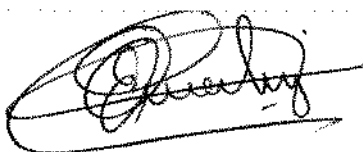


Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas, para obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva, pelo médico LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA CECÍLIO.

Campinas, 17 de novembro de 1993
Prof.Dr. Emerson Elias Merhy
-orientador



LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA CECÍLIO

" Inventando a mudança na Administração
Pública: reconstituição e análise de
três experiências na Saúde "

Vol. I

INVENTANDO A MUDANÇA NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA :

reconstituição e análise de três experiências na Saúde

Autor : Luiz Carlos de Oliveira Cecilio

Orientador : Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

DMES / FCM / UNICAMP

CAMPINAS , JANEIRO DE 1993 .

Dedico esta tese aos trabalhadores de saúde que compartilharam comigo as experiências que reconstituo e analiso

A Maria Haydêe de Jesus Lima, médica sanitaria, por tudo que aprendi com ela e por sua contribuição para a invenção da mudança na administração pública

Aos meus filhos Daniel, Tiago e Ana.

"In memoriam" de Adriana de Oliveira Cecilio e Joel Domingos Machado cujas mortes precoces enlutaram meu coração durante a elaboração deste trabalho.

TEXTOS TEXTOS TEXTOS
 malditas placas fenicias
 cobertas de riscos rabiscos
como me deixaram com os olhos piscos
 a mente torta de malicias
 ciscos

paulo leminski , em "la vie en close" .

ÍNDICE GERAL

APRESENTAÇÃO :

- falando sobre o sujeito	7
- movimento(s) sanitário(s) : dá pra falar de um sujeito?	10
- o Estado : nem representante dos interesses gerais da sociedade nem comitê executivo da Burguesia	13
- o modelo tecno-assistencial em defesa da vida	19

<u>CAPÍTULO I : Inventando a mudança na região :</u> reconstituição e análise da experiência do Departamento Regional de Saúde de Campinas (DRS-5).....	27
- a "etapa sindical".....	32
- a etapa de formulação de um modelo de gestão democrática para o setor saúde.....	43
- a etapa da reforma.....	56

<u>CAPÍTULO II : Inventando a mudança no município :</u> reconstituição e análise da experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba	64
- algumas informações sobre a gestão , financiamento e serviços da SMS de Piracicaba e sobre a prestação de assistência médica à população do município.....	66
- o desenho inicial do projeto	70
- a gestão do projeto	82
- o conjunto articulado de instâncias de decisão e de definição de diretrizes políticas para a SMS.....	84
- a gestão descentralizada dos serviços : dá para construir a utopia ?	97
- a avaliação e acompanhamento do projeto : pensando um sistema de direção alta responsabilidade.....	130
acompanhamento .	
- a institucionalização do projeto.....	153
- conclusões	164

<u>CAPÍTULO III : Inventando a mudança na instituição :</u> reconstituição e análise da experiência da Santa Casa do Pará.....	176
-algumas informações sobre a Santa Casa do Pará e sua história	177
- o desenho do projeto.....	182
- o sistema de direção da Santa Casa do Pará	189
- uma avaliação crítica do projeto e perspectivas para o	

future.....	210

<u>CAPITULO IV : Contribuições para a elaboração de uma teoria da administração da mudança do setor público</u>	219
- os livros ocultos.....	220
- os livros explícitos.....	227
- os livros-espelho.....	257

<u>CAPITULO V : Conclusões.....</u>	325

APRESENTAÇÃO

O tema inicial desta dissertação seria planejamento em saúde . Afinal , é disto que tenho me ocupado , tanto a nível de serviços como de docência , nos últimos anos . No entanto, ao organizar , com o cuidado que um trabalho acadêmico exige, o material empírico que apresento nos próximos capítulos , comecei a perceber que , de fato , eu estava debruçado sobre experiências que , mais do que "planejamento" , representam tentativas de mudanças da administração pública , especificamente na saúde . Revelavam esforços coletivos de inventar a mudança na administração pública .

A palavra planejamento foi perdendo , assim , importância no desenvolvimento do trabalho . Portanto , o problema que é tratado nas próximas páginas - e que se constitui no objeto desta investigação - poderia ser sintetizado da seguinte forma : como planejar e conduzir a mudança na administração pública direta, no seu setor denominado comumente de "social" , mais especificamente na Saúde . a partir do ponto de vista de um determinado sujeito político , denominado , no âmbito deste trabalho , de Movimento Sanitário . Este sujeito político , tem optado , nas últimas duas décadas , por uma estratégia de intervenção no aparelho estatal , como uma das formas -portanto não a única - de conduzir um determinado projeto político que lhe dá sua(s) singularidade(s) .

Trabalhar a mudança da administração pública , traduzida em novas formas de gestão e planejamento , coloca-se como ponto central para o projeto da Reforma Sanitária brasileira. Este , só pode ser apreendido no contexto das lutas políticas que se desenvolveram na cena brasileira das últimas duas décadas e , na sua dimensão mais radical , vinculado a um projeto societário socialista e democrático .

Assumindo , antecipadamente , que há um salto entre trabalhar o tema planejamento e o tema mudança da administração pública (este último mais abrangente e por certo mais exigente em relação ao autor) , não pude resistir ao imperativo que o material empírico me colocou . O que não

significa que não vá utilizar amplamente das contribuições que autores de "planejamento" aportam para o tema "mudança" . reconstituindo parte da discussão ocorrida sobre o tema , na América Latina e no Brasil , nos últimos anos .

Falando sobre o sujeito

Quando se trata de trabalhar com a categoria sujeito , só existe um ponto que é . pode-se dizer , consensual entre os vários autores que se ocupam do tema : usar o conceito de sujeito é mais um problema do que uma solução . Isto porque , o conjunto das teorias que enfrentam estas discussões não conseguem integrar , em um mesmo corpo teórico , as contribuições que se acumularam , ou seja , outras teorias e outros percursos . Uma explicação para esta multiplicidade de abordagens pode ser que a idéia de sujeito foi trabalhada , pelos vários autores , em contextos diferentes . O resultado disto tem sido uma heterodoxia na abordagem do tema que , embora possa ser considerada rica , traz riscos e portanto tem também suas fragilidades . Frequentemente é necessário o recurso a certas "ilhas de segurança" , que tanto podem ser solução quanto um empurrão para matrizes do tipo positivista.¹

Eder Sader , falando sobre o tema , nos diz que " poucas noções são tão ambíguas , carregadas de sutilezas e mal-entendidos como essa . Se num enunciado ela pressupõe a soberania do ator , num outro propõe sua sujeição . Em suma , da filosofia à linguística , passando pela psicanálise , pisamos num terreno minado , palco das mais acesas polêmicas"².

Maria Helena G. Castro recolhe de Pierre Muller a definição de que atores seriam "aqueles indivíduos ou grupos que ocupam posição estratégica no sistema de decisões e que respondem , no processo de formação de políticas , pelas funções de articulação do campo cognitivo e do campo de poder. Enquanto mediadores são eles que definem os temas do debate e do quadro intelectual no qual se desenvolvem as negociações , alianças ou conflitos que permeiam as tomadas de decisões . No plano intelectual , são os responsáveis pela construção de um referencial ou visão de mundo que condiciona a percepção com que outros atores secundários intervêm no sistema de decisão e no processo de implementação de políticas . No plano do poder , são os articuladores da nova hierarquia que se instaura entre os contendores , impondo inclusive a hegemonia de um grupo com liderança do processo de decisão".³

Estas questões levantadas pela autora (formuladores x decisores x implementadores) são trabalhadas com mais profundidade por Merhy , ao reconstituir a configuração das políticas de Saúde Pública , no estado de São Paulo , entre 1920 e 1948 . Para ele , o que possibilitaria esta

reconstituição seria exatamente a compreensão da "articulação entre formuladores de políticas e os sujeitos políticos que efetivamente decidem e implementam a 'institucionalização' de determinadas ações do aparato público, tendo em vista que é neste universo que se tem colocado o conjunto das relações entre aqueles 'agentes sociais' no caso das políticas governamentais" ⁴.

Para o desenvolvimento de sua investigação, o autor utiliza-se do conceito de sujeito coletivo conforme formulado por Sader, no sentido que sujeitos constituem matrizes discursivas e que novas matrizes discursivas caracterizam novos sujeitos. Neste sentido, o Movimento Sanitário, com toda a sua heterogeneidade (ver o ponto seguinte), pode ser analisado como um novo sujeito ou personagem, como prefere Sader. Segundo o autor, quando utiliza a noção de sujeito coletivo, estaria se referindo "a uma coletividade onde se elabora uma identidade e se organizam práticas através das quais seus membros pretendem defender seus interesses e expressar vontades, constituindo-se nessas lutas (...). A racionalidade da situação não se encontra na consciência de uma ator privilegiado, mas é também resultado do encontro de várias estratégias" ⁵.

Está presente nestas formulações de Sader o reconhecimento da insuficiência do Marxismo para trabalhar a questão da construção da socialidade (o homem enquanto ser social). Na medida em que o mundo do trabalho seria insuficiente para explicar o homem em ação. Este tem sido o estímulo para que uma série de autores, entre os quais Habermas, tenham buscado entender o mundo interior dos homens, suas representações, cultura e linguagem. Nesta medida, a contribuição de Weber é essencial para a compreensão do homem em ação, pois para ele, toda ação social é dotada de sentido. A síntese que Eder faz e que Merhy adota, faz uma ampliação do conceito de sujeito político para todo agrupamento que tenha capacidade de formular projetos e tenha pretensão de universalidade. De qualquer maneira, este sujeito político está sempre referenciado a sujeitos sociais e a um determinado contexto social que delimita as suas possibilidades de intervenção. Assim, os sujeitos políticos não podem ser transplantados de um contexto para outro (por exemplo o sujeito "Movimento Sanitário", conforme trabalhado nesta investigação só pode ser entendido na sua especificidade, no contexto da sociedade brasileira, em determinado período e dadas determinadas relações sociais e políticas). O "Movimento Sanitário" Italiano, por exemplo, é outra coisa muito distinta, que só pode ser comparado ao brasileiro, em aspectos pontuais, referentes ao encaminhamento de algumas lutas específicas. Desta maneira, os sujeitos políticos surgem e desaparecem no processo histórico... O que esta visão "ampliada" do sujeito coloca enfim é que, o econômico funda sujeitos, porém a história mostra que sujeitos fundam mundos econômicos no momento seguinte. Os sujeitos políticos cravam espaços na conjuntura, mas sempre se remetem a

sujeitos sociais .⁶

Não encontrei grande rigor na utilização da categoria de sujeito . ator , força política ou social . nos autores pesquisados para compor a revisão bibliográfica que pode ser vista no capítulo IV desta dissertação . Embora "as noções de ator e de agente (...) sejam portadoras de uma tradição sociológica que justamente definia o primado do sistema social . O ator social , como aquele que representa um papel, designava o portador de papéis definidos no nível da estrutura social" ⁷ , não existe este cuidado na utilização destes termos . tanto entre os autores que se utilizam desta categoria de uma maneira subsidiária , como , e principalmente , entre aqueles que a utilizam de uma forma central (Souza Campos , Uribe Rivera e Carlos Matus , só para citar os mais referidos neste trabalho) ⁸ .

Matus trabalha com a idéia de um ator fundado nas relações sociais . o que possibilita pensar sujeitos políticos na suas relações com sujeitos sociais . Campos usa indiscriminadamente os vários termos , de forma que investiga atores (ou sujeitos) tanto ao fazer a análise "pra dentro da instituição" (ora os médicos , ora os funcionários de uma maneira geral) como ao analisar "o fora da instituição" (os usuários , os sindicatos , as entidades médicas etc) . Neste sentido , parece-me que o reconhecimento de atores , tanto em Matus , como em Campos , está mais centrado no reconhecimento do "outro" , também portador de projetos e capaz de "jogar" no processo social e criar fatos políticos .

Há um reconhecimento , em ambos autores , em que pesem suas diferenças de objeto de análise e respectivas armadilhas metodológicas para estudar estes objetos , da necessidade de incorporar a discussão do planejamento e gestão dos serviços, uma visão de sociedade que fala da incerteza , da disputa , do conflito . Ambos concordam com a necessidade de se incorporar o político , de forma definitiva , ao plano e à administração pública .

Finalizando este ponto , retomo e reforço uma idéia que tem centralidade na tese de Merhy e que tem importância para as conclusões a que este trabalho pretende chegar . Refiro-me às suas formulações sobre a particularidade das políticas sociais no sentido de informarem "sobre os processos que se assentam na relação entre formulações de políticas , representação dos interesses e agrupamentos de interessados , no universo social no que diz respeito à natureza de classe de um Estado em particular e , no interior do qual ocorrem os mecanismos de decisão" ⁹ . Utilizando-se das formulações de Claus Offe sobre os "padrões de seletividade" do Estado , o autor tenta equacionar a intrincada trama de relações entre arenas de decisão , formuladores e agendas de governo . Posso dizer que uma característica das experiências que fornecem o material empírico desta dissertação é exatamente uma quase coincidência , no sentido de identificação , entre formuladores e decisores . São , na verdade , experiências

institucionais nas quais o modelo de gestão, por definição, foi norteador pela máxima que diz "planeja quem faz", com toda a radicalidade que esta idéia permite (mas enfrentando os limites impostos por uma determinada estrutura realmente existente na administração pública, além de graus variados de governabilidade nas várias experiências). Planejar aqui entendido na acepção ampliada que será desenvolvida na sequência. Dito de outra forma, examinam-se aqui, situações concretas, nas quais o sujeito político Movimento Sanitário, enquanto portador de determinada(s) matriz(es) discursiva(s) e pensado nas suas relações com determinados sujeitos sociais e suas articulações, esteve na direção de instâncias do aparelho de Estado tanto a nível de uma ampla região de saúde como a nível de uma secretaria municipal de saúde ou de um hospital público. Faço da reconstituição e análise destas experiências "laboratórios" de observação de determinadas hipóteses, que no limite, possam contribuir para uma reflexão sobre a teoria da administração pública em nosso país.

Movimento(s) Sanitário(s) : dá pra falar de um sujeito ?

Não há como explorar este tema sem recorrer à reconstituição cuidadosa e extensa que Sarah Escorel fez sobre a origem e articulação do movimento sanitário em "reviravolta na saúde".¹⁰ Reconhecendo na formulação do pensamento médico-social que ocorreu a nível dos departamentos de Medicina Preventiva e Social, no transcorrer dos duros anos de ditadura militar da década de 70, como a base para o surgimento do movimento sanitário, a autora aponta as três vertentes constitutivas do mesmo nas suas origens : o movimento estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); os movimentos de médicos residentes e de renovação médica ; a academia.¹¹

A autora afirma que o movimento adquire **organicidade** quando é fundada uma rede, a partir dos "núcleos críticos" constituídos na década de 70 (inicialmente restritos ao mundo acadêmico, mas depois extrapolando para as instituições prestadoras de serviço), na qual há uma difusão de uma matriz discursiva (elaborada a partir do discurso da medicina social) que trabalha com os conceitos de saúde/doença como processo social, historicidade do processo e determinação social (em oposição ao discurso preventivista) e aponta para estratégias como a intervenção no sistema nacional de saúde, ocupação de espaços institucionais, abordagem estratégica (núcleos de poder), unificação e prática política. De fato, "como conceitos estratégicos o movimento sanitário adotará a partir dessa abordagem médico-social a *prática política* e a *consciência sanitária* como parte da consciência social na procura, a partir dessa prática, de uma transformação social".¹²

Apesar de Escorel não utilizar, explicitamente, o termo "sujeito" para nomear o movimento sanitário -

caracterizando-o como movimento dotado de organicidade e não movimentação, no sentido de lobby ou grupo de pressão - ao utilizar a matriz teórica trabalhada por Árcua para apresentar as regras de formação do discurso preventivista ("a formação dos objetos considerando esse processo como 'fazê-lo aparecer, torná-lo nomeável e descritível', assim como perceber a institucionalização de espaços discursivos 'através dos quais o discurso é instaurado na sociedade'; a formação das modalidades discursivas em que analisa os enunciados do discurso e o sujeito que o enuncia; a formação de conceitos, considerados como os conceitos básicos e a formação de estratégias")¹³ ela se aproxima da definição de sujeito que foi delineada no tópico anterior. Entendo também que sua afirmação de que o movimento sanitário nasce como um movimento em busca do seu personagem, as classes populares, "existindo antes que essas classes organizadas procurassem criá-lo. Num primeiro momento, o movimento não encontra seu sujeito social porque este está silenciado. Com a eclosão dos movimentos sociais, o movimento sanitário encontra seu referencial"¹⁴, pode ser interpretada no sentido do movimento sanitário enquanto sujeito político (portador de uma matriz discursiva, formulada com certa autonomia) mas, necessariamente referenciado a determinado(s) sujeito(s) social(is) ou blocos históricos dados.

Uma leitura panorâmica do trabalho em tela pode revelar, provavelmente pela fragilidade da articulação do movimento sanitário com as classes populares, uma certa ênfase na vocação "congénita" que o movimento sanitário teria de ocupar espaços institucionais, de fazer "entriismo", até como parte do processo de construção de sua identidade e organicidade. Algo como se o movimento encontrasse sua organicidade, e construísse sua identidade, no processo mesmo de ocupar os espaços institucionais disponíveis e fazer aí exercícios de contra-hegemonia. Este é um ponto sobre o qual não há consenso no interior do movimento e, em certos momentos, tem sido objeto de polémicas tão calorosas que se poderia falar em movimentos sanitários, tal o grau de divergência das posições. Esta polarização vai ser mais sentida exatamente no período que o país experimenta uma redemocratização da sua vida política e o cimento da luta democrática deixa de ter o efeito aglutinador para as concepções política diferenciadas e democraticamente abrigadas no interior do movimento sanitário.

Para Gallo "não há uma unidade orgânica ao movimento sanitário - no sentido 'ampliado', como movimento social da saúde (...). O que tem havido é a unificação conjuntural em torno de proposições comuns, mantendo-se a heterogeneidade das posições políticas, o que de resto não difere de outros movimentos sociais".¹⁵ Partindo da crítica ao entriismo praticado pelo "partido sanitário" (designação que Sarah Escorel rejeita), o autor fala-nos de um "dilema reformista":

"Esta contradição entre o saber e o fazer caracterizaria

o *Dilema Reformista* : a teoria -baseada na causação social-exigia a denúncia das limitações impostas pelo capitalismo e a necessidade de sua superação através da consciência sanitária , de classe , de interação ; a prática -reformista - omitia a denúncia ,preconizava a 'dialética do possível' , o 'agir-racional-com-respeito-a-fins'.¹⁸ Nesta afirmação do autor há uma crítica ao "partido sanitário" que, hegemonizado pelo (ex)PCB teria se perdido em uma determinada visão instrumentalista do Estado (ao supor que poderia utilizá-lo de acordo com os interesses do movimento , a partir da ocupação de espaços institucionais , do "entrismo" enfim) e , em função disto teria "despido a Reforma Sanitária de seu potencial contra-hegemônico".¹⁷

Apesar da dureza das críticas de Gallo , a sua conclusão é conciliadora quando aponta para a possibilidade de construção de um projeto emancipador comum , atinente a um bloco histórico contra-hegemônico , capaz de aglutinar todos os projetos dotados de intencionalidade contra-hegemônica, "inclusive o pecebista" ¹⁸ , realizando assim "o movimento de afastamento da atitude axiológica-estratégica , e de aproximação à atitude emancipatório-comunicativa".¹⁹

A áspera polêmica de Souza Campos com Sônia Fleury , dois dos mais brilhantes (e representativos) quadros do movimento sanitário , a partir da crítica que o primeiro fez à análise de Jaime de Oliveira de que estaria havendo um corte na Política Nacional de Saúde , a partir do SUDS , é também uma expressão das disputas , no interior do movimento sanitário e das discordâncias em relação , por exemplo , à avaliação das políticas públicas desenvolvidas pelo Estado.²⁰

Ao tentar expor , em curtos parágrafos , o matizamento de opiniões existentes no interior do movimento sanitário , foi com intenção de revelá-lo como uma **confederação de "movimentos sanitários"** se o referencial é o conjunto de questões táticas relativas à condução da Reforma Sanitária brasileira . Mas , é inegável que há um razoável monolitismo em relação a questões mais gerais ou estratégicas do tipo : a defesa intransigente do Estado na prestação de serviços e na coordenação do Sistema Unico de Saúde , na necessidade de controle popular sobre o sistema e no desenvolvimento de formas de gestão e planejamento que falem da defesa da vida mais do que da defesa dos interesses privados . Ou na fala de Escorel : " A nosso ver a sensação de 'pertencer a um movimento' ou 'identidade do movimento sanitário' ocorre com o reconhecimento em outras pessoas e grupos , de um mesmo projeto , criados a partir dos mesmos pressupostos e com imagem-objetivo bastante semelhante"²¹

O Estado : nem representante dos interesses gerais da sociedade nem comitê de negócios da burguesia .

O sub-título muito longo já cumpre uma função quase que por si só , qual seja , a de explicitar que um componente importante da matriz discursiva do movimento sanitário era (e é) uma negação das concepções do Estado-objeto e do Estado-sujeito , conforme discussão de alguns autores²². É certo afirmar que há um certo "consenso mínimo" , no interior do movimento sanitário , em torno da idéia expressa no sub-título no sentido do assunto não ter ocupado o centro das pautas e das polémicas com as quais o movimento sanitário tão sadiamente conviveu nas últimas décadas . Vejamos então , com um pouco mais de detalhe , em que tradição teórica se apoiava este certo "senso comum" entre os sanitaristas e que , em última instância , é essencial para compreender sua intervenção no aparelho estatal desde a década de 70 . Evidente que uma discussão mais aprofundada sobre o caráter do Estado extrapola os limites deste trabalho (e da minha competência), de sorte que me restringirei a apontar algumas possibilidades teóricas desenvolvidas para a abordagem do Estado e que , até por terem em comum a característica expressa no sub-título acima , poderiam dar o suporte teórico para a visão de Estado nas experiências que se examinam nos próximos capítulos .

Na tradição liberal , considera-se o Estado como representante legítimo dos interesses gerais da sociedade . Para Sônia Fleury esta concepção liberal forneceu o cimento ideológico necessário à consolidação da ordem burguesa e destacou e privilegiou a separação entre política e economia, entre o público e o privado , entre sociedade e Estado . "O conhecimento dos pressupostos liberais clássicos é fundamental para clarificar o arrazoado anti-estatizante , em especial no caso das políticas sociais , que tende a retornar periodicamente , em função da fase descendente do ciclo econômico , seja como neo-liberalismo , seja como parte de outras abordagens teóricas como a fenomenologia , seja ainda no interior da própria corrente marxista"²³. Esta concepção com certeza não informava a intervenção do movimento sanitário , muito menos as experiências que serão analisadas nos próximos capítulos .

A concepção do Estado como "comitê de negócios" da burguesia" é expressa nas seguintes formulações de Marx e Engels colhidas por Sônia Fleury :

"O Estado é produto e manifestação do caráter irreconciliável das contradições da classe . O Estado surge no lugar , no momento e no grau em que as contradições de classe não podem , objetivamente , conciliar-se e vice-versa, a existência do Estado demonstra que as contradições de classe são inconciliáveis .

O Estado é um órgão de dominação de classe , um órgão de

opressão de uma classe por outra , é uma criação da "ordem" que legaliza e afiança esta opressão , atenuando os choques entre as classes "24.

Para a autora , estas formulações não fornecem uma compreensão orgânica do Estado (no sentido de esclarecer sobre o efetivo exercício do poder político) embora aportem o referencial para isto ao apontar a natureza de classe do Estado .²⁵ Claus Offe coloca assim a mesma indagação : " A caracterização marxista do Estado burguês como Comitê Executivo da classe dominante já indica que essa classe é incapaz de conduzir por si mesma os seus negócios , necessitando , por isso , de um tal Comitê . Consequentemente, coloca-se a questão : quais seriam as características estruturais que dariam ao Estado condições de formular e expressar os interesses de classe mais adequada e lucidamente que seus suportes , as unidades capitalistas isoladas ?²⁶.

Pedro Jacobi , ao tentar estabelecer uma definição de Estado que contribua para investigar a relação entre movimentos sociais e políticas públicas faz a seguinte observação : "Assim , a partir das transformações que ocorrem no plano da intervenção estatal e dos processos de socialização da produção , surgem novas abordagens que começam a questionar o que foi denominado de uma concepção "instrumentalista" do Estado , que o vê como agente executor dos interesses da burguesia e do capital . Esta argumentação maniqueísta e reducionista escamoteia um dado fundamental , o de que a contradição é essencial para se compreender o caráter do estado e das relações de classe"²⁷.

José Alvaro Moisés , também analisando os movimentos sociais no Brasil faz algumas indicações no sentido de analisar o Estado como palco de disputa de interesses : "... Além do mais , ao definir o seu campo de ação no campo do Estado , os movimentos urbanos politizam a sua expressão , pois ingressam , inexoravelmente , no terreno onde incidem e se confrontam os diversos blocos de interesses que se constituem em torno da questão urbana"²⁸.

Ou seja , a possibilidade (e a necessidade) de intervenção a nível do aparelho do Estado , com parte de uma estratégia de transformação da sociedade brasileira , estava colocada em toda uma importante produção teórica de autores brasileiros nas últimas duas décadas e com certeza contribuíram para o caldeamento das idéias que orientaram as práticas do movimento sanitário no mesmo período . Esta reflexão esteve ancorada em alguns autores mais importantes .

Poulantzas , pode ser lembrado como um dos que mais contribuíram para o aprofundamento desta discussão dentro dos marcos teóricos do marxismo . Para ele " o estabelecimento da política do Estado deve ser considerado como a resultante das contradições de classe inseridas na própria estrutura do Estado (o Estado-relação) . Compreender o Estado como a

condensação de uma relação de forças entre classes e frações de classes tais como elas se expressam , sempre de maneira específica , no seio do Estado , significa que o Estado é constituído-dividido de lado a lado pelas contradições de classe . Isto significa que uma instituição , o Estado , destinado a reproduzir as divisões de classe , não é , não pode ser jamais , como nas concepções do Estado-Coisa ou Sujeito , um bloco monolítico sem fissura , cuja política se instaura de qualquer maneira a despeito de suas contradições , mas é ele mesmo dividido . Não basta simplesmente dizer que as contradições e as lutas atravessam o Estado , como se tratasse de manifestar uma substância já constituída ou percorrer um caminho vazio . As contradições de classe constituem o Estado , presentes na sua ossatura material , e arma assim sua organização : a política do Estado é o efeito de seu funcionamento no seio do Estado"²⁹.

As formulações do referido autor que vão no centro da discussão que faço nesta introdução são as seguintes :

"Fazer ou não o jogo do poder , integrar-se ou não ao Estado , depende portanto da estratégia política seguida (...) E sabido que essa estratégia deve ser fundamentada na autonomia das organizações das massas populares : mas atingir essa autonomia não significa para as organizações sair do terreno estratégico da relação de forças que é o Estado-poder, assim como para as outras organizações (sindicais ou qualquer outra) colocar-se fora dos dispositivos de poder correspondentes , como se isso fosse possível , segundo a velha ilusão anarquista , no melhor sentido do termo . (...) E sabido igualmente que as massas populares devem , paralelamente à sua eventual presença no espaço físico dos aparelhos do Estado , manter e desenvolver permanentemente focos e redes à distância desses aparelhos : movimentos de democracia diretamente na base e redes de autogestão . Mas estes não se situam , por mais que visem objetivos políticos , nem fora do Estado nem , de qualquer maneira , fora do poder , conforme as ilusões simplistas de uma pureza anti-institucional . E ainda : colocar-se a qualquer preço fora do Estado quando se pensa em situar-se por isto fora do poder (o que é então impossível) pode ser muitas vezes exatamente o melhor meio de deixar o campo livre para o estatismo , em suma , recuar nesse terreno estratégico, diante do adversário"³⁰.

Pelo menos dois outros autores devem ser lembrados com suas contribuições para esta discussão . Um deles é Joachim Hirsch para quem "o Estado , sua política , suas formas , suas estruturas , traduzem portanto os interesses da classe dominante não de modo mecânico , mas através de uma relação de forças que faz dele uma expressão condensada da luta de classes em desenvolvimento"³¹.

Claude Offe desenvolve a idéia do aparelho de Estado dotado de uma seletividade classista que deve ser vista como "uma restrição não aleatória (isto é , sistemática) de uma

espaço de possibilidades (...) As descrições analíticas e os estudos empíricos recorrem crescentemente à imagem de um sistema de filtros , que confere aos processos políticos administrativos um peso específico , vinculado a interesses e classes _ uma racionalidade estratégica objetiva , assegurada pela estrutura interna do sistema institucional político , e não por sua instrumentalização externa"32.

A teoria relacional , conforme desenvolvida por Poulantzas enfatiza os seguintes pontos :

- embora o Estado não seja um sujeito dotado de vontade própria , mas sim uma forma organizacional de relações de classe , há que se reconhecer que ele possui um modo de funcionamento que lhe é próprio , que decorre da não identificação entre a classe dominante e classe reinante (burocracia) .

- embora a luta de classes tenha primado sobre os aparelhos , também não é correto tomar os aparelhos como mero reflexo das relações entre as classes .

- embora o Estado contenha em sua essência institucional a inscrição das contradições no seio da classe dominante , não se compõe de um conjunto de órgãos que agem aleatoriamente . Ele possui uma unidade de aparelho , para além da contradição intra e inter órgãos , que assegura a sua atuação , a longo prazo e como conjunto , em favor da fração hegemônica do capital 33.

Autores como Lojkin e Bucí-Glucksmann apontam um parentesco entre o marxismo estruturalista de Poulantzas e o funcionalismo no sentido de serem incapazes de formular uma teoria da mudança social , na medida em que o conceito de contradição social aparece esvaziado e o indivíduo fica reduzido ao suporte de uma função econômica . Ou ainda que, por este tipo de concepção ficaria difícil pensar a relação entre Estado e luta de classes a não ser como dominação intangível , através de variações secundárias , de uma classe hegemônica sobre as classes dominadas . Para Sônia Fleury a dialética gramsciana , ao explorar os efeitos contraditórios da hegemonia (a possibilidade da construção de uma nova hegemonia) aporta importantes contribuições para a análise das políticas institucionais 34.

E marcante a presença da influência de Gramsci em toda a produção teórica do período , na medida em que este autor fornece uma série de indicações essenciais para a formulação de um pensamento sanitário , no campo da esquerda socialista e democrática que "militava" no setor saúde . Fundamentalmente as seguintes formulações :

- o caráter ampliado do Estado , entendido como sociedade política mais sociedade civil . "Neste sentido , todos os aparelhos , públicos ou privados , de hegemonia e de coerção são , em última análise , Estado (no sentido

ampliado do termo)"36 .

- o conceito de guerra de posição que , contrapondo-se ao conceito de guerra de movimento (a tática política dos bolcheviques em 1917) refere-se "à quebra do Estado burguês, capitalista , anteriormente à tomada do poder político , do poder de Estado"36. Esta estratégia seria adequada para os países capitalistas do Ocidente , ou seja , aqueles nos quais o Estado já adquiriu sua forma "ampliada" . Esta idéia , desenvolvida no pós-guerra como "democracia progressiva" por Togliatti , aponta "no sentido da necessidade de promover naqueles contextos , uma ação política e ideológica (moral , cultural) ampla , que inclui , além dos problemas (por si só complexos) ligados à 'quebra' do aparelho de Estado , todo o processo de luta pela hegemonia nos aparelhos , públicos e privados , de hegemonia e coerção"37.

Neste sentido a intervenção a nível do aparelho do Estado deveria ser encarada num projeto de transformação radical , revolucionária (embora progressiva) do atual status quo . As formulações de Gramsci recuperariam assim a noção marxista de "quebra do Estado" , em contraposição à visão da Social-Democracia de "ocupação (sem "quebra") do aparelho de Estado capitalista por um partido de extração operária como via de transição para o socialismo 38 .

Jaime de Oliveira , ao concluir sua revisão bibliográfica para a construção de uma teoria da Reforma Sanitária faz a seguinte advertência : "Com isso , retornamos ao núcleo da nossa discussão (...) a idéia de que a mera incorporação de novos (e mesmos heterodoxos) atores ao policy-making governamental , sem que esta incorporação se faça acompanhar de uma problematização e um enfrentamento dos temas básicos da 'quebra' do estado e da luta pela hegemonia, apenas nos levará , na melhor das hipóteses , a repor , de uma forma modernizada e atualizada , a estratégia social-democrata de mera 'ocupação' e gestão 'humanizada' do estado capitalista , com as conhecidas consequência políticas deste fato"39.

Termino este ponto aceitando esta advertência de Jaime de Oliveira , mas não deixando de contrapor a ela algumas inquietações minhas desde já : Quais os limites entre "quebras" no aparelho de Estado e a "humanização" da gestão pública ? Qual o limite para se identificar a ruptura entre um padrão e outro ? Qual o quantum de participação e controle popular sobre os serviços para caracterizar esta ruptura ? A operacionalização de novos arranjos institucionais , caracterizados por efetiva distribuição do poder é ou não "quebra" e , não só , "reforma" ou "humanização" ? De qualquer maneira fica aceita a advertência para se examinar as experiências que se relatam a seguir com um olhar que prescrua a mudança real e não a maquiagem que engana ...

Esta dissertação está organizada em cinco capítulos. Nos três primeiros são reconstituídas e analisadas experiências das quais participei, no correr dos últimos anos. São experiências nas quais se buscou, em graus e contextos diferentes, trabalhar a mudança da administração pública, como parte de um projeto mais amplo das transformações estruturais, políticas e culturais requeridas pela sociedade brasileira e empunhado, há décadas, como bandeira da esquerda socialista e democrática do nosso país. Fica, portanto, aqui, uma advertência: nos relatos que são apresentados nos próximos capítulos, rejeito qualquer veleidade de uma pretensa neutralidade, tão ao gosto dos teóricos da teoria da administração. Pelo contrário, ali está assumida uma determinada *Weltanschauung*, uma visão social do mundo. Este termo, segundo Lowy, "circunscreve um conjunto orgânico, articulado e estruturado de valores, representações, idéias e orientações cognitivas, internamente unificado por uma perspectiva determinada, por um certo ponto de vista socialmente condicionado"⁴⁰.

Os relatos que compõem os três primeiros capítulos, ao falarem de experiências em níveis diferentes do Sistema Único de Saúde (regional, municipal e de um serviço de saúde), tentam dar conta de complexidades diferenciadas, explorando assim suas especificidades e apontando também regularidades que possam, no limite, aportar alguma contribuição para a teoria da administração pública no Brasil. O relato do capítulo I é um depoimento que fiz no final de 1990, reconstituindo a minha experiência enquanto diretor de um órgão regional da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, de 1983 a 1987. Mantive a narrativa na primeira pessoa do singular, que ademais adoto nos demais capítulos, pois, segundo as regras de boas maneiras mais modernas, o mais "modesto" é utilizar uma linguagem mais coloquial e na referida pessoa. Prefiro assim, independentemente da "etiqueta".

Os capítulos II e III são escritos em tom de relatório institucional, na medida em que foram organizados a partir de relatórios elaborados para instituições às quais prestei assessoria nos últimos anos. Nesta medida, eles fogem da padronização que adoto, porém, sem prejuízo da articulação e continuidade que pretendo estabelecer entre os capítulos desta dissertação. Estes dois capítulos tem, propositalmente, uma estruturação bastante semelhante, até para ir mostrando uma possível regularidade de intervenção na administração pública, ou dito de outra forma, uma investigação sobre a possibilidade de se pensar "um modo de governar" próprio do movimento sanitário. Optei por elaborar com bastante detalhe o capítulo II, que reconstroi a experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba, apesar de ter-se tornado de alguma forma muito longo e, em alguns aspectos até redundante, por querer proporcionar um certo detalhamento para aqueles que eventualmente possam se interessar pelo crescimento interno da experiência, a evolução das falas dos atores, a emergência de novos

problemas e outros aspectos .

No capítulo IV é feita uma revisão bibliográfica orgânica às experiências relatadas , no sentido de não ter pretensão de ser extensiva e assumir que são feitos recortes de diversos autores que contribuem , de alguma forma , para refletir sobre a mudança da gestão ou da administração pública .

No capítulo V é feita uma (re)leitura dos capítulos I, II e III à luz das contribuições dos enfoques de planejamento e da teoria geral da administração trabalhados no capítulo IV, com o intuito de discutir um determinado modo de governar adequado ao projeto da Reforma Sanitária brasileira. Apesar de acreditar que algo como uma "receita de bolo" (ou um Método ou Modelo como o Cendes/OPS) seja impensável para lidar com problemas não estruturados típicos da gestão de sistemas de saúde, acho que o acúmulo e a reflexão consequente às múltiplas intervenções institucionais, em dez anos de trabalho regular e sistematizado, permitem uma série de indicações de rituais, de instrumentos e de arranjos institucionais que, vistos na sua estreita relação com um determinado modelo tecno-assistencial, apresentam uma certa regularidade e podem, em alguma medida, contribuir para a verdadeira batalha política e cultural que precisa ser travada para se avançar nas tão necessárias mudanças na Saúde. Ou, dito de outra forma, trabalho com a tese de que há uma íntima relação entre o sujeito em ação e determinado "modo de governar". É o que tento demonstrar até o final deste trabalho.

O modelo tecno-assistencial "em defesa da vida"

Nesta dissertação, trabalho com a idéia de modelos tecno-assistenciais como projetos de política, significando isto que "as opções por determinadas delimitações dos problemas de saúde e de determinadas estratégias de ação no âmbito institucional são politicamente determinadas"⁴¹.

Já havia publicado, em co-autoria, na revista Saúde em Debate 32, as seguintes idéias que aqui reafirmo como pressupostos fundamentais para a análise que pretendo realizar: "Ao se falar de modelo tecno-assistencial estamos falando tanto da organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo dos saberes da área, bem como de projetos de construção de ações sociais específicas como estratégia política de determinados agrupamentos sociais (...). Entendendo deste modo, que os modelos tecno-assistenciais estão sempre se apoiando em uma dimensão assistencial e em uma tecnológica, para expressar-se como um projeto de política, articulado à determinadas forças e disputas sociais, damos preferência a uma denominação dos modelos como tecno-assistenciais, pois achamos que deste modo estamos expondo as dimensões chaves que o compõem como projeto político"⁴².

O modelo tecno-assistencial conforme tem sido trabalhado nas experiências que fornecem o material empírico para esta dissertação é norteado por alguns princípios gerais do movimento sanitário tais como a gestão democrática (co-gestão entre usuários organizados, prestadores e governo), saúde como direito de cidadania e serviço público voltado para a

defesa da vida individual e coletiva . Além disto , ele trabalha com alguns princípios que lhe emprestam uma certa singularidade . se confrontados com formulações de outras vertentes do movimento sanitário . Refiro-me aqui especificamente à crítica que o modelo tecno-assistencial "em defesa da vida" faz à uma certa visão programática que forneceu o embasamento para a reorganização da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo e é apontado , ainda hoje , como a forma mais adequada de se abordar os problemas de saúde da população . Em tal modelo , a atenção médica individual é vista como , necessariamente , subordinada à epidemiologia . Já no modelo que vem sendo trabalhado na região de Campinas , desde o início da década de 80 , defende-se que a medicina pode atuar sobre um indivíduo como um instrumento pertencente a um projeto integrado de ações de saúde , no qual a ação individual se articula com as coletivas e considera que um não atendimento à demanda espontânea é uma maneira de não incorporar o modo como o coletivo construiu a relação entre o usuário e os serviços de saúde , entre um dado cidadão e seu acesso a determinados serviços de saúde , mesmo identificando a parcialidade deste momento .⁴³

Souza Campos é mais enfático na crítica ao modelo que enfatiza a diferença entre o "trabalho sanitário" e o "trabalho clínico ou de consultação" , identificando-os como "práticas distintas de saúde" e subordinando o segundo , necessariamente ao primeiro .⁴⁴ Para ele "programas são simplesmente recortes de um conjunto de problemas sanitários, definidos segundo critérios supostamente técnicos e epidemiológicos ; mas que , na verdade , são escolhidos e selecionados antes da aplicação de técnicas de programação a partir de pressões sociais , políticas ou econômicas . Uma vez definidos os recortes e realizada a seleção de prioridades , as ações programáticas são apenas a organização de pedaços de serviços para atender parte dos problemas sanitários , em geral ambos selecionados pela tecnoburocracia ou pelo poder de governo".⁴⁵

Rejeitando uma certa modalidade de prática clínica que recebeu , no Brasil , o nome de pronto-atendimento e contrapondo-se também a qualquer veleidade de que esta venha a impor sua lógica às demais formas de assistência , o autor reconhece que "o que , de fato , tem força ideológica , cultural e econômica , é a prática clínica , *sensu lato* . Densidade resultante , em grande medida , de sua capacidade de evitar e aliviar a dor física e o sofrimento , de controlar doenças e reabilitar pessoas . Tomando-se as coisas neste sentido , este grande poder da clínica não deveria constituir-se em problema para aqueles reformistas , ou epidemiologistas e , ou , socialistas".⁴⁶

Negando a idéia (com uma forte tradição no movimento sanitário brasileiro) da necessidade de um Planejamento e Gestão assentados no diagnóstico epidemiológico das necessidades de saúde , Souza Campos acha que "não são

examinadas as limitações e, quem sabe , até mesmo a impossibilidade de um 'diagnóstico epidemiológico' apontar as 'legítimas' necessidades de saúde . Isto porque esta legitimidade é sempre socialmente definida , dependendo da cultura , da história política e econômica de cada povo e de cada época , e não consta que a Epidemiologia seja capaz de tecnicamente realizar a proeza de definir o que , em última instância , só é definido pela ação individual e coletiva de milhões de sujeitos sociais , pertencentes a diferentes classes e como diversas capacidades de influenciar a composição final deste mosaico , conforme o que é a necessidade concretamente reconhecida como legítima em cada situação específica . No limite , nas situações em que grandes agrupamentos populacionais estejam submetidos a riscos por demais evidentes , a Epidemiologia é capaz de iluminar o Planejamento em Saúde e priorizar demandas e necessidades . Mas , na maioria das situações , isto não acontece , a não ser enquanto delírio de positivistas que , desde A.Comte , imaginavam a possibilidade real de controlar, ordenar e governar a sociedade segundo os aportes da ciência".⁴⁷

Esta posição não significa o desconhecimento da importância das aplicações da Epidemiologia em estudos de situação de saúde , vigilância epidemiológica , estudos causais e avaliação de serviços , programas e tecnologias , conforme apontado por Goldbaum.⁴⁸ Significa apenas que se assume como uma falácia que o instrumental fornecido pela Epidemiologia seja capaz de orientar o planejamento e gestão dos serviços de uma maneira a contemplar e definir as necessidades da população . Ou ainda , a tentativa de se incorporar ao planejamento e gestão "aspectos originários dos tradicionais mecanismos de expressão das vontades subjetivas", nos dizeres de Souza Campos . Também não significa o desconhecimento dos esforços teóricos de autores como Laurell e Breilh no sentido de promover um verdadeiro "desmonte epistemológico" da lógica da epidemiologia construída a partir de uma concepção sistêmica e ecológica , buscando construir uma teoria social para o processo saúde-doença que poderia , de uma forma corrida , ser expressa na seguinte afirmação : **"a lógica do processo produtivo se converte na lógica do processo epidemiológico"**.⁴⁹ Mario Testa aponta também para a necessidade da superação da "velha" epidemiologia (de enfoque funcionalista) e da incorporação do social e do político ao se trabalhar o planejamento na perspectiva da mudança , embora reconheça existir grandes entraves metodológicos para o avanço da epidemiologia "social".⁵⁰ De qualquer forma , a orientação de utilizar a epidemiologia como a indutora do padrão de organização e oferta de serviços à população , não tem presidido aquilo que se intitulou do modelo tecno-assistencial "em defesa da vida" e que informa as experiências que são reconstituídas e analisadas nesta dissertação .

Pelo que foi exposto , é possível finalizar esta apresentação , fazendo uma síntese dos pressupostos gerais que delimitam o campo deste trabalho :

- o reconhecimento do sujeito social "movimento sanitário", heterogêneo na sua composição interna , composto por vertentes diferenciadas de agrupamentos que se referem a sujeitos sociais ou blocos históricos diferentes , mas dotado de uma matriz discursiva que lhe confere sua identidade e que poderia ser expressa pela defesa da saúde como direito do cidadão e dever do Estado e a democratização da gestão do Sistema de Saúde .

- o reconhecimento da validade de uma atuação a nível institucional a partir do reconhecimento do Estado como arena política de disputa de projetos societários , atravessado pelas lutas de classes e por contradições e , por isto mesmo, espaço a ser disputado para a construção de uma nova hegemonia para a Saúde e para a Sociedade . Este projeto defende a vida dos indivíduos e da coletividade e só pode ser pensado em toda a sua radicalidade na perspectiva da "quebra" do caráter burguês do Estado , através da conquista gradual de trincheiras , de uma reforma moral e política profunda , da qual a Reforma Sanitária é apenas um dos aspectos , conquanto essencial .

- a adoção de um modelo tecno-assistencial "em defesa da vida" que pressupõe a garantia do acesso dos cidadãos a todo o desenvolvimento tecnológico hoje à disposição da humanidade, para prolongar e melhorar a qualidade da vida das pessoas : o desenvolvimento de uma consciência sanitária que contribua para que os homens e mulheres possam caminhar no sentido de reconhecer e lutar por suas necessidades mais legítimas : o desenvolvimento de formas criativas e eficazes de controle dos cidadãos sobre o Estado , no sentido de que o mesmo possa ser um dos espaços para a construção de uma vida melhor para todos

- a noção de que na articulação de necessidades , demandas e direitos , mais do que o imperativo dos saberes tecnológicos, se impõem as disputas que os diferentes sujeitos sociais travam para inscreverem seus interesses como questões sociais, como problemas/objetos das ações políticas concretas. ⁵¹

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1- Notas de aulas ministradas por Emerson Elias Merhy no curso de pós-graduação em Saúde Coletiva do DMPS da Unicamp . no segundo semestre de 1992 .

2- Sader. Eder . "Quando novos personagens entram em cena: experiências e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo (1970-1980) . Rio de Janeiro : Paz e Terra ,1988 , p.50.

3- Castro .M.H.G . "Conflito e interesses na implementação da reforma política da saúde" .In : Saúde d Debate 35 , p.21 . CEBES , julho de 1992 .

4- Merhy , E.E . "A Saúde Pública como Política" . São Paulo : Hucitec , 1992 . p.46 .

5- Sader . Eder . Op. cit. , p.54 .

6- Notas de aula conforme o item 1 .

7- Sader , Eder . Op. cit. , p.54 .

8- Destes autores utilizo mais de um trabalho , conforme será visto no capítulo IV . Destaco porém os seguintes : Matus. Carlos . "Política , Planificación e Gobierno" : Campos . G.W.S "A reforma da reforma" . São Paulo : HUCITEC . 1992 e "A Saúde Pública e a defesa da vida" . São Paulo : HUCITEC , 1991 ; Rivera , F.J.U. "O agir comunicativo e planificação estratégica no setor social (e sanitário)" Dissertação de doutorado . Mimeo . Rio de Janeiro: ENSP.1991.

9- Merhy , E.E . Op. Cit. , p.47 .

10- Escorel . Sarah . "Reviravolta na Saúde : origem e articulação do movimento sanitário" . Mimeo . Dissertação de mestrado . Rio de Janeiro : ENSP . 1987 .

11- Idem. Ibidem. pp.120 e 121 .

12- Idem. Ibidem. pp.333 e 334 .

13- Idem. Ibidem. pp.331 e 332 .

14- Idem. Ibidem. p.327 .

15- Gallo , Edmundo . "Eação e Planejamento . Algumas indicações críticas para uma prática emancipadora" . Mimeo. Dissertação de mestrado . Rio de Janeiro : ENSP . 1991 . p.24

16- Idem. Ibidem. p.27 .

17- Idem. Ibidem. p.27 .

18- Idem. Ibidem. p.30 .

19- Idem. Ibidem. p.30 .

20- A polêmica entre Sônia Fleury e Gastão Campos pode ser vista na revista Saúde em Debate (20 , 21 e 22) e no livro "Reforma Sanitária : Brasil e Itália" . Berlinguer.G. : Teixeira , S.M.F. : Campos . G.W.S. , São Paulo : Hucitec 1988 .

21- Escorel , Sarah . Op. cit. , p.24 .

22- Carnoy . Martin. "Estado e Teoria Política" . 3.e. Campinas . SP : Papirus . 1990 .

23- Teixeira . S.M.F. "Estado Capitalista e Política Social" mimeo . Sem data . Pp.3 e 4 .

24- Idem. Ibidem. p.14 .

25- Idem. Ibidem. p.15 .

- 26- Offe. Claus . "Problemas estruturais do Estado Capitalista" . Biblioteca Tempo Universitário . p. 149.
- 27- Jacobi . Pedro . "Movimentos Sociais e Políticas Públicas" . São Paulo : Editora Cortez , 1989 . p.3 .
- 28- Moisés . J.A. "Classes Populares e protesto urbano" Revista de Cultura Contemporânea . número 3 , CEDEC/Paz e Terra , 1979 .
- 29- Poulantzas . Nico . "O Estado . o Poder . o Socialismo" . Rio de Janeiro : Edições Graal , segunda edição, 1985 . P.152 .
- 30- Idem. Ibidem. pp.176 e 177 .
- 31- Hirsch . Joachim *apud* Teixeira , S.M.F. . op. cit. p.32 .
- 32- Offe. Claus . Op. cit. . p.151 .
- 33- Teixeira . S.M.F. Op. cit. . pp.33-35 .
- 34- Idem. Ibidem . pp. 51 e 52 .
- 35- Gramsci . Antonio *apud* Oliveira . J.A. "Para uma teoria da reforma sanitária : democracia progressiva e políticas sociais" . CEBES : Saúde em Debate 20 . abril 87 p.87 .
- 36- Idem. Ibidem. p.87 .
- 37- Oliveira . J.A. Op. cit. P.88 .
- 38- Idem. Ibidem. p.87 .
- 39- Idem. Ibidem. p.91 .
- 40- Lowy . Michael . "As aventuras de Karl Marx contra o Barão de Münchhausen" . São Paulo : Busca Vida . 1987 , p.12

41- Merhy ,E.E ; Cecilio. L.C.O. ; Nogueira , R.C. "Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida : contribuição para as conferências de saúde" . CEBES : Saúde em debate 32 . p.84 .

42- Idem. Ibidem, p.84 .

43- Idem. Ibidem, p.85 .

44- Para mais detalhes ver Schraiber , L.B.(org) . "Programação em saúde hoje" . São Paulo : HUCITEC . 1990 .

45- Souza Campos . G.W. "A Saúde Pública e a defesa da vida" . São Paulo : Hucitec . 1991 . p.59 .

46- Idem. Ibidem, pp.62 e 63 .

47- Idem. Ibidem, p.71 .

48- Goldbaun , Moisés . "Epidemiologia em serviços de saúde no Brasil : anotações para debate" . CEBES : Saúde em Debate 35 . p.69 .

49- Breilh . Jaime . Conferência para o Curso Internacional de Verão em Medicina Social . Universidade Autônoma Metropolitana . mimeo . sem data . Ainda sobre a "epidemiologia social" ver Laurell . Asa Cristina . "A Saúde-doença como processo social" . In: "Medicina Social : aspectos históricos e teóricos . Org. Everardo Duarte Nunes . São Paulo : Editora Graal , 1983 .

50- Testa , Mario . "Pensar en salud" . Organización Panamericana de la Salud . Publicación número 21 . 1989 .

51- Para um aprofundamento desta formulação , veja : Merhy . E.E. "A emergência das práticas sanitárias no estado de São Paulo" . Dissertação de mestrado apresentada junto ao DMPS da FMUSP . São Paulo , 1983 . trabalho .

CAPÍTULO I

INVENTANDO A MUDANÇA NA REGIÃO : reconstituição e análise da experiência do Departamento Regional de Saúde de Campinas (DRS-5) - 1983/1987 .

O relato que se segue é um depoimento que escrevi , no segundo semestre de 1990 , para fazer parte de um livro que reunia experiências de participantes do Movimento Sanitário na condição de dirigentes de órgãos públicos , em vários níveis do Sistema de Saúde e em vários pontos do Brasil . O livro , que afinal não saiu , com certeza tentava responder , de alguma forma , a questão que trabalho nesta tese : como inventar a mudança no setor saúde ? Como dirigentes do movimento sanitário comportam-se na circunstância de serem também dirigentes de órgãos públicos ? É possível a produção de novas formas de organização dos serviços , de renovação dos processos de gestão , de controle dos trabalhadores e dos usuários sobre o sistema , na tradição colocada pela esquerda militante do setor saúde ?

Por achar que o depoimento , no formato em que foi redigido na ocasião , quando a temática desta dissertação ainda não estava tão bem definida , é rico de indicações para o debate que faço neste trabalho , é que o mantenho integralmente . Deixo de fazer as revisões que minha visão atual me permitiria fazer , até para manter o seu caráter eminentemente narrativo : a fala de um ator em situação . Estabeleço aqui o propósito de , nos últimos capítulos deste trabalho , trocar a posição de mero narrador pela de crítico deste relato , com a instrumentalização teórica que o curso de pós-graduação me proporcionou .

Este depoimento é muito oportuno , também , na medida em que permite , junto com os relatos dos dois próximos capítulos , reconstituir experiências de gestão da mudança no setor público em espaços muito distintos e , portanto , possuidores de características muito próprias : uma região de saúde (conjunto de municípios) , um município e uma instituição .

Faço este relato na primeira pessoa do singular e na condições de diretor do Departamento Regional de Saúde de Campinas (DRS-5), órgão da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES) responsável pela coordenação de uma rede básica de saúde que se espalhava por oitenta e três municípios , pertencente à quinta região administrativa do estado sediada em Campinas . Esta era uma estrutura anterior à reforma da SES ocorrida em 1986 , de forma que , todos os demais equipamentos públicos (hospitais , laboratórios , ambulatórios de saúde mental) eram subordinados à outras estruturas verticais da SES . Com a reforma , o DRS-5 deixou de existir e , no seu lugar , foram criados dez Escritórios Regionais de Saúde (ERSA) , o que , por si só , dá uma dimensão do tamanho do órgão extinto .

Para orientar este relato , optei por seguir o roteiro que a leitura dos documentos oficiais da época propicia . Felizmente , boa parte deles pôde ser recuperada e , o material utilizado é citado no fim deste capítulo . Com certeza , esta documentação não dá conta da riqueza das discussões da época , da dinâmica da interação dos grupos e dos discursos dos novos sujeitos que foram surgindo no correr do processo . Tentarei suprir parte destas deficiências com depoimentos e análises pessoais , que , antecipadamente , assumo como parciais e dentro da visibilidade que a posição de dirigente me proporcionava . Relendo (não sem emoção) o material disponível , achei os textos tão fiéis ao espírito da época , que optei por fazer uma "colagem comentada" , com transcrições inteiras de textos . Sinto-me inclusive à vontade para usar livremente destes escritos , por reconhecer, na maioria deles , minha assinatura anônima . Portanto , assumo o risco da má literatura que possa resultar deste exercício .

A colagem está ordenada pela cronologia dos documentos e pelas hipóteses que vou trabalhando no relato . Tento mostrar, neste depoimento , como foram "operacionalizadas" no interior do aparelho de Estado , em uma experiência específica , no setor saúde , consignas do movimento democrático que se desenrolava , naquele momento , no plano mais geral da sociedade . Ou seja , tento reconstituir como as bandeiras do movimento socialista e democrático puderam ser incorporadas na prática de uma instituição , em um determinada situação concreta .

Não é minha intenção fazer um "pano de fundo" prévio , uma descrição do cenário político da época ou das políticas de saúde então vigentes , para aí situar a experiência do DRS-5 . Pelo contrário , pretendo discutir algumas questões da época , a partir da própria experiência relatada . No entanto , delimito , minimamente , o contexto ou a moldura da experiência . Assim , é importante lembrar que a direção do DRS-5 era parte do "Governo Democrático" do Estado de São Paulo , o primeiro governo estadual eleito pelo voto direto após 17 anos . No programa de governo Montoro em geral , e , no seu programa de saúde em particular , diretrizes como a

descentralização estavam presentes . Hoje , independentemente da avaliação mais global daquele governo , há um reconhecimento de que muito se avançou na direção apontada pelo programa de governo : a criação dos escritórios de governo , a tolerância com os movimentos reivindicatórios , a reforma descentralizadora da Secretaria de Estado da Saúde .

Mesmo a eleição de governadores de oposição ao Governo Central não pode ser vista fora do esgotamento do último ciclo da Ditadura Militar e do ascenso das lutas populares por eleições diretas , que vão marcar este período - 84 e 85 principalmente . Por outro lado , no campo das políticas de saúde , muito aconteceu a partir de 1982 com o plano CONASP _ Conselho Consultivo da Administração Pública Previdenciária , e com as Ações Integradas de Saúde (AIS) em 1984 . A assinatura do convênio do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, de certa forma fecha o ciclo de medidas racionalizadoras iniciadas com o plano CONASP , caracterizadas , entre outras coisas , pelo processo de descentralização e pelo fortalecimento , em certa medida , do setor público . Não é minha intenção analisar estas políticas, mas , recuperar , no texto , o quanto significaram como estímulo para direcionamento e aprofundamento das mudanças vividas no DRS-5 * - Portanto , a "experiência democrática do DRS-5 deve ser devidamente localizada em um determinado contexto histórico e político bastante favorável, apesar de persistirem grandes dificuldades "internas à estrutura da máquina administrativa estadual , como se verá .

* Existe uma grande quantidade de artigos e trabalhos acadêmicos analisando o período . A Tese de Ligia Maria Vieira da Silva " A descentralização das ações de saúde no município de Camaçari " , citada na introdução , faz uma revisão global das políticas de saúde no período (cap. I) .

Outro aspecto que merece ser lembrado diz respeito às condições existentes no DRS-5 . Desde o final da década de 1970 , vinha se concentrando , na região , um grande número de médicos sanitaristas , tendência esta reforçada a partir do início da experiência em 1983 . Eram profissionais que trabalhavam em tempo integral e dedicação exclusiva ao setor público , em sua esmagadora maioria do campo da esquerda socialista e democrática e comprometidos com um projeto estatizante para o setor saúde . Estes profissionais trabalhavam nos centros de saúde da região , nas direções loco-regionais dos então existentes distritos sanitários e , em alguns cargos de nível central do DRS-5 .

Os sanitaristas exerciam importante influência sobre o conjunto dos cerca de dois mil funcionários da região e constituíam uma massa crítica e de apoio ao projeto mudancista que se articulou em Campinas . Estes profissionais tiveram papel destacado na condução de movimentos reivindicatórios desde a década de 1970 , o que , de certa forma , os havia legitimado como condutores de mudanças no momento seguinte . O próprio diretor da gestão Yunes era , na ocasião de sua indicação , presidente da Associação Campineira dos Funcionários Públicos , o que mostra a inserção e a liderança da categoria em relação ao funcionalismo como um todo .

Além disto , o município de Campinas tinha uma tradição de ampliação da rede básica que o colocava ao lado dos municípios que mais avançaram no compromisso com a assistência à saúde , desde o final da década anterior . Sediando duas universidades , desde o começo da década o município exercitava uma importante experiência de integração inter-institucional - o Pró-Assistência - que foi anterior ao CONASP e às AIS , enquanto experimentação de gestão colegiada e integrada dos serviços públicos ligados a diferentes instituições .

O núcleo do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES - de Campinas chegou a possuir cerca de oitenta associados e organizava importantes debates e a defesa de um reforma sanitária , desde o final da década anterior . Havia, principalmente , uma convivência que considero exemplar , das várias tendências e múltiplos projetos em disputa no campo socialista e democrático , frequentemente traduzidas em filiações partidárias distintas , mas que foram trabalhadas dentro de uma prática unificada . Esta tensão estará presente durante todo o período analisado , mas só se traduz em conflitos mais explícitos na última fase da experiência .

Por este ser um depoimento com pretensões de historiar um pouco determinada época , e até para facilitar sua estruturação , é que achei interessante estabelecer uma certa periodização em etapas que , com certeza , só não pode ser criticada como totalmente arbitrária , por ser construída a partir de documentos de época que lhe conferem certa

"objetividade" . Nesta medida , prosseguirei meu depoimento falando de 3 fases ou etapas :

- a etapa "sindical" (ou "corporativista") (1983/1984)
- a etapa da formulação de um modelo de gestão e planejamento participativo (1984/1985/1986)
- a etapa da reforma (1986/1987)

Na verdade , estas três etapas ou fases , são perfeitamente interligadas entre si . De novo o recorte é arbitrário . Tento minimizar isto , mostrando o quanto uma etapa foi preparatória da seguinte e desdobramento da anterior . Não tenho , também , a pretensão de esgotar tudo o que significou a experiência do DRS-5 de 1983 a 1987 . Nem poderia deixar de reafirmar que este relato reflete uma determinada visão , uma interpretação muito particular dos fatos ocorridos . Com certeza , outros atores importantes que participaram da experiência , poderiam relatá-la de outro modo , como por exemplo a Associação dos Médicos Sanitaristas que era muito atuante no período. Faço apenas a reconstrução de uma experiência com os olhos de um dirigente comprometido com a invenção da mudança no setor público .

A ETAPA "SINDICAL"

Por mais estranho que possa parecer designar assim uma experiência institucional , no setor público , mais especificamente na administração direta , não fui capaz de encontrar uma designação mais correta para o período inicial da experiência do DRS-5 . O caráter "sindical" (alguém poderá dizer , com justiça , corporativista ...) desta fase pode ser explicado por duas razões principais . A primeira , já comentada , foi consequência do fato dos "antigos dirigentes das greves" , encontraram-se na condição de dirigentes institucionais dos antigos companheiros de lutas . A segunda , foi a descompressão política ocorrida no período. Os funcionários públicos foram um dos trabalhadores que mais tiveram perdas salariais durante os anos de autoritarismo .

Em São Paulo , como em outros estados brasileiros , a presença de "governadores biônicos" (Paulo Maluf foi o último deles) impôs sérios revezes às políticas sociais , em particular na área da saúde e educação , traduzidos em sucateamento dos equipamentos e desvalorização expressiva dos salários . A submissão do funcionalismo a esquemas autoritários e de clientelismo na utilização da máquina pública , deixaram profundas marcas na categoria . Daí que , a eleição de um Governo pelo voto direto , em um contexto de avanço das lutas populares no Brasil , tivesse favorecido a ocorrência de um fato raro na história da administração pública no Brasil : uma forte mobilização de funcionários visando influenciar a indicação de um dirigente de órgão público . Foi o que aconteceu em Campinas . Em vez do processo de escolha ficar restrito ao esquemas mais tradicionais de barganha política , os funcionários foram à

luta e indicaram os nomes de dois médicos sanitaristas que possuíam os pré-requisitos legais para ocuparem o cargo de diretor do Departamento Regional de Saúde .

Estes dois médicos eram quadros do Movimento Sanitário e tinham tradição na condução das lutas reivindicatórias da categoria na região . Um deles filiado ao PMDB - na verdade ligado ao Partido Comunista Brasileiro , sem direito de vida legal naquele momento - e o outro filiado ao Partido dos Trabalhadores . Grupos de funcionários organizaram listas de abaixo-assinados , fizeram visitas às Câmaras Municipais , prefeitos e políticos da região , solicitando apoio para os dois nomes . É interessante notar que , já na própria mobilização visando influenciar a indicação do diretor , começou a ser testado o esquema de uma aliança política de esquerda que sobreviveria até a terceira e última etapa , quando da reforma da Secretaria de Saúde . Indicado o "peemedebista" , é empossado em março de 1983 , em clima de comemoração e esperança entre os funcionários que compareceram em massa à solenidade de posse , em caravanas de ônibus , batucadas e discursos exigindo mudanças ...

Coerente com este clima , a primeira iniciativa da equipe dirigente (ela própria uma composição entre as forças de esquerda) foi organizar um "seminário de participação do DRS-5" , que aconteceu no dia 14 de julho de 1984 , no Salão Vermelho da Prefeitura Municipal de Campinas . O mais importante neste evento que mobilizou a instituição nestes três primeiros meses de gestão , foi o esquema de participação ensaiado . O DRS-5 era o departamento regional de saúde mais extenso do estado e abrangia , também , o maior número de município (83 municípios e 113 centros de saúde) . Os distritos sanitários eram instâncias tecno-administrativas localizadas entre o DRS-e e a rede de centros de saúde . Historicamente , tinham o papel predominantemente burocrático, de "repassadores de papel" , embora , no projeto da reforma que os havia criado fossem pensados enquanto implantadores e coordenadores do modelo assistencial da Secretaria de Estado da Saúde . No processo que relato há , de certa forma , uma recuperação deste papel mais "técnico" pensado , originalmente , para os distritos sanitários . Mais do que isto , há a incorporação de novas atribuições de formulação e condução de mudanças importantes na política de saúde a nível das sub-regiões .

Montar um esquema de participação e discussão , em uma região tão extensa e com equipes distritais tão burocratizadas , era realizar uma verdadeira operação de guerra . Adiante que a experiência acumulada , os esquemas de comunicação até o nível das equipes de saúde e a capacidade de "captar as sinalizações das bases" foi muito útil na etapa seguinte , quando da formulação de uma proposta de gestão participativa .

Foi criado um grupo coordenador do seminário , a nível do DRS-5 , que , através das equipes distritais , fez chegar

a cada centro de saúde um roteiro padrão para discussão e levantamento de problemas e **reivindicações** dos trabalhadores. O roteiro era organizado em torno dos seguintes temas : política salarial , administração , funcionamento da rede , relacionamento interpessoal e participação popular . Ou seja, era proposto que fosse discutido tudo , sobre todos os assuntos .

*" Todos os funcionários foram **convidados** a participar do seminário . Diretores . médicos . equipes técnicas . visitadoras . atendentes . serventes . motoristas . escriturários . chefias de seção e outros . que compunham os DRS-5 em suas 113 unidades sanitárias . Utilizamos . em alguns locais . o período ocioso da unidade . não atendendo o público . ficando um elemento orientando a clientela . dando solução em alguns casos e agendando outros para retorno "*
(doc2)

Aí , chama a atenção o fato de que os funcionários foram **convidados** (grifado no original) e não convocados como era de praxe até então . Sinal dos novos tempos ! Outra coisa que pode ser notada é que o DRS-5 trabalhava com a rede de centros de saúde , e sequer mencionava a existência de outros serviços da própria Secretaria de Saúde , como o Instituto Adolfo Lutz , a SUCEN , o hospital de saúde mental sediado em Casa Branca e o Ambulatório de Saúde Mental . A problematização deste fato que , de alguma forma parecia "natural" , só seria feita , com toda a radicalidade , com o desdobrar da própria experiência .

