

O público e o privado e suas consequências para o trabalho em saúde pública:

ensaio teórico

The public and the private, and their consequences on the work in public health: theoretical essay

Cristina Miyuki Hashizume*
Marco Antonio de Oliveira Costa*

RESUMO: Na vida social pós-moderna, em meio às necessidades criadas pelo consumismo, o indivíduo se sensibiliza menos em relação aos interesses coletivos em geral. Nosso interesse é discutir teoricamente a nova ética privatista do usuário dos serviços públicos de saúde, ora se colocando na condição de cidadão, ora de clientes. Pressupomos que a percepção do usuário como cliente segue princípios individualistas e privatistas, o que o impede de realizar análises mais complexas e críticas sobre o sistema de saúde pública como um todo. A partir de uma análise implicada e comprometida com a ética pública, que valoriza e acredita nas potencialidades do coletivo, defenderemos a formação dos cidadãos por meio de debates que problematizem suas práticas através de agrupamentos instituintes que rompam com a ordem global e mercadológica de produção de subjetividades.

Palavras-chave:
Influência;
Consumismo;
Trabalho em saúde;
Saúde Pública.

I ntrodução

Sennet (1999) historiciza as mudanças sociais na modernidade apontando novos modos de subjetivação que afetam as relações de vínculo corporativo. Ele caracteriza as relações sociais no trabalho e valores que se perderam na nova configuração corporativa: a rotina, por exemplo, é vista como algo enfadonho, assim como a burocracia. No lugar dela, espera-se uma postura

de maior responsividade frente ao mercado. A flexibilidade das relações de trabalho se reflete na flexibilidade também do caráter, na tolerância com a fragmentação dos vínculos sociais: desenvolvimento da capacidade para se desprender do próprio passado e confiança para aceitar a fragmentação. O autor ainda discute a ilegibilidade das relações de trabalho em que as diferenças mais profundas são camufladas em nome de uma superficialidade nas relações. O risco também é descrito como um valor pessoal, uma competência a ser desenvolvida pelo trabalhador, que deve enriquecer seu espírito desportista.

Frente a esse cenário, a ética do trabalho se torna individual, instantânea, superficial e atrelada à lucratividade da corporação. O problema que enfrentamos é como organizar as histórias de vidas desses trabalhadores agora, num capitalismo que nos deixa à deriva. Acreditamos que quando o trabalhador se volta ao individualismo do consumismo, este pode desconsiderar questões que concernem aos interesses da coletividade dos trabalhadores.

Para Bauman (2008), a “sociedade de consumidores” se caracteriza por uma reconstrução das relações humanas baseada no padrão das relações entre as pessoas e os objetos de consumo, favorecendo o isolamento e a falta de poder da coletividade. As pessoas consomem por interesses privados em detrimento de conexões públicas.

A partir desse parâmetro, relações sociais são cópias de comportamentos de consumo. Segundo Gade (1998), o comportamento do consumidor envolve as ações e cognições realizadas na escolha, aquisição e utilização de produtos e serviços para suprir os desejos e necessidades do consumidor. Dessa forma, o neoliberalismo confere amplos poderes ao mercado, em um contexto em que os desejos privados e individuais têm prioridade, e deixa à margem o interesse coletivo, reduzindo a capacidade de resistência, organização e luta social. Do mesmo modo, não se investe mais tempo para participação de movimentos e engajamentos grupais em prol de interesses de uma coletividade. O individualismo prepondera ao coletivismo, rasgando as possibilidades de se recuperar laços sociais de solidariedade, lealdade, comprometimento, amizade.

O consumo é um processo social profundo e ambíguo. De acordo com Santi (2011), o consumo é um fenômeno extremamente complexo, que envolve o comportamento, a economia e a dinâmica social. Para Marcuse (1968), o consumismo omite o embate entre as necessidades ofertadas e as necessidades possíveis, criando um pseudoigualitarismo por meio do consumo. Nesse sentido, aquele cidadão que, por algum motivo, se sente menos valorizado ou com menos *status* do que outra pessoa, vê no consumo a saída para se

igualar em termos de valor social. Com esse comportamento, deixa-se de lado o possível debate sobre a ética privada do consumo imperando sobre outros valores sociais e que constituem o laço social dos grupos e da sociedade.

Esse pseudoigualitarismo, para o autor, extingue o potencial crítico do homem e o impossibilita de realizar ações engajadas nas verdadeiras mudanças no mundo. Já para Mancebo et al. (2002), o consumismo narcotiza as consciências, iludindo os homens pelos excessos de imagens, causando alienação por meio da naturalização do consumo.

O indivíduo, outrora massificado na sociedade de consumo, encontra notoriedade por meio do consumir. Segundo Lipovetsky (2007), o consumo ocorre na ânsia de se adquirir *status* e diferenciação social e, assim, ser estimado e invejado por outros indivíduos.

