deve identificar o conjunto de produções que se ligam numa rede de pessoas e ações com o único objetivo de produzir o valor do serviço.

Essa concepção inverte o sentido da organização da produção de maneira que, a partir do valor de serviço que se quer entregar ao cliente, são definidos os vários produtos e serviços necessários para compor a solução ideal.

Essa visão apóia-se em abordagens organizacionais mais do que em gestão de operações. Não se minimiza a necessidade de elaborar processos que permitam a

produção e entrega do valor requerido pelo cliente/usuário, mas a ênfase está em buscar compreender a racionalidade que perpassa as decisões estratégicas e operacionais na empresa, para então investigar as escolhas da organização do trabalho, da tecnologia, do processo de produção, dos métodos de controle de resultados, entre outras.

A servitização concebida dessa forma conduz à introdução de um novo paradigma para os sistemas de produção, chamado aqui de lógica de serviço, em detrimento do modelo de produção em massa, coerente com o paradigma da lógica industrial. A lógica industrial nasceu para ser aplicada, principalmente a formas de produção de “coisas”, sobre as quais se estabelecem relações de posse e propriedade. Nesse modelo, há uma nítida separação entre o processo de produção, envolvendo toda a atividade e concepção do sistema de produção, e o consumo ou uso do produto. O universo da produção não encontra o universo do cliente/usuário.

Aplicar a lógica industrial para a produção de serviços leva a conceber o resultado da produção com as características de um bem. Assim, a unidade produzida por um *call centre* é uma chamada telefônica em que as dimensões de controle são definidas e padronizadas: tempo de chamada, script, tom de voz e outros. Um novo telefonema do mesmo cliente é um novo produto para o *call centre*.

Para uma manufatura, a adição de serviços com essa lógica não muda o paradigma da lógica industrial. Nesse caso, a servitização trará, principalmente, dificuldades relativas às técnicas de gestão, tanto para a adequação dos processos de serviços (CHASE, 1978; SASSER JR e AL., 1978; NORMANN, 1993; BOWEN e FORD, 2002), como para a articulação de processos com características diferentes na produção de bens e serviços (DAVIES, BRADY e AL, 2006).

Para uma manufatura, a adição de serviços com essa lógica não muda o paradigma da lógica industrial. Nesse caso, a servitização trará, principalmente, dificuldades relativas às técnicas de gestão, tanto para sua adequação a processos de serviços (CHASE, 1978; SASSER JR e AL., 1978; NORMANN, 1993; BOWEN e FORD,

2002), como para a articulação dos processos, que têm características diferentes. (DAVIES, BRADY e AL, 2006).

## **2.2 As diferenças entre a produção de bens e serviços**

As primeiras publicações sobre gestão de serviços enfatizavam as diferenças entre os processos de produção de bens e serviços a partir das diferenças entre as saídas, ou resultados. Embora atualmente a literatura especializada não trate essas diferenças como características de um processo ou de outro, será importante conhecer as variações essenciais, para compreender as dificuldades de gestão na servitização (SHOSTACK, 1977; ZEITHAML, PARASURAMAN e BERRY, 1985; NORMANN, 1993; SILVA, 1995; BOWEN e FORD, 2002; LOVELOCK e GUMMESSON, 2004). Os principais aspectos que diferenciam os sistemas de produção quanto a tipo de saídas são:

- simultaneidade entre produção e consumo, o que torna necessária a participação do usuário como um co-produtor;
- heterogeneidade, relacionada à dificuldade de padronizar resultados e processo de produção;
- intangibilidade dos resultados, ou condição de imaterialidade do resultado produzido;
- perecibilidade, que diz respeito a quanto é perecível o resultado do serviço ou quanto ele pode ser estocado para consumo posterior.

Os sistemas de produção apresentam essas variáveis em maior ou menor escala. Muitos serviços, como os serviços médicos, têm processos bastante heterogêneos, com forte simultaneidade entre produção e consumo, os resultados são mais intangíveis e, por tudo isso, o resultado é perecível. Por ser freqüente encontrar essa situação entre os serviços, autores clássicos defendiam a idéia de que essas seriam características de serviços (NORMANN, 1993, SASSER, 1978, entre outros), enquanto manufaturas produziriam resultados tangíveis, que seriam

estocados para consumo posterior. No entanto, como exceções podem ser encontradas de um lado ou de outro<sup>6</sup>, os autores hoje falam de escalas de variação, de acordo com as quais as organizações se situam, e do impacto na gestão da produção que esse posicionamento terá (SLACK, CHAMBERS e JOHNSTON, 2002; CORREA e CAON, 2002).

### **2.2.1 Simultaneidade**

Se o processo de produção for realizado sobre ou com o usuário, o consumo e a produção serão simultâneos. Em serviços de saúde, por exemplo, a gestão de operações prevê que a produção é realizada “sobre” o cliente, forçando a organização a entender o cliente e a levar em consideração que este presencia o que ocorre nas suas instalações.

Enquanto a produção em massa previa uma grande distância entre a fabricação e o consumo, tratando o cliente como o receptor passivo dos produtos, a evolução dos modelos de gestão trouxe o cliente, cada vez mais, para perto da organização. O conceito de qualidade foi modificado e passou a avaliar a satisfação do cliente e não só a conformidade com o que foi projetado. O aumento da flexibilidade de produção possibilitou atender às preferências dos clientes.

Levando ao extremo a condição de simultaneidade, pode-se dizer que o produto ou o serviço só estaria realizado quando o usuário o consome. Por exemplo, um curso de inglês só teria atingido seu objetivo quando o aluno efetivamente usasse sua capacitação no idioma para realizar atividade valorizada por ele, seja no trabalho, no estudo ou para se divertir (ZARIFIAN, 2001). Essa concepção altera a relação com o cliente, na medida em que ele deixa de ser passivo e deve participar da concepção do serviço, do projeto e do processo de produção.

---

<sup>6</sup> Por exemplo, em restaurantes, é grande a importância de produtos materiais, que podem ser estocados, e a transformação acontece longe das vistas do cliente. Dependendo do tipo do restaurante, o processo dá mais ênfase aos aspectos listados – simultaneidade, heterogeneidade, intangibilidade e perecibilidade – como no caso dos restaurantes em que a cozinha é visível para o cliente, sendo que, em outros, a ênfase está no produto.



Como consequência, a organização deve gerenciar a interação com o cliente desde o projeto do processo, deve ter condições de avaliar o desempenho do sistema, mesmo com processos diferentes uns dos outros, e deve contar com funcionários capazes de interagir e gerenciar o trabalho do cliente (BOWEN e FORD, 2002).

### **2.2.2 Heterogeneidade**

O processo de produção de um serviço deve ser capaz de lidar com pessoas, portanto com a heterogeneidade dos indivíduos. Na lógica industrial, os insumos são padronizados e controlados, na esperança de que o processo produtivo seja sempre igual.

Devemos distinguir aqui a heterogeneidade do processo da variedade de produtos. Heterogeneidade refere-se ao grau de variabilidade da operação de serviço, por conta das diferenças entre trabalhadores e entre clientes. A variabilidade, nesse caso, pode ser da operação, da qualidade, ou mesmo do conceito, e será tanto maior quanto mais a operação depender de pessoas e de suas decisões (LOVELOCK e GUMMESSON, 2004). A heterogeneidade, muitas vezes, exige resposta imediata a situações não previstas.

A variedade de produtos refere-se à quantidade de opções projetadas e à disposição do usuário. Pode se refletir em variedade de processos, que um mesmo operador deve executar, mas que sempre será projetada antecipadamente (SILVESTRO, 2002).

Na lógica industrial, a tentativa de controlar o processo leva os gestores a minimizarem a heterogeneidade nas suas considerações sobre a produção e sobre o usuário. São criadas opções para ajustar necessidades e preferências dos usuários e busca-se identificar um número limitado de parâmetros para compor a decisão sobre o processo. Em hospitais organizados dessa forma, uma longa capacitação permite que o profissional realize o diagnóstico da situação e escolha o caminho a seguir. Daí para a frente, o profissional tem uma seqüência de operações previamente estipuladas, quanto a padrões e procedimentos (MINTZBERG, 2001).

O aumento da heterogeneidade está associado ao foco nas pessoas e não no processo, ou nos equipamentos (SILVESTRO, 1999). Quanto maior a participação do cliente e a sua liberdade de escolha, maior será a heterogeneidade do processo, o que acarreta a necessidade de capacitação dos profissionais para, com frequência, lidar com imprevistos.

### **2.2.3 Intangibilidade**

Um dos atributos mais citados de gestão de operações de serviços (...) é a *intangibilidade*, isto é, o produto resultante de um serviço é intangível. Bowen e Ford (2002) revisaram a literatura da área e constataram que, realmente, há diferenças na avaliação da efetividade e da eficiência das operações, na elaboração da estratégia de produção e na definição dos processos de produção entre a produção de resultados tangíveis e intangíveis. Para esses autores, a diferença entre as organizações pode ser descrita como “uma organização que produz alguma coisa que pode ser percebida, sentida e experimentada”, em contraposição a “uma organização que produz alguma coisa que pode ser vista, tocada e segurada” (SILVA e LANCMAN, 2009).

Essa diferença, quando se fala de avaliação de resultados, é trabalhada principalmente no impacto que a *subjetividade* tem sobre a avaliação. O administrador não consegue ter medidas objetivas para constatar a qualidade da produção, pois irá depender de visões e sensações do resultado que não podem ser medidas e comparadas de forma isenta. Os resultados finais de um serviço estão na mente do usuário e não conseguem ser lidos por instrumentos objetivos (SILVA e LANCMAN, 2009).

Alguns autores diferenciam os dois tipos de intangibilidade que os atributos de um produto pode ter: a intangibilidade física, quando os atributos do produto não são acessíveis pelos sentidos, e a intangibilidade mental, que diz respeito à capacidade do cliente de representar mentalmente o resultado e o processo esperados (BATESON, 1979; LAROCHE ET AL. 2005).

Essa distinção auxilia a compreensão das conseqüências da intangibilidade do produto sobre a produção. Em primeiro lugar, por se referir aos atributos e não ao produto genericamente. Em segundo lugar, por que introduz uma hierarquia ou escala, da capacidade de apreensão do conceito do produto pelo cliente. Ou seja, (i) Atributos tangíveis são percebidos diretamente, quando a pessoa estiver exposta ao produto. (ii) Atributos fisicamente intangíveis refletem uma construção mental baseada em informações comunicadas sobre o produto, portanto, são dependentes da subjetividade do cliente. (iii) Atributos mentalmente intangíveis são difíceis de serem apreendidos com precisão, de maneira que o interlocutor não tenha dúvidas das características do produto e seus resultados (LAROCHE, BERGERON, GOUTALAND, 2001).

A intangibilidade mental está associada não somente às características do produto, mas também às condições do observador, quanto a conhecimento e sua experiência com produtos semelhantes.

Os impactos sobre a gestão da produção recaem sobre a dificuldade de avaliação dos resultados e o risco percebido pelo cliente. Por um lado, a organização deve construir um sistema de avaliação que permita reconhecer progressos e falhas para identificar as causas de cada um. Por outro lado, deve prever uma forma de lidar com a insegurança do cliente e possibilitar que ele participe do processo de maneira positiva.

A concepção de quanto um serviço é intangível não é necessariamente um dado. Refere-se à visão da administração, que pode atribuir uma maior subjetividade à avaliação do serviço, considerando fatores que outros administradores não considerariam (talvez por não conseguir lidar com eles). As diferenças entre as organizações estão também na visão do administrador, além daquela intrínseca ao negócio.

### 2.2.4 Perecibilidade

A perecibilidade é a condição de um produto não estocável e que não pode ser revendido. (EDGETT AND PARKINSON, 1993; LOVELOCK AND GUMMESSON, 2004). É decorrência das condições de simultaneidade e de intangibilidade.

Não poder ser estocado traz impactos para o planejamento e controle da produção e para a gestão da capacidade. A variação da demanda não pode ser amortecida com estoques e o volume de produção deve variar quando a demanda varia; a falta temporária de recursos impacta diretamente o atendimento ao cliente. Por isso, o sistema de produção deve prever capacidade maior do que a necessária, a fim de trabalhar com uma faixa de segurança para cobrir tanto a variação de demanda, quanto a variação de recursos de produção. Em situações normais, a capacidade estará ociosa.

Como conseqüência, para itens que não podem ser estocados, é mais difícil melhorar a eficiência do processo de produção, que estará sujeito à variação da demanda.

Assim, podemos pensar em quatro eixos correspondentes às quatro variáveis de processo apresentadas, sendo que a variação em cada eixo é dependente dos outros:

Variáveis de processo
1. A simultaneidade entre produção e consumo, com a participação do usuário como co-produtor;
2. A heterogeneidade de resultados e de processo de produção;
3. A intangibilidade dos resultados e
4. A perecibilidade, ou a dificuldade de estocar para consumo posterior

**Tabela 3 - Variáveis de processo**

Acrescentar novos produtos ao elenco daqueles já produzidos pela empresa sempre pode introduzir processos com características diferentes. Servitizar, ou acrescentar serviços ao lado dos produtos produzidos, tende a acrescentar processos de produção com maior simultaneidade, heterogeneidade, intangibilidade e perecibilidade, que implicam em sintomas percebidos pelos gestores, como as variações de volume ou a dificuldade de avaliação do desempenho. A Tabela 4 – Alternativas de solução para as dificuldades decorrentes das variáveis de processo relaciona, na coluna 1, os sintomas que o gestor pode perceber no processo de produção de serviços, associados à servitização. Na coluna 2, são relacionadas as reações possíveis dos administradores aos sintomas percebidos. Não é a intenção dessa tabela esgotar as possibilidades de ação administrativa, a coluna 2 procura apenas demonstrar que existem pelo menos duas alternativas plausíveis para cada situação detectada.

Essas alternativas de ação não são mutuamente excludentes, mas podem se complementar. No entanto, a ênfase a uma ou outra se faz a partir não só das necessidades intrínsecas ao negócio, mas também da visão estratégica dos gestores. A organização que sempre se orientou pela lógica industrial e adiciona o serviço de manutenção como pós venda percebe que o departamento responsável pelo serviço tem dificuldades com as quais não está acostumada a conviver. Por outro lado, a organização aproxima-se do cliente e do momento em que ele usa o produto e, se ela não estiver estruturada para entender, interpretar e aplicar essa informação, terá perdido uma oportunidade valiosa para aumentar sua competitividade.

Dificuldades de gestão	Alternativas de solução
O processo de produção está sujeito a forte variação de volume	Controlar a demanda
	Flexibilizar a oferta
O processo de produção está sujeito à ocorrência de eventos com frequência	Impor regras para funcionários e clientes para diminuir a variabilidade
	Implantar formas de trabalho em que o próprio trabalhador lida com a variabilidade
O usuário tem percepção de risco a respeito de resultados intangíveis	Padronizar os resultados
	Capacitar e educar o usuário, tentar deixar o serviço mais claro para o usuário, permitir que ele interfira no processo
O usuário participa do projeto, da operação e da avaliação dos resultados	Criar cargo especializado para gerenciar usuário
	Capacitar os operadores de linha de frente para orientar o usuário
O trabalhador e o usuário produzem juntos	Coordenação por padronização do processo de trabalho
	Capacitar o trabalhador e o usuário para trabalho conjunto; coordenação por ajuste mútuo
A subjetividade é intrínseca à avaliação de produtos intangíveis;	“Tangibilizar” os resultados, isto é, usar imagens e metáforas para transmitir o conceito de produto.
	Criar formas alternativas de avaliação e capacitar o usuário pra exercitá-la

**Tabela 4 – Alternativas de solução para as dificuldades decorrentes das variáveis de processo**

Aos problemas de gestão interna do departamento, pode se juntar a dificuldade de sua integração na empresa, por partirem de visões distintas sobre os critérios de avaliação.

Já a empresa que adota a lógica de serviço, mesmo fabricando bens, passa a considerar os resultados da produção como o uso do bem pelo cliente<sup>7</sup>. A lógica de serviço reposiciona a organização quanto a uma ou mais variáveis de processo e deve exigir mudanças no conceito da organização da produção e esforço na integração do novo serviço com os outros processos produtivos. O produto torna-se mais intangível, o processo torna-se mais heterogêneo e a organização acolhe o cliente como co-produtor.

A empresa que parte da lógica de serviço busca oferecer, para o cliente, uma solução em que este não perceba os vários produtos e serviços como entes discretos. Mesmo os setores de retaguarda devem ser capazes de entender a necessidade não explicitada do cliente e, a partir dela, explorar e detalhar o conceito de serviço que será capaz de atender a esta necessidade. Portanto, as escolhas técnicas para contornar os problemas devem ser diferentes da empresa com lógica industrial.

Para esta pesquisa, o significado de lógica de serviço é distinto da servitização. A lógica de serviço refere-se a uma mudança no paradigma organizacional, que dá sentido aos vários elos da rede interna de produção, voltando o olhar para além do resultado imediato do processo produtivo e buscando a mudança que provocou no cliente.

### **2.3 A Lógica de Serviço**

A lógica de serviço opõe-se à lógica industrial como princípio orientador para definir a estrutura e a configuração organizacionais. Chamaremos aqui de Princípio Organizacional Dominante o conjunto de escolhas feitas pela empresa, que engloba a escolha da lógica central, industrial ou de serviço; a escolha organizacional, isto é,

---

<sup>7</sup> Por exemplo, uma empresa fabricante de impressoras, que passa a considerar que vende a disponibilização de capacidade de impressão para os clientes. A cada impressão realizada no cliente, a fabricante atinge o objetivo de produção. Se o cliente precisar de um serviço de impressão que não puder realizar, ou por que a máquina não funciona, ou por que falta tinta ou por que seu funcionário não sabe usar a impressora, a fabricante não teria realizado seu objetivo.

como dividir o trabalho e como coordená-lo, e a escolha técnica, qual seja, as definições de operação e de tecnologia. Neste texto, damos maior ênfase à escolha organizacional.

O Princípio Organizacional Dominante voltado para a lógica de serviço deve responder às demandas advindas das variáveis de processo (Tabela 3 e Tabela 4), por meio de mudanças na organização, abrangendo: mudança na cultura da empresa, mudança na estrutura organizacional e mudança nas competências organizacionais (ZARIFIAN, 2001<sup>a</sup>; BRAX, 2005; DAVIES, BRADY et al., 2006).

Dentre as abordagens de organização do trabalho, o modelo da competência é adequado para entender essas demandas, se tomarmos a competência a partir das iniciativas do indivíduo em cada situação e da responsabilidade assumida pelos efeitos dessa ação (GADREY e ZARIFIAN, 2002). Essa concepção de competência está diretamente relacionada com a ocorrência de eventos na produção, quando a resolução da situação inesperada exige uma “inteligência prática”, isto é, exige que o conhecimento adquirido seja mobilizado para, frente às condições de operação, identificar a melhor solução e agir (ZARIFIAN, 2008). Considerando a condição de heterogeneidade do processo de serviço, essa situação ocorre com frequência.