" O processo de preparação do seminário implicou na eleição de um representante para cada cinco funcionários presentes na reunião final da unidade , com o objetivo de participarem com os representantes das demais unidades nas reuniões a nível distrital " (doc.2) .

Foram realizadas reuniões a nível de cada um dos onze distritos sanitários , que resultaram na eleição de dois representantes para o seminário que seria realizado a nível da região . Além disto , estas reuniões distritais produziam documentos que depois resultariam em um "documento-síntese" a ser debatido no encontro regional , que deveria constar com a presença do secretário de saúde , João Yunes , que afinal aconteceu em 14 de julho de 1983 . Para muitos dos presentes, aquela possibilidade de expor os anseios coletivos , as necessidades reprimidas e negadas por anos a fio , para as "autoridades" que tinham algum poder de atendê-las , de uma forma aberta e direta , com certeza tinha um gosto de "queda da Bastilha" , que a própria data sugeria .

O relatório final deste processo amplo de debates , a partir dos locais de trabalho , a bem da verdade , encontraria melhor lugar em um congresso de entidades de classe do funcionalismo . E entidades combativas , é bom ressaltar ! São 23 páginas que desenvolvem em 6 itens

praticamente todas as reivindicações da corporação recém-saída de um longo período de sufoco . A questão da prestação da assistência à população é tratada apenas de passagem , como reflexo real das preocupações que estavam colocadas naquele momento .

O que havia de novo é que havia partido do "gabinete do diretor" o estímulo para o debate . A convocação oficial para o seminário dizia que " o mais importante talvez , seja o fato de descobrirmos que o diálogo e as discussões coletivas são melhores que o autoritarismo . e que as soluções pensadas pela maioria têm mais chances de estarem corretas que aquelas decididas em Gabinete " (doc. 1) .

Ainda deste documento destaco um trecho , por ser revelador de que havia uma visão política mais ampla do processo desde o início da experiência : " Convidamos então todos os funcionários do DRS-5 a participarem . de corpo e alma . nas discussões em seus locais de trabalho . guiados pela certeza de que a opinião de cada um . por mais modesta que seja . é um tijolinho importante na construção de uma vida melhor para nós , para nossos filhos e para todos os brasileiros " (doc. 1) . Ou seja , a questão democrática . como bandeira central da oposição brasileira . pode ser detectada nesta etapa e nas demais , na medida em que o processo que estava ocorrendo a nível do DRS-5 era . reiteradas vezes , vinculado ao movimento mais global da sociedade brasileira naquele momento .

No roteiro para discussão nos locais de trabalho , no item "política salarial" aparece um cálculo mostrando os gastos com a cesta básica , por parte de uma família com dois filhos em 1979 e depois em 1983 . Ao mesmo tempo era mostrado o salário de um atendente (a categoria mais numerosa) no período . O item era concluído assim : "Baseado em que você acha que é decidido o salário do funcionário público . isto é, a política salarial do Governo ? Reflita sobre a política salarial e relacione com seu horário de trabalho . seu desempenho . suas necessidades individuais e familiares " (doc 1)

O resultado dos debates era previsível . As reuniões contaram com a participação massiva dos funcionários " com exceção dos médicos e dentistas que não demonstraram . em sua maioria , interesse em dar sua parcela de contribuição num processo do qual fazem parte . Os demais funcionários ausentes tinham justificativa para o não comparecimento . fêria ou licenças " (doc. 2) .

O conjunto das reivindicações era amplo e praticamente abarcava todo o conjunto de demandas do funcionalismo na época . Havia a reivindicação de um salário mínimo para o funcionalismo de cem mil cruzeiros (na época . o salário do atendente era de pouco mais de cinquenta e um mil cruzeiros), de reajustes semestrais (!) , com datas-base em janeiro e junho e equiparação salarial com os funcionários do

Legislativo . Questões ligadas à aposentadoria , pagamento de horas-extras , insalubridade e salários indiretos como creches , restaurantes nos locais de trabalho e passe-transporte apareciam no relatório . Exigia-se ainda a participação das entidades dos funcionários no momento da montagem do orçamento de cada ano e da definição dos critérios de reajuste salarial . As greves que vão pontilhar a Administração Montoro demonstram que as coisas não ocorreram bem assim , mas , enfim , aquele era o momento de reivindicar .

O relatório apontava ainda para uma infinidade de aspectos ligados à administração de pessoal : a reformulação do Estatuto do Funcionalismo Público , criação de carreira , transposição de cargos , treinamentos e reciclagens . A área administrativa era profundamente questionada , por ser ela a parte mais visível do esquema autoritário do Estado . A substituição do antigo Diretor Administrativo era um verdadeiro clamor dos funcionários , na medida em que passava por ele o esquema de sustentação dos políticos governistas que se elegiam , há anos , às custas do clientelismo (e das pressões) dentro da máquina pública .

No item do funcionamento dos centros de saúde , a questão mais destacada era o não cumprimento do horário médico . Este tema esteve em pauta durante os quatro anos da experiência , e foi apenas parcialmente controlado , apesar de ter sido enfrentado de frente . Para se ter uma idéia da gravidade do problema , existia na época uma ociosidade de 80% da hora-médico ! Nesta medida , o tema do não cumprimento do horário foi objeto de várias estratégias , do aperfeiçoamento da supervisão técnica , até a mera cobrança administrativa . Eu me deslocava , frequentemente , para reuniões nos distritos sanitários , para reuniões com o conjunto dos médicos e com o diretor do distrito sanitário . As pressões contrárias ao cumprimento do horário eram enormes . Os médicos colocavam , explicitamente , a existência de "acordos" anteriores . Havia um descompromisso tal com o serviço público e um desrespeito tamanho pelos usuários , que estava colocada a necessidade de uma verdadeira revolução no relacionamento da instituição com estes profissionais , em particular , mas com todos os trabalhadores de uma forma mais ampla .

Hoje avalio que não havia uma solução "interna" à Secretaria de Saúde para este problema e , só um reordenamento do sistema de saúde , com a definição de um novo papel para o setor público , poderia criar condições para o modelo de funcionamento do setor público que pretendíamos . O que tem sido confirmado no contexto das mudanças recentes decorrentes das alterações das políticas de saúde , em particular o processo de descentralização da gestão e da municipalização dos serviços de saúde , além da possibilidade de uma maior intervenção dos usuários organizados sobre o sistema .

No documento é apontada ainda a "falta de integração entre os recursos federais , estaduais e municipais , isto é. a definição de um Sistema Nacional de Saúde organizado . constitui-se num outro grave entrave para o funcionamento dos centros de saúde pois há grande dificuldade em se encaminhar um paciente ou na solicitação de exames especializados " (doc. 2)

No que diz respeito à participação popular , tanto as explicações para a não participação são simplistas e insuficientes , como as estratégias para a superação do problema são inadequadas . A experiência de participação popular na gestão dos serviços , durante o período analisado, deverá se restringir à participação de prefeito e de seus representantes a nível dos "conselhos de saúde" e , posteriormente , das comissões interinstitucionais municipais de saúde (CIMS) com o advento das AIS . Ou seja , houve uma permeabilização do Estado à participação de outros atores , porém , não foi viabilizada a intervenção direta dos usuários na gestão dos serviços .

O relatório terminava com os seguintes versos :

***esperar não é saber
quem sabe faz a hora
não espera acontecer !***

Acho que esta finalização com um dos mais populares versos da época de resistência ao arbítrio e, depois , muito cantados em todas as grandes manifestações da fase de ascenso do movimento de massas , que culminaram , em 1985 , com a luta pelas "diretas já" , ajudam a compreender a articulação sempre buscada entre a experiência do DRS-5 com o movimento pela redemocratização da sociedade brasileira .

Para se ter uma idéia do quanto é correta esta designação de "etapa sindical" , basta ler o documento datado de 13 de dezembro de 1883 (portanto nove meses após a posse) e , expedido do gabinete do diretor regional com o seguinte título : " Em defesa dos serviços públicos e por salários dignos para o funcionalismo " . O documento assinado pelo diretor , enviado para todos os centros de saúde , para os outros departamentos regionais e para o próprio gabinete do secretário de saúde , era uma verdadeira convocatória para a greve .

Após fazer uma série de considerações sobre as perdas salariais e as necessidades mínimas dos funcionários públicos o documento , assinado pelo diretor conclue : "isto dito . não é difícil imaginar o estado de insatisfação e até mesmo indignação que o anunciado 'reajuste' de 50% em janeiro causou na categoria" (doc. 3) . O documento analisa ainda que , em uma situação de forte crise econômica no país "quando 80% da população economicamente ativa recebiam até 3 salários mínimos , aumentam as responsabilidades do Governo nas áreas da Saúde e da Educação , uma vez que mais e mais pessoas terão que procurar as escolas públicas , os centros

de saúde e outros serviços públicos em função de suas dificuldades orçamentárias . Isto significa então que . recuperar os hoje tão degradados serviços públicos - e isto é quase impossível sem uma política salarial mais justa para o funcionalismo - é assunto de interesse para a população em geral " (idem) . Ou seja , o discurso é "sindical" mas busca sua inserção na luta mais geral da população . "Neste momento em que o aprofundamento do processo democrático , com a exigência de eleições diretas para presidente da república se coloca como alternativa para sairmos do atoleiro em que se encontra o país . impõe-se , cada vez mais , a prática da negociação tão esquecida no país nos últimos anos (idem) .

Para se ter uma idéia do posicionamento assumido pela direção , naquele momento , diante da mobilização dos trabalhadores e , enfrentando uma forte tensão entre cumprir o papel de representante formal do Governo Estadual e o de trabalhar uma nova aliança entre dirigentes e dirigidos , o documento afirma : "Do Governo Montoro se espera o reconhecimento e a negociação efetiva com as entidades para que , através de um acompanhamento conjunto e permanente da evolução da arrecadação do ICM se possa estabelecer novos reajustes urgentemente (...) Além disto , o afastamento remunerado de dirigentes de entidades , a criação de carreiras, a transposição de cargos , a estabilidade , melhor assistência por parte do IANSPE , entre outros , deverão compor um conjunto de medidas que , aliadas à uma política mais justa , por certo terão o reconhecimento da categoria e contribuirão para o sucesso de um Governo que tem , atrás de si , milhões de votos " (idem) .

As greves serão uma constante do Governo Montoro . Frequentemente longas , com mais de um mês de duração , em geral eram levadas a um impasse : o Governo não punia , mas também não negociava . A categoria se desmobilizava e a população mais carente é quem mais sofria . Frequentemente, todo o trabalho de organização dos centros de saúde que vinha se acumulando era destruído no período da greve . Além disto, a política de "aliança" com os trabalhadores , no sentido de conseguir sua adesão para a construção de um projeto público mais consequente na área de assistência à saúde , ficava seriamente comprometida a nível da região . Ou seja , era baixa a governabilidade dos diretores regionais para constituir uma política de recursos humanos coerente com um projeto mudancista e comprometido com os interesses da população .

Para se ter uma idéia de como esta postura favorável à negociação era compartilhada , de uma maneira bastante homogênea por toda a direção da Secretaria da Saúde , naquele momento , basta lembrar que , na greve de maio de 1985 , o "colegiado de diretores regionais" , reunido em São Paulo , com a Coordenadora de Saúde da Comunidade , elaborou o seguinte manifesto , que foi levado pessoalmente por alguns diretores à uma ruidosa assembléia dos funcionários , vindos de todo o estado : " o Colegiado constituído pela

Coordenadora de Saúde da Comunidade e pelos diretores regionais . reunidos na sede da CSC . hoje . 31/05/85 . vem de público expressar seu posicionamento perante o movimento dos funcionários públicos da Secretaria da Saúde :

-considerando que a pauta de reivindicações colocada pelo movimento reforça o esforço da atual Administração no sentido de recuperar a credibilidade do Serviço Público e a dignidade do funcionalismo

-considerando que a construção da Democracia no nosso país implica no exercício do diálogo e da negociação

Estamos colocando todo o nosso empenho no sentido de que se abram efetivos canais de negociação entre a Comissão de Política Salarial do Governo e o Movimento para que o mesmo possa ser traduzido em ganhos efetivos para o conjunto do funcionalismo público , peça insubstituível na implementação de uma nova política de saúde voltada para os interesses da grande maioria da população " (doc 4) .

A despeito da "moderação" do documento , não deixa de chamar a atenção a sua ousadia , na medida em que era subscrito pela Coordenadora da Saúde da Comunidade - a "número 2" da Secretaria , pode-se dizer , e pelos diretores regionais . O manifesto , apesar de comedido , aponta claramente para a negociação e reconhece a justiça das demandas . Para clareza deste depoimento , e deixando de lado a falsa modéstia , é necessário dizer que tive um papel destacado , enquanto diretor do DRS-5 na articulação e redação deste documento . Esta articulação com os outros diretores , que ademais tinham posições muito simpáticas ao movimento , era essencial no caso de Campinas , porque era nesta região onde o movimento apresentava maior vitalidade . Ou seja , a articulação com os demais diretores e com a Coordenadora era vital para a própria manutenção da experiência campineira , na medida em que descaracterizasse um "foco de rebeldia" na região .

Esta postura do colegiado foi objeto de uma forte reprimenda a todo o nível central da Secretaria , incluindo o secretário Dr. João Yunes , por parte do Bresser Pereira , então Secretário de Governo do Montoro , que nos convocou , tarde da noite , ao Palácio dos Bandeirantes , para se dizer "incrédulo que todo um primeiro escalão do Governo houvesse assumido aquela posição !" O "puxão de orelhas" só foi interrompido quando o então Superintendente da SUCEN fez uma intervenção emocionada dizendo para o Secretário de Governo que "nós" éramos funcionários da Secretaria como os grevistas e , que "ele" tinha outro emprego e , terminado o Governo Montoro , iria embora administrar suas empresas . A reunião , neste ponto , terminou . Ninguém foi punido . Nem o Secretário e nem a Coordenadora caíram .

A despeito do quanto possa até ser "pitoresco" , visto hoje , o episódio que relatei , a verdade é que o Governo Montoro não conseguiu viabilizar uma política de recursos humanos que atendesse , de fato , às necessidades históricas do funcionalismo público . Houve até avanços importantes como

a liberação de dirigentes sindicais , aumentos diferenciados para algumas categorias , mas , no conjunto , permaneceram graves problemas não resolvidos .

Como consequência , a procurada aliança com a corporação foi perdendo força e peso específicos , conforme avançava o processo , embora nunca tenha sido rompida . Nas fases seguintes , houve deslocamento da busca de apoio para o projeto junto aos prefeitos , vereadores e comunidades organizadas onde era possível . Esta busca de alianças "para fora" foi bem sucedida e resultou , afinal , na criação de uma certa sustentação política na região que , a despeito da crescente articulação de setores conservadores do PMDB visando "tirar o diretor do DRS-5" , garantiu que o mandato do mesmo fosse cumprido até o fim .

O documento "Balanço de um ano de administração/DRS-5" fecha esta fase . Nele , podem ser lidos trechos como : "A maior parte das reivindicações que dependiam de decisão política a nível de Governo não foram atendidas . Entre elas , destaca-se a questão salarial . Os reajustes salariais apresentados pelo Governo Montoro ficaram muito aquém das expectativas da categoria ..." (doc. 5) . O documento fala ainda de avanços como criação de cooperativa , restaurante e creche a nível do DRS-5 , liberação de dirigentes sindicais , concluindo que "entendemos que o sucesso dos governos estaduais eleitos sob legendas oposicionistas contribuirá , por certo , para a consolidação e aprofundamento deste processo democratizante tão penoso que vivemos , mas que , conquistado palmo a palmo por nosso generoso povo representa a única saída possível para a crise econômica , política e social que 20 anos de autoritarismo e incompetência legaram ao Brasil" (idem) . O documento , apesar de um certo desencanto com a política desenvolvida pelo governo estadual , reitera a vinculação do específico ao geral e a necessária articulação da experiência que estava sendo gestada no DRS-5 com a luta da oposição contra o Regime Autoritário , então nos seus extertores .

Há no documento referências à política de saúde que a Secretaria vinha desenvolvendo , tendo como eixo a diretriz da descentralização , traduzida , naquele momento , no projeto "município carente" . " Uma coisa que antecede as AIS, que foi muito pontual na Secretaria de Saúde de São Paulo , teve importância sobretudo nas regiões menos populosas , um projeto que inventamos a partir de 83 , de um diagnóstico no momento anterior à posse do Yunes , de que 250 dps 572 municípios paulistas não tinham médicos , 98% deles com uma população menor que 15000 habitantes . E mesmo antes das AIS , a partir de agosto de 83 , começamos a ter um instrumento de viabilizar para estes municípios a permanência de um médico , e , significava o que depois as Ações Integradas aprofundaram : a possibilidade de se colocar recursos financeiros diferenciados a nível dos municípios para eles contratarem os médicos " (doc. 6) .

Na região de Campinas foram feitos convênios com 23 dos seus 83 municípios . Por estes convênios , a Secretaria Estadual repassava recursos financeiros para salários , além de ajuda para pequenas reformas de prédios , compra de material de consumo e medicamentos etc .

" Na implantação do projeto aprendemos muito . Pela primeira vez procuramos , sistematicamente e como política oficial de trabalho , as representações locais , aprendendo a discutir , negociar e saindo do nosso tradicional isolamento institucional . Desnudamos claramente *nossas* carências ao trabalharmos a "carência" dos municípios e , principalmente, pudemos ver o impacto que causou nas *nossas* unidades a presença de médicos que não encaravam a Secretaria como "bico" e passavam , além de se interessar mais pelo trabalho, a cumprir integralmente o horário de trabalho . (doc. 5) .

De fato , a própria implementação do projeto foi reforçando o papel de descentralização da gestão da máquina , na medida em que o processo de negociação com os prefeitos foi delegado integralmente para os diretores regionais , que desenvolviam seu trabalho apoiados pelas equipes dos distritos sanitários .

Outro avanço apontado no documento de balanço do primeiro ano de gestão diz respeito à descentralização , para os departamentos regionais de saúde , do parecer a respeito dos pedidos de verbas que as santas casas enviavam ao CEAS (órgão da Secretaria da Promoção Social) anualmente . Até então , os critérios para a liberação eram clientelisticos , com base na maior ou menor influência do deputado da região junto ao Governo Estadual . Agora , a Secretaria delegava aos diretores esta atribuição , com a perspectiva de modelagem de um embrião de sistema de saúde mais integrado .

" Visitamos os hospitais , verificamos suas condições de funcionamento , garantimos melhor cobertura para *nossas* unidades . Pensamos , enfim , o sistema municipal de saúde como um todo . Saimos da casca do ovo " (doc. 6) .

As duas diretrizes políticas da SES , o projeto "município carente" e esta delegação das verbas do CEAS , foram estímulos vitais para a política de descentralização que culminará , na última fase da gestão , com a reforma da Secretaria . O Programa das Ações Integradas de Saúde (PAIS) só teria início na etapa seguinte e funcionaria como um reforço muito importante nesta aproximação com o município .

O documento termina avaliando o que foi feito em relação aos problemas levantados no "seminário de participação" realizado um ano antes : "Grande parte das reivindicações que poderiam ter solução a nível do DRS-5 foram atendidas como a valorização dos distritos sanitários , investimento em treinamentos , maior cobertura da área administrativa , criação da cooperativa dos funcionários , melhoria do relacionamento das unidades , tratamento igual para todos os

funcionários na questão do cumprimento do horário , incluindo os universitários , municipalização dos serviços , delegação para as prefeituras da aprovação de plantas , entre outros "
(doc. 5)

Enfim . cumpriu-se a fase "sindical" da experiência . A característica principal do período tendo sido a busca permanente de legitimidade no interior da própria corporação. Diretrizes políticas que reforçavam a descentralização , principalmente o advento das AIS , incorporaram novos atores ao processo , que propiciaram uma base de apoio "externa" para o projeto mudancista e estatizante em curso no DRS-5 .

A ETAPA DA FORMULAÇÃO DE UMA PROPOSTA DE GESTÃO DEMOCRÁTICA DO SETOR PÚBLICO

Essa etapa ou fase corresponde aos dois anos do meio da gestão (1984 e 1985). Nela , o movimento mais visível é o esforço pela construção de uma metodologia de gestão e de planejamento que incorporasse os princípios da participação e da democratização do setor público . Esta fase é coerente com a anterior e é , em grande medida , um desdobramento dela , na medida em que havia a valorização do processo participativo como única forma de ganhar a adesão efetiva dos trabalhadores de saúde para o projeto político da Reforma Sanitária . Além do mais , a democratização da gestão pública era valorizada, em si , como parte da construção de uma sociedade democrática e socialista .

A formulação de uma determinada "metodologia de planejamento" ou , olhando retrospectivamente , de um determinado modo de governar , foi inspirada , em boa medida nas técnicas empregadas pela Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (FLACSO) (essas técnicas serão analisadas com mais cuidado no capítulo IV) . Uma providencial oficina realizada por um técnico da FLACSO , em junho de 1984 , sob os auspícios da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas , propiciou , a um conjunto de técnicos do DRS-5 , o contato com um instrumental de trabalho que vinha de encontro à concepção de gestão democrática que estava sendo trabalhada há um ano .

Desta maneira , o "I Encontro dos Dirigentes do DRS-5" realizado durante 3 dias no município de Campo Limpo Paulista, já foi organizado tendo como base a metodologia participativa e problematizadora utilizada pela FLACSO e inaugurou a etapa caracterizada pelo esforço de tornar mais orgânico o processo de participação , no sentido de ser transformado em "uma metodologia participativa de planejamento" . Não havia um rigor metodológico na apropriação das técnicas da FLACSO , nem mesmo técnicos especializados para acompanhar o grupo . Havia uma simplificação da metodologia , por exemplo , na análise da viabilidade . Importava mais o processo de planejamento que fosse democrático e participativo , do que o "método" em si .

O coletivo se apropriava de uma dinâmica que era explicitada e o grupo jogava dentro de certas regras previamente estabelecidas - e aceitas - pelo grupo . É claro que o contacto com uma metodologia foi importante (no caso , a da FLACSO) , pois permitiu instrumentalizar ou organizar melhor o trabalho . Dar um certo ordenamento às discussões em torno dos inúmeros problemas . A ênfase nas técnicas de visualização , através do registro dos resultados dos debates em grande folhas de papel pregadas nas paredes facilitava a discussão e o estabelecimento de pontos consensuais . O ato de escrever e "assinar em baixo" pelo grupo ajudava a firmar compromisso com as conclusões e propostas .

No ano seguinte , foi realizado o "II Encontro dos Dirigentes do DRS-5" , utilizando a mesma sistemática . Nesses dois encontros o produto mais visível era a priorização dos investimentos , a qual orientava a elaboração dos "planos de aplicação" colocados como exigência pelo INAMPS para repasse dos recursos federais , via Ações Integradas de Saúde .

Na verdade , esses encontros eram momentos intensamente comunicacionais , de construção de consenso em torno de uma determinada proposta política . Ali , mais do que o diagnóstico de formato tradicional , prevaleciam a experiência , a intuição e a capacidade de formulação de soluções por parte de atores em situação . A modelagem de uma "metodologia de planejamento" subordinada a um projeto político .

Do I Encontro participaram 56 técnicos , que eram praticamente as equipes completas dos 11 distritos sanitários, mais a direção central do DRS-5 . Como preparação do Encontro foram realizadas discussões prévias a nível das equipes distritais , a partir de um roteiro padrão . Com o material previamente enviado pelos equipes distritais , foi elaborado uma "síntese dos relatórios distritais" que serviu como ponto de partida para os debates do Encontro . Como havia dito antes , na elaboração da dinâmica do processo de gestão , foi utilizada a mesma sistemática que já havia sido utilizada na realização do "seminário de participação" .

O documento-síntese dizia , entre outras coisas , na sua introdução : *" Partir das dificuldades encontradas , diagnosticadas e repensadas e tentar , coletivamente , construir a estratégia de sua superação . Este ponto que gostaríamos de destacar : a certeza de que só a elaboração coletiva e democrática será capaz de dinamitar (grifado no original) esta estrutura emperrada que tolhe nossas pretensões de dinamizar a máquina do Estado . Nosso lema : a coisa pública é coisa do povo , a ele deve servir e por ele ser controlada "* (doc. 7)

Nesse documento , estavam contidos os pontos centrais do debate que seria feito nos próximos três anos , inclusive a inadequação da estrutura dos distritos sanitários tendo em vista as tarefas colocadas pela descentralização em curso : *"os distritos estão ocupados com novos encargos , novas responsabilidades : conversam e voltam a conversar com os prefeitos , vão às reuniões dos conselhos diretores , visitam os hospitais e as santas casas , elaboram relatórios , repassam treinamentos urgentes , participam de muitas reuniões e são atropelados , muitas vezes , pelo volume de pedidos , prazos para ontem etc , etc ..."* (doc. 7)

A implementação de novas políticas como os convênios com os "municípios carentes" , a descentralização da verba do CEAS , a assinatura dos convênios AIS começam a colocar em

xeque a estrutura então existente do DS . Inicialmente , aparece muito como "sobrecarga de trabalho" . mas depois começa-se a perceber que é mais que isto , ou seja , a pouca autonomia e poder de decisão do DS começa a representar um estrangulamento no encaminhamento das políticas propostas .

O documento aponta ainda a necessidade de se "instituir planejamento em cascata" . desde os níveis superiores até o nível local , mas praticamente não aborda a questão do modelo tecno-assistencial .

O relatório final do I Encontro informava que o mesmo havia tido como objetivos :

" - *Objetivo geral : promover o melhor atendimento à população através do planejamento das ações de saúde a serem desenvolvidas a nível do DRS-5.*

- *Objetivos específicos : * assegurar que o planejamento das ações executadas a nível do DRS-5 seja feito a partir de um processo que conte com a participação ampla de seus funcionários . representados pelas equipes distritais .*

** propiciar oportunidade para que as equipes dos distritos sanitários incorporem à sua prática uma metodologia simples de planejamento .*

** definir diretrizes gerais que permitam estabelecer prioridades na aplicação dos recursos do DRS-5 no ano de 1985 " (doc. 8)*

No primeiro objetivo específico , fala-se em garantir participação ampla dos funcionários no processo de planejamento "representados pelas equipes distritais" . Isto pode ser interpretado de duas maneiras . **não excludentes :**

- apostava-se que os DS estariam reproduzindo em modelo de participação na sua área de atuação tão intenso que os legitimava como representantes dos funcionários .

- era necessário um pragmatismo maior na condução das mudanças , uma vez que a extensão do DRS-5 quase inviabilizava a participação permanente de dois mil funcionários no processo de planejamento .

Esta preocupação com a participação sempre presente - e nem sempre bem resolvida - pode ser constatada no calendário de reuniões "em cascata" , aprovado nos dois encontros como modelo da sistemática de reuniões que deveria ser desencadeado , todos os meses , em todos os níveis do DRS-5 :

" - no primeiro dia útil após a reunião mensal do diretor regional com a coordenadora da saúde da comunidade e com o secretário de saúde : realizar uma reunião para repasse desta pauta para o grupo dirigente do DRS-5 mais os diretores técnicos dos DS .

- até o quarto dia útil os diretores de DS repassam para as chefias dos CS mais equipe técnica e chefia administrativa do DS a pauta da reunião

- até o quinto dia útil repasse da mesma pauta de

reunião pelas chefias dos centros de saúde para a equipe local, através de reunião mensal que deverá ocorrer, sistematicamente, em todas as unidades.

Observação: estas reuniões terão o caráter de canal efetivo de participação através da descida de informações e subida de reivindicações." (Idem)

Esta resolução funcionava, com uma certa regularidade, apenas até o nível dos distritos repassarem as informações para os diretores dos centros de saúde. Havia nela tanto um evidente voluntarismo, como uma simplificação da questão da "comunicação interna" dentro da instituição. Mais grave: era um processo de participação, claramente pouco efetivo, se a intenção era a criação de trabalhadores coletivos da saúde e de sujeitos institucionais. Pelo menos visto de uma maneira retrospectiva.

Com o tempo sendo criado um distanciamento crescente em relação à "base" do funcionalismo que só seria melhor diagnosticada pela direção do DRS-5 no final da gestão. Explicam este distanciamento, a própria extensão e complexidade do DRS-5, a ênfase dada no trabalho com os atores extra-institucionais pelas equipes distritais que tinham pouco tempo para este "trabalho interno", a ineficácia da "técnicas de participação" já referida e, por último, mas não menos importante, a frustração dos funcionários com o Governo, que não viabilizou uma política de pessoal que corrigisse, substancialmente, as injustiças historicamente acumuladas. É bom lembrar também que outros fatores como as características de nossa rede (serviços sucateados, pouco resolutivos, desimportantes enfim) aliadas à não existência de uma metodologia de planejamento e gestão efetivamente descentralizados, contribuíram para este distanciamento entre a direção do DRS-5 e o "fim de linha", ou seja, a rede de serviços.

Sem dúvida, o maior avanço em termos de gestão participativa ocorreu a nível do que se denominou de "colegiado de equipes distritais". Este, era um órgão deliberativo, não previsto na estrutura formal dos antigos departamentos regionais de saúde, constituído pelas equipes distritais que teve um peso político fundamental na condução da experiência do DRS-5. Nele, eram debatidas desde questões técnicas ligadas ao próprio modelo tecno-assistencial, até o acompanhamento detalhado da execução orçamentária do DRS-5, durante todo o ano. Nesse colegiado, o **compromisso com a transparência**, ou seja, o acesso à todas as informações era conduzido com rigor. As necessidades dos distritos sanitários eram discutidas publicamente e as prioridades decididas no voto, com base em critérios estabelecidos pelo grupo. Eram reuniões muito longas e, frequentemente tensas e desgastantes, em função da eterna contradição entre as necessidades colocadas para o avanço de um projeto público no setor saúde e a escassez de recursos. Mas, no final, prevalecia o consenso construído após muita discussão e que permitia manter a coesão da

equipe.

A metodologia utilizada nos dois encontros (o primeiro em 1984 e o segundo em 1985) foi basicamente a mesma e descrita no relatório do I Encontro .

" -**etapa 1** - levantamento de problemas : esta etapa foi realizada por uma equipe de coordenação do seminário a partir de um roteiro de questões previamente enviado aos distritos sanitários e respondido por todas as equipes distritais .

-**etapa 2** - classificação dos problemas por área : esta etapa foi também realizada pela equipe de coordenação que a partir dos problemas levantados pelas equipes distritais , agrupou-os em 5 itens :

I - problemas relativos ao gerenciamento do DRS-5

II - problemas relativos à integração inter-institucional

III - problemas relativos às atividades meio e recursos materiais

IV - problemas relativos a recursos humanos

V - problemas relativos aos programas de saúde

- **etapa 3** - estudo dos problemas e definição dos pontos críticos a serem atacados a nível do DRS-5

- **etapa 4** - definição preliminar de estratégias a serem implantadas a nível do DRS-5 no ano de 1985

- **etapa 5** - detalhamento das estratégias pelos grupos

- **etapa 6** - discussão final , com todos os participantes , dos resultados dos trabalhos dos grupos "

(doc. 8)

Apesar de ser uma adaptação muito simplificada da metodologia da FLACSO , esta sistemática de trabalho adotada nos encontros tinha um ponto de partida que lhe garantia uma certa "efetividade" : **ênfatizava o enfrentamento de problemas dentro do espaço de governabilidade do DRS-5 , a partir de um alto grau de consenso construído no e pelo grupo** . As questões que extrapolavam este nível , principalmente aquelas referentes à política de recursos humanos e financeiros eram colocadas pelo diretor regional no colegiado dos diretores regionais ou em outras instâncias de decisão . Havia uma adesão muito forte em torno da idéia de "que temos que cumprir a parte que nos cabe" , inclusive como estratégia de legitimação para demandar os níveis superiores . E , de fato , havia muito a fazer a nível da região e muito foi feito .

Pouco comentarei a respeito dos problemas referentes a recursos materiais e humanos , com exceção de que eram de tal ordem e tantos , que é de se questionar como era possível pensar em mudanças e melhoria na assistência à saúde da população , a partir da estrutura da Secretaria de Estado da

Saúde .

E na verdade não era . Estou convencido que estímulos "externos" como as AIS , inicialmente , e a política federal de implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) , no momento seguinte , foram fundamentais no reordenamento do sistema e na viabilização de trajetórias mais construtivas na perspectiva de viabilização de uma alternativa pública para a assistência à saúde da população .

Dirigirei minha atenção aos problemas relativos ao gerenciamento do DRS-5 , à integração inter-institucional e aos programas de saúde , por avaliar que é na discussão destes temas que foram sendo elaboradas as propostas mais radicais de mudanças .

Um tema que foi muito discutido neste I Encontro foi a já comentada insuficiência das equipes distritais frente às novas atribuições . As soluções apontadas , nesta etapa , são ainda "ingênuas" , no sentido de prescreverem *"suprir as equipes distritais com pessoal necessário e capacitar as equipes distritais para as ações de integração"* . Em resumo , mais pessoal e capacitação para as ações de integração e planejamento parecem ser até onde vai a formulação a respeito da insuficiência das equipes distritais neste momento . Será interessante notar como esta discussão evolui no II Encontro, no ano seguinte .

Quando os "problemas referentes aos programas de saúde" são trabalhados , o que está sendo questionado é o modelo tecno-assistencial e a lógica de trabalho por "programas" então existente . No relatório final do I Encontro de dirigentes aparecem 41 problemas "referentes aos programas de saúde" , que poderiam ser sintetizados assim :

" - diretrizes para os programas são geradas fora das áreas de execução e são repassadas como metas e normas , nem sempre atendendo às necessidades globais de saúde da população , faltando definição clara de área de cobertura e geográfica de atuação .

- a programação existente é inadequada às reais necessidades da população e mantém o papel marginal da instituição no contexto da assistência médica .

- ausência de retaguarda laboratorial , de ambulatorios especializados e hospitalar para a rede de atenção primária " (doc. 8)

Vale notar que , ao se dizer que a programação , por vir "de fora" , não atende às necessidades da população , está sendo dito , de fato , que a população que depende dos serviços públicos está desassistida porque a lógica dos programas de certa forma "fechava" a unidade ao usuário . Além disto , pode-se perceber já uma formulação mais abrangente do modelo tecno-assistencial quando se fala de ausência de retaguarda dos outros níveis de maior complexidade . Outra questão , não menos importante ,

refere-se ao papel marginal da instituição no contexto da assistência médica e que será muito problematizada nos momentos seguintes .

Avalio que , neste momento , ainda não é formulado um "novo" modelo tecno-assistencial . As estratégias apontadas são ainda muito confusas :

" - Definir área de cobertura (capacitar as equipes de nível local , distrital e regional para trabalharem com o planejamento conjunto das ações de saúde) .

- Adequar os programas aos problemas de saúde epidemiologicamente significativos , segundo uma filosofia de atenção integral à saúde .

- Descentralizar e adequar o Instituto Adolfo Lutz às necessidades de atenção primária à saúde " (idem)

O conceito de **atenção integral à saúde** já esboçado neste documento , só mais tarde será explicitado no sentido de que era necessário **incorporar a assistência médica individual** também , o que não significava abrir mão de trabalhar , por exemplo , com grupos de riscos , a partir do saber produzido pela Epidemiologia . É interessante notar que os programas da Secretaria tinham , vistos de hoje , um caráter tão acentuado de dogma - no sentido religioso que o termo tem - que , questioná-los , naquele contexto , exigia certas "estratégias de ocultamento" , para que um suposto confronto com os "cardeais" do nível central fosse o menos desfavorável possível para os "da base" . Mantendo a linguagem religiosa , posso afirmar que o relatório do I Encontro já prenunciava um cisma ... Talvez estas estratégias de ocultamento possam explicar o caráter tão impreciso ou mesmo obscuro das proposições tiradas naquele evento !

Já no II Encontro realizado em outubro de 1985 , as questões relativas ao modelo tecno-assistencial e à estrutura do DS são colocadas mais precisão . Dele participaram 74 pessoas , incluindo o pessoal do Grupo Regional de Integração das Ações de Saúde (GRIAS) que incluía a diretora da SUCEN , o diretor do Centro de Reabilitação de Casa Branca , a diretora do Instituto Adolfo Lutz , além de representantes da Coordenadoria de Saúde da Comunidade e da FUNDAP . Esta ampliação da participação , no Encontro , de dirigentes dos outros órgãos da SES da região , já era uma demonstração do avanço da política de integração e regionalização , que só seria resolvida no processo da reforma .

A dinâmica , como já foi comentado , foi a mesma adotada no I Encontro , porém havia uma pauta mais "objetiva" , em função de questões cruciais que precisavam ser enfrentadas , entre elas a do modelo assistencial e a estrutura do distrito sanitário .

" A abertura do Encontro foi feita com uma mesa redonda objetivando uniformizar as informações sobre os temas da pauta e iniciar o processo de reflexão para aprofundamento

nos grupos . A mesa foi composta pelo Dr Luiz Carlos de Oliveira Cecilio (diretor regional) e pelo Dr Emerson Elias Merhy (diretor do distrito sanitário de Campinas) que falaram sobre as Ações Integradas de Saúde e gerenciamento . respectivamente " (doc. 10)

O II Encontro tinha como pauta :

" 1- o perfil do centro de saúde integrado . regionalizado e hierarquizado . conforme a proposta das AIS.

2- gerenciamento intra e inter-institucional (o relacionamento do Distrito Sanitário com a CIMS . a CLIS . A CRIS , O ERG e os "município carentes")

3- plano de aplicação dos recursos das AIS no primeiro semestre de 1986 .

4- controle do sistema pelos usuários " (Idem)

Uma pauta tão ambiciosa desta , só poderia ser cumprida .. e foi - em dois dias de encontro apenas se houvesse - e havia - um acúmulo resultante de uma discussão coletiva que era travada de forma sistemática , a nível do colegiado das equipes distritais . O Encontro foi um momento de definições cruciais , que o acúmulo permitia . Pontos fundamentais colocados de forma ainda imprecisa no I Encontro , agora eram formulados com contundência . Há , por exemplo , um claro amadurecimento coletivo na formulação de alternativas para a organização dos serviços de saúde . Nesse momento , há uma espécie de rompimento com as normas feitas no nível central , principalmente em relação ao processo de trabalho a nível da rede básica , que tinha um significado profundamente inovador dentro da estrutura vertical e rigidamente hierarquizada da Secretaria de Estado da Saúde , cuja "lema" até então era "normatização centralizada e execução descentralizada " . Ou algo parecido . O fato é que , a torrente de fatos decorrentes das políticas de saúde definidas a nível nacional - em particular as AIS . , a orientação radical de descentralização adotada pela gestão Yunes e o avanço do processo na região , havia deixado caduca a velha estrutura da SES e agora as "bases" , principalmente onde estavam mais organizadas (e este era o caso de Campinas , com três anos de acúmulos de gestão participativa) , forçavam na direção de mudanças mais efetivas .

O relatório do II Encontro apontava os princípios que a rede básica devia adotar para fazer face às necessidades da população :

" a) definição de uma área programática para cada unidade básica

b) atendimento universal

c) acesso fácil do ponto de vista geográfico e organizativo

d) atenção integral a todos os grupos etários .

e) alta resolutividade

f) retaguarda de ambulatórios especializados

- g) retaguarda hospitalar
- h) retaguarda laboratorial e radiológica ágil
- i) desenvolver ações e contar com equipamentos compatíveis com o avanço técnico científico do nosso Estado
- j) desenvolvimento de ações a partir do planejamento anual elaborado pela equipe local , em consonância com um diagnóstico de saúde e com os princípios da integração , regionalização e hierarquização
- l) ser permeável à participação dos usuários criando mecanismos de informação permanente à população a respeito dos serviços prestados e das prioridades estabelecidas
- m) ser sensível e capaz de , agilmente , adaptar-se às necessidades da população , detectadas pela equipe ou apontadas pela clientela , diretamente ou através de seus representantes .

Uma rede com estas características é , necessariamente , uma rede que **incorpora a assistência médica** . Entendemos que a assistência integral à saúde é um dever do Estado , a ser cumprido através de um sistema público e democrático de saúde. A rede básica deve ser pensada como a **porta de entrada de alta resolutividade** deste sistema regionalizado e hierarquizado . (idem) .

Tudo que havia sido dito em meias palavras no relatório do I Encontro , agora era dito com toda a clareza . Não que não houvesse , no momento anterior , uma ou outra pessoa que fizesse esta elaboração . A novidade agora é que um coletivo assumia estas formulações como suas e mostrava-se decidido a implementá-las . Uma comparação com o discurso existente nos primeiros documentos e este relatório era uma boa medida do nascimento e amadurecimento de um sujeito , agora colocando seu projeto em disputa nas arenas decisórias das políticas de saúde .

" (...) os nossos 'programas' tradicionais não são compatíveis com as diretrizes de descentralização . por transporem mecanicamente a estruturação burocrática da SES , não respeitando nem estimulando a adequação às diferentes realidades locais . Estas distorções cristalizaram-se a tal ponto que a maioria dos grupos considera inútil e até nociva a manutenção da nomenclatura 'programas' e 'sub-programas' . Deste ponto de vista , o atendimento deverá estar organizado, na rede , na forma de atendimento **ao adulto e à criança** , com ações prioritárias a serem desenvolvidas como : vigilância do crescimento e desenvolvimento , atendimento pré-natal , atendimento aos doentes de hanseníase , tuberculose etc .

(...) Ainda em relação à organização do atendimento na rede , consideramos como necessária a criação de condições para o atendimento de urgência , o estudo da necessidade da extensão do horário do atendimento . Esta agilização passa pela redefinição do papel dos membros da equipe , particularmente do médico e do conteúdo das atividades como pré e pós-consulta .

Poderia ser chamada a atenção para o fato do documento fazer referência apenas aos centros de saúde . Isto se explica porque , naquele momento pré-reforma , o DRS-5 era um órgão da Coordenadoria de Saúde da Comunidade , responsável exatamente pela rede básica . Assim , aquele sujeito não conseguia precisar estratégias para os outros níveis do sistema , aos quais era atribuída uma função genérica de apoio ou cobertura para a rede de centros de saúde .

O relatório apontava , ainda , algumas indicações para a organização do processo de trabalho a nível dos centros de saúde que , na minha opinião , significaram uma "virada" na forma de se pensar as unidades básicas que era dominante até então :

" 1- abolir a pré-consulta tradicional na rede e substituí-la pelo **preparo** do paciente para a consulta médica.

2- abolir a pós-consulta com o caráter de 'suprir as deficiências médicas' . Reformular esta atividade de acordo com o caráter de cada serviço e a necessidade do paciente .

3- garantir o acesso da população ao atendimento mediante maior atenção à triagem da clientela , que deverá ser assumida pelo gerente da unidade .

4- garantir o atendimento durante todo o expediente regular do CS , inclusive no 'horário do almoço' .

5- repudiar os modelos de programas desenvolvidos pelo nível central da SES , os quais persistem na compartimentalização das ações de saúde .

6- qualificar o primeiro atendimento na unidade de saúde , de forma que o mesmo se constitua , mediante atenção integral ao indivíduo , em mecanismo de detecção eficiente de riscos à saúde .

7- evoluir para a realização de consultas conjuntas médico/auxiliar , dando maior resolutividade ao atendimento de enfermagem .

8- criar mecanismos de avaliação permanente da qualidade das ações de saúde desenvolvidas .

9- iniciar a discussão do atendimento integral ao grupo familiar e não apenas do indivíduo . (idem)

Este texto , escrito em 1986 , mantém um sabor de novo , inclusive porque trabalha com conceitos e palavras que eram completamente estranhas ao vocabulário dos sanitaristas paulistas , até aquele momento . Refiro-me , por exemplo , à utilização da palavra **gerente** ou às idéias de atenção integral à saúde garantida pela equipe e não na abordagem individual de um profissional . Ou ainda , a idéia da "velha" rede básica assumir o pronto atendimento , abrir-se para as necessidades reais das pessoas , vistas como pessoas dotadas de uma subjetividade , demandantes de atenção para suas mazelas atuais e não meros componentes das curvas e gráficos que o saber epidemiológico nos propicia . Esta discussão da abertura da rede aos usuários era uma verdadeira denúncia contra a escandalosa repressão de demanda então existente , quase sempre justificada pela necessidade de cumprimento dos "cânone dos programas" . E , não se diga que o que estava

apontado ali era a incorporação pura e simples da assistência médica , embora esta fosse uma estratégia fundamental . Estava colocado , naquele momento , uma "terceira via" entre modelos "polares" , quais sejam , o pronto atendimento e os programas tais como foram desenvolvidos nos últimos anos . O **que se queria combater eram unidades e programas vazios** , numa frase feliz de Gastão Wagner de Souza Campos .

Para além desta preocupação com o modelo assistencial , o relatório do II Encontro ocupou-se , basicamente , com questões "gerenciais" que eram colocadas com muita agudeza em função das mudanças ocorridas nos últimos três anos . Para "o fortalecimento do distrito sanitário" propunha-se como equipe mínima para o mesmo um médico sanitarista , enfermeiro , educador , estatístico , chefia administrativa e outros profissionais dependendo das características sub-regionais .

" Referendou-se a proposta tirada no Encontro de Dirigentes Regionais de Cananéia de se alocar 3 cargos de assistentes de livre provimento a nível do DS " (doc. 10)

O Encontro a que se refere o documento havia sido realizado no mês anterior (setembro de 85) , com a presença de todos os diretores regionais do estado mais o nível central da SES e representaria uma inflexão na Gestão Yunes , pois daí sairia a decisão da *"formulação um grupo de trabalho da Secretaria de Estado da Saúde que , com a assessoria da Fundap , deverá , a curto prazo , fornecer subsídios para mudanças , entre as quais o fortalecimento do DS , alocando nele cargos de Assistência Técnica que o transformem na inatância de supervisão da rede de unidades sanitárias , bem como unidade de planejamento e gerenciamento sub-regional"* (doc. 11)

Naquele momento não se apontava para a proposta mais radical que resultaria na criação dos escritórios regionais de saúde , com função muitos mais abrangentes do que se poderia imaginar naquele momento .

No II Encontro , esta reforma parcial aparentemente parecia satisfazer as necessidades sentidas de mudanças dos participantes . Mas uma questão foi bem marcada naquele momento e tornar-se-ia uma espécie de ponto de honra inegociável para os participantes daquele seminário :

" O conjunto dos dirigentes do DRS-5 reafirmou a necessidade do cargo de Diretor Técnico do DS ser de carreira e não provido por critérios de confiança , o que diminui a ingerência política no trabalho . O fato de ser cargo de carreira não deve , contudo , servir de escudo para os gerentes incompetentes que deverão , quando necessário , ser substituídos " (doc. 10)

A condução dada pela SES ao assunto , quando do encaminhamento da reforma , será o ponto central das discussões na última fase da gestão .

Um produto comum aos dois Encontros foi a priorização para a utilização dos recursos repassados pelo Governo Federal, via o Convênio das Ações Integradas de Saúde. Estas prioridades eram depois traduzidas em planos de aplicação, conforme exigência convencional. É perfeitamente possível detectar uma continuidade e coerência entre os dois planos, o que permite afirmar que existia uma atuação consciente - e planejada coletivamente - visando a reorganização do modelo tecno-assistencial, além do processo de gestão e planejamento das ações. Destaco apenas que, tanto no I como no II Encontro, a prioridade número 1 foi a expansão da rede de laboratórios - o que de fato aconteceu - tendo em vista a proposta de incorporar a assistência médica. O único Instituto Adolfo Lutz da região era completamente insuficiente para fazer frente às novas demandas colocadas. Chamo atenção ainda para o fato de que, no II Encontro, a prioridade 2 tenha sido a contratação de pessoal com os recursos das AIS, tal a carência de pessoal para fazer frente às necessidades decorrentes do novo perfil de atendimento das unidades.

O que se pode depreender da leitura destes documentos e iluminado pela minha vivência pessoal no período, é que havia um grande esforço no sentido de se tentar legitimar o setor estatal de prestação de assistência à saúde e isto passava pela incorporação da assistência médica.

Procurava-se formular um "novo" modelo tecno-assistencial coerente com um projeto societário mais amplo, dentro do campo socialista e democrático. Incorporar a assistência médica, comprometer-se cada vez mais em tornar a rede pública continente para os que dela precisavam era, para nós, uma forma de construir legitimidade para uma proposta de mudanças sociais que extrapolava o setor saúde. Isto inclusive explica, em parte, a estabilidade da aliança de setores de esquerda do Movimento Sanitário, que foi trabalhada durante todo o período.

Estava em jogo um projeto maior e avaliava-se, de forma muito consensual, que o fortalecimento e democratização de um setor ou um "pedaço" do Estado, no caso a Saúde, era parte de uma estratégia de poder, de construção de uma nova hegemonia. É interessante notar que, apesar das diversidades das filiações partidárias e de tendências, aparentemente não havia nenhuma discordância em relação à esta concepção de conquistar trincheiras dentro do aparelho do Estado, democratizando-o e colocando-o sob maior controle da sociedade, antes mesmo de mudanças sociais mais radicais.

Observa-se, no período, a preocupação com a construção de duas legitimidades: uma interna e a outra externa. Esta, vinculada a um projeto social mais global e traduzida em mostrar um setor estatal funcionando, eficaz e resolutivo. Quicá "competitivo" com o setor privado.

Já a legitimidade interna dizendo respeito à construção de um consenso , a busca do apoio das corporações , das "bases" e das direções intermediárias para um projeto político para a área da saúde . A base para a construção desta legitimidade interna dava-se no próprio processo democrático de gestão : a utilização permanente de fóruns de debates , a realização de seminários , a descentralização efetiva do poder decisório . Por isto comentei na introdução deste capítulo que a divisão em fases ou etapas é artificial. Há uma ligação estreita entre o projeto político mais geral e a modelagem do processo de planejamento e gestão . Ou dito de outra forma : há uma relação de determinação entre o projeto político e o "método de planejameto" . O "método" , por sua vez , condiciona o projeto . Na experiência que estou relatando , a forma como o planejamento foi trabalhado , embora possa ser avaliada como incompleta do ponto de vista da sua processualística , foi coerente com o projeto e , em última medida , o reforçou .

A FASE DA REFORMA

Corresponde ao último ano da gestão - todo o ano de 1986 - e ao período em que é feita a reforma administrativa da Secretaria de Saúde .

No plano interno do DRS-5 vai traduzir-se em uma maior dificuldade na condução da política de alianças , bem sucedida até então , na medida em que há uma verdadeira divisão entre "reformistas" e os contrários à reforma , pelo menos aquela proposta pela direção da SES . Nesse momento aparecem mais claramente as diferenças partidárias , os conflitos e as disputas , com consequências negativas para o processo de planejamento e gestão que vinha sendo trabalhado nos últimos três anos . O que , pela negação , confirma a tese do quão fundamentais eram as alianças políticas para a condução do processo que estou relatando .

No entanto , a reforma era necessária e a respeito disto havia um alto grau de consenso . Principalmente porque a reforma era pensada a partir da questão assistencial e não era apenas uma reforma burocrática .

Havia uma amadurecimento muito grande acumulado nos últimos anos , que podia ser medido pelas questões que eram discutidas nos fóruns do DRS-5 . Por exemplo , um documento de balanço assinado pelo Grupo Regional de Integração das Ações de Saúde (GRIAS) em novembro de 1985 afirmava o seguinte :

" A questão da integração dos serviços está tão presente no DRS-5 que , se no primeiro plano de aplicação a unidade orçamentária da Coordenadoria de Serviços Técnicos (CST) era contemplada com recursos para o Instituto Adolfo Lutz , neste segundo , todos os recursos destinados para a ampliação e extensão de cobertura laboratorial são alocados na unidade orçamentária da Coordenadoria de Saúde da Comunidade . Ou seja , na prática , e antes mesmo da formalização por parte da SES , a rede de laboratórios do IAL , na região de Campinas , já se incorpora de forma definitiva ao departamento regional " (doc. 12) .

A SES era , até então , organizada em coordenadorias (a da Saúde da Comunidade -CSC- , a da Assistência Hospitalar -CAH- , a da Saúde Mental -CSM- e a de Serviços Técnicos Especializados -CST-) às quais se subordinavam a rede de centros de saúde , os hospitais , os ambulatórios de saúde mental e os laboratórios , respectivamente . Estes órgãos eram totalmente verticais e o diretor regional , pertencendo à linha hierárquica da CSC , não tinha poder de mando e , em princípio , qualquer possibilidade de coordenar outros equipamentos que não a rede de centros de saúde .

Basta ver a evolução do trabalho do DRS-5 para se ter uma idéia da inadequação desta estrutura , principalmente se

pensada a partir da lógica da assistência .

" As AIS aprofundaram essa necessidade de reestruturação da SES no seguinte sentido : este sub-secretário (o diretor regional) tinha a ação política de falar com o prefeito , tinha o poder institucional de encaminhar convênios , negociar recursos . Ele passava , quer dizer , o Departamento Regional passava a ser o espaço de organização do nível regional , onde começavam a ser aglutinados os dados necessários para um planejamento hierarquizado de saúde naquela região .

Só que , este coitado desse diretor , no frigir dos ovos, sob o ponto de vista administrativo , era vinculado à CSC e só podia transitar na área assistencial ambulatorial . Se ele tivesse um hospital público na sua área , não era com a CSC , era com a CAH . Só que ele não era um diretor da CAH, era um diretor da CSC e , portanto , não tinha trânsito nenhum junto ao hospital . As estruturas administrativas das coordenadorias eram absolutamente separadas e o coordenador da CSC tinha o mesmo *status* que os demais coordenadores " (doc. 6)

Este ponto de vista da então Coordenadora de Saúde da Comunidade era compartilhado pelas equipes regionais e distritais . No seminário de Cananéia , realizado em setembro de 1985 , a inevitabilidade da reforma foi claramente colocada pelo conjunto dos diretores regionais presentes .

No entanto , haviam resistências à reforma . Para começar, na própria estrutura de nível central , principalmente naquelas coordenadorias que iriam desaparecer com a reforma . Tanto é que a proposta da reforma é votada logo após o seminário de Cananéia , no Conselho Técnico Administrativo (CTA) , que era o órgão deliberativo máximo da interno à SES e perde , com exceção do voto da Saúde da Comunidade .

" O Mercadante (Octávio Mercadante , então Secretário Adjunto) teve um papel muito importante para deflagrar este processo . Se fosse pelo CTA não saía reforma nenhuma . Ninguém queria , só a CSC . Mas o Mercadante com esta distensão abriu uma possibilidade de rever a questão e criou um grupo de trabalho para aprofundar , isto é , chamou a FUNDAP para coordenar um grupo de trabalho para repensar esta questão . Não chamava ainda reforma , mas necessidade de adequação " (doc. 6)

Na medida em que as possibilidades de reforma administrativa tornavam-se mais concretas , novas resistências apareciam .

" Então , agrupamos como não aliados da reforma todo mundo : os sanitaristas eram contra a reforma por princípio , porque (a reforma) ia mexer na carreira e era conflitante ,

no mínimo desestabilizante . Perdia-se uma coisa que de fato e direito tinha sido uma conquista da carreira do médico sanitarista : a posição de chefia . Todo mundo que trabalhava em distrito sanitário era contra porque tinha que sair do distrito e ir para algum lugar , ou se incorporar na sede de novas regiões de saúde . O pessoal que era de hospital , de ambulatório de saúde mental e de laboratório não queria , porque achava melhor ficar subordinado às suas coordenadorias do que passar a ser subordinado a um dirigente regional . As coordenadorias , por sua vez , também não queriam porque seriam extintas " (doc. 6)

Estas reações fizeram-se sentir de forma muito intensa no DRS-5 . A tradição de mobilização e participação , tão cultivada nestes últimos anos , foi mantida , para dificuldade do diretor regional , na medida em que o consenso era contra a reforma . Ou pelo menos nos termos em que era proposta . Eu me posicionei , desde o início , a favor da mesma . Participava inclusive como membro do grupo de trabalho coordenado pela FUNDAF para conduzir a reforma . O secretário de saúde instituiu grupos de trabalho a nível de cada região para implementação da reforma . Em documento de março de 1985 , os grupos do DRS-5 " pediram demissão ao diretor regional para que o mesmo envie ao secretário e seja publicado em Diário Oficial " (doc. 13)

Era o início de um movimento organizado , o último da experiência democrática , mas , na minha opinião , coerente com ela . Na verdade , os grupos do DRS-5 propunham-se a boicotar , formalmente , o processo de reforma mas mantendo-se mobilizados "implementando a discussão da carreira multiprofissional junto a todos os funcionários e mantendo forum permanente de avaliação do processo da reforma a nível do estado" (idem) .

Neste mesmo documento , os funcionários expõem suas razões a favor e contra uma reforma naquela momento :

" porque queremos a reforma da secretaria : a atual estrutura organizacional não vem respeitando as necessidades do novo perfil exigido pela rede de serviços de saúde , quer seja intra ou inter-institucionalmente . O planejamento integrado a nível da região de saúde nos aponta a necessidade de maior autonomia e agilidade administrativas . Na prática , a integração regionalizada dos serviços obrigou os distritos sanitários a assumirem , efetivamente , autonomia técnica . Porém , para que se conseguir avançar mais a atual proposta de política de saúde , urge a autonomia e maior agilidade administrativa .

Houve no DRS-5 maior descentralização pela postura e autonomia do atual grupo dirigente e pela firmeza do secretário em não permitir ingerência política na sua administração " (idem)

Este documento é interessante por vários aspectos , O primeiro é que são colocados nele , com muita clareza , todos

os argumentos a favor da reforma , tendo em vista a necessidade de "se avançar mais a atual a proposta de política de saúde" . Ou seja , concordava-se que a proposta de reforma era decorrente dos avanços observados no modelo assistencial e as pessoas sentiam-se responsáveis por isto .

Outro aspecto é que , sendo um documento de "insubordinação" (os grupos designados pelo secretário pedindo formal e coletivamente demissão) , ele não deixa de reconhecer os "avanços do DRS-5" e mesmo a "firmeza do secretário que não permitia ingerência políticas na sua administração" . Esta avaliação é importante porque parte de um grupo com muita organicidade e , que neste momento , estava se colocando com oposição . Quero destacar que , alianças políticas , quando bem conduzidas , deixam um saldo ou um aprendizado , que eu poderia denominar , talvez muito singelamente , de bom trato entre as pessoas . Fazia-se oposição sim , mas o que era positivo era recuperado e utilizado na própria argumentação .

Os argumentos contrários à reforma eram apresentados sob o título "dificuldades para implantação da proposta oficial da Secretaria de Saúde " :

" - a subordinação da reforma da secretaria a uma divisão geopolítica (escritórios regionais de governo -ERG) ainda não consolidada e que nem sempre correspondia às regiões de saúde .

- o fato de ser fim de governo .

- as deficiências estruturais dos distritos sanitários para serem transformados em escritórios regionais de saúde .

- a inviabilidade na elaboração do orçamento de 1987 " (idem)

Era feita uma contra-proposta que contemplava os seguintes pontos :

" 1- imediata extinção das coordenadorias , com criação de macro-regiões que serão unidades orçamentárias

2- manter , por enquanto , os departamentos como unidades de despesa , vinculando a estas as estruturas atualmente ligadas às coordenadorias .

3- transformar os distritos sanitários em unidades de despesa , na medida em que houver condições de instalações físicas , recursos materiais e humanos .

4- manutenção da direção do distrito sanitário como cargo de carreira e de provimento de escolha pública" (idem)

Os itens 1 , 2, 3 eram praticamente iguais ao projeto da FUNDAF , porém colocados de forma muito mais conservadora . O ponto que gerava o confronto era exatamente aquele que estabelecia a transformação da direção do ERSa em cargo de confiança .

" A transformação dos atuais distritos sanitários , que para nós se confundem com as regiões de saúde , em estruturas

comandadas por profissionais em comissão ou de confiança da instituição . se configura claramente como um retrocesso político e administrativo no processo de consolidação de um sistema de saúde voltado para os reais interesses da população " (idem) .

A nível do DRS-5 este era o ponto central do embate , na medida em que . como demonstrei , havia bastante concordância sobre os demais aspectos da reforma .

Para entender este ponto busco duas explicações . A primeira delas , e na minha opinião a mais importante , é que a proposta de tornar "político" o provimento do cargo de diretor do ERSa de certa forma ameaçava o projeto , que , como analisei anteriormente , era visto como parte de um projeto societário mais global . Como se o provimento por critérios "técnicos" fosse garantia da continuidade das mudanças positivas que vinham sendo implantadas . Na época , combati esta concepção por entender , como ainda acho hoje , que a garantia para projetos mudancistas , comprometidos com os interesses populares , há de vir da sociedade organizada e não de supostas garantias legais e burocráticas . Esta última suposição é fruto de uma certa visão do Estado impermeável e acima das contradições presentes na sociedade . um Estado que tem que ser "murado" ou ter cercas de proteção contra as investidas dos fisiológicos , dos "atrasados" , dos "outros" enfim .

" Tanto é que , para ser diretor do Ersa precisava ser sanitaria . ter dois anos de serviço público . não ter vínculo com a iniciativa privada . não podia ser dono de nada . de hospitais privados , não podia ter acúmulo de função . tinha que ter dedicação exclusiva . Salvo o que é previsto na legislação que é lecionar . Isto foi uma negociação que a Associação dos Sanitaristas fez para garantir com o secretário . Mas que depois foi descumprido . Na administração Pinotti isto foi jogado para o alto . E nós vimos como a garantia era pequena . O fato de escrever em um decreto não garante mecanismos para se cumprir (...) " (doc. 5)

A outra explicação eu busco no papel dos médicos sanitaristas , enquanto corporação , com forte peso dirigente junto ao funcionalismo .

" A discussão com os médicos sanitaristas foi dramática . Acabava-se com o espaço privado de direção do médico sanitaria , que passava a ser dos sanitaristas *sensu lato* , não mais do médico . Isto quer dizer que os outros profissionais de saúde também podiam ser dirigentes . Neste momento se ficou dividido . Para a Associação de Médicos Sanitaristas ficou difícil manter a proposta de dirigente ser só médico . A Associação achava que esta proposta era razoável , mas como compatibilizar isto com o interesse da categoria que perdia espaço ? Não teve muita conciliação , a coisa foi arrastada , difícil " (doc. 6)

Acho importante destacar que analiso este fator "corporativista" como de peso , mas não determinante para explicar o comportamento da categoria . Penso que a avaliação política das consequências que poderiam advir das regras de provimento dos cargos tenha sido a causa maior das resistências , o que , na situação específica do DRS-5 , vejo como sendo uma indicação de adesão ao projeto que estava sendo vivido e se queria "preservar" .

Achei , na época , que devia colocar publicamente minha posição e garantir , ao conjunto dos funcionários , espaço institucional para debater assunto que lhes dizia tanto respeito . Para isto foram organizados debates abertos a todos os funcionários , de todos os distritos sanitários , inclusive com dispensa no horário do trabalho para quem quizesse participar . Em alguns casos , como nos distritos de São João da Boa Vista e Casa Branca , ou Limeira e Rio Claro , os debates foram feitos juntos . No debate de São João estavam presentes prefeitos da região , além de massiva presença de funcionários que compareceram em ônibus fretado .

Confesso que não foi fácil para mim enfrentar estas discussões . Em cada uma destas assembléias , eu encontrava um anti-clímax do primeiro seminário de funcionários realizado em 1983 . Passados três anos de gestão , boa parte dos problemas do funcionalismo ainda persistiam , principalmente aqueles ligados aos salários , direitos funcionais e condições de trabalho . As assembléias regionais foram , de certa forma , um "acerto de contas" direto com o diretor regional . Uma possibilidade de cobrança cara a cara . Boa parte das intervenções dos funcionários não diziam respeito diretamente à reforma , mas queixas quanto a uma série de problemas ainda vividos pela categoria . Só para exemplificar : em mais de uma destas reuniões , funcionários mais antigos pediam a palavra para falar de seu caso especial, coisas como servente fazendo vacinação há vinte anos sem receber por isto e por aí vai . Em cada uma destas assembléias , tive que confrontar com um ou mais médicos sanitaristas que , sistematicamente , combatiam a proposta . Exatamente a categoria que tinha tido um papel fundamental na ligação entre a direção do DRS-5 e a "base" do funcionalismo .

Por isto posso afirmar que o último ano de gestão , que denominei de "fase da reforma" , é um período de retransição para o projeto . Há um esvaziamento evidente do colegiado das equipes distritais e uma acentuada redução nas atividades de supervisão e planejamento . Como se todas as nossas forças fossem consumidas neste esforço dramático de uma reforma institucional profunda , que mexia com a vida de cada uma das pessoas , que apontava um futuro incerto para anos de trabalho e dedicação a um projeto . Por mais que a reforma fosse , afinal de contas , a consolidação ou a confirmação das mudanças ocorridas , os atores em situação , com exceção de poucos , conseguiam vislumbrar além das densas nuvens de

poeira deixadas pela demolição institucional que ocorria naquele momento .

Encerrava-se ali um processo que havia durado quatro anos . Nele , pode ser identificada uma coerência interna e uma continuidade que atravessa as três fases ou etapas descritas . Agora estavam dadas novas condições para atuação. A experiência esgotava-se , interdita pelas próprias limitações estruturais em que se dava . Os distritos sanitários haviam avançado além do limite que suas condições de operação permitiam avançar .

A VIII Conferência Nacional de Saúde havia acontecido no primeiro semestre de 1986 e novas possibilidades estavam colocadas para o processo de descentralização .

Outras questões gerenciais eram colocadas agora e outras ainda mais complexas ainda viriam com a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado e com o Sistema Unico de Saúde nos anos seguintes .

A reforma consolidou um movimento importante de descentralização e preparou a Secretaria Estadual de Saúde para os passos seguintes .

Uma estrutura gigantesca como o DRS-5 , responsável pela coordenação das ações de saúde em uma região que abrangia 83 municípios só era possível pela desimportância do setor público .

A experiência do DRS-5 esgotou-se justamente por ter sido bem sucedida . Pelo menos no que diz respeito ao processo de descentralização e formação de novas equipes gerenciais e inaugurar uma prática de gerenciamento democrático e participativo .

DOCUMENTOS DA ÉPOCA

Doc. 1 - "Aos funcionários do DRS" . Gabinete do Diretor Regional . Sem data .