Os serviços de saúde, com a finalidade de garantir sua natureza integral e universal, devem incluir a participação da população na formulação, fiscalização, execução e manutenção de políticas públicas, processos estes que têm como objetivo atender as carências de cada território. No texto constitucional de 1988 (BRASIL, 2003) e na Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde, a participação popular é declarada como direito socialmente garantido, como um dos princípios fundantes do SUS (BRASIL, 1990), sendo de grande importância para o processo de redemocratização das políticas de saúde brasileira.

As experiências que compõem o Orçamento Participativo têm estimulado uma articulação entre a população e seus representantes. Segundo Brasil (2014), Ministério da Saúde, o orçamento participativo é um notável mecanismo de complementação da democracia, que possibilita ao cidadão debater e determinar o futuro de uma cidade, incentivando, assim, o exercício da cidadania e o compromisso da população com o bem público. Outro mecanismo que proporciona a prática do controle social, disponibilizando conteúdo de natureza informativa, é o Portal da Transparência. Segundo Brasil (2014), o Portal da Transparência tem como meta a participação dos cidadãos na averiguação sistemática do emprego dos recursos públicos visando coibir irregularidades envolvendo esses valores.

O projeto de democratização do Estado é para ser uma construção coletiva. Desta maneira, a Saúde, enquanto direito de cidadania e dever do Governo, deve ser concretizada por meio do controle social. Segundo Brasil (1990), os cidadãos devem ter consciência de seus direitos e reivindicá-los ao gestor local do SUS, sempre que forem violados. Dessa

forma, quem deve controlar e avaliar o bom funcionamento do SUS, além do poder legislativo e dos gestores, é a população.

Apesar dos avanços legais no âmbito da saúde, há necessidade de concretizar essas conquistas por meio da participação e do controle social para melhoria na qualidade do serviço público em saúde. Dessa forma, destacam-se os seguintes questionamentos: Os usuários têm uma postura cidadã/coletiva em relação ao sistema público de saúde que utiliza? Os usuários têm uma postura consumista/individualista em relação ao sistema público de saúde que utiliza? Quais são os efeitos da individualização das práticas no serviço público, assim como a cobrança pela qualidade desses serviços? Como a lógica privatista e do consumo afetam o modo como o serviço público se relaciona com a comunidade atendida?

Por postura cidadã, entendemos uma compreensão do serviço enquanto um direito social, em que o cidadão se engaja e se sente parte da construção da saúde pública. E por postura de consumidor, entendemos aquela em que o usuário vai ao posto meramente para resolver seu problema individual, sem uma preocupação em se envolver com o sistema de saúde pública. De forma específica, identificar e diferenciar postura consumista/individualista e postura cidadã/coletiva dos usuários em relação ao sistema público de saúde

A fundamentação teórica do presente estudo apresentará teorias explicativas sobre cultura do consumo e subjetividade; sociedade de consumidores; consumidores e postura individualista e consumidores e postura cidadã.

Cultura do consumo e subjetividade

Usar a expressão cultura do consumo significa destacar que o mundo das mercadorias e suas concepções construídas são essenciais para a compreensão das relações na sociedade contemporânea. Pode-se afirmar que consumo é o ato de a sociedade adquirir produtos ou serviços para satisfazer a sua necessidade (podemos nos questionar de que modo essas necessidades foram produzidas nos indivíduos, se por meio da mídia, dos discursos de marketing, da fetichização da mercadoria, ou se realmente da necessidade por aquele objeto). O consumo se refere a um ato de consumir produtos ou serviços, geralmente sem consciência. Segundo Mancebo (2008), a diferença entre o consumismo dos séculos anteriores e desta geração é que antes se consumia para viver, e hoje se vive para consumir. A existência das pessoas parece se resumir a um exibicionismo em relação ao seu poder de compra, e, dessa forma, se demarca um status em que aquele que consome mais tem mais valor social, mesmo que na superficialidade.

O comportamento do consumidor pode ser vislumbrado como um processo de decisão. Segundo Gade (1998), o comportamento de consumo é definido como comportamento de procura, busca, compra, utilização e avaliação de produtos e serviços para a satisfação das necessidades do indivíduo; e o comportamento do consumidor engloba as atividades físicas, mentais e emocionais realizadas na seleção, compra e utilização de produtos e serviços para a satisfação de necessidades e desejos. De acordo com Faria (2008), o comportamento de consumo é influenciado pelos fatores culturais, sociais, pessoais e psicológicos. Ainda para Gade:

O comportamento do consumidor depende da cognição do seu meio ambiente; de como o mundo é percebido; de como os estímulos sensoriais são percebidos e interpretados em função de memória de histórias passadas, crenças e valores, motivações e atitudes; de como essas percepções são integradas, representando a estrutura cognitiva que para cada indivíduo será única e singular (GADE, 1980, p.51).