A competência organizacional, nesse caso, inicia pela capacidade de definir o valor do serviço, de maneira a considerar o impacto que terá sobre o destinatário (ZARIFIAN, 2001). Para isso, é preciso conhecer os problemas enfrentados pelo destinatário do serviço e o uso que ele pode fazer do produto ou serviço, o que só acontece com a interação entre trabalhador e usuário. De fato, somente a partir da definição do que é valor para o(s) usuário(s), é possível buscar a eficiência na utilização dos recursos, principalmente dos recursos humanos.

Essa eficiência consiste em “mobilizar ‘corretamente’ seus recursos para gerar as conseqüências esperadas” (ZARIFIAN, 2001b, p. 135), ou seja, consiste em alocar os recursos de forma a atender as conseqüências esperadas pelos diferentes



públicos do serviço. Isso exige “todo um raciocínio sobre as formas organizacionais e sobre o desenvolvimento de competências e de cooperação interna na empresa para, simultaneamente, mobilizar os recursos adequados e economizá-los em seu uso” (ZARIFIAN, 2001b, p. 137). Assim, a competência profissional inclui a capacidade de articulação com diversos públicos, internos à organização e externos a ela, para elaborar a solução adequada para o cliente e obter a melhor forma de produzi-la.

Essa capacidade de articulação estende-se ao relacionamento com o cliente. Não basta que ele receba passivamente o serviço. Como já foi citado, para a definição do valor do serviço, é necessária a interação entre o trabalhador e o usuário. Mas, é preciso ir além. Para que o usuário aproveite o serviço oferecido, a organização deve capacitá-lo ou educá-lo. Colocar, simplesmente, o serviço à disposição e achar que o usuário deve construir as relações necessárias para o usufruto do serviço, pode inviabilizar o seu aproveitamento.

Davies et al. (2006) sugerem que a competência necessária para a articulação com vários públicos se dá em três fases, numa seqüência que ofereça o desenvolvimento por meio de experiência antes de passar para uma nova etapa. Na fase 1, a empresa constrói uma nova interface com o consumidor; na fase 2, a empresa deve reforçar as capacidades de retaguarda e, na fase 3, a organização como um todo deve reforçar o foco no cliente, nas suas necessidades e na oferta de soluções integradas e replicáveis para essas necessidades.

A lógica de serviço, então, pressupõe que a organização assuma a visão de que: 1) é prioritário o foco no valor do serviço, definido como a mudança benéfica para o cliente/usuário a longo prazo, 2) a relação com o cliente/usuário é essencial para juntos construírem o valor do serviço e é um meio para auxiliá-lo a se apropriar dessa mudança. A lógica de serviço depende do desenvolvimento dessa visão, de forma integrada, nas várias partes da organização.

## 2.4 O princípio organizacional dominante para a lógica de serviço

O princípio dominante da lógica de serviço reforça a necessidade de integração de atividades e de coordenação de esforços. Como o cliente participa ativamente da produção, há necessidade de coordenar seu trabalho com o da equipe de trabalhadores.

Coordenação é definida, aqui, como a administração de interdependências entre tarefas e entre pessoas (GITTELL, 2002). Tomando como referência o grupo de trabalhadores em que as relações de trabalho são cotidianas, a coordenação pode ser classificada a partir da direção das relações que são objeto da análise em interna ao grupo, vertical ou lateral, conforme Tabela 4 – Coordenação do trabalho.

<b><i>Direção da Coordenação</i></b>	
<b>Interna</b>	Entre trabalhadores da linha de frente, quando há interdependência constante ou necessidade de colaboração.
<b>Vertical</b>	Ao longo da linha hierárquica.
<b>Lateral</b>	Entre trabalhadores da linha de frente e clientes; Entre trabalhadores da linha de frente e os da retaguarda; Entre trabalhadores da linha de frente e outras organizações.

**Tabela 4 – Coordenação do trabalho (a partir de HUBAULT, 2010)**

A classificação utilizada procura identificar formas de interação comum em empresas e parte do pressuposto de que o grau de proximidade das pessoas influencia a forma como coordenam o trabalho entre si. Aqueles que pertencem a um mesmo grupo, provavelmente, compartilham conhecimento, valores e dificuldades do processo de trabalho e estão submetidos ao mesmo sistema de recompensas. Portanto, devem ter facilidade para trocar informações sobre o trabalho.

A coordenação vertical diz respeito às trocas de informação com níveis hierárquicos diferentes. Em organizações de serviços profissionais, essas relações podem ser diferentes dos mecanismos de supervisão encontrados em organizações de serviços de massa, e é nossa intenção investigar a coordenação ao longo da linha hierárquica para saber como ela influencia o entrosamento das pessoas.

Na lógica industrial, a coordenação lateral apresenta as maiores dificuldades, pois os departamentos, voltados para suas prioridades, não conseguem dialogar nem com os outros departamentos nem com os clientes, para resolver problemas que fogem ao rotineiro. Portanto, entender a coordenação lateral será importante para entender a lógica de serviço.

A definição de coordenação lateral abarca a interação entre grupos que não têm a mesma afinidade. A relação entre trabalhadores de linha de frente e clientes pode dizer respeito a um relacionamento mais prolongado, como no caso de professor/aluno, ou mais pontual, como numa visita a um médico. De qualquer forma, há uma série de dificuldades na interação que devem ser vencidas, para se conseguir um trabalho conjunto.

Korczynski (2009) analisa três dimensões da relação do trabalhador com o cliente:

- Carga emocional entre trabalhador e consumidor;
- Relação de poder entre trabalhador e consumidor;
- Grau de repetição da interação entre as partes.

O autor usa essas dimensões para analisar o trabalho de serviços em massa, mas elas podem ajudar a estudar outros tipos de trabalho em serviços. Nos casos em que há substantiva carga emocional no desenvolvimento do trabalho, ela pode ser instrumentalizada ou não. São exemplos de relação instrumentalizada, as que ocorrem em serviços orientados pelo marketing, em que o trabalhador é instado a ser simpático com o cliente/usuário (comissárias de bordo em companhias aéreas são o exemplo clássico, como cita HOCHSCHILD, 1985) ou menos formalizada pela instituição.

A relação de poder entre consumidor e trabalhador pode assumir três posições:

- alto poder do consumidor, potencializado pelo discurso de consumidor como soberano e pela imposição de regras rígidas de sentimento;
- posição semelhante entre trabalhador e consumidor, orientada pela maior informalidade das trocas sociais e pelo relaxamento das regras de sentimento;
- alto poder do trabalhador, presente em serviços profissionais e baseado na diferença de conhecimento sobre o assunto.

O grau de repetição da interação entre as partes refere-se ao tipo de vínculo entre o consumidor e a organização de serviço. Para relações pontuais, a interação se dá por encontros de serviço, de curta duração, com final determinado, como numa consulta única a especialista. No vínculo por relacionamento, consumidor e trabalhador se encontram repetidas vezes e têm a oportunidade de conhecer melhor um ao outro.

A coordenação com a retaguarda está sendo considerada como coordenação lateral, quando a interdependência entre as tarefas for mais espaçada e não houver facilidade para desenvolver mais conhecimento entre as pessoas. Não é o caso de serviços em que a retaguarda fica próxima ao pessoal de linha de frente, como a relação entre cozinha e salão num restaurante. Em serviços públicos, é comum o pessoal de linha de frente precisar interagir com colegas de outros departamentos, especializados em tarefas de apoio (por exemplo, suprimentos ou informática), com quem a comunicação nem sempre é fácil.

A coordenação lateral com outras organizações diz respeito às necessidades de interação comuns à concepção de rede de produção de valor. A novidade trazida por Hubault (2010), refere-se ao papel do trabalhador na coordenação de atividades da rede. Surge então a questão: Até que ponto o trabalhador de linha de frente se vê instado a agir de forma coordenada com outras organizações a fim de servir ao cliente?

## Mecanismos de coordenação

Mecanismos de coordenação são instrumentos utilizados pela administração para gerenciar as interdependências entre as atividades (MINTZBERG, 2003; SALERNO, 1999; GITTELL, 2002). Eles facilitam a interação entre as pessoas ou dirigem as relações para a solução de problemas de trabalho.

Mintzberg (2003) apresenta cinco tipos possíveis de mecanismos de coordenação: o ajuste mútuo, a padronização do processo de trabalho, a padronização das habilidades, a padronização das saídas e a supervisão direta.

Os mecanismos apresentados por Mintzberg são parcialmente semelhantes com os discutidos por outros estudiosos de organização. Gittell (2002) analisa o trabalho em hospitais e as formas de coordenação do trabalho encontradas e cita como mecanismos de coordenação: as rotinas, os indivíduos de interligação, as reuniões de equipe e a coordenação relacional.

Reuniões de equipe são muito encontradas em organizações de saúde e têm periodicidade estabelecida, fixadas pelos gestores. Os indivíduos de interligação têm, como tarefa principal, integrar o trabalho dos outros. Eles podem ser o supervisor do grupo ou um dos pares.

Para Gittell, os indivíduos de interligação e as reuniões de grupo são mecanismos que têm capacidade de processamento de informação alta e facilitam a interação entre as pessoas.

O conceito de rotinas é, a princípio, semelhante ao de padronização das habilidades – elas facilitam a coordenação da ação, estabelecendo o que e quando será realizado.

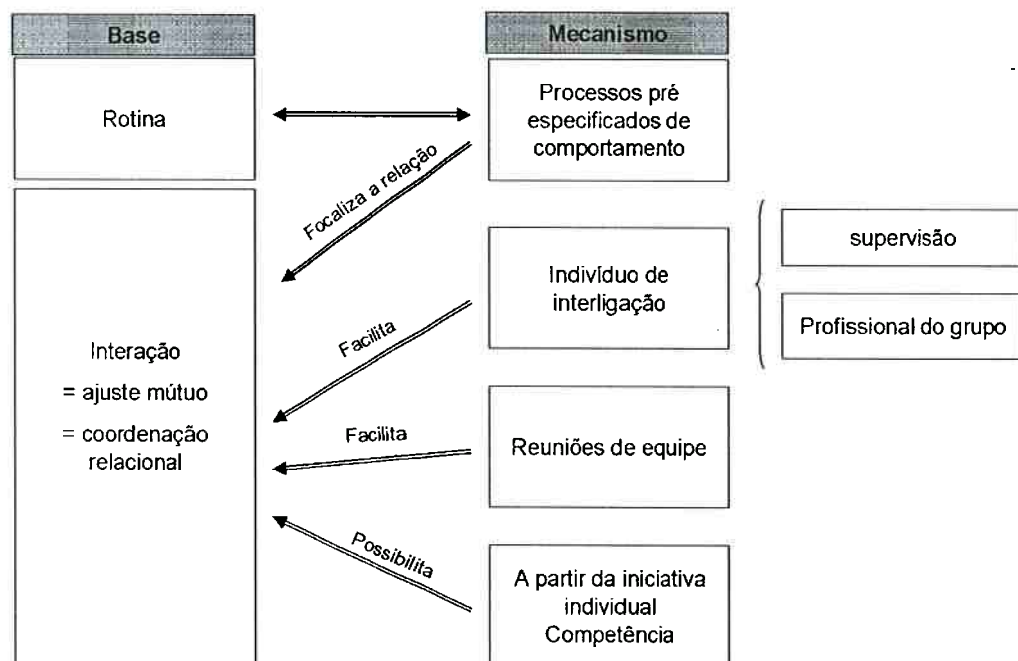
As rotinas permitem que a organização aprenda com as experiências passadas e não precise reinventar o processo. Elas podem ter sido estabelecidas pelo próprio indivíduo ou por seu supervisor. (GITTELL, 2002) A diferença entre a padronização do trabalho de Mintzberg e as rotinas de Gittell, é que Mintzberg, descrevendo o trabalho em fábrica, enfatiza que especialistas planejam a

padronização do trabalho, distancia esse planejamento da execução, o que torna o aprendizado organizacional mais difícil.

As rotinas têm baixa capacidade de processamento da informação e menor custo, não sendo apropriadas para ambientes com alta incerteza.

O ajuste mútuo é um conceito semelhante à coordenação relacional. Ele é considerado por Mintzberg como um mecanismo de coordenação, mas é visto por Gittell como a própria interação entre indivíduos, que pode ser facilitada ou dificultada pela organização, mas não é um instrumento dela.

O Quadro 1 ilustra as relações entre conceitos sobre coordenação. Os mecanismos estão baseados no trabalho de Gittell.



**Quadro 1 – Relação entre as bases de coordenação e os mecanismos de coordenação**

Os mecanismos de coordenação apresentados no Quadro 1 fazem parte do arsenal de instrumentos de gestão das empresas. São medidas usuais em organizações de serviços profissionais: pré especificar respostas a determinadas situações, criar cargo de interligação, programar reuniões de equipe e/ou implantar a gestão por competências, visando contar com grupo de pessoas voltadas para a resolução de problemas.

O ajuste mútuo, muitas vezes, é visto na literatura como um mecanismo de coordenação, mas, como Gittell (2002), consideramos que a coordenação relacional ou o ajuste mútuo é a própria interação entre indivíduos e, como tal, não é um mecanismo da administração.

A coordenação entre as atividades de indivíduos pode acontecer por meio de rotinas pré especificadas e elaboradas antes da chegada do indivíduo em cena, ou pela interação entre sujeitos, espontaneamente.

A coordenação lateral com clientes e com outras organizações, em geral, se dá em ambiente de grande incerteza, em que a ocorrência de eventos é freqüente. A incerteza exige um tipo de coordenação capaz de processar grandes quantidades de informação, como as reuniões de equipe ou a interação entre indivíduos.

Os fatores que favorecem a interação espontânea, que podem substituir as rotinas são:

- o os valores compartilhados, os conhecimentos compartilhados e o respeito mútuo entre trabalhadores (Gittell, 2002);
- o a confiança entre trabalhadores, tendo como base a transparência entre pares e usuários (Adler, 2008);
- o a relação de poder, a relação emocional e o grau de repetição das interações dos trabalhadores com o cliente-usuário (Korczynski, 2009)

## 2.5 Procedimentos metodológicos

A partir da revisão bibliográfica, o objetivo deste trabalho pode ser melhor definido:

Criar modelo organizacional que permita compreender quais são e como se comportam os mecanismos de coordenação presentes em trabalhos de forte intensidade relacional, quando organizado sob o princípio da Lógica de Serviço.

Onde:

**Mecanismos de coordenação** são formas de administrar interdependências entre pessoas ou tarefas.

Trabalhos de **forte intensidade relacional** estão presentes em alguns serviços, em que a transformação se dá sobre o cliente-usuário e este participa ativamente do processo.

O **princípio da lógica de serviço** concebe o valor produzido pela organização como o uso do resultado do serviço.

Os objetivos específicos são:

1. Identificar mecanismos de coordenação que melhor descrevem as formas de administração das interdependências entre trabalhadores ou tarefas de linha de frente, em serviços públicos de Saúde, com alta intensidade relacional
2. Compreender como agem, como se criam e o que os reforça.
3. Identificar mecanismos de coordenação que melhor descrevem as formas de administração das interdependências entre trabalhadores de linha de frente e o cliente (cooperação lateral), em serviços públicos de Saúde, com alta intensidade relacional. Compreender como agem, como se criam e o que os reforça.
4. O mapeamento das formas de coordenação deve se basear nos fatores mostrados acima, no Quadro 1.



As investigações empíricas que basearam esta tese foram realizadas em cinco equipes de serviços de saúde. Foram pesquisados: uma unidade de saúde do Programa de Saúde da Família (PSF) de São Paulo, uma unidade de Ribeirão Preto e uma unidade de Embu das Artes. Para a pesquisa de saúde mental foram pesquisadas duas unidades de saúde – um Centro de Saúde Escola de São Paulo e um CAPS em São Paulo.

Foram utilizadas cinco fontes de informação: Documentos governamentais federais, estaduais e municipais; análise de registros das unidades de saúde estudadas; entrevistas, participação de reuniões dos grupos e observação simples.

Os documentos governamentais foram utilizados como fontes de dados simples, sem passarem por tratamento analítico. Entre outras informações, os documentos permitiram identificar o papel da organização e entender o conceito de serviço.

Buscou-se identificar o fluxo e a oferta de atendimentos, permitindo analisar dados de volume, variedade, capacidade, intensidade de trabalho e demanda do serviço. O levantamento abrangeu também instalações, profissionais envolvidos, atribuições e vínculos empregatícios, o processo de operação de serviços (as várias etapas e atividades que compõem esta operação, atividades concomitantes e/ou concorrentes); atividades realizadas dentro e fora das unidades; atividades que envolvem outras instituições e parcerias, entre outras. As parceiras dos PSFs também foram analisadas. Os dados das parceiras foram coletados por meio de entrevistas e documentos dos convênios.

Nas entrevistas, buscou-se compreender o significado para os trabalhadores de administrar e participar de um processo de gestão dessa natureza e suas conseqüências para o cotidiano das atividades.

Os entrevistados foram escolhidos segundo critérios de representatividade em relação ao conjunto de trabalhadores, contemplando a diversidade de atribuições e os níveis hierárquicos. Foram escolhidos trabalhadores responsáveis

por atividades de chefia, diferentes atividades clínicas, apoio administrativo e que possuíssem informações relevantes.

### **3 RESULTADOS: Valor do serviço, processo de operação e composição dos grupos de trabalho**

#### ***3.1 Práticas do PSF – análise de três experiências: em São Paulo, em Ribeirão Preto e em Embu das Artes***

O Programa de Saúde da Família (PSF) tem por finalidade o fortalecimento da Atenção Básica em Saúde a partir da oferta de ações de proteção e promoção em saúde.

Para entender o conceito do PSF, no Brasil, é preciso definir os níveis de atenção em saúde. No século XX, nos países industrializados, inaugura-se a noção de que os serviços de saúde deveriam ser classificados em diferentes níveis de atenção, de acordo com a complexidade da organização tecnológica e das ações específicas oferecidas. A organização das ações em saúde estabelece três níveis de atenção: os centros de saúde primários (hoje Unidades Básicas de Saúde), os centros de saúde secundários, que oferecem serviços de maior complexidade e maior especialidade, e os hospitais-escola (STARFIELD, 2002, SILVA ET AL., 2007).

A atenção básica tem como componentes fundamentais a educação em saúde, o saneamento ambiental (em especial, águas e alimentos), os programas de saúde materno-infantil (imunizações e planejamento familiar), a prevenção de doenças endêmicas locais, o tratamento adequado de doenças e lesões comuns, O fornecimento de medicamentos essenciais, a promoção de boa nutrição e as ações da medicina tradicional (BRASIL, 2001).

Segundo Starfield, nos países e regiões com grande desigualdade na distribuição de riquezas, a oferta de uma rede de atenção primária pode ter influência na melhoria da situação da população, pois, além das enfermidades, ela enfoca as condições de vida, trabalho e ambiente da população de uma determinada região (STARFIELD, 2002; MARSIGLIA, 2005; SILVA ET AL., 2007).

O PSF insere-se na rede de atenção básica, com papel importante por ressaltar as ações de educação em saúde e a valorização da boa nutrição e do comportamento saudável. A família enquanto agrupamento social é o objeto primordial do PSF. O serviço mantém constante contato com as famílias por meio de visitas domiciliares regulares às residências. (BRASIL, 1998; SILVA ET AL., 2007).

