

Por um planejamento das práticas de saúde

For a health practice planning

Jairnilson Silva Paim¹

Identificar problemas, apresentar questões e desafios, formular perguntas, produzir conhecimentos e experimentar alternativas no ensino, pesquisa e extensão constituem os elementos centrais do trabalho acadêmico. A reflexão teórica, a elaboração de conceitos e a exploração de metodologias pertinentes a um dado objeto podem ajudar a responder as perguntas formuladas, além de contribuir para a produção de conhecimento técnico-científico e a fundamentação e derivação de tecnologias.

A planificação e gestão em saúde (P&G), enquanto área disciplinar do campo da saúde coletiva, não tem sido alvo de um estudo mais sistemático quer sobre o seu objeto, quer sobre os seus métodos e técnicas, tal como tem ocorrido com a epidemiologia no Brasil. Não obstante as contribuições teóricas individuais de autores brasileiros (Schraiber, 1990; Giovanella, 1990; Artman, 1993; Teixeira, 1993; Rivera, 1995; Gallo, 1995; Merhy, 1997), consideradas da maior relevância para tal estudo, ainda deverá ser feita uma reflexão epistemológica sobre a área.

O texto “Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde: Identificando Problemas”, preparado por profissionais do Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa, vinculado ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, registra tal lacuna e aponta a necessidade da realização de uma pesquisa histórico-epistemológica específica. Os autores, então, levando em consideração a delimitação provisória da área, a partir da produção brasileira sistematizada por Teixeira e Sá (1996), tematizam o planejamento, a gestão e a avaliação em saúde não pelos vazios teórico-metodológicos mas através de questões e perguntas geradas no cotidiano de um serviço de saúde destinado à atenção primária. Este esforço representa um exemplo do trabalho acadêmico no momento em que se revela enquanto prática científica: transformação de um conjunto de referenciais teóricos, pressupostos, hipóteses, observações, dados, relatos e informações em conhecimento científico.

Privilegiando a “ponta” do sistema

Ao se privilegiar a “ponta do sistema”, isto é, uma unidade básica de saúde voltada para a atenção primária, levanta-se uma série de questões objetivas sobre o trabalho de saúde realizado neste nível (bem como suas dimensões subjetivas e intersubjetivas) e as possíveis implicações para a área da P&G. Tal problematização é construída considerando-se os processos de trabalho produtores diretos da assistência e dos cuidados em saúde (p.1). Assim, o texto entende o próprio planejamento e a gestão para além da doutrina e das técnicas que lhes conformam, ou seja, como a produção de um trabalho, que implica a organização e a realização de outros trabalhos com vistas à racionalidade produtiva dos serviços em seus diversos fins (p.1).

Muitas dessas questões já foram discutidas pelo grupo nas duas últimas décadas, mas as novas indagações, levantadas pelas pesquisas e pela reorientação das práticas voltadas para o “projeto da integralidade de saúde”, permitem aprofundar a reflexão teórica sobre P&G. Isto porque os autores identificam, ao lado da integralidade das ações, um conjunto de questões que podem ser relacionadas como problemas para o trabalho gestor: interdisciplinaridade das técnicas, interação entre multiprofissionais no trabalho em equipe e garantia de qualidade resolutiva da assistência, tanto como eficácia técnico-científica quanto como adesão e intercomunicação na relação direta entre os diversos profissionais e destes com os usuários dos serviços (p.1).

Estas questões representam em um dos componentes fundamentais para a construção e reorientação de sistemas de saúde os modelos assistenciais ou de atenção que vêm sendo objeto de preocupação, estudo e experimentação por mais de uma década no Brasil. Desde a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS) em 1986, a questão dos modelos de atenção já era identificada como uma das áreas-problema da organização social dos serviços de saúde no país.

No relatório final desse evento, foram identificados alguns problemas e propostas soluções para enfrentá-los. No caso dos modelos de atenção destacavam-se os problemas referentes à desigualdade no acesso aos serviços de saúde, à inadequação dos serviços face às necessidades, à qualidade insatisfatória e à ausência de integralidade dos mesmos. Como

¹ Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia

possíveis soluções poder-se-iam identificar as seguintes: o reconhecimento da saúde como direito do cidadão, a universalização e a equidade, a continuidade e a melhoria da qualidade dos serviços, além da integralidade da atenção.

Não obstante o caráter genérico de tais proposições, o entendimento de que a radicalidade da proposta da reforma sanitária residia nessa questão fez com que certos sujeitos sociais refletissem sobre os modelos assistenciais e desenvolvessem propostas alternativas com diferentes denominações: distritos sanitários, ações programáticas em saúde, oferta organizada, vigilância da saúde (Visau), etc. (Paim, 1999).

A teoria do processo de trabalho em saúde

É possível que muitas das propostas apresentadas estivessem vinculadas a noções construídas pela práxis diante da necessidade de se resolverem os problemas de saúde; porém, demonstravam potencial para se transformar em conceitos articulados à teoria do processo de trabalho em saúde (Mendes-Gonçalves, 1994). Esta teoria poderia facilitar a articulação dessas práticas sanitárias com as formas de organizar e gerenciar o conjunto dos trabalhos em saúde.

No texto sob exame, os autores avançam nessa teoria ao conceberem o trabalho como processo produtivo e como interação. Desse modo, procuram levar em conta *as articulações entre as ações de saúde, pelo que representam de ações estratégicas para a produção de cuidados e assistência, bem como as relações intersubjetivas, pelo que representam de ações comunicativas e partilhas de decisões* (p.1).

A intenção dos autores parece responder à crítica feita por Rivera (1995) ao enfoque estratégico do planejamento situacional porquanto Carlos Matus (1987) utilizaria a retórica comunicativa habermasiana, embora submetida a um agir estratégico que seria o cerne de tal abordagem. Por outro lado, procuram analisar a micropolítica do trabalho vivo em saúde, considerando a advertência de Merhy (1997) sobre a necessidade de se estudar a organização do processo de trabalho observando-se a discussão da subjetividade humana e as conseqüências das tecnologias “leves” e “leves-duras” para a planificação e gestão em saúde.

Paralelamente, o texto nos leva a pensar sobre as ações de saúde, ou seja, o conteúdo substantivo do sistema de saúde e não apenas o seu continente (estabelecimentos, rede de serviços, organizações, etc.), apesar de focar o planejamento, gestão e avaliação em saúde. Portanto, *as questões fundamentais são questões assistenciais bem próprias, como as da promoção da saúde e prevenção primária, relativamente a outros níveis de prevenção, e tratamentos de recuperação clínica básica, relativamente a outros níveis de intervenção médica* (p.3). Este ponto de vista diverge daqueles apresentados em outros textos e reflexões sobre P&G no Brasil que privilegiam “objetos-meio” como recursos financeiros, materiais, “informativos”, etc., em vez de “objetos-fim” (intervenção, assistência, acolhimento, cuidado, etc.).

Na realidade, a ênfase dada à questão assistencial pelo grupo da USP reflete a expressão concreta de um trabalho acadêmico que, ao tomar como referencial teórico o processo de trabalho em saúde, possibilita transitar pelas interfaces entre o planejamento e a gestão. Se o processo de trabalho em saúde realiza-se sob determinadas relações sociais (processo de produção), o sujeito está presente em distintos momentos desse processo (objeto, meios/tecnologias e trabalho propriamente dito); assim, permite recuperar o agente das práticas de saúde como “sujeito-agente” capaz de interagir comunicativamente com outros sujeitos portadores de necessidades de saúde.

Ao questionar a atenção primária como medicina da pobreza e a tecnologia apropriada como “intervenção sem saber e sem ciência”, o texto privilegia o primeiro nível de atenção do sistema de saúde; destacando a revalorização deste nível de atuação profissional, geralmente desqualificado como exercício da profissão em saúde para médicos, enfermeiros, assistentes sociais, odontólogos, nutricionistas, etc.

Muitos dos estudos publicados pelo grupo do Centro de Saúde Samuel Pessoa revelam faces distintas deste enfoque e encontram-se em condições de contribuir para a superação de certos obstáculos vivenciados pelos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família (PACS/PSF) e na implantação da vigilância da saúde (Visau); porém, os autores afirmam que não pretendem trabalhar novamente a proposta da ação programática e sim levantar as questões que a experiência lhes suscitou.

Da programação ao planejamento das práticas de saúde

A proposta de trabalho programático em saúde foi sistematizada sob a forma de teses apresentadas no II Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva em 1989 (Schraiber, 1990) em pleno ocaso das experiências dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS). Algumas dessas experiências conseguiram problematizar a questão da integralidade da atenção com a implantação de distritos sanitários (Paim, 1993; Teixeira & Melo, 1995); em outros casos aprofundou-se a dicotomia entre os programas especiais e a assistência médica individual (programação versus “consulta”) verificada desde a implementação das Ações Integradas de Saúde (AIS) a partir de 1983.

Como exemplo, o ocorrido no estado de São Paulo parece-me exemplar na medida em que o projeto reformista de Saúde Pública, desencadeado por Walter Leser na década de 70, promoveu a expansão do modelo assistencial sanitário centrado na programação, na qualificação e na criação da carreira do sanitário, bem como no preenchimento de cargos de direção da Secretaria Estadual de Saúde por este especialista. Posteriormente, com a absorção da demanda espontânea dos pacientes do Inamps pelos centros de saúde constatou-se uma falência desse modelo sem que fosse viabilizado um modelo tecnológico alternativo. Para além do confronto de posições ideológicas entre “inampianos” e “sanitaristas”, a tese de doutorado de Mendes-Gonçalves (1994) estabelecia a fundamentação teórica para a busca de alternativas.

Na Bahia tal confronto não se fez de forma evidente. Em primeiro lugar, nunca tivemos um modelo assistencial sanitário plenamente implantado e com bons resultados. Em segundo lugar, os centros e postos de saúde sempre atenderam à demanda espontânea por assistência médica, mesmo antes das AIS. O que realizávamos de trabalho programático normalmente era a reprodução acrítica dos programas verticais do Ministério da Saúde, diversificados a partir da segunda metade da década de 70. Portanto, a questão da integralidade posta pela implantação dos distritos sanitários em 1987 passou menos por confrontos ideológicos e mais pela resistência e luta política na organização dos processos de trabalho nas unidades de saúde. Nesse sentido, o estudo de Mendes-Gonçalves (1994) foi funda-

mental para a compreensão daqueles processos (Paim, 1996) que não se esgotavam nas questões de planejamento e gestão de recursos.