Todo e qualquer ato de consumo é uma forma de manifestação cultural. Segundo Baudrillard (1995), no enfoque empírico, toda e qualquer sociedade faz uso do universo material do seu ambiente para se reproduzir física e socialmente. Dessa maneira, os mesmos bens e serviços que utilizamos para nos reproduzir física e socialmente contribuem na constituição de nossa identidade e subjetividade. Dessa forma, “o consumo pode ser um veículo legítimo para a construção do desejo e da subjetividade” (SANTI, 2011, p. 47). Assim, o consumo é uma forma de expressão da singularidade no processo de subjetivação do sujeito, além de ser, também, agente mediador das nossas relações sociais. No processo de naturalização do consumo, o indivíduo se reifica e acaba por estabelecer relações mecânicas e baseadas no consumo, numa financeirização das relações humanas.

Sociedade de consumidores

“O ambiente existencial que se tornou conhecido como “sociedade de consumidores” se distingue por uma reconstrução das relações humanas a partir do padrão, e à semelhança, das relações entre os consumidores e os objetos de consumo” (BAUMAN, 2008, p. 17). O autor ainda afirma que:

Numa enorme distorção e perversão da verdadeira substância da revolução consumista, a sociedade de consumidores é com muita frequência representada como

se estivesse centralizada em torno das relações entre o consumidor, firmemente estabelecido na condição de *sujeito* cartesiano, e a mercadoria, designada para o papel de *objeto* cartesiano, ainda que nessas representações o centro de gravidade do encontro sujeito-objeto seja transferido, de forma decisiva, da área da contemplação para a esfera da atividade. Quando se trata de atividade, o sujeito cartesiano *pensante* (que percebe, examina, compara, calcula, atribui relevância e torna inteligível) se depara – tal como ocorreu durante a contemplação – com uma multiplicidade de objetos espaciais (de percepção, exame, comparação, cálculo, atribuição de relevância, compreensão), mas agora também com a tarefa de *lidar* com eles: movimentá-los, apropriar-se deles, usá-los, descartá-los (BAUMAN, 2008, p. 19).

Desse modo, a subjetividade do indivíduo passa a ser socialmente construída por meio da apropriação de significados, símbolos e sentidos pré-estabelecidos pelo discurso consumista. A vida passa a ser pautada a partir de parâmetros que reificam as relações sociais, desqualificando o cuidado, os laços sociais e de lealdade entre as pessoas. Podemos dizer, diante disso, que há uma espécie de crise de valores social, o que acaba por romper laços importantes entre os grupos, desafiando os sujeitos, já que estes se sentem alijados do tecido social (CASTELLS, 1999).

O aumento dos sentimentos hedonísticos e do narcisismo confluem num decrescente interesse pelo bem comum, pela reforma social e pelo comprometimento político. O individualismo, tão caro nesse processo privatizante da vida social pós-moderna, coloca os sujeitos na posição de consumidores dos produtos que a vida oferece. Marcado pela busca hedonista de práticas que lhe agradem individualmente, tal sujeito é apresentado por um modo de pensar egocêntrico, pautado apenas em uma ética privatista relacionada a interesses de ordem individual, secundarizando o engajamento cidadão na construção do social.

Tocqueville (1988), analisando as sociedades da Antiguidade, afirmou que o “cidadão” é um sujeito que tende a procurar seu próprio bem-estar por meio do bem-estar da cidade – ao passo que o indivíduo tende a ser morno e a agir com prudência em relação ao “bem comum”, à “causa comum” ou à “sociedade justa”. O autor observou, também, que o indivíduo é o pior inimigo do cidadão. Nesse sentido:

[s]e o indivíduo é o pior inimigo do cidadão, e se a individualização anuncia problemas para a cidadania e para a política fundada na cidadania, é porque os cuidados e preocupações dos indivíduos enquanto indivíduos enchem o espaço público até o topo, afirmando-se como seus únicos ocupantes legítimos e expulsando tudo mais do discurso público (BAUMAN, 2001, p. 34).

O resultado disso pode ser representado como a “descolonização da esfera pública”. Segundo Bauman (2008), no momento em que a esfera pública está sendo colonizada, de forma encoberta e firme pelos interesses privados, descaracterizada de seus vínculos públicos, e pronta para o consumo (privado), dificilmente estará pronta para a produção de laços (sociais). Dessa forma, o indivíduo, ao utilizar o serviço do sistema público de saúde, busca apenas satisfazer as suas necessidades individuais/ imediatistas, estando descompromissado e acomodado com o social. “O indivíduo voltado exclusivamente a si mesmo é por força vazio, incapaz de forjar conteúdos próprios; seus projetos se esvaem na trivialidade fútil. No fim do século 20 a modernidade mergulhou num tédio mortal” (KURZ, 1999, p.10). Assim, o indivíduo segue sem engajamento político para a melhoria desse sistema de saúde.