O conceito de território embasa a concepção geral do PSF:

Não se trata apenas de circunscrever uma área geográfica de atuação do programa, mas fundamentalmente de entender que um determinado território encerra um conjunto de transformações e conflitos gerados pelas relações sociais ali estabelecidas. As relações familiares, entre vizinhos, de trabalho, associativas, etc., constituem um conjunto vivo das transformações sociais cuja dinâmica pode variar de região para região, cidade para cidade, bairro para bairro e, muitas vezes, dentro do mesmo bairro (SILVA ET AL. 2007)

O trabalho no PSF tem como pressuposto a atuação em equipe. À equipe mínima de trabalho, composta por médico(a), enfermeiro(a) e auxiliar de enfermagem, soma-se a figura do agente comunitário de saúde. Seu papel é fundamental, já que ele deve representar a comunidade onde estiver instalada a equipe do PSF, garantindo que a população tenha suas necessidades expressas por quem conhece o dia-a-dia do bairro, tem contatos permanentes com as famílias e com as organizações comunitárias locais, tornando possível à população um melhor acesso ao programa.

Portanto, a dinâmica do PSF pressupõe o trabalho em grupo e um enfoque pró-ativo, com o paciente incluído como co-produtor. Suas ações extrapolam os limites das unidades de atendimento, chegando aos domicílios para verificar os problemas e situações que possam comprometer a saúde da população. Para isso, a equipe deve estar preparada para romper a tradicional divisão do trabalho entre as profissões, propiciando um trabalho conjunto, com valores e informações compartilhados dentro dos limites estabelecidos pelas competências e capacidades dos seus membros (BRASIL, 1997).

Do Programa de Saúde da Família emerge um novo conceito de serviço, que ressalta algumas exigências da Organização do Trabalho e dos profissionais envolvidos:

4. Por ser voltada para o paciente, pressupondo um vínculo entre profissionais do serviço de saúde e a família usuária, o pessoal da Saúde deve ter perfil menos especializado e mais generalista.
5. O trabalho em equipe exige perfis profissionais diferentes, que facilite o compartilhamento de informações e a capacidade de ouvir e ceder a demandas de outros.

Para analisar a dinâmica das atividades no serviço do PSF, especialmente as dificuldades relacionadas ao conceito do serviço e às formas de enfrentá-las, foram estudadas experiências em três cidades de São Paulo, a capital, Ribeirão Preto e Embu das Artes.

Os dados foram obtidos por meio de documentos fornecidos pela Secretaria Municipal da Saúde de cada cidade e de entrevistas com representantes da Secretaria, com Coordenadores da Atenção Básica, com gestores das Unidades Básicas de Saúde e com profissionais das equipes de PSF.<sup>8</sup>

### **3.1.1 Estratégias de implantação do Programa Saúde da Família em São Paulo**

No governo da Prefeita Marta Suplicy, em janeiro de 2001, a organização dos serviços de saúde do município foram profundamente alteradas pelo estabelecimento dos seguintes objetivos: (i) reintegrar a prefeitura ao SUS, (ii) extinguir o Programa PAS, (iii) implantar o PSF como estratégia fundamental de atenção básica à saúde na cidade de São Paulo e (iv) dar autonomia para os hospitais municipais.

---

<sup>8</sup> Para informações mais detalhadas, veja Silva et al. (2006)

Um grande desafio desse governo foi reorganizar a gestão e as atividades dos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde, que estavam dispersos, porque, durante a vigência do PAS<sup>9</sup>, parte dos profissionais da saúde se licenciou para trabalhar nas cooperativas e parte foi transferida para outras secretarias (Elias, ). Foi necessário, então, reintegrar os antigos profissionais, que somavam 15.000 pessoas, há cerca de oito anos trabalhando sob outras estruturas organizacionais.

No período em que vigia o PAS, as primeiras equipes de PSF no município de São Paulo foram implantadas pelo Governo do Estado através do Programa Qualis. Uma característica que marca a implantação destas equipes PSF é a utilização de convênios com instituições parceiras, instituições sem fins lucrativos (Silva e Dalmaso, 2002; Goldbau et al, 2005).

A partir de fevereiro de 2001, o SUS voltou a repassar os recursos de atenção básica para o município de São Paulo, com a integração do Qualis às propostas de implantação do PSF no município. A partir de então, a implantação do PSF em São Paulo foi caracterizada pela determinação de que o modelo de atendimento tradicional, marcado pela procura espontânea por serviços e baixo grau de relacionamento do usuário com os profissionais que o atendem, seria gradualmente substituído pelo PSF.

Até a época da pesquisa de campo, o Programa Saúde da Família na cidade de São Paulo passou por duas estruturas organizacionais distintas. A primeira tem origem na Gestão de Marta Suplicy, desde a implantação do Programa. A segunda, derivada da primeira, foi implantada pelo Prefeito José Serra, no início de sua administração, em janeiro de 2005.

Na gestão de Marta Suplicy, a oferta dos serviços de atenção básica foi descentralizada, cabendo a cada subprefeitura a gestão das unidades alocadas em seu território. Desta forma, o governo municipal visava a aproximar ao extremo a

---

<sup>9</sup> PAS: Plano de Atendimento à Saúde

tomada de decisão dos locais de atendimento à população, e os subprefeitos passaram a ser os gestores dos serviços de saúde em suas regiões.

Na gestão do prefeito José Serra, foi decidido reagrupar a gestão de todas as unidades de saúde do município na hierarquia da Secretaria Municipal de Saúde. Para tanto, optou-se por criar cinco regiões administrativas, ligadas à Coordenadoria de Atenção Básica, que seriam diretamente responsáveis pela gestão das unidades básicas de saúde, com suas respectivas supervisões de área.

A Coordenação da Atenção Básica tornou-se a área responsável pela implantação, expansão, aprimoramento e consolidação do Programa Saúde da Família no Município de São Paulo (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. 2003).

Suas responsabilidades incluem também:

- Articulação dos diversos setores da SMS em torno da implantação e expansão do PSF;
- Desenvolver projetos que possam captar recursos financeiros e tecnológicos necessários ao fortalecimento do PSF;
- Articular a execução orçamentária e financeira do PSF.

Devido à estrutura, constatou-se que, quando ocorrem problemas nas UBS, como falta de recursos materiais, afastamentos de funcionários, questões relacionadas ao desempenho de membros das equipes PSF, o gerente da unidade entra em contato com o supervisor de sua região e solicita auxílio. Este leva a questão para a Coordenação Regional que muitas vezes deve encaminhá-la para algum órgão da Coordenação da Atenção Básica ou da SMS. Esse processo é demorado e nem sempre está claro para o gestor da Unidade. É grande o desgaste com questões corriqueiras, que envolvem despesas de pequena monta, o que desvia os esforços da Unidade dos problemas técnico-operacionais relacionados com o usuário.

### **3.1.2 Estratégias de implantação do Programa Saúde da Família em Ribeirão Preto**

A Atenção Básica em Saúde, em Ribeirão Preto, apresenta uma estrutura descentralizada no que tange à “disposição física” das Unidades Básicas de Saúde e ao fluxo da tomada de decisão. A estratégia do governo municipal é de autonomia controlada, cujo centro de decisão está na SMS. Constatado o crescimento significativo do município e de sua população, organizou-se a assistência em cinco regiões, denominadas Distritos de Saúde, que, por sua vez, compõem a Divisão Unidades de Saúde.

A Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, em especial o departamento de Medicina Preventiva, já vinha contribuindo para definir estratégias de Atenção Básica à Saúde mesmo antes da implantação do PSF.

Houve a ampliação da participação de outras unidades departamentais da Faculdade de Medicina, tais como pediatria e ginecologia-obstetrícia, por exemplo. Tais mudanças, no plano estrutural, trouxeram a necessidade de que as áreas de atuação fossem revistas também.

A ampliação da participação gerou um conjunto maior e diversificado de atividades de formação e assistência e, também, desconcentrou a coordenação que anteriormente ficava sob a responsabilidade do Departamento de Medicina Preventiva. Isso permitiria abertura de espaços de participação para outros departamentos de ensino, retirando a exclusividade de atuação da área de Saúde Pública. Nesse espaço compartilhado, passaram a conviver concepções e ações variadas, conforme as experiências e tradições próprias de cada unidade departamental, e houve a necessidade de articular esta diversidade de visões na tomada de decisão gerencial sobre o funcionamento do PSF.

Em Ribeirão Preto, a Unidade Básica de Saúde analisada está vinculada à Universidade e tem quatro Núcleos de Saúde da Família, que constituem os “braços” do Hospital das Clínicas para o ensino e formação na área da saúde.



Inicialmente, eles estavam focados na medicina, mas atualmente foram expandidos para outras áreas, como enfermagem, odontologia, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição, entre outros. Assim como a UBS, os núcleos também possuem duas vertentes principais de atuação: (i) oferecer serviços de atenção básica à saúde e (ii) servir como referência para ensino e pesquisa na área da saúde.

Os quatro núcleos possuem um quadro profissional semelhante: suas equipes básicas são compostas por um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, cinco agentes comunitários. Conta, ainda, com pelo menos um médico docente voltado para o ensino e supervisão dos estagiários.

### **3.1.3 Estratégias de implantação do Programa Saúde da Família em Embu das Artes**

Em Embu das Artes, durante a década de 1990, houve uma interrupção no crescimento da oferta da saúde pública e, em 2003, a rede contava com as mesmas oito unidades básicas de saúde. Algumas dessas unidades tinham equipes de PSF atuando na mesma Unidade de Saúde tradicional. Constituíam as chamadas unidades mistas. O PSF permaneceu como uma estratégia complementar de Atenção Básica e atendia à população mais carente do município.

As primeiras experiências de implantação de unidades exclusivas de Saúde da Família aconteceram pela conversão de duas unidades básicas já antigas. Esse período inicial foi marcado pela instabilidade das ações de saúde na atenção básica. Um dos principais motivos, apontado pelos gestores da saúde local, foi a dificuldade de uma estrutura tradicional de atenção básica incorporar a nova concepção de trabalho em saúde trazida pelo PSF. Ou seja, tanto a organização dos serviços estruturada nos moldes tradicionais da atenção básica, como a concepção dos trabalhadores, já acostumados ao modelo anterior, promoveram certa resistência à incorporação da nova estratégia.

As unidades mistas trouxeram uma série de problemas desde o ano de 2003, quando se inicia a formação dos Centros de Atenção à Saúde da Família (CASF).

Os gestores optaram, naquele momento, por criar unidades exclusivas de atenção à saúde da família, em locais não assistidos pela estratégia PSF, com novas contratações de profissionais. A formação dos CASF decorreu da ausência de um corpo de idéias e práticas do pessoal da saúde, minimamente unificado, que permitisse incorporar o PSF. Atividades fundamentais do PSF, tais como, saída para visitas domiciliares ou para locais públicos, trabalho em equipe, puderam ser efetivadas com a criação dos CASF.

Inicialmente, a opção dos gestores foi a instalação do CASF num bairro com características rurais: baixa densidade demográfica, pequenas propriedades de produção de agropecuária em pequena escala e propriedades cuja finalidade é o lazer de seus proprietários, que normalmente habitam em outros municípios. O serviço de atenção básica acabou por suprir as necessidades da população que habita na região, ou seja, os trabalhadores dessas propriedades e alguns da área urbana.

Os problemas enfrentados nessas unidades são distintos dos problemas do PSF de áreas urbanas: incidentes com cachorros, longo tempo para fazer as visitas, já que o deslocamento é maior, resultando produtividade mais baixa, entre outros. Por outro lado, a receptividade ao programa foi alta, tanto pelos usuários quanto pelos trabalhadores da saúde. As duas primeiras unidades já funcionavam com o conceito tradicional, e os funcionários foram convidados a aderir ao novo modelo; aqueles que não quisessem seriam transferidos para unidades que conservavam o conceito tradicional. Quase a totalidade optou pelo Programa Saúde da Família (houve uma única transferência).

Em 2004, foram instaladas mais duas unidades, novas, com duas equipes em uma e uma equipe na outra. Nessa fase, a verba do PROESF de 2003 desempenhou papel importante, pois permitiu a implantação das duas unidades e a renovação de equipamentos das duas outras já implantadas. Data dessa época o início do convênio de parceria com a CEJAM – Centro de Estudos e Pesquisas “Dr. João Amorim”.

As características sócio-econômico-demográficas nos outros espaços da cidade são bastante diferentes das da primeira área escolhida. A densidade demográfica é muito maior que na área rural. A concentração populacional no espaço urbano deve-se ao movimento pendular dos trabalhadores que atuam no mercado de trabalho de São Paulo, ou outro município. Ali, a renda familiar é baixa e também há problemas de moradia e violência.

O município optou por convênio de parceria com organização pública não-estatal para dar agilidade administrativa ao programa, principalmente na gestão de pessoal (selecionar, contratar, desligar e repor) e para fixar o Agente Comunitário à comunidade, conforme preconiza o Programa da Saúde da Família.

Na implantação dos CASF nas várias áreas da cidade, uma preocupação foi constante: a adesão dos recursos humanos ao projeto. Com o foco estabelecido, os gestores procuraram garantir a permanência dos trabalhadores nos postos de trabalho, principalmente a categoria dos médicos, que tradicionalmente tem um grau de rotatividade muito grande nos vários PSF implantados em outros municípios.

### **3.1.4 As Parcerias Público-Estatal – Público não-Estatal**

A implantação do PSF nos três municípios analisados por esta pesquisa foi marcada pela formação de parceria com a sociedade civil na condução do programa. As parceiras são organizações civis, sem fins lucrativos e ligadas à filantropia ou ao ensino na área da saúde. Elas participam ativamente no PSF, através da contratação das equipes e da realização de ações na área da saúde juntamente com as unidades básicas do município<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> As organizações parceiras na implantação do PSF na Cidade de São Paulo são as seguintes: Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Casa de Saúde Santa Marcelina, Fundação Zerbini, Organização Santamarense de Educação e Cultura (Unisa), Associação Congregação Santa Catarina, Associação Saúde da Família, Associação Comunitária Monte Azul, Instituto Adventista de Ensino, Fundação Faculdade de Medicina da USP, Hospital Israelita Albert Einstein, Centro de Estudos e Pesquisas Joao Amorim (CEJAM) e Irmandade de Misericórdia da Santa Casa de São Paulo; a organização parceira em Ribeirão Preto é a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, através da FAEPA e no Embu das Artes é o CEJAM.

As razões para a contratação de parceiras da sociedade civil na condução de um programa tipicamente público-estatal estão ligadas à maior flexibilidade que elas propiciam ao governo na contratação de profissionais para a manutenção do programa.

### ***PARCERIAS EM SÃO PAULO***

Em São Paulo, foram firmados convênios com 13 organizações parceiras. A Secretaria Municipal de Saúde planeja e coordena as ações realizadas nas Unidades Básicas, que são geridas por funcionários da Prefeitura. A equipe do PSF (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário da saúde) é contratada pela parceira. Os resultados são controlados pela Prefeitura.

O acompanhamento da atuação das parcerias se dá pela comparação entre o plano de trabalho anual e a prestação mensal de contas. Estabelecer que o plano de trabalho seja elaborado pela conveniada, e aprovado pela prefeitura, sem o estabelecimento de padrões pré-definidos, possibilita a aprovação de planos divergentes de parceiras diferentes.

### ***A PARCERIA EM RIBEIRÃO PRETO***

A presença efetiva da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, através da criação de uma fundação, tem permitido estabelecer e manter convênios com a rede de serviços públicos de saúde no município. As ações resultantes do convênio têm facilitado a contratação do pessoal que atua nas unidades de saúde subordinadas à fundação.

Deve-se considerar, também, na história da formação da rede pública de serviços de saúde local, a participação constante da escola de medicina, particularmente do Departamento de Medicina Preventiva. Esta experiência, enriquecida por atividades de ensino (graduação e pós-graduação), permitiu implantar a estratégia PSF mais estruturada, considerando-se os seguintes aspectos:

- Conhecimentos acumulados sobre organização e estrutura de serviços públicos de saúde que permitiram a elaboração de um projeto próprio de PSF;

- Alguns docentes participaram da gestão dos serviços de saúde na história da localidade, fato que permitiu acumular conhecimentos dentro do espaço da universidade e facilitar a adesão dessas novas estratégias;
- Com a participação de docentes na gestão da saúde local, houve transferência de conhecimentos e técnicas da universidade para o serviço público de saúde e vice-versa;
- O modelo de Centro de Saúde Escola, cuja origem remonta aos anos sessenta, possibilitou um grau avançado de autonomia aos departamentos da escola de medicina envolvidos com a atenção básica; tal fato resultou na experimentação de novas formas de gestão e organização (inovação);

Este conjunto de fatores resultou numa capacidade diferenciada dos demais casos, tanto em termos recursos físicos como em termos de competências para preparar (capacitação), acompanhar (apoio técnico) e gerenciar os profissionais do PSF.

#### ***A PARCERIA NO MUNICÍPIO DE EMBU DAS ARTES***

Em fevereiro de 2004, o CEJAM e a Prefeitura Municipal de Embu das Artes, através da Secretaria de Saúde, firmaram convênio de parceria para a implementação do Programa Saúde da Família. Seu objetivo era a implantação de 31 equipes PSF e 1 equipe PACS<sup>11</sup>, no total de 350 profissionais. A meta foi revista e hoje o trabalho tem um ritmo mais lento de implantação de equipes PSF, embora a intenção ainda seja expandir o serviço <sup>12</sup>.

O CEJAM, também um dos parceiros do município de São Paulo, já tinha bastante experiência na implementação do PSF. Embora esse fato tenha sido bastante enfatizado pela Secretaria Municipal da Saúde de Embu, foi deixado claro que o papel da parceria é dar maior agilidade e flexibilidade à gestão do pessoal operacional.

Assim, diferentemente de Ribeirão Preto, em Embu das Artes, as decisões operacionais são tomadas pela Secretaria Municipal de Saúde. O eventual

---

<sup>11</sup> PACS – equipe de agentes comunitários, sem médicos.

<sup>12</sup> [www.saudeprev.com.br/psf/embu/index.php](http://www.saudeprev.com.br/psf/embu/index.php)

redirecionamento de atuação operacional não é levado até a parceira e o desenvolvimento e capacitação das equipes é responsabilidade da SMS.

A organização do PSF de Embu das Artes aproxima-se da experiência de São Paulo e se diferencia da de Ribeirão Preto, em que o Centro de Saúde Escola imprime uma dinâmica diferenciada na organização e gestão do PSF

### **3.1.5 O Funcionamento das Unidades Básicas de Saúde nos Locais Analisados**

#### ***SÃO PAULO***

Em São Paulo, existem dois tipos de Unidades Básicas de Saúde, em que o PSF está presente: as unidades puras e as unidades mistas. Unidades puras são aquelas que só atendem com equipes PSF a população de sua região de abrangência. Os médicos deste tipo de unidade são todos generalistas, e as consultas são marcadas nas visitas realizadas pelos agentes comunitários mensalmente na casa das famílias. Já unidades mistas são aquelas cuja região foi dividida e separada em duas áreas com atendimento distinto: uma área não tem equipes de PSF e a população deve procurar espontaneamente a unidade para atendimento por médicos das especialidades básicas, a outra área é atendida pelas duas ou três equipes de PSF que ficam alocadas na unidade.