Atualmente, a Visau pode representar o modelo assistencial alternativo, ou seja, uma combinação de tecnologias voltadas para o enfrentamento continuado de danos, riscos e determinantes de problemas de saúde selecionados. Pode representar a possibilidade de intervenção, além da análise e monitoramento dos perfis de morbi-mortalidade e de riscos, bem como de seus determinantes. Tal como a *ação programática em saúde*, tende a levar o planejamento para a intimidade das práticas de saúde incidindo sobre o seu núcleo central: o processo de trabalho em saúde e o conjunto das relações sociais que o constituem.

O estudo de Vilasbôas (1998) reitera a necessidade de se examinarem as interfaces entre gestão e processos de trabalho em saúde, como proposto pelos companheiros da USP nos anos 80. A sua potencial expansão através do *Projeto VIGISUS – Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde* do Ministério da Saúde pode beneficiar-se da reflexão sistematizada neste texto em discussão.

A expressão vigilância em/à/da saúde representa, a prática de um conceito (Althusser, 1978) que reivindica um trabalho teórico para elevá-lo à condição de conceito para auxiliar na compreensão dos limites e possibilidades de sua incorporação no cotidiano dos serviços de saúde e de outras organizações; desse modo, poderia engendrar distintas ou inovadoras práticas articuladas a projetos político-ideológicos voltados para a totalidade social. Esse esforço, entretanto, deve ter o propósito de delimitar os componentes mais ideológicos da proposta da Visau para que não se torne uma doutrina ou seita pretensamente iluminista, com certo apelo retórico porém com pouca efetividade prática. Não se pretende com isso recusar o movimento ideológico subjacente à proposta que pode ter relevante dimensão estratégica, mas sim registrar o interesse de não se limitar a defender posições em vez de produzir conhecimentos que contribuam efetivamente para reorientar os modelos de atenção à saúde e para resolver problemas da realidade e não meros esquemas, desejos e abstrações.

A produção científica do grupo da USP sobre o trabalho programático em saúde refletida no texto em questão aponta alternativas para os que investem no desenvolvimento da

vigilância da saúde como um tipo de planejamento capaz de capilarizar-se pela intimidade das práticas de saúde. Conseqüentemente, tanto a ação programática quanto a Visau colocam-se para o gestor como opções tecnológicas para exercer a “boa prática” em saúde. Esta pode ser *operada segundo um modo de prestar os serviços que cumpra tanto com as expectativas de consumo das sociedades estruturadas na forma mercado, quanto com as expectativas políticas e éticas da máxima distribuição deste benefício que constitui a assistência à saúde e das conquistas do direito à saúde com base na reforma sanitária brasileira* (p.5).

Os desafios atuais do gestor público da saúde são de grande complexidade, como acentuam os autores. Se entre 1950 e 1975 podia-se considerar o “administrador em saúde pública” gerindo unidades de saúde, nos últimos 25 anos no Brasil vem se plasmando a figura do gestor da rede de unidades públicas de saúde em articulação com o setor privado. Para obter alta resolutividade e boa qualidade técnico-científica das ações o gestor público em saúde passa a requerer uma competência específica: *...incorporar todo o conhecimento científico já produzido e operado, hoje, nas diversas tecnologias de intervenção em medicina e saúde pública, porém, com crítico discernimento – de técnico e gerente – tal como necessário (e como convém) para fazer frente à sua específica qualificação profissional. Esta, além de compreender as decisões quanto à intervenção apropriada nos processos saúde-doença nas duas esferas que agora se entrecruzam (individual e populacional), deve contemplar a administração da oferta e consumo dos serviços, no formato demanda individualizada por cuidados e outros serviços e que, ainda mais, se dispõe como consumo de bens em mercado* (p.6).

Aspectos metodológicos

O texto destaca certos movimentos da área de planejamento-gestão-avaliação no sentido de abordagens mais processuais das organizações, trazendo a interatividade e a comunicação dos sujeitos como objetos de reflexão e ação. Esse é um dos tópicos de fronteira da P&G registrados no texto que pode relativizar a ênfase na administração das coisas e criar tecnologias leves (Merhy, 1997) na condução de processos de trabalho em saúde. O trabalho, desse modo, passa a ser considerado analiticamente em sua dupla dimensão de ação

social: ação produtiva (racionalidade estratégica dirigida a fins) e ação comunicativa (interação social voltada para o entendimento).

No primeiro caso, os autores distinguem o “saber operante” (que orienta a aplicação da ciência) em relação ao “saber prático” (que, na atividade do trabalho, enriquece o saber tecnológico ou operante). O que na medicina é aceito como ciência e arte, na saúde coletiva passa a ser entendido como distintos saberes recriados no ato do trabalho (Schraiber et al., 1996). O caráter reflexivo desse trabalho em saúde tende a se afirmar, ainda mais, na área de P&G. *Recriar, assim, é sempre fato do âmbito prático e o saber prático fornece esse tipo de conhecimento que, se pode até mesmo corrigir o conhecimento teórico, vai mostrar outros caminhos da ação, que o saber tecnológico sistematiza, garantindo a ‘technicalidade’ do ato de trabalho.*

Ao planejamento do trabalho e sua gestão caberá, pois, lidar também com este componente do trabalho, ao mesmo tempo que deve zelar pela qualidade do produto objetivo do trabalho, lidando com a racionalidade técnico-científica de sua operação. Articular esses componentes do trabalho em saúde no momento que é processo particular e concreto em serviços dados é um dos problemas da gestão: conhecer melhor essas relações será, sem dúvida, uma questão (p.11).

No segundo caso, ressaltam a natureza ético-política da técnica e do trabalho, enquanto respostas a necessidades humanas e, simultaneamente, formas de sociabilidade: intenção técnica, ética e política em ato. Ao se examinarem os sujeitos em ação e em comunicação é possível vislumbrar a interação social e valorizar a intersubjetividade na explicitação de conflitos e na busca de entendimento. Este, ao meu ver, é um campo aberto a pesquisa em saúde coletiva, particularmente na apreensão da dialética entre o “saber operante” e o “saber prático” na área do planejamento-gestão-avaliação em organizações de saúde.

Os autores concluem que *a esfera própria do planejamento e gestão está, pois, em articular o político com o técnico-científico na produção dos cuidados assistenciais em saúde* (p.13). Acrescentaria que, além de uma “tecnologia de poder” e de uma técnica que ajuda a dispor, arranjar e processar outras técnicas, o planejamento pode ser um meio de auxiliar a interação entre os sujeitos (entre os profissionais de saúde no trabalho em equipe e entre estes e os cidadãos-usuários) no sentido de viabilizar um dado projeto ético-político para a saúde.

No caso do trabalho cotidiano de uma unidade de saúde, *a construção de um 'projeto assistencial comum' a todos os agentes que compõem a equipe de trabalho por meio de uma prática comunicacional, requer tolerâncias às diversidades e a permeabilidade ao novo, às mudanças, às críticas, o que, por sua vez, requer que os profissionais conheçam o trabalho do(s) outro(s) agente(s) e participem dos distintos momentos do processo de trabalho – planejamento, execução e avaliação* (p. 18). Todavia, nem sempre os formuladores de políticas públicas e os responsáveis pela elaboração de programas especiais de saúde têm dedicado atenção a tais aspectos. Ao contrário, vêm prescrevendo o trabalho de equipe como se fora uma panacéia capaz de solucionar, por si mesma, os problemas decorrentes da complexidade do processo saúde-doença em indivíduos singulares e no âmbito populacional.

Comentários finais

O texto finaliza discutindo as possibilidades existentes no tratamento de informações e em atividades de avaliação no sentido de favorecer a interação e o agir comunicativo nos serviços de saúde. Embora muitos pontos levantados ainda se constituam temas de investigação, ou mesmo objetos de experimentação, face ao estágio de desenvolvimento dos serviços públicos de saúde no Brasil, o propósito que orientou a elaboração deste número da Revista deve ser reiterado no sentido de acolher novas experiências e confrontá-las com o “estado da arte” da P&G.

Algumas palavras finais foram dedicadas às tendências atuais das políticas públicas, particularmente em função das novas relações entre Estado e sociedade no que concerne à regulamentação e a prestação direta de serviços, bem como as possíveis conseqüências éticas e políticas. Evidentemente essas tendências estão influenciando o planejamento, a gestão e a avaliação em saúde no Brasil, sobretudo no que se refere à crescente desobrigação do Estado em relação à saúde, com a busca de “alternativas” de gestão com denominações diversas: descentralização, privatização e organizações sociais. Entretanto, os autores apenas deixam o convite para o debate.

Mesmo sem pretender, nesse momento, aprofundar a discussão, registro que essas representam temáticas de alta relevância para a compreensão do “drama estratégico” (Testa,

1995) no que se refere ao processo da reforma sanitária brasileira. No caso da política de descentralização, por exemplo, verifica-se uma produção de estudos sobre a “municipalização da saúde”, não obstante o predomínio de enfoques descritivos, com reduzidos esforços analítico e explicativo. O privilégio analítico dado aos sujeitos sociais na implementação dessas políticas constitui um enfoque relativamente novo em termos de pesquisas sobre políticas de saúde, face ao predomínio de trabalhos voltados para questões consideradas mais estruturais como o papel do Estado, a acumulação capitalista, o financiamento, o repasse de recursos, etc., que praticamente ignoravam a possibilidade de os homens e mulheres tomarem iniciativas e, dentro das circunstâncias, fazerem História.

Do mesmo modo, o “SUS real”, seguramente distante do SUS democrático proposto pelo projeto da reforma sanitária brasileira, precisa ser melhor investigado, não para reiterar fundamentalismos como acusam uns, mas para distinguir estrategicamente os *programas de avanço* em relação aos *programas de abertura e de manutenção* (Testa, 1987); somente assim se justifica trabalhar tecnicamente com o possível, sem se perder a referência política quanto ao **necessário**.