Na contemporaneidade, as práticas sociais são marcadas pelo descomprometimento com a coisa pública. Segundo Silva (2004), atualmente vivemos numa época que é indicada, pela maioria dos autores da pós-modernidade, como a era das fragmentações, do imediatismo, do vazio, do hedonismo, da substituição da ética pela estética, do narcisismo e do consumo. Os usuários da saúde pública, quando insatisfeitos, podem até reclamar por um atendimento que lhes é devido, mas não criticam quanto ao funcionamento organizacional do serviço de saúde, envolvendo-se com a gestão local, fazendo assim, uma “crítica ao estilo do consumidor”. De acordo com Bauman, quando as pessoas:

...se sentirem prejudicadas, podem reclamar e cobrar o que lhes é devido – mas nunca lhes ocorreria questionar e negociar a filosofia administrativa do lugar, e muito menos assumir a responsabilidade pelo gerenciamento do mesmo... nossa sociedade definitivamente não aceita bem a crítica como a que os fundadores da escola crítica supunham e à qual endereçaram sua teoria. Em termos diferentes, mas correspondentes, poderíamos dizer que uma “crítica ao estilo do consumidor (BAUMAN, 2001, p. 22).

Esse ambiente, segundo o autor supracitado, denomina-se de “mundo do capitalismo leve”, agregado à ideia de liquidez e à possibilidade, como ocorre com os líquidos de uma rápida acomodação das pessoas e das coisas aos mais variados encaixes. Nesse contexto de uma comunidade imediatista, o tempo é mais relevante do que o ambiente/equipamento ocupado, até porque esse ambiente será ocupado pelas pessoas apenas temporariamente e de forma consumista. Dessa maneira, “o outro lado da individualização parece ser a corrosão e a lenta desintegração da cidadania” (BAUMAN, 2001, p. 34).

Consumidores e postura cidadã

Nesse contexto, conciliar esse individualismo com os interesses coletivos é uma tarefa árdua e desafiadora que se apresenta na contemporaneidade. Segundo Boing (2007), o SUS não logrou, até agora, a universalidade de acesso à assistência pelo setor de saúde público-estatal, e o setor de saúde suplementar ocupa um papel significativo na oferta e prestação de serviços no país. A contradição entre *público e privado* é apontada como as duas macrodimensões da atualidade. Para Aciole (2006), essas macrodimensões são: a econômica, que determina o “privado” como esfera da produção; e a política, quase correlativa, que atribui ao “público”, representado pelo Estado, a esfera da política.

Nessa dicotomia, a questão da universalização e do acesso aos serviços tem gerado diversos debates sobre a temática. Faveret e Oliveira (1990) denominaram essa situação de “universalização excludente”. Bahia (2005) denominou de clivagem dual a separação entre os que têm planos de saúde e os que só têm direito ao SUS. Fleury (1994) nomeou a atual conjuntura de “Estado sem cidadãos”, pois, para o autor, as alterações do modelo de seguridade social brasileira, a partir da Constituição de 1988, denotam uma reforma universal com inclusão segmentada. Porém, é possível ressignificar as instituições e valores proporcionando o entrelaçamento dos projetos individuais aos coletivos.

A participação de uma comunidade qualificada, politizada e organizada permitiriam ao SUS uma implantação de acordo com os seus princípios. De acordo com Giddens (1997), estamos na atualidade engajados na “política-vida”; somos “seres reflexivos” que vislumbramos de perto cada movimento que fazemos; que estamos excepcionalmente satisfeitos com seus resultados, e sempre prontos a corrigi-los. O exemplo dessa possibilidade é a participação cidadã da Frente Nacional contra Privatização da Saúde, que é composta por diversos Fóruns estaduais em torno da luta por um SUS 100% público, estatal e de qualidade. Essa organização popular de diversos segmentos sociais

luta contra a implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), setor privado, buscando impedir a terceirização dos Hospitais Universitários e de ensino federais, denunciando irregularidades da gestão, nos locais já implantados, que causam prejuízos à sociedade.