Nesta pesquisa, foi analisado o PSF de uma unidade pura da cidade de São Paulo, que será chamada aqui de Unidade São Paulo. Ela conta com três equipes completas de PSF, com 6 agentes comunitários por equipe, duas equipes de odontologia, um fonoaudiólogo e outros profissionais. No total, possuiu cerca de cinquenta profissionais.

Sua abrangência é de aproximadamente 18 mil usuários. Deste total, 13.347 pessoas pertencem às 3.944 famílias cadastradas no Programa PSF da unidade. Isso representa 74% de cobertura do programa nesta unidade de saúde. A população não cadastrada não recebe visita dos ACS em sua residência, mas pode procurar atendimento emergencial e de urgência espontaneamente na unidade.

As diretrizes básicas que são repassadas periodicamente pela SMS orientam o gestor ao traçar sua estratégia de atendimento, local, visando a maximizar seus limitados recursos para atender as principais demandas da população. Entretanto, não foi possível observar um procedimento claro, ou ferramentas de gestão, com os quais os órgãos responsáveis (Coordenação da Atenção Básica e Supervisão Regional) podem acompanhar o impacto das diretrizes passadas pela SMS no dia-a-dia da operação.

Em relação aos processos de atendimento, destaca-se a existência de barreiras à integração da atenção básica com outros níveis de assistência. Por exemplo, para o encaminhamento à especialista, o PSF deve solicitar o agendamento da consulta ao Centro de Atendimento Externo (CAE - órgão que centraliza os agendamentos a especialistas em São Paulo). Entretanto, caso seja necessário seu retorno, reinicia-se o processo de agendamento pelo PSF junto ao CAE. Assim, tanto o retorno como “a 1ª consulta” disputam as vagas disponíveis, por isso o tempo de retorno é muito longo, podendo exceder a três meses e levando muitos usuários a desistirem do atendimento, o que prejudica a solução de suas queixas.

### ***Ribeirão Preto***

Em Ribeirão Preto, o modelo de atendimento do PSF existente na rede segue os fundamentos encontrados em São Paulo, mas com diferenças organizacionais. A cidade conta com cinco Núcleos de Saúde da Família (NSF), que atendem no modelo PSF-puro, e algumas UBS, que possuem equipes PSF. A pesquisa de campo foi feita com quatro deles.

Como já foi dito, a implantação do PSF na cidade ocorreu de forma gradual e por ações da Faculdade de Medicina da USP-RP, em especial os Núcleos de Saúde da Família, que foram implantados e são geridos pela FMRP-USP.

Os Núcleos de Saúde da Família estão subordinados administrativamente e tecnicamente a um Centro de Saúde Escola (CSE). Esses núcleos são “braços” do Hospital das Clínicas para o ensino e formação na área da saúde. Assim como o

CSE, os núcleos também possuem duas vertentes principais de atuação: (i) oferecer serviços de atenção básica à saúde e (ii) servir como referência para o ensino e a pesquisa na área da saúde.

Os quatro núcleos possuem quadro profissional semelhante: suas equipes básicas são compostas por um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, cinco agentes comunitários. Este quadro é contratado pela parceira. Conta, ainda, com pelo menos um médico docente voltado para o ensino e a supervisão dos estagiários.

Os núcleos 1 e 3 estão situados em uma região que agrega uma população de 1500 e 1600 famílias respectivamente. Dessas famílias, 960 do núcleo um e 940 no núcleo três estão cadastradas no PSF.

Essas regiões possuem uma concentração de pessoas idosas (aproximadamente 60% dos indivíduos cadastrados) e também uma grande penetração dos planos de saúde (cerca de 30% das pessoas são cobertas por planos).

Já nos núcleos 4 e 5, a população atendida é menor. O NSF 5 tem 760 famílias cadastradas, enquanto o NSF 4 tem aproximadamente 780. A área de cobertura desses dois núcleos é caracterizada por uma população majoritariamente jovem e mais carente. Esses núcleos abrangem uma área de favela.

É grande a presença de alunos de graduação e pós-graduação nas unidades. Acompanham os ACS nas visitas, participam das consultas com médicos generalistas, fazem atendimentos individuais (queixas mais simples), entrevistando pacientes, realizando alguns procedimentos específicos, analisando dados de morbidade, entre outros.

Todas as atividades envolvendo alunos são orientadas por um docente, que fica um período do dia na unidade e também faz atendimento aos usuários da unidade. A supervisão dos estagiários é compartilhada pelos outros profissionais dos núcleos, em cada atividade realizada (acolhimento, visitas domiciliares, atendimentos).



Nesses casos, o profissional responsável pela atividade supervisiona o trabalho dos estagiários.

Até outubro de 2004, um professor vinculado à faculdade de medicina ou a de enfermagem assumia as funções de coordenação da unidade. A partir dessa data, a coordenação dos núcleos passou para médicos generalistas e enfermeiros de cada núcleo.

A Secretaria da Saúde de Ribeirão Preto apresenta diversos procedimentos que auxiliam o trabalho dos núcleos da Saúde da Família, aumentando a eficiência nos atendimentos. Através de um sistema de informação que registra todo o relacionamento dos usuários com o sistema de saúde público municipal, denominado Hygia, os profissionais têm o suporte necessário para acompanhar a saúde do usuário, um dos preceitos do PSF.

Além disso, os núcleos utilizam uma série de práticas de gerenciamento das atividades e da relação da unidade com seus usuários que facilitam seu trabalho. Os prontuários das famílias organizam a informação de maneira a permitir que os médicos acompanhem aspectos sociais, que podem refletir em seu estado de saúde, contribuindo para diagnósticos integrais de seus problemas.

É comum encontrar também painéis de gestão a vista. Esses painéis são colocados em locais de fácil visualização pela equipe, como a sala de reuniões e são preenchidos com o nome das pessoas que precisam de visita (separados por gestante, idosos, acamados) e o nome do responsável em fazê-lo. Com isso, toda equipe tem como visualizar suas metas de atendimento e controlar o que ainda não foi feito.

### ***Embu das Artes***

Os Centros de Atenção à Saúde da Família (CASF) de Embu têm um modelo de trabalho semelhante ao encontrado em São Paulo. Na cidade, um dos CASF conta com duas equipes completas de PSF, equipe de odontologia, pessoal administrativo e profissionais de limpeza. As duas equipes operam em paralelo, iniciando seus

trabalhos às 8 horas da manhã e encerrando às 5 horas da tarde. Cobre uma região em que residem mais de 10 mil habitantes, e são cadastradas e atendidas cerca de 8 mil pessoas.

Apesar da estrutura de PSF puro, o CASF atende a uma alta demanda de serviços de caráter puramente “assistencial”, semelhante ao do posto de saúde do passado ou à UBS vizinha. Essas atividades – tomada de pressão, orientações de saúde e higiene, realização de curativos e, inclusive, distribuição de remédios – são destinadas a usuários e não-usuários do posto. Aliás, cabe citar que muitos não-usuários procuram este CASF por trabalharem nas redondezas. Tal prática acarreta uma demanda suplementar, mas parece não ter ocasionado escassez de medicamentos e/ou superlotação. Entretanto, como medida de precaução e para garantir o funcionamento do posto, não são realizadas consultas médicas ou odontológicas para os chamados pacientes “fora-de-área”.

Com relação à população, segundo relato das agentes comunitárias de saúde, inicialmente houve certo receio em aceitar as visitas em suas residências. Além de desconhecerem a nova estratégia de saúde, as pessoas desconfiavam ser uma intervenção temporária, com fins eleitoreiros, e demoraram até entender que os agentes comunitários fariam a ponte entre o serviço e a população.

### **3.1.6 Características comuns aos três estudos de caso apresentados**

Os três casos estudados apresentam diferenças de estrutura e na implantação, o que permitiu distinguir o que é próprio do PSF dos aspectos que são decorrentes de fatores contextuais

Foram observadas dificuldades na adoção do novo modelo de Atenção Básica, principalmente por dois motivos: (1) a população ainda demanda um modelo tradicional, estruturado nos moldes do pronto atendimento; (2) há dificuldade de adaptação e capacitação dos profissionais ao modelo implantado pelo PSF. Esses

dois pontos se reforçam mutuamente na medida em que o modelo pressupõe forte interação entre usuário e profissionais.

O enfrentamento dessas dificuldades foi diferente em cada caso, expondo um conjunto de cuidados gerenciais, que se articulam de acordo com o modelo de implantação do PSF: a relação com as parceiras, as estratégias de capacitação de pessoal quanto a aspectos de saúde da família e quanto a técnicas de gestão, a capacitação do gestor das unidades e a dinâmica de funcionamento das equipes.

Foram apontadas algumas dificuldades das categorias profissionais para realizar o trabalho em equipe:

- A alta demanda reprimida sobrecarrega as equipes de trabalho: nos três casos estudados observou-se um número de atendimento (entre 200 e 250 famílias / ACS) superior ao estipulado pelo Ministério da Saúde;
- Com relação à gestão de operações, observou-se que o trabalho é dificultado pela grande carga de atividades de retaguarda, que consomem recursos com processos burocráticos e de baixo valor para as unidades;
- O sistema de consolidação de dados para o Ministério da Saúde consome recursos da unidade e não oferece informações úteis para os profissionais (esse fato é minimizado pelo sistema *Hygia*, em Ribeirão Preto)
- Não existe processo de acompanhamento bem definido para verificar se as estratégias estabelecidas por instâncias superiores às UBS, NSF ou CASF estão sendo efetivamente implementadas.
- Há duplicidade de comando: as equipes obedecem a mais de um “decisor” e não há canal estabelecido para ajustes de coordenação entre os “centros de decisão”.

### **3.1.7 Comentários adicionais sobre os estudos do PSF**

Estudos de caso sobre organização do trabalho visam a apreender a relação entre os elementos organizacionais, que podem ser observados no funcionamento do sistema. Por limites de tempo e de recursos, algumas vertentes de pesquisa não

foram exploradas, embora tivessem se mostrado importantes para explicar as condições de contorno da organização do trabalho: (1) análise simbólica: a cultura da organização, da profissão e do serviço público podem ser exploradas para melhor explicar as relações entre profissionais e dos profissionais com o usuário; (2) análise do valor do serviço do ponto de vista do usuário: são diferentes segmentos de usuário que percebem o serviço de acordo com sua experiência, suas necessidades e as relações que mantém com outros usuários e fornecedores do mesmo tipo de serviço. As informações que obtivemos sobre os usuários foram colhidas através dos funcionários; ter acesso à percepção do serviço diretamente do usuário permitiria explicar as relações de serviço de forma mais completa.

O **modelo conceitual** do PSF enfatiza o fortalecimento do vínculo entre usuário e serviço, englobando nesta relação diferentes dimensões da vida do cidadão, como a vida familiar, sua relação com a comunidade, condições de moradia, hábitos e comportamento. O modelo do PSF institucionaliza a responsabilidade da Atenção Básica com o cuidado com estas diversas dimensões, e, para atingir este objetivo, diversas mudanças de organização são previstas:

- Trabalho em equipe – médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde;
- Criação de uma categoria profissional – o agente comunitário da saúde – ACS.
- Alocação por território - Critério para designar a equipe responsável por dado usuário é seu endereço de moradia; cada equipe é responsável por um dado território.
- O planejamento da oferta (número de equipes) é feito a partir da estimativa da população de famílias moradoras em uma dada região; a demanda real é dada pelo cadastramento das famílias pelos ACS.

A **configuração da rede** de atendimento nos vários níveis de atenção se reflete em situações da organização do trabalho e dificuldades de gestão da Unidade Básica. Problemas importantes detectados em um dos casos não ocorrem nos outros por estarem inseridos em redes diferentes – o nível de complexidade da região metropolitana de São Paulo faz com que inclusive as condições mudem de região para região da cidade. Destaca-se a relação do PSF com os níveis de Atenção Secundária e Terciária.

Notou-se que a relação entre a Unidade Básica ou a equipe de Saúde da Família e a organização que oferece serviços de Atenção Secundária define os limites das funções da equipe de Saúde da Família. No Embu pareceu ser mais fácil enviar pacientes para a Atenção Secundária do que em São Paulo. Em Ribeirão, médicos especialistas apóiam o trabalho das equipes de Saúde da Família, de maneira que estes conseguem alargar sua área de atuação; a equipe desenvolve maior poder de atuação e maior resolutibilidade. Esta situação se apóia no fato dos núcleos de Saúde da Família de Ribeirão estarem vinculados ao Centro de Saúde Escola que é um ambulatório de especialidades. São Paulo já apresenta maior problema de resolutibilidade e dificuldade de encaminhamento para especialistas. As filas de um serviço para outro são lentas e a contra-referência nem sempre é informada ao PSF.

Na rede de saúde de São Paulo, os contornos da Atenção Secundária não são muito claros, pois, dependendo da capacitação do profissional do PSF, a equipe poderia assumir as funções do Ambulatório de Especialidades. Da mesma forma, na equipe do PSF também, os limites da função e conhecimento dos profissionais não estão claros, e muitas vezes eles reclamam que não sabem até onde devem ir antes de passar para outro nível de atenção.

A história da saúde pública na região perpassa as decisões atuais. Muitas explicações sobre metas ou procedimentos definidos são remetidas ao passado para justificar o presente. A implantação do PSF nos três municípios é relativamente recente. Como

em toda mudança organizacional, dificuldades gerenciais vieram à tona e as medidas encontradas para enfrentar estas dificuldades acabam servindo de referência para situações semelhantes no futuro. Alguns valores foram revistos, como a interação com o usuário, a competência em determinadas especialidades, entre outros. Diante destas constatações, explica-se a forma muitas vezes híbrida de implantar o PSF como uma resposta dos trabalhadores às dificuldades encontradas para a condução de suas atividades.

Quanto às definições estratégicas das Secretarias Municipais de Saúde, as parcerias apareceram como elementos importantes, que influenciam a organização do trabalho. Conhecer quais seus objetivos para o convênio firmado com a SMS é relevante para identificar a relação que deverá assumir com as equipes de PSF ou com as UBS. Os objetivos de pesquisa da parceira em Ribeirão Preto são determinantes para a configuração que adquire a organização do trabalho lá.

O número de parceiras que se relacionam com a Secretaria também influencia o poder de argumentação que apresentam. Em São Paulo, a quantidade de parceiras e a variedade de seus objetivos produzem difusão do poder de decisão entre vários elementos da rede. A capacidade de articulação com diferentes atores parece ser importante em todos os níveis hierárquicos para que o serviço ao usuário de São Paulo seja realizado ao final. Em Ribeirão Preto percebe-se mais fortemente a presença da parceira nas decisões estratégicas e táticas da organização do PSF e no Embu foi retratada uma constante negociação entre SMS e Parceira para a concepção da implantação do PSF.

A parceira também pode ser um diferencial na gestão da unidade, preparando o gestor para a atividade, como pode ser visto por inúmeras técnicas e instrumentos que facilitam a gestão de operação em Ribeirão Preto.

A estrutura da SMS é uma das determinantes das condições de operação do

serviço do PSF. Em São Paulo, os inúmeros níveis hierárquicos encontrados entre a equipe do PSF e o centro decisor dificultam que problemas operacionais sejam solucionados com agilidade, as constantes mudanças na hierarquia da secretaria provocam sensação de instabilidade e dúvidas sobre a quem recorrer em cada caso. Além disso, a própria estrutura é um fator de complexidade, pela diversidade de cargos e pessoas com quem negociar as decisões.

Já no Embu, a estrutura enxuta e de poucos níveis hierárquicos permite agilidade de decisão e maior resolutibilidade dos problemas gerenciais. Assim, embora os recursos também sejam escassos no caso estudado, os problemas gerenciais levados ao nível superior são resolvidos ou assimilados rapidamente.

O conjunto de aspectos de contexto e estrutura organizacional resultam em configurações de organização do trabalho que podem ser retratadas pelos recursos físicos colocados a disposição das equipes e o processo de trabalho assumido.

Os recursos físicos previstos para o PSF encontram um limitante forte dado pela regulamentação do Ministério da Saúde. No entanto, a estrutura diferencia as formas de lidar com problemas de recursos. A falta de recursos para a informatização das Unidades era clara e uniforme entre todos os casos durante o período da pesquisa (durante as últimas entrevistas em São Paulo estavam chegando novos equipamentos à unidade, mas ainda não haviam sido postos em operação). No entanto, para se trabalhar com a quantidade de unidades e de equipes do Município de São Paulo, com a dinâmica de grande metrópole, este recurso sem dúvida faz mais falta a este Município do que para os outros. Mesmo assim, diante deste quadro de alta necessidade, verificou-se que a Unidade visitada passara vários meses com o computador disponível desligado por conta de um vírus que infectara o equipamento. O suporte técnico havia sido acionado, mas, ou ele não conseguiu reforçar a segurança do sistema ou não teve tempo para isso, na medida em que ele atende a várias Unidades da região.

Por fim, o processo de trabalho pode ser descrito através das formas de divisão do trabalho encontrada, os instrumentos de coordenação e integração, os objetivos colocados ao trabalhador, as metas exigidas de produção e as tarefas previstas por eles para dar conta do trabalho realizado. Ressalte-se aqui alguns pontos importantes:

O trabalho previsto no modelo do PSF abarca relações complexas com o usuário do ponto de vista técnico (o saber operacional), social (o relacionamento com o usuário e com sua família) e emocional (ao lidar com situações de risco ou fragilidade pelas quais passa o usuário). A solução proposta pelo modelo conceitual é o trabalho em grupo, em que o apoio da equipe fortalece o indivíduo nas suas relações de trabalho. No entanto, as dificuldades do trabalho em grupo para indivíduos muitas vezes acostumados a agir sozinhos fez surgir mais uma frente de constrangimentos no trabalho.

Esta dificuldade percebida em diversas equipes acabou por se evidenciar na estrutura de uma equipe em que a relação de grupo deu lugar a relações hierárquicas, em que o médico faz reuniões individuais com cada ACS; e os enfermeiros e auxiliares de enfermagem reportam-se mais vezes ao médico para orientações. As diferenças organizacionais entre esta equipe e as outras são sutis e à primeira vista não aparecem. Elas não são formalizadas, os organogramas das secretarias não as revelam. Assim, somente acompanhando o dia-a-dia dos trabalhadores percebem-se as diversas formas organizacionais que assumem para desempenhar o trabalho.

Finalmente, um ponto de observação de fundamental importância é o trato das metas impostas pela secretaria. As secretarias de saúde lançam planos diretores que abrangem metas de produção para as equipes de Saúde da Família. Embora nem sempre as secretarias exijam que todas as equipes tenham produção semelhante, pode constar no plano diretor uma meta que restrinja as formas de atuação



possíveis. Neste caso dependerá de cada gestor de unidade estabelecer os limites de trabalho da equipe de saúde da família ,permitindo que cada equipe encontre seu padrão mais adequado.