Entendo que os profissionais de saúde, enquanto servidores do Estado, submetidos a determinados processos de trabalho, são capazes de elaborar representações sociais que interferem nas suas práticas e nas políticas de saúde. A questão teórico-metodológica a ser considerada é se o pesquisador vai submeter-se docilmente às aparências, expressas pelas consciências dos sujeitos produtores de discursos, ou se vai buscar a essência da sua ideologia (saber e prática) nas acomodações/reacomodações de sua práxis, articuladas ao extra-discursivo, ou seja, no conjunto estruturado de práticas sociais – econômicas, políticas e ideológicas. Mesmo reconhecendo que as representações sociais fazem parte do cotidiano, não creio que a pesquisa científica deva prender-se às suas redes de evidências. Pelo contrário, deve problematizar e explicar a lógica de organização dessa rede nos processos de planejamento, gestão e avaliação em saúde.

Inúmeras outras questões – teóricas, epistemológicas, metodológicas, técnicas, éticas e políticas – poderiam ser lembradas em relação ao presente tema, porém não foi objetivo

do texto, nem de meus comentários, exauridas. O esforço empreendido pelos autores atendeu, na minha opinião, ao propósito do convite dos organizadores deste número da Revista *Ciência & Saúde Coletiva*. Apontar os problemas constitui-se em um passo fundamental para o seu enfrentamento e superação. Docentes, pesquisadores, gestores, profissionais e trabalhadores da saúde estão convidados a percorrer esse caminho.

Referências

- Althusser, L. *Sobre o trabalho teórico*. Biblioteca de Ciências Humanas, 2ª Edição, 1978, p.63.
- Artmann, E. *O planejamento estratégico situacional: a trilogia matusiana e uma proposta para o nível local de saúde (uma abordagem comunicativa)*. Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1993. 222p.
- Gallo, E. (org.) *Razão e Planejamento. Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade*. HUCITEC/ABRASCO. São Paulo-Rio de Janeiro, 1995, 154p.
- Giovanella, L. Planejamento Estratégico em Saúde: uma discussão da abordagem de Mario Testa. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 6 (2): 129-153:1990.
- Matus, C. *Política, Planificación y Gobierno*. OPS, Washington D.C., 1987. 772p.
- Mendes-Gonçalves, R.B. *Tecnologia e organização das práticas de saúde: Características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo, Hucitec-Abrasco, 1994.
- Merhy, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E.E. & Onocko, R. (org.) *Agir em saúde: um desafio para o público*. Hucitec-Lugar Editorial. São Paulo-Buenos Aires, 1997 p.71-112.
- Paim, J. S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, E. V. (org.) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. Hucitec/Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro, 1993 p. 187-220.
- Paim, J.S. Processo de trabalho e Saúde Coletiva: A propósito de algumas das contribuições de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves para a Reforma Sanitária. *Divulgação Em Saúde Para Debate*, 14:10-12, 1996.
- Paim, J.S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: Rouquayrol, M.Z. & Almeida Filho, N. de. *Epidemiologia & Saúde*. 5ª ed. Rio de Janeiro MEDSI, 1999 p. 473-487.
- Rivera, F.J.U. *Agir Comunicativo e Planejamento Social (Uma Crítica ao Enfoque Estratégico)*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995. 253p.
- Schraiber, L.B. (org.) *Programação em saúde, hoje*. HUCITEC, São Paulo, 1990, 226p.
- Schraiber, L.B.; Nemes, M.I.B.; Mendes-Gonçalves, R.B. (org.) *Saúde do Adulto. Programas e ações na unidade básica*. HUCITEC, São Paulo, 1996 290p.+anexos.
- Teixeira, C. F. Planejamento e Programação Situacional em Distritos Sanitários: Metodologia e Organização. In: MENDES, E. V. (org.) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. HUCITEC/ABRASCO, São Paulo-Rio de Janeiro, 1993. p. 237-265.
- Teixeira, C.F.; Melo, C. (org.) *Construindo distritos sanitários. A experiência da Cooperação Italiana no Município de São Paulo*. HUCITEC/COOPERAÇÃO ITALIANA EM SAÚDE. São Paulo-Salvador, 1995, 107p.
- Teixeira, C.; Sá, M.C. Planejamento & Gestão em Saúde: situação atual e perspectivas para a pesquisa, o ensino e a cooperação técnica na área. *Ciência e Saúde Coletiva* 1(1): 82-103, 1996.
- Testa, M. Estrategia, coherencia y poder en las propuestas de salud. (1a. parte) *Cuadernos Medico Sociales* 38: 3-24, 1987.
- Testa, M.. Estrategia, coherencia y poder en las propuestas de salud (segunda parte). *Cuadernos Medico Sociales* 39: 3-28, 1987.
- Testa, M. *Pensamento estratégico e lógica de programação. O caso da saúde*. Hucitec/Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro, 1995, 306p.
- Vilasbôas, A.L. *Vigilância à saúde e distritalização: a experiência de Pau da Lima*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Salvador, 1998. 114p+anexos.

Desafios à gestão de sistemas locais de saúde

Challenges to management of local health systems

Eduardo Mota ¹

Ao abordar aspectos relevantes do “planejamento, gestão e avaliação em saúde”, Schraiber et al., apresentam um texto denso em que pontuam problemas considerados “desafios práticos e possíveis dilemas técnicos, éticos ou políticos” sob a perspectiva da gerência de unidades básicas e do cotidiano dos serviços na “ponta do sistema.” A contribuição dos autores, situada na interface entre processos de gestão e processos de trabalho assistencial, refere-se às inter-relações entre trabalho gestor e trabalho produtor direto de serviços. Dessa perspectiva, o debate do tema requer que se exponha e se analise adicionalmente alguns desafios da gestão da rede de serviços. Nesse nível, a função gestora se amplia para articular, mais especificamente, funções de governo

¹ Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia

com aquelas que dizem respeito ao trabalho no conjunto de unidades de saúde. O exercício dessa função requer o reconhecimento sensível de projetos políticos e projetos sociais dos profissionais prestadores de serviços, de governo, da população e das forças sociais que a representam.

O conhecimento e a discussão desses temas são especialmente necessários nos dias atuais. Convém lembrar que, entre janeiro e dezembro de 1998, a partir da implantação dos requisitos da norma ministerial de 1996 que trata da descentralização, 88% dos municípios se habilitaram. Nesse processo, os gestores de sistemas municipais de saúde assumem em graus diversos a responsabilidade sobre a rede de unidades e serviços que se encontrava sob gestão estadual. Novas e mais complexas funções são incorporadas ao elenco de tarefas de organizar sistemas locais, melhorar sua qualidade e oferecer serviços que atendam necessidades coerentes com o quadro epidemiológico e as condições de vida da população.

Para contribuir com o debate dessas questões, coloca-se aqui, inicialmente, que ao exercer funções de governo, gestores em saúde participam de momentos de decisão, nos quais as diretrizes políticas presidem o exame de problemas e situações e definem as possibilidades de intervenção e ação. Na dinâmica do estabelecimento dessas diretrizes e da sua constante adequação aos desdobramentos políticos, atuam forças sociais que modulam a formulação de planos e programas e a disponibilidade de recursos com que conta o gestor para implementá-los. Nesses espaços e tempos, o exercício da gestão do sistema encontra os desafios de fazer o conhecimento sobre a situação em saúde dirigir forças sociais e influenciar decisões. Dessa forma, põe-se a questão das relações entre o conhecimento sobre as condições de saúde, sobre as tecnologias, práticas de ação e cuidados e o exercício de poder em governo.

O enfrentamento do desafio da apropriação do conhecimento necessário e suficiente às decisões pelo gestor, e do desafio de articular esses conhecimentos às diretrizes de governo, ou de torná-las coerentes aos conhecimentos disponíveis, exige do gestor mais do que seu posicionamento como técnico ou profissional em saúde. Seu potencial em conhecer e comunicar fatos da realidade não se encontra somente em requisitos técnicos, mas na habilidade de promover interações que resultem

em compromissos dos atores do processo decisório com o reconhecimento e o atendimento de necessidades em saúde.

Nesse ponto se colocam as questões da disponibilidade e qualidade das informações de interesse em saúde, da sua análise e interpretação, e de que maneira as informações circulam nos momentos de análise da situação em saúde e de avaliação de resultados. Os aspectos abordados, que dizem respeito ao significado que essas informações têm para os que se dedicam ao cuidado direto, para gerentes e gestores, oferecem a medida das dificuldades que se enfrentam para fazer com que as informações relevantes componham o conteúdo das interações e das ações comunicativas para a decisão.

Além disso, avaliar de que forma e sob que condições o conhecimento é apropriado por usuários dos serviços de saúde, e por representações sociais diversas, que mantêm diálogo com núcleos decisórios de governo, torna-se condição para obter a visibilidade necessária dos problemas e situações de saúde que induza decisões.

Inserir-se também aqui, a reflexão que os autores apresentam sobre o papel do saber técnico-científico nas relações entre saber e trabalho e entre trabalho e os “modos de construção da vida social.” A condição de gestor apresenta o desafio de articular e direcionar intencionalidades. Visto de outra forma, trata-se de direcionar e aproximar a intencionalidade do saber técnico inserido no projeto social dos profissionais que o detém com o projeto social da comunidade a que servem.

É necessário examinar também que relações, a natureza e profundidade, os profissionais da unidade de saúde estabelecem ou mantêm com os usuários dessa unidade. E mais do que isso, trata-se de avaliar como essas relações se fundamentam, seja assumindo usuários como um conjunto de pessoas que individualmente procuram e necessitam dos serviços, seja no estabelecimento de um sentido de coletividade, em que seja possível reconhecer no conjunto de usuários um conjunto maior e mais complexo, que tem identidade sócio-cultural e perfil identificável de condições de vida e saúde. E, alargando os horizontes dessas relações, se poderia questionar se o gestor da rede de serviços identifica situações-alvo e trabalha no contexto das relações entre o sistema local de saúde e a comunidade a que serve.