Um marco histórico do “Controle Social” surgiu para atender a necessidade de constituirmos Conselhos de Saúde paritários, representativos e legítimos, em todos os municípios e estados da federação, e para criar a Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. Para Tocqueville (1988), o “cidadão” é um sujeito que tende a procurar seu próprio bem-estar por meio do bem-estar da cidade. Segundo Batista (2012), a Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, liberada pelo Conselho Nacional de Saúde em 1996, constituiu-se em um ambiente não institucionalizado e autônomo, com a missão de, periodicamente, elaborar eventos locais, regionais e nacionais, com o objetivo de permutar conhecimentos, informações e ideias e, baseado nisso, estabelecer estratégias que indicassem o fortalecimento coletivo dos conselhos.

Esse foi sem dúvida o momento de maior efervescência do chamado “Controle Social” do SUS no Brasil. Grandes eventos em Brasília, com a participação de um número cada vez maior de militantes, passaram a discutir a conjuntura política, a realidade do sistema em todos os municípios, suas fragilidades, seus acertos e avanços. Foi a Plenária de Conselhos de Saúde que deflagrou, de forma irreversível, o movimento pela aprovação de uma Emenda Constitucional que desse conta das necessidades financeiras do SUS, surgindo daí a Proposta de Emenda Constitucional 169, transformada a seguir na Emenda Constitucional 29, finalmente aprovada no ano de 2000 (BATISTA, 2012, p. 1).

Interagindo com o sistema de saúde, por meio do controle social, as pessoas lutam bravamente em defesa e na construção da saúde pública brasileira. Para Tocqueville (1988), o sentido dos “interesses comuns” tem como objetivo permitir que cada indivíduo satisfaça seus próprios interesses. O Conselho Nacional de Saúde vivenciou, sem dúvida, a sua mais rica experiência de controle social no período de 2006 a fevereiro de 2011.

Realizou em 2007 a maior e mais representativa Conferência Nacional de Saúde pós-Constituição Federal de 1988; liderou um enfrentamento nacional contra a proposta de criação das fundações de direito privado a

serem implantadas na saúde; realizou grandes seminários nacionais para debater a gestão do SUS; protagonizou a Primeira Caravana Nacional em Defesa do SUS em quase todos os estados da federação, debatendo em cada local a realidade do Sistema; e a Primeira Conferência Mundial para o desenvolvimento de Sistemas Universais de Seguridade Social, com a participação de mais de 90 países (BATISTA, 2012, p. 1).

O controle social do SUS e a micropolítica

A participação popular é garantida pela Constituição de 1988 e na legislação do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo Silva (2007), busca-se, com a democratização, excluir as formas autoritárias e tradicionais de gestão das Políticas Sociais, bem como a adoção de ações que possibilitem uma maior transparência das informações e maior participação da sociedade no processo decisório. O controle social corresponde à gestão da sociedade sobre as políticas públicas implementadas por meio do Estado. Gallo (2002) evidencia que o ato de participar nunca é feito sozinho; não é um ato solitário, mas algo que fazemos com os outros.

Na estruturação dos serviços de saúde, com a finalidade de garantir seu caráter integral e universal, há a necessidade de incorporar a participação da população na formulação, fiscalização, execução e manutenção de políticas que objetivam suprir as necessidades de cada localidade. Dessa forma, para Guizardi & Pinheiro (2006), com o SUS, a saúde surge como questão de cidadania, e a participação política, como condição de seu exercício; perspectiva assegurada no princípio constitucional de “participação da comunidade” e na Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que institui os Conselhos e as Conferências de Saúde como espaços de representação institucional e participação popular.

A luta pela construção e defesa do direito à saúde é árdua, exigindo ânimo e persistência. Segundo Carvalho (2001), cada vez que se usurpa mais, maior deve ser a garra para lutar e garantir mais recurso, mais eficiência e maior compromisso social. Nesse contexto, é necessário compreender a participação popular como resultante da participação efetiva da população organizada. Conforme Valla (1992), a participação somente é efetiva quando pretende ou consegue alterar o orçamento e investimentos estatais, de modo a oferecer os serviços básicos de qualidade para a população. Assim, o indivíduo passa a ser sujeito ativo e ator de sua própria história. Segundo Guizardi *et al.* (2004), com essa concepção de participação, a população adquire condição de sujeito da política de saúde, enquanto agente social ativo que a determina.

As Conferências de Saúde despontam como área potencial para que a participação social possa agir na formulação das políticas. Para Carneiro (2003), as Conferências de Saúde são espaços democráticos de construção da política de saúde. Há uma questão temporal e de níveis na ocorrência das Conferências de Saúde. Segundo Sposati & Lobo (1992), a Conferência de Saúde tem a obrigação de se reunir a cada quatro anos, em nível local, regional e nacional, para avaliar e propor as readequações na política de saúde, e cuja composição envolve diferentes representações sociais.