Portanto, é fundamental entender o papel do gestor da Unidade, Centro ou Núcleo no processo de transmissão de diretrizes, planos e programas da SMS para o trabalho das equipes de saúde. Em última análise, eles podem fazer com que as equipes trabalhem com autonomia ao mesmo tempo em que perseguem um objetivo único. A capacitação dos gestores pareceu ser uma das mais importantes, pois a partir de sua atuação, o trabalho correrá mais próximo dos preceitos do PSF.

### **3.2 Grupos abertos na saúde mental**

A pesquisa estudou duas organizações de saúde mental, cada uma formada a partir de uma concepção diferente de como a Atenção à Saúde Mental deveria se organizar. Aqui elas são referenciadas como CAPS e CSE-PSM.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um tipo de serviço ambulatorial, que presta atendimento a usuários com transtornos mentais severos e persistentes. O usuário comparece ao CAPS periodicamente; dependendo da sua condição e do acordo que ele firmou com a organização, o atendimento pode ser diário ou espaçado até uma vez por mês. O serviço deve ser oferecido de acordo com lógica territorial, quer dizer, o usuário deve se dirigir ao CAPS que atende às pessoas do seu bairro e enquanto morar naquela região será sempre atendido no mesmo CAPS e pelas mesmas pessoas. Além disso, o CAPS deve articular outras instâncias de cuidados à saúde, de maneira a que os usuários possam ter apoio especializado sempre que necessitarem de outros serviços de saúde. Os CAPS são unidades de saúde vinculadas ao modelo em rede de atenção à saúde mental, modelo implantado em todo o país.

O Centro de Saúde Escola – Programa de Saúde Mental (CSE-PSM) é uma organização única, pois coloca em prática um modelo de atenção à saúde mental que não é aplicado em São Paulo. Resultou de um programa de pesquisa, em que o atendimento à saúde mental é concebido como atenção primária. Mais próximo da equipe de PSF, o CSE-PSM deve atender a usuários com transtornos leves e identificar e encaminhar casos graves.

Os casos descritos a seguir demonstraram que a forma de implantação, o excesso de demanda e as restrições ao crescimento da oferta fizeram com que as duas organizações ajustassem seus objetivos às condições disponíveis. Mesmo assim, o esforço do pessoal permite que funcionem de acordo com os objetivos

estabelecidos, tornando ainda mais importantes as formas de coordenação de atividades e de pessoas.

### **3.2.1 A Organização da Atenção à Saúde Mental em São Paulo**

A comparação entre dois momentos da história da Atenção à Saúde Mental, em São Paulo, revela as diferenças de concepções de valor de serviço, que demandam organizações, pessoas e recursos diferentes para produzir este valor.

Os primeiros serviços de atenção pública à loucura na cidade de São Paulo foram os de tratamento asilar, no final do século XIX. Seu principal objetivo era retirar do convívio social aquelas pessoas consideradas como uma ameaça para seus familiares, comunidade e até para si mesmas.

Criado em 1898, o Asilo de Alienados de Juquery foi construído em um local isolado, cercado por águas e seguia a filosofia de que o afastamento do doente da sociedade e seu isolamento em um ambiente saudável seria a melhor proposta de tratamento. (PEREIRA, 2002).

As instalações e organização de recursos físicos são centrais para a implantação de tratamento asilar, centrado no isolamento do doente mental. Pode-se supor que eventos na operação fossem freqüentes naquela organização, mesmo assim processos operacionais pré-elaborados definiam a ação dos trabalhadores para cada situação. A organização das operações do manicômio não é foco da nossa pesquisa, mas o conceito de serviço serve para entender melhor a estrutura do CAPS.

Em função da insuficiência do modelo asilar, a estrutura manicomial tem passado por uma reforma que, segundo Tenório (2002), iniciou-se no começo do século XX e passou por várias fases. Na década 1980, São Paulo assistiu ao surgimento do primeiro CAPS da cidade, pertencente à rede pública estadual. (TENÓRIO, 2002).

Esse CAPS funcionava como uma estrutura intermediária entre o hospital e o ambulatório, com o propósito de oferecer permanência aos usuários, até que estes

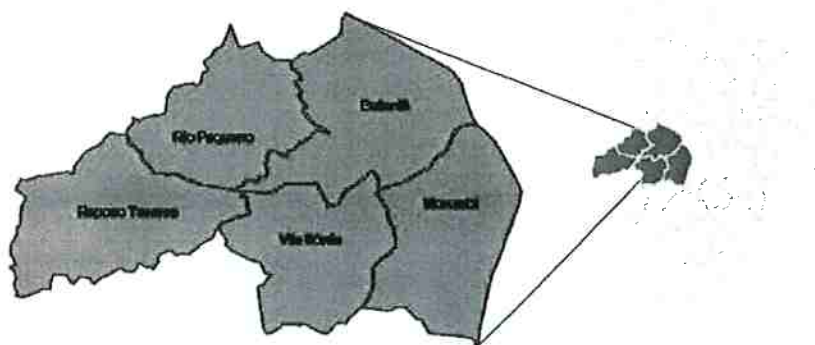
apresentassem condições de continuação do tratamento ambulatorial. Como tal foi precursor dos CAPS implantados para compor o novo modelo de saúde mental. (LUZIO; L'ABBATE, 2006). Sua estrutura foi replicada nas unidades implantadas na cidade a partir de 2001, com o projeto de Saúde Mental para a cidade. Em 2005, havia na capital 46 CAPS e somente uma residência para abrigar oito mulheres, número irrisório comparado à quantidade de leitos anteriormente existentes.

Do ponto de vista organizacional, verificou-se que a implantação do CAPS representa, não só uma mudança no modelo de atenção à saúde mental, mas também a mudança de órgão gestor, pois o serviço que era oferecido pelo Estado anteriormente foi municipalizado. A transferência do Estado para a Prefeitura introduziu mudanças nos processos decisórios, na composição das forças de trabalho e no sistema de gestão. Essa questão é mais ligada à tardia municipalização da saúde em São Paulo e segundo Silva (2006), aparece também na implantação do PSF.

A implantação do CAPS coincide com a ruptura do modelo de Atenção Básica à Saúde Mental, enquanto visão do valor adicionado, e com a mudança de afiliação organizacional (já que a descentralização da saúde passa a gestão dos recursos para a prefeitura) e exige o planejamento e a implantação da organização interna e do relacionamento externo (com outras organizações).

### **3.2.2 O CAPS estudado**

O CAPS estudado está localizado no Butantã; e atende uma área de 56,1 km<sup>2</sup>, com uma população na época da pesquisa de 377.091 pessoas. Aproximadamente 50.000 pessoas, ou seja, 13% da população, moram em favelas, contrastando com áreas de alto poder aquisitivo da mesma região. (retirados do site [http://hygeia.fsp.usp.br/isa-sp/index\\_arquivos/Page686.htm](http://hygeia.fsp.usp.br/isa-sp/index_arquivos/Page686.htm)).



**Figura 2 - Mapa da Subprefeitura do Butantã**

Segundo estimativas da OMS (Organização Mundial de Saúde) e da Secretaria de Saúde, 3% da população são portadores de transtornos mentais severos e persistentes e necessitam de cuidados especializados contínuos; 9% da população apresentam transtornos menos graves e precisam de atendimento especializado eventual; e entre 6 a 8 % da população tem necessidade regular de atendimento por transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Considerando a população do Butantã, pode-se estimar em 11.310 pessoas na região que necessitam de cuidados contínuos de saúde mental.

A atenção primária à Saúde Mental deve realizar o tratamento de usuários com transtornos menos graves e a detecção de pessoas com transtornos severos e persistentes para encaminhamento ao CAPS. Nesta região, a atenção primária à Saúde Mental é realizada por Unidades Básicas de Saúde, muitas delas com equipes de PSF.

A análise destes números é importante, pois a missão do CAPS está vinculada ao funcionamento de uma rede de serviços. Sua concepção não considera apenas o funcionamento dentro de seus limites organizacionais, considera também a relação

com outras organizações, de saúde, escolares ou econômicas que devem completar o atendimento às necessidades do usuário.

### ***Especificidades organizacionais do serviço de saúde mental***

O campo da Saúde Mental, como explica Giordano Jr,

*“resultado de necessidades sociais postas ao Estado, das reformulações conceituais e da rearticulação da prática psiquiátrica, esse novo campo pode, provisoriamente, ser compreendido como o conjunto historicamente determinado de práticas de saúde de natureza assistencial, voltadas ao louco e à loucura em suas diversas graduações, situadas predominantemente no âmbito das ações estatais, compreendendo intervenções com finalidade de tratamento, prevenção e respaldo à vida social, por meio de instrumentos técnicos advindos da Psiquiatria, da Psicanálise e da Psicologia, articulados a conhecimentos das Ciências Sociais, no movimento de configuração de um campo de saber de natureza interdisciplinar”.* Giordano Jr, 1996, p 13

Portanto, os serviços de saúde mental devem estar preparados para atender mais que os sintomas da população com doença mental. Precisam responder demandas de outras naturezas que se encontram imbricadas na produção de saúde mental. Mas, quais são essas demandas? Que preparo esses serviços devem ter para responder a elas?

As demandas colocadas para o processo de produção de saúde mental são aquelas que irão sustentar uma vida, o mais independente e autônoma possível, para cada usuário. Isso implica em intervenções ampliadas onde a inserção social dos clientes /usuários deste serviço encontra diferentes possibilidades e/ou necessidades como, por exemplo trabalho, educação e lazer.

Partindo dessa perspectiva, é possível perceber as dificuldades de organização que os serviços aqui retratados devem enfrentar em sua prática. As duas organizações pesquisadas fazem parte de modelos distintos: o modelo em rede, no qual o CAPS

figura como centro, e um serviço de atenção primária em saúde mental, que figura como a porta de entrada para os demais níveis de atenção em saúde, num modelo de atenção conhecido como modelo piramidal.

### **3.2.3 O Modelo de Atenção em rede e o CAPS**

No cenário da reforma Psiquiátrica brasileira<sup>13</sup> o CAPS é um serviço estratégico para a reorientação do modelo assistencial em saúde mental. Seu caráter substitutivo aponta para a superação das instituições asilares, as quais tinham tratamento centrado na internação, em geral, de longo termo.

Assim, o CAPS assume uma complexidade de funções que transcendem a assistência à doença. Volta-se para um cuidado ampliado que, além de oferecer acompanhamento médico e psicológico, tem por objetivo promover a inserção de seus usuários num ambiente social e cultural concreto, isto é, no seu território, com as instituições e pessoas que nele habitam e na rede de relações que formam.

É na relação do CAPS com o território no qual está inserido que se concretizarão seus objetivos de atuação. Estes se direcionam, por um lado, ao atendimento a pessoas que apresentam transtornos mentais cuja persistência e severidade justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário e promotor de vida (BRASIL, 2004). Por outro lado, caminham no sentido de articular e gerenciar a rede de saúde mental do território de abrangência através de ações intersetoriais que, além de promover a inserção dos usuários nos dispositivos

---

<sup>13</sup> No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização. (Amarante, 1995, p. 91).

locais da região (dispositivos de educação, lazer, esporte, cultura, etc.), também deve supervisionar e dar suporte à atenção em saúde mental na rede básica por meio de apoio matricial<sup>14</sup>.

É também função do CAPS coordenar junto ao gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas da sua região e ainda manter atualizada a listagem de usuários que fazem uso de medicações para saúde mental.

Foram planejados diferentes tipos de CAPSs para atendimento de demandas específicas e/ou de acordo com o número de usuários referidos, configurando os seguintes dispositivos:

CAPS I - serviço aberto para atendimento diário de adultos com sofrimentos psíquicos severos e persistentes. Tem capacidade para atender municípios com população entre 20 mil e 70 mil habitantes;

CAPS II - serviço aberto para atendimento diário de adultos com sofrimentos psíquicos severos e persistentes. Tem capacidade para atender municípios com população com mais de 70 mil habitantes;

CAPS III - serviço aberto para atendimento diário e noturno, durante sete dias da semana, de adultos com sofrimentos psíquicos severos e persistentes;

CAPS i - voltado para a infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com sofrimento psíquico;

CAPS ad - voltado para usuários de álcool e outras drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do abuso de drogas.

---

<sup>14</sup> Segundo documentos oficiais, o apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe especialista compartilha alguns casos com a equipe de atenção básica. Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos (Brasil, 2004).



A possibilidade de evitar internações pode ser o ganho mais perceptível dos pacientes que são atendidos pelo CAPS. No entanto, a atenção preconizada nesse tipo de serviço apresenta maiores benefícios. No CAPS o objetivo do atendimento não é apenas remissão/redução dos sintomas da doença, mas é também olhar as necessidades do indivíduo, portanto, é a partir das necessidades particulares de cada usuário que irá se instituir o projeto terapêutico. Projeto terapêutico no CAPS é realizado de maneira conjunta, profissional e usuário, estudando as alternativas viáveis para usuário e para organização, e abre espaço para diferentes possibilidades de intervenção visando contemplar necessidades que vão da atenção à crise até projetos de geração de renda.

### **3.2.4 Plano e implantação do CAPS estudado**

O CAPS estudado é um CAPS tipo I e foi inaugurado em Abril de 2002.

A coordenadora da unidade e alguns de seus trabalhadores o enxergam como uma continuação do Hospital Dia (HD) que funcionava em área próxima. O funcionamento do HD era semelhante ao do CAPS, com atendimento terapêutico durante o dia e atividades em grupo. Além disso, a maioria dos funcionários que trabalhava no HD, foi remanejada quando este foi fechado na década de 1990 e reagrupada quando da inauguração da unidade estudada.

É importante ressaltar que, embora os dois serviços tenham uma série de atividades semelhantes, a lógica que rege cada um dos equipamentos é diferente: o HD servia como um espaço provisório de contenção de crise mental grave, de onde o doente era devolvido, imediatamente após a melhora, para a UBS que o havia encaminhado. Seguiu a lógica epidemiológica e de relação custo/benefício, obedecendo ao critério de menor tempo possível de estadia de cada paciente e maior rotatividade possível, para ratear o alto custo fixo desse tipo de equipamento. Portanto, o paciente não “era” do HD, ele “estava” no HD. De qualquer maneira, o objetivo principal de evitar a internação psiquiátrica era, em geral, atingido. O que diferencia o HD do CAPS é, além disso, justamente a relação com o ambiente que,

no caso do CAPS, pressupõe o apoio matricial e a quantidade maior de equipamentos para a população.

A história de implantação do CAPS foi descrita como uma história de luta, revelando a missão do grupo de trabalhadores de levar adiante a implantação do projeto:

*“Na época da Marta falou-se em retomar o SUS como projeto de saúde pública pra cidade. Então nos chamaram, nossa antiga equipe de HD para reabri-lo. Muitas pessoas não quiseram voltar. Isso foi uma questão importante, pois Marta dizia que não poderia contratar psicólogos porque tinha muitos, mas não estavam todos na saúde. Tivemos que retornar e reerguer a secretaria de saúde, pois não existia mais toda a logística e estrutura montada de serviço.*

*Ficamos um ano e meio em uma UBS, a Vila Borges, pois não tínhamos lugar e dinheiro. Encontramos essa casa, efetuamos o contrato de locação que ocorreu em um ano. Escolhemos uma casa para HD. ... Em fevereiro de 2002 saiu uma portaria do ministério da saúde, portaria nacional, Portaria CAPS. Alugamos a casa em julho e a portaria saiu em fevereiro.*

*Estávamos tomados pela polêmica do projeto CAPS. Quem retomou a discussão da proposta do projeto CAPS como um projeto de saúde mental para o Brasil foi o pessoal que tinha uma história de saúde mental e de experimentações na cidade de São Paulo (...).”*

A concepção identificada como serviço do CAPS foi explicitada como:

Oferecer assistência à população da região, através do acompanhamento clínico e da re-inserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, cultura, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

### **3.2.5 Recursos produtivos**

O CAPS atende os usuários em uma casa, antiga residência, modificada para a atenção aos usuários, que conta com quintal, horta, espaço para jardinagem e piquenique.

Existem dois consultórios pequenos que são utilizados predominantemente para consultas médicas, pois a maioria das atividades dos usuários ocorre em grupo na sala da casa, jardim, cozinha ou fora da instituição.

Estão à disposição livros, revistas e jornais. Boa parte do mobiliário é advinda de doações dos próprios profissionais, para completar o fornecido pela prefeitura. A sala de Terapia Ocupacional serve como refeitório e local para diversas atividades. Existe também uma farmácia na qual estão estocados os remédios fornecidos pela prefeitura. É o único cômodo que permanece fechado e o farmacêutico esclarece em tom de brincadeira que ele é o único profissional com sala privativa no CAPS.

Os usuários têm acesso aos espaços da casa e circulam por eles convivendo com outros usuários e funcionários; apenas a área administrativa da unidade é restrita aos funcionários.

Outra peculiaridade desse serviço reside no fato de que todos os funcionários do CAPS têm que estar cientes da complexidade do trabalho em saúde mental e atender a qualquer momento uma situação de crise.

Quanto ao quadro de funcionários, o CAPS conta com 22 funcionários contratados pela prefeitura municipal de São Paulo, dos quais seis são auxiliares administrativos ou de serviços gerais e dezesseis são técnicos. Os administrativos não se envolvem diretamente no tratamento dos usuários, no entanto, o contato é freqüente, aberto e informal o que implica, em alguns casos, na inter-relação destes atores.

Os auxiliares administrativos têm funções diferentes entre si. Dois cuidam d prontuários de usuários, agendamento de consulta, almoxarifado; enquanto um outro cuida do RH, viaturas, documentos operacionais para a Secretaria de Saúde e folha de pagamento. A especialização de tarefas é incipiente, os funcionários conhecem o trabalho um dos outros o suficiente para coordenarem suas funções, quando necessário.

Na interface entre os órgãos administrativos do município e a clínica encontra-se a gerente da unidade e a auxiliar de chefia, que também são psicólogas e atendem aos usuários.

Aos profissionais da clínica cabe a realização de atendimentos individuais e em grupo, bem como a coordenação de oficinas e supervisão dos usuários que estão nos espaços de convivência do serviço.

Como já exposto, a maioria dos profissionais que trabalha no CAPS é proveniente do quadro de funcionários que trabalhava no Hospital Dia e os demais funcionários são oriundos de um remanejamento de outras unidades da rede pública de saúde.

Os funcionários do serviço de apoio fazem os serviços de segurança, limpeza, farmácia e cozinha. O trabalho não especializado é realizado por funcionários terceirizados, contratados por uma empresa que fornece serviços para a Secretaria da Saúde. Como os serviços contratados são padronizados, eles não atendem às especificidades do CAPS. A necessidade de capacitação dos funcionários terceirizados acaba por ocasionar uma distorção, na medida em que, realizada pelos próprios profissionais do CAPS, essa atividade de capacitação demanda um tempo que deveria ser despendido no cuidado aos usuários.