Doc. 2 - Relatório final do "Seminário de participação dos funcionários do Departamento Regional de Saúde de Campinas" . Campinas , 14 de julho de 1983 .

Doc. 3 - "Em defesa dos serviços públicos e por salários dignos para o funcionalismo" . Gabinete do Diretor Regional , 13/12/83 .

Doc. 4 - "Manifesto do Colegiado de Diretores Regionais" . São Paulo , 31/5/85

Doc. 5 - "Departamento Regional de Saúde de Campinas - DRS-5 : balanço de um ano de administração" . Março de 1984 .

Doc. 6 - Entrevista de Ana Maria Figueiredo para a FUNDAP em 17/1/90 .

Doc. 7 - "I Encontro dos Grupos Dirigentes do DRS-5 : síntese dos relatórios distritais" . Sem data .

Doc. 8 - "Relatório final do I Seminário de Dirigentes do DRS-5 para Avaliação e Planejamento" . Dezembro de 1984 .

Doc. 9 - "Dois anos e meio de Gestão Yunes : uma avaliação e proposta de continuidade" . Setembro de 1985 .

Doc. 10 - "Relatório final do II Encontro de Dirigentes do DRS-5" . Outubro de 1985 .

Doc. 11 - "Relatório final do II Encontro de Diretores Regionais" . Cananéia , setembro de 1985 .

Doc. 12- "Balanço de aplicação de recursos das AIS" . Grupo Regional de Integração das Ações de Saúde (GRIAS) , Campinas , novembro de 1985 .

Doc. 13 - "Documento preliminar elaborado pelo grupo de trabalho do DRS-5 /Campinas" . Março de 1986 .

CAPITULO II

INVENTANDO A MUDANÇA A NIVEL DO MUNICIPIO :

o projeto "em defesa da vida" da Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba .

Em maio de 1991 , a equipe do recém constituído Laboratório de Planejamento e Administração (LAPA) da Unicamp , foi procurado pela equipe dirigente da Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba (SMS) para "realizar um treinamento" dos gerentes recém designados para algumas unidades básicas de saúde daquela Secretaria .

A partir desta demanda , o LAPA colocou seu interesse de trabalhar um projeto mais ambicioso , que pensasse o sistema de gestão e planejamento da SMS como um todo . A concordância da equipe dirigente com a proposta , resultou no projeto que é apresentado nas páginas seguintes . Nele , poderá ser vista a preocupação central , compartilhada pela equipe da SMS e do LAPA , em enfrentar a questão da mudança no setor público , no sentido de aproximá-lo das necessidades dos usuários . No caso , especificamente , uma Secretaria Municipal de Saúde .

O projeto foi elaborado e executado em consonância com princípios que constituem um modelo tecno-assistencial em defesa da vida . Estes princípios são a gestão democrática dos serviços (co-gestão entre usuários organizados , prestadores e governo) , saúde como direito da cidadania e serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva .

O trabalho em conjunto com a SMS de Piracicaba foi um campo de observação riquíssimo , no sentido da tentativa de operacionalização destes princípios , o que afinal revelou-se bem sucedido . Campo de observação aqui entendido não como um laboratório para "experiências acadêmicas" , mas espaço de batalha compartilhado entre técnicos , da universidade e da instituição prestadora , coligados na perspectiva da luta por uma política de saúde mais justa e condizente com as grandes necessidades de amplos extratos da população brasileira em geral e da piracicabana , em particular . Neste sentido o trabalho em Piracicaba , foi experimento e foi luta , foi ousadia mas também compromisso , na medida em que o projeto conseguiu , no final das contas , desaguar onde pretendia desaguar : no seio dos usuários organizados , afinal os maiores interessados no sucesso da melhoria do sistema de saúde .

O relato que se segue não se pretende extensivo , mesmo porque não conseguiria sê-lo . Tem apenas a pretensão de fazer uma reconstituição crítica de aspectos relevantes desta experiência vivida durante um ano e meio e ainda agora , em pleno avanço . A reconstituição é feita a partir de documentos produzidos no período e organizados pela lógica do LAPA , um ator que não se confunde com a equipe dirigente da SMS e com certeza não está , necessariamente , interessado em iluminar as mesmas questões . Mas esta "cegueira situacional" é assumida , o tempo todo , na própria formulação e condução do projeto . Vamos ao projeto pois .

Campinas , novembro de 1992

I- ALGUMAS INFORMAÇÕES SOBRE A GESTÃO , FINANCIAMENTO E SERVIÇOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PIRACICABA E SOBRE A PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA A POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO .

Até quase o final da década de 70 , a rede pública de atenção à saúde dos piracicabanos se resumia a um Posto de Assistência Médica do INAMPS , um centro de saúde do tipo I e quatro unidades periféricas , da Secretaria Estadual de Saúde. Os centros de saúde do tipo I eram as unidades mais complexas da rede básica estadual e funcionavam como unidades de retaguarda ou referência para o desenvolvimento dos programas da Secretaria de Estado da Saúde . Nesta mesma década , a Secretaria Municipal havia assumido , respeitando a legislação em vigor , o atendimento às urgências e emergências através de um Pronto Socorro Municipal (na verdade , um serviço de pronto-atendimento não hospitalar às urgências e , por isto mesmo , dotado de baixa resolutividade) . Na mesma época é criado o Serviço Odontológico Municipal (SOM) , estimulado pela presença , na cidade , de uma Faculdade de Odontologia da Unicamp .

Entre 1979 e 1983 são construídos 18 postos de saúde municipais , conforme tendência observada em outros municípios no mesmo período e para fazer frente à inoperância e insuficiência dos serviços públicos existentes . Estes postos eram organizados dentro da concepção de "atenção primária" e utilizavam , largamente , pessoal de "enfermagem" sem formação específica , aos quais eram delegadas uma série de atribuições próprias dos médicos .

Em 1980 é viabilizada uma estrutura municipal da área da saúde , com a criação de três coordenadorias : a da saúde da comunidade , a do Pronto Socorro e a do Serviço Odontológico Municipal . Este modelo reconhecia a existência de três centros de poder na área da saúde municipal , na medida em que não existia a figura de um secretário municipal de saúde que coordenasse as três áreas . Mais grave que isto é a verticalização e segmentação da atenção à saúde , coisa que em certa medida sobreviveu , mesmo após a criação da Secretaria Municipal de Saúde em 1991 .

Em 1985 o município assina o convênio das Ações Integradas de Saúde (AIS) e começa a receber financiamento do INAMPS . Este tipo de financiamento era instável e gerava insegurança , sendo que várias vezes o município chegou a discutir e avaliar o interesse de manter o convênio .

Em 1987 , é assinado convênio entre o município de Piracicaba , o Governo do Estado de São Paulo e o INAMPS , denominado do "convênio SUDS" , baseado em legislação federal que criava o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde . O valor do repasse era feito através de uma avaliação dos gastos em saúde com recurso próprios do município e sua oferta de serviço de saúde . A este Convênio "guarda-chuva"

foram feitos vários termos aditivos nos anos seguintes . Em abril de 1990 é firmado um termo aditivo específico para o Pronto Socorro Municipal . Em abril de 1991 foi implantado o faturamento em todas as unidades básicas , passando o repasse a ser direto do Ministério de Saúde para o município .

Nos QUADROS I , II , III , IV e V podem ser vistos dados referentes à participação da Secretaria Municipal de Saúde no orçamento municipal no correr dos últimos anos e o percentual do financiamento do setor saúde representado pelos repasses do INAMPS (~~todos os quadros mencionados podem ser vistos no final deste capítulo~~) .

A plataforma política do Partido dos Trabalhadores , atualmente à frente da administração municipal , incluía para o setor saúde as seguintes diretrizes :

1- criação de uma Secretaria de Saúde gestora única do Sistema Municipal de Saúde . através de reforma administrativa .

2- modelo assistencial público regido pelos seguintes princípios :

- municipalização do atendimento ambulatorial e hospitalar
- universalização do atendimento
- integralidade do atendimento
- absorção de toda a demanda pelos serviços
- garantia de pronto atendimento
- desenvolvimento de ações coletivas , destacando a vigilância epidemiológica
- participação e controle popular dos serviços de saúde

No final de 1989 , a equipe dirigente da SMS avaliava que as seguintes metas propostas haviam sido atingidas :

- melhoria e humanização do atendimento do Pronto Socorro
- Municipalização do PAM e criação do Ambulatório de Especialidades
- ampliação da oferta de serviços , pois em 1989 haviam sido produzidas 85.000 consultas pelo setor público , contra as 9.873 consultas do ano anterior . (boa parte deste aumento deve ser creditado à incorporação do serviço do INAMPS à Secretaria)
- criação de alguns tipos de atendimento inexistentes no setor público tais como , oftalmologia , otorrino , ortopedia, saúde mental e ocupacional e ambulatório de doenças sexualmente transmissíveis .
- ampliação do laboratório clínico e criação da unidade básica de saúde do Algodão .

Em 1990 há um início de estruturação e ampliação de uma equipe de nível central , com funções de supervisão e alocação de gerentes em algumas unidades de saúde maiores . No mesmo ano , a SMS elabora o Plano Diretor conforme demandado pela Secretaria de Estado da Saúde e aproveita a

ocasião para melhorar o seu diagnóstico dos "estrangulamentos" da rede de serviços , envolvendo ativamente as equipes locais na elaboração do plano .

Em dezembro de 1990 foi realizada a I Conferência Municipal de Saúde , preparada através de cerca de 50 reuniões em bairros , nas quais o Secretário discutia com a população o diagnóstico de saúde município .

Atualmente o município conta com uma rede de unidades básicas de saúde composta por 28 unidades , das quais 5 são pequenos postos de saúde localizados na área rural , um Ambulatório de Especialidades resultante da fusão do antigo Centro de Saúde I da SES com o PAM do INAMPS , um Pronto Socorro com funcionamento de 24 horas , um Serviço Odontológico Municipal , localizado na área central da cidade e um Centro de Controle de Zoonoses , que inclui o canil municipal . Esta rede municipal apresentou a seguinte evolução no últimos anos , tomando-se como parâmetro referencial o número de horas médicas :

Horas médicas ofertadas por ano

<i>1988.....</i>	<i>98.720 horas médicas</i>
<i>1989.....</i>	<i>126.320 horas médicas</i>
<i>1990.....</i>	<i>138.836 horas médicas</i>
<i>1991.....</i>	<i>140.692 horas médicas</i>

Isto significando um percentual de aumento de 42.5% de horas médicas à disposição da população entre 1988 e 1991 . Mais interessante é observar o crescimento de consultas médicas realizadas no mesmo período (148 %) que fala de uma aumento da produtividade , além do aumento de profissionais na rede .

<i>1988.....</i>	<i>177.650 consultas médicas</i>
<i>1989.....</i>	<i>328.347 consultas médicas</i>
<i>1990.....</i>	<i>393.087 consultas médicas</i>
<i>1991.....</i>	<i>440,032 consultas médicas</i>

Considerando que a população de Piracicaba é de 283.400 (IBGE-1991) , e a necessidade de 2.8 consultas médicas/habitante/ano , o setor público atingiu , em 1991 , uma cobertura de 55.45% das necessidades globais da população. Se descontados aqueles que não se utilizam do sistema público , este percentual de cobertura aumenta , apesar de isto não significar que a situação seja adequada e que não haja repressão à demanda da população , mesmo porque estes indicadores de produção e cobertura , em si , não medem a qualidade do modelo assistencial em vigor .

O problema mais dramático do município refere-se à assistência hospitalar . O setor público não dispõe de um único leito no município que contava , em janeiro de 1992 , com 3 hospitais gerais , 1 hospital psiquiátrico e 1 clínica

de gineco-obstetrícia e 1 de cardiologia que possuem leitos para internação .

- Santa Casa de Misericórdia com 420 leitos (340 gerais e 80 psiquiátricos)

- Hospital dos Fornecedores de Cana (320 leitos gerais)

- Hospital da Unimed (120 leitos gerais)

- Hospital Cesário Motta (710 leitos psiquiátricos)

- Clínica Amalfi (36 leitos de gineco-obstetrícia)

- Clínica Bicudo (10 leitos de cardiologia)

Dos 1616 leitos disponíveis em janeiro de 1991 (780 gerais , 790 psiquiátricos e 46 especializados) apenas 175 leitos eram contratados pelo SUDS (140 leitos da Santa Casa e 35 leitos do Hospital dos Fornecedores de Cana) . O município contava naquele momento com 5.39 leitos por mil habitantes e 2.6 leitos gerais por 1000 habitantes . Mas , de fato , apenas 0.58 leitos por 1000 habitantes contratados pelo SUDS , deixando o Sistema Municipal de Saúde praticamente sem retaguarda de leitos hospitalares , principalmente pelo fato de que , mesmo a utilização destes leitos contratados , quase sempre ocorre com pagamento "por fora" , prática desumana que o caos do sistema de saúde brasileiro legitimou . Deve-se dizer que esta situação agravou-se do período considerado para cá .*

**Estas informações gerais sobre a SMS de Piracicaba e sobre a assistência à saúde dos piracicabanos foram retiradas de relatório elaborado por Sandra Roncalli , atual secretária municipal de saúde , em janeiro de 1992 .*

2II - O DESENHO INICIAL DO PROJETO

O momento do desenho (formulação) inicial do projeto da Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba merece ser bem explorado por duas razões principais , pelo menos . Primeiro, porque é neste momento que uma determinada forma de desenhar um sistema de gestão foi aplicada com uma formulação mais acabada (enquanto concepção e desenho de instrumentos e arranjos institucionais bem definidos) pelo LAPA/Unicamp e , segundo , porque o desenho inicial revelou-se muito adequado no correr da experiência na medida em que as pequenas adaptações que foram sendo feitas no correr do processo , no final das contas , respeitaram as suas formulações iniciais . Nesta seção interessa pois , explorar os instrumentos utilizados , mesmo porque eles configuraram uma espécie de "metodologia de gestão" que passaram a ser utilizadas em outros trabalhos . Na próxima , é visto melhor em que medida é possível imprimir uma determinada racionalidade de planejamento à uma instituição a partir do desenho de um projeto de ação .

O trabalho foi iniciado formalmente , com a equipe dirigente da SMS em 5 de junho de 1991 , com a realização de uma oficina de trabalho que tinha como objetivo maior definir a "imagem-objetivo" da SMS de Piracicaba . Os participantes eram os técnicos do nível central , incluindo o secretário de saúde e o "coordenador" da área administrativa . Este grupo que viria a constituir o futuro "colegiado de governo" , examinado com mais detalhe na próxima seção , era composto por 3 assessores diretos do secretário (sendo 2 médicos sanitaristas com comprovada experiência em administração pública) , a equipe de supervisão (dois médicos , uma enfermeira e um cirurgião-dentista) . Esta equipe , que pode ser considerada pequena pelo tamanho da SMS e o enorme volume de atividades de coordenação a serem desenvolvidas , manteve-se praticamente inalterada durante todo o transcorrer do trabalho .

A técnica trabalhada nesta oficina foi a de solicitar que cada uma das pessoas escrevesse , de forma sucinta , em cartões de cartolina , cinco elementos que conformariam a Imagem-Objetivo (IO) da SMS . Esse material foi então afixado em painel e agrupado , com participação ativa do grupo , por temas afins . O resultado deste trabalho revelou alguns aspectos interessantes :

- o grupo era muito homogêneo em torno de alguns objetivos , tais como : garantir a participação e controle dos trabalhadores sobre o sistema de saúde , melhorar a qualificação dos trabalhadores , conseguir a adesão dos trabalhadores ao projeto de saúde do governo democrático e popular de Piracicaba , garantir boas condições de trabalho para os servidores , oferecer atendimento humanizado e de boa qualidade para a população . Em torno desses itens é que se concentraram as formulações feitas pelos participantes .

Nesta medida , houve uma formulação de uma IO bastante "ideologizada" , no sentido de que a ênfase na democratização, na participação dos usuários e trabalhadores de saúde e na conquista de condições de vida e trabalho mais humanizadas é coerente com um projeto societário mais amplo ou com a "matriz discursiva" do partido no poder naquele momento .

- outros aspectos de uma IO foram também colocados , embora por menos pessoas . tais como , a necessidade de organizar o Sistema Único de Saúde (SUS) de Piracicaba , garantir atenção integral à saúde das pessoas e garantir apoio administrativo para a implantação do SUS .

O que chamou atenção e foi problematizado com o grupo foi o fato de que as formulações sobre a constituição do SUS em aspectos fundamentais como a relação público/privado , o financiamento , a municipalização de ações ainda sob controle da Secretaria Estadual de Saúde e o próprio modelo tecno-assistencial não terem sido explicitados pelo grupo . Dito de outra forma , as formulações feitas pelo grupo poderiam ser caracterizadas como ainda muito genéricas , "discursivas" e pouco traduzidas em estratégias concretas de intervenção , embora o grupo já estivesse há dois anos e meio no comando da Secretaria e implementado um conjunto de mudanças importantes . Com esta discussão , o grupo conseguiu explicitar melhor a "sensação" de que as coisas "ocorriam sem controle e planejamento" e que isto colocava a necessidade de uma melhor definição de sua intervenção sobre uma realidade de saúde muito desfavorável e distante do "ideal" da reforma sanitária ou , porque não dizer , das necessidades da população .

O passo seguinte desta oficina exploratória foi solicitar ao grupo , dividido em três sub-grupos , que listasse todos os problemas existentes naquele momento na SMS, entendidos como não conformidades entre a IO e a situação real, vivida por eles na sua função gerencial . Como não foram estabelecidos limites de número ou tipos de problemas , no final foram listados noventa problemas , das mais variadas naturezas ! É interessante atentar para este número muito grande de problemas para perceber o grau de dificuldades vividas pela equipe , incluindo a de formular problemas-síntese , ponto de partida para a elaboração de projetos de ação para modificar a realidade . Os noventa problemas foram então organizados em um grande painel , de maneira a serem agrupados por semelhança entre si . Foi também feita uma classificação preliminar dos mesmos em problemas , descritores destes problemas e explicações para estes problemas (QUADRO VI) . Sem dúvida uma aproximação grosseira , mas uma tentativa de ir delimitando um caminho de intervenção ou tentando imprimir uma racionalidade ao aparentemente irracional... O sucesso ou não desta "estruturação" de problemas não estruturados , será vista no correr da experiência .

Como exercício final desta oficina foi solicitado ao grupo que elaborasse um documento que falasse, de maneira sintética, destes problemas. Naquele momento, esta era uma espécie de "fala consensual" do grupo.

"O modelo assistencial hoje em vigor, não caracteriza a rede básica como única porta de entrada do sistema.

Esta rede ainda não conta com especialistas das áreas básicas em todas as suas unidades, privilegia o atendimento individual e curativo, centrado na medicalização, através de um pronto atendimento com baixa resolutividade e sem um Sistema de Informações e Registro de Dados.

Este modelo não prioriza as ações preventivas, determinando uma insuficiência dos Sistemas de Vigilância Epidemiológica e Sanitária bem como, não organiza as ações de forma regionalizada e hierarquizada.

Se não bastasse toda problemática até aqui exposta, esta rede não conta com retaguarda de leitos públicos e o acesso aos leitos privados conveniados e/ou contratados é bastante dificultado pela já citada má relação entre os setores, conseqüente da hegemonia neo-liberal.

Este modelo se reflete num mau atendimento à população, onde o médico não cumpre o horário, as consultas não são agendadas, faltam medicamentos, materiais, equipamentos, padronização de compras e até mesmo a área física das unidades é inadequada.

Não daremos conta da implantação do SUS local com uma área administrativa insuficiente para sua sustentação. Não poderemos compactuar com a falta de manutenção, com almoxarifado desorganizado, com a desorganização do sistema de transporte, com uma estrutura administrativa e financeira burocratizada e com a não incorporação das tecnologias existentes na informática.

Não conseguimos ainda implantar o Fundo Municipal de Saúde e nem avançar no processo da reforma administrativa com a estruturação da Secretaria.

O diagnóstico até aqui apresentado demonstra a falta de um projeto claro de saúde.

Funcionários que não cumprem a jornada de trabalho, que não atendem bem a população, a descrença popular na efetiva participação decisória e o desinteresse da população em discutir questões mais amplas de Saúde, demonstram uma baixa adesão dos trabalhadores de saúde e a baixa participação e controle popular no sistema, sem o que não se consolidará um projeto de saúde num Governo Democrático e Popular, mesmo que resolvidas as questões relatadas."

Estas afirmações do grupo merecem alguns comentários:

1- O documento acima tem, pode-se dizer, um formato de discurso de oposição. A utilização de expressões como "não podemos compactuar" e a visão extremamente crítica da situação, não condiziam com um grupo à frente da SMS há 2 anos e meio !!!

2- Este verdadeiro "documento-denúncia", se lido "ao contrário" é um projeto de governo com uma completude e articulação muito maior do que a "IO" definida inicialmente

pelo grupo . ainda muito genérica , "ideologizada" , na medida em que enfatiza consignas gerais do partido no poder , naquele momento (defesa do setor público , democratização das relações de trabalho e controle popular)

3- O discurso articulado neste documento elaborado pelo grupo dá as diretrizes gerais do projeto que foi montado na sequência , centrado na gestão do sistema de saúde . Ou seja, o "ponto de partida" do projeto não foi dado a partir de uma ênfase nos indicadores de saúde , como acontece em outras experiências (ver , por exemplo , o trabalho de Ligia Maria Vieira Silva , " A descentralização das ações de saúde no município : o caso Cacari" , mimeo , tese de doutorado , São Paulo :1989) mas sim por uma visão "holística" , no sentido de globalizante . na qual o direito à saúde , no contexto de um projeto em defesa da vida , é trabalhado sob outra perspectiva , conforme já foi brevemente comentado na apresentação .

Os noventa problemas levantados pelo grupo foram , como mostra o QUADRO VI , agrupados em nove grandes problemas . Estes forma trabalhados em um fluxograma montado livremente pelo grupo , na tentativa de ver a relação que guardavam entre si . Como fruto destas aproximações , foi possível a definição de quatro macro-prblemas . ou seja , aqueles relativos aos recursos humanos , à organização do SUS e seu financiamento , aspectos políticos do projeto e à necessidade de uma definição mais clara do modelo tecno-assistencial da SMS . Após novas discussões que só foram concluídas na oficina seguinte , definiram-se afinal quatro grandes problemas a serem enfrentados :

A - Baixa qualificação e adesão dos trabalhadores ao projeto de saúde .

B - Baixa participação e controle da população sobre o sistema municipal de saúde

C - A SMS não é o gestor único do sistema municipal de saúde

D - O SUS não está organizado no município .

Evidentemente que são quatro problemas interrelacionados e poderiam compor uma grande "cadeia causal" única . Ficou claro para o grupo que a individualização de quatro problemas era parte da estratégia de fazer determinados recortes intencionais na realidade visando intervir sobre a mesma. Na verdade , o problema que a equipe queria enfrentar era aquele que , no final das contas , é a razão de ser da SMS , ou seja: o atendimento à saúde da população de Piracicaba é insatisfatório .

Foram realizadas mais três oficinas , com todo o grupo , para o processamento dos problemas eleitos . No dia 11 de junho de 1991 , foi realizada a segunda oficina de trabalho . O problema processado foi o "D" ou seja , "o SUS não está organizado no município" . Denomina-se " processamento de um problema" o conjunto de procedimentos que vai da explicação do mesmo , no sentido de evidenciar as suas causas ou explicações , até a definição das operações específicas pra

enfrentá-lo , com explicitação de responsável(eis) , recursos necessários , uma análise (preliminar) da viabilidade das soluções propostas e os indicadores para acompanhamento do projeto . Para o processamento do problema foi utilizada uma adaptação do ZOPP (planejamento de projetos por objetivos) , com alguns elementos do PES (planejamento estratégico situacional) . (Estas duas metodologias são apresentadas e discutidas no capítulo IV) .

A "árvore do problema D" (QUADRO VII) revelou que tanto o problema "A" como o problema "C" aparecem como suas "causas" , o que confirma que os mesmos configuram , como dito antes , uma cadeia causal única . "recortada" artificialmente , para fins operacionais . O passo seguinte à elaboração da "árvore do problema" é a montagem da "árvore dos resultados" . ou seja , a visualização dos resultados que devem ser alcançados para se considerar o problema como resolvido . A lógica desta "árvore" é aquela que diz : "se" . "então" . Explicando melhor : se tal resultado é obtido , então é de se esperar que ocorra outro resultado e , se ocorrer este outro resultado , então , ocorre outro , até se chegar ao resultado maior . No QUADRO VIII pode ser vista a "árvore de resultados" do problema "D" .

Nas oficinas dos dias 21 e 22 de junho , o mesmo processo foi feito com os outros três problemas . Para apresentar o resultado destas oficinas são reproduzidas as "árvores" em quadros anexos . Além disto , é feita uma síntese descritiva dos mesmos , para uma maior clareza a respeito de sua construção lógica .

A "árvore do problema A" (QUADRO (IX)) pode ser descrita assim : a questão da baixa adesão dos funcionários pode ser caracterizada pelo fato de haver descumprimento da jornada de trabalho por parte de todos os funcionários e , em particular , do médico , pelo fato de existirem frequentes queixas da população em relação ao atendimento recebido e por haver absenteísmo injustificado . Explicariam esta baixa adesão , a falta de uma formulação clara do projeto político da atual administração pela equipe dirigente e o descompromisso do funcionalismo para com o serviço público . A equipe dirigente não consegue formular e discutir o seu projeto por ser insuficiente numericamente - e despreparada tecnicamente - , por ser consumida por trabalho rotineiro tipo "apaga incêndio" e pela não utilização de uma metodologia eficaz de planejamento . Ao mesmo tempo , observa-se que os funcionários trabalham em condições muito precárias , frequentemente com múltiplos vínculos empregatícios e desconhecendo as condições de saúde da população , o que explicaria , em parte , o seu descompromisso . Isto fica muito claro quando admitimos que o serviço público , historicamente , sempre foi visto como um "bico" para os funcionários ou como um mero suporte para as atividades econômicas privadas pelos governos anteriores e , no caso das áreas sociais , como "coisa de pobre para pobre" . Contribuiria , ainda , para este descompromisso , a falta de

efetivos canais de participação para os funcionários e o fato destes se sentirem desestimulados pela ausência de um plano de carreira , cargos e salários que , de fato , reconhecesse o esforço de quem se dedicasse ao cumprimento de seu trabalho.

A baixa qualificação dos funcionários é uma consequência de falhas no processo seletivo , da falta de supervisão , de treinamento e reciclagens e de normalização das rotinas de trabalho . Isto , sem considerar o fato mais do que reconhecido da insuficiência do aparelho formador brasileiro . A ausência de gerentes , bem como de enfermeiras nas unidades básicas de saúde explicam , também , porque os funcionários apresentam tão baixa qualificação .

A "árvore de problema" , que acaba sendo muito sintética , quando transformada em apresentação "literária" é reveladora do discurso e da visão de mundo daquele ator que explica , naquele momento e naquelas condições . Ou seja , a "árvore do problema" ou um instrumento mais sofisticado como "o fluxograma situacional" (melhor discutidos no capítulo IV) são a fala do ator em situação . Neste sentido , existem tantas árvores quantas forem as situações ou quantos forem os atores . A "árvore" é , por isto mesmo , sempre uma revelação parcial e portanto , insuficiente da realidade . A "árvore" é uma ferramenta metodológica para fazer recortes interessados na realidade tendo em vista a ação . Na ação -e somente na ação-poderá ser revista , atualizada e , em última instância , abandonada ou refeita .

A "árvore dos resultados" é , de alguma forma , uma espécie de "prova dos nove" , no sentido de se rever se as cadeias causais desenhadas na "árvore do problema" são coerentes e completas . No método ZOPP original , nesta etapa , é construída uma "árvore de objetivos" , menos rigorosa ou precisa do que a "árvores de resultados" . Esta foi uma adaptação do método ditada pela escassez do tempo dos dirigentes e a necessidade de "queimar etapas" na montagem do projeto , mas , que a experiência tem confirmado , não diminui a eficácia do mesmo .

A "árvore de resultado A" (QUADRO X) deu subsídios para a elaboração do sub-projeto "A" , denominado de "melhorar a qualificação e adesão dos funcionários" . Este projeto teve um responsável designado , deveria ser trabalhado com o apoio da equipe de supervisão e buscar oito resultados :

- a equipe dirigente completa e trabalhando de forma planejada .
- o projeto de saúde formulado e discutido com os funcionários .
- a participação da SMS no orçamento municipal aumentada .
- mecanismos de participação dos funcionários implantados .
- atividades de gerência implantadas em todas as

unidades

- *atividades de supervisão regular implantadas*
- *sistemática de reciclagens e rotinas de trabalho implantadas .*

Na prática , o sub-projeto englobava as atribuições que a equipe de supervisão já desenvolvia , acrescentando-se apenas o acompanhamento do orçamento da SMS . A viabilidade destes resultados foi submetida a uma análise preliminar pelo grupo (QUADRO XI) . Nesta análise , foram considerados os recursos de organização , conhecimento , poder e financeiros que o grupo , em princípio , podia prever que seriam mobilizados . Além disto , foram considerados o "tempo político" que o grupo dispunha para tentar alcançar os resultados e os recursos que eles , também em princípio , seriam capazes de mobilizar . Como se pode ver no QUADRO XI , o grupo avaliou que o sub-projeto "A" poderia ser considerado como viável , com exceção talvez do resultado que falava do aumento da participação da SMS no orçamento municipal , por envolver grau "médio" de conflito . Este sub-projeto , se comparado aos demais , era o que apresentava maior governabilidade para a equipe dirigente da SMS . Governabilidade , aqui , entendida como a relação entre os recursos que o ator controla e não controla , em um dado momento e em um dado contexto do jogo social , no qual , o ator em situação se relaciona com outros atores e disputa o seu projeto .

Os resultados previstos para o sub-projeto "A" foram detalhados em operações , com responsáveis , com prazos para cumprimento , indicadores de acompanhamento e fontes de dados para construção dos indicadores (QUADROS XII) . Além disto, foram apontados os pressupostos para que os resultados fossem alcançados . Pressuposto entendido como tudo aquilo que precisa acontecer para se alcançar os resultados e que o ator não controla . De fato, este é uma análise de viabilidade mais sensível e uma olhada no QUADRO XII vai revelar a existência de alguns pressupostos importantes tais como a adesão dos funcionários , a ocorrência da reforma administrativa da Prefeitura Municipal e a sensibilidade do prefeito (do poder executivo) para o projeto . Disto pode-se dizer que , a equipe dirigente da SMS tinha governabilidade apenas parcial do projeto que visava melhorar a adesão dos funcionários . Neste ponto , pode-se considerar o problema da falta de adesão e qualificação dos funcionários como **processado** , ou seja , pronto para ser enfrentado , reavaliado e re-processado , se necessário .

A mesma sistemática foi adotada para processar os demais problemas . O problema "baixa participação e controle da população no sistema de saúde" foi *caracterizado pela ausência de conselhos locais de saúde e pelo fato do conselho municipal não ser o fórum principal para o enfrentamento dos problemas do município (ver QUADRO XIII) . A ausência de comissões de saúde nos bairros , a falta de estímulo institucional para a organização dos conselhos , e , o fato*

da discussão sobre a composição e funções dos mesmos ainda estar sendo feita . explicariam a ausência de conselhos locais de saúde organizados . Isto seria complicado pelo fato de haver resistências das equipes das unidades de saúde à organização dos conselhos . A dificuldade ou desinteresse de participação da população pode ser explicada pela sua descrença na sua efetiva possibilidade de influir na decisão, pelo desconhecimento de seus direitos e até pela falta de um projeto de educação popular e saúde que contribuisse para elevar o grau de consciência das camadas populares . A fragilidade política do movimento popular e sindical revela-se no despreparo dos seus representantes no conselho municipal de saúde . os quais não conseguem formular alternativas políticas para a organização do sistema de saúde. É necessário ainda considerar o fato do conselho municipal não ter sido aprovado . até o momento . pela Câmara Municipal . em parte pela resistência de setores conservadores à proposta de democratização do aparelho de Estado . Esta apresentação em forma de texto das explicações que estão contidas na "árvore do problema" da baixa participação popular é reveladora da matriz discursiva deste ator (equipe dirigente da SMS) e de sua visão de mundo . Por outro lado . o reconhecimento da complexidade do problema a ser enfrentado . da sua multi-causalidade . coloca a necessidade do desenvolvimento de operações que conduzem o olhar da equipe para muito além dos limites do "setor saúde".

Para enfrentar este problema foi formulado o sub-projeto "B" intitulado "facilitar o controle popular do sistema municipal de saúde" . para o qual . também . foi definido um responsável . Como no anterior . foi construída uma "árvore de resultados" (QUADRO XIV) que ajudou a definir que este sub-projeto visava implantar os conselhos locais de saúde . elaborar um projeto de educação e saúde e debatê-lo com a população através de sua entidades . conseguir a aprovação dos conselhos locais e municipal pela Câmara Municipal e estimular a organização da secretaria executiva do conselho municipal de saúde . Uma análise preliminar de viabilidade (QUADRO XV) mostrou que o projeto era altamente mobilizador de recursos de organização e também de poder . Poderia apresentar problemas de viabilidade no que se refere aqueles resultados que dependia de votações na Câmara Municipal . na medida em que o prefeito não dispunha da maioria dos votos . Feito o planejamento operativo do sub-projeto (QUADRO XVI) ficaram mais evidentes a existência de um conjunto de pressupostos que indicavam uma governabilidade baixa do projeto em alguns aspectos . As operações mais conflituosas diziam respeito à aprovação dos conselhos na Câmara Municipal e às resistências institucionais à implantação de atividades de controle popular . Na técnica ZOPF original . os pressupostos importantes e . que têm muita chance de não ocorrer . são chamados de "pressupostos letais" e implicam no abandono de algumas operações e adoção de outras mais realistas . Na análise de viabilidade do projeto não foi adotada esta ideia de elaboração de um plano "realista" . mas a da construção de sua viabilidade política .

O outro problema trabalhado , "a SMS não é o gestor único do SUS" pode ser caracterizado pelo fato da Unidade de Avaliação e Controle (UAC) e das atividades de vigilância epidemiológica e sanitária não estarem municipalizadas e ainda pelo fato das tabelas de procedimentos , valores , tetos de AIH e alto custo serem definidas pelo INAMPS e pelo fato do Governo do Estado não consultar o município quando da alocação de investimentos no setor privado , prevalecendo interesses clientelísticos . (QUADRO XVII) O processo de municipalização não ocorre , de um lado , pela deficiências tecnico-administrativas da SMS e , do outro , pelas resistências do Governo Estadual em assumir efetivamente o processo de municipalização . inclusive por estar em jogo a perda de poder por parte de determinadas esferas de governo . A falta de um modelo de vigilância , adequado ao modelo assistencial da SMS , reforça as dificuldades do município . A política centralizadora do Ministério da Saúde , recriando a figura do INAMPS como financiador do sistema e a demora na regulamentação do artigo 35 da Lei 8080 tem resultado , entre outras coisas , no tratamento do município como um simples prestador e não como um gestor do SUS no seu nível de atribuições . O fato de tanto o Conselho Estadual como o Municipal de Saúde não deliberarem efetivamente sobre a alocação dos recursos , reforça a manutenção das distorções .

Foi montada uma "árvore de resultados" (QUADRO XVIII) que serviu de base para a formulação do sub-projeto "C" denominado "fortalecer o município como gestor do SUS local". Este sub-projeto buscava , basicamente , conseguir a municipalização das vigilâncias e da UAC , atualmente no Escritório Regional de Saúde (ERSa) de Piracicaba , bem como a organização do Fundo Municipal de Saúde (FMS) . Na verdade , o processo de regulamentação do FMS já tinha sido bem trabalhado até momento , sendo apenas recontextualizado no projeto "em defesa da vida" . As operações pensadas para desencadear a municipalização da UAC passavam por uma série de negociações com órgãos da esfera estadual e federal . Decidiu-se encaminhar o processo de municipalização da Vigilância Epidemiológica em separado da Sanitária por ser mais simples , tanto técnica como operacionalmente . A análise preliminar de viabilidade (QUADRO XIX) e o plano operativo deste sub-projeto (QUADRO XX) mostravam que o mesmo era o projeto sobre o qual a equipe da SMS tinha menor governabilidade , ou seja , aquele com mais variáveis que a SMS não controlava .

O problema " O SUS não está organizado em Piracicaba " está explicado na "árvore de problema" já apresentada no QUADRO VII e sua "árvore de resultados" no QUADRO VIII . Para enfrentá-lo foi organizado um projeto denominado "organizar o sistema de saúde de Piracicaba" . Este , procurava fortalecer a SMS como prestadora de serviços tanto a nível de sua rede de unidades básicas (completando as equipes , ampliando sua capacidade física instalada e investindo em equipamentos e

sua manutenção) como organizando melhor o seu nível de atenção secundária . Isto seria feito buscando-se sua autonomia em alguns exames hoje comprados no setor privado contratado . A operação de maior impacto deveria ser , sem dúvida , a viabilização de um hospital municipal com cerca de 100 leitos . Para isto , deviam ser avaliadas várias alternativas que viabilizassem o hospital ainda na presente gestão . A análise de viabilidade (QUADRO XXI) revelava que o sub-projeto "D" é aquele que consumiria mais recursos financeiros e , por isto mesmo , deveria ser trabalhado articulado ao projeto que visava ampliar a participação da SMS no orçamento municipal . O planejamento operativo deste sub-projeto pode ser visto no QUADRO XXII .

Finalmente foi montado um sub-projeto "E" que , na verdade , não foi construído a partir do processamento de um problema em particular , mas com o objetivo de criar uma estrutura de apoio organizacional para o desenvolvimento do projeto . Para tanto , propunha-se uma adequação da estrutura administrativa da SMS tanto no sentido de transformá-la no gestor único do sistema , como no de aumentar sua capacidade para a gestão de uma rede de serviços que se ampliava e se tornava cada vez mais complexa . Era proposta a aprovação de um plano de cargos e salários condizentes com as atuais necessidades da SMS ou , no mínimo , a ampliação de seu quadro de pessoal , além de uma revisão e ampliação da própria estrutura de nível central da SMS , muito precária para o conjunto de atribuições que já desenvolvia , e totalmente insuficiente tendo em vista as propostas de municipalização da UAC , das vigilâncias e a criação do Fundo Municipal de Saúde (QUADROS XXIII e XXIV) .

Para a análise preliminar de viabilidade dos projetos, a partir do "ponto de vista" do ator em foco , foram listados os principais atores envolvidos na consecução deles . O primeiro grande grupo de atores são os "institucionais" :

- a equipe dirigente da SMS
- o secretário de saúde
- o prefeito
- a Câmara Municipal
- o Conselho de Governo Municipal (forum que reúne todos os secretários municipais e o prefeito)
- o ERSa de Piracicaba
- o Governo do Estado
- o Governo Federal (MS/INAMPS)

O outro grupo agrega entidades ou grupos da sociedade civil:

- o Conselho Municipal de Saúde
- a Associação dos Secretários Municipais de Saúde
- o movimento sindical da cidade
- o movimento popular organizado
- o diretório municipal do PT e sua bancada na Câmara

- o Partido Liberal
- o PDT

Foram listados ainda :

- a corporação médica
- os funcionários
- os prestadores privados
- radio Difusora
- 2 jornais diários

Na montagem inicial do projeto , não houve um excessivo rigor ou grau de formalização como é previsto no Planejamento Estratégico Situacional . Houve apenas uma exploração preliminar que contribuisse tanto para uma maior homogeneização dos conhecimentos da equipe dirigente, como para avaliar o grau de conflito potencialmente presente , traduzido em oposição destes atores (que controlavam recursos importantes) ao encaminhamento das operações previstas . As análises foram feitas com base no conhecimento e experiência de cada um dos membros da equipe . Os projetos "D" e "E" , que visavam a organização do sistema municipal de saúde e a reorganização da SMS , respectivamente , eram os que , em uma análise preliminar , apresentam maior grau de conflito . No caso do projeto "D" , o conflito maior seria ligado à instalação do hospital municipal de saúde . O projeto C , que tratava dos processos de municipalização da UAC e das vigilâncias , deveria enfrentar graus médios de conflito , mas não em intensidade que o inviabilizasse . A análise de coerência dos projetos revelava , nesta avaliação preliminar , que os mesmos eram complementares entre si . Foi realizada uma outra oficina em 4 de julho de 1991 , para avaliar com mais cuidado as sequências de operações dos vários projetos , no sentido de ver quais tinham outras operações como pré-requisito e , quais aquelas que poderiam ser desencadeadas imediatamente .

Esta reunião do dia 4 de julho deu algumas orientações importantes que também foram incorporadas ao projeto inicial:

- concentravam-se nos sub-projetos "C" e "D" as operações mais dependentes de outros sub-projetos . Elas diziam respeito a investimentos em obras e equipamentos e contratação de pessoal para a rede de serviços da SMS , incluindo a implantação do hospital municipal , bem como a municipalização das vigilâncias . Elas dependiam tanto de mais recursos financeiros - que deveriam ser obtidos a partir de uma maior participação da SMS no orçamento municipal - como da adequação da estrutura da SMS às novas funções que se propunha assumir (trabalhado no sub-projeto "E")

- existiam operações de grande importância dentro do projeto , na medida em que seriam elas que se traduziriam em resultados concretos para a população e que dependiam da viabilização de outras que , pode-se dizer , eram em maior ou menor grau , conflitivas . Por esta razão , a equipe dirigente deveria desenvolver uma série de operações

prioritárias tentando viabilizar alguns destes pressupostos (estrutura administrativa mínima , quadro de pessoal , aumento de orçamento , entre as mais importantes) .

- definiu-se como necessário atenção especial ao sub-projeto D (organizar o SUS em Piracicaba) visando a definição de medidas de impacto , principalmente aquelas que facilitassem o acesso da população ao sistema , tanto ampliando a oferta de serviços como agilizando o sistema de referência , marcação de consultas e outras medidas que traduzissem um maior conforto para o usuário , criando assim apoio a um projeto que visava fortalecer o setor público de saúde no município .

Para encerrar esta apresentação do desenho inicial do projeto , algumas observações são pertinentes . A primeira é que esta apresentação do projeto é feita sem correções **ex-post** , que uma visão atual do mesmo permitiria . Este é , portanto , o projeto de Junho de 1991 sem retoques . Acentua-se isto porque , uma das possibilidades de avaliação da adequação de um determinado projeto é a verificação do seu "grau de precisão e acerto " , traduzido na correção das linhas de atuação definidas pelo ator , quando em confronto com a realidade . Neste relato , este aspecto será analisado com razoável grau de rigor .

A segunda observação pertinente está relacionada com o fator "tempo para montar o projeto" . O trabalho com uma equipe dirigente tem que considerar este fato com realismo , sob o risco de se inviabilizar a possibilidade de se "fazer planejamento" pela pouca disponibilidade na agenda dos dirigentes . Este projeto inicial foi montado em cinco sessões de oito horas cada uma , ou seja , em um prazo de quarenta horas . Dificilmente seria possível montar um projeto deste porte com menos tempo . A metodologia desenhada por Carlos Matus a partir do enfoque do planejamento estratégico situacional consome , em média , oito a nove dias úteis de trabalho . Neste sentido , o desenvolvimento de técnicas mais ágeis e acessíveis para a equipe , inclusive para não ficar sob dependência de "consultoria externa" , deve ser considerado como fator importante e decisivo para o sucesso de um projeto .

A terceira observação é que este projeto inicial é sempre um rascunho , que não deve ser tratado de forma enrigecida . É uma espécie de roteiro para a ação da equipe . Além do mais , se não for pensado no contexto de um sistema de direção de alta responsabilidade , como formula Carlos Matus , também não resultará em mudança nenhuma . Neste sentido é que , a diferenciação entre "planejamento" e "gestão" foi ficando cada vez mais imprecisa à medida que avançava-se nas experiências relatadas neste trabalho . O desenho do projeto é , em alguma medida , apenas um mote para intervir-se com radicalidade no sistema de gestão . É isto que será visto na próxima seção .

III- A GESTÃO DO PROJETO

O projeto "em defesa da vida" exigiu um redesenho do sistema de direção da SMS de Piracicaba para que fosse implantado . Este redesenho teve , pelo menos , duas características principais :

-foi pensado , **a priori** , apenas em suas linhas gerais . Ou seja , a (re)modelagem do sistema de direção foi simultânea à execução do projeto .

-o novo sistema de direção foi sendo montado **superposto** ao organograma formal da SMS . de forma que tinha (e ainda tem) um caráter informal ou de não inscrição na estrutura formal da Prefeitura Municipal de Piracicaba .

Esta informalidade tem vantagens e desvantagens . Entre as primeiras está a possibilidade de novos arranjos institucionais que , embora provisórios e precários , são mais adequados aos propósitos de administração da mudança do setor público . De fato , a informalidade é uma exigência frente a rigidez da estrutura burocrática e hierarquizada (pleonasma se tomado no sentido weberiano) prevalente no setor público . Como desvantagens , podem ser citadas a instabilidade destes arranjos , sujeitos às mudanças periódicas nos rodízios do poder e a dificuldade para provimento de cargos com melhor remuneração quando o objetivo é montar uma equipe de nível central mais qualificada , muitas vezes com técnicos de fora do quadro da instituição . De qualquer maneira , esta foi uma constante nas experiências que aqui são analisadas e pode ser considerada como parte do espólio de conhecimento acumulado que nos ensina que , quando das reformas estruturais dos órgãos públicos , é necessário pensar menos em organogramas rígidos e mais em conjunto de cargos de livre provimento que possibilitem arranjos institucionais mais dinâmicos , com características matriciais ou colegiadas , a nível da direção superior da estrutura .

O sistema de direção foi modelado dentro de um "corpo de forças" definido por dois "polos" : de um lado , a concepção que trabalha com gestões colegiadas e a descentralização da gestão e , de outro , a necessidade da gestão de um projeto organizado em sub-projetos ou módulos . Nesta medida , o sistema de direção é orgânico ao projeto , no sentido de que o primeiro "conduz" o segundo e o segundo "modela" o primeiro . O sistema de direção dialoga o tempo todo com o projeto e é inconcebível imaginar um sem a moldura do outro . Neste sentido , a linha divisória entre planejamento e gestão torna-se virtual .

No sistema de direção da SMS de Piracicaba , podem ser individualizados os seguintes arranjos :

III-A Um conjunto articulado de instâncias de decisão e de definição de diretrizes políticas para a SMS :

- um colegiado de governo
- um conselho dos gerentes dos serviços
- um "fórum de funcionários"
- um conselho municipal de saúde , as comissões locais de saúde e a conferência municipal de saúde .

III-B A gestão descentralizada

III-C A avaliação e o acompanhamento do projeto

Estes arranjos serão examinados no desenvolvimento do presente relato na sua relação com a gestão do projeto "em defesa da vida" . O que pode ser antecipado aqui , até para facilitar uma leitura mais crítica do que será descrito , é que estes arranjos devem ser vistos como peças de um quebra-cabeças que vai sendo montado aos poucos e , cujo desenho final só pode ser verdadeiramente conhecido , quando o quebra-cabeça estiver montado .

III-A O CONJUNTO ARTICULADO DE INSTANCIAS DE DECISAO E DE DEFINICAO DE DIRETRIZES POLITICAS PARA A SMS

A nomeação deste arranjo é muito longa pela dificuldade de um título que expresse , com precisão , o seu verdadeiro sentido . Por exemplo : poderia ser utilizado algo como "sistema de poder da SMS" ou simplesmente "o sistema de decisões da SMS" . Tanto um como outro exemplos não seriam a expressão exata desta articulação complexa de instâncias , habitadas por atores dos mais diversos tipos e na qual , as dimensões de formulação , decisão e execução se entrecruzam de maneira permanente e quase sempre tensa . Portanto , mantém-se o enunciado longo , em nome do rigor ou da maior aproximação possível entre designação e objeto designado .

Estas instâncias , como já enunciado no início da seção , são : o colegiado de governo , o conselho de gerentes , o fórum de funcionários , os colegiados de co-gestão do sistema de saúde , tanto a nível dos serviços como do município e a conferência municipal de saúde , realizada periodicamente e instância maior de formulação das grandes diretrizes para a atuação da SMS .

Estes arranjos ou instâncias institucionais constituem-se em verdadeiras arenas de disputa , nas quais , com diferentes graus de governabilidade , os atores que as habitam formulam , decidem e executam , no final das contas , sobre a política de saúde . Nesta medida , o modelo de gestão adotado no projeto em defesa da vida rompe , explicitamente , com os modelos de administração que dão como apanágio do "nível central" a formulação e acompanhamento da política de saúde . Estas instâncias poderiam ser classificadas em dois grandes tipos :

- aquelas constituídas pelos trabalhadores de saúde , em seus vários níveis (equipe da unidade de saúde , conselho de gerentes , fórum de funcionários e colegiado de governo) , cuja lógica desejada é a da máxima autonomia possível , no limite apontando para a auto-gestão .

- aquelas constituídas pelos usuários , pelos trabalhadores de saúde e pelos representantes do Governo (comissões locais de saúde , conselho municipal de saúde e a conferência municipal de saúde) , cuja lógica é a da co-gestão .

Há uma relação entre estas instâncias , nos vários níveis do sistema . As comissões locais de saúde relacionam-se com as equipes das unidades . O conselho de gerentes e o colegiado de governo relacionam-se com o conselho municipal , mais diretamente . Neste sentido , a autonomia das equipes de trabalho tem , sempre , como

contrapartida . sua interlocução permanente com os órgãos de co-gestão . Ou seja , uma autonomia "prisioneira" de certas armadilhas que dão a singularidade e a complexidade desta proposta . Por esta razão , um sistema de direção montado com esta lógica , estará permanentemente tensionado entre o "dentro" (os trabalhadores em auto-gestão) e o "fora" (o processo de co-gestão que tem que equacionar a relação Governo , usuários e serviços) : entre "os de baixo" (as equipes dos serviços) e "os de cima" (os órgãos de direção intermediários e superiores) . Esta tensão só pode ser resolvida positivamente se forem criados mecanismos de intensa comunicação e complementariedade entre as várias instâncias institucionais .

Todas elas serão examinadas , no desenrolar do presente relato , na medida em que devem ser vistas como armadilhas cravadas no projeto "em defesa da vida" . Nesta seção examina-se, especificamente , o colegiado de governo , enquanto uma das instâncias de formulação , execução , acompanhamento e avaliação do projeto . O colegiado fez-se no exercício de suas atribuições , na ação , na condução do projeto . Quem sabe uma visão um pouco lamarckiana de que é a função que modela o órgão ... Mas , deixando de lado contribuições da biologia para entender um arranjo que na verdade é social , histórico , no sentido de ser matéria da relação entre os homens , é possível analisar o colegiado com mais cuidado em alguns aspectos que esclareçam como foi a condução do projeto do ponto de vista da direção de um órgão executivo municipal, comprometida com um projeto mudancista para o setor público .

Composição e funcionamento

O colegiado foi composto , inicialmente pelo secretário de saúde , seus três assessores diretos , os quatro membros da equipe de supervisão e o coordenador do Núcleo de Apoio Administrativo (NAA) . Esta composição sofreu poucas alterações em um ano e meio de acompanhamento do projeto . O assessor do LAPA/Unicamp participava de todas as reuniões do colegiado , realizadas , ordinariamente , uma vez por semana e com duração de um período normal de trabalho . O papel deste assessor era contribuir para o processamento de problemas e a elaboração de relatórios periódicos de avaliação do andamento do projeto . A reunião do colegiado era conduzida de acordo com uma pauta elaborada previamente , com temas ligados à condução do projeto . Em função disto , as discussões nestas reuniões estavam centradas nas "importâncias" , no sentido do que era substantivo para o sucesso do projeto . Todavia sempre existiu uma certa tensão entre trabalhar as "importâncias" ou o emergente . Com o correr do tempo , houve um aprendizado da equipe , no sentido de garantir um espaço para emergências que mereciam ser conhecidas pelo colegiado , sem que isto colonizasse um espaço "nobre" de reflexão , avaliação e (re)definição de diretrizes políticas . O colegiado transformou-se , de fato , em instância colegiada de formulação e decisão , no sentido

de não subsistir qualquer resquício de "algum poder oculto" , que definisse realmente as coisas e deixasse para o colegiado apenas um papel mais formal , quase de referendar as decisões tomadas em outros espaços e por outros atores . Esta colocação é necessária para fazer o contraponto com outras experiências acompanhadas por técnicos do LAPA/Unicamp , nas quais subsistiam um certo "comando" acima da direção colegiada , formalmente constituída . A existência de um "núcleo real de poder não explícito" é um dificultador da construção de uma direção coletiva de novo tipo e este tipo de problema não existiu em Piracicaba . Em compensação , havia uma dificuldade concreta ligada à **coordenação** efetiva do projeto. Quando das oficinas iniciais , ficou estabelecido que o secretário seria o coordenador do projeto . O secretário nunca assumiu totalmente este papel . Tal fato , foi fonte de dificuldades , mais de uma vez problematizadas e processadas , mas nunca resolvidas , na medida em que o grupo trabalhava sempre com a idéia de que **o secretário tinha que ser o coordenador** pois só assim o secretário poderia conhecer bem o projeto e "defendê-lo" para fora da SMS. Este fato aporta contribuições para a discussão do perfil do "líder" conforme trabalhado por alguns autores e para questões da distribuição de atribuições e responsabilidades entre os membros da equipe . A mudança posterior do secretário e a sua substituição por sua assessora e substituta formal , propiciou ao grupo uma outra visão da importância do papel de um coordenador efetivo para um trabalho de equipe .

O colegiado tinha as seguintes atribuições mais importantes , todas elas ligadas ao acompanhamento do projeto "em defesa da vida" :

- acompanhar e dar apoio ao desenvolvimento das operações previstas no vários sub-projetos
- sistematizar o processo de petição e prestação de contas (ver sessão III-C)
- dar as diretrizes e acompanhar o programa de desenvolvimento gerencial (ver sessão III-B)
- processar novos problemas e acompanhar a execução das operações para o seu enfrentamento
- examinar e aprovar os documentos e normas que definem o funcionamento da rede de serviços
- re(definir) diretrizes e formas de relacionamento com as demais instâncias de decisão da SMS (conselho de gerentes , comissões locais de saúde etc)
- acompanhar a execução orçamentária feita pelo Fundo Municipal de Saúde

A equipe de supervisão : uma "crise de identidade" permanente .

A equipe de supervisão , composta , na maior parte do projeto , por quatro técnicos (dois médicos , um dentista e uma enfermeira) merece uma avaliação mais específica tanto por constituir mais da metade do colegiado de governo como por ter tido um papel muito importante , por exemplo , na

implantação e consolidação das atividades de gerência descentralizada . Pode-se dizer que , sem equipe de supervisão , não seria possível pensar na descentralização efetiva do processo de planejamento e , no limite , do próprio programa de desenvolvimento gerencial (seção III-B). Pode-se dizer por isto que , apesar de designado como "equipe de supervisão" , na prática , o grupo exercia o papel de fomentador/facilitador do processo de gestão descentralizada, de forma que aqui não se fala de supervisão no sentido que é normalmente atribuído ao termo . Não obstante este papel diferenciado , a equipe conviveu , neste período , com graves problemas que dificultavam muito sua atuação :

- sobrecarga de trabalho na medida em que a equipe não era só "de supervisão" , mas acabava desenvolvendo uma série de atividade de nível central , simplesmente porque os supervisores eram , do ponto de vista técnico , o nível central ! (Elaboração das grades de vacinas , controle de consumo de medicamentos e elaboração de listas de compras , representação da SMS junto a projetos da Prefeitura , execução de treinamentos , só para dar alguns exemplos) . Na verdade , a equipe de supervisão acabava cobrindo uma série de deficiências da área administrativa , relacionadas com a manutenção e suprimento das unidades . Ou seja , a equipe de supervisão podia ser considerada como pequena se considerado o tamanho da rede e o fato de ser "polivalente" .

- Os membros da equipe tinham "graus diferentes de compromisso com o projeto" , conforme problematizado mais de uma vez em oficinas e reuniões . Esta "diferença de adesão" era traduzida , entre outras coisa , em diferentes disponibilidades de horários ou de capacidade de defesa do projeto perante outros atores . A equipe era heterogênea sob vários aspectos , um dos quais , talvez o mais importante , o de que alguns supervisores "eram mais colegiado" do que outros . Além disto , havia questões como graus diferentes de experiência e segurança para conduzir um projeto muito exigente de criatividade e audácia por parte dos seus dirigentes . Afinal , administrar a mudança não é tarefa fácil ...

- a dificuldade de conciliar as "atividades de planejamento" com aquelas do tipo "apaga-incêndio" . Havia uma tensão entre trabalhar com a "racionalidade" que em algum grau o planejamento traz (ou pelo menos aparenta trazer) e o "irracional" da vida cotidiana . Uma coisa assim como se a realidade se recusasse a ser enquadrada no plano ...

Por tudo o que foi dito , a equipe de supervisão era uma equipe com "crise de identidade" , no sentido de nem sempre ter claro o seu "papel" específico . Algumas destas dificuldades foram enfrentadas e resolvidas . Outras , foram "incorporadas à paisagem" , no sentido de se aprender a conviver com elas . Uma solução encontrada e que hoje está "institucionalizada" , foi a criação do "gerente de imprevistos" , inicialmente pensado como um membro da equipe

de supervisão que ficava de "plantão", durante 15 dias, depois um mês e atualmente de forma mais permanente, só para resolver emergências ou demandas colocadas pela rede de serviços. O grosso destas demandas diz respeito ao suprimento, à manutenção e à reposição emergencial de pessoal. O "gerente de imprevistos" significou uma especialização dentro da equipe, no sentido de deixar os outros colegas livres para o desenvolvimento de atividades regulares junto às unidades de serviço, apoiando o processo de gestão e planejamento descentralizado. A idéia inicial era de rodízio entre os supervisores, mas um deles mostrou tal aptidão para a função, que tornou-se "gerente de imprevistos" permanente. Foram pensadas outras atribuições para este gerente, como o controle da escala de supervisão, a elaboração de grades de medicamentos e vacinas, entre outras, para serem desenvolvidas durante o "plantão". Esta solução é considerada boa pelo colegiado, na medida, inclusive, que ajuda a cobrir deficiências do apoio administrativo ainda não resolvidas e resulta em uma maior agilidade nas respostas para os gerentes de serviços, cada vez mais exigentes, com a implementação do processo de planejamento local.

O planejamento como um processo de refazer constante

O momento de desenho do projeto (seção II) é apenas um rascunho de como deve ser o plano (e uma certa análise de sua viabilidade) feita por uma ator em situação e portanto portador de um certo grau de "cegueira situacional" congênita. Por isto mesmo, deve ser revisto de forma permanente à medida que vão sendo desenvolvidas as ações previstas e a "situação" vai se transformando. A "situação" entendida como recortes interessados (e parciais) da realidade que o sujeito vai fazendo visando a ação. Nesta medida, os espaços e rituais para o refazer permanente do projeto devem ser assegurados na gestão do projeto. E isto, deve ser explicitado de uma maneira oposta ao que é feito no plano tradicional, onde o planejado de alguma forma é reificado e nesta medida se pereniza para a equipe. Mesmo que para isto seja necessário "protegê-lo" em uma gaveta... Como será visto na seção III-D, o projeto desenhado inicialmente foi mantido nas suas diretrizes principais, embora algumas operações tenham sido reformuladas, outras acrescentadas e algumas abandonadas. Além disto, novas questões, não trabalhadas inicialmente, tiveram que ser enfrentadas. O que se relata a seguir é como um "certo modo de processar problemas" foi incorporado ao cotidiano do colegiado (e de outras instâncias da SMS), de forma que atuar planejadamente transformou-se, com o tempo, na forma mais "natural" e efetiva de se trabalhar os problemas. Além disto é mostrado que não havia uma única forma de processar problemas, ou uma **metodologia-padrão**, a ser utilizada sempre e em qualquer situação, mas que havia flexibilidade na eleição do "jeito" de se enfrentar cada situação. O que era comum em todas as situações era o apego à discussão em grupo, à formulação das idéias de forma clara e por escrito

para serem visualizadas por todos . o compromisso de cumprir os "compromissos" assumidos e a certeza de que haveria um acompanhamento de tudo que estava sendo definido e decidido naquele momento . O que passou a não ser mais aceito pelo grupo era a idéia de "reuniões clássicas" onde se conversa muito . todos dão palpites e no final não se decide muitas coisas . Não que não houvesse espaço para a discussão livre . a troca de idéias e os voos livres do pensamento . O novo é que os espaços para cada forma de interação ficavam mais demarcados . embora . é lógico . que se interpenetrassem e se influenciassem mutuamente . São estes arranjos institucionais ou demarcações para processamento de problemas de forma sistematizada e coletiva . que são apresentados a seguir .

Com certeza não é possível relatar ou registrar tudo o que se fez e se debateu nestes momentos de processamento de problemas . Ou . pelo menos . tornaria este relato muito extenso (mas ainda assim incompleto) . O que está registrado . na sequência . são fragmentos destes encontros coletivos . como se fossem peças arqueológicas a partir das quais é feita uma abstração para se ter uma idéia . mesmo que parcial . do todo em que se inseriam .

Em agosto de 1991 . por exemplo . o secretário de saúde foi convocado pela Câmara Municipal para prestar esclarecimentos sobre a existência de filas imensas . que se iniciavam já na madrugada . para marcação de consultas médicas . no Ambulatório de Especialidades . Problema grave este . ainda não enfrentado dentro do projeto até aquele momento . embora tivesse sido objeto de várias "intervencões" por parte da equipe dirigente da SMS . A questão foi colocada no período da manhã no colegiado e a reunião com o secretário estava marcada para a sessão noturna da Câmara Municipal . Houve então um processamento do problema pela equipe . aproveitando o espaço da reunião de rotina do colegiado . Foi feita uma "adaptação" da "árvore do problema" e da "árvore dos resultados" conforme pode ser visto nos QUADROS XXV e XXVI . na perspectiva de torná-los de mais fácil comunicação ou de melhor entendimento pelos vereadores . Embora simplificados . os dois quadros apresentavam alta potência explicativa por serem feitos por uma equipe em situação . Por esta razão . puderam subsidiar a intervenção do secretário que . afinal . aproveitou a oportunidade . para justificar e solicitar a ampliação do quadro de pessoal da SMS . para completar as equipes da rede de unidades básicas de saúde . na medida que uma das explicações para as filas era justamente a precariedade de pessoal . com repressão de demanda . a nível da rede básica . Ou seja . bem instrumentalizado . o secretário praticou o ditado popular que diz que "a melhor defesa é o ataque" . A ampliação de quadros ainda teria uma trajetória a cumprir . mas ocorreu alguns meses depois .

Em outubro de 1991 . a partir da constatação formalizada pela primeira vez pelo grupo de que "algo não ia bem com a coordenação do projeto" . foi realizada uma oficina para

processar este problema . De novo foi desenhada uma árvore do problema , uma árvore de resultados e definidas operações para modificar a atual situação . Aqui , vale destacar que , pelo fato do colegiado ter mantido a posição de que o secretário deveria ser o coordenador do projeto , pelas razões já apontadas , as operações propostas foram insuficientes para resolver o problema que continuou na pauta do colegiado , como pode ser visto na avaliação feita em dezembro do mesmo ano (ver na seção III-C) . Este "erro" ensina uma coisa : que uma oficina de planejamento , mesmo usando adequadamente uma metodologia e conduzida de forma democrática , pode produzir um resultado insuficiente . Qualquer metodologia de planejamento é tão boa quanto a equipe que a utiliza . Dito de outra maneira , uma "metodologia" de planejamento não supre deficiências ou perspectivas equivocadas de uma equipe . A metodologia não é um jeito mágico de encontrar soluções para os problemas , mas um roteiro de reflexão voltada para a ação , que pode contribuir para o crescimento de uma equipe , se aplicada de forma regular , em um sistema de direção que contribua para sua reavaliação e críticas permanentes . Ou , o limite da eficácia de uma metodologia é , em grande medida , dado pelos "limites" do sujeito concreto e seu poder de governo , embora a utilização da metodologia possa , dialeticamente , ampliar este poder .

Em janeiro de 1991 foi feita uma oficina para planejar a organização da II Conferência Municipal de Saúde (II CMS) . O "problema" era garantir uma boa preparação e organização para que a Conferência fosse bem sucedida . Foram definidos dois resultados que precisavam ser alcançados e sua respectivas operações , com responsáveis e prazos :

- Resultado 1 : II CMS organizada .

*** operação 1.1 : organizar a infra-estrutura da II CMS**

**** ações :** 1.1.1 : garantir o local para a II CMS

1.1.2 : garantir o sistema de som

1.1.3 : garantir material (crachás , pastas , blocos , canetas , papel)

1.1.4 : garantir alimentação e café

1.1.5.: garantir gravação da II CMS .

1.1.6 : garantir ficha de cadastro , fichas de inscrição e certificados .

1.1.7.: garantir papel para cartazes

*** operação 1.2 : estabelecer a dinâmica da II CMS**

**** ações :** 1.2.1.: definir calendário e programa

1.2.2.: agendar Prefeito para a abertura

1.2.3 : definir a pauta e a dinâmica da CMS

1.2.4 : definir mesa , secretariado e relator final .

1.2.5 : preparar documentos para a II CMS

- Resultado 2 : a população informada sobre a II CMS

*** operação 2.1 : organizar debates nos bairros**

**** ações :** 2.1.1.: preparar material para discussão

2.1.2.: elaborar cronograma

2.1.3 : realizar debates nos bairros

O projeto de ação para organizar a II CMS foi apresentado em detalhe para se ter uma idéia de como todos os aspectos foram pensados , da infra-estrutura à mobilização da população , de uma forma coordenada , global , sendo que cada ação tinha um responsável e um prazo para ser cumprido . Trabalhar planejadamente incorporou-se ao cotidiano da equipe. O interessante é que a realização da II CMS serve como reforço para o projeto "em defesa da vida" , na medida em que foi feita uma prestação de contas para ser apresentada na sua abertura (seção III-C) , foram reforçados as comissões locais de saúde e o conselho municipal de saúde e o papel dos gerentes na condução dos debates .

Em abril de 1992 , o colegiado realizou uma série de oficinas de trabalho para examinar o encaminhamento das resoluções da II Conferência Municipal de Saúde (seção IV) , em particular , cinco pontos mais importantes e todos eles fora da governabilidade da SMS :

- viabilizar o Hospital Municipal
- garantir maior participação da SMS no orçamento municipal
- regularizar a situação dos gerentes
- garantir a ampliação de cargos para completar as equipes dos serviços de saúde
- regulamentação das comissões locais de saúde .