Profissionais e gestores, estes na condição de técnicos em saúde, tendem a restringir a

identificação e a superação de problemas próprios da organização do trabalho nas unidades de saúde, as exigências da satisfação das intenções da técnica e do saber que dominam e das intenções políticas que têm, onde também se inserem seus saberes. O desafio posto aos gestores, portanto, no exercício de suas funções de governo local, é colocar as questões da organização do trabalho na perspectiva das intenções de satisfação de necessidades da população, de aspirações por qualidade de vida, para as quais o trabalho profissional é um dos instrumentos de realização.

O trabalho em unidades de saúde, entre aquelas que se organizam mais tradicionalmente pela assistência e cuidado individual direto, tem se modificado. Essas modificações são impulsionadas pela busca de modelos de atenção que adotem a promoção da saúde como eixo orientador de práticas e ações de atenção coletiva. Aos gestores que se mobilizam na direção da melhoria das condições de saúde da população, se colocam os desafios de inserir as expectativas de realização do trabalho profissional de natureza clínica no conjunto de ações e serviços orientado para a modificação do perfil de riscos de agravos e seus determinantes.

Para se colocar no limiar dessas mudanças é preciso reexaminar criticamente o cotidiano do trabalho nas unidades de saúde, na perspectiva de uma reflexão sobre sua constituição formal tradicional. É necessário indagar sobre o que significa a unidade de saúde, ou qual a sua destinação, por mais óbvia que pareça a questão, para superar as dificuldades de gestão que surgem de necessidades colocadas pela lógica de sua própria constituição. Nesse âmbito se colocam as questões do seu múltiplo significado, como espaço de trabalho profissional para o exercício do saber específico, como parte de um conjunto que se organiza em rede de serviços e como instrumento de realização de necessidades sociais. Recriar as práticas de serviços para responder a essas necessidades, alcançar resultados com os limitados recursos que se dispõem e promover a ação profissional criativa são os desafios de profissionais e gestores que têm compromisso com a transformação da realidade das condições de saúde.

Em busca de novos projetos coletivos

Towards new collective projects

*Ruben Araujo de Mattos*¹

Tomando como ponto de partida o processo de trabalho dos produtores diretos de assistência e cuidados em saúde, Lilian Schraiber e colaboradores foram muito felizes em indicar questões altamente relevantes para a nossa área. Dentre elas, selecionei duas ou três sobre as quais farei comentários pontuais, mas o farei a partir de um ângulo distinto.

Primeiramente, um ligeiro comentário sobre as mudanças no campo do planejamento, tal como o vejo. Do ponto de vista da docência, há algum tempo as disciplinas de planejamento de nossas instituições de saúde coletiva, deixando de lado a figura do planejador, vêm tentando capacitar políticos e gestores a aumentar sua capacidade de governo. A influência de Carlos Matus nesse sentido foi marcante e produziu a ênfase no planejamento feito por atores sociais, que governam ou tem a perspectiva de governar (planeja quem faz). Podemos decodificar o pressuposto básico deste modo de conceber o planejamento: dado um ator social e seu projeto de intervenção social (ambos supostamente claramente definidos e reconhecíveis), e dado um certo grau de controle deste ator social sobre certas variáveis chaves (um grau de governabilidade), podemos ampliar a sua capacidade de governo através de um certo enfoque de planejamento, como, por exemplo, o enfoque situacional. Nesta perspectiva, pelo menos alguns de nós temos nos empenhado em desenvolver e adaptar algumas ferramentas (tomadas ou não deste enfoque situacional) às práticas de formulação de políticas e de gestão pública de sistemas de saúde, e, em menor medida, de gerência de unidades públicas, ao mesmo tempo em que treinamos políticos, gestores e (em menor medida) gerentes. Parecia-nos, pelo menos em certo momento, ter se constituído uma clara coalizão política (diga-se de passagem, bastante heterogênea) que se engajou em um projeto comum – projeto esse definido em termos da imagem objetivo, necessariamente genérica, do sistema de saúde que se queria cons-

¹ Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro

truir, o SUS. Contudo, há que se reconhecer que na passagem do político ao assistencial tanto as identidades dos atores sociais como seus respectivos projetos tornam-se muito menos nítidos. Na ponta da produção direta dos cuidados e da assistência, os agentes costumam se identificar muito mais pelas suas inserções no processo de trabalho do que pelas suas vinculações político-ideológicas. Por outro lado, a tradução dos princípios gerais do SUS (como integralidade, a universalidade, ou mesmo as exigências de qualidade) no cotidiano dos serviços não é em absoluto unívoca. Nesse contexto de menor nitidez das diferenças entre os projetos e os atores, não é evidente a priori que aquelas ferramentas sejam as mais adequadas para o desafio posto para a gestão, a gerência e as equipes de trabalho nos serviços no âmbito do SUS, a saber: o de (re)criar projetos coletivamente sustentados, em um processo que não pode ser dissociado da (re)criação de novos sujeitos sociais dispostos por defender certas crenças e valores. Daí a tendência a um outro deslocamento no campo: ao invés de enfatizar as estratégias para a implantação de um projeto dado, passamos a enfatizar os processos comunicacionais através dos quais se constroem as identidades de sujeitos e os seus projetos.

Um segundo comentário incide sobre os rumos do SUS, campo de aplicação dos conhecimentos da área do planejamento em saúde. A ênfase municipalista da nossa constituição e o modo como a descentralização tem sido implementada no âmbito do SUS sugerem como cenário plausível (e não vou discutir aqui se tal cenário é ou não desejável) a multiplicidade de sistemas municipais de saúde, diferentes entre si tanto no que diz respeito à participação do setor privado na provisão de serviços no âmbito do SUS, quanto às diversas configurações de rede adotadas em cada sistema (por exemplo, menor ou maior importância dos centros de saúde como porta de entrada do sistema). Mas gostaria de destacar um ponto desta diversidade entre os sistemas únicos de saúde no nível municipal que me parece crucial para as questões tratadas no texto: a heterogeneidade dos modelos de gerência que tem sido experimentados. De um lado, vemos municípios tem experimentado introduzir dispositivos de gestão típicos do setor público em unidades privadas (como nos casos das intervenções em Santas Casas). De outro, um conjunto de experiências de gerên-

cia em unidades públicas tem introduzido de algum modo elementos típicos do setor privado, como, por exemplo – e aqui me limito a citar as exemplos experimentados em hospitais públicos situados no município do Rio de Janeiro, tais como estudadas por Machado (1999) – o modelo das organizações sociais, a criação de entidades de direito privado paralelas aos hospitais, a terceirização da gerência de unidades hospitalares públicas, a terceirização das atividades assistenciais hospitalares. Examinar comparativamente estas experiências “à luz dos princípios de justiça social que devem nortear a atuação do Estado na área da saúde” (Machado, 1999) é sem dúvida uma nova tarefa da nossa agenda de pesquisa.

Por outro lado, esta diversidade contribui para consolidar a distinção entre a figura do gestor do sistema de saúde – personagem que necessariamente integra o governo, e cuja atuação é inerentemente da esfera pública – da figura do gerente dos serviços de saúde ligados ao SUS – que não necessariamente integra uma certa coalizão governante, nem tampouco é necessariamente um servidor público. Nesse cenário, a passagem do político ao assistencial torna-se mais complexa. Se ao gestor cabe a responsabilidade política de zelar por questões como a integralidade, a universalidade, a qualidade dos serviços financiados publicamente, dificilmente conseguirá isto se não estiver imerso em um contínuo processo de negociação com agentes que não necessariamente se identificam com a coalizão governante que ele, o gestor, integra. Penso que o desafio posto consiste em (re)construir projetos coletivos no interior dessas cadeias de negociação contínua formadas por agentes com diversas identidades político-ideológicas e profissionais.

É nesta perspectiva que a construção de projetos assistenciais coletivos assume importância. Penso que é aqui que uma prática comunicacional pode ser útil. Mas não no sentido de produzir um projeto assistencial consensual na equipe. Tal consenso parece-me tanto inviável como indesejável. Uma das vantagens das práticas comunicacionais é a possibilidade de nos fazer entrar em contato com o diferente e com o discordante e de aproveitar elementos dessa diversidade para enriquecer nossa própria prática profissional. Isto é particularmente relevante quando lidamos com a emergência de novas questões relativas ao projeto assistencial, que frequentemente

aflorem a partir de certas indignações de uns poucos agentes com certos aspectos das práticas nos serviços que os demais tendem, pelo menos num primeiro momento, a considerar como dadas ou inerentes ao processo de trabalho: a impossibilidade de crianças brincar em uma enfermaria de pediatria, a dificuldade de se obter uma informação detalhada sobre o estado de saúde de um ente querido no pronto-socorro, etc. Por outro lado, há limites para a tolerância ao diverso. Se é certo que as traduções dos princípios gerais do SUS no cotidiano dos serviços não é unívoca, também é certo que elas são suficientemente claras para permitir reconhecer situações inaceitáveis. Do mesmo modo como um gestor municipal não pode decidir não aplicar mais a vacina Sabin em seu município, por exemplo, não há que se aceitar que um médico resolva não medir a pressão arterial das gestantes no pré-natal, ou não avalie a necessidade vaciná-las contra o tétano; nem é aceitável que profissionais, em conluio com funerárias, trabalhem no sentido de captar (quando não induzir) as mortes em um hospital, e por aí vai.

Dar voz às nossas indignações e ouvir as indignações dos outros parece um passo fundamental. Talvez outros não partilhem destas mesmas indignações e nem se sensibilizem com elas (e vice-versa). Mas há outros com os quais nos identificamos, e com os quais reforçamos elos com vistas à defesa de certos valores comuns. Estas novas alianças e novas perspectivas de ação só podem ser identificadas através do diálogo, e de um diálogo que permita tornar explícito tais valores. Penso que uma prática comunicacional é a mais adequada para tais tipos de embates, e isto pela possibilidade que traz de reconhecimento dos valores cotidianamente defendidos pelas práticas e atitudes de cada agente, e, conseqüentemente, na possibilidade de reconhecimento e de construção de novas alianças no interior da equipe, que cruzam as fronteiras das identidades profissionais e, porque não, certos traços das divisões político-ideológicas.