Os Conselhos de Saúde são de grande relevância para a construção do sistema de saúde brasileiro. Segundo Gerschman (2004), os Conselhos foram incorporados à Constituição, na suposição de que se tornariam canais efetivos de participação da sociedade civil e formas inovadoras de gestão pública a permitir o exercício de uma cidadania ativa, incorporando as forças vivas de uma comunidade à gestão de seus problemas e à implementação de políticas públicas destinadas a solucioná-los.

Para que a relação dialética conscientização/participação se desenvolva, de maneira a atingir seus objetivos estratégicos, o espaço micro da prática participativa representada por relações cotidianas devem ser pautadas pelas práticas que se estabelecem nas Unidades de Serviço. O cotidiano enquanto experiência de vida torna-se fundamental à localização de elementos através dos quais os atores sociais constroem suas percepções referentes à vida social, ao mesmo tempo em que representa um espaço de luta, de exercício de poder (NUNES G.M, 2009, p. 7).

Mas, para além da macropolítica instituída dos conselhos de saúde e dos debates macro sobre o trabalho dos profissionais de saúde pública, gostaríamos de chamar atenção para o trabalho micropolítico dos protagonistas da saúde pública: usuários e profissionais. No processo de trabalho em saúde há um encontro do agente produtor (com suas ferramentas – conhecimentos, equipamentos – e concepções) e do usuário (com suas intencionalidades, conhecimentos e concepções). Essa relação deve ser vista como uma relação humana, que requer de ambos os lados uma postura específica em relação ao cuidado. Em saúde, é importante a criação do vínculo, pois os atendimentos apresentam uma singularidade que contempla os diferentes aspectos: biológico, social, cultural do usuário; do mesmo modo, os diagnósticos em saúde são aproximações, quase nenhum caso “é de livro”; as reações dos corpos às intervenções terapêuticas e farmacológicas são extremamente

variadas. Além disso, esse encontro é marcado pela ação territorial dos atores em cena, já que o usuário afeta o trabalhador e também é afetado por este. Existe uma infinidade de variáveis que interfere na disponibilidade, atenção, consideração de um para o outro – reciprocamente – no ato intercessor do agir em saúde (MERHY, 1997; FEUERWERKER, 2011). Um atendimento clínico de qualidade deve investir na qualidade da relação entre o profissional e o usuário atendido em sua demanda. Desconsiderar essa multiplicidade de atravessamentos, provenientes da relação em saúde, é deixar de lado o cuidado necessário para se garantir a qualidade nos atendimentos e a resolutividade desses casos.

Metodologia

O presente artigo analisa teoricamente a condição de trabalhador da saúde frente ao usuário privatizado, ou seja, o cliente que tem por princípio ser bem atendido a qualquer custo. A partir de levantamento bibliográfico realizado sobre as relações humanas na pós- modernidade, assim como na privatização das subjetividades, analisaremos quais são as consequências destas para a subjetividade do trabalhador que lida com o usuário-cliente.

Em relação à lógica do consumo, onde os usuários se sentem clientes consumidores dos serviços de saúde, cabendo aos profissionais a satisfação das necessidades dos atendidos, corre-se o risco de entrarmos num modo de pensar privatizante que reifica as relações de cuidado, tornando-as insípidas e baseadas apenas em critérios objetivos e/ ou controladores.

Análises e discussões

A falta de vínculo entre profissionais do equipamento de saúde e a comunidade usuária, coloca esta última na condição de críticos dos profissionais, por não terem um vínculo afetivo ou solidário com o profissional que o atende. Isso acarreta um processo de vigília permanente por parte dos “clientes-consumidores” que se preocupam, prioritariamente, com seu bem-estar, sem levar em conta o complexo equipamento de saúde e toda a formação no trabalho a que esses profissionais se vinculam de modo a se engajar na melhoria da qualidade dos serviços.

Sobre a produtividade e qualidade nos serviços em saúde, devido ao grande volume de verbas vindas quase que exclusivamente do governo federal, percebemos uma preocupação grande, por parte das prefeituras, em contratar especialistas em gestão para lidar com a prestação de contas da verba recebida. Com isso, as práticas que cobram produtividade dos profissionais

se tornam cada vez mais frequentes, deixando em segundo plano um debate sobre formação e qualidade dos serviços prestados à população. Gaulejac (2010) aponta a importância de discutirmos a invasão da lógica gerencialista em diferentes espaços sociais. Disso decorre a reificação do ser humano, a fetichização de discursos motivacionais descolados da realidade complexa e multifacetada dos territórios, além de uma obsessão por números na prestação de conta e escrita de relatórios, mas, principalmente, na cobrança por metas de atendimento dos profissionais, o que, na visão dos gestores, pode se reverter em verba para novos projetos.