O colegiado se encontrava , agora , frente a frente com operações , definidas desde o desenho inicial do projeto em junho de 1991 , que não haviam sido completadas até o momento , justamente por estarem fora de sua governabilidade e que , agora , tinham sido legitimadas durante a II CMS e precisavam ser encaminhadas . O colegiado entendeu que era o momento de nova análise de viabilidade , em função até da existência de novos atores apoiando as propostas e , então , desenvolver operações para criar viabilidade para as mesmas . No QUADRO XXVII podem ser vistos os atores importantes para o desenvolvimento das operações , suas motivações em relações a estas operações (interesse mais valor) e os recursos que controlam . Por ele , a conclusão que se poderia tirar é que as operações visando regularizar a situação dos gerentes , aprovação da ampliação dos cargos e regulamentação das comissões locais de saúde eram **inviáveis** . O QUADRO XXVIII porém , que é uma espécie de detalhamento do quadro anterior no sentido de ser observado em **zoom** , revelou que no interior da Câmara Municipal existiam atores diferenciados , mais precisamente , vereadores de bancadas de partidos oposicionistas que , individualmente , poderiam apoiar estas operações por compromissos já assumidos com a população (ou com sua bases eleitorais) , por terem participado da II CMS

ou por qualquer outro motivo que os tornavam aliados potenciais da SMS . De fato , foram definidas então operações "K" (dentro da terminologia utilizada no planejamento estratégico situacional) , ou seja , aquelas que ajudam a criar viabilidade para o projeto , todas elas com características de aproximação e convencimento destes atores para que ajudassem na aprovação das operações no âmbito da Câmara Municipal . eles próprios atuando no convencimento dos seus colegas de bancada . O resultado deste processo foi a aprovação da ampliação de cargos (vital para o projeto naquele momento , como será visto nas próximas secções) e a regulamentação das comissões locais de saúde . As demais operações não foram viabilizadas por razões que , de alguma forma , fugiam do âmbito específico de atuação da Câmara Municipal , como por exemplo , a viabilização do Hospital Municipal .

Isto mostra que a análise de viabilidade deve ser feita (e só pode ser feita) em situação . Nesta medida , análises muito antecipadas de viabilidade como preconizadas por algumas metodologias , entre elas certa forma de operacionalização prevista no planejamento estratégico situacional são pouco eficazes , na medida em que a realidade é sempre cambiante e novos sujeitos e fatos estão sempre invadindo a cena e criando novas oportunidades - ou problemas - para o planejamento . Nesta medida o "planejamento" não pode ser pensado separado da "gestão" ou de arranjos institucionais que possibilitem a comunicação para a criação de novas formas de ação .

A oficina de avaliação , realizada com a presença de todo o colegiado em dezembro de 1991 (seção III-C) , apontou a necessidade de se estabelecer projetos mais claros para a área das ações coletivas , do apoio administrativo , do Ambulatório de especialidades e da saúde bucal . O que está relatado a seguir , foi o trabalho desenvolvido nestas áreas , até aquele momento deixadas "de fora" do projeto e quais foram os resultados obtidos . Aqui também são apresentados fragmentos das oficinas para visualização de dois aspectos principais . O primeiro , refere-se à flexibilidade , já aludida , da "metodologia" empregada em situações diferentes . O segundo , refere-se a projetos que "não foram pra frente" , por razões que se tenta elucidar .

No mês de janeiro de 1992 , foi realizada uma oficina de trabalho com o pessoal da área administrativa e três da área técnica . Apesar desta composição mista , ficou estabelecido junto ao grupo que , o ator que fazia o plano seria o Núcleo de Apoio Administrativo (NAA) , mesmo que o projeto acabasse sendo um conjunto de demandas para o colegiado de governo . A participação dos técnicos , dois deles membros da equipe de supervisão , foi pensada para ampliar o universo de problemas e superar uma certa "cegueira situacional" do NAA , que tende a ver os problemas sob a ótica da administração . Estes foram os produtos obtidos na oficina :

- A definição da "imagem-objetivo" do ator NAA :
"garantir apoio para se obter uma rede de serviços resolutive

- listagem dos produtos oferecidos pelo NAA .

- uma análise do pessoal alocado no NAA e a distribuição de tarefas para cada um deles . O que ficou evidente é que existia uma maior concentração de servidores nas atividades de administração de pessoal e que o gerente era sobrecarregado e solitário no desenvolvimento dos demais produtos .

- um levantamento de problemas da área administrativa . Os quase trinta problemas levantados foram trabalhados em um fluxograma para que se visualizasse a relação entre os mesmos, permitindo ao grupo estabelecer prioridades de intervenção . Foi definido como macro-problema "a rede não se sente apoiada pelo nível central", caracterizado por três grandes descritores : "a comunicação entre a equipe de supervisão e o NAA é inadequada", "a manutenção dos prédios e equipamento é inadequada" e "não há reposição em tempo hábil de materiais e medicamentos na quantidade e qualidade necessárias" . É importante ressaltar que esta visão ampliada dos problemas do NAA transcende a visão específica do "pessoal administrativo" ao ser "contaminada" pela problematização feita pelos técnicos , que , com certeza , recortam a realidade a partir de outras preocupações .

- os três problemas eleitos foram processados em "planilhas de processamento de problemas", duas das quais podem ser vistas nos QUADROS XXIX e XXX . Esta planilha , apesar de muito simplificada , permite ao grupo se "entender" em torno dos descritores do problema (que se transformam em indicadores para acompanhamento do projeto) , das consequências do problema (entre outras coisas para visualizar o problema como parte de uma cadeia causal mais ampla) , das explicações do problema (só as mais importantes) e dos resultados que precisam ser alcançados para se obter o objetivo estabelecido pelo grupo . Esta planilha seria um registro ou rascunho das discussões do grupo . Ela passou a ser cada vez mais adotada pela relativa facilidade do seu manuseio e por ser uma espécie de síntese de uma série de instrumentos que vinham sendo trabalhados até então e que , por apresentarem uma certa complexidade , deixavam de ser "meio" e transformavam-se em "fim" para o grupo . Nesta medida a "planilha de processamento do problema" é um versão condensada da "árvore do problema" e da "árvore de resultados" utilizadas no desenho do projeto em "defesa da vida" (seção II) .

- estabelecidas 3 operações e 6 demandas de operações para o colegiado de governo . Pelas operações o grupo propunha se (re)organizar internamente , a partir de uma verdadeira "psicanálise" de seus cacoetes e de seus vícios , explicitando-os para superá-los (as operações referem-se, portanto , ao conjunto de ações que podem ser desenvolvidas

pelo próprio ator) . Demandava-se (ao colegiado de governo) a ampliação da equipe do NAA . a definição de um responsável, em tempo integral , pela área de manutenção e a profissionalização do suprimento , através da contratação de um farmacêutico responsável pelo almoxarifado . Era proposto ainda , um Programa de Manutenção Descentralizada a ser desenvolvido a nível das unidades . Estas teriam recursos financeiros e técnicos para terem mais autonomia e agilidade na manutenção de seus equipamentos e prédios .

Este projeto foi aplicado parcialmente , sem sequer ter sido examinado , formalmente , pelo colegiado de governo . A área administrativa da SMS padecia de muitos problemas , mas poderiam ser destacados dois deles : o seu isolamento e uma certa maneira doméstica , no sentido de não profissionalizada, de ser conduzida . O projeto apontava para a necessidade inadiável desta profissionalização nas áreas de manutenção e suprimento (designação ou contratação de profissional com qualificação , estabelecimento de normas para estas áreas e treinamentos necessários para a rede de serviços) . Isto só ocorreu em parte . Através de convênio com a Faculdade de Farmácia da UNIMEP , uma farmacêutica desenvolvia atividades junto ao almoxarifado , juntamente com estagiários . Não houve designação do responsável pela área de manutenção , que continuou sendo respondida pelo gerente do NAA e pelo gerente de imprevistos , na base da improvisação e do atendimento às urgências . Em relação à reorganização interna da equipe , na perspectiva de uma nova racionalização do processo de trabalho , pouco se avançou também . Em parte , porque o grupo não teve capacidade para isto , inclusive porque este processo de "revisão" de procedimentos na área administrativa é difícil para as pessoas que trabalham há muito tempo na área , na medida em que a repetição das tarefas , acabam fazendo uma espécie de naturalização das mesmas . Seria necessário então um apoio externo para o grupo , que o NAA não conseguiu ou não pode viabilizar . Neste sentido , pode-se dizer que a área administrativa foi apenas parcialmente trabalhada no correr do projeto . A entrada em cena dos gerentes , colocou novas exigências e demandas , que , em alguma medida ajudaram a introduzir algumas mudanças na área .

Em fevereiro de 1992 foi realizada uma oficina de trabalho com os cirurgiões-dentistas do Serviço Odontológico Municipal e de algumas unidades básicas , com alguns atendentes de consultório odontológico e com a presença de 2 membros do colegiado , um deles cirurgião-dentista . A realização deste oficina oferece alguns elementos interessantes para análise . O primeiro deles refere-se , de novo , à questão da metodologia empregada . Nos quadros XXXI e XXXII podem ser vistas as "arvore do problema e do resultado" que não apresentam novidade em relação ao trabalho realizado na montagem do projeto . O que teve de novidade nesta oficina foi a análise de cenários feita pelo grupo (QUADRO XXXIII) , trabalhando com as variáveis tempo , possibilidades de contratação de recursos humanos , de investimento e custeio .

Optou-se por trabalhar com a alternativa B . que lança o projeto além do tempo político da atual administração (QUADROXXXIV) , por entender que a gravidade da situação da assistência à saúde bucal exige investimentos de longo prazo, mas consegue apontar também algumas operações de curto prazo, coerentes com um projeto de mais longo prazo . Entre elas, a reformulação do atual Serviço Odontológico Municipal (SOM) no sentido de transformá-lo em uma clínica modular de atendimento e a implantação do programa "em defesa do sorriso" , baseado na distribuição de duas escovas de dente por escolar . por ano e o desenvolvimento de intensas ações educativas junto às escolas . Para encerrar este ponto , é necessário destacar que a oficina mobilizou positivamente os dentistas , que sentiam excluídos até o momento do projeto "em defesa da vida" , até por reconhecerem que trabalhavam de uma forma "atrasada" , no sentido de fazerem atendimento individual e completamente isolados da equipe da UBS .

Este projeto nunca foi pautado para apreciação do colegiado , na medida em que alguns de seus membros , sabendo dos seus resultados de forma antecipada , discordaram dos mesmos ou do modelo tecno-assistencial que apontavam . Nesta medida , o grupo que participou da oficina nunca foi comunicado oficialmente da posição do colegiado e não se introduziu nenhuma mudança de impacto na área , nem mesmo aquelas sobre as quais havia concordância (o programa "em defesa do sorriso") .

De alguma forma , todas as áreas da SMS foram sendo trabalhadas no correr do projeto , sempre a partir de oficinas de trabalho com os técnicos das áreas envolvidas , visando estabelecer a "comunicação" para a ação e para a mudança , com o propósito de ir trabalhando a construção de múltiplos atores institucionais , participantes na implementação de um projeto político para o setor saúde . Foi assim que a área da vigilância epidemiológica foi trabalhada, em particular a questão do combate aos animais nocivos à saúde (aedes , escorpiões etc) . Foram realizadas várias oficinas com a participação de técnicos de várias secretarias. Destas oficinas surgiu o Grupo Municipal de Combate aos Animais Nocivos À Saúde (GRUMUCANS) , que , depois , continuou empregando de forma autônoma a metodologia de trabalhar os problemas para orientar sua intervenção .

A questão das filas no Ambulatório de Especialidades que havia sido trabalhada em agosto de 1991 , para preparar a intervenção do secretário na Câmara Municipal , foi objeto de uma oficina em dezembro do mesmo ano , com a presença de sua gerente e do pessoal mais ligado à recepção . Foi definido um projeto inicial , que acabou abordando questões mais profundas . Este projeto teve suas operações desenvolvidas , sem muito sucesso , pois segundo avaliação da própria gerente "as filas haviam saído das ruas para os livros de marcação de consultas" . A questão das filas voltou a ser trabalhada quando houve mudança do gerente do Ambulatório e o conselho de gerentes já estava em funcionamento e só aí conseguiu-se

dar uma visão mais abrangente do problema e enfrentá-lo com mais competência .

Esta seção pode ser encerrada chamando-se a atenção para o fato de que . o projeto "em defesa da vida" foi . aos poucos . tendo a pretensão de extensividade . no sentido de abarcar todas as áreas da SMS . Isto foi conseguido . se for considerado que . todas as áreas (com exceção do Pronto Socorro) foram trabalhadas em conjunto com seus trabalhadores e gerentes . O que nem sempre se conseguiu foi incorporar estes projetos parciais à lógica de funcionamento do colegiado . de forma que sobreviverem certas "áreas pouco iluminadas" . se vistas do ângulo do colegiado de governo . Isto . no entanto . não compromete a conclusão de que houve uma radical transformação do processo de gestão da equipe dirigente a partir do "projeto em defesa da vida" e que . em última análise . este . colonizou completamente a vida da instituição .

Os outros componentes do sistema de direção da SMS (o conselho dos gerentes e os órgãos colegiados de co-gestão a nível local e municipal) serão discutidos no correr da avaliação do projeto . Isto tem um significado : a questão da democratização da gestão tornou-se tão essencial para o projeto que . analisá-la isoladamente . perde o sentido .

III-B - A GESTÃO DESCENTRALIZADA DOS SERVIÇOS : dá para construir a utopia ?

Do "programa de desenvolvimento gerencial" ao "conselho de gerentes" : o nascimento de um sujeito .

Este é um ponto que merece ser explorado com bastante cuidado neste relato , pelo que aportou de aprendizado , a partir de erros e acertos , para um tema de importância central para a reforma sanitária brasileira : a descentralização da gestão dos serviços de saúde . A consultoria prestada pelo Laboratório de Planejamento e Administração (LAPA) da UNICAMP foi iniciada , como já está dito no início deste relato , com um pedido para administrar "um curso para gerentes" . Naquele momento , já se tinha , no LAPA , a convicção de que "cursos para gerentes" , fora de um contexto institucional bem definido , eram de pouca utilidade, se analisados do ponto de vista da melhoria real do desempenho gerencial . Desta maneira sugeriu-se , e a direção da SMS aceitou , que fosse estruturado um "programa de desenvolvimento gerencial" , de caráter oficial e permanente , estreitamente vinculado à prática dos novos gerentes , recém designados pela Secretaria . Nesta seção está relatada a experiência de acompanhamento destes gerentes, do fim de junho de 1991 a agosto de 1992 , quando foi formalizado o "conselho de gerentes" , uma instância colegiada de deliberação e participação na formulação de diretrizes técnicas e políticas da SMS de Piracicaba .

Do programa participaram os gerentes de 11 unidades básicas de saúde , quais sejam , as de Piracicamirim , Jaraguá , Vila Sônia , Novo Horizonte , Vila Cristina , Esplanada , Santa Terezinha , Cecap , Jardim São Paulo , Balbo e Coréia . A SMS possui uma rede básica composta por 26 unidades básicas , das quais 5 são pequenos postinhos de zona rural , portanto não comportando a figura de um gerente. As 11 unidades trabalhadas são aquelas dotadas de gerentes por serem maiores e terem área de cobertura mais extensa . Até maio de 1991 , não havia gerentes nas unidades , portanto , os gerentes já foram "recebidos" na SMS com a proposta do programa de desenvolvimento gerencial já articulada . Dos 11 gerentes , a maioria era constituída de médicos , com exceção de um cirurgião dentista e duas enfermeiras . Eram profissionais da rede , designados informalmente para a função , pela inexistência de cargos de chefia na estrutura da SMS . Todos recebiam um **pro-labore** pelo exercício da função. Um aspecto muito positivo do programa foi a estabilidade destes quadros no período trabalhado de pouco mais de um ano. Do grupo inicial saíram apenas três gerentes: dois médicos , por razões particulares , bem no início do programa e uma enfermeira mais tardiamente . A entrada dos gerentes foi praticamente simultânea , se considerarmos que o tempo entre as primeira e as últimas designações da atual equipe não foi superior a três meses . Portanto , foi

trabalhado um grupo estável , com predominância de médicos , originários da própria rede da SMS , sem formação na área de saúde pública ou administração e sem experiência gerencial prévia . Do grupo participavam também as gerentes do Ambulatório de especialidades e do Serviço Odontológico Municipal (SOM) .

O programa de desenvolvimento gerencial : um currículo montado com os participantes .

O programa teve início , formalmente , no dia 28 de junho de 1991 , com a proposta de ser aberto às necessidades dos gerentes e modelado , portanto , em função de suas expectativas . A equipe da Unicamp teria o papel de captar estas demandas e procurar respondê-las , conforme surgissem. Na primeira sessão , foi feita uma oficina , utilizando-se cartões de cartolina (targetas) e pincéis-atômicos , para os participantes se manifestarem por escrito , sobre quais seriam as atribuições dos gerentes , conforme eles se viam naquele momento . Este foi o resultado das falas dos gerentes :

ATRIBUIÇÕES DOS GERENTES DE NÍVEL LOCAL

- estabelecer rotinas de trabalho
- discutir com os funcionários o projeto de saúde
- informar a população
- organizar a instância de participação dos funcionários
- fazer supervisão contínua
- detectar necessidades de se fazer treinamento e reciclagens
- implantar os conselhos locais de saúde
- implantar as atividades de vigilância
- contribuir para a elaboração do projeto de saúde
- levantar as necessidades de pessoal
- zelar para a manutenção dos equipamentos
- acompanhar o fluxo dos pacientes
- levantar necessidades de ampliação da capacidade física instalada .

Na ocasião , foi colocado para os gerentes que os mesmos iriam receber apoio para poder desempenhar bem estas atribuições , trabalhando com a metodologia de planejar a partir de problemas . O relatório número 2 do LAPA afirmava que " desta maneira reorganiza-se a SMS no sentido de se construir , tanto a nível central como local , uma gerência que trabalha por operações , visando enfrentar problemas e prestando conta de suas atividades . Espera-se criar assim os pressupostos de um sistema de gerência de alta responsabilidade conforme definido por Carlos Matus e que seria pre-requisito para uma abordagem da administração pública que implica uma maior transparência e na criação de mecanismos concretos de controle popular . " Ou seja , o programa tinha espaço para ouvir demandas dos gerentes (e de fato o fez) , mas trazia já uma determinada visão do que era

"desenvolvimento gerencial" no contexto de um projeto intitulado de "em defesa da vida" .

No relatório número 3 do LAPA pode ser visto o cronograma cumprido pelo programa de desenvolvimento gerencial até outubro de 1991 , precedido de um breve balanço do mesmo : " A estratégia que tem sido adotada é a de desenvolver um programa de formação de gerentes orientado para a implantação do 'projeto em defesa da vida' a nível local . O programa não tem nada dos cursos para gerentes mais tradicionais na medida em que sua concepção é a de organizar a gerência para a ação . Por isto mesmo , ele tem um tempo de maturação para apresentar resultados . Os próprios instrumentos de gerência e planejamento estão sendo construídos com a participação dos gerentes no correr do programa . Mais do que isto , algumas atividades , como a supervisão , estão sendo modeladas em função do desenvolvimento do programa . Desta maneira a gerência de nível central também recebe sua formação no programa . Este , foi sendo montado em função das necessidades que foram surgindo , respeitada , é claro , uma certa concepção geral de como "fazer o curso" e cumpridos certos "âmbitos temáticos" mínimos .

O PROGRAMA CUMPRIDO

28/06/91 : as atribuições dos gerentes
05/07/91 : a organização do processo de trabalho na SMS
12/07/91 : idem
19/07/91 : o modelo tecno-assistencial da SMS
26/07/91 : idem
02/08/91 : ações em defesa da vida das crianças
09/08/91 : ações em defesa da vida dos adultos
16/08/91 : ações em defesa da vida das mulheres
30/08/91 : introdução às técnicas de planejamento
06/09/91 : discussão da planilha de avaliação
13/09/91 : exercício de planejamento de uma UBS
20/09/91 : como fazer um projeto de ação
27/09/91 : participação da primeira reunião do secretário com o fórum de funcionários
04/10/91 : levantamento de problemas administrativos
11/10/91 : avaliação da montagem dos projetos de ação .
Considera-se encerrada esta etapa inicial do programa com , com duração de cerca de três meses e meio , 16 sessões ou cerca de 64 horas . "

Na verdade , este foi o módulo mais estruturado do programa , no sentido de ter cumprido um roteiro lógico , que se iniciou com uma discussão do modelo tecno-assistencial de uma forma mais global , sua tradução na organização do processo de trabalho na unidade , a partir de ações em defesa da vida e depois caminhou para instrumentalizar os gerentes para intervirem sobre as suas realidades locais . A discussão a respeito do modelo tecno-assistencial foi um momento de muita riqueza , de explicitação de diferenças entre os gerentes , em particular uma certa visão "neo-liberal" que

todos traziam a respeito do "postinho" de saúde como local para "fazer prevenção e puericultura" . Estava claro que tinha-se pela frente todo um processo de convencimento , de discussões e de criação de novos aliados para um projeto de saúde mais ambicioso , no sentido de mais abrangente . Complicava isto o fato da SMS ter adotado , nos últimos anos um modelo de "pronto-atendimento" , baseado em "gueixa-conduta" , de baixíssima resolutividade , medicamentalizante e que havia desestruturado qualquer embrião de equipe de saúde porventura existente . Nesta medida , o programa de desenvolvimento gerencial tinha , entre seus objetivos , formar gerentes , reformando a rede e refazendo corações e mentes ! Em todos os níveis da Secretaria ...

Este foi o módulo mais estruturado porque , a partir daí, os gerentes já estavam em ação montando projetos com suas equipes . Depois , o programa virou um arranjo institucional para apoio ao trabalho deles , até a institucionalização de um conselho de gerentes , com caráter deliberativo . O programa de reuniões foi retomado com regularidade apenas em fevereiro de 1992 , pelas dificuldades de reunir os gerentes , o período de fim de ano e férias . Esta segunda etapa do programa será retomada e comentada no fim desta seção .

O relatório número 4 do LAPA informava que a última etapa havia sido dedicada a estabelecer , com a participação dos gerentes , instrumentos e "rituais" de planejamento , que orientassem a intervenção destes na realidade das unidades . Havia um reconhecimento , por parte dos mesmos , de que haviam avançado bastante na compreensão de um conjunto de questões técnicas , em particular o acesso às tecnologias mais próprias do campo da saúde pública , e , em consequência, tendo adquirido uma visão mais abrangente do centro de saúde , da organização do processo de trabalho e da abordagem "programática" das doenças mais prevalentes . Isto porque , o perfil destes profissionais era tipicamente de clínicos ou outros profissionais , com formação de "consultório ou hospital" . Nesta medida o programa abriu novas perspectivas para os participantes . O reconhecimento do grupo da necessidade (certamente "criada" pelo próprio programa) de "aprender a fazer planejamento" vinha de uma certa expectativa de como traduzir para a prática ou como "aplicar" o que eles haviam aprendido teoricamente , agora na vida cotidiana da unidade de saúde . Desta maneira , havia um grande interesse no grupo em conhecer "técnicas de planejamento" .

O que se apresenta , na sequência , são os instrumentos construídos com a participação dos gerentes . O primeiro deles foi uma "planilha de avaliação da rede básica" . Esta , foi adaptada de uma outra planilha , que já vinha sendo testada há cerca de dois anos na rede básica da Secretaria Municipal da Saúde de Campinas . Era uma planilha

"patrimônio" de uma equipe muito grande , na medida em que era fruto de muitas sugestões e opiniões , tanto dos coordenadores de unidades como da equipe de nível central . Além de ser uma planilha muito trabalhada , ela refletia uma determinada concepção de modelo assistencial , que agora estava sendo implantado em Piracicaba . Para não correr o risco de ser um mero transplante e , em função disto , inadequada à realidade da SMS de Piracicaba , ela foi apresentada como proposta para os gerentes , debatida , modificada e depois aceita como uma espécie de "contrato" entre o nível central e o nível local , como instrumento de avaliação . Como se os gerentes dissessem : " estamos de acordo ou , é justo , que sejamos avaliados por este instrumento " . De fato , a planilha de avaliação tornou-se muito importante na implantação de atividades de gestão descentralizada , de orientação da prática gerencial cotidiana , de comunicação com a equipe da unidade e com os usuários . Nas páginas seguintes , é mostrada a planilha de avaliação , que com pequenos ajustes , já foi aplicada , até o momento deste relato , três vezes na rede básica de Piracicaba , em setembro de 1991 e abril e setembro de 1992 .

PLANILHA DE AVALIAÇÃO DA REDE BÁSICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PIRACICABA

1- A UBS oferece atendimento médico nas 3 especialidades básicas (pediatria , gineco-obstetrícia e clínica) em 2 turnos e no mínimo em clínica geral em mais 1 turno (UBS tipo A) ou

A UBS oferece atendimento médico nas 3 especialidades em 2 turnos (UBS tipo B)

2- a UBS permanece aberta das 7:00 às 22:00 hs de forma ininterrupta (UBS tipo A) ou

A UBS permanece aberta das 7:00 às 18:00 hs de forma ininterrupta (UBS tipo B)

3- Há agendamento de consultas com dia e hora marcados em todas as áreas de atendimento (pediatria , gineco , clínica médica e saúde bucal)

4- Existe comissão local de saúde funcionando

5- Há reuniões de equipes (ou de equipes por áreas) para acompanhamento do processo de planejamento e gerência da unidade

6- As anotações das consultas médicas em prontuários . em todas as áreas médicas , apresentam no mínimo :

- dados positivos da história da doença atual
- dados positivos do exame físico
- hipótese diagnóstica
- conduta e encaminhamentos
- identificação do profissional

e as anotações no odontograma de fichas clínicas apresentam , no mínimo "

- dentes já restaurados
- dentes cariados
- dentes extraídos
- extracções indicadas
- encaminhamentos

7- Há atendimento de enfermagem (vacinação , curativos, inalacão e aplicação de inienção) durante todo o periodo de funcionamento da unidade

8- A produtividade média dos médicos é de . no mínimo , 16 consultas por periodo nas área de pediatria e clínica médica e de 12 consultas por periodo na área de

gineco-obstetrícia .

9- Há atendimento agendados às crianças menores de 2 anos e nestes atendimentos verificam-se e registram-se , além das anotações previstas no item 6 : estado vacinal , diagnóstico nutricional , orientação alimentar e avaliação do desenvolvimento psico-motor .

10- Há atividades de planejamento familiar .

11- É feita pesquisa de sintomáticos respiratórios de forma sistemática .

12- A produtividade dos cirurgiões-dentistas é , no mínimo de 7 atendimentos por período (com ACD) e 5 atendimentos por período (CD isolado) .

13- O centro de saúde consegue estabelecer o atendimento dos hipertensos e diabéticos de forma regular (periodicidade de retorno , solicitação de exames laboratoriais , orientação dietética e sobre hábitos de vida) .

14- São realizadas ações de prevenção do câncer cervico-uterino , através da coleta de material para citologia oncológica das mulheres consideradas de risco .

15- Há atendimento pré-natal desenvolvido segundo as diretrizes da SMS e , em todas as gestantes se realiza pelo menos uma vez :

- exame clínico e ginecológico
- exame de mamas
- coleta de material para CO , se necessário
- grupo sanguíneo e fator RH , hematócrito , hemoglobina, VDRL e urina tipo I

e , em cada consulta verificam-se e registram-se

- peso
- pressão arterial
- exame obstétrico

16- A UBS implantou o SVE-2 , notifica através do SVE-1 e/ou investiga doenças de notificação compulsória .

Várias coisas podem ser ditas sobre esta planilha de avaliação. A primeira delas é que ela é um esforço para traduzir em objetivos claros, o modelo tecno-assistencial adotado no projeto em defesa da vida. Porém, mais do que um modelo de administração por objetivos, ele se transformou em um potente instrumento de comunicação entre todos os níveis da SMS, incluindo o gerente com sua equipe e desta com os usuários. Basta dizer que, se a primeira aplicação da planilha, em setembro de 1991, foi feita de maneira quase solitária pela equipe de supervisão e o gerente, na segunda aplicação, uma parte da equipe da unidade básica de saúde já participou. Porém, o grande ganho foi que, na aplicação da planilha em setembro de 1991, portanto, após um ano de implantação, já houve participação direta dos usuários, através das comissões locais de saúde. Ou seja, a planilha de alguma forma instrumentalizou, no sentido de equipar as pessoas, os "leigos" a participarem de uma forma mais orgânica no processo de gestão da unidade. Por isto, as críticas que poderiam ser feitas, com justiça, a respeito de um certo "empobrecimento" ou "redução" da realidade que a planilha faz, deveriam ser amenizadas pelo fato dela ter se tornado um instrumento de comunicação entre atores muito diferenciados e com angulações às vezes antagônicas sobre o funcionamento dos serviços de saúde.

A planilha é, sem dúvida, indutora de um determinado modelo, na medida em que a equipe problematiza "os itens" nos quais "não faz pontos". Mas, como é mostrado na sequência (seção III-B), onde é feita uma avaliação de algumas unidades, ela não cerceia o levantamento de outras questões e problemas, pela equipe de saúde e pelos usuários. A planilha, como tradução de um determinado modelo, é portadora de idéias como a integralidade da atenção, a facilitação do acesso, a resolutividade, a preocupação com a produtividade, menos por uma questão de "controle" ou "produtivismo", mas como reflexo de um olhar preocupado com a má utilização (pode-se dizer, culturalmente aceita) e desperdício dos recursos públicos. Ela também dá como pressuposto, sem um levantamento prévios muito rigoroso, um determinado perfil de morbi-mortalidade, atualmente prevalente de forma muito homogênea nas cidades médias e grandes do estado de São Paulo. Os grupos considerados de risco são aqueles que, além de uma prevalência expressiva, são vulneráveis à abordagem tecnológica disponível na rede (o que pode trazer à lembrança o CENDES/OPS com suas idéias de magnitude, transcendência e vulnerabilidade ...). Mas, com certeza, a idéia de vulnerabilidade, como o MÉTODO empregava, continua justa no sentido de que muitas mortes por câncer cérvico-uterino e de mama, de doenças cardio-vasculares, de mortalidade materna e perinatal, só para lembrar as de maior magnitude, poderiam ser evitadas com práticas razoavelmente simples e perfeitamente adequadas ao perfil tecnológico das redes de serviços básicos do setor público.

Do ponto de vista mais técnico, outros aspectos podem

ser comentados . A planilha teve que trabalhar com indicadores "factíveis" , no sentido de serem facilmente construídos a partir das informações disponíveis . Mais do que isto , foram privilegiados indicadores que trabalhassem com informação secundária , ou seja , que já é produzida normalmente na instituição . Além do mais , esta informação precisava ser colocada à disposição da equipe local de forma quase simultânea ao nível central . pois era de fundamental importância a incorporação de uma prática permanente de avaliação por parte daqueles que estão a nível dos serviços . Os itens referentes à coleta de escarro para baciloscopia e de coleta de material para citologia oncológica , tiveram avaliação prejudicada nas duas primeiras avaliações porque a SMS não dispunha ainda do denominador do indicador , ou seja , o número de primeiras consultas às mulheres com mais de 15 anos e aos adultos no ano . A comparabilidade entre as avaliações foi possível porque trabalhou-se com percentuais de alcance de um determinado número máximo de pontos ou uma "nota máxima" . Outro aspecto é que a planilha , com exceção de um item , não foi modificada no período , o que permite um grau razoável de comparabilidade dos dados .

Ainda do ponto de vista técnico , vale a pena comentar que a planilha não trabalha com ponderação ou pesos diferenciados para os vários itens . Mas poderia fazê-lo , inclusive fazendo a ponderação diferenciada **a posteriori** , por exemplo , dando peso maior para os itens referentes às atividades programáticas , ou àquelas referentes ao acesso . Optou-se por manter pesos iguais para os vários itens a partir da consideração de que é o **conjunto** deles que se aproxima de uma avaliação mais globalizante da rede , embora sempre parcial . Outro aspecto que recebeu muita atenção por parte da equipe , foi o cuidado com uma boa padronização na aplicação da planilha . A partir da segunda aplicação , a equipe de avaliação do nível central ficou reduzida a dois técnicos . Uma parte dos itens , basicamente aqueles referentes à produtividade e alguns dados de cobertura , já eram levados coletados do nível central . São os mais "objetivos" dos indicadores . Alguns , referentes a horários de funcionamento , agendamento e ofertas de alguns serviços também , são muito facilmente observáveis , inclusive , na avaliação de setembro de 1992 , com a participação direta das comissões locais de saúde . Permaneciam poucas dúvidas em relação à **qualidade do atendimento** , no sentido de se questionar , por exemplo , se boa anotação no prontuário era sinônimo de bom atendimento . A solução para isto foi a combinação da observação de prontuários , com entrevistas com o médico ou com os demais membros da equipe ou observação do próprio atendimento . Na verdade , se a equipe cometia avaliações incorretas , a orientação era de "pecar por excesso" no sentido de não tornar o instrumento desacreditado dos trabalhadores de saúde . Na medida em que a avaliação foi sendo mais rigorosa , padronizada e "democratizada" , pois funcionários e usuários começaram também a participar , com certeza a margem de erro dependente de eventual "subjetividade" de critérios do avaliador ficou reduzida .

Para concluir estas observações , é interessante dizer que a planilha se "institucionalizou" no sentido tanto de estar sendo aplicada com regularidade , como no fato de ser vista como coisa "séria" e "válida" pelos funcionários , pelos gerentes e pelas comissões locais de saúde . Na medida em que a planilha foi incorporada , de fato , á dinâmica da vida cotidiana das unidades , ela conseguiu driblar o destino deste tipo de planilha usada no setor público , que é o de se tornar um instrumento burocrático e obrigatório .

Além da planilha de avaliação , faziam parte do instrumental de planejamento , algumas planilhas que eram adaptações do ZOPP - uma técnica de elaboração de projetos a partir de objetivos - melhor comentada no capítulo IV . As adaptações feitas eram em função de experiências anteriores que mostravam que , qualquer "instrumento mais complicado" não era incorporado ao cotidiano das equipes . Pior ainda , frequentemente tornavam-se "ritos" vazios de qualquer significado , apenas mais um procedimento burocrático (entre tantos) a ser cumprido . As adaptações foram feitas com a participação dos gerentes , ao ponto dos mesmos acharem que as planilhas definidas eram **aplicáveis** na prática . Olhando o programa que foi trabalhado com os gerentes até outubro de 1991 , poderá ser visto que algumas sessões foram dedicadas a exercícios práticos de aplicação das planilhas e de formulação de projetos de ação , com respaldo dos técnicos da equipe de supervisão .

Os QUADROS XXXV e XXXVI são dois exemplos de instrumentos sugeridos para os gerentes no sentido , e apenas neste sentido , de auxiliá-los a sistematizar o trabalho . O QUADRO XXXV seria uma "árvore de problema" simplificada e já combinada com uma "árvore de resultados" . Tanto é que mostra , de uma forma sintética , a enunciação do problema , sua descrição , uma observação de suas consequências , suas explicações e já uma síntese de resultados que a equipe precisa alcançar para obter o(s) objetivo(s) proposto(s) . Esta planilha , denominada de "planilha de processamento do problema" , na verdade deveria ter um caráter mais de "memória" das discussões e propostas de trabalho do grupo . Sim , pois para cada um dos resultados que a equipe precisava alcançar , era necessário desenhar operações e demandas de operações (ou seja , demandas para o nível central da SMS) . A planilha que está no QUADRO XXXVI era uma espécie de "plano operativo" na medida em que explicitava responsáveis , prazos e avaliações do andamento das ações em que se desdobrava cada uma das operações . Além disto , era uma espécie de agenda tanto do dirigente como da equipe . Houve , portanto , um consenso , respaldado na experiência da equipe da UNICAMP que este seria o grau mínimo de exigência para haver alguma formalização do "processo de planejamento a nível local" , coisa com a qual , aliás , os gerentes locais concordavam . O que aconteceu , no correr do processo , foi o abandono ou a pouca utilização mesmo destes instrumentos extremamente simplificados . A partir do levantamento dos problemas , de

"conversar" sobre eles e de propor operações concretas para resolvê-los . a equipe melhorou sua comunicação . no sentido de "colocar-se de acordo para a ação" . mas "resistiu" quanto à formalização dos produtos desta comunicação , utilizando-se dos instrumentos propostos. Algumas vezes ou muitas vezes , gerentes que estavam conduzindo efetivamente mudanças a nível das unidades (e "medidas" através da planilha de avaliação) afirmavam para a equipe de supervisão que "o projeto estava no fundo da gaveta" ou que haviam "abandonado o planejamento". porque não estavam seguindo as planilhas , como sugerido no programa de desenvolvimento gerencial . Isto tem sido observado em outras experiência monitorizadas pelo LAPA e coloca instigantes questões sobre o grau de formalização necessário do plano , no sentido de definir qual o mínimo para se considerar que "está havendo planejamento" .

Na sequência , é apresentado o seguimento cuidadoso do desempenho de 4 gerentes . que servirá como uma espécie de avaliação dos resultados alcançados pelo programa de desenvolvimento gerencial . A eleição destes 4 gerentes entre 10 é justificada pelos seguintes motivos : primeiro , porque foram gerentes que responderam bem ao programa e segundo , porque era deles que se tinha o material mais organizado e facilmente comparável (o que , indiretamente , fala deles como bons gerentes) . **Last but not least** , entre os quatro há um cirurgião-dentista , uma enfermeira e dois médicos . Se não for por nada , servirá para negar uma tese cara à algumas entidades médicas , que advogam a exclusividade da direção dos serviços de saúde para a corporação que representam ...

Esta observação crítica dos quatro gerentes escolhidos foi feita obedecendo a uma certa padronização . Faz parte da padronização , a utilização dos mesmos instrumentos , aplicados nas mesmas datas aos serviços gerenciados por eles e por uma mesma equipe padronizada . Foram utilizadas as planilhas de avaliação aplicadas em setembro de 1991 , abril de 1992 e setembro de 1992 , para comparação do desempenho alcançado pela equipe sob responsabilidade do gerente nos vários momentos . Além disto foi feita uma análise comparativa dos projetos de ação sob responsabilidade destes gerentes e elaborados em outubro de 1991 e maio de 1992 . Conclui-se esta análise com a avaliação que os próprios gerentes fazem do programa e de seu desempenho , obtida através de questionário , cujas respostas mais expressivas estão reproduzidas neste trabalho .

UNIDADE BASICA DE SAUDE NOVO HORIZONTE

Area de abrangência : bairro Novo Horizonte . Loteamento Kobavat e Conjunto da Amizade .

População adscrita estimada : 5000 habitantes

Número de consultórios : 03 consultórios médicos

01 consultório odontológico

Equipe : 01 médico gineco-obstetra

01 médico clínico geral

01 médico pediatra

01 cirurgia-dentista

01 auxiliar de consultório dentário

02 atendentes

01 auxiliar de enfermagem

(maio de 1992)

Avaliação em setembro de 1991 : 24% do total possível

Itens em que recebeu pontos : 3 , 6 , 7 (para leitura desta e das demais avaliações , recorrer à planilha de avaliação apresentada nas páginas anteriores) .

Projeto de ação de outubro de 1991

(proposta de trabalho com os recursos existentes)

Item 3 da planilha (agendamento de consultas com dia e hora marcados)

-sistematizar agendamento por área

-definir "urgências" por áreas

-capacitar os atendentes para triagem

-reavaliar e redimensionar o sistema de agendamento quando necessário

Item 4 da planilha (comissão local de saúde)

-fazer reuniões com lideranças dos bairros para definir o cronograma para formação do conselho local de saúde

Item 5 da planilha (reuniões de equipe)

-definir cronograma para reunião de equipes ordinárias e iniciá-las .

Item 11 da planilha (pesquisa de sintomáticos respiratórios)

-solicitar BK nos suspeitos sempre que há escarro ou RX

Item 13 da planilha (atenção aos hipertensos e diabéticos)

-distribuir folheto explicativo sobre dieta alimentar para diabéticos e hipertensos

-marcar retorno periódico para diabéticos e hipertensos

Item 14 da planilha (prevenção do câncer cérvico-uterino)

-capacitar uma auxiliar de enfermagem para coleta de material para citologia oncológica

-aumentar o período de coleta em uma hora

Avaliação em abril de 1992 : 50% do total possível

Itens em que recebeu pontos : 3 , 5 , 6 , 7 , 8 , 10 , 12 , 15 .

Item "pontuado" não significa que a equipe tenha recebido a pontuação máxima igual a 5 . No processo de avaliação era prevista uma graduação de 0 a 5 , passando pelo 2.5 em função de algum avanço já apresentado pela equipe . De qualquer maneira é interessante comparar a melhora do desempenho se comparada com a avaliação feita seis meses antes e a relação com o projeto de ação elaborado pela equipe .

Projeto de ação em maio de 1992

Avaliação do que havia sido **cumprido** , das operações propostas , do projeto de ação de outubro

- implantar sistemática de agendamento com dia e hora marcados , com direcionamento para cada área (item 3)

- realizar reuniões com as lideranças do bairro (item 4)

- eleger a comissão local de saúde (item 4)

- reunir a comissão de saúde de forma sistemática e organizada (item 4)

- realizar reuniões mensais com a equipe para acompanhamento do processo de planejamento e gerência da unidade (item 5)

- manter a CLS informada e ativa quanto às resoluções das reuniões de equipe e vice-versa (item 5)

- discutir com os profissionais a necessidade de uma boa anotação das consultas em prontuários (item 6)

- estender o horário de atendimento de enfermagem para todo o período de funcionamento da unidade (item 7)

- discutir com os profissionais a exigência mínima da SMS em relação à produtividade (item 8)

- implantar controle local de produtividade e frequência para acompanhamento mais de perto dos dados (item 8)

- garantir pronto-atendimento aos menores de 2 anos de forma preferencial (item 9).

- orientar as pacientes sobre planejamento familiar , dentro da consulta médica (item 10)

- treinar , em serviço , pessoal auxiliar para coleta de escarro (item 11)

- solicitar BK para todos os casos de sintomáticos respiratórios (item 11)

- implantar controle local de produtividade e frequência para acompanhamento dos dados (item 12)

- definir sistemática de agendamento para aproveitamento máximo do recurso existente (item 12)

- identificar os prontuários dos hipertensos através de tiras (orelhas) na parte externa (item 13)

- introduzir uma ficha específica de controle e acompanhamento dos hipertensos , constando todos os dados necessários para controle (item 13)

-abrir agenda . para acompanhamento e controle dos hipertensos . com dia e horas e marcados . feito pelo pessoal auxiliar (item 13)

-realizar coleta de citologia oncológica em todas as mulheres consideradas de risco (item 14)

-garantir . o mais premente possível . o acesso das gestantes às consultas de pré-natal como o gineco-obstetra (item 15)

-tomar como norma de atendimento pré-natal as diretrizes da SMS (item 15)

-identificar os prontuários das gestantes através de tiras (orelhas) na parte externa (item 15)

-envio de SVE-1 em todos os casos de notificação compulsória (item 16)

-notificação dos casos de complicação vacinal (item 16)

Algumas coisas chamam atenção ao se analisar . criticamente . o desempenho deste gerente . A primeira é o quanto o que foi realmente feito superou (e de muito) o projeto de ação inicial . de outubro de 1991 . Ou seja . o gerente cresceu neste período . explorou novas possibilidades de intervenção sem aportes de novos recursos ! Entre o primeiro projeto de ação e avaliação de abril de 1992 (quando a unidade passou de 21% do total para 50% do total da pontuação possível) não houve contratação de pessoal . No caso específico deste gerente não houve nenhum tipo de investimento mais (reforma ou ampliação ou aquisição de equipamento) . Ou seja . este gerente apesar de novo na rede . sem formação nenhuma enquanto "administrador" ou "sanitarista" . conseguiu estabelecer um programa de trabalho e interferir positivamente na vida da unidade . elevando . pelos indicadores utilizados . o padrão de atendimento prestado à população . Chama a atenção como ele aponta . como operação desenvolvida . a criação de informação local . para ser utilizada no processo gerencial . Na verdade . uma análise mais rigorosa das operações realizadas . enquanto categorias linguísticas . revelaria problemas . Basicamente a confusão entre operações (que em geral são formuladas com verbos de ação) e algumas recomendações (que são mais genéricas e não estão traduzidas em ações concretas) . Só se chama a atenção para este fato por ser uma característica comum a todos os gerentes e por isto necessita uma exploração mais cuidadosa . Continuando a observação deste gerente . mais uma coisa interessante pode ser observada : o projeto de ação que está sendo examinado (o segundo . elaborado em maio de 1992) traz poucas operações novas . se mantidos os recursos atuais . Por isto mesmo é um projeto de ação cheio de "demandas de operações" . ou seja . solicitações para o nível central da SMS . Ou seja . quase como se dissesse "já fiz a minha parte . agora . para melhorar mais preciso de novos aportes de recursos" . De fato . no projeto de ação aparecem as seguintes demandas de operação :

-contratação de 3 médicos em 20 horas semanais . 2 auxiliares de enfermagem . 1 atendente . 1 enfermeira . 1 segurança .

-aquisição de pínar (para eventuais falta de energia elétrica) e arquivos .

-treinamento de pessoal auxiliar em vários assuntos (coleta de material para citologia oncológica e para desenvolvimento de ações de proteção à saúde da criança)

-garantir material para o planejamento familiar , de modo que não falte na unidade .

-introduzir glico-fita na rotina de acompanhamento dos diabéticos

-repassar os dados de vigilância epidemiológica para as unidades , mesmo fora da área de abrangência da unidade .

-enviar , de modo regular , os medicamentos dos hipertensos e diabéticos , de modo que seja possível manter o estoque de medicamento usuais .

-introduzir medicação alternativa para os casos de intolerância individual ou contra-indicações dos medicamentos padronizados .

Estas demandas de operações são indicativas de algumas questões que merecem atenção . As primeiras demandas listadas são aquelas mais tradicionais , que aparecem em qualquer "planejamento" . Basta lembrar a programação e orçamentação integrada (POI) do antigo INAMPS e depois adaptada pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo , para elaboração dos planos diretores , nos vários níveis do SUDS . "Planejar", naquele modelo , é , resumidamente , estabelecer metas físicas e demandar recursos de investimento e custeio para alcançá-las. . Neste caso que estamos estudando , está demonstrado que é possível ir mais longe em termos gerenciais. O gerente começa a se colocar como sujeito da elaboração da política mais global da Secretaria , ao apontar falhas e deficiências no suprimento de medicamentos e materiais , ao sugerir flexibilização na padronização , ao indicar a necessidade de incorporação de novas tecnologias compatíveis com a complexidade da rede básica e ao sugerir que os gerentes tenham informações referentes à população além da área de abrangência da unidade . O desafio , nesta etapa , é a percepção da emergência de novos formuladores no interior da instituição e a viabilização de novos arranjos institucionais que sejam continentes aos mesmos . Mesmo porque , com a participação , ainda que incipiente dos usuários , novas demandas são colocadas , extrapolando os limites da planilha de avaliação . Basta ver que a comissão local de saúde da UBS de Novo Horizonte , problematizou , quando da elaboração do projeto de ação de maio de 1992 os seguintes problemas , em conjunto com a equipe local , todos eles fora do roteiro da planilha :

-as mulheres apresentam problemas "culturais" na utilização dos serviços de ginecologia

-falta de saneamento básico

-falta de pessoal auxiliar e de apoio

-falta de ambulância

-dificuldade de "conseguir" consulta com o pediatra

-atenção secundária e terciária deficientes e ineficientes

-acesso para tratamento odontológico especializado muito

dificultado

Como pode ser visto . uma vez abertos canais para os usuários . a problematização remete para questões do SUS como um todo . em todos os seus níveis e passa a exigir novas articulações institucionais para fazer frente . com alguma competência . à estas demandas .

Avaliação de setembro de 1992 : 82 % do total possível.

Itens em que recebeu pontos : 2 , 3 , 4 , 5 , 6 , 7 , 8 , 9 , 10 , 12 , 13 , 15 e 16 .

Ou seja . este gerente recebeu pontuação em todos os itens avaliados . com exceção do item 1 que dependia . exclusivamente . do nível central (ampliação da equipe e/ou da unidade) . Os itens 11 e 14 previstos inicialmente na planilha de avaliação não puderam ser avaliados em nenhuma das avaliações por problemas de indisponibilidade de dados para o denominador do indicador (número de primeiras consultas . que só agora está sendo trabalhado pelo sistema de informação da SMS) .

Para encerrar esta avaliação da unidade básica de saúde Novo Horizonte . transcrevem-se algumas das respostas do seu gerente ao questionário de avaliação que foi utilizado com os gerentes para avaliar o Programa de Desenvolvimento Gerencial (PDG) do qual eles participaram . de forma contínua . de maio de 1991 a agosto de 1992 .

Perguntado se o PDG havia modificado seu desempenho como gerente afirmou que *"modificou , principalmente no que diz respeito à capacidade de abstração adquirida através da dinâmica e da metodologia usadas no PDG . Além disto , os desempenhos profissional e pessoal , também apresentaram avanços devido , fundamentalmente , ao fato do PDG ter sido desenvolvido em serviço , proporcionando-me a aplicação direta de técnicas e a possibilidade de intervir efetivamente sobre a realidade que tentávamos transformar a nível local . Portanto , hoje , sou uma pessoa que tem plenas condições de detectar , analisar , modificar e avaliar situações e problemas"*.

Sobre o conselho de gerentes afirma que *" a única mudança que acho que o conselho deve sofrer é a evolução cada vez maior para um caráter realmente deliberativo e representativo "* . Esta questão do caráter "realmente deliberativo" do conselho esteve presente desde o início da sua implantação e traduzia a expectativa (ou a incerteza) da superação efetiva entre o "nós" e "eles" . O "eles" . no caso . o colegiado de governo ("o nível central") . Esta separação foi sendo superada (dentro dos limites em que é possível ser superada) . à medida em que o conselho . na prática . começou a deliberar sobre questões que diziam respeito tanto ao seu cotidiano . com sobre questões mais amplas do sistema .

Em relação à planilha de avaliação tem a opinião de que "como a planilha é um instrumento que mede objetivos dinâmicos, deve também apresentar este caráter dinâmico. Até o patamar que conseguimos atingir hoje, a atual planilha ainda contempla, mas já começam a surgir, a partir de agora, fatos novos, tornando a planilha incompleta. Partindo desta observação, posso afirmar com tranquilidade, que a planilha de avaliação por nós utilizada foi muito bem dimensionada para o tempo que tínhamos para atingi-la". O gerente formula claramente a sua compreensão do caráter "precário" ou provisório da planilha e que, uma vez atingido certo patamar mínimo, novas questões precisam ser trabalhadas e incorporadas à planilha. Basta ver que a equipe coordenada por este gerente passa de 21% para 82% do total possível da pontuação que delineia um **padrão mínimo** de funcionamento de uma unidade básica de saúde de uma rede pública que trabalha em defesa da vida. Tanto é que o projeto de ação desta unidade, elaborado em maio de 1992, já incorpora questões não colocadas pela planilha e apontadas pela população.

UNIDADE BASICA DE SAUDE DE SANTA TEREZINHA

Area de abrangência : bairro Santa Terezinha , V.Bessy , IAA , Jardim Taiguara , Vila Industrial , Jardim Castor , Melotto , UCD .

População adscrita estimada : 22.000 habitantes

Equipe : 6 médicos , incluída a gerente (pediatra)
2 dentistas
5 auxiliares de enfermagem
1 técnica de enfermagem
2 atendentes
2 estagiárias de nutrição
9 estagiárias de Psicologia Clínica

(em maio de 1992)

Avaliação da unidade em setembro de 1992 : 24% do total possível

Itens da planilha em que fez pontos : 3 , 6 , 7 , 13 .

No projeto de ação de outubro de 1991 , eram propostas as seguintes operações :

-Em relação ao item 4 (comissão local de saúde)
-eleger o conselho local de saúde

Em relação ao item 5 (reuniões de equipe)
-reunir com a equipe local a cada 30 dias
-registrar em livro ata

Em relação ao item 6 (qualidade dos prontuários)
-discutir com os médicos da unidade para preenchimento correto dos prontuários

Em relação ao item 8 (a produtividade)
-discutir com a equipe local sobre a produtividade mínima de cada profissional e consequente agendamento adequado

Em relação ao item 9 (atendimento aos menores de dois anos)
-capacitar e treinar o pessoal auxiliar para a atenção à criança
-redefinir a utilização da sala da pré-consulta
-captar precocemente os recém-nascidos através das gestantes
-individualizar o seguimento do programa da criança
-garantir o atendimento dos recém-nascidos

Em relação ao item 10 (planejamento familiar)
-capacitar pessoal auxiliar
-oferecimento de métodos de planejamento familiar pela ginecologista
-participação do conselho local de saúde na discussão e

divulgação do planejamento familiar

Em relação ao item 11 (pesquisa de sintomáticos respiratórios)

-realização adequada de pesquisa de sintomáticos respiratórios por todos os profissionais da unidade

Em relação ao item 12 (produtividade dos dentistas)

-discussão com cirurgiões dentistas para que se realizem mais tratamentos odontológicos na unidade

Em relação ao item 14 (prevenção do câncer cérvico-uterino)

-envolvimento ativo do clínico geral e demais funcionários na orientação para coleta de CO

-participação do conselho local na discussão e divulgação das ações de prevenção do câncer de colo cérvico-uterino

Em relação ao item 15 (pre-natal)

-discussão com a ginecologista para o correto preenchimento dos prontuários de pré-natal

O projeto de ação acima apresenta , como já mostrado nos projetos do gerente anterior (e aparecerá nos trabalhos dos demais) , existe a dificuldade de expressar corretamente , do ponto de vista de categoria linguística , o que é uma operação . Por exemplo "realização adequada de pesquisa de sintomáticos respiratórios ..." é de fato uma recomendação e não uma operação no sentido de ser expresso por um verbo de ação como "implantar a coleta sistemática de escarro dos sintomáticos respiratórios que comparecem ao centro de saúde". Esta operação deve , necessariamente , ser desdobrada em ações do tipo : treinar o pessoal auxiliar na coleta , solicitar potes e outros materiais necessários para a coleta , sistematizar o acondicionamento do material colhido etc . Para cada uma destas ações é possível estabelecer um prazo e um responsável e fazer o acompanhamento adequado . Esta dificuldade será melhor explorada no correr do trabalho , inclusive na perspectiva de verificar se compromete ou não a qualidade do plano e como pode (e tem sido) contornada.

Avaliação da unidade em abril de 1992 : 48.5% do total possível .

Itens nos quais recebeu pontuação : 3 , 4 , 5 , 7 , 10 , 12 , 13 , 16 .

No projeto de ação de maio de 1992 , a gerente avaliava como cumpridas as seguintes operações:

-não restrição do número de consultas a 15 por período (item 3)

-população orientada sobre o agendamento (item 3)

-cartões de agendamento utilizados em todos os serviços da unidade (item 3)

- organizado o atendimento ao público na portaria (item 3)
- divulgada a CLS (item 4)
- eleita a CLS (item 4)
- estabelecidas as reuniões ordinárias da CLS (item 4)
- registradas em livro-ata as reuniões realizadas (item 5)
- médicos conscientizados de constar dados mínimos no prontuário (item 6)
- individualizados os seguimentos das atividades do programa da criança (item 9)
- discutido o modelo assistencial no conjunto da equipe (item 9)
- garantido o atendimento (sem repressão de demanda) ao menor de 40 dias (item 9)
- planejamento familiar realizado em consulta médica , utilizando-se todos os métodos anti-concepcionais (item 10)
- orientadas as gestantes sobre planejamento familiar me reuniões de grupo (item 10)
- treinada a equipe de enfermagem para planejamento familiar (item 10)
- conscientizados os dentistas sobre a necessidade de se valorizar os tratamentos especializados (item 12)
- implantado o programa para atendimento de hipertensos e diabéticos (item 13)
- solicitada coleta de CO a todas as mulheres consideradas de risco , com participação ativa dos clínicos gerais (item 14)
- discutido o modelo assistencial no conjunto da equipe (item 15)
- Médico ginecologista conscientizado da necessidade de constar dados mínimos no prontuário (item 15)
- mapeada a região em relação aos índices de verminose (item 16)
- realizada mini-campanha de vacinação na UCP (item 16)
- faltosos vacinais e recém-nascidos chamados para comparecimento ao posto , através de aerogramas (item 16)

Estes são os resultados do trabalho planejado de uma gerente , após um ano do programa de desenvolvimento gerencial . Chama a atenção , a abrangência dos itens da planilha que foram trabalhados , inclusive aspectos como o controle da verminose não previsto na mesma . A maneira como certos resultados são enunciados , por exemplo "médico ginecologista conscientizado..." , deveriam ser formulados por "realizadas reuniões para discussão com o ginecologista da importância dos dados no prontuário " ou "estabelecida sistemática de revisão dos prontuários do ginecologista , com a participação do mesmo". De qualquer forma , se comparados com o projeto de ação de outubro de 1991 , os resultados obtidos vão além do que a gerente se propôs a fazer naquela oportunidade . A melhora da pontuação da unidade também revela uma melhoria do desempenho gerencial . No projeto de ação de maio de 1992 , portanto logo após a segunda avaliação, a gerente listou tanto os problemas relacionados com a planilha , como aqueles que não guardavam uma relação com a mesma .

Problemas relacionados aos itens da planilha :

- Não realização do programa da criança
- realizado planejamento familiar apenas a nível da consulta médica e de grupo de gestantes
- prontuários médicos incompletos
- a UBS não oferece atendimento médico em 3 turnos
- a UBS não funciona até às 22 hs.
- equipamento odontológico constantemente quebrado
- atendimento aos diabéticos e hipertensos prejudicado pela ausência de medicação para ser fornecida
- atendimento aos diabéticos prejudicado por falta de credenciamento laboratorial para a realização de Hb glicosilada e ausência de fornecimento de glicofita
- atendimento de hipertensos prejudicado por falta de credenciamento laboratorial para realização colesterol fracionado
- vigilância epidemiológica prejudicada por não haver repasse de informação

Problemas não relacionados aos itens da planilha

- prédio em péssimas condições
- falta de hora-médica GO para verificação de resultados de CO *
- dificuldade de envolvimento da população nas atividades de saúde
- alto índice de verminose em áreas que apresentam saneamento básico *
- grande evasão escolar de adolescente *
- falta de creche nas regiões mais carentes *
- não existência de tratamento de prótese e ortodontia na rede pública .
- dificuldade de agendamento para tratamento especializado
- ausência de regularidades nas contra-referências
- falta de orientação adequada em hábitos alimentares *
- falta de atendimento odontológico suficiente *
- hábitos alimentares incorretos
- não cumprimento adequado do contrato de trabalho pela firma contratada para limpeza da unidade
- faxineiro sem treinamento adequado
- grande número de faltosos no arquivo de vacina .

Aqui a gerente não se prende à planilha de avaliação como fonte de problemas . embora . alguns itens da segunda lista guardem relação com a planilha . Os problemas assinalados com o asterisco (*) foram levantados pela comissão local de saúde . Ou seja . no projeto de ação de maio de 1992 . o gerente se desprende da planilha enquanto delimitadora do espaço ou temas problematizáveis e amplia . com a participação dos usuários . o universo de problemas a serem enfrentados . As operações propostas enfatizam a conquista da adesão dos médicos para o modelo de qualidade proposto (o que contradiz os resultados já comentados do tipo "médico conscientizado...") e revelam uma preocupação com o envolvimento da população com o trabalho no centro de

saúde. Além disto , a gerente faz uma série de demandas de operações , relacionadas com a contratação de pessoal e a realização de convênios para garantir a realização de exames que o setor público não produz e que são importantes para a qualidade e a resolutividade do trabalho . Isto confirma a sensação de que os gerentes estavam conseguindo um desempenho máximo com os recursos existentes e que . o aporte de mais recursos humanos e uma melhor política de manutenção e abastecimento passaram a ser colocadas como condições para mais avanços .

Avaliação da unidade em setembro de 1992 : 78.5%

Itens nos quais recebeu pontuação : 3 , 4 , 5 , 6 , 7 , 9 , 10 , 12 , 13 , 15 , 16 .

A gerente fez o total dos 5 pontos possíveis em todos os itens em que foi pontuada . Os itens 1 e 2 dependiam exclusivamente , de contratação de pessoal pelo nível superior . Os itens 11 e 14 não foram avaliados por falta de informação disponível .

Respondendo ao questionário de avaliação de sua participação no PDG , a gerente ressalta que esta participação foi positiva , mas afirma que o principal problema que enfrenta , como gerente , é a **"falta de resposta do nível central às demandas do programa"** . Esta fala sintetiza uma certa visão predominante entre os gerentes , superada em parte com o andamento do PDG , de que o nível central estimulava-os para mudar e implementar um modelo assistencial mais arrojado , mas ao mesmo tempo não conseguia agilizar o apoio necessário , principalmente no que se refere à manutenção , suprimento e retaguarda de nível secundário e terciário pelo SUS (exames complementares de diagnóstico , consultas especializadas e internações) . Tanto é que ela também afirma que a sua maior dificuldade como gerente é **"trabalhar com falta de recursos humanos e materiais necessários para suprir a necessidade da demanda"** . A constituição do conselho de gerentes foi o espaço para que estas questões fossem melhor trabalhadas , tanto no sentido de compartilhar com os gerentes as dificuldades reais vividas pela direção , como buscar , coletivamente , saídas para os problemas .

Em relação à planilha de avaliação a sua opinião é de que a mesma foi **"adequada para a época em que foi formulada e, hoje , já superada , necessitando aprimoramentos para avaliação da qualidade"** . Aqui há concordância com o gerente da outra unidade no sentido de que a planilha foi adequada para um determinado momento , mas que agora necessitaria de "aprimoramentos" . De fato , a unidade coordenada por esta gerente já alcançou , na última avaliação , praticamente 80% do **padrão mínimo** esperado para uma unidade básica . As equipes apontavam para a necessidade da mudança para melhor...

UNIDADE BASICA DE SAUDE DE VILA SONIA

Area de abrangência : Vila Sônia , Parque Bela Vista , Boa Esperança , Javari I , II e III , Jardim São Luiz , Parque Orlando I , II e III , Jardim Maria Claudia , Jardim três Marias , Jardim Maria Helena , Jardim dos antúrios , Jardim Diana

População adscrita estimada : 65.000 habitantes

Equipe : 02 pediatras
02 ginecologistas
02 clínicos (incluindo o gerente)
02 plantonistas , em dias alternados , para cobrir o terceiro turno (18:00 às 22:00 hs)
01 cirurgia-dentista
03 atendentes
07 auxiliares de enfermagem
(em maio de 1992)

Avaliação em setembro de 1991 : 7% do total possível

Item no qual recebeu pontuação: 2 .

Para se ter uma idéia da distância entre a rede real e a rede ideal , esta unidade , como outras que não estão sendo analisadas especificamente neste relato , era pontuada em apenas um item de um conjunto de 16 que desenhavam o padrão mínimo de funcionamento da rede básica . Uma das unidades recebeu pontuação zero , ou seja , ela não tinha nada a ver com determinado modelo tecno-assistencial que fazia parte do projeto "em defesa da vida" .

No projeto de ação de outubro de 1991 , o gerente se propunha a desenvolver as seguintes operações , apenas com os recursos de que dispunha naquele momento :

Para enfrentar o item 3 (agendamento com dia e hora marcados)

- conscientizar os profissionais
- definir e distribuir o horário para realização das ações programáticas
- orientar a população
- informar o conselho local de saúde o porque do agendamento com hora marcada e importância

Observação : com as operações referentes ao item 3 haverá melhora também nas anotações necessárias e importantes nos prontuários , no item 6 da planilha (qualidade do prontuário)

Para enfrentar o item 5 (reuniões de equipe)

- estipular mensalmente , dia e horário para reunião
- não agendar consultas no dia da reunião
- esclarecer a população da importância das reuniões ,

com a colaboração da CLS

Para enfrentar o item 13 (atenção aos hipertensos e diabéticos)

- implantar o sistema de agendamento
- separar prontuários por ação programática
- conscientizar o médico da importância do procedimento
- formar grupos de risco . para orientação coletiva . incluindo na ação a estipulação dos dias e horas marcados para reuniões .

Observação : com as operações inerentes ao item 13 haverá melhora também na ação programática com crianças menores de 2 anos (item 9 da planilha)

O que chama a atenção no projeto de ação deste gerente é que , nas **observações** que vai fazendo , ele está chamando a atenção para o caráter sinérgico das operações propostas . o que é uma coisa totalmente confirmada nestas experiências . Uma espécie de "síndrome da reforma da casa" , ou seja , a gente começa a mexer em uma coisa e logo a outra nos parece velha e precisa também ser reformada e assim por diante . Como já foi alertado anteriormente , a avaliação do que foi feito no projeto de ação seguinte , revela que os gerentes sempre fizeram "a mais" do que foi inicialmente pensado ou proposto .

Avaliação em abril de 1992 : 50% do total possível de pontos .

Itens nos quais fez pontos : 1 , 2 , 3, 4, 7 , 12 e 13 .

Este gerente , que faz com que sua unidade "pulsasse" de 7% para 50% do total possível de pontuação , sem aporte de novos recursos , descreve assim , no projeto de ação de maio de 1992 , o que havia feito desde o primeiro projeto de ação.

-Agendamento com dia e hora marcados para atividades de seguimento programático . para buscar resultados de exames e para os casos que precisam de consulta mas que não são de pronto atendimento (item 3)

-votado a comissão local de saúde (item 4)

-reunião mensal com a CLS (item 4)

-reunião com a equipe de funcionários , registrada em ata (item 5)

-não permitir jamais a repressão de demanda (item 8)

-separado o arquivo dos prontuários (item 9)

-individualizados os prontuários (item 9)

-providenciado o cartão de matrícula (item 9)

-realizada reunião com os funcionários da unidade para informar quanto à pesquisa de sintomáticos respiratórios (item 11)

-separado o arquivo dos prontuários (item 13)

-individualizados os prontuários (item 13)

-providenciado o cartão matrícula no programa e retornos (item 13)

- reunião com os ginecologista para discutir os procedimentos (item 14)
- estimular as auxiliares de enfermagem para executar os procedimentos (item 14)
- atendimento pré-natal desenvolvido de acordo com as diretrizes , mas com falhas nas anotações (item 15)
- encaminhamento de impressos das notificações de doenças de notificação compulsória (item 16)

No projeto de ação de maio de 1992 o gerente listou os seguintes problemas que deveriam ser enfrentados:

Lista de problema relacionados à planilha de avaliação

- Não são anotados todos o itens mínimos nos prontuários médicos .
- não há atividade programática em planejamento familiar
- não há atendimento pré-natal desenvolvido inteiramente segundo as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde

Lista de outros problemas não relacionados à planilha

- falta ambulância durante todo o expediente de atendimento da unidade básica de saúde
- a remoção de funcionário da unidade para substituir em outra unidade sem consulta e aprovação prévia da Comissão Local de Saúde
- há falta de 4 horas diárias para completar o período integral no serviço de saúde bucal .