Mas para isso, talvez o diálogo deva se dar prioritariamente em torno do exame crítico das justificativas que os agentes oferecem para suas ações, e da análise de suas conseqüências (intencionais ou não). O que exige, para a viabilidade, que nos habituemos a ser, no mínimo, tão críticos das justificativas que nós mesmos oferecemos para nossas práticas quanto somos das práticas dos demais agentes. Mas

talvez exija também que usemos a expressão “racional” em um sentido um pouco diverso daquele tão freqüentemente associado ao planejamento – ligado ao metódico, à aplicação de critérios, à capacidade de previsão e controle. Afinal de contas, como nos lembra Rorty, também utilizamos o termo “racional” para designar um conjunto de virtudes: “a tolerância, o respeito pelas opiniões à nossa volta, a disposição para escutar, a confiança na persuasão mais que na força” (Rorty, 1997, p.57-58). Talvez estejamos a buscar um planejamento mais “racional” neste segundo sentido.

Referências

- Machado CV 1999. *Contexto, Atores e Instituições: um Estudo Exploratório acerca de Novas Modalidades de Gerência nos Hospitais Públicos no Município do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Medicina Social/UERJ, Rio de Janeiro, 189 pp.
- Rorty R 1997. *Objetivismo, Relativismo e Verdade*. Escritos filosóficos, vol.1. Relume-Dumará, Rio de Janeiro.

Problemas atuais do planejamento e gestão em saúde

Contemporary problems in planning and managing health services

Juan Stuardo Yazlle Rocha ¹

Para tecer alguns comentários acerca do trabalho: *Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde: Identificando Problemas*, devemos inicialmente fazer algumas considerações acerca dos seus autores. Estes pertencem a uma relevante escola do pensamento da medicina social na América Latina, onde a elaboração de conceitos, o exercício da crítica e a análise histórica social deixaram marcantes contribuições. Não raro seus trabalhos teóricos – densos e profundos – despertaram desalento em muitos leitores e dificuldades extras pelo estilo de escrever, exercitando idéias e conceitos – indo, voltando, conferindo, contestando, discutindo, inserindo comentários e argumentos, objetivando o subjetivo e subjetivando o objetivo – tudo isso *em bloco*. Porém sempre coerentes, galgando dificuldades e, sobretudo,

¹ Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP

procurando estabelecer pontes entre o pensar a nossa realidade e a análise das práticas (incluindo as próprias) procurando significados ocultos, não perceptíveis aos menos avisados.

O trabalho ora em discussão pertence a esta tradição; assim, seria desnecessária a advertência de que o trabalho foi realizado desde a perspectiva dos autores, docentes-trabalhadores-pesquisadores, militantes num Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo e que, portanto, estas circunstâncias impregnam a análise. Os problemas que levantam são importantes e gerais: a integralidade das ações, a interação no trabalho de equipe multiprofissional, a resolutividade da assistência – incluindo a eficácia técnico científica e a comunicação entre sujeitos – e, a recuperação deste nível de atuação.

Todavia, talvez menos perceptível para leitores de outros estados, é o fato que o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde estagnou no município de São Paulo: a municipalização ainda não chegou, não houve integração dos sistemas públicos na rede municipal de saúde, a relação com os setores privados e com a população continuam da forma tradicional. Isto é mais significativo para nosso assunto em pauta – discutir os problemas do planejamento e gestão em saúde – se considerarmos que os municípios representam o setor mais dinâmico da saúde hoje no Brasil. Muito embora menos de 10 por cento dos municípios brasileiros estejam na gestão plena dos seus sistemas de saúde eles representam a vanguarda do SUS, e os locais onde podemos observar e pensar a saúde em marcha. Pensamos que esta situação pesou sobre os autores ao definirem a perspectiva de análise e suas reflexões. Provavelmente é por isto que está ausente do documento a principal estratégia para o desenvolvimento do SUS no Brasil, a municipalização e seu elenco de problemas e desafios. Não se debate o exercício da gestão integral da saúde, que hoje ocorre em maior ou menor grau nas localidades em gestão plena da saúde e que constitui, provavelmente o maior desafio para todos os que militamos na área da saúde: construir sistemas de saúde macro-eficientes – isto é, produzir políticas de saúde – ou planos diretores – com aplicação coordenada de recursos e atividades capazes de integrar inteligentemente ações sobre o meio ambiente, sobre a coletividade e nos serviços assistenciais; esta é a macro eficiência que fez o prestígio dos sistemas nacionais de

saúde em países desenvolvidos e outros do terceiro mundo. É tarefa difícil para nós que ainda não abandonamos nossos recortes entre saúde coletiva e/ou pública e a assistência à saúde (tradicional) nas nossas instituições acadêmicas e nem na nossa produção científica.

Provavelmente é por isso também que os autores utilizam o conceito de gestão como gerência – e discutem com pertinência problemas da gerência e da programação em saúde – viés que eles mesmos assumem junto com a sua situação de gerentes da ponta do sistema. Sinônimo de gerência, o conceito de gestão ganhou nova acepção na NOB 96, justamente voltada à implementar a gestão plena, onde se explicita que *independentemente da gerência dos estabelecimentos prestadores de serviços ser estatal ou privada, a gestão de todo o sistema municipal é, necessariamente, da competência do poder público. Assim, ... a gerência é conceituada como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde... Por sua vez, gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde... mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, ... são, portanto, gestores do SUS os secretários Municipais e Estaduais de Saúde e o Ministro da Saúde...* (vide NOB 96, item 4. Sistema de Saúde Municipal).

A amplitude do conceito é antecipada na caracterização dos campos que compõem a atenção à saúde: a) o da assistência... b) o das intervenções ambientais, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e trabalho, ... c) o das políticas externas ao setor saúde... Vale dizer, o desafio atual do planejamento e gestão em saúde é muito maior do que o assinalado no texto: se já era complexo ao somar ao papel tradicional do administrador à função de gerente do serviço (organizador da produção), agora temos a gestão na dimensão de coordenação do sistema, incluindo o público e o privado, os serviços e as ações extra serviços, os conselhos locais e municipais de saúde, sistemas de informações, etc. Visto assim, as questões da universalidade, equidade, integralidade, resolutividade, etc. ganham novos significados ao mesmo tempo em que as intervenções, planejadas ou não, produzirão efeitos potencializadores de soluções ou agravantes do desempenho do sistema. O mais relevante para nosso assunto em questão é que pela primeira vez temos a oportunidade prática de pensar a saúde pública como totalidade (integral) em suas relações com

as demais instâncias sociais e o problema de intervir (planejar) nos diferentes processos visando o desempenho final (gestão). Os instrumentos teóricos e metodológicos e as técnicas disponíveis nos permitem dar início a esta tarefa mas, desde logo, podemos visualizar carências e dificuldades – algumas certamente relacionadas com as questões levantadas pelo autores no trabalho em exame – como é o caso da articulação entre trabalhos na saúde e o desenvolvimento de bases consensuais, a integração de profissionais e as dinâmicas interativas dos trabalhadores, o compartilhamento de informações.

Outro grave problema do nosso incipiente sistema de saúde é a micro-ineficiência; nos serviços de saúde é freqüente observarmos que o trabalho ocorre em condições de grande tensão originada pela pressão da demanda excessiva, pela falta de recursos, pelas condições de trabalho insatisfatórias e os problemas salariais. As maiores vítimas são os pacientes já que os serviços não têm condições para alcançar o desempenho desejado, ainda que com muito esforço e abnegação seja elevada produção de consultas, exames e prescrições porém sem resolutividade. É urgente e necessário adotar medidas que propiciem a *mudança do modelo assistencial* e que garantam a integralidade e continuidade da assistência, em cada unidade de assistência bem como ao longo do sistema assistencial. O Programa de Saúde da Família (PSF) parece ser a única proposta em condições de atender a estas necessidades; todavia é um modelo que requer uma série de cuidados para ter êxito: boa formação dos recursos humanos, adequada à região na qual deverão trabalhar; financiamento suficiente; serviços de referência estruturados e acessíveis; tecnologias apropriadas. Na realidade, trata-se de criar conhecimentos e tecnologias adequados a um novo processo de trabalho com objetivos novos, antes não cogitados. De outro lado, no que respeita ao conhecimento aplicado – as técnicas – este não se limitara às ações nos serviços mas deverá estender-se para agir na comunidade e com a comunidade. Aqui temos o cenário privilegiado para exercitar saberes operantes e criar saberes práticos, na linguagem do autores, tarefa que as instâncias acadêmicas timidamente assumem hoje em dia.

Muito pertinente a discussão acerca do conflito entre a autonomia do profissional médico e a necessidade de controle social. Nosso

modelo de contrato de trabalho na área pública é totalmente inadequado, sobretudo nas cidades grandes e de meio porte. Não há mecanismos administrativos eficientes para estimular o aprimoramento do trabalho, para diferenciar o bom do mau trabalhador. Creio que temos aqui um grande caminho aberto à incorporação de contribuições que emergem de outros setores: um primeiro, proveniente da economia da saúde, que discute pela via da teoria dos contratos mecanismos de regulação que visam a criar compromissos entre agentes (profissionais) principais (gestores) e a clientela estimulando o bom desempenho do sistema. Nossa fé excessiva no Estado gestor nos levou a desconsiderar as tentativas de reformas sanitárias representadas pela *competição administrada* (Suécia), o *mercado interno* no setor público (Reino Unido) ou os princípios que fundamentaram as Health Maintenance Organizations (Estados Unidos) anos 60, qualificando os mesmos de forma simplista como modelos de privatização neoliberais; a verdade é que algumas características dessas proposta já chegaram aqui como a substituição do financiamento por orçamento global pelo pagamento por produção.