*“Numa unidade pequena como a nossa temos três serviços terceirizados. Segurança, limpeza e alimentação. Na época que éramos apenas hospital dia atendíamos simplesmente a 60 pacientes por mês, internados, a portaria era uma situação vital para a unidade porque éramos unidade porta aberta. (Agora, na portaria) colocamos uma empresa terceirizada que não sabe o que é uma unidade de saúde. É contratada por empresas públicas e privadas indiferentemente. O pessoal da saúde mental e da própria saúde não analisou, é contrato genérico.*

*Veja bem, tenho uma empresa terceirizada de limpeza e eles fizeram uma projeção de limpeza que é pra Pronto Socorro, hospital e UBS. O CAPS é uma unidade que tem ritmo diferente [dos acima], tem projeção por metro quadrado de limpeza [diferente]. E o que é uma limpeza de uma unidade que tem frequência de pacientes com problemas mentais (...)”*

O relato da coordenadora do serviço apresenta uma das principais dificuldades de gestão de pessoal, que é adaptar mecanismos padronizados da estrutura municipal para as necessidades específicas do seu serviço.

Uma característica importante para a análise da organização é a intensidade do fator político na administração. Por um lado, pode se explicar pela história do serviço. A seleção de cada profissional que, na época da pesquisa, trabalhava no CAPS passou por intensa articulação na rede de relacionamentos profissionais dos primeiros a se integrarem ao quadro. Como não houve contratação, aqueles que se conheciam, que trocavam informações e estavam alocados em setores os mais diversos, associaram-se à empreitada de construir um novo serviço. Este novo serviço nasceu dessa articulação, com valores e visões partilhados dos primeiros membros.

No entanto, uma dificuldade surge para a expansão do quadro, pois esgotado o potencial da rede de relacionamentos oferecer novos membros, o serviço deve recorrer aos trâmites de contratação da Prefeitura. É gritante então a falta de autonomia para especificar a quantidade e as capacitações necessárias para exercer as funções, tanto para profissionais quanto para terceirizados.

### **3.2.6 O processo de operação**

O processo de produção do serviço, do ponto de vista do usuário, pode ser descrito a partir das operações de triagem, que é o processo de ingresso como usuário na instituição, e cotidiano.

Na triagem, o usuário e um profissional fazem um planejamento das atividades, em que ele participará. Os usuários começam a freqüentar as atividades que foram estabelecidas e um profissional sempre observa o comportamento deles para delinear outras atividades ou identificar o que pode ser mudado para o bem estar do paciente. Todos os usuários têm um profissional de referência.

A comunicação entre profissionais para que todos tenham ciência do percurso dos usuários na instituição é feita em reuniões, onde se discutem os casos e os projetos terapêuticos individualizados, assim como novos projetos para a unidade.

O CAPS oferece muitas atividades internas e externas e a sua organização é da competência básica dos profissionais. São as atividades fora do CAPS visando à ampliação da visão do usuário sobre a sua condição que propiciam a inserção do usuário na sociedade.

Outra atividade importante é a reunião entre profissionais e usuários. A consulta médica durante o tratamento é importante para o profissional rever a prescrição medicamentosa e reavaliar o quadro de cada usuário uma vez por mês.

Atividades realizadas dentro e fora do CAPS:

#### 1 - Atividades Terapêuticas

Procedimentos assistenciais realizados por profissionais técnicos, como terapia focal para paciente ou para família do paciente, consultas com os profissionais.

#### 2 - Atividades de Convivência

Atividades em grupo organizadas para a convivência: auto cuidado, futebol, pintura, culinária, artesanato.

#### 3 – Oficinas de Geração de Renda

Grupo fechado formado por pacientes que conseguem concordar e se comprometer com a atividade. Compreende a produção de objetos e a apresentação a terceiros, venda em eventos ou venda individual, com mostruário.

Nas oficinas de produção, marcenaria, bolsas e bijuteria, devem estar presentes um Terapeuta e um profissional. No processo de exposição a terceiros o paciente pode ser acompanhado por um técnico para barracas em eventos ou pode realizar as vendas sozinho, com a utilização de um mostruário.

#### 4 – Parcerias para atividades externas

Atividades externas funcionam como a transição para o atuar fora do CAPS, e são importantes, portanto para a inserção do paciente na comunidade. São exemplos de atividades fora do CAPS:

- Curso de fotografia no MAM;
- Curso de desenho através de um convênio com uma ONG;
- Rádio através de um convênio com uma ONG;
- Samba de bumbo: através de um convênio de cooperação com uma escola de samba. Os usuários fazem suas próprias roupas, tocam e dançam. Ainda, participam do carnaval de rua da cidade de São Paulo.
- Campeonato de futebol: é um campeonato feito em Itaquera onde os usuários de várias unidades competem entre si. A prefeitura fornece o ônibus para essa atividade.

#### 5 – Assembléia

Ainda é objeto de discussão no CAPS, mas já ocorreu uma reunião para tratar de um acontecimento específico. Em muitos CAPSs, a assembléia é considerada parte “*sine qua non*” das atividades, para complementar a proposta de luta anti-manicomial, como uma forma de potencializar a voz de cada um. O CAPS encontra-se no processo de discussão dos limites do poder da assembléia e de definição de processo operacional (por exemplo, qual deve ser a periodicidade do evento).

A única assembléia que já ocorreu remete à análise desta atividade enquanto processo. Ela foi desencadeada pela interrupção, à revelia dos profissionais do CAPS<sup>15</sup>, de uma atividade externa que agradava aos participantes. Embora a

---

<sup>15</sup> Era realizada em outra instituição municipal, por oficinairo contratado sem vínculo trabalhista, e reunia usuários CAPS e população local. O grupo do CAPS ia até o CECCO fazer a atividade junto com a população local. Para não criar vínculo trabalhista, a Secretaria que o havia contratado não renovou o contrato. Com o risco de interromper a

assembléia fosse organizada pela equipe, tinha respaldo no interesse dos usuários. Uma segunda reunião estava prevista, para instaurar uma prática de reuniões mensais. Mas uma pergunta se colocava: Será que uma reunião, com data e hora para acontecer, terá o mesmo papel que a reunião disparada a partir de um evento aglutinador de motivações individuais?

### **3.3 O Programa de Saúde Mental no Centro de Saúde Escola – CSE/PSM**

A segunda organização de saúde mental analisada é o Programa de Saúde Mental que faz parte de um Centro de Saúde Escola. A apreensão do conceito do CSE/PSM não pode ser descolada da história do serviço já que, ao longo de seus 35 anos de existência, mudanças significativas de ordem externa ao serviço influenciaram mudanças em sua organização.

O PSM é um serviço de atenção primária em Saúde Mental que se caracteriza pela prestação de serviços em três frentes distintas: pesquisa, docência e assistência. No momento atual o programa se vincula ao mesmo tempo à Universidade de São Paulo e à prefeitura do município. Esse duplo vínculo o impele a acompanhar as injunções técnicas e políticas da rede pública de saúde e as necessidades ditadas pela universidade, resultando na presença de profissionais com uma formação diferenciada e em uma organização singular na produção do serviço.

A origem do PSM remonta a um convênio estabelecido em 1972 entre a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e as Secretarias Estaduais de Saúde, com a finalidade de repassar recursos a Escolas Médicas para que as mesmas colaborassem na implementação de uma política nacional de saúde mental por intermédio do desenvolvimento de tecnologia assistencial e da formação de recursos humanos para sua aplicação. No caso específico do PSM o convênio foi realizado inicialmente entre a Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo

---

oficina, iniciou-se um movimento em que vários tipos de reuniões aconteceram, inclusive a assembléia do CAPS.



e o Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP. (GIORDANO & PEREIRA, 1996)

O cenário na época de sua criação foi “(...) uma conjuntura nacional favorável à reestruturação da política de assistência psiquiátrica centrada no cuidado hospitalar. Extensão da cobertura e concepções integral, preventiva e comunitária (...)” (GIORDANO & PEREIRA, 1996)

Os objetivos iniciais do PSM foram: desenvolver um programa comunitário de saúde mental, formar recursos e desenvolver técnicas de assistência extra-hospitalar com base nas especificidades do campo da Saúde Mental quando referido à atenção médica em primeira linha e à atenção primária em saúde mental.

Verifica-se ainda o fato de o PSM estar ligado ao Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP ao invés de ao Departamento de Psiquiatria, situação que singulariza o serviço em saúde mental ali prestado, na medida em que incorpora o referencial teórico da saúde coletiva às ações realizadas pelo programa.

O quadro de funcionários do PSM é composto por 14 pessoas, sendo (1) seis auxiliares de enfermagem, (2) cinco psiquiatras, (3) dois psicoterapeutas e (4) um terapeuta ocupacional

A maioria dos funcionários do serviço está trabalhando ali há mais de 15 anos, o que lhes possibilitou um acúmulo de experiência, principalmente para os profissionais de nível médio (enfermagem), que desenvolveram uma capacitação diferenciada para a atenção em saúde mental, em relação aos demais profissionais da mesma categoria,.

As atividades de assistência estão articuladas à pesquisa, ao ensino e ao treinamento em serviço, atendem demanda específica e estão integradas aos demais programas do Centro de Saúde – Escola (CSE).

O mapa das áreas de atendimento definido com a Secretaria de Saúde do Estado é muito descontínuo, fazendo assim, com que regiões muito próximas ao CSE, como por exemplo a região da Vila Gomes, não sejam considerados como parte da área

de abrangência do CSE. Neste caso, os moradores da Vila Gomes exercem uma pressão para obtenção de acesso ao CSE. Este acesso foi garantido oficialmente durante um período e em seguida descontinuado em função da falta de estrutura do CSE para atendimento de uma demanda tão grande. Dessa forma, manteve-se o atendimento para as pessoas provenientes da Vila Gomes que já freqüentavam o CSE-PSM e os novos casos dessa região são, na medida do possível, encaminhados para o CAPS.

Geralmente os pacientes ficam sabendo do CSE através de familiares ou conhecidos e, desinformados sobre essa divisão em áreas de adscrição, acabam indo ao CSE, apesar de não residirem na área de abrangência.

Mais especificamente em relação à procura por Saúde Mental, alguns pacientes de outras regiões tentam se consultar no CSE-PSM, pois os locais de atendimento em atenção primária referentes à sua região não contam com uma equipe especializada em Saúde Mental.

### **3.3.1 Análise dos casos**

A análise dos casos estudados (CSE-PSM e CAPS) visa apresentar os pontos de tangência, concorrência e discrepância dos dados coletados com o referencial teórico que embasa este estudo partindo de duas linhas de análise, uma que se dá a partir do valor e da competência do serviço, e outra que se dá pela análise do projeto e operação do serviço.

#### ***Valor e competência de serviço***

Como já mencionado neste relatório, a abordagem organizacional procurou captar a racionalidade que perpassa as decisões e ações nos diversos níveis de atenção em saúde mental, dos princípios norteadores da política pública até a prática do serviço, quando o trabalhador está frente à frente com o usuário. Para entender como modelos abstratos são colocados em prática, foi necessário lançar mão de mais de uma abordagem teórico-conceitual, como Morgan (1996) propõe.

Inicialmente, foi preciso contextualizar as decisões e ações referentes à Saúde Mental, buscando entender não somente os objetivos alegados ou as restrições práticas à execução conforme previsto, mas também o histórico do campo e as relações entre atores que acabam por restringir as possibilidades de geração de alternativas de enfrentamento da situação.

Para analisar o desdobramento do conceito de serviço da Saúde Mental do CSE em operação cotidiana, foi necessário entender a origem do serviço resgatando, da sua história, a racionalidade que modula a organização ainda hoje. O contexto histórico e o campo profissional parecem explicar melhor a forte integração interna do PSM-CSE do que a análise dos processos técnicos vigentes, ao favorecer o sentido de missão do grupo e enfatizar as normas sociais como mecanismo de coordenação das decisões internas.

O PSM surgiu como uma experiência única. Como num experimento de laboratório, pesquisadores da USP testavam uma fórmula para prover um serviço de Saúde Mental ainda não em vigor, criando uma organização que ao prover esse serviço exprimia também sua visão sobre os usuários e sobre o processo saúde-doença, sobre a política de saúde e a organização dos serviços. Enfim, o PSM representava para um grupo de profissionais da área a alternativa para toda a saúde mental e, como tal, o valor do serviço que os trabalhadores enxergavam nesse processo era maior do que a saúde mental ofertada para a população. O próprio CSE-PSM era um símbolo, sua existência era um valor em si, por simbolizar que a atenção primária em saúde mental seria um modelo possível em política de saúde.

A linha do tempo da saúde mental mostra a formação do Programa de Saúde Mental do CSE num momento em que essa alternativa era inexistente. Por muitos anos ainda, em São Paulo, não se falava em atenção primária em saúde mental, com exceção de um período durante a gestão Erundina em que esta possibilidade se fez presente. O isolamento da experiência mais aumenta a força interna do grupo do que o desafia, o que resulta na forte integração interna observada. O longo período

de socialização do grupo, a grande maioria dos profissionais tem mais de dez anos de casa, consolidou a cultura da organização tornando-a extremamente forte.

Esta análise é reforçada pela equipe de PDT, que observou a capacidade de comunicação não verbal do grupo, possibilitando entendimento de signos que a equipe de PDT não compartilha, e, portanto, não compreendeu seu significado. Esta observação remete à análise pela abordagem cujo foco é o significado simbólico de aspectos da vida organizacional. De acordo com essa abordagem, a compreensão dos sistemas de significados e esquemas interpretativos permite explicar a criação da ação.

Durante o período estudado, 2006 e 2007, o PSM-CSE passa por mudanças que refletem a transformação do modelo de atenção em saúde mental. A organização matricial proposta para o CAPS é uma alternativa ao modelo piramidal defendido pelo grupo; sua posição isolada da rede não tem mais sentido simbólico, nem operacional, tornando necessário que o programa encontre um lugar na rede municipal de atenção à saúde.

Da mesma forma, o histórico de luta anti-manicomial e a evolução da saúde mental na cidade de São Paulo, com seus altos e baixos, progressões e retornos, influenciam o sentido de missão e a integração interna do CAPS. Para a análise dessas organizações, a dimensão política deve ser incorporada à abordagem de cultura organizacional para se ter acesso a um quadro explicativo mais amplo do fenômeno. Para isso, a definição de Fleury (1996) se aplica bem:

“(...) a cultura organizacional é concebida como um conjunto de valores e pressupostos básicos expresso em elementos simbólicos que, em sua capacidade de ordenar, atribuir significações, construir a identidade organizacional, tanto age como elemento de comunicação e consenso, como oculta e instrumentaliza as relações de dominação.”

Os casos estudados são organizações politizadas, que fazem parte de uma disputa para definir a visão de mundo que prevalecerá como política de saúde; pode-se

entender o próprio serviço oferecido como um trunfo e um símbolo na disputa e os resultados alcançados como argumentos com peso concreto.

Para estudar o trabalho operacional, buscou-se conhecer como o valor do serviço se desdobra na concepção técnica da produção. No entanto, a doença mental pode ter características que tornam tanto mais difícil a definição do objetivo e do valor do serviço: muitas vezes, é uma doença crônica, caracterizada por surtos e remissão de sintomas e sem cura. Não há um resultado final, algo que conceitue um processo com começo, meio e fim bem definidos.

A conceituação que parece se aplicar ao valor de serviço é “alcançar vida o mais independente e autônoma possível para os usuários do serviço” e, portanto, “promover a inserção de seus usuários num ambiente social e cultural concreto”.

Para isso, o CAPS propõe-se a alguns resultados como:

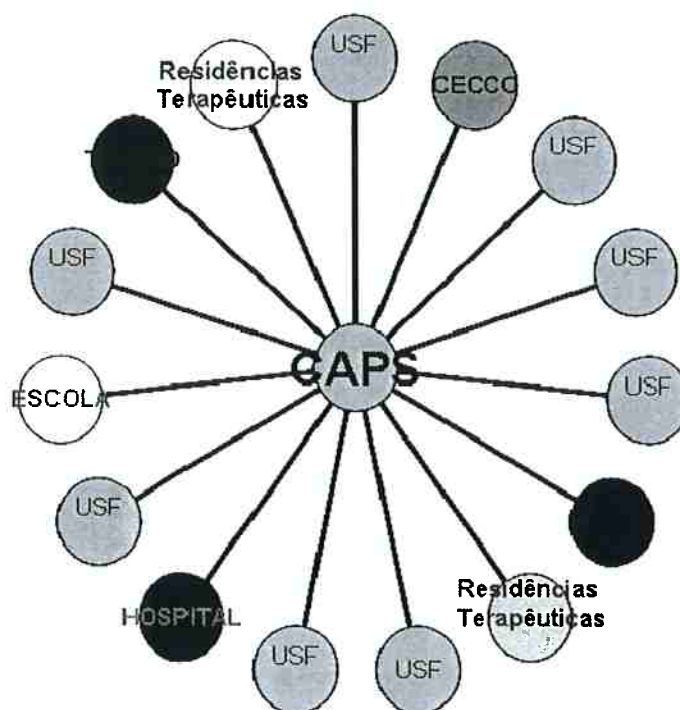
*Substituir manicômios;*

*Prestar atendimento a pacientes com Sofrimento Psíquico Severo e Persistente, promovendo a sua reabilitação psicossocial;*

*Articular a rede social de suporte para inserir o usuário na sociedade.*

O gigantismo da missão que o CAPS se coloca – acabar com uma instituição centenária como o manicômio, transformar a pessoa no que ela tem de mais profundo (a sua condição psicossocial) e preparar a sociedade para interagir com o louco – se choca com a penúria de recursos observada no campo empírico. A escassez de recursos se refere não somente à precariedade das instalações ou de recursos materiais para executar oficinas técnicas da área. Refere-se, também, à escassez de ferramentas e conhecimentos de gestão que poderiam auxiliar na reorganização de processos facilitando o cotidiano das pessoas envolvidas. Diz respeito também, e principalmente, à dificuldade de reconhecimento de suas necessidades pela burocracia municipal, que ignora as peculiaridades da sua operação e, portanto, não concebe a necessidade de formas de controle apropriadas.

A articulação da rede social de suporte e o gerenciamento da rede de serviços de cuidados em saúde mental são os resultados mais difíceis dentre os buscados pela instituição. O CAPS deveria ser o responsável pelo apoio matricial às Unidades de Saúde da Família, atender às Residências Terapêuticas, supervisionar unidades hospitalares com leitos psiquiátricos e distribuir medicamentos de saúde mental para unidades que os dispensam direto para o usuário. Além disso, o CAPS deveria trabalhar nas escolas e atuar junto às organizações da sociedade civil de maneira geral, procurando identificar maneiras de melhorar a aceitação de seus usuários pela sociedade.



**Figura 4 – CAPS como o centro da rede de organizações voltadas para a inserção do usuário na sociedade (Fonte: SILVA et AL., 2008)**

Os principais aspectos da produção do valor do serviço do CAPS envolvem ações externas - *Ação no território* ou *Gestão da rede de saúde mental* - e ações internas - como *Tratamento para a Reabilitação Psicossocial* e *Trabalho em equipe multiprofissional*.