Para enfrentar estes problemas , ele propõe uma série de operações que estão ao seu alcance e demanda uma série de outras , principalmente a ampliação do quadro de pessoal .

Novas operações que ele se propõe a desenvolver , mesmo com os recursos atuais :

- conscientização médica quanto à importância das anotações mínimas nos prontuários
- reunião e contínuo treinamento da enfermagem com o pediatra que deverá estar sempre supervisionando o serviço
- reunir com o ginecologista para definir normas e condutas
- informar a população da existência do programa , oferecendo serviços
- conscientização dos profissionais da área quanto à importância das anotações mínimas nos prontuários na questão do pré-natal
- realização de reunião com a equipe de funcionários para a participação de todos na investigação de casos de moléstia transmissível

Neste projeto de ação aparecem , além das demandas por mais pessoal , as seguintes que merecem destaque :

- melhora do salário do médico e implantação do controle mecânico do horário
- implantação do atendimento para-médico , pela enfermagem , através de cursos e reciclagens
- resolver a hipertrofia de pronto-atendimento com a

implantação da unidade mista

- definir fonte de observação para análise da planilha
- providenciar glicosímetro
- providenciar eletrocardiôgrafo
- aprimoramento dos programas
- enviar a contra-referência com a evolução do caso

Este último projeto de ação deste gerente é revelador de pelo menos duas coisas interessantes e que merecem ser comentadas . A primeira delas é que , se bem observadas , praticamente todas as operações que ele se propõe a desenvolver falam da **comunicação** tanto com os médicos , como com a equipe e com os usuários do serviço . Os verbos utilizados denotam uma determinada intenção de "conscientizar" , "sentar para conversar" , "definir normas em conjunto" . Como se o gerente incorporasse às suas atribuições , e , no caso , aparece como a atribuição mais destacada , a dimensão comunicacional , no sentido desenvolvido por alguns autores e que será discutido neste trabalho . O gerente passa a ser o articulador . Ele deixa de ser médico "típico" mas passa a ser gerente , que é "outra coisa" . É aquele que conversa com toda a equipe . Que tem que viabilizar formas e canais para o usuário participar na gestão do serviço . Que se transforma no condutor de um projeto de mudança a nível local . O outro aspecto que pode ser comentado é que ele agora , também como gerente , formula necessidades vinculadas à outras dimensões que vão além do nível local . Ele está cobrando uma contra-referência melhor , está cobrando a incorporação de tecnologia e até "fontes de observação da planilha" . O gerente agora tem uma necessidade nova : a informação disponível e perto dele , para que ele próprio possa acompanhar , junto com a equipe e a CLS , o desempenho da unidade de saúde .

Avaliação em setembro de 1992 : 82% do total possível de pontos .

Itens nos quais recebeu pontuação : 1 , 2 , 3 , 4 , 5 , 6 , 7 , 8 , 9 , 10 , 12 , 13 , 15 e 16 .

Este gerente , que conseguiu conduzir um processo importante de mudança a nível de sua equipe , traduzido em uma melhoria do atendimento prestado à população , clínico de formação e sem nenhuma especialização na área de saúde pública ou de administração de serviços respondeu assim a pergunta que questionava se e em que aspectos o PDG havia modificado seu desempenho gerencial . **"Modificou . De médico consultante passei a ter desempenho administrativo , interferindo na organização e controle interno da Unidade Básica de Saúde"** . Além da melhoria "objetivamente medida" do desempenho dos gerentes que participaram do PDG , há uma formulação explicitada por vários gerentes , e sintetizada em particular na fala deste , de que "passaram de médico consultante a ter desempenho administrativo" . Há um (auto)reconhecimento , com o desenrolar do PDG , do papel diferenciado que um gerente tem , que o diferencia do médico consultante , embora ele ainda consulte . Este "papel de

gerente". longe de ser um conjunto de atribuições previamente estabelecidas , são incorporadas pelo gerente no próprio processo de gerenciar . O PDG , mais do de "instrumentalizar" o gerente para o desempenho de suas funções , proporcionou o espaço para a definição e o reconhecimento destas atribuições e a reflexão para o seu (auto) reconhecimento enquanto gerente .

Como problemas vividos na função de gerente ele aponta para o fato de que *"A Secretaria Municipal de Saúde , por mais que tenha se esforçado , não descentralizou totalmente o poder , isto é , não delegou aos gerentes autonomia nas tomadas de decisões quanto a funcionários e médicos da rede , exigindo a passagem do problema para si e esta mostrando morosidade nas deliberações"* . Como uma das soluções para isto ele propõe que *"o conselho de gerentes deveria ser mudado , havendo uma maior participação de todos os gerentes na montagem dos programas e demais itens da planilha de avaliação para se poder ter uniformidade na ação ; no caso de transferência de funcionários ou médicos de uma unidade para outra , estes não se sentirem perdidos na continuidade das ações"* . Na verdade , esta primeira versão da planilha , já em sua terceira aplicação , foi montada com a participação direta dos gerentes . A sua continuidade , até a última aplicação , também foi definida com eles . De qualquer forma, até por sua concepção e objetivos , a planilha tem que ser necessariamente um "acordo" entre avaliadores e avaliados . Como será melhor discutido no item "institucionalização do projeto" , os "avaliadores" foram sendo ampliados , no sentido de que , além do nível central , os usuários também passaram a avaliar . Portanto , o acordo do que deve ser objeto de mudanças (e portanto de avaliação) deve ser pensado não só a nível do conselho de gerentes , mas ampliado até as comissões locais de saúde .

Como pontos negativos do projeto e maior dificuldade para o seu trabalho como gerente ele aponta *"a não adesão dos funcionários médicos ao projeto gerencial da unidade devido à formulação neo-liberalista (sic) da categoria"* .

UNIDADE BASICA DE SAUDE DE VILA CRISTINA

Area de abrangência : Vila Cristina , Jardim Camargo , Jardim Glória , Jardim Monte Cristo , Jardim Monte Branco , Jardim Ibirapuera , Jardim São Carlos , Jardim Borguesi , Jardim Nova Paulista , Itapuã , Tatuapé II e III .

População adscrita estimada : 22.000 habitantes

Equipe :

- 02 clínicos
- 01 pediatra
- 01 Gineco-obstetra
- 01 enfermeira (gerente)
- 02 auxiliares de enfermagem
- 02 escriturários
- 02 técnicos de enfermagem

01 servente
(em maio de 1992)

Avaliação em setembro de 1991 : 17% do total
Itens nos quais fez pontos : 3 , 5 , 16 .

No projeto de ação feito em outubro de 1991 , a gerente definia as seguintes operações , contando com os recursos de que dispunha naquele momento .

Para trabalhar o item 6 da planilha (qualidade dos prontuários)

- informar aos médicos o modelo de atendimento
- sistematizar um controle das anotações do prontuário

Para trabalhar o item 13 da planilha (atenção aos hipertensos e diabéticos)

- listar os pacientes hipertensos e diabéticos
- sistematizar a assistência e controle dos diabéticos
- sistematizar rotinas de grupo para os hipertensos e diabéticos
- divulgar junto ao usuário e funcionário o programa de atendimento aos hipertensos e diabéticos

Para trabalhar o item 14 da planilha (prevenção do câncer cérvico-uterino)

- incentivar todas as mulheres que passarem na UBS para agendamento da coleta de C.O
- colher na própria consulta ginecológica o exame preventivo , quando necessário
- motivar a equipe local quanto à importância das ações preventivas bem como conhecimentos básicos em GO
- treinar pessoal para coleta de CO

Para trabalhar o item 3 da planilha (agendamento com dia e hora marcados)

- agendar consultas médicas para o final do período do médico .
- implantar consulta com hora marcada para pediatra e ginecologista

Para trabalhar o item 5 da planilha (reuniões da equipe)

- realizar periodicamente reuniões com a equipe
- registrar em ata

Para trabalhar o item 7 da planilha (atendimento de enfermagem em todos os turnos)

- rever escala de funcionário
- instituir consulta médica com dia e hora marcados

O projeto de ação acima denota uma dificuldade dos gerentes de formularem operações que tenham um enunciado abrangente e portanto suficiente para englobar um conjunto

grande de ações que deverão ser desenvolvidas . Por exemplo, todas as "operações" pensadas para trabalhar o item 14 da planilha poderiam ser enunciadas como "implantar a coleta de material para citologia oncológica" . As "operações" que a gerente anuncia , na verdade são ações desta operação . Não que isto resulte em um comprometimento da qualidade da intervenção , mas pode haver uma perda no rigor da qualidade do acompanhamento. O planejamento é comunicação entre os homens e , como tal , quanto mais precisa esta comunicação , melhor é o planejamento .

Avaliação em abril de 1992 : 46% do total possível dos pontos .

Itens nos quais houve pontuação : 3 , 5 , 6 , 7 , 9 , 10 e 16 .

No projeto de ação que a gerente fez em maio de 1992 , apresentou o seguinte balanço do que havia sido desenvolvido desde setembro de 1991 :

- esquematisadas 4 consultas/hora para clínico e pediatra e 3 consultas/hora para gineco . além de urgências e "eventuais" reservadas para cada período (item 3)
- feitos convites e orientações sobre a CLS (item 4)
- intensificado trabalho junto às mães da creche , centros comunitário e no próprio posto (item 4)
- realizadas 5 assembléias e 3 reuniões nos bairros (item 4)
- reunida a equipe local para conhecimento e interação dos problemas gerais e aplicação da planilha (item 5)
- reunida a equipe médica com a equipe de supervisão para falar da importância das anotações nos prontuários (item 6)
- feito carimbo para destaque do prontuário (item 6)
- feita escala de funcionários que prioriza o serviço (item 7)
- instituída consulta com dia e hora marcados (item 7)
- agendada consulta com dia e hora marcados (item 8)
- agilizados os encaminhamentos dentro da unidade (item 8)
- levantadas as crianças menores de 2 anos atendidas no posto e feito estatística dos desnutridos (item 9)
- treinada equipe local quanto ao atendimento prioritário aos menores de 2 anos (item 9)
- agendadas as consultas e atendimentos de enfermagem de forma esquematizada (item 9)
- utilizados métodos contraceptivos e de planejamento em consultas médicas (item 10)
- treinados médicos e pessoal da enfermagem na busca de sintomáticos (item 11)
- incentivada a busca de sintomáticos no período da campanha da febre amarela (item 11)
- listados os pacientes hipertensos e diabéticos e identificados os prontuários (item 13)
- divulgado o início dos trabalhos (item 13)
- implantada rotina de solicitação de exames e de retorno para controle (item 13)

- motivada a equipe local em CO (item 14)
- incentivadas as mulheres para a coleta do material para CO (item 14)
- implantada atividade de coleta pela médica (item 14)
- enfermeira treinada para coleta de CO (item 14)
- garantido retorno de gestantes mensalmente e controle no final da gestação (item 15)
- pedidos todos os exames pré-natais (item 15)
- realizadas todas as orientações da SMS (item 15)
- orientada equipe local quanto às doenças de notificação compulsória (item 16)
- implantado o livro registro das notificações das doenças (item 16)
- feito treinamento de tb (item 16)
- colocados cartazes nos ônibus e no posto sobre a importância da vacinação (item "17")
- levantados todos os faltosos do fichário (item "17")

Este momento de avaliação das operações já realizadas pela equipe , é uma verdadeira prestação de contas do trabalho do gerente . Esta "prestação de contas" , juntamente com a pontuação obtida na planilha , podem ser considerados como critérios para avaliação de desempenho pelo nível central da SMS . Esta gerente , inclusive , presta conta de operações desenvolvidas tendo em vista o item "17" , colocado entre aspas exatamente por não constar da planilha de avaliação . Ou seja , todos os gerentes , de uma forma ou de outra , em função de sua formação e das características da unidade que gerencia , sentem necessidade de ir "além" da planilha .

No projeto de ação de maio de 1992 são levantados os seguintes "problemas relacionados ao modelo tecno-assistencial/planilha de avaliação" :

- comissão local de saúde : desinteresse da população na formação da comissão e líderes comunitários em conflito entre eles
- a atenção aos menores de 2 anos está prejudicada devido à falta de pediatra e auxiliares , de forma que o atendimento fica mais voltado para o pronto-atendimento
- falta de adesão (?) ou de clientela (?) para a pesquisa de sintomáticos respiratórios
- irregularidade e ausência de medicamentos hipotensores e antidiabéticos para efetivo acompanhamento de hipertensos e diabéticos
- as campanhas de vacinação acarretam sobrecarga dos serviços de rotina e a própria qualidade da vacina
- falta de funcionários

Entre outros problemas , não relacionados com a planilha , a gerente aponta :

- a necessidade do cliente ter que ir ao laboratório buscar os resultados
- falta de normas , carimbos e estagiários de farmácia para criar alternativas na distribuição dos medicamentos
- verba de despesa miuda insuficiente

- despreparo do pessoal auxiliar em imunização
- telefone com defeito constantemente
- falta de clareza na clientela da unidade . incluindo as crianças que pertencem a um posto de saúde e frequentam creche de outro bairro
- "tumulto" causado pelas últimas campanhas de vacinação
- falta de planejamento na quantidade e distribuição de vacinas de rotina
- irregularidade dos medicamentos de rotina
- dificuldade em conseguir ambulância para transporte urgente
- balcões de atendimento muito altos . causando doença ocupacional nos funcionários .

O gerente . ao problematizar . está falando das restrições que estão presentes no seu dia a dia , que tomam o seu tempo e lhe impedem de atuar com a "racionalidade" que se espera existir no processo gerencial . É necessário então tentar ler . nestas falas , que o gerente está , quase sempre, apontando para aquilo que ele não controla e que , no entanto , está ali presente no seu cotidiano . Formular e recortar estes problemas é uma forma de tentar trazê-los à luz e quem sabe enfrentá-los com alguma competência . Pode-se afirmar . sem medo de estar errando muito . que há uma tensão quase permanente entre a gerência de nível local e a de nível central . Sendo natural que vejam a realidade por ângulos diferentes . quase sempre percebia-se . no contato com os gerentes . uma certa "mágoa" . um certo sentimento de ser "incompreendido" pelo nível central que "exigiria muito . mas não enxergaria como é difícil estar na linha de frente . segurando a barra de trabalhar em condições quase sempre aquém das ideais" . Nesta medida . a sistemática de avaliação de alguma maneira desperta sentimentos contraditórios no gerente . De um lado estimula seu lado que se sente "perseguido" . por outro é o espaço institucional da "queixa" . de levantar problemas e de alguma maneira "acusar" o nível central pela precariedade das suas condições de trabalho . Mesmo aceitando que esta "disputa" vai existir sempre . nem que seja em grau mínimo . em organizações com algum grau de hierarquia . é possível enfrentá-la através de arranjos institucionais que facilitem a comunicação e signifiquem uma efetiva divisão do poder decisório . No caso da SMS de Piracicaba . este trabalho evoluiu para a formalização de um conselho dos gerentes . conforme já comentado anteriormente .

Para dar continuidade ao seu trabalho . a gerente dá grande destaque . como os demais . à necessidade de contratação de mais pessoal . Neste ponto há um consenso entre os gerentes de que já haviam "dado o máximo" de si . considerando os recursos existentes . De fato . o salto observado na avaliação de todas as unidades . ocorreu . como já foi dito . sem recursos humanos adicionais . Por isto . quando o conjunto de gerentes percebeu que o processo de avaliação tinha um caráter "sério" e permanente e . que cada vez mais era público e transparente . começa a precisar

melhor suas demandas e se "responsabilizar" por elas . Esta gerente , além das demandas por contratações , explicitou as seguintes:

- fornecer preservativos
- padronizar alimentação do primeiro ano de vida
- fornecimento de impressos para as orientações
- confeccão de cartão do programa da criança , com dados antropométricos e retorno
- construção de uma sala para atendimento das crianças
- montar sala com gabinete odontológico
- fornecer medicamento hipotensor e anti-diabético de forma regular
- definir opções medicamentosas para casos de efeitos colaterais
- treinar auxiliares de enfermagem em citologia oncológica
- montar sala ginecológica
- reciclar em tuberculose
- descentralizar o tratamento da esquistossomose

Avaliação de setembro de 1992 : 75% do total possível de pontos .

Itens nos quais recebeu pontuação : 3 , 4 , 5 , 6 , 7 , 8 , 9 , 10 , 13 , 15 e 16 .

Avaliando no que o PDG havia modificado seu desempenho como gerente ela avalia que *"particularmente não modificou em nada das funções que já vinha exercendo (mesmo sem o gerenciamento) porque continuei a atender , executar atividades de enfermagem , organizar a unidade , ser a ligação entre a SMS e a equipe local etc... Sem dúvida alguma, desenvolver um projeto em cima de metas , de uma certa forma "obriga" , auxilia demais para o cumprimento do mesmo . Foi difícil aceitar o PDG pelo lado quantitativo de alguns itens , porque sempre achei que a qualidade deveria estar à frente ou no máximo concomitante às ações , então precisei me adaptar a esse modo de pensar e agir"* . Chamam a atenção dois pontos desta fala da gerente . O primeiro é a contradição entre afirmar que o PDG "não ajudou em nada" , mas ao mesmo tempo reconhecer que "obriga" ou auxilia o cumprimento de metas e a unidade ter tido , objetivamente , uma melhoria em termos de sua organização e da oferta dos serviços à comunidade . (esta unidade foi a última que teve sua comissão local de saúde instalada , mas que tem se mostrado muito atuante e contribuindo , efetivamente , para o processo gerencial...) O segundo ponto refere-se à afirmação da gerente de que a planilha enfatizaria muito aspectos "quantitativos" em detrimento da "qualidade" . E não é qualidade avaliar a sistematização do atendimento regular , programático e normalizado aos grupos de riscos , a investigação e diagnóstico precoce de cancer cérvico-uterino e da tuberculose ? Não é "qualidade" de um serviço o mesmo ser gerido democraticamente pelos trabalhadores e controlado pelos usuários ? E não é "qualidade" a flexibilidade nos horários de atendimento , a oferta ampliada de serviços e o

atendimento com dia e hora marcados ?

Falando de suas dificuldades como gerente afirma que *"apesar de sentir a autonomia dentro da unidade e esta liberdade estar nas mãos do gerente , as nossas ações ou mesmo as respostas às ansiedades locais são demais limitadas"*. Aqui a gerente está se referindo , entre outras coisas , à sua falta de autonomia para punir "os profissionais relapsos" e premiar aqueles que trabalham bem . Esta sua avaliação remete à questão do grau de autonomia da gerência de nível local . Houve alguns avanços como a descentralização das verbas de adiantamento para fazer frente à algumas situações emergenciais . Mas a gestão dos recursos humanos poderia , com certeza , ser descentralizada , no sentido demandado pela gerente , de poder "premiar ou punir" , de acordo com o desempenho dos funcionários .

Em relação à planilha ela é da opinião de que *"o projeto em defesa da vida é o caminho certo , foi enriquecedor naquilo que conseguiu atingir e melhorou em muitos pontos (...) porém o projeto não é completo na sua globalidade , não contempla ações ou criatividades que a própria unidade possa ter , decorrentes do próprio projeto . Em consequência a planilha de avaliação além de ser restrita , é 'sargental' demais , não respeitando as peculiaridades de cada unidade . Como as unidades são mostradas para outras unidades , ela não dá margem para justificar , por exemplo , o porque pontuou ou não pontuou , em que pé estão as ações , etc , porque de repente é valiosa a contribuição : é estrutura física ? Número de profissionais da unidade ? População ? Adesão da equipe local ao projeto ? Etc ..."* A questão da planilha ser "sargental" (sic) já foi motivo de comentários quando da avaliação do desempenho de outras unidades . bem como o fato de haver toda uma possibilidade (e necessidade) de respeitar as características de cada unidade e as necessidades de seus usuários . O aspecto que pede uma observação mais cuidadosa diz respeito à avaliação da gerente de que a planilha seria cega às diferenças entre as unidades . no sentido das mesmas terem condições diferentes de trabalho . Ou seja , algumas seriam menos equipadas que outras . ou teriam área física mais desfavorável etc . A questão que nem sempre ficava clara para alguns gerentes (pelo menos para esta , tanto é que ela coloca a discussão) é que a planilha está fazendo uma avaliação do quanto a rede pública se aproxima de um padrão mínimo . em aspectos que dependem dos seus vários níveis . Por exemplo , os itens 1 e 2 , que se referem à ampliação do acesso aos serviços dependem , fundamentalmente , como já foi comentado , do "nível central" . Portanto , a planilha está avaliando o sistema , inclusive o que depende da atuação do gerente e tornando pública esta avaliação . O avanço observado entre a segunda e a terceira planilhas , foi possível graças ao esforço gerencial , ao trabalho das equipes e à contratação de mais pessoal . Qualquer um destes elementos sozinho seria insuficiente , ou pelo menos não garantiria a melhoria do desempenho das equipes observado .

III-C A AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO PROJETO : pensando um sistema de direção de alta responsabilidade .

A avaliação e acompanhamento do projeto foram pensados a partir de duas diretrizes . A primeira delas interessada na execução em si do projeto , isto é , o cumprimento das operações propostas e o alcance dos resultados desejados . Nesta medida , esta diretriz guarda relação com o "sistema de alta responsabilidade" conforme formulado por Carlos Matus e que será discutido no capítulo IV . Por ora , basta reter que em um tal sistema todo e qualquer funcionário da SMS , em qualquer nível do sistema , aí incluindo o próprio secretário, deve prestar contas , periodicamente e de acordo com rituais pré-estabelecidos dos compromissos assumidos . A segunda diretriz de acompanhamento do projeto diz respeito à avaliação da qualidade do atendimento prestado à população , afinal , a razão última do projeto . As duas diretrizes são complementares e orientam a construção simultânea dos processos relatados a seguir . Tenta-se mostrar , nesta seção, como o sistema de acompanhamento e avaliação foi sendo construído no sentido de ir ao encontro dos usuários do sistema , incorporando-os , até onde o trabalho já avançou , como elementos centrais do processo de avaliação .

Outra questão que precisava ser enfrentada na armação de um sistema de avaliação compatível com a concepção geral do projeto era , exatamente , a relação entre a autonomia estimulada através da gestão descentralizada e a necessidade de algum grau de "controle" central . Esse é um ponto que tem recebido muita atenção entre os autores da área da teoria geral da administração (capítulo IV) . No setor público , em particular , portador de uma forte tradição burocrática , no sentido de trabalhar com sistemas de direção baseados no verticalismo e controle hierárquico das atividades , desenvolver modelos de gestão não controlistas é um desafio . Tenta-se avaliar , neste trabalho , qual o grau de mudança que foi possível alcançar nesta direção .

A primeira diretriz , ou seja , aquela que orienta o seguimento da execução do projeto , resultou no que foi denominado de "sistema de petição e prestação de contas" . A segunda diretriz que colocava a questão da avaliação da melhoria do atendimento prestado à população , resultou na "planilha de avaliação" , já apresentada na seção anterior . Nesta , faz-se uma avaliação mais "macro" da planilha , observando os resultados de sua aplicação na rede como um todo . Destaca-se o fato de que a planilha de avaliação foi aplicada apenas na onze unidades básicas dotadas de gerente . Só recentemente , foi elaborada uma planilha para o ambulatório de especialidades e , quando deste relato , ainda em fase de implantação .

O projeto não trabalhou , até o momento , com resultados que se referem ao impacto dos serviços de saúde sobre os indicadores de saúde da população . Isto pode ser explicado.

em parte , pelas conhecidas dificuldades de operacionalização deste tipo de avaliação , mas principalmente porque o próprio desenho do projeto não parte de indicadores de saúde , mas adota a lógica da construção de um sistema público de saúde , diretamente controlado pelos usuários representados nos órgãos colegiados de co-gestão e pelos trabalhadores de saúde. Nesta medida , a perspectiva de avaliação do **grau de satisfação dos usuários** nasce junto com o processo de gestão que vai sendo construído . Mesmo os indicadores de saúde , conforme a tradição aportada pela epidemiologia aos sistemas de saúde , deverão ser construídos "contaminados" pelas necessidades reais dos usuários do sistema .

O sistema de petição e prestação de contas : instrumentos e rituais para a transparência da gestão . O documento , adotado pelo colegiado de governo , com as diretrizes do sistema , estabelecia o seguinte :

"O sistema trabalhará com alguns instrumentos que tentam dar conta dos aspectos de autonomia e do controle . O instrumento básico que reforça a autonomia gerencial é a "planilha de agendamento e acompanhamento do projeto de ação", (QUADRO XXXVI) que deverá ser usada tanto a nível dos serviços de saúde como pelos gerentes dos projetos acompanhados a nível central e que compõem o "projeto em defesa da vida" . Ele é um instrumento de auto-organização da equipe para a ação . Ele é agenda , mas ao mesmo tempo é controle , na medida em que permite a cobrança de compromissos . Ele também permite a construção da "memória gerencial" da equipe ou da unidade de trabalho . Esta planilha não deve ser burocratizada , mas tornar-se um instrumento efetivo de trabalho . O seu manuseio deve ser feito nas reuniões rotineiras da equipe para a sua atualização permanente . Ela é , sem dúvida , o instrumento mais descentralizado de prestação de contas , apropriado pela equipe que executa as ações e não precisa e nem deve ser encaminhado às "instâncias superiores" da instituição .

É necessário reconhecer que não houve uma utilização do instrumento conforme proposto pelo colegiado . A idéia de que o mesmo fosse uma espécie de "agenda de trabalho" da equipe e por ela apropriada , ocorreu de maneira muito desigual entre as equipes . De alguma forma , esta forma de registro , que era da equipe e não precisava ser feita "em duas vias" e encaminhada para o nível central , acabava sendo visto , frequentemente , como "mais uma obrigação" pela equipe . Não obstante , como pode ser visto na avaliação das quatro unidades na seção anterior e será mostrado na avaliação global da rede como um todo , as equipes estabeleciam e cumpriam de fato as operações propostas . Esta "resistência" ao registro do processo de planejamento foi tratada com flexibilidade , isto é , adotou-se a conduta de que cada equipe , usaria a melhor maneira de comunicar-se entre si . Mesmo a nível central , o mesmo instrumento era utilizado de maneira um pouco "obrigatória" pelos membros do colegiado . Alguma coisa como "preencher depois" de feitas as ações ,

Desta maneira , a planilha que foi pensada como uma ajuda para a equipe se organizar e se auto-avaliar , verificando o cumprimento de ações propostas , as dificuldades para o cumprimento das mesmas e o estabelecimento de novos prazos , quase sempre era encarada de maneira muito formal e obrigatória . Ou seja , o oposto da idéia original . No entanto , continua-se avaliando o instrumento como válido , de utilização simples e muito importante para a criação de um sistema de direção de alta responsabilidade . A nível do conselho de gerentes , estas planilhas foram transformadas em cartazes de cartolina afixados nas paredes da sala de reuniões , de forma que , a cada encontro dos gerentes era possível repassar , rapidamente , tudo o que havia sido feito , justificando-se o que não havia sido cumprido e reagendando-se novas ações importantes . Também a nível do colegiado de governo , adotou-se a prática do "registro nas paredes" , o que facilitava a comunicação da equipe e , em última instância , um processo de prestação de contas permanente .

Voltando ao documento aprovado pelo colegiado com as diretrizes para o sistema de acompanhamento do projeto :

Já a "planilha de avaliação do cumprimento das operações" (QUADRO XXXVII) tem o caráter mais de controle na medida em que a equipe ou um gerente do projeto "se reporta" a outros níveis ou equipes da instituição . A lógica da planilha anterior é a de prestar contas no interior da equipe , enquanto a desta é a de prestar contas para fora da equipe . Neste sentido , ela deve obedecer a um ritual e cronograma comum para todas as pessoas que ocupam alguma função de gerência . A proposta é que haja uma sincronização deste processo de forma que a prestação de contas seja feita , de forma simultânea , a cada 2 meses . Os supervisores pedem e os gerentes prestam contas de seus projetos de ação . O secretário pede e os gerentes dos sub-projetos A , B , C , D e E prestam contas .

A dinâmica interna do colegiado de governo merece algumas considerações :

-apesar de existir um funcionamento colegiado , há a necessidade de um gerente do projeto como um todo . Em princípio , o secretário deve exercer esta função , basicamente pela necessidade dele ser o representante , em outros níveis do Governo , do projeto . Portanto , o secretário , ou alguém para quem ele delegue explicitamente esta função , deve ser o "pedidor de contas" , aquele que desencadeia , em cascata , o processo de prestação de contas em toda a instituição .

-o secretário também presta contas , pois apesar dele não gerenciar nenhum projeto em particular , ele é responsável por um conjunto de ações e mesmo de diretivas , que são fundamentais para o projeto . Neste sentido , deve-se criar uma "agenda de compromissos do colegiado" , (QUADRO XXXVIII) na qual ele anota seus compromissos , com prazos explicitados e presta conta dos mesmos em todas as reuniões

do colegiado .

-na medida em que os serviços elaboram seus projetos de ação , vão surgindo demandas de operações que deverão ser trabalhadas pelo colegiado . Algumas delas são demandas para resolver problemas bem estruturados (contratação de pessoal, aquisição de equipamentos , elaboração de normas etc) .

III-C A AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO PROJETO ; pensando um sistema de direção de alta responsabilidade .

A avaliação e acompanhamento do projeto foram pensados a partir de duas diretrizes . A primeira delas interessada na execução em si do projeto , isto é , o cumprimento das operações propostas e o alcance dos resultados desejados . Nesta medida , esta diretriz guarda relação com o "sistema de alta responsabilidade" conforme formulado por Carlos Matus e que será discutido no capítulo IV . Por ora , basta reter que em um tal sistema todo e qualquer funcionário da SMS , em qualquer nível do sistema , aí incluindo o próprio secretário, deve prestar contas , periodicamente e de acordo com rituais pré-estabelecidos dos compromissos assumidos . A segunda diretriz de acompanhamento do projeto diz respeito à avaliação da qualidade do atendimento prestado à população , afinal , a razão última do projeto . As duas diretrizes são complementares e orientam a construção simultânea dos processos relatados a seguir . Tenta-se mostrar , nesta seção, como o sistema de acompanhamento e avaliação foi sendo construído no sentido de ir ao encontro dos usuários do sistema , incorporando-os , até onde o trabalho já avançou , como elementos centrais do processo de avaliação .

Outra questão que precisava ser enfrentada na armacção de um sistema de avaliação compatível com a concepção geral do projeto era , exatamente , a relação entre a autonomia estimulada através da gestão descentralizada e a necessidade de algum grau de "controle" central . Esse é um ponto que tem recebido muita atenção entre os autores da área da teoria geral da administração (capítulo IV) . No setor público , em particular , portador de uma forte tradição burocrática , no sentido de trabalhar com sistemas de direção baseados no verticalismo e controle hierárquico das atividades , desenvolver modelos de gestão não controlistas é um desafio . Tenta-se avaliar , neste trabalho , qual o grau de mudança que foi possível alcançar nesta direção .

A primeira diretriz , ou seja , aquela que orienta o seguimento da execução do projeto , resultou no que foi denominado de "sistema de petição e prestação de contas" . A segunda diretriz que colocava a questão da avaliação da melhoria do atendimento prestado à população , resultou na "planilha de avaliação" , já apresentada na seção anterior . Nesta , faz-se uma avaliação mais "macro" da planilha , observando os resultados de sua aplicação na rede como um todo . Destaca-se o fato de que a planilha de avaliação foi aplicada apenas na onze unidades básicas dotadas de gerente . Só recentemente , foi elaborada uma planilha para o ambulatório de especialidades e , quando deste relato , ainda

em fase de implantação .

O projeto não trabalhou , até o momento , com resultados que se referem ao impacto dos serviços de saúde sobre os indicadores de saúde da população . Isto pode ser explicado, em parte , pelas conhecidas dificuldades de operacionalização deste tipo de avaliação , mas principalmente porque o próprio desenho do projeto não parte de indicadores de saúde , mas adota a lógica da construção de um sistema público de saúde , diretamente controlado pelos usuários representados nos órgãos colegiados de co-gestão e pelos trabalhadores de saúde. Nesta medida , a perspectiva de avaliação do **grau de satisfação dos usuários** nasce junto com o processo de gestão que vai sendo construído . Mesmo os indicadores de saúde , conforme a tradição aportada pela epidemiologia aos sistemas de saúde , deverão ser construídos "contaminados" pelas necessidades reais dos usuários do sistema .

O sistema de petição e prestação de contas : instrumentos e rituais para a transparência da gestão . O documento , adotado pelo colegiado de governo , com as diretrizes do sistema , estabelecia o seguinte :

"O sistema trabalhará com alguns instrumentos que tentam dar conta dos aspectos de autonomia e do controle . O instrumento básico que reforça a autonomia gerencial é a "planilha de agendamento e acompanhamento do projeto de ação". (QUADRO XXXVI) que deverá ser usada tanto a nível dos serviços de saúde como pelos gerentes dos projetos acompanhados a nível central e que compõem o "projeto em defesa da vida" . Ele é um instrumento de auto-organização da equipe para a ação . Ele é agenda , mas ao mesmo tempo é controle , na medida em que permite a cobrança de compromissos . Ele também permite a construção da "memória gerencial" da equipe ou da unidade de trabalho . Esta planilha não deve ser burocratizada , mas tornar-se um instrumento efetivo de trabalho . O seu manuseio deve ser feito nas reuniões rotineiras da equipe para a sua atualização permanente . Ela é , sem dúvida , o instrumento mais descentralizado de prestação de contas , apropriado pela equipe que executa as ações e não precisa e nem deve ser encaminhado às "instâncias superiores" da instituição .

É necessário reconhecer que não houve uma utilização do instrumento conforme proposto pelo colegiado . A idéia de que o mesmo fosse uma espécie de "agenda de trabalho" da equipe e por ela apropriada , ocorreu de maneira muito desigual entre as equipes . De alguma forma , esta forma de registro , que era da equipe e não precisava ser feita "em duas vias" e encaminhada para o nível central , acabava sendo visto , frequentemente , como "mais uma obrigação" pela equipe . Não obstante , como pode ser visto na avaliação das quatro unidades na seção anterior e será mostrado na avaliação global da rede como um todo , as equipes estabeleciam e cumpriam de fato as operações propostas . Esta "resistência" ao registro do processo de planejamento foi tratada com

flexibilidade , isto é , adotou-se a conduta de que cada equipe , usaria a melhor maneira de comunicar-se entre si . Mesmo a nível central , o mesmo instrumento era utilizado de maneira um pouco "obrigatória" pelos membros do colegiado . Alguma coisa como "preencher depois" de feitas as ações . Desta maneira , a planilha que foi pensada como uma ajuda para a equipe se organizar e se auto-avaliar , verificando o cumprimento de ações propostas , as dificuldades para o cumprimento das mesmas e o estabelecimento de novos prazos , quase sempre era encarada de maneira muito formal e obrigatória . Ou seja , o oposto da idéia original . No entanto , continua-se avaliando o instrumento como válido , de utilização simples e muito importante para a criação de um sistema de direção de alta responsabilidade . A nível do conselho de gerentes , estas planilhas foram transformadas em cartazes de cartolina afixados nas paredes da sala de reuniões , de forma que , a cada encontro dos gerentes era possível repassar , rapidamente , tudo o que havia sido feito , justificando-se o que não havia sido cumprido e reagendando-se novas ações importantes . Também a nível do colegiado de governo , adotou-se a prática do "registro nas paredes" , o que facilitava a comunicação da equipe e , em última instância , um processo de prestação de contas permanente .

Voltando ao documento aprovado pelo colegiado com as diretrizes para o sistema de acompanhamento do projeto :

Já a "planilha de avaliação do cumprimento das operações" (QUADRO XXXVII) tem o caráter mais de controle na medida em que a equipe ou um gerente do projeto "se reporta" a outros níveis ou equipes da instituição . A lógica da planilha anterior é a de prestar contas no interior da equipe , enquanto a desta é a de prestar contas para fora da equipe . Neste sentido , ela deve obedecer a um ritual e cronograma comum para todas as pessoas que ocupam alguma função de gerência . A proposta é que haja uma sincronização deste processo de forma que a prestação de contas seja feita , de forma simultânea , a cada 2 meses . Os supervisores pedem e os gerentes prestam contas de seus projetos de ação . O secretário pede e os gerentes dos sub-projetos A , B , C , D e E prestam contas .

A dinâmica interna do colegiado de governo merece algumas considerações :

-apesar de existir um funcionamento colegiado , há a necessidade de um gerente do projeto como um todo . Em princípio , o secretário deve exercer esta função , basicamente pela necessidade dele ser o representante , em outros níveis do Governo , do projeto . Portanto , o secretário , ou alguém para quem ele delegue explicitamente esta função , deve ser o "pedidor de contas" , aquele que desencadeia , em cascata , o processo de prestação de contas em toda a instituição .

-o secretário também presta contas , pois apesar dele não gerenciar nenhum projeto em particular , ele é

responsável por um conjunto de ações e mesmo de diretivas , que são fundamentais para o projeto . Neste sentido , deve-se criar uma "agenda de compromissos do colegiado" , (QUADRO XXXVIII) na qual ele anota seus compromissos , com prazos explicitados e presta conta dos mesmos em todas as reuniões do colegiado .

-na medida em que os serviços elaboram seus projetos de ação , vão surgindo demandas de operações que deverão ser trabalhadas pelo colegiado . Algumas delas são demandas para resolver problemas bem estruturados (contratação de pessoal , aquisição de equipamentos , elaboração de normas etc) . Neste caso , o colegiado deverá estabelecer um responsável pelo atendimento da demanda e prazos a serem cumpridos que deverão ser registrados na "agenda de compromissos do colegiado" , também na perspectiva de prestar contas ao colegiado . Quando a demanda for para resolver problema não estruturado , ou quando o próprio colegiado identificar problemas que não estão contemplados nos projetos atuais (novos problemas) será necessário fazer um processamento do problema . Em ambos os casos , o produto é um projeto de ação , com suas operações bem definidas , bem como os responsáveis e os prazos . Nestes casos , pode-se optar , dependendo das características do problema (maior ou menor urgência ou prioridade) pela prestação de contas através da "planilha de avaliação do cumprimento das operações" ou através do registro direto na "agenda de compromissos do colegiado" para uma cobrança mais frequente .

O importante é que todo e qualquer compromisso tenha seus mecanismos de cobrança claramente estabelecidos . A "agenda de compromissos do colegiado" é um instrumento gerencial de grande importância para o secretário , pois nela estarão registrados tanto seus próprios compromissos , como dos demais membros do colegiado , o que facilita ou subsidia a sua sistemática de acompanhamento das operações vitais para o sucesso do projeto . Neste sentido e reforçando o que foi dito anteriormente , o próprio colegiado é quem decide o que "entra" para a agenda , no sentido de colocar o foco da atenção nas importâncias .

Portanto , a sistemática de prestação de contas terá várias lógicas e dinâmicas , mas todas correlacionadas entre si , da seguinte forma :

-avaliação do cumprimento das operações e ações ao nível das equipes e das gerências dos projetos . Não "sobe" aos níveis superiores . É o aspecto da autonomia do projeto , feito através da "planilha de agenda e acompanhamento do projeto" .

-avaliação bi-mensal do cumprimento das operações previstas nos projetos de ação , tanto locais como de nível central . Neste caso , os gerentes prestam contas para outras instâncias , através da "planilha de cumprimento das operações" .

-avaliação permanente e frequente do cumprimento de ações e operações , a nível do colegiado , incluindo aquelas de responsabilidade do secretário .

A transcrição das diretrizes originais do sistema de acompanhamento do projeto foi feita para permitir uma comparação com o que foi feito de fato . pois . com o desenrolar da experiência . foi ficando claro o que era essencial e o que era excesso . Como pode ser visto . o sistema previa poucas planilhas e colocava mais ênfase nos rituais institucionais . regulares . abrangentes . para que se criasse uma tradição de estabelecimento e cumprimento de compromissos no interior dos coletivos de gestão e entre estes coletivos . Basicamente . através de "agendas de trabalho" públicas . No lugar da agenda individual do dirigente ou de cada profissional , uma agenda da equipe . que possibilitasse a criação de uma nova cultura institucional , na qual a responsabilidade e o cumprimento de compromissos eram características importantes . O esquema proposto funcionou em vários aspectos . em alguns não e em outros foi sendo modificado no correr do projeto . Por exemplo . a "agenda de compromissos do colegiado" foi utilizada em parte pela secretária . na medida em que as anotações dos compromissos assumidos eram anotadas em uma "folha de papel" porém seguidas (cobradas) de forma muito precisa . Como se repetisse aqui a resistência dos dirigentes de se "enquadrarem" em rituais mais formais de registro . como já foi comentado em relação à gerência local. Mesmo que estes registros fossem mínimos . Pode-se afirmar . ou apostar, que estas resistências culturais podem ser trabalhadas . sempre que . e somente se . um determinado grau de formalização dos compromissos estabelecidos pela equipe . estiver "engatado" à sua vida cotidiana e . contribuir de fato . para a melhoria da comunicação (entendimento para a ação) entre os membros da mesma .

Um aspecto que tem que ser considerado nesta avaliação são as características pessoais do secretário e a sua relação com o projeto em razão de outras funções que acumulava . em particular o fato de ser vice-prefeito . Qualquer ocupante de um cargo executivo como o de secretário da saúde . acaba tendo que desenvolver um conjunto de contatos externos . participar de reuniões com outras instâncias de governo . representar a Secretaria fora do município (o secretário participava ativamente da Associação dos Secretários Municipais de Saúde de São Paulo) que . como regra geral . não consegue coordenar . na prática . o processo interno do órgão que preside . Este fato . foi motivo de uma permanente tensão dentro do colegiado de governo . conforme é visto em outro ponto deste relato . A tensão decorria do sentimento existente entre os membros do colegiado de que "o secretário não conhecia bem o projeto . suas demandas mais prementes e não conseguia representá-lo (o projeto) junto ao Prefeito e demais instâncias do Executivo" . Além do mais . o projeto carecia de uma clara definição de quem o coordenava de fato . Isto não impediu . porém . que se estabelecessem mecanismos de acompanhamento e controle . que foram de grande importância para a modelagem de um coletivo de dirigentes e que são relatados a seguir . Com a mudança do secretário,

quando foi desencadeado o processo eleitoral , o projeto pode viver uma nova fase de coordenação , com características totalmente distintas da anterior . A nova secretária passa a imprimir uma direção muito mais "controladora" , no sentido de cobrar mais e acompanhar mais de perto o trabalho gerencial nos vários níveis . Esta nova postura também foi geradora de tensões , agora com outras características , na medida em que uma postura mais "controladora" tinha que ser ajustada a um momento de aprofundamento da autonomia do nível local , seja pelo início de funcionamento do conselho dos gerentes , seja por uma maior participação popular na gestão das unidades .

O processo formal de prestação de contas , a cada 2 meses conforme previsto originalmente , foi realizado nos meses de setembro e de novembro de 1991 . No QUADRO XXVI pode ser observado , de forma sintética , quais operações tinham sido cumpridas , as que estavam em andamento e aquelas que não tinham sido ainda iniciadas . Estes momentos de avaliação coletiva foram muito importantes para a modelagem de um coletivo com capacidade de formular e acompanhar globalmente o projeto . Todos eram informados de tudo , nos seus aspectos mais importantes , nestes momentos de prestação de contas . O detalhamento das ações realizadas , não era apresentado , mas tão somente o andamento das grandes operações definidas para enfrentar os problemas mais importantes . Analisando mais detidamente o QUADRO XXXIX algumas informações sobre o andamento do projeto , naquele momento , podem ser extraídas:

- das 61 operações que compunham o projeto inicial , 29 eram consideradas como concluídas , ou seja , quase 50% do total e apenas 8 não tinham sido iniciadas . As demais estavam "em andamento" . É evidente que tal quadro não comporta nenhuma análise matemática , porque a natureza das operações é muito diferente dentro dos vários projetos . O mais importante notar é que , passados 5 meses do início do projeto , o colegiado tanto tinha conseguido concluir integralmente algumas operações , como estavam encaminhando outras que haviam sido formuladas ou modificadas , a partir da prática . Nestas oportunidades de prestação de contas , as operações eram avaliadas no sentido de serem ou não "adequadas" e novas datas para sua conclusão eram definidas , se necessário fosse .

O relatório número 5 do LAPA trazia os seguintes comentários sobre este momento do projeto , ou seja , a segunda prestação de contas , que aconteceu em novembro de 1991 :

Projeto A (melhorar a qualificação e conseguir a adesão dos funcionários a o projeto) - Este é o projeto que mais avançou no cumprimento das operações . É também o projeto sobre o qual o colegiado tem maior governabilidade . É o projeto que cuida da gerência , do processo de planejamento e do desenvolvimento dos recursos humanos . Este projeto foi desenvolvido em estreita ligação com o programa de

desenvolvimento dos gerentes . A operação "implantar o processo de planejamento descentralizado" não havia sido pensada originalmente e nasceu no programa de desenvolvimento gerencial (...) O projeto significou um momento de muita formulação da equipe de supervisão (que ficou como responsável pelo projeto A) , ao se ver obrigada a produzir uma série de documentos de formalização das propostas de trabalho . A melhor organização do processo de trabalho da equipe dirigente , mas , em particular da equipe de supervisão permitiu , por uma lado , diminuir os conflitos ao explicitar tarefas e responsabilidades , e por outro , o de revelar dificuldades pessoais que tem sido trabalhadas (mas que é necessário aprofundar mais ...) .

Pode-se dizer que as operações propostas e concluídas eram necessárias para se alcançar o objetivo do projeto (melhorar a qualificação e adesão dos funcionários) , porém é ainda preciso avaliar em que medida foram eficazes (...) A continuidade do projeto aponta para a consolidação do processo de planejamento descentralizado ora em curso e que deverá ser o eixo da atuação da equipe de supervisão .

De fato , o programa de desenvolvimento gerencial , relatado na seção anterior , foi-se tornando um espaço importante de articulação da equipe de supervisão com a gerência local e de formulação de novas questões não pensadas no projeto inicial . Por exemplo , a possibilidade de um processo de planejamento mais descentralizado foi amadurecida durante o programa . O mais interessante é que as atividades de planejamento local passaram a ser o fio condutor da própria atividade de supervisão , de treinamento e de avaliação do projeto A .

Projeto B - (facilitar o controle popular sobre o sistema de saúde) Este é um projeto que , embora do ponto de vista do cumprimento das operações , tenha avançado muito , precisa ser analisado mais detidamente quanto ao alcance do seu objetivo . Isto porque , vive-se em Piracicaba , uma situação que é comum em outras experiências, que é o baixo controle que os usuários têm de fato sobre o sistema de saúde . Ou seja , é necessário ir além do mero formalismo da implantação de instâncias de participação e controle . Para tanto duas medidas são fundamentais e devem ser melhor trabalhadas :

- o aperfeiçoamento do processo de planejamento no sentido de torná-lo mais transparente (e acessível) para os usuários , através da transformação da planilha de avaliação e dos projetos de ação de nível local em instrumentos de intervenção organizada da população

- a formulação de um projeto de educação e saúde para ser trabalhado de forma sistemática com a população . O eixo deste projeto deve ser a transmissão de determinado tipo de saber hoje dominado pelos técnicos , mas ao mesmo tempo a formulação de um novo saber que leve em conta o saber

popular.

-Outro aspecto que merece ser melhor trabalhado é o funcionamento do conselho municipal de saúde , em particular sua comissão executiva . sob pena deste órgão ter uma atuação ineficaz no sentido da defesa dos interesses dos cidadãos .

A idéia da formulação de um projeto de educação e saúde, para "ser trabalhado com a população" foi abandonado pela estratégia de aprimorar instrumentos de planejamento que facilitassem tanto a intervenção real do usuário , como o desenvolvimento de um verdadeiro processo pedagógico , na medida em que aos "leigos" eram revelados a lógica da organização do processo de trabalho , a racionalidade adotada no trabalho das equipes , os principais agravos à saúde e tudo o mais que se referia aos serviços por eles utilizados . Nesta interação de "mão dupla" foi (está) sendo construído o projeto de educação e saúde , a partir da confluência do "técnico" com as necessidades reais de quem faz uso dos serviços .

Projeto C - (fortalecer o município como gestor do SUS).

Este é o projeto que , em princípio , encontra-se totalmente fora da governabilidade da SMS . pela própria natureza de seu objetivo . A única operação cumprida foi a criação legal do Fundo Municipal de Saúde . A vigilância epidemiológica vem sendo implantada na prática , com o processo de instalação da campanha de controle da dengue e de combate aos escorpiões . Tudo indica que a proposta de municipalização da vigilância sanitária deva ser abandonada por ora ou reformulada em termos mais modestos .

Projeto D - (organizar o SUS no município) . Este é projeto que traduz a visão que a atual equipe tem do "tamanho" que deve ter o setor público na prestação de serviços de saúde para a população piracicabana. Ele é muito importante por trabalhar com os produtos que , afinal , vão ser consumidos pela população , enquanto os demais "modelam" a SMS que se quer ter para implantar um determinado modelo de atenção . Além das operações pensadas inicialmente e que foram completadas , algumas outras foram desenvolvidas . A não viabilização do hospital municipal , pela não ocorrência de uma série de pressupostos , empobrece e reduz a dimensão do projeto inicialmente pensado . A gerência do projeto esbarra , em grande medida , com limitações e restrições da própria estrutura administrativa do setor público . As dificuldades na ampliação e provimento de cargos (no caso dos médicos , tanto por morosidade administrativa , como por aparente falta destes profissionais no mercado) pode comprometer gravemente o projeto como um todo , em particular o processo de planejamento local . É o projeto que "denuncia" que o projeto mais global está muito voltado para si , "olhando seu próprio umbigo" , na medida em que não são viabilizadas articulações externas (junto ao movimento popular , à sociedade em geral , mas principalmente ao nível da própria administração e do poder legislativo) .

A importância destes momentos de prestação de contas , na verdade momentos de avaliação global do projeto , pode ser percebida pelas questões apontadas no relatório que está sendo examinado . Enquanto o projeto A , sobre o qual o colegiado tem boa governabilidade avançou bastante , o projeto D , tem boa parte de suas operações "em andamento" , mas esbarrando em dificuldades estruturais da burocracia estatal e com dificuldades de viabilizar apoios externos , que ajudem ou minimizem as dificuldades internas . Mais adiante está descrito como a equipe trabalhou a questão da criação da viabilidade de certos pressupostos , ou seja , acontecimentos importantes para o sucesso do projeto , mas totalmente fora do controle da mesma .

Projeto E - (adequar a estrutura administrativa da SMS para gerir o projeto) Este é o projeto que , já na última avaliação foi considerado com mais mal formulado . A única operação completada diz respeito à aprovação da reforma administrativa da Prefeitura Municipal de Piracicaba , que afinal resultou na criação da SMS , antes apenas uma diretoria . A perspectiva da aprovação de um plano de cargos e salários está afastada na atual gestão . O nível central continua incompleto e o apoio administrativo não atende às necessidades do modelo proposto .

Estas duas prestações de contas , feitas em conformidade com as recomendações do documento aprovado pelo colegiado , foram de grande importância . Elas permitiram uma avaliação global do projeto e o diagnóstico dos pontos onde ele apresentava dificuldades para avançar . A administração da mudança a nível da SMS podia ser vista como uma complexa operação , na qual a sinergia entre as operações dos vários sub-projetos era essencial . A avaliação do sub-projeto D , que cuidava da ampliação de quadro de pessoal , incorporação tecnológica à rede e apoio ao desenvolvimento das atividades da rede de serviços (apoio diagnóstico , manutenção e suprimento) revelava um quadro de dificuldades que , em última instância poderiam inviabilizar (ou amesquinhar) o projeto inicial . Correções de rota eram necessárias . Operações novas e mais audaciosas deviam ser desenvolvidas , sob o risco de não se conseguir fazer frente às novas demandas colocadas . Os gerentes se colocando agora como formuladores e reivindicadores de melhores condições de trabalho , pois o programa de desenvolvimento gerencial "fazia cabeças" e colocava novas necessidades . O Conselho Municipal de Saúde funcionando , comissões locais de saúde sendo instaladas representavam também novas frentes de tensões e cobrança por soluções de problemas vividos há décadas pela população . O projeto tinha que fazer frente à realidade ...

Em dezembro de 1991 , foi realizada uma oficina de trabalho que contou com a participação de todos os membros do colegiado , para avaliar o primeiro semestre de funcionamento do projeto , avaliar seus avanços , suas dificuldades e definir prioridades para atuação no próximo ano . A oficina

teve a duração de dois dias e foi coordenada por um técnico do Laboratório de Administração e Planejamento (LAPA) da Unicamp . Para a condução da oficina foram utilizadas as mesmas técnicas da montagem do projeto , isto é , uma intensa participação dos participantes , problematizando seu cotidiano e expressando suas ideias através de material visual e a montagem de painéis sínteses das discussões do grupo . Os resultados desta oficina utilizados neste relato foram retirados do relatório número 6 do LAPA , datado de dezembro de 1991 .

O colegiado sente que houve , em resumo , crescimento nos seguintes pontos :

- melhor definição do modelo tecno-assistencial e do projeto de trabalho da SMS
- a criação e funcionamento das instâncias de direção
- a criação de uma gerência descentralizada
- o crescimento técnico-político dos vários níveis de gerência
- o fortalecimento do município como gestor do SUS
- crescimento da participação do orçamento municipal
- organização inicial do espaço para a participação popular .

O colegiado reconhece os seguintes problemas :

- pouca articulação do projeto "para fora"
- falta de coordenação para o projeto
- diferentes níveis de compromisso com o projeto por parte dos membros do colegiado
- oferta de serviços do SUS (próprios ou contratados) é insuficiente
- participação popular "tímida" na direção efetiva do SUS

É interessante tentar correlacionar os pontos positivos com os problemas , conforme trabalhados pelo grupo :

pontos positivos

- definição do modelo
- definição de instâncias
- colegiado crescendo
- gerência nas UBS
- município gestor
- instâncias de participação popular criadas

problemas

- dificuldades de articulação externa
- falta de coordenação
- dificuldades internas
- neo-liberalismo e insuficiência de RH
- insuficiência de recursos do SUS oferecidos à pop.
- participação "tímida"

Ou seja , era possível observar uma certa simetria entre os pontos positivos (que nada mais são que resultados já obtidos pelo projeto naquele momento) com os problemas (novos ou modificados) colocados a partir do momento em que os problemas iniciais foram enfrentados . É como se houvesse uma "nova" qualidade de problemas , que deviam ser examinados e enfrentados naquela etapa pelo colegiado .

Outro aspecto que chama atenção nesta avaliação é que os pontos positivos falam da modelagem da secretaria , um preparar-se para gerenciar um modelo tecno-assistencial mais ousado . No entanto , o colegiado não problematizava claramente a questão do insuficiente crescimento do setor público no período . Este crescimento é um dos pilares do modelo que estava sendo trabalhado , na medida em que apontava para uma disputa por um maior espaço pelo setor público , traduzido em seu maior peso na prestação de assistência à população da cidade . O produto final desta avaliação do primeiro semestre do projeto foi a definição de diretrizes para a atuação do colegiado em 1992 . Estas diretrizes foram , no correr dos meses seguintes , trabalhadas em oficinas específicas , conforme já comentado na seção II.

- consolidar o processo de planejamento de nível local . através do acompanhamento pela equipe de supervisão dos projetos de ação das equipes . Manter a aplicação semestral da planilha de avaliação e retomar o programa de desenvolvimento gerencial

- aprofundar a questão do controle dos usuários sobre o SUS . Organizar a II Conferência Municipal de Saúde . Estimular a criação das comissões locais de saúde

- avançar na municipalização do SUS , com especial atenção na consolidação do Fundo Municipal de Saúde e na municipalização das ações de vigilância epidemiológica e da Unidade de Avaliação e Controle

- enfrentar de forma mais organizada os entraves administrativos para a implantação do projeto

- rever as prioridades para obras , tendo em vista a necessidade de se aumentar o peso do setor público na prestação de serviços de saúde no município de Piracicaba

- desenvolver estratégias específicas para a assistência à saúde bucal , ao ambulatório de especialidades e ao pronto socorro municipal

Na verdade , estas diretrizes são um reforço aos vários sub-projetos do projeto desenhado em junho de 1991 . Nesta medida , são diretrizes visando a consolidação de um esforço coletivo que começava a mostrar resultados positivos.

A terceira prestação de contas do colegiado , prevista para janeiro de 1992 , foi feita em fevereiro e apresentada como **prestação de contas pública da SMS** durante a II Conferência Municipal de Saúde . Neste sentido é que foi dito anteriormente que , o sistema de avaliação e acompanhamento do projeto caminhou ao encontro dos usuários , através de

múltiplos arranjos institucionais que viabilizassem a participação daqueles . A existência de um projeto bem definido e com mecanismos explícitos de avaliação contribuiu para a realização de uma Conferência Municipal muito mais "orgânica", no sentido de maior visibilidade da condução da SMS e a facilitação da intervenção popular .

Uma re-leitura desta prestação de contas pública , que foi publicada em forma de uma revista amplamente distribuída entre os participantes da Conferência e membros dos conselhos, pouco mais de 6 meses após a realização da II Conferência Municipal de Saúde , no momento da elaboração deste relato e reconstituição da experiência de administração da mudança a nível da SMS de Piracicaba , mostra-se muito útil como uma avaliação global do trabalho desenvolvido até aquele momento. Nela , estão claramente revelados os avanços (e possibilidades de avanços ainda existentes e que foram exploradas pelo colegiado nos meses seguintes...) , mas também determinadas restrições ou constrangimentos , que dão a singularidade da administração pública . Em particular , os constrangimentos "administrativos" referentes à implementação de uma política de pessoal adequada às ambições do modelo tecno-assistencial e à sistemática de abastecimento e manutenção a nível das unidades . No desenho original do projeto "em defesa da vida" , estas questões são colocadas de forma ainda muito superficial . São as mudanças que foram ocorrendo na prestação de serviços , a partir de uma reformulação do processo de trabalho nas unidades básicas de saúde , de uma atividade gerencial mais competente e da entrada de novos atores (os usuários) no processo de avaliação dos serviços é que o oculto , ou melhor , a incompetência "naturalizada" ou incorporada à paisagem no sentido de não ser problematizada , aparece . Só agora o mal funcionamento crônico das atividades de apoio administrativo é revelado em toda a sua dimensão . E isto é traduzido em uma tensão permanente entre os gerentes e o colegiado . Uma espécie de acusação do tipo " melhoramos nosso desempenho , mas o abastecimento de medicamentos é irregular , uma geladeira demora 15 dias para voltar do reparo ou minha equipe está trabalhando no limite de suas possibilidades..."

Esta questão já foi explorada no início desta seção . Ela é retomada aqui apenas para ser colocada na moldura mais ampla do projeto e para que se tenha uma dimensão mais exata do seu caráter de constrangimento para o avanço do mesmo .

O importante é que esta prestação de contas subsidiou a II Conferência Municipal de Saúde , momento de definição de novas orientações para a atuação da SMS e mesmo confirmação de várias operações que vinham sendo desenvolvidas . A II Conferência e a mudança do secretário representaram uma inflexão na condução do projeto . Pode-se falar agora da "institucionalização do projeto" , conforme será visto na última seção deste capítulo . O importante desta nova "fase" é que o processo de prestação de contas assume uma dinâmica diferente , mais institucionalizada , mais cotidiana . O projeto deixa de ser projeto . O projeto "colonizou" a vida da instituição . O sistema de direção da SMS agora merece o nome de um "sistema de direção de alta responsabilidade" .

Para completar esta reconstituição e análise do sistema

de avaliação e acompanhamento do projeto . é importante examinar a planilha de avaliação de uma forma mais global . A sua aplicação semestral . a partir de setembro de 1991 - depois em abril e setembro de 1992 - significou o avanço mais mensurável do impacto do projeto sobre a qualidade do atendimento prestado à população . tendo em vista determinado modelo tecno-assistencial . A planilha não tem potência , ou melhor . não está estruturada segundo uma lógica que permita avaliar impacto sobre os níveis de saúde da população . Até por haver um reconhecimento prévio da dificuldade de se avaliar tal impacto . tendo em vista a multideterminação do processo saúde-doença . no qual é praticamente imponderável o peso real dos serviços de saúde (excessões conhecidas existem . mas não justificam a regra enunciada) . Além desta "limitação" do instrumento . é necessário considerar outra : a sua aplicação se restringiu a 11 das 28 unidades básicas de saúde da SMS . Na verdade . estas unidades dotadas de gerentes em 40 horas semanais . atingem . pelo seu tamanho e localização geográfica . a maioria da população piracicabana . As demais unidades são muito pequenas . algumas localizadas em áreas rurais e outras localizadas em áreas menos adensadas populacionalmente . Tem que ser apontado ainda que só mais recentemente (após a II Conferência) que foi desenvolvido um trabalho mais orgânico com o Ambulatório de especialidades e então feita uma planilha com indicadores que lhe são específicos .

Mesmo com todas estas limitações apontadas . a experiência com a aplicação da planilha de avaliação pode ser considerada como extremamente rica de informações sobre o grau de sucesso alcançado pelo projeto . A planilha é uma tradução operacionalizável do modelo tecno-assistencial . Operacionalizável e semiótica . no sentido de ser dotada de uma característica de compreensibilidade facilitada tanto para a equipe local de saúde . como para os usuários . Há uma explicitação do que se deseja alcançar e que tipo de problemas estão sendo trabalhados . A planilha . mesmo aceitando a restrição de trabalhar apenas com itens passíveis de quantificação (de preferência com dados secundários) consegue abranger um conjunto de aspectos que lhe conferem um grau de sensibilidade e especificidade importantes . A planilha avalia :

- o acesso do paciente (horários de atendimento . sistemática de agendamento e atividades oferecidas nos vários períodos)

- o processo de gestão da unidade (a dinâmica da equipe em torno do projeto de ação e o controle dos usuários sobre o serviço)

- a organização do processo de trabalho no que se refere à uma atenção diferenciada . através de ações padronizadas para os grupos de risco (a atenção aos menores de 2 anos . à saúde da mulher _ na gestação . no planejamento familiar e na prevenção e controle do câncer de mama e cérvico-uterino - .

aos hipertensos e diabéticos e aos sintomáticos respiratórios) .

- a organização do processo de trabalho no que se refere a aspectos como a qualidade das anotações nos prontuários (um indicador muito indireto da qualidade do atendimento prestado, mas que cria um campo para avaliação de condutas e responsabilidade para com o paciente) e a produtividade (um indicador importante em um projeto em defesa da vida é a utilização plena dos escassos recursos colocados à disposição da população) .

É evidente que pode ser lembrado que a planilha não contempla questões importantes como a AIDS , o uso de drogas ou as mortes por causas externas , tantas vezes a causa mais importante para a população de onde se originam os usuários dos serviços públicos . É verdade . No entanto , é preciso considerar dois aspectos . O primeiro deles é que a planilha é um instrumento em processo de construção . Como a avaliação é feita em termos de alcance de percentuais de um total de pontos possíveis , a introdução de novos itens , não impediria a comparabilidade das unidades entre si e mesmo da evolução do desempenho de uma única unidade . A segunda questão refere-se à disponibilidade de dados confiáveis (e de preferência secundários) para a construção dos indicadores . Ou ainda , o grau de complexidade e organização das unidades no sentido de interferir efetivamente sobre determinados problemas . Por exemplo , a mortalidade por causas externas ou a drogadição às vezes "endêmicas" em determinadas faixas etárias e em determinados bairros da cidade . As unidades não estão equipadas , hoje , para tal intervenção . O que não significa que não estejam no futuro . Neste momento , os indicadores correspondentes deverão ser incorporados à planilha . A pesquisa de sintomáticos dermatológicos na planilha (um problema tão grave como os sintomáticos respiratórios) não foi incluída na planilha por dificuldades de registro dos dados da pesquisa , feita pelo médico ou pessoal da enfermagem , quando da ida do paciente à unidade . Foi avaliado que os dados seriam tão inexatos que o indicador não teria confiabilidade nenhuma . Ao contrário da pesquisa de sintomáticos respiratórios que pode ser avaliada por um relatório específico de Laboratório Municipal que informa o número de baciloscopias realizadas por mês e por unidade .

Sem dúvida existe um universo de indicadores quantitativos/qualitativos a serem explorados . Só para dar alguns exemplos , na atenção à saúde da mulher poderiam ser analisados o período da gravidez em que as mulheres se inscrevem no pré-natal , o percentual dos vários resultados encontrados nas citologias oncóticas , o percentual de utilização dos vários métodos anticoncepcionais e vai por aí afora . A planilha não tem a pretensão de ser extensiva , embora ela possa sê-lo cada vez mais . A sua dinâmica de utilização e (re)formulação permanentes possibilitam isto . A planilha , na verdade , trabalha com o que poderia ser

chamado de **indicadores sentinelas** . ou seja . ela está medindo alguns aspectos do funcionamento da unidade , que , para funcionarem bem , demandam , **necessariamente** , um grau mínimo de organização da unidade , de comunicação da equipe e portanto de atividades de gerência . O seu alcance pode indicar , indiretamente , que o atendimento à população está sendo feito dentro de um padrão mínimo de qualidade , conforme o modelo tecno-assistencial proposto .

O resultado de três aplicações da planilha em onze unidades dotadas de gerente , e que se analisa a seguir , com certeza é o mais acurado instrumento de avaliação dos impactos obtidos com o projeto , apesar das limitações apontadas . Os dados que são apresentados e discutidos a seguir dão a idéia da evolução da rede no período de um ano, que vai de setembro de 1991 a setembro de 1992 . Eles medem a evolução da pontuação de cada uma das unidades em termos de percentuais de alcance em relação a um total (100%) estabelecido em conjunto com os gerentes , bem como permitem avaliar em quais dos aspectos agrupados acima , ocorreram os maiores avanços (o acesso do paciente , a atenção diferenciada e programada aos grupos de risco , a gestão da unidade e a organização do processo de trabalho) .