O conceito de matriciamento, tão caro à saúde coletiva, é deixado de lado nesses casos em que a responsabilização dos funcionários pela qualidade dos atendimentos não dialoga com a preocupação de certas gestões da saúde municipais em desenvolver um debate mais profícuo sobre a formação em saúde. Manter, em postos importantes da gestão da saúde pública, profissionais com visão puramente gestora (seja de qual formação for) empobrece potencialidades e novos aprendizados em relação à saúde pública praticada naquele território. O gestor tem como princípio organizar, tabular, e tornar os números num chamariz para novos investimentos. Trata-se de uma prática financeira insensível às questões de saúde pública em si, como: o cuidado e o vínculo entre os protagonistas da saúde. O discurso da gestão, ao invadir as práticas do cuidado, acaba por desumanizar a saúde pública, perdendo-se em relatórios, planilhas, preenchimento de formulários, bem como na burocracia que as discussões sobre o matriciamento em saúde pública já enunciaram, problematizaram e analisaram aprofundadamente. Aos trabalhadores dos equipamentos de saúde, a invasão do discurso da gestão soa como uma separação entre a concepção/administração das práticas e a execução do trabalho em si, numa taylorização na produção do cuidado.

O processo de gerencialização do atendimento em saúde pública tecniciza o cuidado, hierarquizando os saberes: o conhecimento gerencial é encarado como preponderante na prática em saúde pública, secundarizando os saberes populares da comunidade e o saber fazer dos profissionais dos diferentes níveis de atenção em saúde. Tal processo ainda privatiza a ética e o agir em saúde, fortalecendo o conceito de qualidade privado, em que os clientes têm direito de ter suas exigências atendidas. Tal direito privatizado não se ancora no direito público e na democratização dos serviços de saúde à população, mas em parâmetros que beneficiam privadamente o usuário que utiliza o serviço. A princípio, seguindo as diretrizes do SUS (integralidade, intersetorialidade, democratização, respeito à territorialidade), a postura esperada do usuário do serviço é a do cidadão protagonista do território, que tem o direito social da saúde atendido, mas que se compromete coletivamente com projetos do

equipamento de saúde, estreitando os laços com esse equipamento de saúde e zelando para a melhoria dele, uma vez que pertence à comunidade atendida.

Em pequenas prefeituras, no interior do Brasil, a cultura política de troca de favores coloca algumas comunidades na condição de clientes, na medida em que há uma orientação informal dos gestores de que as exigências desses clientes devem ser atendidas a qualquer custo, mesmo que conflitem com os procedimentos técnicos dos profissionais. Disso decorrem problemas que, ao mesmo tempo, servem de analisadores para a compreensão do território atendido por aquele equipamento de saúde. As interferências do tradicionalismo político esbarram nas possibilidades de práticas que poderiam ser resultado de debates entre os protagonistas da saúde pública: desde os profissionais envolvidos até a comunidade usuária atendida.

Privatizar as relações entre usuário e equipamentos de saúde torna o sistema de saúde menos humano, mais afastado das demandas reais da população atendida. Deixar a critério de cada cliente julgar se o tratamento foi satisfatório, pode inverter alguns valores essenciais do SUS. Não se trata de julgar se o atendimento agradou ou não o cliente, mas, sim, se ele atende aos princípios coletivos e democráticos do SUS. A aproximação entre equipamento de saúde e usuários se faz necessária para se garantir o controle social em relação ao serviço. O atendimento ofertado deve servir ao público, ou seja, dar um atendimento que seja democrático, ético e extensivo igualmente a todos os cidadãos.

Artigo
Recebido: 30/12/2014
Aprovado: 11/05/2015

Keywords:
Influence ,
Consumerism,
Public Health.

ABSTRACT: In postmodern social life, the necessities created by consumerism , the individual is sensitized least in relation to collective interests in general. Our aim is theoretically discuss the new privatized ethics user of public health services, sometimes putting in citizen's condition, sometimes customers. We assume that the user perception as a client follows the individualist and privatizing principles, which prevents him from performing more complex analyzes and criticisms of the public health system as a whole . From an involved and committed analysis with public ethics, which values and believes in the potential of the team, defend the formation of citizens through debates that problematize their practices by instituting groups that separate with the global marketing and production order of subjectivities.

Referências

ACIOLE, Giovanni Gurgel. A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado. Campinas: Hucitec, 2006.

BAUDRILLARD, J. Sociedade do consumo. São Paulo: Elfos, 1995.

BAUMAN, Zygmunt. Vida para consumo: a transformação das pessoas em mercadorias. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

BAUMAN, Zygmunt. Modernidade líquida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

BAHIA, Lígia. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de conveniência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSHMAN, Sílvia; EDLER, Flávio Coelho e SUÁREZ, Julio Manuel (org.) Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 407-450.