Uma segunda vertente atende, como assinalado pelos autores, à crescente procura de elaboração da dimensão pessoal, do trabalhador e do usuário do sistema e da rede de interações que eles desenvolvem; nos primeiros as implicações são diretamente de interesse da gerência da saúde; nos segundos, trata-se de desenvolver a democratização da saúde pela via do **empowerment** – reforço à capacidade dos cidadãos em participar e decidir em questões da saúde – começando pelo direito de escolher o profissional, o laboratório ou o hospital onde o mesmo prefere ser atendido – até a influência que devem ter na escolha das autoridades de saúde ou na aplicação de investimentos. O controle social e a participação da população na construção do SUS foi de importância fundamental para o avanço dos dispositivos legais e para garantir o cumprimento de algumas diretrizes. Todavia falta muito a elaborar e desenvolver para construir uma cultura cidadã na saúde; são promissoras as contribuições provenientes da teoria da ação comunicativa (Habermas) ou da democracia dialógica Giddens (1996) como recursos para o fortalecimento da democracia e da coesão social.

Para finalizar lembremos que nossa visão dos problemas da saúde no Brasil hoje repre-

senta a convergência de duas perspectivas: a que associa os problemas ao nosso passado terceirmundista, da nossa falta de consciência cidadã, da não priorização da saúde, etc., e a outra que os vincula às expectativas de mudanças que integram o processo de transformação das nossas sociedades – processo de superação do socialismo de estado e do capitalismo – para ingressar na etapa pós-moderna. Se a destradicionalização e a reflexividade serão as marcas da futura sociedade, como assinalado por Giddens, a saúde não poderá deixar de cumprir a sua parte.

Referências

- Lafond JJ 1996. Teoría de contratos y economía de la salud. In *Gestión Sanitaria en el Siglo XXI*. Escuela Andaluza de Salud Pública, España.
- Giddens A 1996. *Para Além da Esquerda e da Direita*. Unesp, São Paulo.

O mal estar nas organizações de saúde: planejamento e gestão como problemas ou soluções? Health organizations and their discontents: are planning and management problems or solutions?

Marilene de Castilho Sá ¹

Mais do que identificar problemas e desafios para o planejamento e a gestão em saúde (e para os gestores) contemporâneos, o texto de Schraiber et al. – quando confrontado com a situação atual dos serviços de saúde no Brasil, particularmente os serviços públicos, e com o contexto social e político em que se inserem – nos instiga a radicalizar a reflexão no sentido do questionamento dos limites teórico-metodológicos e da validade ético-social desses saberes e práticas que se pretendem de intervenção/regulação social.

Chegamos ao limiar do século XXI com a sensação de que o fiel da balança entre Eros e Tanatos, em sua eterna luta instituinte do processo civilizatório, está pendendo muito favoravelmente para o lado do segundo, intensificando o mal-estar diagnosticado por Freud

ainda em 1930. Esta superioridade relativa (e, esperamos, transitória) do que poderíamos chamar “forças desagregadoras” do tecido social se manifesta, nos parece, através de um conjunto variado de sintomas, que há algum tempo já vêm sendo detectados por muitos autores que se ocupam dos problemas da sociedade contemporânea – para muitos “pós-moderna” – e, particularmente, da problemática do indivíduo na sociedade e suas organizações. Assim, a intensificação do individualismo, em detrimento da valorização do sujeito e da interioridade; o culto ao corpo (identificado à possibilidade de sucesso individual e utilidade social, num “narcisismo de morte”, onde cada um só consegue enxergar uma imagem idealizada de si mesmo, sem qualquer possibilidade de ligação com os outros) e a vontade de eficácia a qualquer preço (Enriquez, 1994a) são algumas das manifestações de Tanatos. Ao lado delas ou dando-lhes a moldura necessária para seu exercício, destacam-se a perda progressiva das referências ideológicas – além do declínio das ideologias duras, as sociedades contemporâneas encontram-se cada vez mais esvaziadas em sua capacidade de propor “ideais elevados” (Enriquez, 1994c) ou pateticamente incapazes de se pensarem como alguma coisa positiva, definindo-se apenas como “pós-alguma coisa”/“pós-modernas” (Castoriadis, 1992) – a prioridade total ao econômico (“tudo se compra, tudo se vende”), a obsessão pela modernização, a idealização da técnica e da tecnologia, a intensificação da produção, inclusive dos afetos (o sexual torna-se uma mercadoria como qualquer outra) (Enriquez, 1994c). Lévy (1994) nos fala de uma “fascinação pelo que funciona”, pelos utensílios/instrumentos que permitem responder rapidamente e, se possível, automaticamente a problemas delimitados, numa sociedade colocada sob o “signo da urgência”, onde tudo que se apresenta como uma exigência do sujeito, **especialmente a necessidade de tempo**, está condenado a ser rejeitado.

Além dessas características – e por causas delas, especialmente pela falta de referências e identificações – as sociedades ocidentais deste final de século e milênio são “sociedades sem pais” (Enriquez, 1994c), onde a indiferenciação entre gerações, entre sexos, por exemplo, reina absoluta, não havendo, conseqüentemente, possibilidade de interdições estruturantes (internalizáveis e constitutivas de sujeitos autônomos/criativos e responsáveis), mas apenas

¹ Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz

interdições repressivas, vividas como fruto de uma vontade de coerção arbitrária, cada vez mais inócuas – incapazes de impedir a violência, a agressividade, as tentativas de realização de desejos de onipotência, enfim, os comportamentos perversos. Enriquez (1994b) sugere que estaríamos passando de uma “civilização da culpabilidade” para uma “civilização da vergonha”. A primeira só é possível se existe um sentimento de culpa, independentemente de o ato culpável ter sido perpetrado ou não. Tal sociedade pressupõe, portanto, a luta, no interior de cada um de nós, entre a agressividade, a inveja e o amor, além do reconhecimento dessa luta. Tais sentimentos requerem um interesse pelos vínculos que nos ligam a nós mesmos, aos outros, à sociedade, ao cosmos... vínculos que, entendemos, permitem ao mesmo tempo autonomia e solidariedade. Já numa “civilização da vergonha”, todo ato repreensível pode ser realizado, desde que não seja descoberto. Como observa Enriquez, tudo está no ato e em sua visibilidade. *A vergonha não toca o indivíduo em sua intimidade, mas o toca em seu ser social, em sua aparência. (...) Quanto mais vivermos no mundo do fazer e da aparência, mais a civilização da vergonha se imporá e a culpabilidade ligada à interioridade desaparecerá.* (Enriquez, 1994b:52). Os exemplos são inúmeros e vão desde a proliferação (sem culpa) entre atletas de práticas que permitem ganhar através do uso de produtos químicos proibidos até o crescimento assustador da corrupção em todas as esferas da sociedade e no poder público.

Numa linha de discussão análoga, Dejours (1999) nos fala da “banalização da injustiça social” ou, mais precisamente, da “banalização do mal”, processo através do qual haveria uma tolerância social cada vez maior para com o mal, as injustiças, os sofrimentos inflingidos a outrem em nossas sociedades. Tal tolerância não resultaria da mera resignação dos indivíduos ou de um sentimento de impotência diante de processos que os transcendem ou julgam inevitáveis, mas funcionaria também como uma defesa contra a consciência dolorosa da própria cumplicidade e responsabilidade no agravamento da adversidade social.

Ora, de que nos serve todo este quadro? Longe de qualquer visão apocalíptica (e ainda acreditando na superioridade de Eros sobre Tanatos), o que buscamos são elementos que nos ajudem a compreender (e a superar o sentimento de perplexidade e impotência so-

bre) algumas questões cruciais que se colocam para a atenção à saúde no Brasil. A insuficiência de recursos financeiros e as políticas deliberadas de sucateamento do setor público de saúde explicam apenas em parte e muito superficialmente a **progressiva e brutal desvalorização da vida, individual e coletiva, na sociedade e, especificamente, no âmbito dos serviços de saúde**. Assistimos a uma situação de crescente “banalização” da dor e do sofrimento alheios, onde a apatia e a omissão dos profissionais é apenas uma faceta. Impera a falta de ética, de respeito e de solidariedade na relação entre profissionais de saúde e usuários/pacientes e entre os próprios profissionais. Por sua vez, a incapacidade de muitos profissionais de saúde (dos médicos aos atendentes e pessoal administrativo) de reconhecerem e se solidarizarem com a dor e sofrimento alheios e, mais ainda, sua capacidade de até mesmo causar o sofrimento, a dor e a morte de outros residiria, se formos buscar argumentos em Dejours (1999), na impossibilidade de lidarem com seu próprio sofrimento psíquico, resultante da forma como se dá seu processo de trabalho e do funcionamento das organizações onde se inserem. De todo modo, há um cinismo generalizado na negação do sofrimento alheio, no tratamento do outro como um evento estatístico ou burocrático.

É somente neste quadro, ou seja, tendo todo o exposto até aqui como pano de fundo, que podemos considerar os desafios identificados por Schraiber et al. para o gestor contemporâneo em saúde (garantir a universalidade e equidade, possibilitar a participação popular e profissional, lidar com a integralidade, obter resolutividade e boa qualidade técnico-científica das ações) como sendo, de fato, grandes desafios. Em última instância, o cumprimento ou operacionalização de tais princípios (ou, mais realisticamente, a possibilidade de diminuir a distância entre eles e a situação dos serviços de saúde no Brasil) depende muito menos de soluções técnico-científicas e econômicas e mais da possibilidade de abertura ou desencadeamento de processos sociais e intersubjetivos de criação/recriação constante de acordos, pactos, projetos coletivos, sempre conjunturais e transitórios, que representem a eterna busca do ideal (necessária à vida, entendemos) mas sem cair na doença da idealidade, como nos ensina Enriquez (1994c). Isto significa que qualquer projeto institucio-

nal/organizacional, qualquer projeto assistencial não pode significar a homogeneização total, a negação do sujeito em troca de uma identificação absoluta ao grupo ou à organização em que se inserem, pois isto representa a morte do pensamento, da criatividade. Por outro lado, o peso do individualismo (e de sua capa coletivista, o corporativismo) – o peso do “narcisismo de morte” – é tão grande em nossas organizações de saúde que é preciso abrir “fendas”, provocar uma certa “descentração”, forçar o olhar para fora, para o outro (colega, paciente, cidadão...) para se poder melhor olhar para dentro. Cabe perguntar: nossas teorias, métodos, nossos saberes e tecnologias em planejamento e gestão nos habilitam a lidar com estas questões? Ou ainda: até que ponto mesmo os mais democráticos e participativos enfoques de planejamento e gestão não encerrariam uma pretensão onipotente de controle/condução de processos que resistem a ser aprisionados por quaisquer “tecnologias de poder” (para usar uma expressão trazida pelos autores para qualificar o planejamento)?