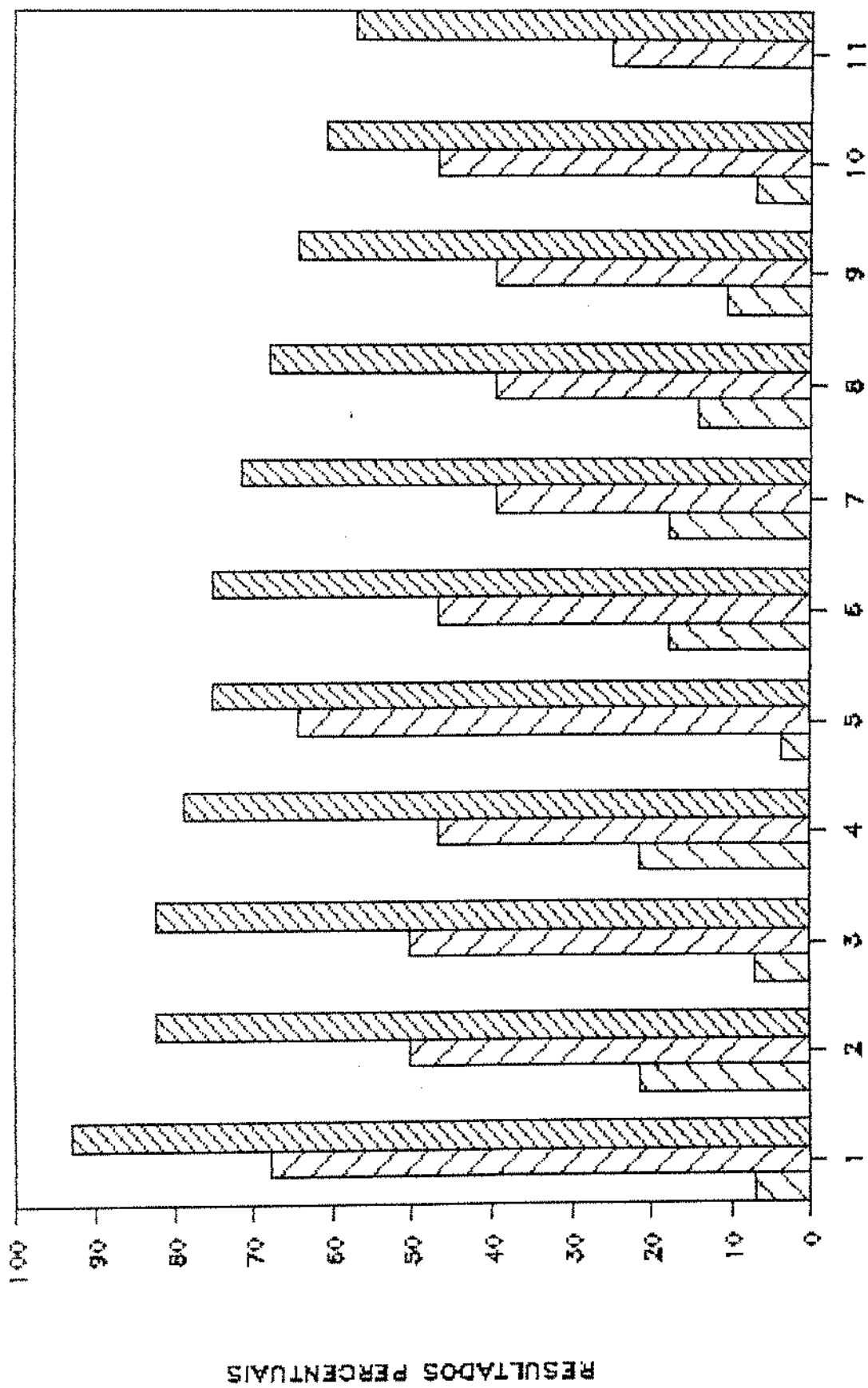
Vejamos pois a evolução da "pontuação" das unidades na avaliações realizadas semestralmente desde setembro de 1991.

U.B.S.	set/91	mar/92	set/92
Piracicamirim (1)	07.14%	67.85%	92.85%
Novo Horizonte(2)	21.42%	50.00%	82.14%
Vila Sonia (3)	07.14%	50.00%	82.14%
Santa Terezinha(4)	21.42%	46.42%	78.57%
Jaraguá (5)	03.57%	64.28%	75.00%
Vila Cristina (6)	17.85%	46.42%	75.00%
Cecap (7)	17.85%	39.28%	71.42%
Jd. São Paulo (8)	14.28%	39.28%	67.85%
Balbo (9)	10.71%	39.28%	64.28%
Jd. Esplanada (10)	07.14%	46.42%	60.71%
Coréia (11)	00.00%	25.00%	54.14%

Na página seguinte pode se visto o gráfico de barras que representa estes resultados , permitindo assim uma melhor visualização da evolução do desempenho destas unidades .

UNIDADES BASICAS DE SAUDE

AVALIACAO EM SET/91, MAR/92 E SET/92



FONTE: PROJETO "EM DEFESA DA VIDA"

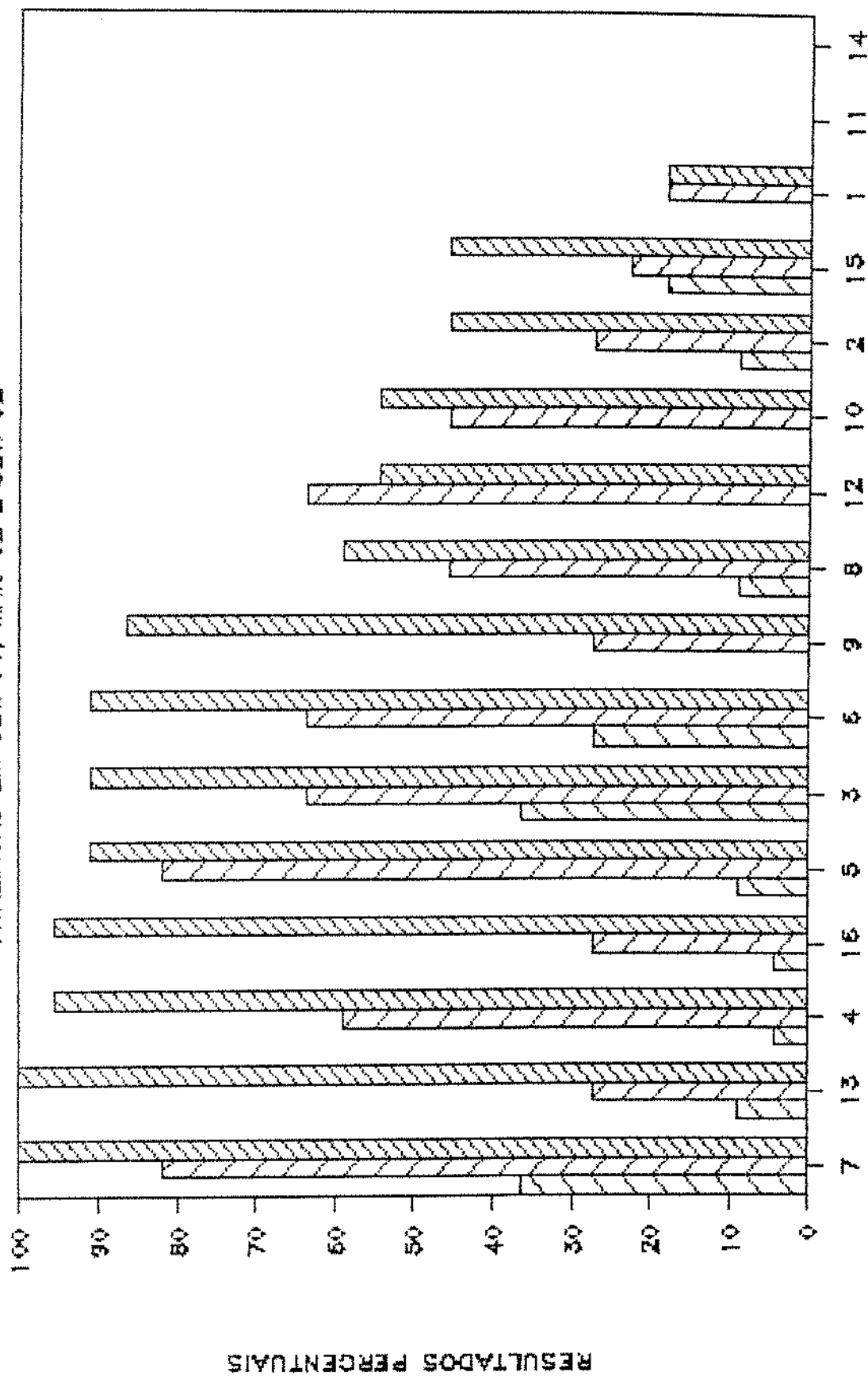
Os dados abaixo mostram a evolução da rede básica , como um todo . em cada um dos itens da planilha de avaliação .

ITENS	set/91	mar/92	set/92
7- enfermagem	36.36	81.81%	100.00%
13- hipert. e diab.	09.09%	27.27%	100.00%
4- C.L.S	04.54%	59.09%	95.45%
16- Vig.Epid.	04.54%	27.27%	95.45%
5- reuniões eq.	09.09%	81.81%	90.90%
3- agendamento	36.36%	63.63%	90.90%
6- prontuários	27.27%	63.63%	90.90%
9- crianças	00.00%	27.27%	86.36%
8- produtividade	09.09%	45.45%	59.09%
12- prod. Dentista	00.00%	63.63%	54.54%
10- plan. famil.	00.00%	45.45%	54.54%
2- horário func.	09.09%	27.27%	45.45%
15- pré-natal	18.18%	22.72%	45.45%
1- oferta cl.bas.	00.00%	18.18%	18.18%
11- sint.respir.	-	-	-
14- citol. Onc.	-	-	-

Estes mesmos dados poderão ser observados no gráfico de barras na sequência .

% DE ALCANCE DO PADRAO - ITENS/PLANILHA

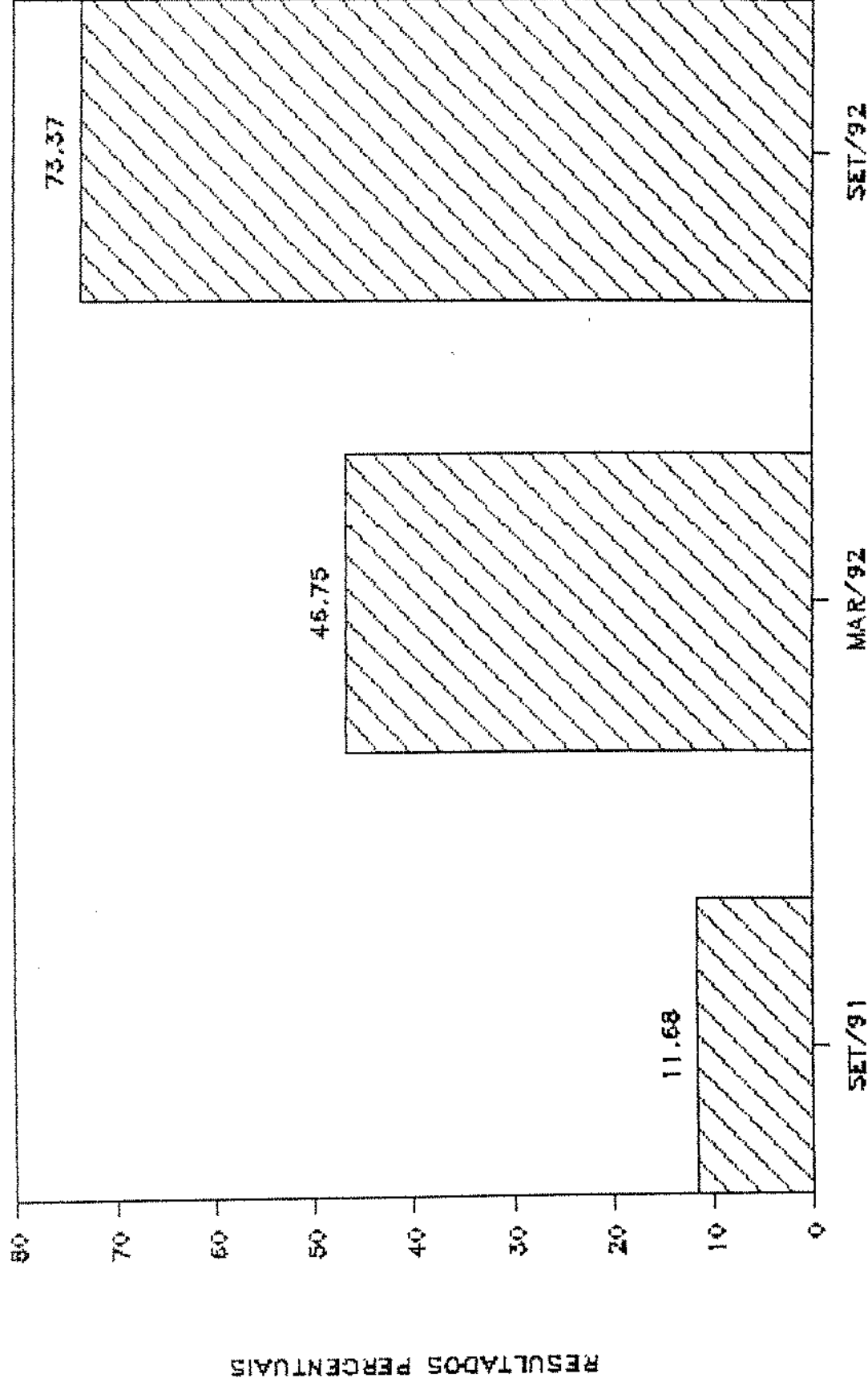
AVALIACAO EM SET/91, MAR/92 E SET/92



FONTE: PROJETO "EM DEFESA DA VIDA"

% DE ALCANCE DO PADRAO DA PLANILHA

AVALIACAO EM SET/91, MAR/92 E SET/92



FONTE: PROJETO "EM DEFESA DA VIDA"

As conclusões que podem ser tiradas deste dados são as seguintes :

- houve uma melhoria acentuada da qualidade do atendimento prestado pela rede básica (em particular as onze unidades dotadas de gerência) se considerados os critérios de avaliação previamente estabelecidos , o que confirma a adequação da estratégia de dotá-las de gerentes e a eficácia do programa de desenvolvimento gerencial .

- em alguns itens , como a oferta de atendimento de enfermagem em todos os horários e atenção programática a hipertensos e diabéticos . **todas** as unidades alcançaram o padrão mínimo esperado , o que não significa que não haja necessidade de aperfeiçoamento e melhoria dos mesmos .

- os itens referentes à pesquisa de sintomáticos respiratórios não constam dos dados acima por não ter sido possível montar os indicadores por falta de informação do denominador - número de primeiras consultas no ano para adultos e mulheres em idade fértil , respectivamente , o que será possível já a partir da próxima avaliação .

- alguns itens , em especial , chamam a atenção . Entre eles , só para destacar , o fato de que em setembro de 1991 **nenhuma** unidade desenvolvia atividades de atenção às crianças menores de 2 anos e que este número atinge quase 90% das unidades um ano após . Há um ano apenas 36.36% das unidades apresentavam agendamento com dia e hora marcados e que agora 90% das unidades oferecem este tipo de atendimento aos usuários .

- o item que menos cresce é o número 1 e refere-se à oferta de atendimento nas clínicas básicas em todos os horários de funcionamento das unidades . O interessante é que este é o item que menos dependia da atuação dos gerentes mas de uma política de nível central , tanto da Secretaria de Saúde como da Prefeitura Municipal !

- pode-se dizer , portanto , que a grande maioria das unidades atingiu um patamar **mínimo** de qualidade de atendimento , de utilização adequada dos recursos públicos e de racionalização do processo de trabalho . Além disto , foram alcançados os objetivos de democratização tanto da vida interna da unidade , como da relação da unidade como relatado no processo de avaliação das unidades .

- por estes dados , pode-se caracterizar uma melhoria mensurável da qualidade da atenção prestada aos usuários da rede básica da Secretaria Municipal de Piracicaba . o que não quer dizer que o atendimento seja bom , resolutivo e que não existam problemas como a repressão da demanda , dificuldade de acesso aos outros níveis do sistema etc . Quer-se dizer com isto , apenas , que foi possível , com um programa de desenvolvimento gerencial bem conduzido , com o apoio de uma equipe de supervisão mínima e com um incipiente controle

popular sobre os serviços . atingir um patamar mínimo de bom funcionamento que poderia bem sintetizado pela frase de um gerente : "agora nós estamos cumprindo , minimamente , com a nossa obrigação" . O fato é que , na tradição da administração pública direta brasileira - e o setor saúde não foge à regra - cumprir este mínimo que "não é mais que nossa obrigação" já significa uma conquista , que , é lógico , precisa ser complementada por outras conquistas .

- para encerrar este ponto , não é demais reiterar que , se esta planilha de avaliação por um lado pode ser considerada como muito tosca . de pouca sensibilidade , por outro significou um instrumento potentíssimo de comunicação dentro da equipe e desta com a população e seria difícil pensar este avanço mínimo , sem ela . De qualquer forma , a discussão que está colocada pelas próprias equipes é no sentido de " tudo bem , esta etapa já está cumprida e esta planilha ultrapassada . O que vamos inventar de novo agora ?"

IV_ A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PROJETO

A realização da II Conferência Municipal de Saúde em março de 1992 . poderia ser definida como um ponto de inflexão do projeto "em defesa da vida" . no sentido de que o mesmo se "institucionaliza" . Na prática . esta delimitação não é tão nitida . pois o projeto vinha se "institucionalizando" desde o início de sua implantação . Como já foi comentado anteriormente . ocorreu como que uma "colonização" da vida da Secretaria Municipal de Saúde pelo projeto a partir da redefinição de seu sistema de direção . da definição mais clara do modelo tecno-assistencial e das prioridades de intervenção . De qualquer forma . a II CMS propiciou um momento muito particular de síntese . de avaliação e de consolidação da aliança com novos e importantes parceiros : os usuários . A partir da II CMS . a prioridade para a intervenção da Secretaria de Saúde passa ser com a condução de suas resoluções que . em boa medida . eram uma confirmação do trabalho que já vinha sendo desenvolvido . Só que agora . com "mais gente" se responsabilizando e cobrando pelo seu sucesso. Nesta seção . são examinados alguns aspectos da gestão da SMS que demonstram como o projeto deixou de ser "projeto" e transformou-se em um "certo modo de governar" .

A II Conferência Municipal de Saúde

Realizada em março de 1991 . no Engenho Central . a II CMS contou com a presença de 185 participantes e 45 entidades cadastradas . Como parte de sua preparação . o Secretário de Saúde de Saúde havia realizado dezenas de reuniões em bairros . para prestar contas do trabalho desenvolvido pela SMS. Nestas reuniões foi utilizado material que apresentava . de maneira sintética . o conteúdo de uma revista que foi preparada para a Conferência . A revista continha . além de uma análise política das conquistas e derrotas do Movimento Sanitário a nível nacional . uma prestação de contas pormenorizada . conforme foi visto na seção III . A Conferência durou 2 dias inteiros e foi organizada da seguinte maneira :

Primeiro dia : mesa redonda para debater conjuntura da política nacional de saúde e prestação de contas pelo Secretário de Saúde

- Segundo dia : discussões em grupos (apoiadas por monitores da SMS) da revista e da tese apresentada pela SMS e plenária para apresentação dos trabalhos dos grupos e aprovação das resoluções . mocções e encaminhamentos da Conferência .

A II CMS aprovou as seguintes resoluções :

"A- DIRETRIZES GERAIS DO MOVIMENTO SANITARIO BRASILEIRO QUE A PLENARIA FINAL DA II CONFERENCIA MUNICIPAL DE SAUDE SE PROPOE A DEFENDER NOS FORUNS DE LUTA PELA REFORMA SANITARIA

- 1- Garantia da direito à saúde a todos os cidadãos
- 2- Incremento dos gastos com saúde . em todas as esferas de governo (minimo de 13% dos orçamentos municipais e estaduais e 30% da receita da Previdência)
- 3- Desenvolvimento de novas formas de financiamento dos sistemas municipais de saúde . através da regulamentação urgente do art.35 da Lei 8080 de 19/9/90
- 4- Unificação e democratização das instituições publicas
- 5- Superação da lógica neo-liberal na organização do SUS
- 6- Fortalecimento das forças sociais adeptas do SUS e fiscalização daquelas que se beneficiam com as distorções do atual modelo
- 7- Eliminação das distorções do atual modelo
- 8- Exigir a realização da IX Conferência Nacional de Saúde
- 9- Garantir as conquistas alcançadas pelo Movimento Sanitário na revisão constitucional de 1993 .

B- DIRETRIZES GERAIS PARA A IMPLANTAÇÃO RADICAL DO PROJETO "EM DEFESA DA VIDA" DA SMS DE PIRACICABA .

- 1- Tornar a SMS o gestor único do SUS de Piracicaba
 - 1.1- Municipalizar a Unidade de Avaliação e Controle (UAC) , responsável pelo relacionamento com o setor privado
 - 1.2- Municipalizar a Vigilância Sanitária
 - 1.3- Municipalizar a política de recursos humanos com isonomia salarial no PCCS para todos os servidores das três esferas de Governo .
- 2- Garantir o controle popular do SUS através da eleição de membros dos conselhos que atendam o requisito de representatividade
- 3- Aumentar a qualificação e adesão dos funcionários aos princípios de um modelo tecno-assistencial voltado para a vida
- 4- Reafirmar o Sistema Unico de Saúde em Piracicaba como forma de garantir a atenção `a saúde de todos os cidadãos , em quantidade e qualidade desde o nível mais simples até os equipamentos e procedimentos mais complexos

C- METAS PARA A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DURANTE O ANO DE 1992 , TENDO EM VISTA A IMPLANTAÇÃO RADICAL DO "PROJETO EM DEFESA DA VIDA"

- 1- Viabilizar o Hospital Municipal com 100 leitos , com possibilidade de ampliação futura

2- Construir as UBS Nho Quim/Algodão e Ipanema/Sol Nascente e Central . Reformar e ampliar as UBS Jardim São Paulo , Piracicamirim . Balbo e Santa Terezinha .

Criar o terceiro turno nas UBS Jardim Esplanada . Cecap. Santa Terezinha . Vila Cristina e Jaraguá .

Construir as unidades mistas de Vila Sônia e Vila Cristina .

3- Construir o Centro de Controle de Zoonoses com canil e consolidar o Programa Municipal de Controle de Animais Nocivos à Saúde . com seu caráter multi-secretarias . com ênfase na informação e participação popular .

4- Implantar o projeto "em defesa do sorriso"

Construir . no Serviço Odontológico Municipal . um módulo para atendimento odontológico . prioritariamente para as crianças até 14 anos . Garantir atendimento odontológico nas UBS Jardim São Paulo . Vila Cristina e Balbo . Garantir atividades de prevenção em Saúde Bucal em 100% das UBS

5- Criar o serviço de assistência farmacêutica visando atendimento quali-quantitativo à população no setor de medicamentos

6- Contratar . em caráter de urgência . o pessoal mínimo para garantir a consolidação do modelo :

18 médicos

4 cirurgiões-dentistas

10 enfermeiras

27 auxiliares de enfermagem

13 atendentes

2 fisioterapeutas

2 foncaudiólogos

4 técnicos de RX

1 engenheiro de segurança do trabalho

7- Implantar e garantir o funcionamento das comissões locais de saúde em . no mínimo . 80% das UBS

8- Implantar atividades de atenção à saúde de grupos de risco (crianças menores de 2 anos . gestantes . mulheres com risco de câncer ginecológico . hipertensos . diabéticos . tuberculosos) em 100% das UBS

9- Alcançar um aproveitamento de 100% dos recursos humanos existentes na rede de serviços de saúde . de acordo com os critérios de produtividade estabelecidos pela SMS

10- Consolidar o Ambulatório de Especialidades como serviço com tecnologia moderna e de maior complexidade e apoio ao trabalho desenvolvido na rede básica

11- Implantar atendimento humanizado com acesso facilitado e atendimento com dia e hora marcados em 100% das UBS

12- Garantir para a SMS . 10% do orçamento municipal de 1992

13- Comprar do setor privado 100% dos serviços ainda não ofertados pela rede pública e garantir o controle da UAC sobre este setor e a fiscalização do Conselho Municipal de Saúde

14- Avaliar e controlar 100% dos serviços contratados/conveniados

15- Contratar gerentes para as UBS de jardim Flanalto . Vila Rezende . Vila Fátima e Artemis .

D- RECOMENDAÇÕES

- 1- Garantir o cumprimento da jornada de trabalho para todos os funcionários . inclusive os médicos
- 2- Implantar controle mecânico de horário em todas as unidades e para todos os funcionários
- 3- Garantir o funcionamento do sistema de referência e contra-referência
- 4- Estímulo à dedicação exclusiva dos médicos
- 5- Encaminhar projeto de lei para a Câmara Municipal . prevendo a criação de cargo de nutricionista . farmacêutico . psicólogo . ACD e THD e a complementação das necessidades de cargos já existentes
- 6- Potencializar o uso dos equipamentos sub-utilizados
- 7- Reativar o programa de saúde do trabalhador
- 8- Priorizar o atendimento à saúde bucal das gestantes e crianças
- 9 Garantir o atendimento à saúde bucal para adéticos ."

As resoluções da II CMS foram praticamente uma confirmação da tese apresentada pela SMS . e . nesta medida . um referendamentto do desenho geral do projeto em "defesa da vida" . Isto representa aspectos positivos e negativos . Entre os primeiros . podem ser lembrados que o projeto havia sido discutido . em detalhe . nas reuniões preparatórias e nos trabalhos de grupo durante a Conferência . o que deu um caráter mais "orgânico" à mesma se comparado com a anterior . A existência de um projeto bem explicitado de certa maneira "vertebrou" a intervenção do movimento popular presente ao evento . Se por um lado isto é positivo . na medida em que as idéias puderam ser colocadas de uma forma mais organizada e . facilitar assim a intervenção das pessoas . não deixou de trazer o inconveniente de que um certo "oficialismo" dominasse a Conferência . no sentido das resoluções já trazerem uma certa marca de "realismo" ou de factibilidade tendo em vista os recursos existentes . Como se houvesse um certo balizamento por parte dos dirigentes da SMS dos caminhos possíveis e um alerta constante pra o risco de "delírios" que . no final das contas . seriam improdúcentes e não "levariam a nada" . Com certeza é muito difícil encontrar o equilíbrio entre o "ser dirigente" . dentro do que se espera de uma SMS e . exagerar neste "ser dirigente" e empobrecer ou limitar a potencialidade de intervenção dos "que estão de fora" . De qualquer forma . como não há receita para isto . só há a saída de fazer . arriscar e ir aprendendo com os erros e acertos . Só quando os sujeitos se constituem plenamente nas arenas . eles põem limites aos outros . mas basta sua presença . mesmo que ainda em "formação" . para estar já presente no projeto do outro.

A articulação da gestão descentralizada com o controle popular

Como poderá ser visto nas conclusões deste relato (seção V) há uma opinião, quase que unânime entre os participantes do projeto, de que o seus maiores avanços ocorreram justamente no sucesso obtido na descentralizado da gestão e em uma considerável "permeabilização" do sistema ao controle do usuário, que, se ainda pode ser considerado distante de um controle efetivo do sistema, significou um passo importante naquela direção. Ao ser analisada a "institucionalização" do projeto, merece destaque como foi a confluência, pode-se dizer sinérgica, destes dois processos: a descentralização da gestão com participação popular que, afinal de contas, são umas das "marcas" do projeto "em defesa da vida".

Já foi dito anteriormente que houve uma evolução entre a primeira aplicação da planilha de avaliação (set/91) e a terceira (set/92), se considerada a incorporação crescente do conjunto da equipe e dos usuários. Nesta última, houve participação organizada e direta das comissões locais de saúde na avaliação de 10 das 11 unidades. O texto que se transcreve, na sequência, foi escrito por um supervisor que participou do processo de avaliação e dá uma boa idéia da dinâmica adotada para a aplicação da planilha e, mais do que isto, com que "espírito" a equipe de supervisão já encarava o processo de avaliação, antes tenso e formal e, agora, quase uma peça na qual participam vários atores.

" Esta avaliação diferenciou-se das outras anteriores principalmente por seu caráter didático-pedagógico (e por que não político também?) em relação ao técnico-avaliador propriamente dito. Além do aspecto formal-informal. Explico: apesar da avaliação estar formalmente agendada junto à CLS (horário e dia escolhidos), foi mais informal que as outras. Foi um grande bate-papo.

Os horários mais estranhos foram marcados: 5 da tarde até 8 da noite, 10 da manhã, 1 da tarde etc. Em regra levou-se em torno de 3 horas para cada "avaliação" (explicarei as aspas).

Outras diferenças foram fundamentais: primeiro a presença dos representantes dos usuários, dos representantes dos funcionários, da enfermeira (obrigatoriamente), além do gerente. Garantimos assim, ao vivo e em cores o repasse das informações do processo, não fiando-se (como das outras vezes) que o gerente fizesse (ou não) reunião com a CLS e/ou reunião com a equipe da UBS para repassar e discutir a avaliação.

Observação 1 - Em todas as 11 unidades, participaram o gerente, o(s) representante(s) dos funcionários, a enfermeira (elemento inexistente em set/91 e abril/92) e os representantes dos usuários (na CLS), exceção feita à UBS do Esplanada que não contou com os representantes dos usuários (a única) por problemas políticos eleitorais (véspera de eleições, assessor de vereador etc...) o que (ao meu ver)

não prejudicou o processo . nem a avaliação . Mas é fato digno de observação .

Outra diferença fundamental é que a planilha de avaliação deixa de ser meramente um instrumento técnico dentro do projeto e ganha a sua dimensão política e inclusive e ponta de lança da divulgação do próprio projeto em defesa da vida .

A avaliação (terceira) um ano (exato) após a primeira e com a presença da CLS virou notícia e transformou-se em **marketing** para o projeto . Deu notícia em todos os jornais da cidade . nas rádios e uma delas foi motivo de vídeo pela equipe da Assessoria de Imprensa da Prefeitura . que pretende também filmar o final do processo .

Observação 2- Além das entrevistas para as rádios e jornais sobre o significado da planilha de avaliação . o vídeo teve o seguinte roteiro . Avaliação da UBS Fisca . Foram filmados e entrevistados ao vivo (sem ensaio) : seu Domingos . seu Francisco e dona Vera (representantes dos usuários) . a gerente Ana . a funcionária Rita e o "avaliador" Roberto (Roberto Nogueira . médico sanitarista . coordenador da equipe de supervisão e autor deste relato) . Todos indagados sobre a importância da avaliação para a UBS e seus usuários .

Roteiro . Em uma sala da UBS . com os atores acima citados seguia-se o seguinte discurso do "avaliador" (monólogo em 70% do tempo . em média . como toda aula clássica) :

A Administração Popular e Democrática tomou posse em 1989 e ate 1991 não havia a figura do gerente . As unidades eram supervisionadas regionalmente por 4 enfermeiras . Então . em 1990 . o secretário Alex percorreu todas as unidades discutindo o plano diretor de 1990 (elaborado nos moldes do plano diretor do SUDS/SP e padronizado para todo o estado de São Paulo) e logo após inicia as discussões nos bairros visando a I Conferência Municipal de Saúde e a criação do Conselho Municipal de Saúde . Nesta reuniões nas unidades . entre várias queixas . uma reivindicação surge de modo unânime e consensual : a necessidade de um responsável pela unidade . Pela primeira vez surge a idéia da figura do gerente . Inicia-se em 1991 a busca do atendimento à esta reivindicação . Médicos . enfermeiras e dentistas são convidados a dobrar sua carga horária e a assumir tal função . Em abril um time estava formado . Optou-se por colocar gerentes em 11 das 21 UBS . justamente aquelas de maior demanda e complexidade . além do ambulatório de especialidades e o serviço odontológico municipal . 13 pessoas aceitaram o convite para assumir as atividades de gerência .

Início de maio de 1991 . O secretário percorre estas 11 UBS empossando . junto à equipe . estes gerentes . E de imediato recebem sua primeira tarefa : fazer um diagnóstico da sua UBS . analisando aspectos como os recursos existentes . o perfil da clientela atendida . os serviços oferecidos e um reconhecimento inicial das organizações populares existentes no bairro .

Com isto . apesar da reclamação dos recém-empossados

gerentes . o pediatra . o clínico . o dentista . a enfermeira e os outros profissionais . saíram do seu canto . da sua sala . do seu consultório e passaram a a ver a unidade como um todo . o seu potencial . suas deficiências . seu papel na região . a população . o usuário . Feito isto . perguntou-se ao gerente se esta unidade (de sua responsabilidade agora) era o que ele sonhava . Então . passou-se a discutir a unidade dos sonhos (dentro da nossa realidade) . Como deveria funcionar o postinho de saúde . assim . assado . o fichário . a vacina . o atendimento etc ... Quando conseguimos chegar a um consenso de qual era nosso modelo assistencial . começamos a ver como aplicá-lo . como persegui-lo . E desta idéia geral que tínhamos . foram pinçados alguns itens que representassem melhor este modelo que queríamos . Foi sendo desenhada a planilha de avaliação . Amarrou-se então como cobrá-los . como cumpri-los . como num contrato entre a SMS e as UBS . Foram definidas então as pontuações para cada item . fontes de comprovação . períodos a serem analisados . regras enfim que não permitissem nenhuma subjetividade . que a avaliação fosse matemática . objetiva . homogênea e que realmente medisse o crescimento ou não dos SERVIÇOS OFERECIDOS A POPULAÇÃO . A planilha é isto . E não meramente "nota'dada" . Não se avalia o gerente . os funcionários ou os médicos . como se teve a impressão nas primeiras avaliações (análise equivocada . mas que ocorreu por parte de alguns) . A planilha serve e mede a implantação de serviços prestados à sua clientela e busca outras metas . Dá e busca diretrizes . E os efeitos . se foram positivos ou negativos . vamos discutir hoje com os usuários .

Observação 3 _ neste momento é distribuída uma cópia da planilha entre todos os presentes . Alguém lê e o "avaliador" comenta . suscitadamente . item por item .

Tudo muito bem . tudo muito bom . OK ! Então vou voltar pra minha unidade e começar a implantar estas coisas . disseram os gerentes . Não . falamos ! Queremos tirar uma foto de como está a nossa rede antes da intervenção de vocês Então . foi feita a primeira avaliação em setembro de 1991 . Vamos voltar no tempo e ver como era nossa unidade um ano atrás .

Observação número 4 - neste momento é entregue uma planilha . em branco . contendo os itens da planilha e três colunas para marcar a pontuação de set/91 . abril/92 e set/92. Cada um vai anotando a nota recebida há um ano que é cantada pelo avaliador com certos comentários tipo : "há um ano não tínhamos isto ou aquilo . então zero" . Esta metodologia de recuperar . para a equipe e para os usuários . o desempenho histórico da unidade . mostrou-se tal qual um jogo de bingo em que todos torcem . Não raro a enfermeira e/ou os usuários torciam e queriam influenciar em "notas" já dadas (mostrando um envolvimento . uma torcida pela unidade).

Finda a pontuação de set/91 o que ocorre ? O gerente tinha vários problemas não equacionados . uns fáceis . outros difíceis . Então . já previamente treinados . eles entravam em sua segunda grande tarefa : fazer junto com a sua equipe o projeto local de saúde . explicando os problemas . propondo os resultados . apontando operações e indicando responsáveis.

É o trabalho planejado . (mostra-se o projeto de ação I aos presentes de forma rápida) .

Rapidamente seis meses se passaram e olha nós aqui outra vez . Avaliação de abril de 1992 . Vamos à pontuação . Repete-se o processo (cantar a pontuação em cada um dos itens e marcar na cartela . aliás . planilha ...) Comentam-se os avanços . Os participantes estão mais envolvidos . Novamente outro plano de ação (o segundo) . A análise comparativa (gráficos) das duas avaliações . Todas as UBS cresceram . Estamos no caminho certo . A experiência dos gerentes está funcionando . o planejamento é importante e agora já temos várias comissões locais de saúde . Mas . o que melhorou mais e o que melhorou menos na nossa rede ? O gráfico dos itens é analisado e é possível mostrar que a rede cresceu na sua organização interna (reuniões , produtividade, atendimento de enfermagem) e na relação com a clientela (agendamento , CLS) mas evolui pouco nas atividades programáticas para os grupos de risco e nos itens que dependem de investimentos da SMS . Da discussão com os gerentes conclui-se pela necessidade de uma figura fundamental : a enfermeira . Então , entre abril e junho de 1992 a SMS realiza uma série de concursos para a contratação de médicos , enfermeira , dentista , auxiliar de enfermagem , atendente .

Observação 5- Neste momento as enfermeiras , recém admitidas na rede , já entenderam a planilha e sentem-se muito importantes .

Então cá estamos para a terceira avaliação , exato um ano após a primeira . O que mudou nesse um ano ? O que melhorou ? Com a palavra os usuários e os funcionários . Vamos dar as notas juntos . Item 1 ...

Observação 6- Nos itens 1 . 2 . 3 . 4 . 5 . 7 . 8 . 10 . 12 e 16 a pontuação foi feita na hora , com os presentes acompanhando as fontes de comprovação , discutindo a pontuação , inclusive fazendo juntos as contas da produtividade e entendendo , por exemplo , a diferença entre produção e produtividade .

Os itens 6 . 9 . 13 . 14 que dependem de análise de prontuários não foram pontuados neste momento , mas foi explicado aos presentes qual seria a sistemática adotada .

Também em relação aos itens 11 e 14 só foram dadas as explicações de como seria a pontuação .

De tal sorte que , no final , ao contrário das outras duas avaliações , não se tinha a pontuação final total da UBS, mas uma análise preliminar do crescimento e que seria completada a seguir pela equipe técnica . Desmistificaram-se os números , priorizou-se o contexto .

Abre-se a reunião para comentários finais tipo : entenderam ? O que acharam ?

Resultado : os usuários sentem-se participativos e responsáveis. A enfermeira entende a planilha , as metas e tem o seu papel na UBS clareado . Os funcionários aprofundam seu entendimento e , surpresa (!) , a maioria dos gerentes que já estava ouvindo tudo aquilo pela milésima vez , por quase 3 horas , também avaliou a metodologia de avaliação positiva , inclusive para eles próprios .

Comentário final do "avaliador" . terminadas as análises de prontos-uídeos , notas dadas , gráficos feitos etc . : estão todos convidados para uma reunião no próximo mês . na qual todas as comissões locais de saúde . juntamente com o Conselho Municipal de Saúde estarão reunidas com o atual e o futuro prefeito que toma posse em janeiro de 1993 . para vendermos nossa idéia da importância de um trabalho planejado . com a participação dos usuários . para garantirmos o que já foi alcançado e caminharmos mais ainda .

Comoção geral . comentários etc ... Exaustos . C'est fini

...

Arigatô "

Este relato de um dos dois técnicos que participaram de todas as três avaliações tem um grande valor , enquanto testemunho de um participante do programa , de como foi (e está) se armando este encontro de um determinado saber técnico com as expectativas dos usuários do sistema . Muitas coisas poderiam ser comentadas neste relato . A maneira clara e sintética com a qual o relator expõe o projeto na sua essencialidade . A forma extremamente comunicativa de "passar" o modelo tecno-assistencial que está sendo trabalhado . Neste momento , emergem novos personagens no sistema de saúde . Forja-se , necessariamente , neste contato direto entre quem pensa a política de saúde do município , quem executa esta política e quem usa o sistema , uma nova linguagem . Impõe-se uma forma de entendimento , que , superando o paternalismo e um certo "tatibitati" inevitável ao se lidar com "leigos" , enfrenta questões substantivas para a vida das pessoas . Ao usuário , é revelado um pouco do que lhe é oculto enquanto usuário . A linha que separa a formulação , a execução e a utilização , neste momento relatado acima torna-se menos nítida . O relato do supervisor , se olhado bem , fala desta emoção . Deste experimento . Deste instante frágil do passo precursor (e possível) por um terreno ainda não explorado da utopia . A entrada de novos personagens na cena da saúde é possível , embora ainda tão tutelada . Difícil contrastar o novo com o "oficialismo" da condução ou da armação do espaço institucional para a participação . O novo é tão impar no seu ineditismo que fica difícil reconhecer o traço exato dos seus limites . Mas o caminho está aberto . Resta consolidá-lo .

O funcionamento do conselho de gerentes

Na seção III , ao se falar da gestão do projeto , e , em particular , do sistema de direção da SMS de Piracicaba , foi apontada a existência de um conselho de gerentes . O exame mais cuidadoso deste ponto só é feito nesta etapa do relato , justamente porque o início do funcionamento do conselho é um dos indicadores da "institucionalização" do projeto que está sendo reconstituída . O conselho pode ser visto como o amadurecimento ou o "coroamento" do programa de desenvolvimento gerencial (PDG) que vinha sendo trabalhado desde o fim de maio de 1991 . O conselho passa a ser

reconhecido como uma instância de deliberação e formulação da política da SMS em agosto de 1991 .

A legitimação e o reconhecimento do conselho dos gerentes impuseram-se , em um determinado momento , a partir da constituição dos gerentes enquanto dirigentes locais e da necessidade do colegiado de reconhecer um novo interlocutor , no sentido mais amplo que esta palavra tem , ou seja , reconhecer nos gerentes um parceiro do projeto , numa relação de mão dupla , de troca , biunívoca enfim .

A "criação" do conselho de gerentes já havia sido claramente colocada em uma oficina realizada em outubro de 1991 , quando se examinaram as dificuldades na condução do projeto , inclusive como condição para aumentar a governabilidade do grupo dirigente da Secretaria . Se o conselho não foi "criado" naquele momento , é porque estava "sendo gestado" , no sentido dos seus membros estarem sendo preparados para se comportarem como um novo ator dentro da instituição . Ator no sentido de se tornarem um agrupamento capaz de criar fatos políticos e não apenas agentes institucionais reprodutores de normas .

As condições para o início do funcionamento do conselho estariam maduras após a elaboração dos projetos de ação das unidades em junho de 1992 . Neles , os gerentes , além de definirem as operações que seriam desenvolvidas para melhorar a qualidade das unidades (utilizando-se dos recursos já existentes) , colocavam um conjunto de demandas de operações, ou seja , operações que não tinham autonomia para desenvolver a nível local . A necessidade de se completar as equipes locais era dramática . Mantidas as equipes existentes naquele momento , pouco poderia ser feito no sentido de se atingir o padrão mínimo estabelecido para as unidades básicas de saúde . Como foi encaminhada (com sucesso) a ampliação de cargos da SMS junto à Câmara Municipal já foi analisado na seção III . Porém existiam ainda um conjunto de demandas que o colegiado decidiu analisar cuidadosamente , uma por uma , em conjunto com os gerentes , mostrando as possibilidades e as limitações para atendê-las . Discutindo soluções alternativas mais abrangentes , na medida em que as demandas apontavam para o sistema de saúde como um todo . Estava nascendo o conselho dos gerentes . De uma forma natural . Como consequência dos acúmulos do sistema de direção . Agora não tinha sentido a discussão se era ou não conveniente distribuir o poder ou sobre quais os inconvenientes ou as desvantagens de descentralizar a decisão . Agora o conselho era um imperativo . Uma exigência para a continuidade do trabalho .

As primeiras "tarefas" do conselho foram , exatamente , analisar , de forma sistemática , as demandas apresentadas nos projetos de ação . Ao colegiado de governo coube o papel de sistematizá-las , agrupá-las por temas afins , para que pudessem ser trabalhadas pelo conselho . Por exemplo , a distribuição do pessoal que iria ser contratado a partir da

ampliação de cargos , foi feita a partir de critérios estabelecidos pelos gerentes e tendo como referência os seus projetos de ação . Considerando-se que os recursos eram muito inferiores às necessidades das unidades , houve uma verdadeira disputa pelos cargos , mas sempre conduzida dentro de parâmetros estabelecidos pelo conselho . A correção desta distribuição pode ser vista na melhoria da avaliação de todas as unidades realizada três meses depois . Para dar um exemplo, basta lembrar que os itens referentes às atividades programáticas tinham sido os menos pontuados na primeira e segunda avaliações . Com a decisão de se colocar uma enfermeira em (quase) todas as unidades , a terceira avaliação já mostrou uma importante melhora naqueles itens .

Entre as demandas mais frequentemente feitas pelas equipes de saúde , estavam aquelas referentes a problemas do apoio do nível secundário do sistema , em particular , os métodos complementares de diagnóstico . Em função disto , foram realizados uma série de encontros entre o colegiado e os gerentes dos serviços secundários . A diretora do laboratório municipal participou de uma oficina conjunta com os gerentes , na qual foram definidas operações visando a melhoria do apoio laboratorial , inclusive dos exames comprados do setor contratado . O gerente do ambulatório de especialidades participou de uma série de reuniões com o colegiado para definir a reestruturação do mesmo (utilizando-se de metodologia de problematização) e este trabalho foi apresentado e debatido no conselho , do qual foi tirado um grupo de trabalho para encaminhar uma série de indicações feitas por aquele colegiado . O gerente do serviço de fisioterapia também participou de reunião do conselho para a definição conjunta de normas de relacionamento do serviço com a rede básica , bem como de critérios para encaminhamentos , serviços oferecidos e outros aspectos . Ou seja , os gerentes , agora , colocam-se como formuladores que pensam o sistema de saúde como um todo . Não são mais apenas "coordenadores de postinho" . Existe para eles agora a possibilidade (e a responsabilidade) de pensar o sistema de saúde como um todo . A questão da carência de leitos também foi analisada . Os gerentes tendo acesso aos dados e tirando posição a respeito , por exemplo , da manutenção ou não da central de vagas que funcionava no ambulatório de especialidades . O SUS entrou na pauta do conselho . O conselho se fez conselho quando o SUS entrou em sua pauta .

Não que fossem sempre claras e bem estabelecidas ou mesmo fáceis as relações entre conselho de gerentes e colegiado de governo . Com certeza a questão do "nós" e "eles" ainda se manteve , embora em graus diferenciados entre os gerentes . Basta ver as avaliações feitas pelos gerentes e apresentadas na seção III . Pode-se dizer que permaneceu , nestes meses iniciais de funcionamento do conselho (durante o segundo semestre de 1992) uma certa "desconfiança" de ambas as partes . O colegiado (ou alguns de seus membros) com uma posição de que *"os gerentes não assumem , só vivem reclamando e não têm adesão e compromisso com o projeto"* . Já

entre os gerentes havia uma certa sensação de curiosidade para "ver até onde vai dar isto tudo". Uma certa idéia de que esta participação era apenas parcial, na medida em que o universo da formulação da política não entrava na pauta do conselho. De qualquer forma, não é possível deixar de reconhecer que houve um importante avanço se comparada a relação da direção da SMS com os gerentes um ano atrás (em junho de 1991) e a do colegiado de governo com o conselho, neste momento. Sem dúvida há uma organicidade maior nesta relação, uma maior explicitação dos compromissos de ambas as partes. Pode-se falar agora, apesar das "desconfianças" mútuas já comentadas, de uma direção colegiada "ampliada", no sentido de que o colegiado de governo amplia os aliados para o projeto e constitui-se uma direção mais democrática da instituição. Inventar-se, na prática, a mudança da administração pública ao nível de uma secretaria municipal de saúde.

V- CONCLUSOES

Este relato teve, além de um caráter descritivo e sistematizador do projeto "em defesa da vida", uma certa preocupação analítica, simultânea à descrição. Mais do que análises, poderia ser dito que foram feitas certas observações e destaques que refletem muito a preocupação do relator. Neste sentido, os recortes não são casuais, mas refletem um maneira particular de se iluminar o objeto que está sendo observado. A vida de relações entre as pessoas na instituição é tão rica, tão multifacetada, tão interpenetrada de subjetividades, de "não-ditos", de fatos não estruturáveis, que, relatar o desenvolvimento de um projeto que teve a duração de um ano e meio, lidando com centenas de técnicos, dirigentes intermediários, usuários, políticos ocupantes de cargos etc, correria o risco, no limite, de ser uma ficção, uma reificação da parte de quem escreve. Dito de outra maneira, haveria tantos relatórios, com distintos destaques e conclusões quantos fossem os relatores? Talvez. A relativização na resposta ancora-se na crença de que, no transcorrer da experiência, surgem sujeitos, no sentido de agrupamentos humanos portadores de uma matriz discursiva própria. Se a hipótese for correta, com certeza poderão ser verificadas certas regularidades na avaliação da experiência, que garantiriam uma certa "objetividade" da mesma. Outra não foi a intenção ao se apoiar o relato em documentos produzidos no correr do projeto, o que de certa forma garantiria uma certa imparcialidade e também "objetividade" do relator.

O que se examina a seguir, são os depoimentos dos membros do colegiado de governo ao fazerem uma avaliação do trabalho em outubro de 1992. Foi feita uma colagem destas falas que não estará, com certeza, livre da subjetividade do relator. De qualquer forma, o esforço feito foi no sentido de apenas ordenar, por temas, transcrições literais

de trechos dos depoimentos e tentar retirar , deste painel, uma visão diferenciada e , quem sabe , mais enriquecedora da experiência .

Há uma concordância , entre os membros do colegiado de governo de que o projeto "em defesa da vida" significou uma inflexão na gestão da SMS .

"A história da Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba . da Administração Popular e Democrática . gestão 89-92 se divide em duas : antes de maio/91 e após maio/91 . O projeto em defesa da vida foi , sem sombra de dúvidas , um marco" .

"A criação do projeto 'em defesa da vida' estabeleceu uma nova forma de se administrar 'Saúde' na Prefeitura Municipal de Piracicaba"

"O projeto 'em defesa da vida' da SMS de Piracicaba é uma mudança na proposta de gestão do setor público na saúde"

O principal problema na condução do projeto , conforme formulado por alguns membros do colegiado , seria seu descompasso em relação à administração municipal como um todo. "Com um bom controle de recursos cognitivos e de capacidade organizativa , a equipe consegue elaborar um projeto potente e eficaz para enfrentamento do problema de atendimento à saúde em Piracicaba .e . não fosse pela falta de motivação de alguns atores importantes certamente teria alto impacto nos níveis de saúde da população , bem como na materialização do 'modo petista de governar' . com concreta priorização da Saúde no Governo , gestão autônoma e efetivo controle social : marca que faltou na atual gestão" . Aqui , quando se fala de "falta de motivação de alguns atores importantes" , está-se falando dos demais membros do Governo Democrático e Popular de Piracicaba , organizados em um Conselho de Governo que reunia o Prefeito e todos os secretários . Não tem outro significado a fala de outro membro do colegiado quando analisa "o que faltou" na condução política do projeto : "O Governo democrático e Popular não tem saúde como prioridade , é um **governo social-democrata**" (grifado no depoimento) .

A atual secretária , ao avaliar a relação do projeto com a Administração Municipal faz as seguintes ponderações : "Todos os grandes problemas tiveram coordenadores , várias ações foram efetuadas durante o prazo previsto , outras foram retomadas e rediscutidas , porém o que chama a atenção é que tudo aquilo que dependia de ações mais 'radicais' , ou melhor dizendo 'revolucionárias' , que dependiam do exercício do poder não foram atingidas . Nota-se claramente que Saúde não é uma área prioritária para grandes mudanças : a nível do Governo não se tem o entendimento que é um direito e deve ser assumido pelos diferentes níveis do Estado em toda a sua radicalidade . Vários exemplos deste fato:

-o percentual do orçamento aplicado na saúde (hoje ainda não atinge 10%)

-a timidez com que é enfrentado o Hospital Municipal

-a não municipalização da UAC

A política desenvolvida é aquela de uma social-democracia que não busca ações audazes que provoquem embates entre o público e o privado, priorizando no caso o setor público".

Na percepção do grupo, a SMS esteve isolada, e não conseguiu quebrar este isolamento em relação à administração no sentido de sensibilizá-la e fazê-la avançar além dos limites que suas características de "social-democracia" permitem. Há uma queixa e um reconhecimento de que não se conseguiram viabilizar aquelas ações "que dependiam do exercício de poder". Ou dito de outra forma, parece haver um reconhecimento de que o colegiado teria movido nos limites dados de sua governabilidade, não conseguindo ampliá-los. O próprio partido no governo (o PT) não contribuiu para a radicalidade que o grupo entende como necessária. "Com relação ao partido tenho a considerar que o mesmo, através do conselho dirigente pouco entendeu do nosso projeto: não existe nele um grupo de saúde que discuta uma maneira mais audaz de defender o direito à saúde para todos os trabalhadores, ficando a exigência apenas na necessidade principalmente do atendimento médico, muitas vezes buscando a prática do clientelismo em busca da solução dos problemas". Este tipo de opinião vai surgir em outro depoimento: "O PT em Piracicaba não se constitui como um partido de organização da classe trabalhadora, haja visto a pouca penetração deste nos movimentos sociais e sindicais, os quais já são inexpressivos. Assim, o partido não consegue fortalecer as comissões locais de saúde, ou seja ampliar a participação e controle da população dentro do SUS".

Outro membro do colegiado analisa assim a questão da viabilidade: "O desenvolvimento do projeto vai gradativamente aumentando nossa capacidade de governo e nossa governabilidade, atingindo uma barreira no momento de conseguir a adesão externa de atores da administração e do legislativo municipal, pela falta de audácia e até alguns erros na análise de atores, talvez até pela já descrita postura do secretário". Sim, porque havia, no colegiado, uma análise que foi se tornando consensual no correr da experiência, da pouca adesão do secretário ao projeto (a atual secretária assumiu apenas nos meados do primeiro semestre de 1992 e penúltimo da administração petista) e sua incapacidade de representá-lo "para fora". "No desenvolvimento do projeto tivemos vários problemas, começando pela resistência do Secretário de Saúde ao planejamento. A figura do Secretário enquanto político reproduzia o clássico imediatismo, com agenda que não priorizava o projeto (...). Importante frisar o espírito democrático do Secretário que admitiu a gestão colegiada, mesmo que com diferenciação na confiança em cada um dos membros da equipe, o que possibilitou o desenvolvimento do projeto, pois sua defesa era maioria no colegiado de governo".

Outro membro do colegiado faz uma avaliação muito semelhante do papel do Secretário ao analisar os "poucos avanços do projeto" : "em primeiríssimo lugar , acredito que o tempo de 'governabilidade' do projeto foi curto , pois iniciamos a discussão do projeto em maio de 1991 . Em segundo lugar , houve uma superficialidade na análise dos atores considerados como tendo alta motivação para o projeto e , no entanto entra-se em 'crise' em dezembro de 91 pois o projeto não tinha coordenador que funcionasse na prática (...) mesmo a SMS , considerada como ator de alta motivação tinha dificuldades na condução do projeto , **além do Secretário não estar firmemente aderido** (grifo do relator) os diversos membros do colegiado tinham compromisso e entendimento diferenciados do projeto". O distanciamento do Secretário em relação ao projeto e , além disto , uma certa postura "mais realista do que o rei " que encarava como "impossível" qualquer avanço maior do projeto (por exemplo , uma ampliação "pra valer" do quadro de pessoal de uma rede que trabalhava com alta repressão de demanda e produtividade próxima de 100% !) era sempre uma espécie de "água fria" no ânimo do colegiado . Afora isto , na medida em que o projeto ia sendo desenvolvido , foi adquirindo certas complexidades e nuances que , só quem estivesse realmente envolvido com o mesmo , conseguia apreender em toda a extensão . Este "domínio" do projeto , além de uma adesão ao mesmo , eram pré-requisitos obrigatórios para que o Secretário pudesse articulá-lo para fora , aumentando a governabilidade da SMS . O que não ocorria . Como já foi comentado em outro lugar deste relato , o grupo trabalhou sempre com a hipótese de que o Secretário tinha que acumular as funções de coordenador tanto interno como do projeto "para fora" . Por esta razão , nunca foi examinada e assumida a possibilidade de existir uma espécie de secretário adjunto que coordenasse o projeto "para dentro" .

Apesar do reconhecimento destes limites e das dificuldades na condução do projeto (a falta de organicidade e expressão do partido no poder junto aos trabalhadores , apoiadores potenciais do projeto , as deficiências do secretário , por várias razões apontadas , na condução do projeto e o descompromisso da administração com investimentos em saúde) há uma certa visão compartilhada pelo colegiado expressa na seguinte fala : "A 'garra' da equipe que empolgava e contagiava possibilitou levarmos o projeto até onde chegou , sendo que foram fundamentais a 'autonomia financeira' (Fundo Municipal de Saúde) , o investimento na rede (física , materiais de consumo e pessoal) e a democratização da gestão , não só a gestão colegiada , como o conselho de gerentes e , principalmente , o controle social via conselho municipal de saúde , comissões locais de saúde e as duas conferências municipais de saúde ." Neste aspecto há um forte consenso no grupo , no sentido de haver um reconhecimento explícito de que houve avanços , principalmente na invenção de um novo modelo gestão na administração pública , pelo que rompe com a sua configuração fechada e hierarquizada .

"Mas , sem dúvidas , o ponto mais positivo deste projeto foi a participação popular através das conferências , conselho municipal e conselhos locais de saúde . Apesar da in experiência de alguns dos integrantes dos conselhos , pois , afinal , a saúde era tratada verticalmente sem nenhuma participação da comunidade em opinar ou orientar as decisões. A integração destas pessoas auxiliou sobremaneira a democratização de uma política de saúde voltada para a comunidade como um todo , sem clientelismos ou discriminação"

O grupo reconhece ainda que trabalhar um projeto , elaborado a partir de uma definição clara de diretrizes que configuravam um determinado modelo tecno-assistencial , foi uma coisa positiva . "O documento 'por um modelo tecno-assistencial em defesa da vida' , no meu entender , foi esta alma invisível , mas que deu força e ânimo a todas as outras operações . Achado o rumo , tendo o seu norte , a SMS começa a incorporar no dia a dia dois dogmas discursivos e pouco praticados : um governo em colegiado e descentralizar e dividir o poder cobrando as responsabilidades" . Avaliando sua experiência enquanto participante do projeto , um dos técnicos expressou a seguinte opinião : " Sinceramente , acredito ter sido esta a melhor experiência por mim vivenciada , que me possibilitou um enorme crescimento profissional e político . Este projeto , sem dúvida nenhuma me 'abriu portas' para o domínio de novas técnicas de planejamento , aumentando e clareando o meu horizonte profissional" .

A Secretária de Saúde do último período do projeto também tem a seguinte visão sobre o projeto : "A minha participação no projeto foi com coração , com razão , melhor dizendo com tesão de estar buscando a mudança , o novo . Foi a experiência mais positiva que tive em toda a minha vida profissional . Através do estilo de trabalho e das técnicas utilizadas procurei combater aquilo que eu tinha de negativo , ou seja , o meu autoritarismo , personalidade centralizadora e radical . Agindo várias vezes com o coração e pouco com a razão . As técnicas utilizadas e o trabalho através de petição e prestação de contas me forçou a organizar o meu dia a dia , o que aumentou muito a governabilidade perante o sub-projeto que coordenava . Com o método de planejamento utilizado , somos sempre colocados frente a realidade , os limites por ela impostos , os atores positivos e negativos , assim , podemos exercer ações que aumentem a governabilidade frente a certas situações e também que vejamos onde está colocado o limite de nossa governabilidade frente a outras ações ou metas . Esta técnica faz com que se viva o presente , se busque a imagem do futuro , se provoquem mudanças mais tímidas ou mais audaciosas dependendo de quem estiver no exercício do poder" .

Nessas falas há o reconhecimento e a referência à técnicas e a um método de planejamento que aumentam, em última instância, a capacidade de governo e a governabilidade. Apesar dos depoimentos falarem mais da governabilidade, o que está implícito é um reconhecimento de que estes gerentes sentem-se mais qualificados como condutores de um processo de mudança. Poderiam ser apontadas algumas inconsistências nestas falas, se comparadas com as anteriores, no sentido de que a "metodologia" não teria sido capaz de aumentar a governabilidade do sujeito colegiado de governo sobre o projeto. Houve, sem dúvida, uma melhoria da governabilidade da direção da Secretaria de Saúde, tanto é que foi possível, por exemplo, conseguir a aprovação na Câmara Municipal da ampliação do quadro de pessoal, em um momento muito desfavorável politicamente. O que não impede a conclusão de que, se a "metodologia" ajuda, ela tem um limite dado pelo contexto no qual é trabalhada. Não há "técnica" de planejamento que dê conta da não adesão de um Secretário de Saúde que, por definição, deveria conduzi-lo, ou questões graves como a debilidade de um partido de trabalhadores nas organizações sindicais e do movimento popular, conforme apontado nos depoimentos. Ou seja, não há técnica que fabrique sujeitos...

Um dos títulos de uma das seções anteriores deste relato era "a equipe de supervisão: uma crise de identidade permanente". De fato, esta idéia aparece nos depoimentos dos membros da equipe. *"Apesar de tentar trabalhar planejadamente, e ter inclusive um projeto, o trabalho da equipe de supervisão (acompanhar as atividades desenvolvidas pelas UBS, tentar junto com a equipe local encontrar soluções para os problemas do dia a dia, ser parceiro na busca da melhoria da qualidade do atendimento, conforme estabelecido em documento aprovado pelo colegiado de governo) muitas vezes não foram perseguidos com a mesma intensidade pelos componentes dessa equipe, embora haja avanços (muito por conta dos gerentes). Não se conseguiu estabelecer uma rotina mais constante de idas às UBS, a não ser no momento da aplicação das planilhas de avaliação ou situações de emergência. O caráter da supervisão era dado de forma diferente entre os seus membros: muitas vezes se confundia e se dava um caráter tradicional, policial e fiscalizatório, embora a supervisão fosse norteadada pelo projeto de ação das UBS. Tudo isto contribuiu para uma adesão pouco satisfatória.*

Isso reflete que, apesar dos inúmeros esforços feitos pelo colegiado (concurso, compra de material de consumo, equipamentos, treinamentos - raros - etc) percebe-se que a salto de qualidade, seja devido principalmente ao curso de formação de gerentes e a sua consequente adesão ao projeto".

A fala desta supervisora, médica sanitária da Secretaria Estadual de Saúde, que já havia ocupado cargo de direção em município vizinho a Piracicaba e portadora, portanto, de um bom currículo de atuação na área de gestão

de serviços . é muito reveladora de uma série de aspectos que, até pelo fato de aparecerem com frequência na avaliação dos outros membros da equipe de supervisão , merecem ser melhor analisados . Dos três grifos no depoimento , feitos por esta técnica , dois falam de "avanço" e de "salto de qualidade" , apesar do reconhecimento das dificuldades . De fato , a equipe de supervisão apesar de sua "crise de identidade permanente" , por seu contato direto com a rede de UBS reconhecia que " as coisas estavam melhores " . Esta "crise" tem várias explicações ou componentes . O primeiro refere-se à insuficiência numérica da equipe de supervisão , ou melhor, de toda a equipe do nível central para fazer frente ao conjunto de atividades propostas . Por esta razão , os supervisores empregavam boa parte do seu tempo desenvolvendo uma série de atividades que não a ida às UBS . Outro aspecto refere-se à própria concepção de supervisão que estava sendo trabalhada . A idéia de "parceria" com os gerentes, quase que uma "cumplicidade" do nível central com as equipes locais , visando a melhoria do desempenho das unidades era uma coisa nova para os supervisores , portadores de uma tradição institucional que era oposta a isto ("polícialesca e fiscalizatória") . É um desafio experimentar o novo , principalmente este tipo de relação que pressupõe o desenvolvimento de um novo tipo de relação , baseada na confiança mútua , coisa que nem sempre ocorria . Já foi comentado em outro ponto deste relato , a persistência de um certo "nós" e "eles" , tanto para o nível local como para o nível central... Embora seja necessário reconhecer que muitas barreiras foram quebradas nesta direção . A supervisora credita aos gerentes os avanços observados nas unidades . Verdade . Mas é verdade também que , **sem a equipe de supervisão não teria sido possível a implantação da gestão descentralizada** . A conclusão que se pode tirar (e generalizar) desta experiência , no mais confirmado por outras semelhantes , é que o processo de descentralização precisa , necessariamente , de um monitoramento centralizado. Tanto na fase de implantação , como de consolidação e de acompanhamento do processo . Por mais contraditório que isto possa parecer à primeira vista . Esta afirmação só não é contraditória se esta "centralização" for pensada exatamente no sentido de **parceria e de apoio** destituída de qualquer pretensão fayolista de controle da base pelo topo ou da periferia pelo centro . Nesta medida , o processo de implantação da gestão descentralizada foi todo planejado , monitorado , contando inclusive com a assessoria e acompanhamento de um técnico externo à equipe de supervisão, pertencente ao LAPA/Unicamp . Não pode haver espontaneísmo em um processo deste , que implica em profundas mudanças na cultura institucional e enfrentamento de desafios como a formação insuficiente (ou ausente) de gerentes , concepções neo-liberais hegemônicas entre os profissionais liberais que não "entendem" , por exemplo , a introdução de trabalho de equipe , sistemática regular de avaliação do desempenho de **todos os profissionais e controle popular** . **A autonomia gerencial precisa ser construída !** No meio de tantas dificuldades , o que acabava dando a orientação para todo o

processo de supervisão , desenvolvimento gerencial e , ultimamente , para os ensaios de controle popular , era o processo de planejamento local , balizado por alguns instrumentos mínimos , porém imprescindíveis . Foi necessária a experimentação para descobrir o que era este mínimo .

Apesar da "resistência" dos gerentes às técnicas de planejamento , eles passaram a planejar . Não obstante o não manuseio frequente dos projetos de ação pelos gerentes , estes estavam , cada vez mais , "em suas cabeças" e orientando de fato a ação da equipe . Mesmo que o colegiado não utilizasse , sistematicamente , todos os rituais e planilhas de prestação de contas , a idéia de trabalhar com compromissos e prestar contas deles incorporou-se no cotidiano do nível central . Desta maneira , a prática foi importante indutora do sistema de planejamento e gestão que afinal acabou sendo modelado na SMS . Aí também é necessário encontrar um ponto de equilíbrio entre o que é "negociável" e o que não o é , em termos do mínimo a ser formalizado . As primeiras prestações de contas do colegiado , com toda a formalidade e rigor , foram importantes para a própria consolidação do colegiado enquanto direção coletiva e o início de uma nova fase de gestão . A exigência da formalização de um projeto de ação pelas equipes locais a cada seis meses é um mínimo não negociável . O mesmo pode ser dito em relação à sistemática de avaliação periódica .