BATISTA F. J. Participação da Comunidade no SUS e Conselho Nacional de Saúde: uma experiência que agoniza. 2012. Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br>>. Acesso em 25 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. ABC do SUS Doutrinas e Princípios. Brasília/DF. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Normas para Pesquisa envolvendo Seres Humanos: Resolução no 196/96 e outras. Brasília/DF. 2003.

_____. Constituição da República Federativa. 4 ed. São Paulo: Rideel, 1999.

_____. Portal da transparência. Disponível em: <<http://www.portaltransparencia.gov.br/controlSocial/OrcamentoParticipativo.asp>.2014>. Acesso em 25 set. 2014.

BOING A.F et al. Itinerários terapêuticos e o mix público-privado na utilização dos serviços de Saúde. Produção de conhecimento regional e informação técnico-científica em saúde suplementar para a região Sul do Brasil. 2007.

CARNEIRO, A. O. et al. Conferências municipais de saúde passo a passo. Brasília, jul. 2003. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/instrumento/arquivo/.03_Cartilha_passo_a_passo.pdf> acessado em 28 set. 2014.

CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. Ciência & Saúde Coletiva, v. 6, n. 2. Rio de Janeiro-RJ. 2001.

CASTELLS, Manuel. A Sociedade em Rede. 3 ed. São Paulo: Editora Paz e Terra S.A.,1999.

FAVERET, P, OLIVEIRA, P. J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. Planejamento e Políticas Públicas. 3: 139-62, 1990.

FEUERWERKER, L.M. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FIGUEIREDO, M. A. C. Profissionais de Saúde e AIDS: um estudo diferencial. *Medicina Ribeirão Preto*, Ribeirão Preto, v. 26, n. 3, p. 393-407, 1993.

FLEURY, S. Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. 252 p.

GADE, C. Psicologia do consumidor e da propaganda. São Paulo: EPU, 1998.

GALLO, S. Política e cidadania. Ética e cidadania: caminhos da filosofia. 10 ed. São Paulo: Papyrus, 2002. p.25.

GAULEJAC, V. Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social. São Paulo: Ideias e Letras, 2010.

GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Caderno de Saúde Pública*. V. 20, n. 6. Rio de Janeiro - RJ. nov/dez 2004.

GIDDENS, Anthony. A vida em uma sociedade pós-tradicional. In: GIDDENS, A.; BECK, U.; LASH, S. *Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna*. São Paulo: Editora UNESP, 1997.

GUIZARDI, F. L. et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. *Revista de Saúde Publica*. v. 14, n. 1. Rio de Janeiro-JR. 2004.

GUIZARDI, L. F.; PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. *Ciência e saúde coletiva*. v. 11, n. 3, p. 797-805. Rio de Janeiro-RJ. Set 2006.

LIPOVETSKY, G. A felicidade paradoxal: ensaio sobre a sociedade de hiperconsumo. São Paulo: Companhia das Letras, 2007. 402 p.

MANCEBO, D. et al. Consumo e subjetividade: trajetórias teóricas. *Estudos de Psicologia*. 2002, 7(2), 325-332. 2008.

MARCUSE, H. A ideologia da sociedade industrial. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1968.

MERHY EE, ONOCKO R. (Org). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec; 1997.

RETONDAR, A. M. A (re)construção do indivíduo: a sociedade de consumo como “contexto social” de produção de subjetividades. Sociedade e Estado, Brasília, v. 23, n. 1, p. 137-160, jan./abr. 2008.

SANTI, Pedro Luiz Ribeiro de. Desejo e adição nas relações de consumo. São Paulo: Zagodoni, 2011.

SENNETT, R. A corrosão do caráter: as conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo. Rio de Janeiro: Record, 1999.

SILVA, Maria Suely Paula da. As inquietações da modernidade. 2004. Disponível em: <<http://www.cefetrn.br/dpeq/holos/anterior/artigos/art13.htm>>. Acesso em: 16 set. 2014.

SILVA, A. O. Organizações Participativas e a Deliberação da Política Pública de Saúde: Um Estudo Comparativo de Conselhos de Saúde em Porto Alegre (Brasil) e Montevideu (Uruguai). 2007. Disponível em: <http://nutep.ea.ufrgs.br/pesquisas /ORGANIZACAO_PARTICIPATIVAS_SEMEAD.doc>. Acesso em 28 set. 2014.

TOCQUEVILLE, Alexis. Igualdade social e liberdade política. São Paulo, Nerman, 1988.

SPOSATI, A.; LOBO, E. Controle social e política de saúde. Caderno de saúde pública. v. 8, n. 4, p. 366-378. Rio de Janeiro. Dez./ 1992.

VALLA, V. Educação, saúde e cidadania: investigação científica e assessoria popular. Caderno de Saúde Pública. V.8, n. 1. Rio de Janeiro-RJ. jan/fev. 1992.