Ao privilegiarem a análise das interfaces entre o planejamento/gestão e os processos de trabalho em saúde, os autores corretamente identificam no trabalho uma dimensão que extrapola a ação instrumental, produtiva. Reconhecem o trabalho também como ação comunicativa, interação social. (Mais do que isto, podemos dizer que o trabalho tanto pode ser possibilidade de sublimação, de criação, de constituição de sujeitos autônomos, como pode ser espaço de sofrimento (psíquico), de repetição, alienação e morte do sujeito). No entanto, ao adotarem o pressuposto de que a natureza ético-política da vida social se realiza através da técnica, da “técnica do trabalho” (o que para nós é apenas parcialmente correto, isto é, este é apenas um dos espaços de sua realização) acabam por restringir o que fazer do planejamento/gestão em saúde à dimensão instrumental do processo de trabalho em saúde. Caberia ao “planejamento do trabalho”, segundo os autores, e a sua gestão lidar com este componente do trabalho (sua técnica), ao mesmo tempo que zelar pela qualidade do produto objetivo do trabalho, lidando com a racionalidade técnico-científica de sua operação. Não nos parece que a complexidade das questões aqui levantadas – cuja solução é crucial para a qualidade do produto do trabalho em saúde – possa ser enfrentada a partir do interior da racionalidade ins-

trumental. E aqui se inclui a possibilidade de equacionamento da questão da integralidade das ações de saúde, posta como central pelos autores. Por outro lado, atribuir à possibilidade de integração de uma equipe multiprofissional ao fluir de um processo de comunicação sem problematizá-lo enquanto um processo que não é (ou não é exclusivamente) da ordem da consciência, da vontade, mas principalmente da ordem do desejo, das pulsões, também não nos parece ser suficiente para enfrentar os problemas e desafios que aí se colocam.

Muitas outras questões poderiam ser trazidas ao debate a partir da magnitude dos desafios ao planejamento e à gestão identificados por Schraiber et al. Os limites desses comentários no entanto não o permitem. Gostaríamos apenas de encerrar destacando a importância da discussão que os autores realizam em torno do deslocamento temático e metodológico do planejamento e gestão nos últimos anos. De fato, há um processo de deslocamento do interesse da área dos problemas macro para os micro sociais (o que, aliás, acompanha uma tendência geral das ciências sociais), bem como um relativo abandono, do ponto de vista metodológico, dos esquemas determinísticos/estruturais de análise, passando a ênfase para as abordagens mais processuais das organizações, onde se destaca a problemática do sujeito, das interações entre os indivíduos. Esta perspectiva reforça, obviamente, as preocupações que aqui trazemos. No entanto, julgamos necessário qualificar/diferenciar estas várias abordagens, identificando aquelas que efetivamente podem contribuir para a produção de sujeitos e de processos intersubjetivos criativos no âmbito das organizações, daquelas que pretensamente reconhecem as questões subjetivas como modo de obter indivíduos ao mesmo tempo conformados, adaptáveis e “inovadores”. Esta “gestão pelo afetivo”, como a denomina Enriquez (1997), tem levado a uma tal psicologização dos problemas que os indivíduos alienados – identificados passionalmente aos objetivos da organização, à busca da “qualidade total”, do “erro zero”, do “menor custo” – não são mais capazes de se perguntarem se o seu mau êxito é um efeito da estrutura ou dos modos de gestão e organização. Eles o vivem como um fracasso estritamente pessoal – o que é tão mais intensamente vivido quanto maior for sua onipotência narcísica.

Planejar, gerir, dirigir uma organização é, acreditamos, poder contribuir para (...) *fazer surgir(...) este sujeito humano, individual e coletivo, que sabe confrontar-se com o mundo e que não cai nem no narcisismo, nem no derrotismo.* (Enriquez, 1997:21). Uma tal gestão e uma tal organização são possíveis? Fica a pergunta e nossa concordância mais uma vez com Enriquez quando nos diz que o homem só poderá tornar-se ele mesmo quando não tiver mais medo de seu imaginário e se quiser, mesmo que num mínimo só, transformar a sociedade em que vive. *As sociedades que não sonham são sociedades que morrem.* (Enriquez, 1997: 22).

As reflexões aqui desenvolvidas se apóiam num processo de discussão e estudos que vêm sendo realizados junto com Creuza Azevedo, colega do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da ENSP, a partir de nosso interesse comum pela problemática do indivíduo nas organizações e pelas questões daí decorrentes para o planejamento e gestão em saúde.

Referências

- Castoriadis C 1992. *O Mundo Fragmentado. As Encruzilhadas do Labirinto III.* Paz e Terra, São Paulo. 294 pp.
- Dejours C 1999. *A Banalização da Injustiça Social.* Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro. 158 pp.
- Enriquez E 1994a. A interioridade está acabando? In Lévy et al./Machado et al. (orgs.) – *Psicossociologia: Análise Social e Intervenção.* Vozes, Petrópolis. 247 pp.
- Enriquez E 1994b. O Vínculo Grupal. In Lévy et al./Machado et al. (orgs.) – *Psicossociologia: Análise Social e Intervenção.* Vozes, Petrópolis. 247 pp.
- Enriquez E 1994c. O Fanatismo Religioso e Político. In Lévy et al./Machado et al. (orgs.) – *Psicossociologia: Análise Social e Intervenção.* Vozes, Petrópolis. 247 pp.
- Enriquez E 1997. Prefácio. In E Davel & J Vasconcelos (orgs.) – “Recursos” Humanos e Subjetividade. Vozes, Petrópolis. Segunda edição. 270 pp.
- Lèvy A 1994. A psicossociologia: crise ou renovação? In Lévy et al./Machado et al. (orgs.) – *Psicossociologia: Análise Social e Intervenção.* Vozes, Petrópolis. 247 pp.

O Planejamento em Saúde na construção de mudanças de modelo de atenção ao sistema único de Saúde (SUS)

Health planning concerning changes in the services provided by the Unified Health System (SUS)

*Claudio Gastão Junqueira de Castro*¹

O artigo central dos autores, que trata da problemática que emerge no processo de planejamento e gestão dos serviços de saúde, tem um referencial singular, na medida em que o olhar e a reflexão se estabelecem a partir dos processos de trabalho que geram atividades e cuidados em saúde que são produzidos e “consumidos” no âmbito do cotidiano de um Centro de Saúde em operação.

Não obstante esta dimensão que se apropriou para as considerações feitas no artigo, a sua pertinência, procedência e principalmente oportunidade está presente de forma inequívoca. Mesmo porque, no que se refere ao gestor ou gerente da saúde coletiva e de seus respectivos sistemas de saúde (em qualquer nível), a responsabilidade que se coloca atualmente (que é um grande desafio) é a de que, tendo um objeto a ser trabalhado (processo saúde-doença na população), há que se definir a estrutura/organização e as relações do sistema (serviço/processo gestão), tendo como referência, para tanto, a identificação e priorização dos problemas/necessidade da população a serem enfrentados, através de operações, que se traduzem como processos de trabalhos inovadores ou não, que se instalam na prática dos profissionais envolvendo atividades e cuidados assistenciais diversos na atenção à saúde dos cidadãos (Modelo de Atenção).

E na diversidade dos problemas ou problemática identificados e revelados pelos autores no processo de planejamento, gestão e avaliação em saúde, vale destacar aqueles referentes à dimensão do **Planejamento e Gestão; Técnica e Trabalho.**

Preliminarmente há que ressaltar, no sentido melhor situar a discussão e o debate a serem feitos em relação à temática, o fato de que está se tratando de “coisas novas”, daí a reite-

¹ Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

ração de que a problematização multidimensional e multivariada é revestida de importância.

Isto é, em termos de modelos de gestão e de atenção, tem-se que a própria Constituição e os demais atos administrativos decorrentes (Leis, Portarias, Normas Operacionais), propõe-se diretrizes, princípios, metodologias para a construção de um novo modelo tanto de gestão como de atenção, que são balizadores, e tem portanto caráter propositivo e não ratificador. E que na busca de sua implementação é inevitável que vêm a emergir “conflitos” ou deficiências ou insuficiências, que são problemas a serem resolvidos no âmbito da gestão do sistema e da gerência dos serviços. Aqueles que no artigo foram detectados e apontados, são de relevância, pois surgiram no “locus de operação” de maior magnitude e abrangência, que é a Unidade Básica de Saúde.

Ainda, preliminarmente, e agora enfocando a dimensão da construção do novo Modelo de Atenção e não a sua ratificação, há que se assinalar alguns conhecimentos e metodologias em termos de planejamento que atualmente estão dados, e que estão sendo utilizados em um grande número de municípios, na implantação dos sistemas municipais de saúde.

O planejamento em saúde sob o referencial do Planejamento Estratégico Situacional se constitui como um instrumento bastante útil e pertinente para a definição de “operações” ou seja dos **processos de trabalho** a serem introduzidos, inovados ou renovados no âmbito dos diversos serviços dos diferentes níveis do sistema.

Contudo há limites em termos de seu alcance, principalmente na definição, composição/conteúdo e combinação das possíveis ações a serem desenvolvidas pelos diferentes profissionais de saúde junto/para os usuários do sistema.

A flagrante limitação se emoldura em função da natureza do “problema” ou agravo a saúde que está se lidando.

Trata-se aqui, de uma tarefa, ou de um fazer com enfoque diferente, na medida em que o saber (técnico-científico) que deverá instrumentalizá-lo, é específico e variado em função daquelas naturezas diferentes dos agravos/problemas que está se lidando.

A **técnica**, portanto, considerada como a melhor combinação de ações (respaldadas pelo saber técnico e científico e socialmente aceitos) definidas inclusive também por critérios

que buscam uma racionalidade econômica, é uma tarefa que não está (nesta dimensão) contemplada nos chamados Momentos do Planejamento Estratégico Situacional, nem mesmo no Normativo bem como no Tático Operacional.