Com o correr do projeto , incorporou-se um hábito a nível do colegiado de "processar" todos os problemas que deveriam ser examinados . Isto significava montar uma "árvore de problema" , por mais simplificada que fosse (mas que sempre ajudava a visualizar mais globalmente o que está sendo discutido) , definir operações , fazer uma análise de atores e de viabilidade se necessário e deixar bem estabelecidos os responsáveis e os prazos para a execução das operações propostas . As várias salas da SMS viviam cobertas de cartões de cartolina (targetas) coladas às paredes , uma espécie de agenda de compromissos visível e examinada pelo grupo a qualquer momento . Impôs-se , naturalmente , a necessidade de cada membro do colegiado expor com clareza suas opiniões , de forma sintética e objetiva e , em geral , por escrito , nos momentos de processamento dos problemas . O gabinete da secretária era , neste sentido , um esboço tosco de uma "sala de situações" (idéia trabalhada por Carlos Matus como espaço físico e conjunto de equipamentos para facilitar o trabalho de uma equipe de governo em situações de emergência) , na qual a informação estava disponível e o colegiado , em situação e , tentando ao máximo reduzir sua "cegueira situacional" , definia as estratégias de sua intervenção .

Nesta medida , foi sendo formulada , na prática , uma "metodologia de planejamento e gestão" muito própria da SMS e resultante do encontro de determinadas técnicas pensadas com anterioridade e a dinâmica e as características da equipe dirigente . Talvez o aspecto mais positivo desta experiência tenha sido , exatamente , a "colonização" do processo de

gestão por um projeto que , por seu lado , exigia um "sistema de direção de alta responsabilidade" para ser implantado . Planejamento virou sinônimo de gestão .

A nível das equipes locais , dadas as suas condições de governabilidade e a sua subordinação às diretrizes gerais da instituição e devido à baixa complexidade dos problemas enfrentados , muitos deles estruturados , o processamento de problemas com um maior grau de rigor como era feito a nível de colegiado , não se impôs como necessidade . Embora , tenha havido processamento de problemas em algumas unidades . Este ponto estava em aberto e era objeto de discussão com o conselho de gerentes até o momento da elaboração deste relatório . Portanto , uma questão que deve continuar a ser explorada , pensando na continuação do projeto . A fala acima de que as equipes "não processavam os problemas e partiam direto para as ações e operações" é uma questão a ser pensada na perspectiva de reprodução do "modelo" para outras experiências . Parece que o fato da equipe definir o problema com precisão (na maioria das vezes a partir do fato de não estar conseguindo desenvolver alguns dos itens da planilha) e conseguir conversar sobre isto , se comunicar no sentido de se entender para a ação , já era suficiente . Basta observar, nas quatro unidades que foram analisadas na seção III , a relação entre as avaliações consecutivas e as operações definidas nos projetos de ação subsequentes . De fato , as operações tinham o objetivo certo de implantar ou aprimorar aquelas atividades que ainda não estivessem de acordo com o padrão mínimo de unidade que estava sendo proposto pelo modelo tecno-assistencial .

Em relação aos pontos mais negativos do projeto , ou seja , aqueles problemas que não foram resolvidos ou só resolvidos parcialmente , os membros do colegiado têm as seguintes opiniões . *"Os pontos falhos verificados se devem muito mais à Administração Democrática e Popular como um todo e não à SMS , como por exemplo , métodos de divulgação e comunicação deficientes , falta de entrosamento entre secretarias em programas conjuntos , falhas na infra-estrutura no que diz respeito a meios de transporte (viaturas) manutenção de equipamentos e prédios públicos etc".* Outro membro da equipe aponta como problemas *"não abordar de uma forma mais planejada as UBS sem gerente , o próprio Pronto Socorro , assim como deixou de lado questões como saúde bucal , saúde mental , AIDS , adolescente e a própria atenção secundária e o núcleo de apoio administrativo. Essa ausência de proposta , contribuiu muito para uma adesão aquém da necessária . Fica parecendo um projeto que não defende a vida por completo"* (grifo do relator) . De fato , o avanço na descentralização da gestão ocorreu apenas nas 11 unidades básicas de saúde dotadas de gerente , como já foi relatado . O ambulatório de especialidades , por sua alta complexidade consequente à junção de várias instituições em uma só e pelo fato de acolher boa parte da demanda reprimida pela rede básica , acumula problemas de tal ordem que , em boa medida , só

poderão ser resolvidos em conjunto com uma melhoria e ampliação geral do SUS no município . Independentemente disto, a equipe dirigente do ambulatório já havia sido trabalhada no final de 1991 . a partir do problema das filas para marcação de consultas e . recentemente . vinha sendo trabalhada tanto a nível de colegiado de governo com a participação do seu gerente e em apoio à atuação do mesmo , como a nível do conselho de gerentes , na busca de uma solução global para os seus problemas (Sistemática de agendamento , referência e contra-referência , critérios para encaminhamentos etc) com bons resultados iniciais . Em relação à saúde bucal e ao apoio administrativo , comentários já foram feitos na seção III . O que é importante reter disto é que o projeto "em defesa da vida" não conseguiu , no seu um ano e meio de funcionamento , abranger , de forma extensiva , toda a SMS . Houve uma espécie de extensão regular e constante do mesmo , mas insuficiente para abarcar todo o universo de questões e problemas colocados . Nesta medida , a colocação de "que parece que é um projeto que não defende a vida por inteiro" tem que ser considerada como correta se for considerado que o município não dispõe um hospital municipal e a rede hospitalar contratada não responde às necessidades da população piracicabana , só para falar dos problemas mais gritantes . Em suma , o SUS , por questões de ordem local , de políticas de nível estadual e federal , ainda não é uma realidade no município , pelo fato de não estar garantido, aos seus cidadãos , o acesso a todos os serviços e possibilidades que a Medicina já dispõe hoje para prolongar e melhorar a qualidade de vida das pessoas .

A não implantação do hospital municipal foi apontada por todos os membros do colegiado como a derrota mais visível para o avanço do projeto . A criação do hospital municipal fazia parte do projeto inicial, a partir de um diagnóstico que apontava para uma grave deficiência de leitos , seja quais fossem os parâmetros utilizados , mas principalmente aquele mais "sensível" : as reclamações constantes da população . A operação "implantar o HM" foi trabalhada de forma planejada , com análise de alternativas , estratégias de cooperação , cooptação e conflito , que , esgotadas , uma a uma , não conseguiram operacionalizar a proposta . Os membros do colegiado apontam muito para "a falta de decisão política" da administração municipal o fracasso da proposta . Evidentemente que uma conjuntura nacional recessiva , de cortes de gastos públicos , agravada por uma quase que total paralisia da Secretaria de Estado da Saúde , contribuíram para a não viabilização do hospital municipal . Esta é a posição da atual secretária de saúde : *"Com relação ao hospital municipal que foi uma operação de nosso projeto que necessitava ou de maior governabilidade , ou seja , que o governo a assumisse como prioridade , ou que a sociedade civil , através de seus diferentes setores organizados , partidos , movimento popular , trabalhadores de saúde , Câmara Municipal , fizessem pressão para sua viabilização , não evoluiu e abortou"* .

Em relação ao futuro do projeto, a partir da próxima administração que terá início em janeiro de 1993 e que será conduzida por um partido de oposição à atual gestão (PSDB) e coligado com um leque de partidos de extração conservadora, o colegiado coloca as seguintes questões : "Acredito que , apesar da fragilidade da gestão descentralizada , do controle popular e da adesão dos trabalhadores de saúde ao projeto ainda serem débeis , poderão garantir a institucionalização do mesmo" . Ou ainda , "o projeto em defesa da vida deu certo e nós , enquanto comunidade , temos que lutar com todas as forças para que todo este trabalho não sofra interrupção ou modificações que possam trazer prejuízos à população no que diz respeito à atenção à saúde da comunidade" .

Agora , o projeto se vê colocado frente à uma situação que é normal na cultura política brasileira : no rodizio do poder executivo , em todos os níveis , mas no município vivido de maneira especialmente marcada , a nova administração costuma fazer política de terra arrasada com os projetos que vinham sendo desenvolvidos pela anterior , principalmente quando os partidos do atual e futuro prefeito não são o mesmo . No caso da experiência da SMS é possível fazer uma previsão um pouco mais otimista se considerados alguns pontos :

- a política de saúde a nível do município está regulamentada , hoje , por alguns dispositivos legais como a obrigatoriedade do Fundo Municipal de Saúde , do Conselho Municipal de Saúde , de gestão única pelo município dos equipamentos existentes , entre outros pontos , que apontam para a possibilidade de , se não toda , pelo menos parte da atual política ser preservada .

- apesar de incipiente , a participação dos usuários conseguiu alguns avanços orgânicos , facilitados inclusive pela existência de instrumentos de planejamento e avaliação , que certamente contribuem para uma intervenção mais "consciente" e eficaz dos "leigos" ou dos "de fora" no interior do aparelho estatal .

A Administração Democrática e Popular , que ora encerra seu mandato , cultivou uma tradição de participação popular na elaboração do orçamento anual . A SMS , em particular , teve uma participação muito orgânica na elaboração da peça orçamentária de 1993 . A Comissão Municipal de Orçamento organizou uma série de assembléias sub-regionais como espaço para discussão com a população . A SMS , a partir das indicações da II Conferência Municipal de Saúde , elaborou uma proposta que foi encaminhada para as comissões locais de saúde . Esta proposta subsidiou a intervenção de membros das comissões a nível das assembléias sub-regionais . O colegiado acompanhou estas assembléias para anotar os resultados das discussões e das prioridades estabelecidas preliminarmente , elaborou a partir destes resultados um documento-síntese que foi encaminhado para o Conselho Municipal da Saúde que o aprovou e adotou como uma espécie de roteiro para seguimento

da execução orçamentária nos próximos anos .

No dia 7 de novembro de 1992 , foi realizado , por convocação conjunta do Conselho Municipal e da Secretaria Municipal de Saúde , um seminário de prestação de contas do trabalho desenvolvido na área de saúde pelo Governo Democrático e Popular . Estavam presentes onze comissões locais de saúde , gerentes , dez vereadores recém-eleitos por vários partidos , o prefeito que estava terminando seu mandato e o vice-prefeito eleito , representando , formalmente , o novo prefeito . No seminário foi feito um balanço de todas as realizações , traduzidas no projeto "em defesa da vida" e apontadas operações a serem desenvolvidas , que na verdade podem ser consideradas como um verdadeiro "plano de governo" , com expressivo respaldo popular . Encerrava-se assim , de maneira inédita se considerada a tradição política brasileira , uma etapa de um projeto político na saúde , que , mais do que "propriedade" de um partido ou grupo político , torna-se cada vez mais parte do espólio da longa e árdua luta pela construção de um Brasil melhor para os brasileiros .

O que fica como tese desta rica experiência , conduzida por quase dois anos a nível de uma secretaria municipal de saúde , é a imposição de se trabalhar a necessária tensão intra e inter-institucional , de diferentes sujeitos em situação , quando se enfrenta a questão da elaboração de uma teoria de ação (ou de governo , quando se fala especificamente do espaço público) dentro de uma determinada metodologia ou modo de governar , radicalmente democrático .

Na verdade , esta é a chave que permite explorar positivamente a tensão ético-prática dos diferentes sujeitos dentro de uma ação coletiva/consensual/criativa , impondo linhas de determinação no presente , sem negar lutas estratégicas , desdobramentos das disputas com os projetos de outros sujeitos .

QUADRO I

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRACICABA COORDENADORIA DE SAUDE DA COMUNIDADE

PARTICIPACAO DAS DESPESAS COM SAUDE COM RECURSOS PROPRIOS NO TOTAL DE DESPESAS DO MUNICIPIO NOS ANOS

DE 1980 A Dezembro/91

ANO →	1980	1981	1982	1983	1984	1985
DESPESA						
TOTAL DAS DESPESAS	1.531.362.630,74	2.821.262.603,74	4.519.039.270,86	5.157.351.887	21.722.488.245	39.505.242.834
DESPESAS COM SAUDE	25.322.727,23	50.671.614,88	205.351.719,08	410.795.833	356.365.732	1.784.235.531
%	1,65	1,82	4,56	7,98	1,64	4,51

ANO →	1986	1987	1988	1989	1990	1991
DESPESA						
TOTAL DAS DESPESAS	220.975,81	330.101,41	18.644.317,45	187.473.023,72	4.048.755	20.612.074.771,7
DESPESAS COM SAUDE	11.323,14	23.627,31	203.249,48	2.256.365,22	311.448.220,13	1.563.102.663,68
%	5,12	7,16	1,09	1,20	7,69	7,58

FONTE : BALANCETES MENSAIS / DESPESA EMPENHADA

OBS : DESPESA EMPENHADA EM DOTACOES ORCAMENTARIAS DA AREA DE SAUDE PARA QUE SE DETERMINE UM PERCENTUAL DE GASTOS INDIRETOS COM A SAUDE (COMBUSTIVEL, PECAS E AMBULANCIA, FOME, MOTOCICLISTAS, ETC.) DEVE SER CONSULTADA A COORD. DE TRANSP. INTERMUNICIPAIS VISTO QUE ESSE TIPO DE DESPESA E EMPENHADA GLOBALMENTE NA REFERIDA UNIDADE ORCAMENTARIA.

QUADRO II

DESPESAS COM RECURSOS PROPRIOS E DESPESAS COM RECURSOS SUDS SOBRE O TOTAL DA DESPESA COM SAUDE -1990

DESPESAS → MESES	DESPESAS TOTAIS C/ SAUDE	%	DESPESAS C/ RECURSOS PROPRIOS	%	DESPESAS C/ RECURSOS SUDS	%
JANEIRO	5.725.937,37	100	4.932.228,37	86,15	792.808,80	13,85
FEVEREIRO	5.827.567,64	100	3.409.638,14	58,51	2.417.869,50	41,49
MARCO	21.963.430,46	100	17.759.777,97	80,86	4.203.652,49	19,14
ABRIL	16.957.456,15	100	4.530.306,53	26,72	12.427.149,62	73,28
MAIO	19.800.788,96	100	14.721.957,87	74,32	5.088.831,09	25,68
JUNHO	22.618.729,48	100	22.618.729,48	100,00	-X-X-X-	-X-
JULHO	40.377.529,72	100	35.016.518,43	86,72	5.361.011,29	13,28
AGOSTO	34.581.659,75	100	24.160.142,83	70,03	10.341.516,92	29,97
SETEMBRO	10.606.154,54	100	-XXX-	-X-	* 10.606.154,54	100,00
OUTUBRO	87.222.285,86	100	73.068.338,38	83,77	14.153.947,48	16,23
NOVEMBRO	77.465.523,63	100	32.677.523,63	42,18	44.788.000,00	57,82
DEZEMBRO	89.153.006.006,36	100	78.153.006,36	87,66	11.000.000,00	12,34
TOTAL	432.227.169,92	100	311.048.228,19	71,96	121.178.941,73	28,04

FONTE: BALANCETES DA SECRETARIA DAS FINANÇAS / P.M.PIRACICABA

QUADRO III

DESPESAS COM RECURSOS PROPRIOS E DESPESAS COM RECURSOS SUDS SOBRE O TOTAL DA DESPESA COM SAUDE -1991

DESPESAS MESES	DESPESAS TOTAIS C/ SAUDE	%	DESPESAS C/ RECURSOS PROPRIOS	%	DESPESAS C/ RECURSOS SUDS	%
JANEIRO	64.126.470,00	100	53.126.470,00	82,85	11.000.000,00	17,15
FEVEREIRO	99.623.470,98	100	77.623.470,98	77,92	20.000.000,00	22,08
MARCO	106.393.489,21	100	40.600.184,50	38,16	65.793.304,71	61,84
ABRIL	106.393.489,21	100	40.600.184,50	38,16	65.793,71	61,84
MAIO	116.060.267,22	100	106.851.283,97	92,07	9.208.983,25	7,93
JUNHO	143.312.543,54	100	89.532.955,54	62,47	53.779.588,00	37,53
JULHO	141.064.268,35	100	-X-X-X-	-X-X-	141.064.268,35	100,00
AGOSTO	182.137.408,18	100	34.727.567,53	19,62	146.409.840,65	80,38
SETEMBRO	208.499.378,45	100	208.499.378,45	100,00	-X-X-X-	-X-X-
OUTUBRO	277.681.680,21	100	202.625.045,21	72,97	75.056.635,00	27,03
NOVEMBRO	71.937.108,13	100	-X-X-X-	-X-	71.937.108.108,13	100,00
DEZEMBRO	701.288.975,98	100	625.693.577,11	89,22	75.595.398,87	10,78
TOTAL	2.235.027.790,04	100	1.563.182.663,00	69,94	671.854.126,96	30,06

FONTE : BALANCEES DA SECRETARIA DAS FINANÇAS / P.M.PIRACICABA

QUADRO IV

DESPESAS COM RECURSOS PROPRIOS E DESPESAS COM RECURSOS SUDS SOBRE O TOTAL DA DESPESA COM SAUDE -1991

DESPESAS MESES	DESPESAS C/ RECURSOS PROPRIOS	%	DESPESAS TOTAIS C/ SAUDE	%
JANEIRO	53.126.470,00	4,35	64.126.470,00	5,25
FEVEREIRO	77.623.470,98	8,49	99.623.470,98	10,90
MARCO	40.600.184,50	2,61	106.393.489,98	10,90
ABRIL	122.902.729,79	10,47	122.902.729,79	10,47
MAIO	106.051.283,97	9,51	116.060.267,22	10,33
JUNHO	89.532.955,54	6,89	143.312.543,54	7,35
JULHO	-X-X-X-	-X-	141.064.268,35	11,03
AGOSTO	35.727.567,53	2,74	182.137.408	13,96
SETEMBRO	208.499.378,45	10,34	208.499.378,45	10,34
OUTUBRO	202.625.045,21	10,58	277.681.680,21	14,50
NOVEMBRO	-X-X-X-	-X-	71.937.108,13	8,07
DEZEMBRO	625.693.577,11	3,04	701.288.975,98	3,40
TOTAL	1.563.182.663,08	7,58	2.235.027.790,04	10,84

FONTE: BALANCETES DA SECRETARIA DAS FINANÇAS / P.M.PIRACICABA

OBS: DESPESA EMPENHADA EM DOTACOES ORÇAMENTARIAS DA AREA DE SAUDE.
PARA QUE SE OBTENHA UM PERCENTUAL DE GASTOS IMDETEROS COM A
SAUDE (COMBUSTIVEL,PECAS P/ AMBULANCIAS,PNEUS,MOTORISTAS,ETC.)
DEVE SER CONSULTADA A COORD. DE TRANSPORTES INTERNOS VISTO QUE
ESSE TIPO DE DESPESA E EMPENHADA GLOBALMENTE NA REFERIDA
UNIDADE ORÇAMENTARIA.

QUADRO V

PREVISÃO DE DESPESAS COM RECURSOS PRÓPRIOS E DESPESAS TOTAIS DA SAÚDE EM 1992

DES P E S A S (PREVISTAS) ANO	DES P E S A S C/ R E C U R S O S P R O P R I O S	%	DES P E S A S T O T A I S C/ S A U D E	%
1992	\$12.439.338.000,00	18,23%	\$22.272.378.000,00	16,94%

DES P E S A S C O M R E C U R S O S P R O P R I O S E D E S P E S A S C O M R E C U R S O S S U S S O B R E O T O T A L D A
D E S P E S A C O M S A U D E P R E V I S T A S P A R A 1992

DES P E S A S (PREVISTAS) ANO	DES P E S A S T O T A I S C/ S A U D E	%	DES P E S A S C/ R E C U R S O S P R O P R I O S	%	DES P E S A S C/ R E C U R S O S S U D S	%
1992	\$22.272.378.000,00	100%	\$12.439.338.000	55,85%	\$9.833.000,00	44,15%

FONTE: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE / SMS PIRACICABA

QUADRO VI

PROJETO "EM DEFESA DA VIDA" DA SMS PIRACICABA - JUNHO/1991
PROBLEMAS INICIAIS LEVANTADOS PELA EQUIPE DIRIGENTE DA SMS PIRACICABA

PROBLEMAS	DESCRIPTORIOS	EXPLICACOES
1. BAIXA QUALIFICACAO DO PESSOAL DE SAUDE		1.1. BA QUALIDADE DE ENSINO PROFISSIONAL 1.2. FALTA TREINAMENTO E RECICLAGEM 1.3. FALHAS NO PROCESSO SELETIVO 1.4. SUPER ESPECIALIZACAO MEDICA 1.5. FALTA DE SUPERVISAO 1.6. FALTA DE NORMATIZACAO (ROTINAS DE TRABALHO)
2. BAIXA ADESAO DOS TRABALHADORES DE SAUDE	21. FUNCIONARIOS NAO ATENDEM BEM A POPULACAO 22. DESOUMPREM JORNADA DE TRABALHO	2.1. CUMPLICIDADE, DESOUMPREM DOS MEDICOS 2.2. FALTA DE 1 PROJETO DE SAUDE CLARO PARA O CONJUNTO DOS TRABALHADORES DA SAUDE 2.3. FALTA MECANISMO DE PARTICIPACAO DOS TRABALHADORES DE SAUDE NA GESTAO DOS SERVICOS 2.4. COOPERATIVISMO 2.5. TRABALHADORES DE SAUDE DESCONHECEM SITUACAO DA SAUDE POPULACIONAL 2.6. FALTA DE CREDIBILIDADE (IDENTIDADE) COM A COISA PUBLICA 2.7. RESISTENCIA IDEOLOGICA AO PROJETO 2.8. MULTIPLOS VINCULOS EMPREGATICIOS
3. PRECARIAS CONDICOES NOS SERVICOS	23. FALTA DE CRECHE, PASSER ALIMENTACAO	3.1. INSUFICIENCIA DA ORGANIZACAO SINDICAL

FONTE : PROJETO "EM DEFESA DA VIDA" DA SMS/PIRACICABA
LAPA/UNICAMP/1991

QUADRO VI-B

PROJETO "EM DEFESA DA VIDA" DA SMS PIRACICABA - JUNHO/1991
PROBLEMAS INICIAIS LEVANTADOS PELA EQUIPE DIRIGENTE DA SMS PIRACICABA

PROBLEMAS	DESCRIPTORIOS	EXPLICACOES
4. BAIXA PARTICIPACAO E CONTROLE POPULAR NO SISTEMA SAUDE	41. REPRESENTANTES SE COLOCAM DE FORMA INDIVIDUALIZADOS	4.1. DESCRENCA DA POPULACAO NA SUA EFETIVA PARTE DECISORIA 4.2. MOVIMENTO POPULAR E SINDICAL DESORGANIZADO 4.3. DESINTERESSE POPULAR EM DISCUTIR QUESTOES MAIS AMPLAS DE SAUDE 4.4. POUCA REPRESENTATIVIDADE 4.5. FALTA DE MECANISMO QUE VIABILIZA A PARTICIPACAO POPULAR 4.6. POPULACAO DESCONHECE SEUS DIREITOS 4.7. IMAGEM RUIM DOS SERVICOS PUBLICOS
5. SISTEMA DE SAUDE A PIRACICABA NAO ESTA ORGANIZADO	41. INSUFICIENCIA SUE e SUS 42. REDE COM BAIXA RESOLUTIVIDADE e PREVISIBILIDADE P.A. 43. FALTA REGIONALIZACAO E HIERARQUIZACAO 44. FALTAM LEITOS PUBLICOS 45. FALTA ACESSO A LEITOS PRIVADOS 46. FALTAM ESPECIALISTAS DAS AREAS BASICAS EM ALGUNS POSTOS DE SAUDE 47. AUSENCIA DE SISTEMA DE INFORMACAO E REGISTRO DE DADOS 48. REDE BASICA NAO E PORTA DE ENTRADA	5.1. NAO NAO ESTA MUNICIPALIZADA 5.2. NO DE OS E INSUFICIENTE 5.3. DIFICULDADE FINANCEIRA PARA VIABILIZAR HOSPITAL MUNICIPAL 5.4. POUCO INVESTIMENTO PUBLICO NA SAUDE (3 ESFERAS) 5.5. MUNICIPIO NAO E O GESTOR UNICO DO SISTEMA 5.6. SETOR PRIVADO HEGEMONICO NOS PROCEDIMENTOS COMPLEXOS 5.7. FALTA DE RECURSOS HUMANOS CAPACITADOS PARA A GESTAO 5.8. MAU RELACIONAMENTO PUBLICO x PRIVADO 5.9. UNIVERSIDADES ALIADAS DO COMPLEXO ORGANIZACIONAL DO SISTEMA

FONTE : PROJETO "EM DEFESA DA VIDA" DA SMS/PIRACICABA
LAPA/UNICAMP/1991

QUADRO VI-C

PROJETO "EM DEFESA DA VIDA" DA SMS PIRACICABA - JUNHO/1991
PROBLEMAS INICIAIS LEVANTADOS PELA EQUIPE DIRIGENTE DA SMS PIRACICABA

PROBLEMAS	DESCRIPTORES	EXPLICACOES
6. AREA ADMINISTRATIVA INSUFICIENTE A IMPLANTACAO DO SUS	61. AUSENCIA DA SECRETARIA DE SAUDE. 62. FALTA DE MANUTENCAO 63. FALTA DE TRANSPORTE 64. ESTRUTURA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA DA PREFEITURA BUCROCRATIZADA 65. FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE NAO IMPLANTADO 66. ADMINISTRACAO NAO INFORMATIZADA 67. ALMOXARIFADO DESORGANIZADO	6.1. AUSENCIA DE P.C.C.S. 6.2. FALTA DE APOIO POLITICO PARA AS REFORMAS 6.3. FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE NAO IMPLANTADO
7. SETOR PUBLICO NAO CONDUZ O SETOR SAUDE	71. FALTA DE MECANISMO DE CONTROLE DO SETOR PUBLICO PARA O PRIVADO	7.1. PRIORIZACAO SETOR PRIVADO POR PARTE DO GOVERNO FEDERAL E ESTADUAL 7.2. HEGEMONIA POLITICA NEO LIBERAL 7.3. DEBILIDADE DO SETOR PUBLICO COMO GESTOR 7.4. AUSENCIA DE UM PROJETO DE RELACIONAMENTO COM O PRIVADO 7.5. MAU RELACIONAMENTO ENTRE AS ESFERAS PUBLICAS 7.6. SETOR PRIVADO E CONCORRENTE

FONTE : PROJETO "EM DEFESA DA VIDA" DA SMS/PIRACICABA
LAPA/UNICAMP/1991

QUADRO VI-D

PROJETO "EM DEFESA DA VIDA" DA SMS PIRACICABA - JUNHO/1991
PROBLEMAS INICIAIS LEVANTADOS PELA EQUIPE DIRIGENTE DA SMS PIRACICABA

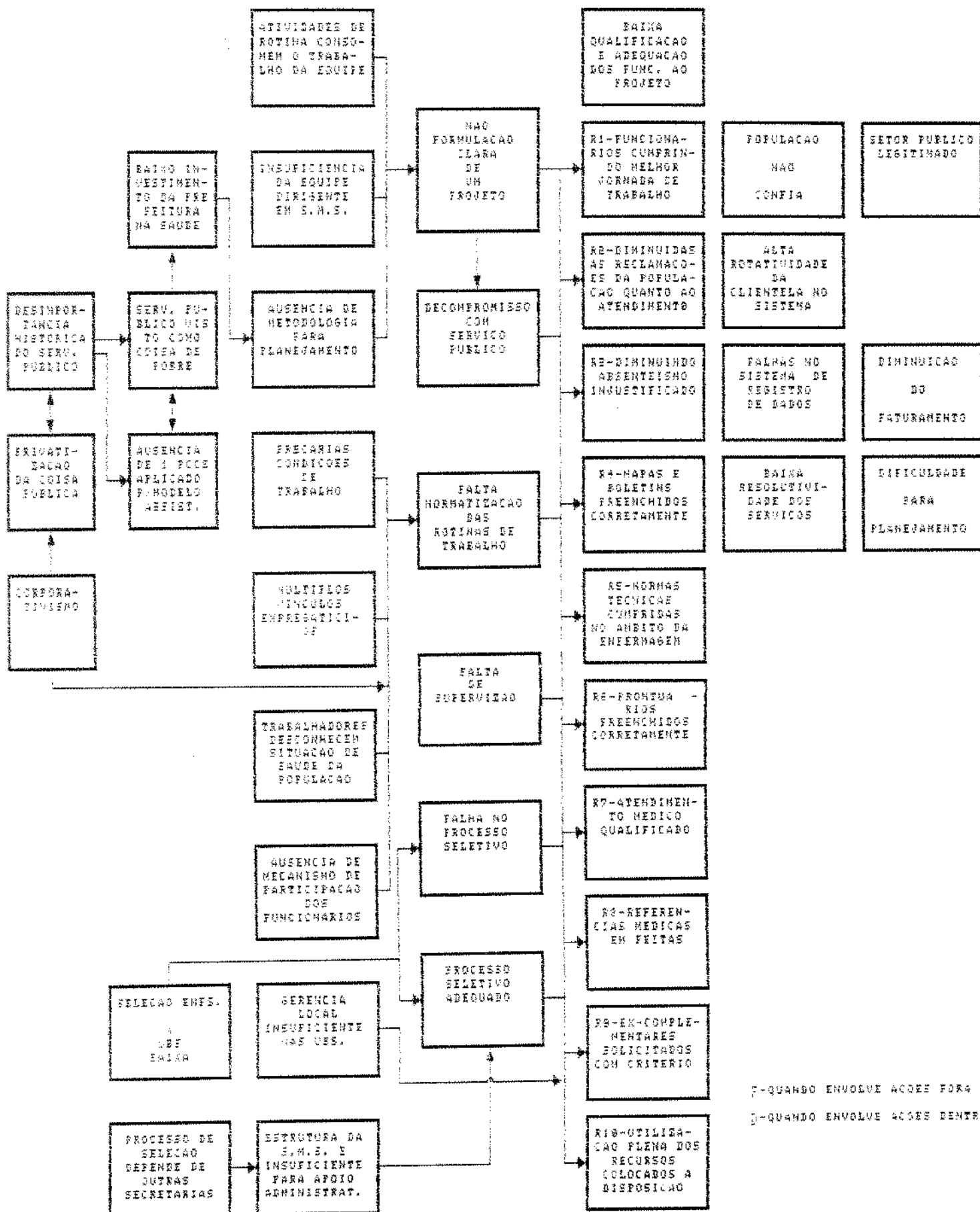
8. NÃO ATENDIMENTO DA POPULAÇÃO	41. MÉDICO NÃO CUMPRE HORÁRIO 42. FALTA AGENDAMENTO DE CONSULTA 43. RESOLUTIVIDADE BAIXA 44. MÉDICO NÃO FECHA A PORTA AO ATENDIMENTO 45. NÃO INFORMA O PACIENTE SOBRE SEU ESTADO DE SAÚDE	8.1. IDEOLOGIA PRIVATIZANTE 8.2. FALTA DESENVOLVIMENTO DE RELACIONES HUMANAS 8.3. FALTA DE COMPROMISSO DO SERVIDOR 8.4. FALTA DE GERENCIAMENTO
9. NÃO HA ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA POPULAÇÃO	41. FALTAM PROGRAMAS 42. FALTA V.S. e N.S. 43. FALTAM LEITOS 44. MEDICIALIZAÇÃO 45. INSUFICIÊNCIA DE AÇÕES PREVENTIVAS 46. MODELO PRIVILEGIA ATENDIMENTO CURATIVO	9.1. RECURSOS HUMANOS INSUFICIENTES 9.2. LEVANTAMENTO ESTATÍSTICO EPIDEMIOLÓGICO INSUFICIENTE. 9.2. FALTA DE UM PLANO DE SAÚDE QUE CONTEMPLA UM P.A. RESOLUTIVO COM PROGRAMAS 9.4. NÃO "INTEGRAÇÃO" COM OUTROS SETORES SOCIAIS

FONTE : PROJETO "EM DEFESA DA VIDA" DA SMS/PIRACICABA
LAPA/UNICAMP/1991

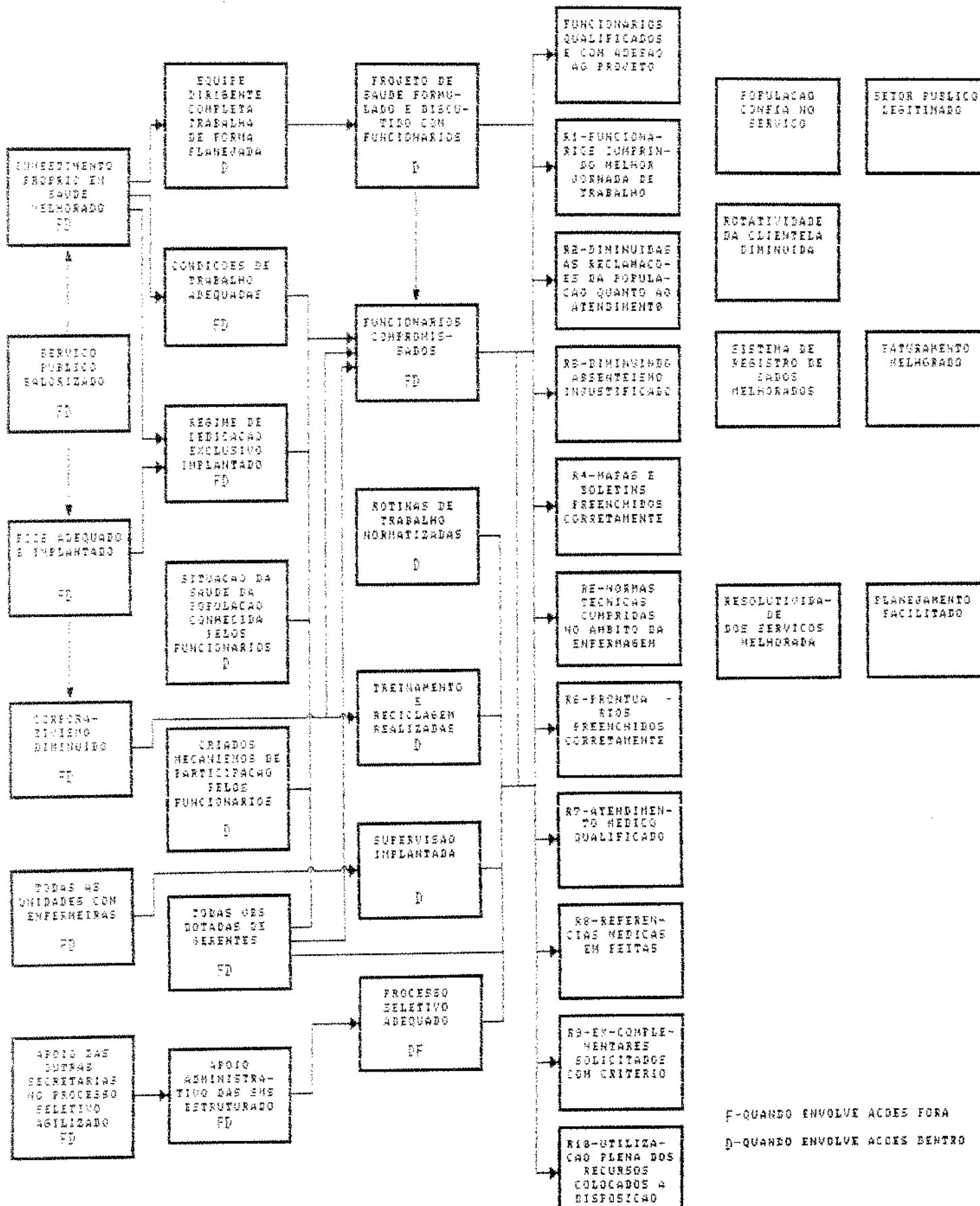
QUADRO IX

ARVORE DO PROBLEMA

"BAIXA QUALIFICACAO E ADESAO DOS FUNCIONARIOS AO PROJETO"



QUADRO X **ARVORE DE RESULTADOS** **"FUNCIONARIOS QUALIFICADOS E COM ADESAO AO PROJETO"**



QUADRO XI**ANALISE PRELIMINAR DE VIABILIDADE DO PROJETO A**

PROJETO A				
MELHORAR A QUALIFICACAO E A ADESAO DOS FUNCIONARIOS	RECURSOS	TEMPO	COFLITO	VIABILIDADE
EQUIPE DIRIGENTE COMPLETA TRABALHO FORMA PLANEJADA	OR - A CO - A F - B PO - B	0	B	S
PROJETO DE SAUDE FORMULADO E DISCUTIDO COM FUNCIONARIOS	CO - A OR - M F - B PO - B	3M	-	S
GARANTIDO O AUMENTO DA PARTICIPACAO DA S.M.S. NO ORCAMENTO MUNICIPAL	PO - A CO - M OR - B F - -	0	M	ET+
CRIADOS MECANISMOS DE PARTICIPACAO DOS FUNCIONARIOS	OR - A CO - B PO - B F - -	3M	-	S
TODAS AS UNIDADES BASICAS DE SAUDE DOTADAS DE GERENTES	PO - B OR - A F - M CO - B	0	B	S
SUPERVISAO IMPLANTADA	OR - A CO - A PO - B F - B	0	-	S
TREINAMENTOS E RECICLAGEM REALIZADAS	CO - A OR - A F - M PO - B	0	-	S
ROTINAS DE TRABALHO NORMATIZADAS	CO - A OR - A PO - B F - B	0	-	S
PROCESSO SELETIVO ADEQUADO	CO - A OR - A PO - M F - B	0	B	S
RECURSOS	GRAU DE CONFLITO	VIABILIDADE		
OR- ORGANIZACAO	A- ALTO	S- SIM		
CO- CONHECIMENTO	B- BAIXO	N- NAO		
PO- PODER	M- MEDIO	ET- EM TERMOS		
F - FINANCEIRO				

FONTE: "PROJETO EM DEFESA DA VIDA" DA SMS PIRACICABA
LAPA / UNICAMP / 1991

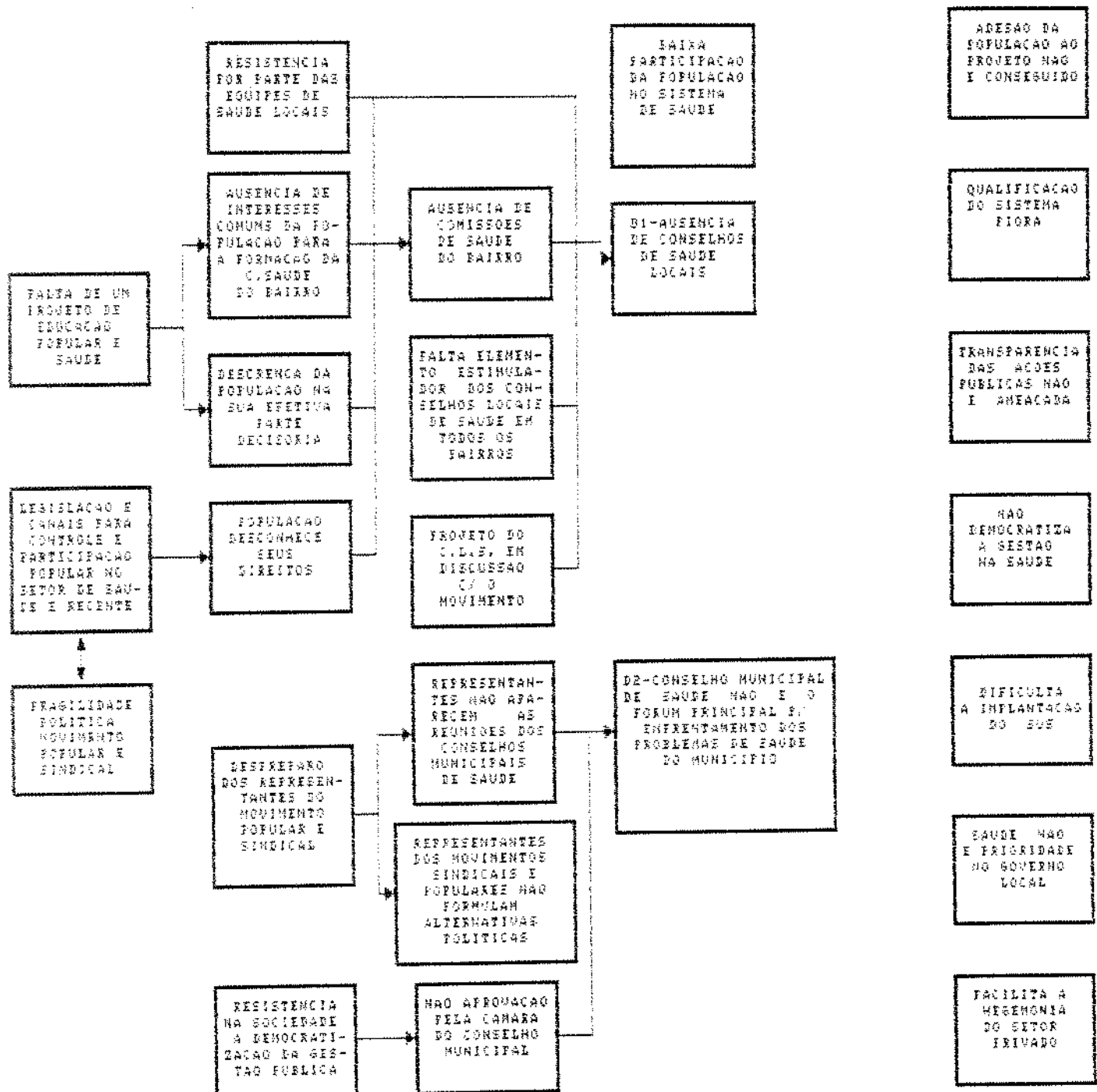
QUADRO XII A **PLANO OPERATIVO**

SUBPROJETO A: (MELHORAR A QUALIFICACAO E A ADESAO DOS FUNCIONARIOS DA SMS)

RESULTADOS	OPERACOES	PRESSUPOSTOS (OPER.)	INDICADORES	FONTE DE COMPROVACAO
1- EQUIPE DIRIGENTE COMPLETA, TRABALHA DE FORMA PLANEJADA	OPA 1.1- CONTRATAR MAIS TECNICOS DE NIVEL UNIVERSITARIO PARA GRUPO DIRIGENTE OPA 1.2- ORGANIZAR O COLEGIADO DE GOVERNO	A EXISTENCIA DE TECNICOS QUALIFICADOS E DISPONIVEIS	NO DE TECNICOS UNIVERSITARIOS CONTRATADOS NO DE TECNICOS UNIVERSITARIOS PRECIETOS	LIVRO PONTO
2- PROJETO DE SAUDE FORMULADO E DISCUTIDO COM OS FUNCIONARIOS	OPA 2.1- ELABORAR O DOCUMENTO "PROJETO DE SAUDE" DA SMS DE PIRACICABA OPA 2.2- DISCUTIR O DOCUMENTO COM OS FUNCIONARIOS		NO DE FUNCIONARIOS QUE PARTICIPAM DAS REUNIOES NO DE FUNCIONARIOS DA SMS	RELATORIO DE REUNIOES
3- GARANTIDO O AUMENTO DA PARTICIPACAO DA SMS NO ORCAMENTO MUNICIPAL	OPA 3.1- ELABORAR DOCUMENTO JUSTIFICANDO AUMENTO NO ORCAMENTO DA SMS OPA 3.2- DISCUTIR O DOCUMENTO COM CONSELHO DE GOVERNO	DEFINICAO DA "REFORMA ADMINISTRATIVA" DA SMS	% DA PARTICIPACAO DA SMS NO O. MUNICIPAL	BALANCETE SECRET. MUNICIPAL DE FINANÇAS
4- IMPLANTADOS OS MECANISMOS DE PARTICIPACAO DOS FUNCIONARIOS	OPA 4.1- ELABORACAO DO DOCUMENTO COM PROPOSTAS DE PARTICIPACAO DOS FUNCIONARIOS OPA 4.2- DISCUSSAO DO DOCUMENTO COM OS FUNCIONARIOS	ADESAO DOS FUNCIONARIOS	NO DE UBS COM INSTANCIAS DE PARTICIPACAO CRIADAS NO DE UBS	LIVRO DE ATAS

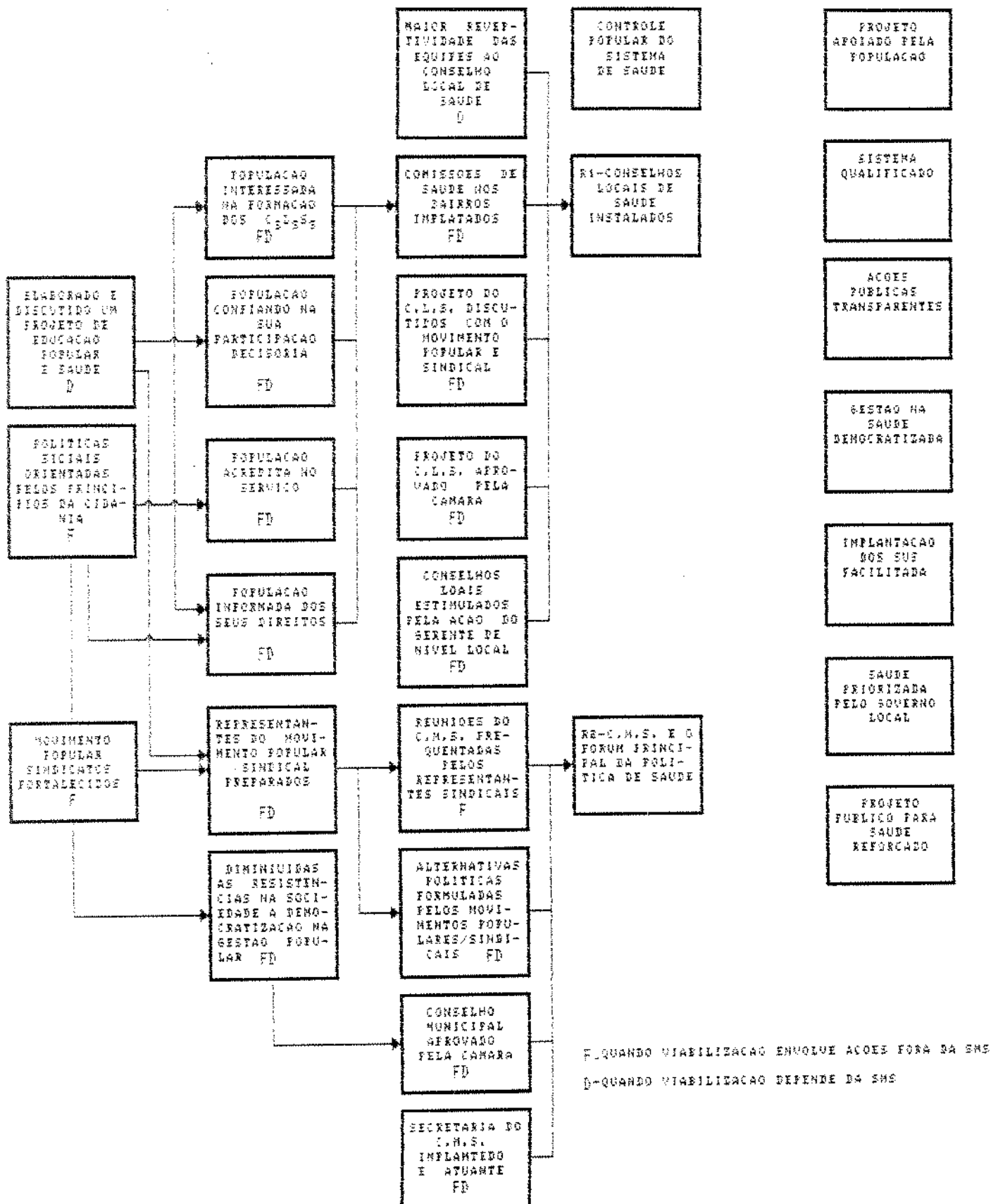
FONTE: PROJETO "EM DEFESA DA VIDA" DA SMS PIRACICABA . LAPA / UNICAMP

QUADRO XIII ARVORE DO PROBLEMA "BAIXA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE DA POPULAÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE"



Fonte: Projeto "em defesa da vida" da SMS Piracicaba
LAPA/UNICAMP/1991

QUADRO XIV ARVORE DE RESULTADOS "CONTROLE POPULAR DO SISTEMA"



QUADRO XV

ANÁLISE PRELIMINAR DE VIABILIDADE DO PROJETO B

PROJETO B				
FACILITAR O CONTROLE POPULAR DO SISTEMA DE SAÚDE	RECURSOS	TEMPO	CONFLITO	VIABILIDADE
CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE SERÃO IMPLANTADOS	OR - A CO - B PO - B F - -	0	B	S
PROJETO DE EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE ELABORADO E DEBATIDO	CO - A OR - A PO - B F - M	6M	-	ET+
CONSELHOS (LOCAL E MUNICIPAL) APROVADOS PELA CÂMARA	PO - A OR - B CO - B F - -	6M	M	ET+
SECRETARIA EXECUTIVA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE IMPLANTADO	OR - M CO - B PO - B F - O	0	-	S
RECURSOS OR- ORGANIZAÇÃO CO- CONHECIMENTO PO- PODER F - FINANCEIRO	GRAU DE CONFLITO A- ALTO B- BAIXO M- MÉDIO	VIABILIDADE S- SIM M- NÃO ET- EM TERMO		

FONTE: "PROJETO EM DEFESA DA VIDA" DA SMS PIRACICABA
LAPA / UNICAMP / 1991

QUADRO XVI
PLANO OPERATIVO
SUBPROJETO B: (MELHORAR E QUALIFICACAO E A ADESAO DOS FUNCIONARIOS DA SMS)

RESULTADOS	OPERACOES	PRESSUPOSTOS (OPER.)	INDICADORES	FONTE DE COMPROVACAO
1- CONSELHOS LOCAIS DE SAUDE IMPLANTADOS	OPA 1.1- CAPACITAR OS SERENTES PARA A INSTALACAO DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAUDE OPA 1.2- LACAPACITAR OS MEMBROS DO CMS E A INSTALACAO DOS CLS	CONSERVIR MAIOR RECEPTIVIDADE E ADESAO DAS EQUIPES LOCAIS	NO DE CLS IMPLANTADOS	ATAS DAS REUNIOES DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAUDE
2- PROJETO DE EDUCACAO E SAUDE ELABORADO E DISTRIBUIDO	OPA 2.1- ELABORAR PROJETO DE EDUCACAO E SAUDE OPA 2.2- EXECUTIVAR O PROJETO COM OS CONSELHOS (MUNICIPAL E LOCAL)		NO DE CLS COM OS QUAIS SE EXECUTIVOU O PROJETO	ATAS DAS REUNIOES CLS
3- CONSELHOS LOCAIS E MUNICIPAIS APROVADOS PELA CAMARA	OPA 3.1- VIABILIZAR A APROVACAO DO PROJETO DE LEI NO 25/91 QUE CRIA O CMS OPA 3.2- VIABILIZAR A APROVACAO NA CAMARA DO CONSELHO LOCAL DE SAUDE	-CONSERVIR APOIO DO MOVIMENTO POPULAR -CONSERVIR APOIO DOS VEREADORES OPOSICIONISTAS	AS LEIS QUE CRIAM OS CONSELHOS	D.O.M.
4- SECRETARIA EXECUTIVA DO CONSELHO M. DE SAUDE IMPLANTADA	OPA 4.1- VIABILIZAR A IMPLANTACAO DA SECRET. EXECUTIVA DO CMS	DISPONIBILIDADE DOS PARTICIPANTES DO CMS ATUAREM NA SECRETARIA EXECUTIVA	NO DE REUNIOES REALIZADAS POR TRIMESTRE	ATAS DAS REUNIOES DA SECRETARIA EXECUTIVA

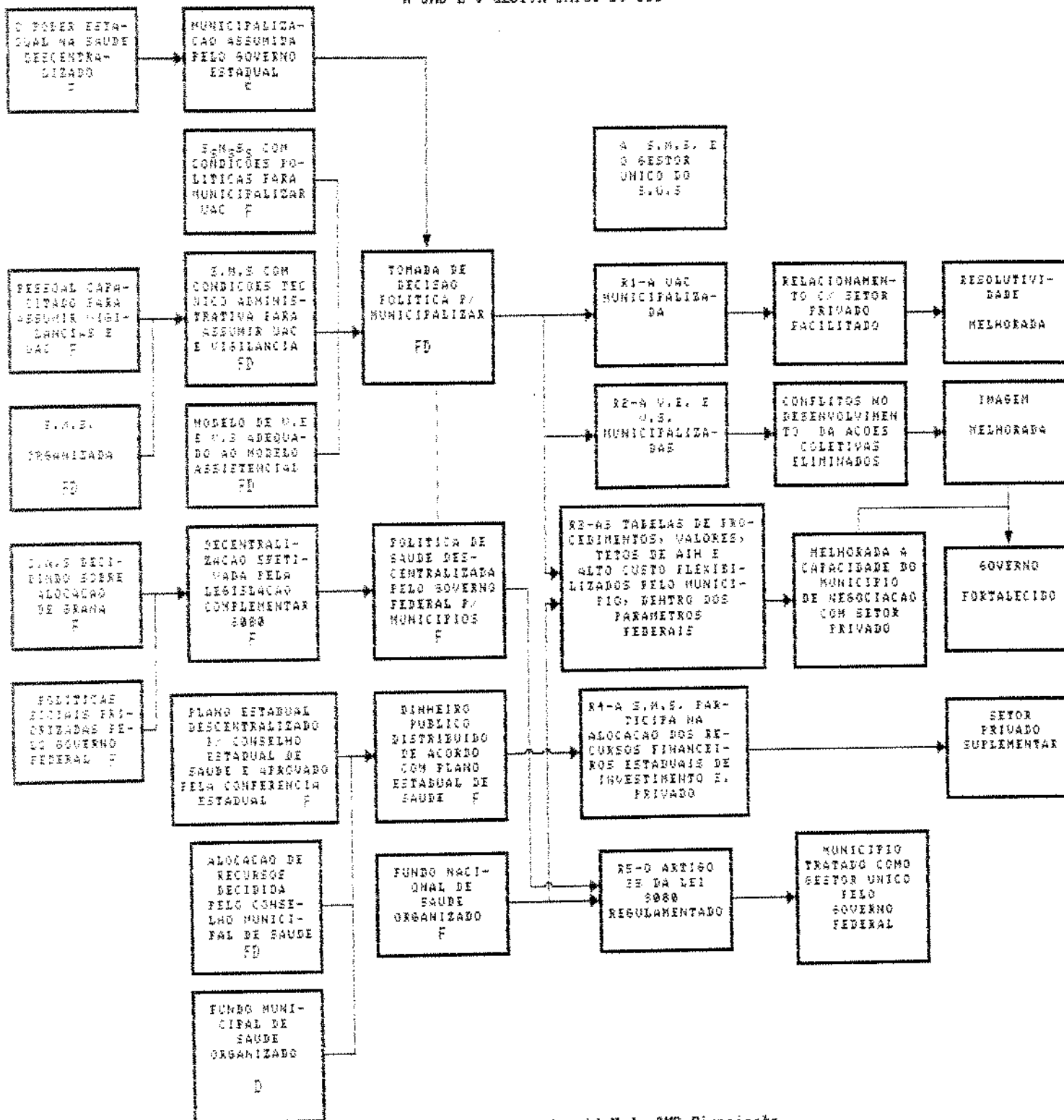
FONTE: PROJETO "EM DEFESA DA VIDA" DA SMS PIRACICABA , LAPA / UNICAMP

ARUONE DO PROBLEMA
"A SMS NAO E O GESTOR UNICO DO SUS"



FONTE: PROJETO "EM DEFESA DA VIDA" DA SMS/PIRACICABA
LAPA/UNICAMP/1991

QUADRO XVIII ARVORE DO RESULTADO "A SMS É O GESTOR ÚNICO DO SUS"



Fonte: Projeto "em defesa da vida" da SMS Piracicaba
LAPA/UNICAMP/1991

QUADRO XIX

ANALISE PRELIMINAR DE VIABILIDADE DO PROJETO C

PROJETO C				
FORTALECER O MUNICIPIO COMO GESTOR UNICO DO SUS LOCAL	RECURSOS	TEMPO	CONFLITO	VIABILIDADE
UAC MUNICIPALIZADA	PO - A OR - A CO - M F - M	6M	M	ET
V.E. e V.S. MUNICIPALIZADOS	OR - A CO - A F - A PO - M	12M	B	ET-
FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE ORGANIZADO	OR - M CO - M F - B PO - B	3M	M	ET+
RECURSOS OR- ORGANIZACAO CO- CONHECIMENTO PO- PODER F - FINANCEIRO	GRAU DE CONFLITO A- ALTO B- BAIXO M- MEDIO	VIABILIDADE S- SIM N- NAO ET- EM TERMOS		

FONTE: "PROJETO EM DEFESA DA VIDA" DA SMS PIRACICABA
LAPA / UNICAMP / 1991

QUADRO XX
PLANO OPERATIVO
SUB PROJETO C: (FORTALECER O MUNICIPIO COMO GESTOR DO SUS LOCAL)

RESULTADOS	OPERACOES	PRESSUPOSTOS (OPER.)	INDICADORES	FONTE DE COMPROVACAO
1- UAC MUNICIPALIZADA.	OPC 1.1-DISCUTIR PROPOSTA DE MUNICIPALIZACAO COM ERSA. OPC 1.2-IMPLEMENTAR A UAC NO SMS.	ADEQUACAO ADMINISTRATIVA DO SMS (MAIS CARGOS E FUNCOES)	NO DE PRESTADORES PRIVADOS CONTROLADOS NO DE PRESTADORES CONTROLADOS/CONS	FATURAS EMITIDAS PELA PREFEITURA MUNICIPAL
2- VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA MUNICIPALIZADA	OPC 2.1-DISCUTIR PROPOSTA DE MUNICIPALIZACAO COM ERSA OPC 2.2-IMPLANTAR A UAC NO SMS	ADEQUACAO ADMINISTRATIVA DA SMS.	NO DE UBS QUE NOTIFICAM NO TOTAL DE UBS NO DE UBS QUE INVESTIGAM NO TOTAL DE UBS	SUE -3 FICHA DE INVESTIGACAO EPIDEMIOLOGICA
3-VIGILANCIA SANITARIA MUNICIPALIZADA.	OPC 3.1-DISCUTIR PROPOSTA DE MUNICIPALIZACAO COM ERSA OPC 3.2-VIABILIZAR O COLECO SANITARIO MUNICIPAL. OPC 3.3-IMPLANTAR O V.SANITARIO NA SMS	APROVACAO NA CAMARA MUNICIPAL ADEQUACAO ADMINISTRATIVA DO SMS	NO DE ESTABELECIMENTOS RELACIONADOS A SAUDE INFECIONADOS P. SMS NO TOTAL DE ESTABELECIMENTOS CADASTRADOS	BOLETINS DE PRODUCAO
4- FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE ORGANIZADO	OPC 4.1-REVER O DECRETO NO 5124/88 E LEI 31.26/89 OPC 4.2-INSTALAR O FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	-APOIO DO PREFEITO -EXISTENCIA DE FUNCIONARIO CAPACITADO P/ EXERCER FUNCOES NO FUNDO	NO DE MOVIMENTACOES DA CONTA BANCARIA	EXTRATOS DE CONTAS BANCARIAS

FONTE: PROJETO "EM DEFESA DA VIDA" DA SMS PIRACICABA, LAPA / UNICAMP

QUADRO XXI

ANALISE PRELIMINAR DE VIABILIDADE DO PROJETO D

PROJETO D				
ORGANIZAR O SISTEMA MUNICIPAL DE SAUDE	RECURSOS	TEMPO	COFLITO	VIABILIDADE
HOSPITAL MUNICIPAL VIABILIZADO COM 100 LEITOS	F - A OR - A CO - A PO - A	12M	A	ET-
EQUIPES LOCAIS COMPLETADAS	OR - M CO - B PO - B F - M	12M	-	ET+
REDE EQUIPADA COM MANUTENCAO	OR - A F - A CO - B PO - -	6M	-	S
CAPACIDADE FISICA AMPLIADA	F - A PO - B CO - B OR - M	0	-	S
ATENCAO SECUNDARIA ORGANIZADA PRIORIZANDO EQUIPAMENTOS PROPRIOS	CO - M OR - M F - A PO - B	0	B	S
RECURSOS	GRAU DE CONFLITO		VIABILIDADE	
OR- ORGANIZACAO CO- CONHECIMENTO PO- PODER F - FINANCEIRO	A- ALTO B- BAIXO M- MEDIO		S- SIM N- NAO ET- EM TERMOS	

FONTE: "PROJETO EM DEFESA DA VIDA" DA SMS PIRACICABA
LAPA / UNICAMP / 1991

QUADRO XXII
PLANO OPERATIVO
SUBPROJETO D: (ORGANIZAR O SISTEMA MUNICIPAL DE SAUDE)

RESULTADOS	OPERACOES	PRESSUPOSTOS (OPER.)	INDICADORES	FONTE DE COMPROVACAO
1- O HOSPITAL MUNICIPAL VIABILIZADO	OP 1.1- DEFINIR A MELHOR ALTERNATIVA PARA O HOSPITAL OP 1.2- FAZER O PROJETO DO HOSPITAL OP 1.3- ADEQUAR PLANTA FISICA DO HOSPIT. OP 1.4- EQUIPAR O HOSP. OP 1.5- CONTRATAR RECURSOS HUMANOS	- UNIMED ACEITA SAIR DO PRECIO E PROPRIETARIO ALUGAR - CAMARA APROVAR DOACAO DO HOSPITAL SAMARITANO OU DESAPROPRIACAO DO HOSP. - U.F.E.C. CIBER PRECIO P/ 20 ANOS - LIBERACAO DE RECURSOS FINANCEIROS	NO DE LEITOS IMPLANTADOS NO DE LEITOS PREVISTOS	
2- EQUIPES LOCAIS COMPLETADAS (UBS)	OP 2.1- AVALIAR NECESSIDADES DE CONTRATAÇÃO OP 2.2- CONTRATAR PROFISSIONAIS DAS VARIAS CATEGORIAS	- CRIACAO DE CARGOS PELA CAMARA MUNICIPAL	NO DE PESSOAL N.U. CONTRATADO NO DE PESSOAL N.U. PREVISTO NO DE PESSOAL AUX. CONTRATADO NO DE PESSOAL AUX. PREVISTO	
3- CAPACIDADE FISICA AMPLADA	OP 3.1- CONSTRUIR CENTRO DE ZOOLOGIA/ALMOXARIFE, NHO QUIN (ALGODOAL, ARTEIAS, CENTRAL I, CENTRAL II) OP 3.2- AMPLIAR AS UBS DE WILSONIA, SON, O.FATIMA, V. CRISTINA, PIRACICABIRIM OP 3.3- REFORMAR AS UBS DE JUPIA, V. PLANALTO	- LIBERACAO DE RECURSOS FINANCEIROS - OBTENCAO DE TERRENO P/ CONSTRUCAO DO ALUGUEL DE CASAS PARA CENTRAL I E CENTRAL II	NO DE CONTRATAÇÕES CONCLUÍDAS NO DE CONTRATAÇÕES PREVISTO NO DE UNID. AMPLIADAS NO DE AMPLIAÇÕES PREVISTAS NO DE UBS REFORMADAS NO DE REFORMAS EM UBS PREVISTAS	
4- FEEI EQUIPADA E COM MANUTENCAO (UBS)	OP 4.1- ADEQUAR EQUIP. NECESSARIOS OP 4.2- REGULAMENTAR A CONTRATAÇÃO DE SERVICOS DE TERCEIROS	- LIBERACAO DE RECURSOS FINANCEIROS	NO DE EQUIPAMENTOS ADQUIRIDOS NO DE EQUIPAMENTOS PREVISTO NO DE SOLICITAÇÕES DE MANUTENCAO NO DE SOLICITAÇÕES ATENDIDAS	
5- ATENCAO SECUNDARIA ORGANIZADA PRIORIZANDO EQUIPAMENTOS PROPRIOS	OP 5.1- CONTRATA NEURO, NEFRATOLOGIA E REUMATOLOGISTA PARA AMP. ESPEC. OP 5.2- ADQUIRIR EQUIP. P/ LAB. CLINICO, EEG, VENTRILACNOGRAFO, ENDOSCOPIO OP 5.3- INFLATAR RX CONTRASTADO NO A.E. OP 5.4- INFORMATIZAR SIST. DE MARCAÇÃO CONS. OP 5.5- CONTRATAR PESSOAL P/ LAB. I E II	- LIBERACAO DE RECURSOS FINANCEIROS - CRIACAO DE CARGOS PELA CAMARA MUNICIPAL - INTEGRACAO REAL AO CPD	NO DE SADI REALIZADAS PELOS PROPRIOS NO DE SADI TOTAIS % DE CM REFERENCIADAS NO QE	

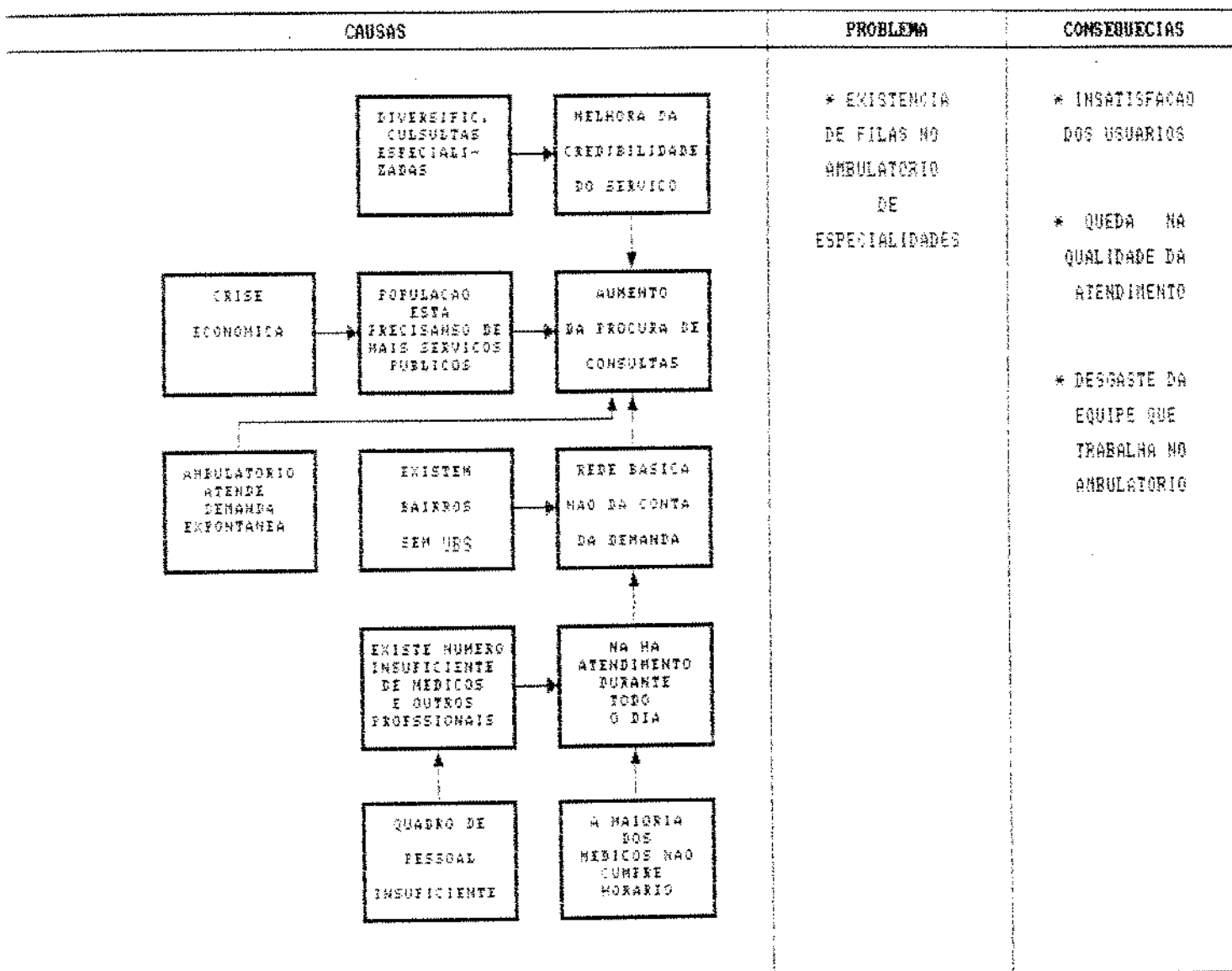
FONTE: PROJETO "EM DEFESA DA VIDA" DA SMS PIRACICABA, LAPA / UNICAMP

QUADRO XXIV
PLANO OPERATIVO
SUB PROJETO E : ADEQUAR A ESTRUTURA ADMINISTRATIVA DO SMS DE PIRACICABA

RESULTADOS	OPERACOES	PRESSUPOSTOS (OPER.)	INDICADORES	FONTE DE COMPROVACAO
1. FCCS APROVADO	OPE 1.1- VIABILIZAR A APROVACAO DO FCCS DA PREFEITURA MUNICIPAL OPE 1.2- VIABILIZAR A APROVACAO DO FCCS DA SMS OPE 1.3- VIABILIZAR A AMPLIACAO DO QUADRO DE PESSOAL DA SMS	O FRACASSO DA OPE 1.1 O FRACASSO DA OPE 1.1 E OPE 1.2.	FCCS DO P.M. CRIADO OU FCCS DO SMS APROVADO OU Q.P.SMS AMPLIADO	D.O.M
2. A SECRETARIA DE SAUDE COM ESTRUTURA ADEQUADA E/ FUNCIO- NAR COMO GESTOR UNICO DO SUS	OPE 2.1- VIABILIZAR A APROVACAO DA REFORMA ADMINISTRATIVA DA P.M OPE 2.2- VIABILIZAR A APROVACAO DA REFORMA ADMINISTRATIVA DA SMS OPE 2.3- IMPLANTAR PRO- POSTA DE ESTRUTURA FUN- CIONAL DO SMS COMO GES- TOR UNICO DO SUS	O FRACASSO DA OPE 2.1	A LEI QUE DISPOE SOBRE A RESTRU- XACAO ADM. DA P.M.P OU A LEI QUE DISPOE SOBRE A CRIACAO DO SMS	D.O.M

FONTE: PROJETO "EM DEFESA DA VIDA" DA SMS PIRACICABA , LAPA / UNICAMP

QUADRO XXV
EXPLICACAO SITUACIONAL DO PROBLEMA
"EXISTENCIA DE FILAS NO AMBULATORIO DE ESPECIALIDADES"



Fonte: Projeto "em defesa da vida" da SMS /Piracicaba
 LAPA/UNICAMP/1991

QUADRO XXVI

DEFINICAO DE RESULTADO PARA ENFRENTAR O PROBLEMA
"EXISTENCIA DE FILAS NO AMBULATORIO DE ESPECIALIDADES"

RESULTADOS PARCIAIS	RESULTADOS	CONSEQUENCIAS
<pre> graph TD A[MEDICOS CUMPRINDO O HORARIO] --> B[ATENDIMENTO ININTERROMPTO NAS VES] B --> C[DEMANDA ATENDIDA NA SEDE] C --> D[PROCURA DE CONSULTAS DIMINUIDA] D --> E[AMBULATORIO REORGANIZADO] E --> F[EQUIPE LOCAL COMPLETA] F --> G[QUADRO PESSOAL AMPLIADO] G --> F F --> B </pre>	* FIM DAS FILAS NO AMBULATORIO DE ESPECIALIDADES	* SATISFACAO DOS USUARIOS * MELHORIA NA QUALIDADE DA ATENDIMENTO * EQUIPE DO AMBULATORIO TRABALHANDO MAIS SATISFEITA

Fonte: Projeto "em defesa da vida" da SMS /Piracicaba
LAPA/UNICAMP/1991

QUADRO XXVII

ANALISE DE FATORES, MOTIVACOES E RECURSOS QUE CONTROLAM A REALIZACAO DAS SEGUINTE OPs:

1- HABILITAR O HOSPITAL MUNICIPAL 2- GARANTIR RECURSOS FINANCEIROS P/SMS 3- REGULARIZAR SITUACAO DOS GERENTES 4- APROVAR AMPLIACAO DO O.P. 5- REGULAMENTAR AS COMISSOES LOCAIS DE SAUDE						
ATORES	MOTIVACAO					RECURSOS QUE CONTROLA
	1	4	3	2	5	
A- MACHADO	A O	M O	M O	A O	A O	- ENCAMINHAR PROJETO DE LEI - PRIORIZAR RECURSOS
B- STOREL	A O	B O	B O	A O	A O	- APOIO AO PROJETO COMO CANDIDATO
C- ALEX	A O	A O	A +	A +	A +	- ARTICULACAO JUNTO AO PREFEITO E CAMARA MUNICIPAL
D- CMS	A +	A +	A +	A +	A +	- PRESSAO
E- GERENTES	A +	A +	A +	A +	A +	- PRESSAO - TRABALHO JUNTO AS CLS
F- CONSELHO DE GOVERNO	A O	A -	B O	A -	A O	- PRIORIZACAO DE RECURSOS
G- CAMARA MUNICIPAL	A +	B O	A -	A -	A -	- APROVACAO DE LEIS (AMPLIACAO DE O.P., ORCAMENTO, ETC)
H- BANCADA DO PT	A +	B O	B +	A +	A +	- PRESSAO - VOTOS NA CAMARA
I- SECRET. ADM. FINANCAS	A O	A -	B O	A -	A O	- ENCAMINHAMENTOS E PARECERES SOBRE OS PROJETOS
J- SINDIC. SERV. MUNICIP.	B O	B O	A -	A -	B O	- MOBILIZACAO DOS SERVIDORES

FONTE: PROJETO "EM DEFESA DA VIDA" DA SMS/PIRACICABA
LAPA/UNICAMP/1991

QUADRO XXVIII

ANÁLISE MAIS DETALHADA DE ATORES

ATORES	MOTIVACAO 1 4 3 2 5	RECURSOS QUE CONTROLA
K- GUEDES/ KEIJE	A B B B B O O O O O	- MOBILIZACAO DA BANCADA NA C.MUNICIP.
L- JOAO MANOEL	A B A A A O O + + +	- MOBILIZACAO DA BANCADA NA C.MUNICIP.
M- LUIZ REIS	A A A A A + O + + +	- MOBILIZACAO DA BANCADA NA C.MUNICIP.
N- WANDERLEY	A A B A A O O O + +	- MOBILIZACAO DA BANCADA NA C.MUNICIP.
O- BAJAS	A B B A B O O O + O	- MOBILIZACAO DA BANCADA NA C.MUNICIP.
P- FARTINGUERRE	A B A A A O O - - -	- MOBILIZACAO DA BANCADA NA C.MUNICIP.