O projeto do serviço nos dois casos estudados prevê serviço individualizado, comum a serviços de saúde. Mas quando se trata de serviços de saúde mental a individualização tem grau diferenciado e os casos estudados nesta investigação apresentam caráter diferente. No CAPS, o projeto terapêutico define todo o processo de tratamento a partir da interação com o paciente. Pode-se dizer que para cada paciente do CAPS, os profissionais projetam um novo serviço, em conjunto com o usuário, a partir de um cardápio de atividades disponíveis, mas até mesmo criando novas atividades.

Para melhor entender os serviços, procurou-se identificar o que é fundamental para produzir valor em cada um deles.

Embora bastante importante, não se tratará aqui, de modo específico, do conhecimento e habilidade dos serviços para o tratamento senso estrito do usuário. No entanto, vale a pena registrar que, como os dois casos bem mostraram, esse conhecimento não é neutro, ou seja, está relacionado com determinadas visões de mundo.

Esse aspecto levanta a questão da contratação de profissionais. Afinal, além da capacitação operacional, o serviço exige recrutamento e capacitação de valores organizacionais.

A contratação no CAPS obedece à regulamentação legal da Prefeitura, através de concurso público. Esta forma de contratação abre a possibilidade de contratação de pessoas que mesmo com habilitação específica na área de conhecimento, pode não estar preparado para atuar num CAPS, exigindo que a equipe o prepare para isso.

A formação de convênios e parcerias é fundamental no CAPS, pois a ação no território se reverte em ações necessárias em uma rede de autores. A articulação e cuidado com valores e mensagens para efetuar as parcerias consomem esforço dos profissionais, além de demandar habilidades para conceber e realizar o trabalho extra-clínico (desde contratação de ônibus ou conserto de máquina até concretizar um curso de fotografia no MAM que não seja excludente).

O tempo despendido para esse tipo de trabalho é difícil de ser explicitado ou mensurado e acaba por desaparecer na relação de atividades do CAPS. No entanto, trata-se de um trabalho que requer um conjunto de competências interessantes e raras como capacidade de argumentação e negociação, de visualização de oportunidades, entre outros.

No CAPS, não há operação na retaguarda. Todas as operações se dão na linha de frente, a que o usuário pode ter acesso. A concepção do serviço obedece a esta lógica, de maneira que no CAPS, falta rotina. A forma como se “produz” o serviço de reabilitação psicossocial não permite o planejamento antecipado de algumas atividades. É grande o volume de eventos com os quais o funcionário tem que trabalhar.

Num outro serviço, mesmo no CSE, as operações que acontecem protegidas do usuário fluem com maior rapidez e tranquilidade.

A partir dessa visão, pode-se dizer que a competência individual que se destaca é a capacidade de criar limites para a própria atuação e para a atuação dos usuários.

### ***Projeto e operação do serviço de saúde mental***

A análise do projeto e operação dos casos pode ser apresentada a partir de estrutura inspirada em referenciais que exploram as áreas de projeto em serviços (Voss, 2007, Menor, 2003a e Menor, 2003b): *ambiente físico* como o cenário em que a experiência do serviço é vivenciada; *trabalhadores do serviço*, principalmente os de linha de frente, que irão interagir com o usuário; *processo de operação de serviço*, ou a série de ações ou eventos que concorrem para entregar o serviço; *outros usuários do serviço*, ou seja, o papel de outros usuários do serviço como expectadores do encontro de serviço; e a *interação com a retaguarda*, ou a interligação prevista pela organização como as operações de apoio.

#### ***Ambiente físico***

Considera-se aqui o cenário que a organização projeta para receber o cliente e processar as operações do serviço. Inclui as instalações, sua decoração e os



arredores, além das máquinas, equipamentos e arranjo físico, e ainda, a comunicação visual e o mobiliário. O ambiente físico precisa ser adequado não só para a eficiência operacional, mas também para transmitir de forma coordenada o valor do serviço.

No CSE, o prédio com salas individuais e salas de reunião são típicas de equipamentos ambulatoriais e distribuem os usuários em salas de espera, consultórios individuais e oficinas de trabalho em grupo. A distribuição confusa das salas e a comunicação visual falha não facilitam ao usuário a apropriação do lugar.

Muito diferente é o CAPS, com espaços abertos, “cara” e construção de casa, onde aparentemente, tudo está aberto, todos os espaços podem ser utilizados para diferentes funções, isto é, não há uma estrutura funcional implícita na construção que preveja um tipo de uso para cada lugar. Ao contrário, como numa casa, a necessidade dita a função do lugar, que é “ajeitado” para a nova função. Embora essa característica torne o espaço físico mais flexível, menos impessoal e mais fácil de ser apropriado pelos usuários e funcionários, ela exige constante adaptação de meios físicos, o que consome tempo e recursos da organização.

Uma parte importante da inovação nos casos estudados reside na diferença entre o ambiente da internação (hospital) com a concepção de território utilizada pelo CAPS e CSE-PSM. Nesse sentido, as unidades estudadas se encontram mais próximas da casa do usuário e do espaço social de convívio cotidiano dos usuários. Deve-se levar em conta que o ambiente hospitalar é bem peculiar, tanto mais em hospitais psiquiátricos, em que a internação geralmente é de longo termo, com espaços de contenção, em ambiente despersonalizado.

#### *Trabalhadores do serviço*

Além das questões já expostas acima, o trabalho nos dois casos estudados expõe a necessidade da equipe multidisciplinar, requerendo, inclusive, a participação de profissionais que não são da área.

O caso do CAPS mostra um serviço novo sem contratação de pessoal para entregar o novo serviço e sem treinamento do pessoal antigo. Isto traz dificuldade para o profissional entregar o que o serviço promete e ansiedade por não enxergar uma saída.

O PSM foi um serviço inovador em outra época, com profissionais extremamente habilitados para entregar o serviço que prometem e que percebem a ameaça que traz a mudança do ambiente (política de saúde mental) que implicou no aumento e agravamento da demanda, no momento em que as mudanças de Política de Saúde trazem questionamentos para o serviço inovador: o que é atenção primária em saúde mental numa política de PSF?

Quanto à operação do serviço, pode ser visto anexo o fluxo da entrega do serviço em que o processo é descrito.

#### *Outros usuários do serviço*

Nas instituições estudadas, serviço público, a concepção de usuário deve ser mais abrangente do que a de beneficiário. Todos são usuários na medida em que reconhecem que o estado deve ser responsável pela entrega daquele serviço a quem o necessita. E o CSE mostra a extensão desta concepção quando usuários de outros programas do CSE tornam-se usuários do PSM e funcionários do próprio CSE procuram ser atendidos pelo PSM, como reflexo de uma boa imagem de qualidade de serviço.

No caso do CAPS, a comunidade também usufrui o serviço através das atividades promovidas pelo CAPS ou em parceria com o CAPS (oficinas, passeios, etc.)

Se a concepção de usuário deve ser expandida, resta saber como a comunidade poderia tomar parte da avaliação do serviço nesse contexto?

## **4 DISCUSSÃO: A dinâmica dos grupos nos casos estudados**

O quadro de referência que serviu de base para nossa análise levava em conta que:

- 1) As organizações tendem a enfatizar o valor de uso de seus produtos em detrimento dos seus aspectos físicos e precisam adaptar seus modelos de gestão ao conceito de serviço utilizado.
- 2) A lógica de serviço seria uma abordagem mais apropriada para enfatizar os aspectos de intangibilidade, simultaneidade e participação do cliente na produção servitizada.
- 3) As escolhas organizacionais são determinantes para viabilizar a lógica de serviço. Dentre as escolhas organizacionais, este estudo priorizou analisar as formas de coordenação, pois elas são centrais na definição da configuração organizacional e, a partir delas, outras variáveis organizacionais podem ser entendidas.
- 4) Serviços de saúde, que apresentam forte intangibilidade e participação do usuário, podem servir de exemplos ilustrativos para entender as dificuldades de modelos de gestão e as formas de lidar com elas. Foram estudados cinco casos em dois tipos de serviços públicos de saúde.

Da análise dos dados, algumas considerações nos remetem ao referencial teórico e são discutidas a seguir.

### **4.1 A coordenação interna**

Tanto na saúde mental quanto na estratégia saúde da família, pudemos encontrar a aplicação de conceitos de grupos de trabalho. No PSF, são aplicadas formas de grupos fechados, em que a composição é decidida centralizadamente e não há flexibilidade para modificá-la. No CAPS, foi encontrada uma composição de grupos abertos, em que o serviço como um todo coopera para a realização de seus

objetivos. No CSE, a relação de grupo também pode ser encontrada, com uma divisão em dois sub grupos, o da enfermagem e o dos profissionais.

A justificativa para a formação dos grupos está na dificuldade de lidar com a complexidade da situação, entendendo a complexidade como a quantidade e heterogeneidade de variáveis envolvidas nas decisões (NEU e BROWN, 2008) e a gravidade das conseqüências de um erro.

No PSF, a complexidade aumentou com a inclusão de variáveis do território nas considerações sobre a saúde do indivíduo. Aumentou, também, ao incluir o princípio de integralidade do SUS, passando a entender o cliente/usuário de forma completa. O conjunto de dados e variáveis a considerar é muito grande e pouco estruturado. Mesmo com o registro bem feito no prontuário, não é possível transformar todos os dados em conhecimento explícito. A coordenação relacional é amplamente usada e a reunião de equipes tem papel muito importante nos PSFs. Foi encontrada uma equipe que prefere não realizar as reuniões gerais, fazendo reuniões entre o médico e um ACS, um por dia. Mesmo mantendo a coordenação relacional, face a face, essa forma de ação diminui muito a chance de aprendizado do grupo, pois as experiências circulam de forma mais restrita.

Na saúde mental, também foi encontrada a prática de realizar reuniões para conseguir as trocas de informação, lembrando o que foi dito por Gittel (2002): quando é necessário usar uma forma de coordenação com alta capacidade de tratamento de informação, as reuniões cumprem bem esse papel.

No CSE, essas reuniões cumprem papel semelhante às realizadas no PSF, acrescido da prática de disseminar o conhecimento técnico. O que mais distanciaria os dois sub-grupos de trabalhadores no CSE, os profissionais especialistas em saúde mental e a enfermagem, seria a diferença de conhecimento técnico específico. As reuniões gerais são, muitas vezes, usadas para disseminar esse conhecimento. Depois de 20 ou 30 anos trabalhando no mesmo lugar, o conhecimento dos técnicos em enfermagem aprofundou-se bastante e, provavelmente, os diferencia dos técnicos

de serviços semelhantes. Essa prática eleva a qualidade do serviço prestado ali e melhora a coordenação das atividades entre funcionários, melhorando também a coordenação das atividades entre funcionários e usuários. A melhor coordenação entre funcionários pode ser percebida pela facilidade de comunicação entre eles e, pelo acordo, para a distribuição de tarefas; isso se reflete na comunicação coordenada com o usuário, pois cada um sabe o que o outro deve fazer.

Esse ajuste fino entre as atividades dos funcionários é ainda mais importante no CAPS, que atende casos mais graves e onde os eventos ocorrem com mais frequência. Apesar de ter sempre um profissional de referência, qualquer um, em volta do usuário, pode ter que agir em caso de emergência. As reuniões para discutir os casos assumem claramente esse papel. As constantes observações e trocas de informação também contribuem para melhorar o ajuste entre as ações dos funcionários.

#### **4.1.1 As rotinas**

O grau de padronização do processo de trabalho encontrada no modelo fordista de produção não daria para ser aplicado nos serviços estudados. O modelo de gestão que imperava na fábrica de Ford era adequado para a época e o contexto. Os elementos mais citados desse modelo de gestão são a padronização e especificação detalhada do produto e do processo de produção, o treinamento e supervisão dos operários, o controle da tarefa e do produto. As medidas de sucesso desse modelo se relacionam com o alto volume de produção e o baixo custo.

Numa organização como as estudadas, encontram-s, no máximo, rotinas de trabalho. Elas ajudam os trabalhadores a prever seu dia, preparando-se para ele, e auxiliam a coordenar as tarefas entre eles.

O cotidiano estruturado do PSF de Ribeirão Preto pode exemplificar a diferença entre a prescrição do trabalho na fábrica e a organização das rotinas, as quais permitem que uma série de desgastes seja evitada para se descobrir a informação

necessária para a ação ou para achar uma solução prática para problemas recorrentes.

A falta de rotina no CAPS aparece como um dos problemas que mais afeta a qualidade de vida dos trabalhadores, sendo uma de suas principais reclamações. Segundo eles, é necessário constantemente buscar e descobrir respostas para questões que, já se sabe, serão colocadas em algum momento. A gestora do CAPS justificou: “para o meu trabalho, preciso me desorganizar para entrar em contato com o usuário, e é complicado depois me reorganizar para atuar na gestão”.

#### **4.1.2 A confiança**

Na definição de Adler (2007), a confiança é a capacidade de um prever a ação do outro. No CSE e no CAPS, pudemos presenciar grupos entrosados com altíssima capacidade de antecipar as ações uns dos outros. O longo tempo de atuação conjunta no CSE e a clareza da missão no CAPS podem servir de justificativa para o padrão. O resultado aparece em ações orquestradas, em que a troca de informação não é percebida pelo usuário ou outro observador externo.

Adler explica que a confiança é a base para a construção da rede de relacionamentos, que é essencial para a interação entre os profissionais. O modelo usado pelo autor é aplicado a redes profissionais externas a uma organização, isto é, à coordenação lateral. No entanto, essa mesma idéia mostrou-se aplicável às organizações investigadas. A confiança, juntamente com os valores e os conhecimentos compartilhados, fortalecia a rede sobre a qual a coordenação relacional acontecia.

### **4.2 A coordenação lateral**

#### **4.2.1 Entre trabalhadores e clientes/usuários**

A associação da unidade ao território traz também uma mudança de vínculo entre o usuário e a organização, o que interfere no grau de repetição das interações (KORCZYNSKI, 2009). O usuário passa a ser daquela unidade, e a repetição das

interações gera conhecimento do usuário a respeito do serviço, das pessoas do serviço e do processo do serviço. Isso tende a diminuir a sensação de risco para o usuário e leva a uma relação mais afetiva. Por outro lado, coloca o trabalhador em situações que não aprendeu ainda a resolver, para separar a relação profissional, que deveria manter, da relação pessoal. Afinal, um médico do PSF conhece os seus pacientes em profundidade, inclusive seus pais, filhos e irmãos.

Já no CAPS, o processo terapêutico é negociado entre o usuário e o profissional no início do tratamento e renegociado sempre que necessário. Não se concebe dois tratamentos à *priori* iguais por dizerem respeito ao mesmo quadro psicopatológico. A busca da uniformidade, de padrão de comportamento ou de rotina dos trabalhadores, não se aplica à gestão de um CAPS, o que está implícito no seu conceito de serviço. A heterogeneidade de processos é inerente ao serviço concebido, em um grau que os novos modelos de gestão de serviços ainda não previram. Assim, é necessário que o CAPS desenvolva um sistema de coordenação de atividades entre o profissional e o usuário, que, como vimos, baseia-se grandemente na capacidade de processamento de informações não estruturadas, ou seja, nas as coordenações por reuniões entre profissionais e entre profissionais e usuários.

#### **4.2.2 Entre trabalhadores e outras organizações**

Na coordenação lateral do CAPS, duas situações chamam a atenção: as dificuldades de interação com outros órgãos da Prefeitura em São Paulo e a elaboração de um modelo sofisticado para relacionar-se com parceiros externos.

Com os órgãos administrativos da Prefeitura de São Paulo, as falhas de relacionamento são tão fortes que geram a sensação de invisibilidade na Unidade. As necessidades operacionais do órgão não são consideradas, e as formas de controle das operações remetem a outros conceitos de serviço.

Por outro lado, a gestora do CAPS apresentou, para a articulação com organizações parceiras, um modelo de arquitetura extremamente sofisticada, demonstrando

capacidade de pensar para fora da organização, de negociar ações conjuntas e de solucionar problemas típicos da coordenação lateral.

As relações laterais são essenciais para o PSF. Podemos ressaltar dois tipos delas: as relações com outras unidades de saúde, para o encaminhamento dos clientes/usuários, e as relações com as parceiras, que desempenham ao mesmo tempo o papel de supervisão e de função de apoio à produção do serviço. De supervisão por que, nos casos estudados, são elas que contratam as equipes do PSF e, portanto, os profissionais têm o vínculo de trabalho com elas. No entanto, para desenvolver o trabalho, os funcionários se sentem mais próximos dos processos administrativos da Secretaria Municipal do que de processos de gestão privados.

É nesse contexto que o outro tipo de relação lateral, com os demais serviços da rede, ganha relevância. O modelo da estratégia da saúde da família propõe que as equipes sejam a porta de entrada do serviço público de saúde. Para isso, é necessário que elas possam realizar o encaminhamento dos usuários para outros serviços especializados. No entanto, se a comunicação com esses serviços for difícil, pode colocar a perder todo o modelo desenhado.

Os casos estudados mostraram que o relacionamento lateral é mais efetivo nas organizações em que a superestrutura administrativa é mais flexível. Mostraram também que a capacitação dos gestores locais, tanto na saúde mental quanto no Programa Saúde da Família, é essencial para contornar as dificuldades, mas que a superestrutura pode coibir o desenvolvimento dessa capacidade.

### **4.3 A coordenação vertical**

É dessa visão sobre o gestor local que nasce a percepção de que cabe a ele um papel de proteção das redes de relacionamento, por onde circulam as interações necessárias para que a coordenação aconteça. Ele pode ser visto como o articulador da rede interna, fortalecendo os aspectos mencionados por Gittel e Adler – confiança, valores e conhecimento partilhados e respeito mútuo.



Quanto à coordenação lateral, cabe a ele cuidar para que a superestrutura não venha a coibir os relacionamentos com outras organizações, possibilitando que os membros do grupo possam descobrir e encaminhar diferentes formas de articulação fora do grupo.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo analisou a organização do trabalho em cinco unidades de serviços de saúde pública. São unidades de serviços profissionais, mas carregam especificidades que precisaram ser explicitadas.

Os serviços analisados passaram por mudanças recentes, acontecidas há menos de 10 anos, que aumentavam a complexidade das tarefas executadas. Esse aumento estava associado à aproximação do cliente/usuário, à mudança de foco do trabalho – incluindo o território como preocupação – e ao aumento da intangibilidade dos resultados, que passaram a destacar a mudança de hábitos dos usuários/cliente como objetivos a conquistar.

Parte dessas transformações é generalizada no campo da saúde, devendo-se às transformações ocorridas na saúde pública que iniciaram com a implantação do SUS. Os princípios fundamentais do SUS, especialmente a integralidade da saúde, levam os serviços a olhar o usuário de outra forma e a perceber as interferências das ações de saúde sobre diferentes aspectos de sua vida. Embora esse seja um passo importante no sentido da humanização da saúde, e por isso tenha recebido apoio geral, as pessoas que trabalham diretamente com o usuário ainda não desenvolveram formas de ação que dêem conta das dificuldades da tarefa.

Estudar os serviços em meio a essa situação, em que muitas decisões ainda estão para ser tomadas, enriqueceu o estudo, mas foi um obstáculo para entender o cenário depois de consolidado. Enriqueceu, ao mostrar os critérios que norteiam as decisões, as dificuldades de levar adiante uma mudança de conceito de serviço, tentando convencer ao mesmo tempo profissionais e usuários, e os processos que se encaminham para a resolução de questões até o momento desconhecidas.