Vale dizer que está se entendendo, pois, que este conjunto de ações definidas e combinadas/articuladas, podem ser denominada de atividades, e que estas atividades, na dependência do conjunto de ações que a constituem podem se configurar como **atividades** ou **técnicas** que hegemonicamente poderão ser ou ter um caráter de promoção ou de proteção ou diagnóstico/tratamento e de reabilitação. E o conjunto destas atividades sistematizadas e articuladas e desenvolvidas periodicamente, definidas e redefinidas quais e tais para cada indivíduo atendido, pode ser considerada (sem prejuízo de outros entendimentos que não anulam este) como a atuação programática.

Se entendido assim, e se aceito assim, pode-se depreender que a atuação programática é uma estratégia também para se conseguir o desenvolvimento do que se chama de integralidade das ações.

Isto é de importância fundamental na perspectiva de se dar concretude aos princípios do SUS, dos quais este, da Integralidade das Ações, se coloca como uma característica desejável do sistema e do seu respectivo Modelo de Atenção.

Ou seja, o sentido da reforma do sistema, onde se diagnosticava como indesejável a dicotomia presente, ou o sub-setor público da administração direta desenvolvia através de seus serviços (Promoção/Proteção), e os do Ex Inamps (Diagnóstico/Cura) e do Ex INPS (Reabilitação) é o de que este conjunto de ações fiquem sob a responsabilidade e competência de apenas um único gestor (federal, estadual e municipal).

Esta abstração pode, pois, vir a ter concretude, através desta construção referenciada acima, a partir da Unidade Básica de Saúde.

É preciso lembrar também que não se esgota no âmbito do trabalho da UBS. o elenco possível de todas as atividades contidas nesta moldura da integralidade, por mais simples que sejam os problemas/agravos que vão ser objetos de intervenção dirigida (definida e especificada no “trabalho” do Planejamento Estratégico Situacional). Quer se dizer, por exemplo, para o enfrentamento da hipertensão arterial, tem-se que todo saber e o fazer (conhe-

cimento e tecnologia) até hoje produzido e acumulado, para a redução da sua morbidade, mortalidade, sofrimento, bem como para melhoria da qualidade de vida das pessoas, não se encontram totalmente disponibilizados no espaço e nos processos de trabalho de uma UBS. Existem muitos, mas não todos e ainda, como aponta o texto central, há problemas e conflitos inerentes ao seu desenvolvimento, a serem pensados e resolvidos.

E isto remete portanto à responsabilidade de gerentes/gestores se articularem política e estrategicamente, e interagirem, no sentido de conferir a complementaridade e a integralidade desejável e possível através das atividades para a redução ou minimização dos problemas e agravos, a partir da UBS, mas também nos outros espaços dos serviços que constituem o SUS (ou em outros setores), do município ou da região.

Neste sentido o componente estratégico do PES – tem relevância e pertinência.

E ainda e no mais é conferir o caráter coletivo da atividade que é individualmente “consumida”, e é através do conjunto de “fazer” e neste conjunto de serviços que a intervenção médico-sanitária articulada se concretiza, mas que, para tanto, exige do gestor decisão, compromisso e iniciativa.

gestão e gerência e a racionalidade estratégica em conflito com a atuação comunicacional, em razão das incertezas e autonomias que cercam este último agir.

É certo, pois, que, se adotarmos a noção de política como referida aos usos e realizações dos equipamentos e dispositivos de Estado, tanto quanto a concepção que a refere às relações dos indivíduos em sociedade com sua esfera pública, diremos que a valorização do político é um denominador comum de nossos debatedores. Lembram alguns de que se deva aprofundar o exame da municipalização, descentralização e outros processos nesta esfera da governabilidade dos sistemas de saúde. Outros lembram a dimensão ética e comunicacional necessariamente implicada na proposição dos modelos assistenciais.

Levando em conta todas essas advertências, acreditamos que elas assinalam na direção de se trabalhar ainda mais detalhadamente esta mediação representada pelo planejamento e gestão nas interfaces entre o trabalho e a política, o que mais uma vez é importante registrar de forma bastante clara.

Examinar essa mediação quer dizer que se há algo nessa forma de aproximação do planejamento e da gestão que *faz a diferença*, este algo está na possibilidade de nos perguntarmos se os problemas relativos à gestão não são também perpassados exatamente por aqueles relativos ao exercício cotidiano dos trabalhos assistenciais, deslocando nossa apreensão para a tomada desses últimos e do modo com que estão inscritos na esfera do planejamento.

Neste caso, a assunção de que governabilidade é sinônimo também de comunicabilidade, ou seja, a construção dos consensos e acordos, como formas da interação, de que modo não considerar que consensos e acordos também sejam atinentes à intervenção técnica assistencial? Claro está que neste plano encontra-se uma relação entre o agir estratégico e o comunicacional muito particular. A ação estratégica ligada à intervenção técnica sempre permeará o trabalho em saúde, posto que é um trabalho e não uma ação qualquer e, por isso, devemos entender a esfera dos acordos e consensos como relacionada ao reconhecimento da teleologia do trabalho; sua ação técnica como sempre orientada para certos fins. Tal aspecto representa também um reconhecimento de diferenças quanto às autoridades técnicas frente às decisões. Não porque se instaure uma diversidade de autoridades ne-

Os autores respondem

The authors reply

Primeiramente, gostaríamos de agradecer a todos e compartilhar o valor e a motivação que movem a todos nós no sentido de manter a produção viva em nosso campo e de debater criticamente suas questões. Também agradecemos à leitura atenta e cuidadosa que observamos no fato de que os comentários trabalham o texto em sua interioridade e relacionam-se com suas idéias por meio de uma interpretação bastante interativa.

Do conjunto dos comentários diríamos que, sob a perspectiva de caráter mais epistemológico, destacam-se as tematizações das relações trabalho – política; sujeito singular-socialidade e dialética objetividade – subjetividade. Dentro de uma preocupação de caráter mais prático, são presenças expressivas a governabilidade dos sistemas, os trânsitos entre

gadoras de técnicas ou tecnologias eficazes, mas pela divergência quanto ao julgamento ético e moral desta eficácia, pois, como sabemos, a diferença de autoridade técnica entre detentores de saber científico (técnicos) e detentores das necessidades em saúde (usuários e pacientes) são transformadas em desigualdades de poder de discernimento ético e social, isto é, de poder de escolha.

Assim não se trata de um embate quanto à técnica e sua validade ou sua verdade, mas da escolha entre possíveis técnicos; possíveis percursos de intervenção cujos resultados representam variações concretas de produto final e todos possíveis e corretos tecnologicamente, isto é, vidas restauradas ou adoecimentos evitados segundo qualidades diferentes de seguir vivendo nas condições sociais dadas de cotidiano. Que o digam todas as discussões atuais que a bioética traz exatamente nesta direção...

Assim, a introdução da discussão do agir comunicativo nas esfera desta racionalidade de intervenção necessariamente estratégica, ao subordinar-se à razão instrumental moderna, demanda uma reflexão própria em que a transformação de um agir estratégico em comunicativo não resulte em perda da instrumentalidade científica e tecnológica do trabalho em saúde..... desde que acordado!

O destaque à prática comunicacional é, pois, potencializadora da eficácia técnico científica, quando a ciência e a técnica passam do terreno da ideologia para a política.

No entanto, o exercício dessa passagem é também conexo e dependente de uma revalorização do sujeito e de suas questões, ou da questão do sujeito, sobretudo frente à aparente valorização deste, nos debates atuais, por meio de uma extensa discussão da subjetividade de fato reduzida à individualidade, seja como consumidor, seja como agente de práticas sociais. Como destacam alguns comentários, a perda das referências mais sociais terminam por desqualificar na problemática do sujeito, mesmo tratando de parte de suas questões, a conexão indivíduo – coletividade, o que, a nosso ver, desdobra-se, de fato, na perda não apenas da problemática da relação geral – particular na construção das singularidades, mas principalmente na perda das questões que derivam da dialética subjetividade – objetividade. Esta torna visível os conflitos e contradições entre os sujeitos e as estruturas, tanto quanto entre o indivíduo e a norma social, co-

locando a ambos como problema, em especial a relação entre eles. Uma valorização das questões do sujeito que simplesmente parta do produto interativo indivíduo-sociedade como algo já dado, pode fixar tais interações como externas às problemáticas do sujeito e assim – por esse “excesso de importância e valor” – torná-las uma não questão, o que do ponto de vista prático as destitui de valor e interesse de estudo. Este proceder, tão visível na racionalidade científica moderna, não é estranho, afinal, à própria história do sujeito como questão da ciência na modernidade. Fixado como um a priori exterior ao método, nas ciências positivistas o sujeito resta fora deste método, em sua relação com o objeto das pesquisas.

Alerte-se, então, que a radicalização politicamente importante e retoricamente eficaz que hoje se assiste nos olhares reformulados por dentro do planejamento e da gestão e que tanto prezam a questão do sujeito, não deveria subestimar a face das normatividades, das cristalizações, as quais podem ser processualmente dinamizadas exatamente por sua interface com seus agentes-sujeitos.

Se não resta dúvida que também ao gestor cabe propor espaços, tempos e modos de estimular a expressão concreta desses agentes-sujeitos, não há dúvidas que esse estímulo, para ser parte dos processos de realização das subjetividades destes homens e mulheres que se dispõem enquanto agentes da técnica, deve passar pela compreensão da normatividade dessa mesma técnica – normatividade que os tornou, socialmente, técnicos. A crítica e a recriação das utilidades sociais da técnica é dependente de seu domínio, sua apropriação como prática e práxis: valor, conhecimento e habilidade. Trata-se, então, de se recolocar, na esfera do sujeito, as relações deste com a sociabilidade. Isto também representará o esforço por superar nossa crença, ainda usual, de que a articulação sujeito singular – norma coletiva social seja uma antinomia. Superar essa crença no sentido de concebermos, ao invés da mera oposição, uma dialética de síntese: as normas são as prisões e as liberdades do sujeito. E nas práticas de planejamento e gestão, como mediação entre a vontade política, o valor ético e as estratégias dos fins a alcançar, é exatamente dessa síntese que se trata.