Por outro lado, as conclusões sobre o serviço em si não podem ser generalizadas não só por que foi usada a técnica de estudo de caso, mas também por que os serviços ainda estão em implantação e, desde o momento do estudo, já sofreram inúmeras alterações.

### **5.1 Desafios e contribuições dos estudos realizados**

Os casos estudados fizeram parte de duas pesquisas distintas, que partiram de objetivos e metodologias semelhantes, aplicadas a serviços diferentes, mas pertencentes a uma mesma rede de produção. A comparação dos resultados permitiu perceber aspectos relevantes para os objetivos buscados.

A análise procurou entender a lógica de produção presente em cada organização, o que transparece na forma como o valor do serviço é definido e como, a partir dos recursos disponíveis, o valor de serviço buscado é construído. É muito comum, em análises deste tipo, nos depararmos com sistemas que identificam e descrevem os recursos utilizados, mas que têm dificuldade em explicitar o valor do serviço. Os casos estudados revelaram situação oposta: as entrevistas mostraram uma ênfase maior na avaliação do ponto de vista das conseqüências (Zarifian, 2001) e poucos dados precisos sobre as entradas para o sistema físico de produção.

Nos PSFs de São Paulo e de Embu, constatou-se que os dados disponíveis, como número de pacientes cadastrados ou famílias visitadas no mês, obedeciam à configuração do Ministério da Saúde, mas traziam informações pouco úteis para executar o trabalho. A evolução de cada paciente e a situação das famílias podiam ser encontradas em prontuários, mas não ficavam diretamente visíveis para as equipes. A agenda de atividades do dia era de conhecimento geral, mas também não era visível para todos da UBS poderem eventualmente eliminar dúvidas.

Nos casos da saúde mental, é possível fazer a avaliação dos dados de produção do PSM-CSE a partir da coleta interna, destinada ao departamento de estatística do Centro, mas a pesquisa não identificou um uso específico que o serviço faça para esses dados. Para o CAPS, os dados de produção não são considerados muito importantes, não há preocupação em se ter dados precisos sobre o número de pacientes atendidos num dia ou quantos participam regularmente de determinada atividade. Também é difícil identificar a seqüência de atividades dos profissionais envolvidos. Por outro lado, a evolução de cada paciente

é discutida em grupo, assim como o posicionamento político da organização. Percebe-se que há clareza sobre o valor do serviço e sobre as diferenças entre o serviço prestado pela organização e por outras organizações. Como que partilhando uma missão comum, os integrantes de cada grupo identificam as formas de agir mais adequadas para cada momento e sabem o que esperar dos outros elementos, mesmo sem explicitar o pensamento. O sentimento de missão possibilita a forte integração dos profissionais, entretanto a pouca importância dada às questões objetivas da produção fragiliza o serviço na prestação de contas para a sociedade, pois não relaciona seus resultados com os recursos utilizados.

O PSF de Ribeirão Preto chamou a atenção pelo cuidado aparente com a gestão dos Núcleos. Os painéis de gestão a vista, a organização das informações sobre o território e a disponibilização de recursos de apoio fornecidos pela parceira tornavam viável a gestão das operações e de recursos. Também, dos três PSFs analisados, foi onde o sentido de missão apareceu com maior clareza, embora não na mesma proporção que na saúde mental.

Essa questão traz à tona um primeiro desafio à avaliação desses serviços, sob a perspectiva da organização do trabalho. O serviço público oferecido pelo Estado não passa por avaliação de preços/custos, mas é avaliado quanto ao valor de uso. Na esfera pública, não se pode limitar a oferta de serviços àqueles que guardarem uma relação específica entre preços e custos. Dessa forma, as organizações do Estado não se sentem pressionadas a controlar os custos na mesma proporção que as organizações privadas, o que leva, em muitos casos, à subestimação da importância de dados de produção ou mesmo ao desconhecimento dos recursos utilizados para a produção do serviço previsto. (OFFE, 1991). O caso de Ribeirão levanta, como uma questão a ser investigada, o papel das parceiras na capacitação dos profissionais de saúde para a gestão do serviço.

Embora seja difícil generalizar essa afirmação, na ausência de pesquisas específicas, percebe-se que as organizações estudadas apresentam processos de decisão sobre questões operacionais que não se enquadram no processo decisório

empresarial. Esse fato, que poderia ser visto como um problema metodológico, resultou em uma troca de experiência muito rica, pois as organizações estudadas passaram a enxergar o custo econômico associado ao serviço, preparando-se para se posicionar de forma mais clara em eventuais debates sobre o serviço.

As entrevistas de campo na saúde mental confirmaram a militância na luta anti-manicomial como um fator relevante para as análises organizacionais do setor (RAMMINGER, 2005), o que resultou num outro desafio metodológico.

O desenho da pesquisa buscava a explicitação de conceitos funcionais, para dialogar com as outras abordagens ou sujeitos da investigação. No entanto, logo de início, ficou claro que a maior riqueza das experiências investigadas residia na luta por imprimir seu modo de enxergar o serviço de saúde mental, o que exigiu que as análises recorressem a abordagens políticas ou simbólicas para entender o processo estudado.

Esse fato leva ao terceiro desafio, também nos casos da saúde mental: como se apoiar em métodos que buscam respostas objetivas para analisar um serviço que tem como campo de trabalho a subjetividade de trabalhadores e de usuários? Enquanto na proposta de pesquisa organizacional investiga-se o conjunto de fatores que constrói o resultado final (cada fator influenciando o processo de dada maneira), no campo da subjetividade, há inúmeras possíveis maneiras de enxergar o processo como realidade, de imaginar diferentes fatores e de entender a relação entre fator e resultado. Nada é definitivo ou único. Na medida em que as organizações estudadas lidam com a loucura, comportamentos que não se enquadram nos padrões de racionalidade pré-concebidos fazem mais parte do trabalho e do cotidiano do que a racionalidade da análise organizacional.

Um quarto desafio apresentou-se na análise do PSF, por conta da pluralidade de organizações que se mesclam para fornecer o serviço. Os serviços de saúde, em geral, se inserem numa rede articulada, em alguns casos, contudo, parece não ser possível entender a dinâmica dos serviços sem considerar as organizações parceiras.

No caso do PSF, a comparação entre as experiências tem como pano de fundo os papéis das parceiras. No entanto, as organizações formam um intrincado de relações que não são aparentes e talvez os próprios implicados não as conheçam com clareza. Para lidar com isso, foi fundamental a formação da equipe de pesquisa com especialistas em áreas diferentes.

Esses desafios, presentes em todo o trabalho, acabaram por caracterizar, de forma resumida, as organizações estudadas e as contribuições ou limitações do estudo:

- São organizações públicas, geridas pelo Estado, nas quais os métodos e critérios de decisão escapam à lógica do mercado, portanto, não concebem o valor do serviço como valor econômico, e o custo do processo não é informação relevante e não pode ser gerenciado; como resultado, verificou-se a importância do valor de serviço na integração do grupo e na coordenação das atividades, além de evidenciar, para as unidades objeto do estudo, as vantagens de conhecer os aspectos econômicos e operacionais para gerenciar e facilitar o dia-a-dia.
  - As organizações de saúde mental são organizações politizadas – militam na luta anti-manicomial que se estende por vários países ao longo de décadas – cujos valores políticos e simbólicos fazem parte de uma missão que não pode ser resumida aos resultados imediatos do serviço. Assim, avaliar resultados para esses casos, não se refere apenas a “pessoas curadas”, mas à sobrevivência de determinada política de saúde, à explicitação de sua forma de enxergar o que é saúde ou o que é loucura.
- A mudança de abordagem foi uma solução para a condução da pesquisa e poderia ser foco de uma reflexão teórico-metodológica aprofundada. Realmente, quando a definição do valor do serviço assumir a força de visão de mundo que as organizações de saúde mental já têm, o uso da abordagem simbólica será essencial.

- As organizações de saúde mental têm como insumo básico de seu processo de produção o aparelho subjetivo dos trabalhadores; a objetividade da abordagem técnica nem sempre faz sentido para os grupos pesquisados. Embora tenha sido uma experiência extremamente rica para mim e para os trabalhadores da organização, em termos de pesquisa, esse foi um obstáculo para o avanço das contribuições teóricas.
- As organizações de atenção básica à saúde funcionam hoje com parcerias que podem apresentar um quadro difícil de apreender. É possível encontrar duplicidade de comando e formas diversas de gestão no mesmo município, mas também é possível que inovações tecnológicas úteis sejam desenvolvidas graças ao apoio das parceiras. Ainda não foram desenvolvidos os parâmetros que podem ajudar a avaliar as parcerias e revelar as situações em que devem ser adotadas. Esse pode ser um tema para pesquisas futuras.

Ao mesmo tempo em que tornaram mais difícil o encaminhamento da pesquisa, esses desafios tornaram os resultados mais ricos e únicos, pois permitiram o diálogo entre diferentes e a aprendizagem mútua. Neste sentido, pode-se dizer que as organizações estudadas esticaram ao máximo os limites de aplicação da engenharia de produção, forçando os pesquisadores a se adaptar a condições não costumeiras. A base teórica foi desafiada e, dessa forma, mais o embasamento teórico ganhou destaque.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. F. M., CAUCHICK, P. A.; SILVA, M. T. (2008). Uma revisão bibliográfica inicial sobre "servitização": seus modos e o processo de transição. XV SIMPEP - Simpósio de Engenharia de Produção, Bauru, SP, UNESP - Faculdade de Engenharia, Departamento de Engenharia de Produção.

ADLER, P. S., KWON, S. W. and HECKSCHER, C. (2008). "Professional work: The emergence of collaborative community." *Organization Science* 19(2): 359-376.

BAINES, T. S., LIGHTFOOT, H. W., EVANS, S., NEELY, A., GREENOUGH, R., PEPPARD, J., ROY, R., SHEHAB, E., BRAGANZA, A., TIWARI, A., ALCOCK, J. R., ANGUS, J. P., BASTL, M., COUSENS, A., IRVING, P., JOHNSON, M., KINGSTON, J., LOCKETT, H., MARTINEZ, V., MICHELE, P., TRANFIELD, D., WALTON, I. M. and WILSON, H. (2007). "State-of-the-art in product-service systems." Proceedings of the Institution of Mechanical Engineers Part B-Journal of Engineering Manufacture 221: 1543-1552.

BOWEN, J. and FORD, C. (2002) "Managing services organizations: Does having a thing make a difference?". *Journal of Management*. vol. 28, n. 3

BRAX, S. (2005). "A manufacturer becoming service provider - Challenges and a paradox." Managing Service Quality 15(2): 142-155.

BRAX, S. A. and JONSSON, K. (2009). "Developing integrated solution offerings for remote diagnostics: A comparative case study of two manufacturers." International Journal of Operations and Production Management 29(5): 539-560.

CHANDLER, A. D. J. (1977). The Visible Hand. Cambridge, MA, Belknap Press of Harvard University Press.

CHASE, R. B. (1978). "Where Does the Customer Fit in a Service Operation?" Harvard Business Review 56(6): 137.

DAVIES, A., BRADY, T. and HOBDDAY, M. (2006). "Charting a path toward integrated solutions." Mit Sloan Management Review 47(3): 39-+.



EDGETT, S. and PARKINSON, S. (1993). "Marketing for Service Industries - A Review." The Service Industries Journal 13(3): 19.

FERREIRA Jr., S. C.; BERZAGHI, M. E. P.; SILVA, M. T. (2004) "Livro é um produto ou um serviço? Análise de um caso de mudança na concepção do valor entregue ao cliente." In: XXIV ENEGEP, Florianópolis.

GADREY, J. e ZARIFIAN, P. (2002). "L'émergence d'un modele du service: enjeux et realités". Éditions Liaisons, Paris.

GIORDANO JR e PEREIRA, L.M.F. (1996), "Saúde Mental". in Schraiber. M. Saúde do adulto. Programas e ações na unidade básica. São Paulo, HUCITEC.

GITTELL, J. H. (2002). "Coordinating mechanisms in care provider groups: relational coordination as a mediator and input uncertainty as a moderator of performance effects". *Management Science*, vol 48, n. 11.

HUBAULT, F. (2010). « Autorité et pouvoir d'agir de l'ergonome », in Hubault F. (s/d) *Pouvoir d'agir et autorité dans le travail*, Toulouse : Editions Octarès, France (sous presse)

KERFOOT, D. and KORCZYNSKI, M. (2005). "Gender and Service: New Directions for the Study of 'Front-Line' Service Work." Gender Work and Organization 12(5): 387-399.

KORCZYNSKI, Marek. (2009) "The mystery customer" Sociology, , vol 43, n. 5

LAROCHE, M., BERGERON, J, GOUTALAND, C. (2001). "A three-dimensional scale of intangibility". *Journal of Service Research*, vol. 26, n. 4.

LAROCHE, M., et al. (2005) "Internet versus bricks-and-mortar retailers: An investigation into intangibility and its consequences". Journal of Retailing, vol. 81, n. 4

LANCMAN, S. et al. (2008). "Políticas Públicas e processos de trabalho em saúde mental". Brasília, Paralelo 15

LOVELOCK, C. H. (1983). "Classifying Services to Gain Strategic Marketing Insights." Journal of Marketing 47(3): 9.

LOVELOCK, C. H. and GUMMESSON, E. (2004). "Whither Services Marketing? In Search of a New Paradigm and Fresh Perspectives." Journal of Service Research : JSR 7(1): 20.

LUZZIO, C.A. e L'ABBATE. (2006) "A reforma psiquiátrica brasileira: Aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas" *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, vol.10 n. 20;

MARSIGLIA, R.M.G. (2005). "Integralidade e atenção primária em saúde: avaliação da organização do processo de trabalho em unidades de saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo". Projeto de pesquisa apresentado ao edital MCT-CNPq/MS-DAB/SAS - n. 49/2005

MINTZBERG, H. (2003). "Criando organizações eficazes." São Paulo, Atlas

MINTZBERG, H. e QUINN, J. B. (2001) "O processo da estratégia". Porto Alegre, BOOKMAN.

MORELLI, N. (2003). "Product-service systems, a perspective shift for designers: the design of a telecentre." Design Studies, v. 24, n.1, pp.73-99.

NEU, W. A. and BROWN, S. W. (2008). "Manufacturers forming successful complex business services - Designing an organization to fit the market." International Journal of Service Industry Management 19(2): 232-251.

NORMANN, R. (1993). *Administração de Serviços: estratégia e liderança na empresa de serviços*. A. B. Brandão. São Paulo, Editora Atlas.

OLIVA, R. and KALLENBERG, R. (2003). "Managing the transition from products to services." International Journal of Service Industry Management 14(2): 160-172.

PEREIRA, L. M. (2002), "História e arte no Programa de Saúde Mental". IN: Haddad Antunes e Siqueira Barbosa (orgs) *Psiquiatria loucura e arte: fragmentos da história brasileira..* São Paulo, EPUSP.

PEREIRA, M. A. and SILVA, M. T. (2003) "A Key Question for Higher Education: who are the customers?". In: POM 2003 - POM in the service sector, 2003, Savannah.

SALERNO, M. S. (1999) "Projeto de organizações integradas e flexíveis". São Paulo, Editora Atlas.

SANTORO, M. and SILVA, M. T. D. (2009). Quadro de referência para gestão e operação de serviços educacionais centrados no desenvolvimento de competências e em processos de aprendizagem. XXIX ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO Salvador.

SASSER JR, W. E. and AL., E. (1978). Management of Service Operation. Boston, Ally & Bacon.

SAWHNEY, M., BALASUBRAMANIAN, S. and V KRISHNAN, V. (2004). "Creating Growth with Services." Sloan Management Review 45(2): 34.

SCHMENNER, R. W. (2009). "Manufacturing, service, and their integration: Some history and theory." International Journal of Operations and Production Management 29(5): 431-443.

SHOSTACK, G. L. (1977). "Breaking Free from Product Marketing." Journal of Marketing 41(2): 73-80.

SILVA, M. T. (1995). Organização do Trabalho em Serviços. A questão da autonomia em postos de serviços. São Paulo, Escola Politécnica da Universidade de São Paulo: Tese (Doutorado).

SILVA, M. T., LANCMAN, S. e ALONSO, C. M. C. "Conseqüências da intangibilidade na gestão dos novos serviços de saúde mental." Revista de Saúde Pública, v. 43, suplemento 1, p. 36 – 42, 2009.

SILVA, M. T.; SILVEIRA, C.; QUAGGIO, F. M.; COLAMEO, G. (2006). "Análise da organização do trabalho no Programa Saúde da Família." In: Consórcio MEDICINA USP. (Org.). Inquérito com usuários e profissionais, percepção dos gestores e estudos sobre o trabalho no PSF. 1 ed. São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea, v. 03, p. 129-172.

SILVESTRO, R. (1999). "Positioning Services Along the Volume-Variety Diagonal: The contingences of service design, control and improvement." International Journal of Operations and Production Management 19(4).

STARFIELD, B. (2002). "Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia". Brasília, Unesco-MS.

SZNELWAR, L. et al. (2007). "Programa Saúde da Família: Pontos de vista da organização de serviços, da ergonomia e da psicodinâmica do trabalho". parte 4, in: Inquérito com usuários e profissionais... (Vários coordenadores). São Paulo, CEDEC, Consórcio de Medicina da USP.

TEBOUL, J. (2006). Service is front stage - positioning services for value advantage. Hampshire, PALGRAVE MACMILLAN.

TENÓRIO, F. (2000). "A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos". História, Ciências e Saúde. Cadernos da XI Conferência Nacional em Saúde.

VANDERMERWE, S. and RADA, J. (1988). "Servitization of business: Adding value by adding services." European Management Journal 6(4): 314-324.

VOSS, C. A. Z., L. (2007). Innovation in Experiential Services - An Empirical View. Innovation in Services. DTI. London, DTI: 97-134.

WILKINSON, A. D., ANDY; NEELY, ANDY (2009). "Changing times and changing timescales: the servitization of manufacturing." International Journal of Operations and Production Management 29(5): 3.

WISE, R. and BAUMGARTNER, P. (2000). "Go downstream: The new profit imperative in manufacturing - Richard Wise and Peter Baumgartner respond." Harvard Business Review 78(1): 168-168.

ZARIFIAN, P. (2001a). Mutaç o dos Sistemas Produtivos e Compet ncias Profissionais: a produç o industrial do serviç o. Rela o de Serviç o: produç o e avalia o. M. S. Salerno. S o Paulo, Editora SENAC.

ZARIFIAN, P. (2001b). Valor, Organiza o e Competencia na Produç o de Serviç o: esboço de um modelo de produç o de serviç o. Rela o de Serviç o: produç o e avalia o. M. S. Salerno. S o Paulo, Editora SENAC.

ZARIFIAN, P. (2008). "Objetivo compet ncia: por uma nova l gica". S o Paulo, Atlas.

ZEITHAML, V. A., PARASURAMAN, A. and BERRY, L. L. (1985). "Problems and Strategies in Services Marketing." Journal of Marketing 49(2): 33.