FONTE: PROJETO "EM DEFESA DA VIDA" DA SMS/PIRACICABA
LAPA/UNICAMP/1991

QUADRO XXIX

MATRIZ DE PROCESSAMENTO DO PROBLEMA
"NÃO HA REPOSICAO EM TEMPO HABIL E EM NA QUANTIDADE NECESSARIA DOS MATERIAIS"

CONSEQUENCIA	PROBLEMA	EXPLICACOES	RESULTADOS	OBJETIVOS
FALTA MATERIAL NA REDE	PS- NAO HA REPOSICAO EM TEMPO HABIL E NA QTE. NECESSARIA DE MATERIAIS	A CONFERA NAO E FEITA DE FORMA PLANEJADA	RESPONSVEL PELO SUPRIMENTO DESIGNADO	GARANTIR MATERIAIS E MEDICAMENTOS EM QTE. E QUANTIDADE SUFICIENTE P/ SMS
POPCULACAO NA ASSISTIDA	DESCRITORES	NAO HA ESTOQUE DE REPOSICAO NO ALMOXARIFADO	ALMOXARIFADO E FARMACIA ORGANIZADOS	
DESCREDITO DA SMS N. CENTRAL		FALTA DE UM FARMACEUTICO CAPACITADO NO ALMOXARIFADO	MEDICAMENTOS E MATERIAIS UTILIZADOS PARA REDE PADRONIZADOS	
GRANDE NUMERO DE CONFERA BURETA DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS		NAO HA SISTEMATICA DE SEMANEA- MENTO DE MAT. E MED. NA REDE	CONFERA DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS RACIONALI- ZADOS	
		NAO HA PADRONIZACAO DE USO DE MEDICAMENTO		
		FALTA DE OFERTA DE DETERMINADOS MEDICAMENTOS NO MERCADO		
		PROCESSO INFLACIONARIO CONFRONTE CAPACIDADE DE CONFERA		
		REUNIOES DA EQUIPE DO NNA NAO SAO FEI- TAS DE FORMA SISTEMATICA		

Fonte: Projeto "em defesa da vida" da SMS /Piracicaba
LAPA/UNICAMP/1991

QUADRO XXX

MATRIZ DE PROCESSAMENTO DO PROBLEMA

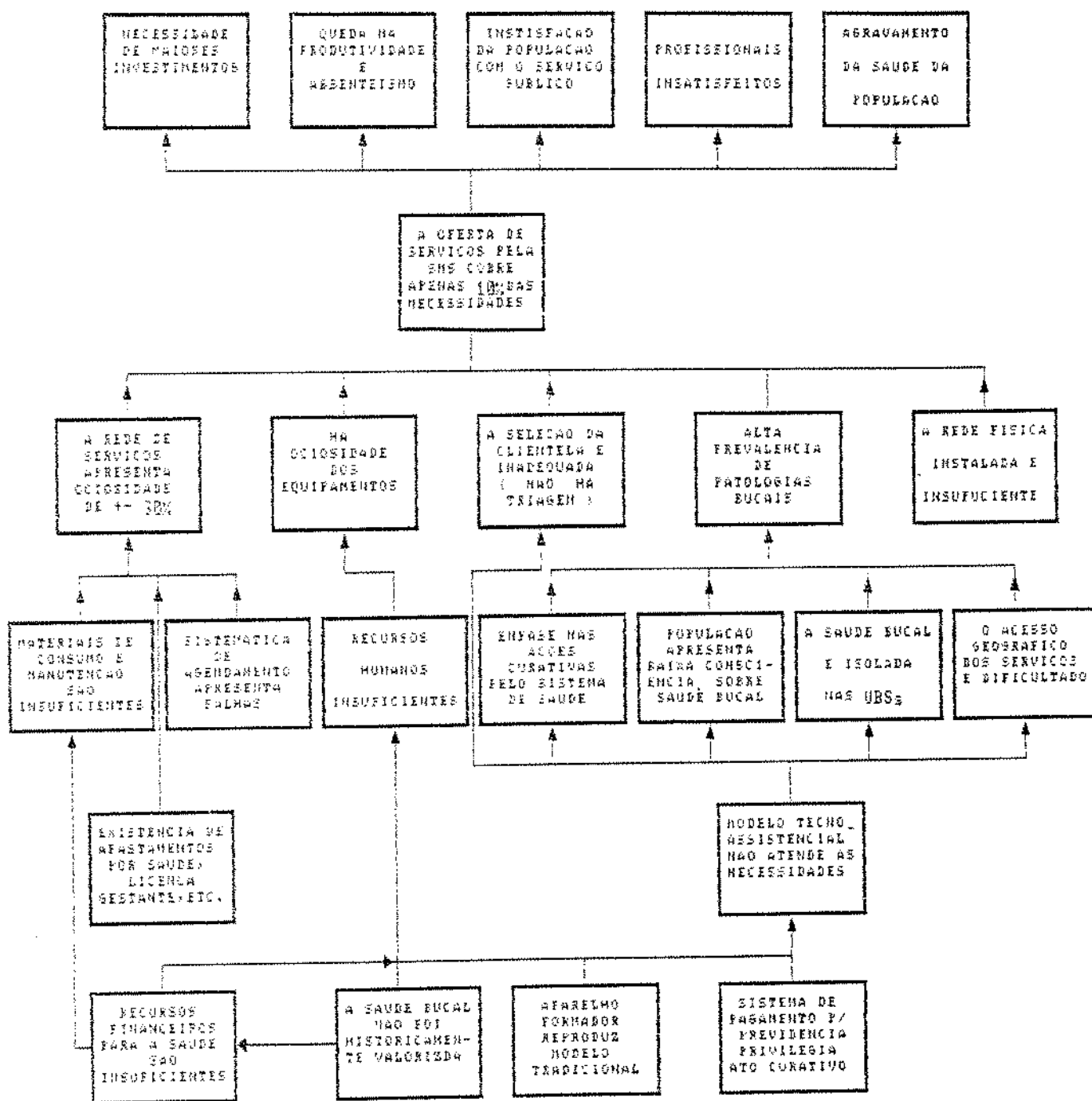
"A COMUNICAÇÃO ENTRE EQUIPE NAA, E SUPERVISÃO É INADEQUADA"

CONSEQUENCIA	PROBLEMA	EXPLICACOES	RESULTADOS	OBJETIVOS
EQUIPE DO NAA ALINHADA DO PROJETO EM ADEQUADA DA VIDA DISTANCIA ENTRE A EQUIPE NAA E SUPERVISAO ROTINA DE TRABALHO DO NAA INTERROMPIDA POR CONTER ORDENS EQ. SUP.	P1- A COMUNICACAO ENTRE EQUIPE DO NAA E SUPERVISAO E INADEQUADA I1-AS ALTERACOES OCORRIM DAS NAS JZS NAO SAO COMUNICADAS AO NAA O2-AS ATRIBUICOES DO GERENTE DE IMPREVISTO NAO ESTAO CLARAS P/ NAA O3-SIFICULDADE DE PROGRAMAÇÃO ANCIOMAL DO USO DAS MANTURAS	POUCA DISPO- NIBILIDADE DE TEMPO DO NAA PARA SE REUNIR COM SUPERVISAO O NAA CENTRALIZA MUITO A DESORGANIZACAO E A POUCA DISP. DE TEMPO DA EQUIPE DE SUPERVISAO O GERENTE DO NAA NAO PARTICIPA DO COLEGIADO A EQ. DO NAA DO NAA NAO SE REUNE DE FORMA REGULAR C/ G. IMPREVISTO A EQ. DO NAA E MUITO REDUZIDA P/ AS TAREFAS	R1- EQUIPE DO DO NAA AMPLIADA R2- REUNIOES DO GERENTE IMPREVISTO COM EQUIPE DO NAA SISTEMATIZADAS R3- ATRIBUICOES DO GERENTE DE IMPREVISTO ESTABELECIDAS R4-GERENTE DO NAA INCORPORADO AO COLEGIADO DE GOVERNO R5- AS ATIVIDADES DO GERENTE DO NAA REVISITAS REUNIOES DA EQUIPE DO NAA SISTEMATICA	MELHOR COMUNICACAO ENTRE EQ. NAA E SUPERVISAO

QUADRO XXXI

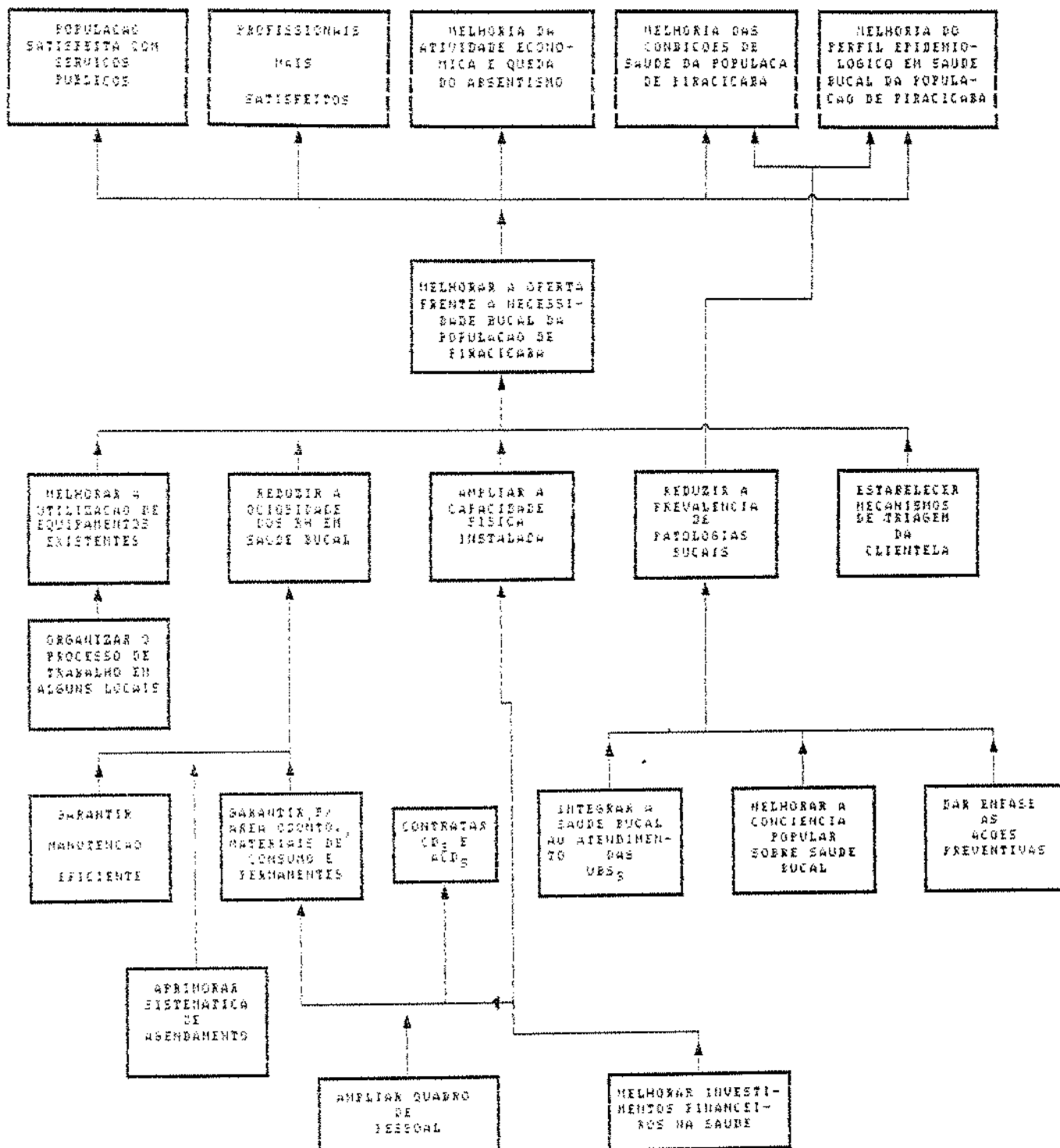
ARVORE DO PROBLEMA

"A OFERTA DE SERVIÇOS PELA SMS COBRE APENAS 10% DAS NECESSIDADES DA POPULAÇÃO"



Fonte: Projeto "em defesa da vida" da SMS /Piracicaba
LAPA/UNICAMP/1991

QUADRO XXXII
ARVORE DE OBJETIVO
 "Melhorar a oferta frente a necessidade de
 saúde bucal da população de Piracicaba"



FONTE : PROJETO "EM DEFESA DA VIDA" DA SMS/PIRACICABA
 LAPA/UNUCAMP/1991

QUADRO-XXXIII

ANALISE DE CENARIOS

ALTERNATIVAS

A →

- TEMPO :5 ANOS
- SEM RESTRICOES PARA CONTRATAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS
- SEM RESTRICOES PARA INVESTIMENTOS (OBRAS E EQUIPAMENTOS)
- SEM RESTRICOES PARA CUSTEIO.

A ALTERNATIVA 'A' E A SITUAÇÃO-OBJETIVO
E A REPRESENTAÇÃO DO MODELO TECNO-ASSISTENCIAL

B →

- TEMPO :5 ANOS
- RESTRICOES PARCIAIS DE RECURSOS HUMANOS ,INVESTIMENTOS
(SMS COM 15% DO ORÇAMENTO MUNICIPAL)
- (AUMENTO REAL DO VALOR DO REPASSE DO INAMPS)

C →

- TEMPO :18 MESES (MARÇO A DEZEMBRO DE 1992)
- RESTRICAÇÃO ABSOLUTA DE CUSTEIO (MANUTENÇÃO E MATERIAL ODONTOLÓGICO)
- SEM RESTRICOES ED CUSTEIO (MANUTENÇÃO E MATERIAL ODONTOLÓGICO)
- ALGUMAS POSSIBILIDADES DE OBRAS

QUADRO-XXXIV

ANALISE DE ALTERNATIVAS NO CENARIO B.

RESULTADOS	OPERACOES	CARACTERISTICAS
R1 — AMPLIADA A OFERTA DE SERVICOS DE SAUDE BUCAL P/ A POPULACAO.	1-Instalar 4 modulos em pontos estrategicos com 10 equipes p/ modulo ,funcionando em 3 periodos. 2-Transformar o SOM em Ambulatorio de Especialidades (retaguarda secundaria) com laboratorio de Protese e Centro Cirurgico. 3-Organizar referencia terciaria a nivel hospitalar. 4-Implantar agendamento informatizado e integrado de todo o sistema.	Modulos com Gerente. Faz atendimento de escolares (Programa Incremental). Pronto-Atendimento (atendimento de emergencia) Atendimento de pessoas referenciadas pelas UBSs.
R2 — REDUZIDA A PREVALENCIA DE PATOLOGIAS BUCAIS.	Implantar Programa de Odontologia Preventiva nas Escolas e Creches.	Utilizacao de THDs e ACDs lotados nas UBSs, supervisionadas por CDs dos modulos. Trabalhar com agentes de Saude nas Creches.
R3 — SUPRIMENTOS E MANUTENCAO ADEQUADOS.	-Criar Central Tecnica de manutencao proprio da Saude Bucal -Criar "Area de Odonto" especializada no Almoxarifado Central da SMS -Organizar Almoxarifados nos modulos -Desburocratizar sistematica de Suprimentos	

FONTE: PROJETO "EM DEFESA DA VIDA" DA SMS/PIRACICABA
LAPA/UNICAMP/1991

QUADRO XXXV

PLANILHA DE PROCESSAMENTO DE PROBLEMAS

ATOR	CONSEQUENCIAS	PROBLEMAS COM DESCRITORES	EXPLICACOES	RESULTADOS	OBJETIVO

FONTE: "PROJETO EM DEFESA DA VIDA" DA SMS PIRACICABA
LAPA / UNICAMP / 1991

QUADRO XXXVI

PLANILHA DE AGENDAMENTO E CONTROLE DO PROJETO DE AÇÃO

OPERACAO No

PRAZO :

ACAOES	PRAZO	DESCRIÇAOES DESENVOLVIDAS	DATA INICIO / DATA FIM INICIO / FIM

FONTE: PROJETO "EM DEFESA DA VIDA" DA SMS/PIRACICABA
LAPA/UNICAMP/1991

QUADRO XXXVII

PLANILHA DE AVALIACAO DO CUMPRIMENTO DAS OPERACOES

UNIDADE :

GERENTE:

DATA:

OPERACAO	PRAZO INICIAL	EMPRESA PROBLEMA	ESTADO ATUAL	JUSTIFICATIVA PARA NAO CUMPRIMENTO	NOVO PRAZO

FONTE: PROJETO "EM DEFESA DA VIDA" DA SMS/PIRACICABA
LAPA/UNICAMP/1991

QUADRO XXXVIII

QUADRO DE COMPROMISSOS DO COLEGIADO

UNIDADE	OPERACOES A SEREM CONCLUIDAS NO MES	SITUACAO	JUSTIFICATIVA	NOVO PRAZO

FONTE: PROJETO "EM DEFESA DA VIDA" DA SMS/PIRACICABA
LAPA/UNICAMP/1991

CAPITULO III

INVENTANDO A MUDANÇA NA INSTITUIÇÃO

o projeto "em defesa da vida" da Santa Casa do Pará

Casa . tendo sido nomeada uma Junta Interventora para administrá-la em caráter de excepcionalidade , com o objetivo básico de sanear suas finanças e pagar dívidas trabalhistas . A atual diretora-presidente fazia parte desta Junta , embora não a presidisse . Na verdade , esse momento da intervenção marca o início de uma luta conduzida pelos atores já citados e pensada como uma série de etapas a serem vencidas . A primeira dela seria a extinção da Sociedade Civil , tendo em vista a proposta então vigente de transformar a Santa Casa em uma Fundação ligada ao Governo Federal . Como fruto de um intenso e articulado trabalho dos estudantes , em 16 de abril de 1985 . é realizada uma assembléia de sócios , que doaram o patrimônio da Santa Casa como base para a instituição de uma Fundação Pública , inicialmente pensada como federal . Instituiu-se então uma Comissão pró-Fundação , que , na figura de sua atual diretora , conduziu a Santa Casa até a criação da Fundação em 1990 .

No período de 1987/1988 , foi estabelecido para a Santa Casa o sistema de co-gestão , com a participação do Ministério da Previdência e Assistência Social , Ministério da Saúde , Ministério da Educação e Cultura e o Governo do Pará , que tornavam-se responsáveis pelo financiamento da instituição . Segundo a diretora-presidente , esse foi um período muito bom , na medida em que eram possíveis certos "acertos" orçamentários entre as instituições , de forma a garantir um bom fluxo de recursos financeiros . Em 1989 , esse convênio não foi renovado e a Santa Casa enfrenta outra grave crise financeira . Intensifica-se a mobilização visando a sua estatitização , como única forma de encontrar uma saída para suas dificuldades .

Diante da crise e suas repercursões junto à sociedade civil , o então governador decretou , em outubro de 1990 , a intervenção na Santa Casa , afastando a atual diretora-presidente que na ocasião respondia pela direção da Santa Casa , como membro mais atuante da Comissão pró-Fundação . Finalmente , em dezembro de 1990 é criada a Fundação Santa Casa de Misericórdia , ligada ao Governo do Pará , mais especificamente à sua Secretaria de Saúde - SESPA . Em abril de 1992 , o recém-empossado Governo Estadual designa a atual presidente para a direção . Segundo seu relato , neste seu retorno , ela encontrou uma "Santa Casa totalmente diferente" . Os funcionários sentiam-se frustrados porque a Fundação não saiu do jeito que esperavam e houve um **acachapamento dos mesmos ao interventor** . Nesta medida , a diretora diagnosticava um "paradoxo" , pois se **"agora as condições materiais de sobrevivência estavam garantidas , os funcionários apresentavam-se desmotivados , exigentes e sem adesão à proposta da Santa Casa"** (depoimento prestado em 13 de novembro de 1992) . Foi neste momento que surge a idéia de solicitar uma assessoria especificamente na área de recursos humanos , na tentativa de reverter este quadro . O trabalho dos técnicos da Unicamp inicia-se em outubro de 1991, como se relata na próxima seção . A possibilidade de desenvolvimento deste trabalho pode ser creditada à

coincidência entre a linha de trabalho que vem sendo desenvolvida pelo Laboratório de Administração e Planejamento - LAPA- e o projeto político da Santa Casa, em particular a defesa da construção de um sistema de saúde público e formas democráticas de gestão deste sistema.

A Santa Casa operava, em novembro de 1992, trezentos e trinta e nove leitos, distribuídos da seguinte maneira: noventa e nove leitos na Clínica Médica, trinta e cinco leitos na Clínica Cirúrgica, cem leitos na Clínica Pediátrica, oitenta e dois leitos na Clínica Toco-ginecológica e vinte e três leitos na Clínica Cardiológica. Esta última inclui desde atendimento ambulatorial e internações clínicas, até serviço de hemodinâmica e cirurgia cardíaca. Para tanto, existe uma Unidade de Terapia Intensiva com cinco leitos para adultos, além de uma UTI infantil, desativada no momento deste relato. Como suporte para estas atividades de assistência à população, a Santa Casa dispõe de serviço de nutrição e dietética de alta qualidade, laboratório de análises clínicas, serviço de farmácia, processamento de roupas, serviço social, psicologia, arquivo médico e estatística e ambulatório de egressos. Conta também com serviço funerário que vende serviço para terceiros, através de convênios entre a Santa Casa e entidades.

A Santa Casa assume assim as características de um hospital geral, dotado das clínicas básicas, mas que pode ser visto como um hospital com vocação para terciário, seja porque recebe os casos mais complicados, em todas áreas, não absorvidos pelo Sistema Único de Saúde, seja pela incorporação de tecnologia de ponta, atuando como serviço de excelência para o SUS, como é o caso da Cardiologia. Além disto, pelo importante afluxo de clientela de todo o Estado do Pará e de estados vizinhos, o Hospital pode ser visto como tendo características de hospital regional, com sobrecarga do seu serviço social, no momento de encaminhamento pós-alta, tendo em vista o perfil socio-econômico de sua clientela. Outra característica do hospital é o fato dele ainda ser visto como "Santa Casa" no sentido de uma certa representação no imaginário popular de ser um hospital para pobres e que recolhe aqueles casos de pessoas com doenças incuráveis, em estado terminal, sem família, ou seja, conserva um pouco aquelas características das misericórdias originais.

Outra característica importante do hospital é ser hospital de ensino, campo de estágios, treinamento e residência médica de duas universidades. Esta relação Universidade/Santa Casa não tem sido fácil no correr dos anos, principalmente em função das características dos docentes que insistem em uma posição elitista e elitizante, bastante apartada da realidade que a Santa Casa enfrenta. Estas dificuldades foram objeto de uma "oficina de trabalho" entre os representantes da Universidade e da Santa Casa, monitorada pelos técnicos da Unicamp, com o objetivo de

entrosamento entre as partes . Como a proposta da Santa Casa propunha a subordinação das atividades de docência às assistenciais . dentro do modelo de gestão e dos parâmetros adotados pelo hospital . este acordo tem sido muito dificultado . O sintoma mais evidente deste desencontro é que a Universidade mantém um ambulatório em separado da Santa Casa e esta . teve que organizar o seu próprio ambulatório para seguimento de pacientes egressos .

O financiamento da Santa Casa é feito através de subvenção do Governo do Estado do Pará (84% do orçamento de 1991) e produção de serviços . sendo seu relacionamento com o Sistema Unico de Saúde - SUS - através da modalidade hospital filantrópico . A Programação Orçamentária para 1992 é de \$26.756.034.00 (vinte e seis bilhões setecentos e cinquenta e seis milhões trinta e quatro mil e setenta cruzeiros) . Destes , \$17.487.151.231.00 (dezessete bilhões quatrocentos e oitenta sete milhões cento e cinquenta e um mil duzentos e trinta cruzeiros) serão repassados pelo governo estadual . que mantém um percentual de repasse semelhante ao do ano anterior . \$9.268.882.839.00 (nove bilhões duzentos e sessenta e oito milhões oitocentos e oitenta e dois mil e oitocentos e trinta e nove cruzeiros) provenientes de recursos próprios da instituição referentes a serviços produzidos para o SUS através de Autorizações de Internação Hospitalar - AIH - e atendimento ambulatorial e outras rendas como Serviços Fúnebres . Aluguéis . Loterpa . Xerox . Serviços de Lavanderia e fornecimento de refeições . Estes recursos representam , quanto à natureza da despesa a seguinte distribuição : Pessoal (24%) . Custeio (50%) e investimentos (26%) .

As dificuldades de financiamento do hospital devem-se , além da defasagem nos valores e prazos de repasses dos recursos federais . ao fato do sistema de saúde ser muito precário e desorganizado no município de Belém e em todo o Estado do Pará , de forma que o hospital acaba recebendo pacientes muito graves , para os quais não é formalmente referência (e portanto credenciado) . Além do mais , o município de Belém apresenta sérias dificuldades econômicas e de infra-estrutura , resultando numa crescente defasagem entre as necessidades da população e a oferta de serviços essenciais como transporte , lazer , educação , recreação , habitação , saneamento básico e trabalho , deteriorando as condições de vida e de saúde da população , o que sobrecarrega a rede hospitalar , com uma realidade nosológica extremamente rica e heterogênea . Os índices crescentes de doenças crônico-degenerativas , acidentes de trânsito , coexistem , em proporções semelhantes , com a alta incidência de doenças infecto-parasitárias , carenciais e afecções peri-natais preveníveis por medidas de saneamento básico , controle de vetores e melhoria da rede de assistência à saúde . (Esses dados e comentários foram retirados do relatório apresentado pelas duas diretoras adjuntas do hospital -Antonieta de Fátima Pompeu dos Anjos e Maria Celina

Borges Maciel durante Curso de Especialização em Administração Hospitalar , realizado na Escola Nacional de Saúde Pública , em 1992) . Para exemplificar o "contraste epidemiológico" existente no município , basta dizer que no dia da realização da primeira cirurgia cardíaca no hospital , alguns casos de cólera estavam internados em uma enfermaria montada em caráter de emergência para fazer frente à epidemia da doença !

O quadro funcional da Santa Casa era , em outubro de 1992 , de 906 funcionários , representados em diversas categorias profissionais , distribuídos de acordo com a necessidade das unidades , nos seguintes percentuais : 18% na área administrativa , 18% na área de infra-estrutura (laboratório , serviço de diagnóstico por rádio-imagem , processamento de roupas e nutrição e dietética) e 64% na área assistencial . Estima-se - embora sem dados concretos - que , excetuando-se os funcionários administrativos , os demais profissionais possuam outro vínculo com o setor privado . Além disto , como é permitido pela Constituição , todos os médicos possuem dois vínculos com o próprio setor público e , em sua maioria , tem prática liberal em consultório particular ou trabalham para empresas médicas da cidade .

Considerando a política econômica do Governo federal e os valores atuais dos salários , a grande maioria dos funcionários da Santa Casa está enquadrada na "classe de baixa renda" , ganhando o suficiente apenas para sobreviver . O pessoal de nível superior pode ser enquadrado nas graduações de "classe média baixa" ou "classe média alta" , dependendo do acúmulo de empregos que apresentam . *

** A fonte destes dados é a mesma citada anteriormente . Mais dados sobre os indicadores gerais do hospital serão apresentados quando da discussão da planilha de avaliação trimestral do desempenho do hospital , tais como média de permanência nas várias clínicas , taxa de ocupação dos leitos, taxa de infecção hospitalar e outros indicadores mais tradicionalmente utilizados na administração hospitalar .*

O DESENHO DO PROJETO

É o momento de delimitação do "objeto do projeto", no sentido de haver uma definição do que estará sob a atenção da direção da instituição. O desenho do projeto é, assim, um recorte intencional da realidade, visando a ação, feito por um determinado ator, em situação. Daí sua importância, pois existem múltiplas possibilidades de "inícios" ou "pontos de partida", que são definidos basicamente em função do projeto político do sujeito que "assina" o projeto. No caso da direção da Santa Casa, no ponto anterior foi bem enfatizado o seu firme compromisso com a defesa do caráter público do hospital e com a garantia de um atendimento de boa qualidade para os usuários. Havia uma preocupação mais visível, naquele momento, com a questão da "adesão dos funcionários", considerada como vital para a consecução dos objetivos maiores da direção. O convite para o trabalho com a Unicamp parte desta preocupação e, desta forma, orienta e baliza a modelagem inicial do "planejamento". O que se relata a seguir, é como este projeto inicial foi desenhado, acompanhado de alguns comentários e observações que a visibilidade que se tem hoje do projeto, permite fazer.

Em outubro de 1991, reuniram-se durante quatro dias, e sob a coordenação dos técnicos do LAPA, cerca de vinte profissionais, de várias áreas do hospital, naquele momento sem as atribuições de "gerentes" que viria a ser-lhes atribuída depois. Era um grupo merecedor da confiança da diretora-presidente, muitos deles companheiros na luta pela estatização da Santa Casa. Naquele momento, o **poder visível** - e ali o **poder de fato** era perfeitamente superposto ao **poder formal** - era a diretora-presidente e as duas diretoras adjuntas.

Como "metodologia de planejamento" foi utilizada a técnica ZOPP (planejamento de projetos por objetivos), "enriquecida" por elementos que vinham sendo trabalhados em outras experiências, em particular uma melhor análise de viabilidade, a ênfase na discussão do sujeito e do seu projeto e uma preocupação, explicitada desde o primeiro momento, com o sistema de direção *

* Uma discussão mais detalhada sobre técnicas de montagem de projetos (incluindo o ZOPP), a partir de determinados enfoques metodológicos de planejamento, em particular uma "certa condução metodológica" que caracteriza

as experiências que estão sendo reconstituídas, é feita com detalhes nos capítulos IV e V.

Como primeira aproximação , foi solicitado aos participantes da oficina que formulaassem os objetivos e compromissos da Santa Casa , visando uma melhor explicitação do projeto da instituição e um reconhecimento preliminar de como o grupo , que naquele momento começava a nascer como um sujeito coletivo formulador e condutor da política da Santa Casa , conseguia formular este projeto . Ou , qual o grau de homeogeneidade que havia nas falas dos seus membros , no sentido de avaliar se era e como era compartilhado um certo "ideário" comum , que , de uma forma mesmo que indireta , ajudasse no "prognóstico" a respeito da construção do grupo enquanto sujeito coletivo , com sua existência marcada pela presença de uma matriz discursiva unificadora .

Nesta primeira abordagem , houve uma coincidência entre os compromissos expressos pelo grupo , que puderam ser agrupados em grandes blocos , assim sintetizados :

- garantia de um bom atendimento para a população
- a integração do hospital ao Sistema Único de Saúde , funcionando como retaguarda para a rede ambulatorial e como referência estadual
- desenvolvimento de uma política de recursos humanos que garanta o compromisso dos servidores com o hospital

O que interessa reter desta primeira aproximação é que , havia uma notável coesão do grupo em torno da proposta da construção da Santa Casa como hospital público , integrada ao SUS e compromissada com um bom atendimento para os usuários. A proposição de privatização de um setor do hospital , feita por um dos médicos presentes , foi rechaçada pelo grupo , com especial ênfase pela diretora-presidente , figura importante (enquanto que , de certa forma , ainda muito solitária naquele momento) para bancar um projeto de hospital público .

Não havia muita clareza no grupo a respeito do perfil assistencial que a Santa Casa deveria assumir no futuro . embora houvesse um alto grau de adesão à idéia de sua vocação de hospital de referência de nível terciário , com incorporação de tecnologia de ponta nas áreas de diagnóstico por rádio-imagem , cardiologia , neurologia , nefrologia e atendimento de risco nas áreas da mulher e de crianças . De fato , a discussão do perfil assistencial deveria ser feita em articulação com a direção do SUS estadual e , não de forma autônoma pela direção do hospital . Na prática , e pela indefinição política do SUS , a modelagem do hospital tem sido feita a partir de necessidades não satisfeitas pelo sistema público , que a direção da Santa Casa vai "cobrindo" conforme suas possibilidades financeiras. Exceção à esta lógica foi a criação de uma enfermaria para atendimento de doentes de cólera , quando da recente epidemia, que foi planejada e negociada com a direção do SUS, no sentido da Santa Casa ter recebido recursos específicos para esta

atividade .

Uma vez estabelecidas estas premissas compartilhadas pelo grupo , entrou-se uma fase de problematização , qual seja , a de definição dos principais problemas a serem enfrentados no projeto que ali se desenhava . As etapas anteriores foram preparatórias desta , no sentido de criar um certo "pano de fundo" , compartilhado pelo grupo , para falar sobre os problemas da instituição . Cada participante podia escrever livremente , e de forma , anônima sobre o que considerava como os principais problemas da vida cotidiana . O resultado disto foi a montagem de um grande painel , uma colagem de visões e opiniões , que precisavam começar a ser processadas , no sentido de serem ordenadas e sistematizadas em recortes intencionais , voltados para a ação .

Uma primeira etapa do processamento destes problemas foi agrupá-los em três grandes blocos de temas afins :

- **difficultades de relacionamento interpessoal** . Aqui foram agrupadas todos as dificuldades de alguma forma ligadas a um sistema de direção impessoal , tradicional , que cultivava a dicotomia entre a "área técnica" e a "área administrativa" , as linhas de mando verticais e todas as demais mazelas de um determinado padrão "tradicional" de gestão .

- **dotação orçamentária para subsidiar produtos oferecidos pela Fundação aos usuários é insuficiente** . Aqui foram agrupados aspectos como o sub-faturamento do hospital (emissão de AIHs e BAAs inferiores aos serviços realmente prestados) , a não priorização dos gastos em saúde pelos governos federal e estadual , a sub-utilização dos recursos da Santa Casa que poderiam gerar fundos (funerária , serviço de nutrição e dietética , lavanderia etc)

- **política de recursos humanos insuficiente para garantir produtos e compromissos da Fundação Santa Casa** . Aqui foram agrupados todos os problemas ligados aos baixos salários , a inexistência de uma política de desenvolvimento de recursos humanos , a falta de pessoal em praticamente todas as áreas do hospital , o corporativismo e outros .

O grupo conseguiu visualizar que estes problemas eram profundamente interligados (gestão/financiamento/política de pessoal) e , que só poderiam ser trabalhados de uma forma integrada . Definuiu-se como o problema de abertura do projeto aquele que fala da **inadequação da política de recursos humanos da Santa Casa para implantar o modelo tecno-assistencial pretendido** .

Passo seguinte foi trabalhar este problema em uma "árvore de problema" (QUADRO I) , para um detalhamento maior de suas causas e consequências . Pode-se dizer que o problema eleito tem causa múltiplas e complexas , sendo que as mais visíveis seriam um processo de seleção deficiente .

I- ALGUMAS INFORMAÇÕES SOBRE A SANTA CASA DO PARÁ E SUA HISTÓRIA .

A Santa Casa do Pará deixou a condição de entidade filantrópica e se transformou em uma Fundação Pública , ligada ao Governo do Estado do Pará . no dia 13 de dezembro de 1990 . Portanto , sua história como hospital público é recente , embora fruto de longas lutas travadas nos últimos anos por um conjunto de pessoas compromissadas com a defesa de um patrimônio público , de grande importância para a assistência hospitalar e ambulatorial de um número significativo de paraenses , da capital e do interior , em particular seus contingentes mais pobres e excluídos da assistência médica prestada no setor privado , contratado ou não pela Previdência Social . A reconstituição e análise do projeto "em defesa da vida" que é feita neste capítulo , só pode ser entendida , em todo o seu significado , na moldura desta luta , cuja bandeira principal tem sido , desde antes o projeto que se analisa , a defesa intransigente do caráter público da Santa Casa , e a não conciliação com nenhum interesse particularista ou de atendimento diferenciado de clientela , em função , por exemplo , de certa cantinela neo-liberal , que aponta "soluções" híbridas , do privado parasitando o público (vide o exemplo do INCOR - Instituto do Coração - em São Paulo) para enfrentar os problemas da assistência médica no Brasil .

A Santa Casa do Pará foi fundada no século XVII (em 1619 para alguns e 1650 para outros) . Funciona no atual prédio , em processo de total recuperação de sua estrutura física , desde o século passado . São , portanto , três séculos e meio de funcionamento ininterrupto , a serviço da população carente , o que dá um grau de reconhecimento e tradição para o hospital quase impar no nosso país .

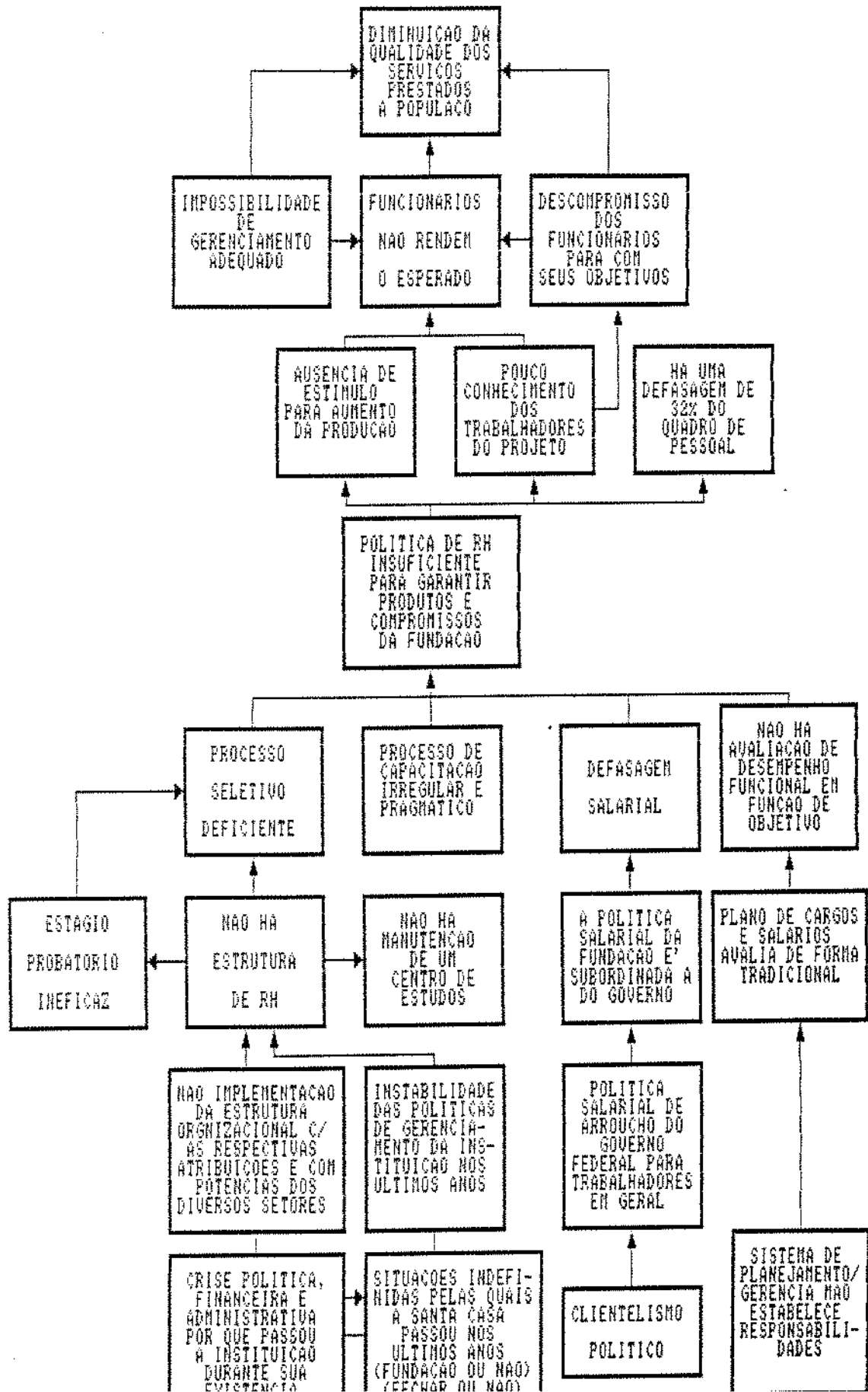
Falando da sua história recentíssima , vale dizer que a partir de 1983 intensificam-se as lutas dos estudantes _ os principais atores , junto com a atual diretora-presidente - pela manutenção da Santa Casa , sucateada e falida em função de consecutivas diretorias que , além de incompetentes , eram corruptas e descompromissadas com a defesa deste verdadeiro patrimônio do povo paraense . A presença dos estudantes nesta luta é justificada por ser o hospital campo de estágio , inclusive de residência médica , para alunos da Universidade Federal do Pará (cursos de Medicina , Enfermagem , Nutrição e Psicologia) e da Fundação Estadual de Ensino do Pará (Medicina , Enfermagem , Terapia Ocupacional e Fisioterapia) .

Nesse ano de 1983 , foi decretada judicialmente a falência da Sociedade Civil , em função de suas grandes dívidas , atrasos de dez meses nos salários , dentro de um quadro de decadência no qual ocorria um verdadeiro saque da Santa Casa pelos funcionários . Nessa data foi decretada a penhora global e a intervenção da Justiça Federal na Santa

QUADRO I

ARRORE DO PROBLEMA

"POLITICA DE RH INSUFICIENTE PARA ATENDER COMPROMISSO DA FUNDAÇÃO Sta. CASA DO PARA"



processo de capacitação irregular e fragmentado , baixos salários e ausência de avaliação de desempenho em função dos objetivos da instituição . Estas causas , por sua vez , remetem às insuficiências do processo gerencial e às crises políticas , financeiras e administrativas que a instituição viveu nos últimos anos , a enorme perda do poder aquisitivo do funcionalismo , a escassez dos recursos próprios da Santa Casa para desenvolver , por exemplo , uma política de complementação salarial e a ausência de um sistema de planejamento/gerenciamento que trabalhe a questão de compromissos e responsabilidades : isto , agravado pela existência de um plano de cargos e salários que avalia de forma tradicional os funcionários . Ou seja , havia , nesta "árvore", um conjunto de explicações , que eram indicações muito fortes de que a questão dos recursos humanos teria que ser , necessariamente , tratada no contexto de modificações na estrutura gerencial da Santa Casa . Aqui vale comentar que, tem-se adotado nestes trabalhos de consultoria, uma postura que foge muito de uma certa "neutralidade" do moderador ou coordenador , conforme é preconizado pela técnica original do ZOPP . De fato , os técnicos da Unicamp entram também "no jogo" e contribuem , explicitamente , com a formulação do projeto . Esta discussão é feita no próximo capítulo , quando se discute a ligação orgânica dos "técnicos em planejamento" com o sujeito que "assina" o plano , não havendo possibilidade de uma postura "técnica" e distante diante do plano .

A partir da "árvore do problema" o grupo desenhou , então , uma "árvore de resultados" (QUADRO II) que definiu os resultados parciais que deveriam ser alcançados no projeto. Estes , foram sintetizados em três grandes resultados que se transformaram nos "pilares" do projeto :

Resultado 1 : uma clara política de recursos humanos implantada .

Resultado 2 : receita própria aumentada

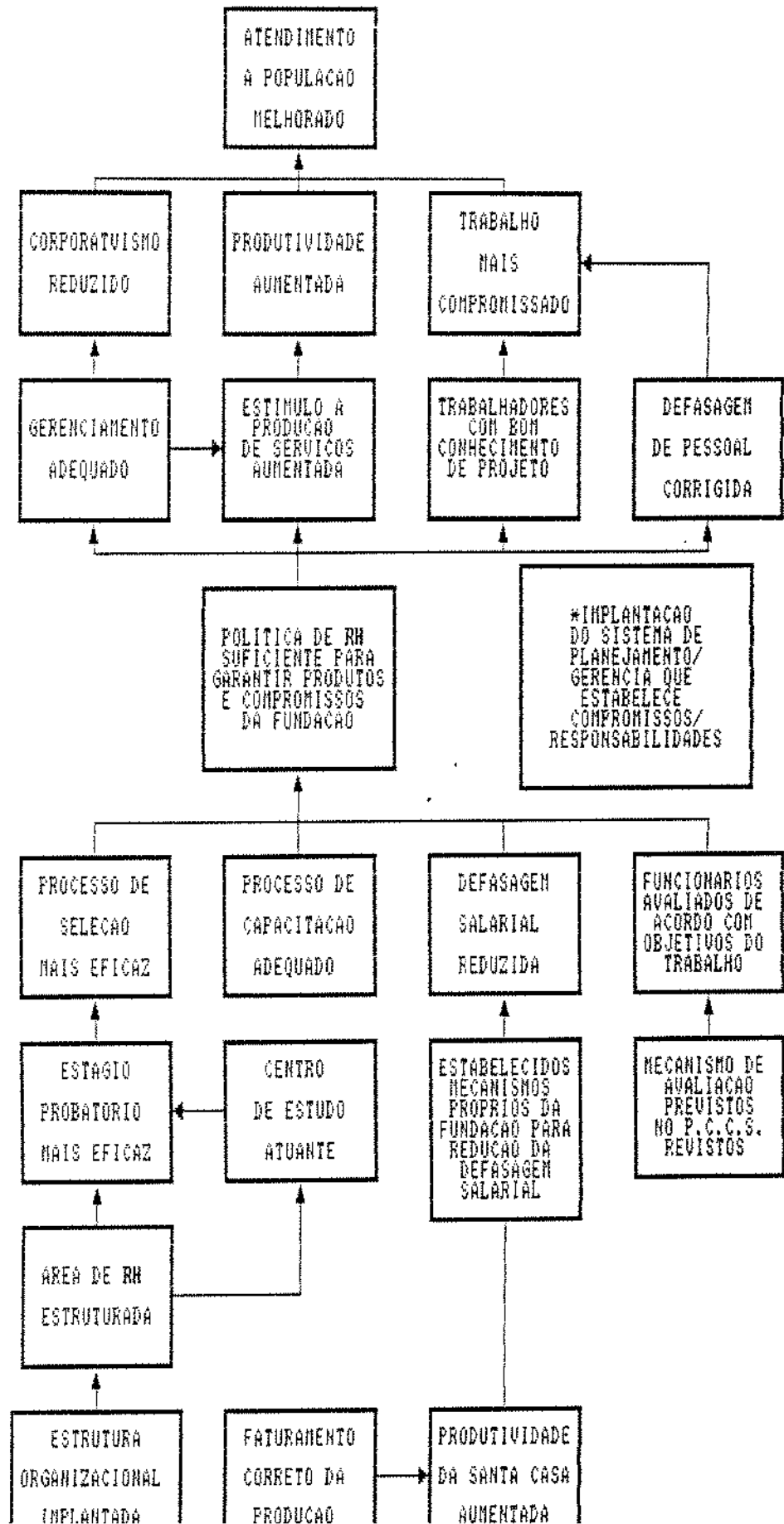
Resultado 3 : implantado o novo sistema de gerência e planejamento .

Estes resultados são interligados e sinérgicos , no sentido de se potencializarem mutuamente , objetivando aumentar o compromisso dos servidores com o serviço . O objetivo superior do projeto ficou definido como "melhorar o atendimento à população" . Formulou-se , a partir da questão dos recursos humanos , um projeto que tem , no seu horizonte, a preocupação com a qualidade do atendimento . O projeto é , nesta medida , uma certa "construção lógica" que tenta dar conta de estratégias interdependentes (gestão melhorada , recursos próprios aumentados e política de recursos humanos mais adequada) . Nesta medida , o plano é uma aposta que se faz , que poderia ser apresentada assim : se nós desenvolvermos tais e tais operações , visando enfrentar as causas de um dado problema , há uma boa probabilidade de que

QUADRO II

ARVORE DO RESULTADO

"POLITICA DE RH SUFICIENTE PARA GARANTIR PRODUTOS E COMPROMISSOS DA FUNDACAT Sta. CASA DO PARA"



conseguimos melhorá-lo para melhor . Está implícita nisto , uma construção lógica que pressupõe que o grupo está apontando as causas mais importantes do problema e que as operações propostas tem poder de modificar estas causas .

Outra etapa seguida neste desenho inicial do projeto foi a identificação dos principais atores e recursos que controlam e que são importantes para se alcançar os resultados previstos no projeto (QUADRO III) . O grupo também analisou quais variáveis a direção da Santa Casa não controlava e que precisariam ocorrer para haver sucesso do projeto (pressupostos do projeto) : aprovação de cargos pela Assembléia Legislativa , proposta de direção da Santa Casa aprovada pelo Conselho Diretor , baixa ou nenhuma oposição dos sindicatos à política de recursos humanos proposta , valores reais das "tabelas INAMPS" mantidos , receptividade da Universidade às propostas da Santa Casa , adesão dos funcionários ao projeto , entre outros . Ou seja , a não ocorrência de alguns destes pressupostos poderia comprometer o sucesso do projeto . Olhando retrospectivamente, é possível dizer que todos os pressupostos ocorreram , com excessão da adesão da Universidade , o que não significou nenhum impedimento maior para o sucesso do projeto . Na verdade , pode-se dizer que a direção da Santa Casa tem boa governabilidade para a condução do projeto , em função dos seguintes aspectos : relativa autonomia financeira do hospital e excelentes relações da diretora-presidente com o governador que lhe dá grande apoio político e autonomia de atuação . Além do mais , o partido do governador dispõe de maioria na Assembléia Legislativa do Estado do Pará , o que facilita , através de algumas articulações , a aprovação de matérias de interesse da Santa Casa pelo Legislativo .

Para cada um dos resultados foi designado um responsável. Esta , aliás , é uma diretriz geral do projeto : sempre há alguém que se responsabiliza , perante o coletivo , por uma determinada tarefa . No próprio desenho do projeto , é iniciada a construção de um sistema de direção de alta responsabilidade . Foram definidas também operações para se alcançar os resultados , bem como os indicadores para acompanhar em que grau foram alcançados .

Para alcançar o resultado 1 (uma clara política de recursos humanos implantada) , foram definidas as seguintes operações :

- implantar grupo gerencial de recursos humanos da Santa Casa .
- implantar política de recursos humanos da Santa Casa
- implantar "política salarial complementar" da Santa Casa .

A primeira operação tinha como objetivo iniciar a estruturação de uma área de recursos humanos mais capacitada e abrangente que o departamento de pessoal então existente . Este , tinha suas atividades resumidas à administração de

QUADRO III

ANALISE DE ATORES IMPORTANTES PARA O PROJETO

ATORES	RECURSOS QUE CONTROLA
* GOVERNO DO ESTADO	-DEFINICAO DA POLITICA SALARIAL -DIRETRIZES DA POLITICA DE SAUDE -DIRETRIZES DA POLITICA DE RECURSOS HUMANOS -CONTROLA AVALIACAO DE RECURSOS -NOMEACAO DOS D.A.S. E CONSELHO DIRETOR
* DEPUTADOS ESTADUAIS	-APROVACAO DO ORCAMENTO E DO P.C.C.S. -APROVAM A INDICACAO DA PRESIDENCIA -ALTERAM O ESTATUTO
* CONSELHO DIRETOR	-APROVA A PROGRAMACAO E A EXECUCAO ORCAMENTARIA -APROVA O PROJETO DO P.C.C.S. -APROVA CONTRATACOES / ALIENACAO DE BENS -APROVA A ASSINATURA DE CONVENIOS E RELACIONAMENTO COM OUTRAS INSTITUICOES
* DIRETORIAS DA FUNDACAO	-AS POLITICAS PARA SANTA CASA -EXECUTA POLITICAS APROVADAS PELO CONSELHO DIRETOR -EXECUTA CONVENIOS COM OUTRAS INSTITUICOES -CONTROLA EXECUCAO ORCAMENTARIA -ESTABELECE AS NORMAS -INDICA DIRETORIAS -CONSTITUI GRUPOS DE TRABALHOS
* SINDICATOS	-A MOBILIZACAO DOS FUNCIONARIOS EM QUESTOES TRABALISTAS E SALARIAIS
* MS / INAMPS	-ESTABELECE VALORES ECONOMICOS DOS PROCEDIMENTOS -CONTROLA RECURSOS FINANCEIROS
* DIRECOES DOS DEPARTAMENTOS, DIVISOES E NUCLEOS	-AVALIACAO DO CUMPRIMENTO DE NORMAS -NORMATIZACAO/PROGRAMACAO DAS ATIVIDADES -COORDENACAO DE PESSOAL -CAPACITACAO DE RECURSOS HUMANOS -ATIVIDADES DOC/ASS. -CONTROLA A PRODUCAO
* UNIVERSIDADES	-90% (NOVENTA POR CENTO) DA PRODUCAO DOS AMBULATORIOS -OS FUNCIONARIOS DOS AMBULATORIOS -INTERNATO DO 6º ANO -CONTROLA O RITMO DAS ROTINAS NAS ENFERMARIAS -OS PROGRAMAS DE RESIDENCIA MEDICA

pessoal . Um grupo de gerenciamento de recursos humanos deve ter atribuições mais amplas de formulação e acompanhamento de uma política de recursos humanos **senso lato** . Foi estabelecido, então , que a área de recursos humanos deveria pautar sua atuação , entre outras diretrizes , por aquela que estabelece que a Administração deve facilitar a vida funcional , adiantando-se na concessão de benefícios e orientando os funcionários sobre os seus direitos . À medida em que os mesmos vão sendo adquiridos . A operação "implantar política salarial complementar da Santa Casa" deveria estar definitivamente implantada em abril de 1992 . Para tanto deveria ser criado um FUNDO ao qual seriam destinados vinte por cento de toda a arrecadação própria da Santa Casa , para ser utilizada , a partir de abril de 1992 , para complementar os salários dos funcionários . O percentual do FUNDO a ser repassado como complementação salarial seria em função da valiação de desempenho da Santa Casa como um todo , a partir de uma PLANILHA DE AVALIAÇÃO , conforme será visto adiante . Esta planilha avalia o quanto o objetivo superior do projeto - "melhorar o atendimento à população" - está sendo alcançado. Todos os funcionários recebem a complementação , com exceção daqueles em licença sem vencimentos , excessos de faltas e por outros motivos claramente explicitados . A avaliação é trimestral , assim como o pagamento da gratificação , que é calculada mantendo-se a proporção atualmente existente no Plano de Cargos Carreiras e Salários da Fundação da Santa Casa de Misericórdia do Pará , entre o salário médio dos funcionários de nível superior , médio e elementar . O valor da complementação depende , além do desempenho , do alcance do resultado "receita própria aumentada" , o que mostra o sinergismo dos resultados . Na próxima seção , quando da análise do funcionamento do sistema de direção , será feita uma apreciação mais detalhada (e crítica) desta operação .

Para alcançar o resultado 2 foram definidas duas operações :

- implantar sistemática correta de faturamento
- criar fontes alternativas de receitas para a Santa Casa

O enfrentamento do sub-faturamento da Santa Casa era uma questão dramática e um "sintoma" da baixa adesão dos médicos ao projeto , pois boa parte das faturas eram glosadas por falta do cumprimento de exigências muito simples (mas totalmente dependentes da "boa vontade" do médico) como carimbar os impressos com o CIC e RG do profissional , preenchimento de impresso com mudança de diagnóstico ou mesmo a simples colocação do CID . A criação de fontes alternativas de receita da Santa Casa era baseada na possibilidade de ofertas de serviços como o da funerária , processamento de roupas e nutrição e dietética . O único aspecto inegociável era a igualdade de atendimento médico , sem a criação de clientela diferenciadas entre pagantes e não pagantes .

Para alcançar o resultado 3 (implantado sistema de gerência e planejamento) , previam-se três operações :

- implantar o novo sistema de direção da Santa Casa
- implantar sistema de gerência descentralizada por operações
- implantar sistema de petição e prestação de contas .

A concepção e funcionamento deste sistema de direção , com todas as suas possibilidades e dificuldades de operacionalização são explorados na próxima seção .

III- O SISTEMA DE DIREÇÃO DA SANTA CASA DO PARÁ

O sistema de direção montado na Santa Casa do Pará pode ser apresentado , esquematicamente , utilizando-se a figura de um triângulo ,apresentada na página seguinte . As três pontas deste triângulo informam bem sobre quais bases o sistema de direção está funcionando : gestão colegiada , autonomia das unidades de trabalho e ênfase na comunicação lateral entre as unidades de trabalho . A "amarração" do sistema é facilitada por um processo sistemático de avaliação de resultados , coerentes com o projeto "em defesa da vida" , traduzido no lema "por uma vida melhor para todos" . Antes de analisar mais detalhadamente cada ponta do triângulo (serão feitos **zoon**s para ampliá-los) , é necessário informar que , a implantação deste sistema de direção implicou em um redesenho radical do organograma da instituição . Esse , na verdade , não havia sido sequer formalizado ou criado formalmente , mas regia a vida da instituição desde a criação da Fundação em 1990 , tendo adquirido assim legitimidade perante os trabalhadores e gerentes nos vários níveis . O seu formato não diferia da maioria dos organogramas dos hospitais públicos . Aqui , basta comentar que nele era previsto um conselho diretor da Fundação , no topo do organograma , a instância máxima da instituição . Depois havia o cargo de diretor presidente , com um conjunto de órgãos assessores - em geral núcleos , comissões e uma assessoria técnica . Em linha de mando diretamente inferior ao diretor presidente ,podiam ser vistos os cargos de diretoria técnica e diretoria administrativa . A partir destas diretorias , abria-se uma árvore composta por departamentos e divisões . Não eram previstos serviços , seções e setores . Um verdadeiro muro separava os territórios técnico e administrativo , de maneira que havia uma grande cegueira entre os respectivos funcionários , que praticamente trabalhavam em duas instituições diferentes , tal o grau de alienação e desconhecimento a respeito das atividades , rotinas e dificuldades uns dos outros . Nesta medida , a área assistencial imputava à área "burocrática" boa parte de suas mazelas (suprimento e manutenção deficientes principalmente), enquanto esta última encontrava justamente na área "técnica" boa parte das explicações para suas dificuldades (descuido com o patrimônio , pedidos errados e fora de prazo e por aí vai) . Ou seja , este modelo clássico de organograma , vertical e compartimentalizado , é incompatível com um sistema de direção como o que se pretendia adotar - e que afinal foi implantado . Daí que , com o consentimento inicial da diretora presidente - e , mais do que isto , com seu endosso e aval - foi iniciado um verdadeiro desmonte de toda a lógica anterior do sistema de direção como será visto na sequência . A questão do endosso da dirigente precisa ser devidamente destacado , na medida em que , a implosão de um organograma mobiliza imensamente as pessoas , as relações de poder já consolidadas e só pode ser feita de "cima para baixo" , com a adesão plena do(s) dirigente(s) ao projeto mudancista .

QUADRO IV

MODELO DE GESTAO DESCENTRALIZADA

SANTA CASA DE MISERICORDIA DO PARA

GESTAO COLEGIADA



FONTE: PROJETO "EM DEFESA DA VIDA" DA SANTA CASA DO PARA

O triângulo de gestão da Santa Casa do Pará

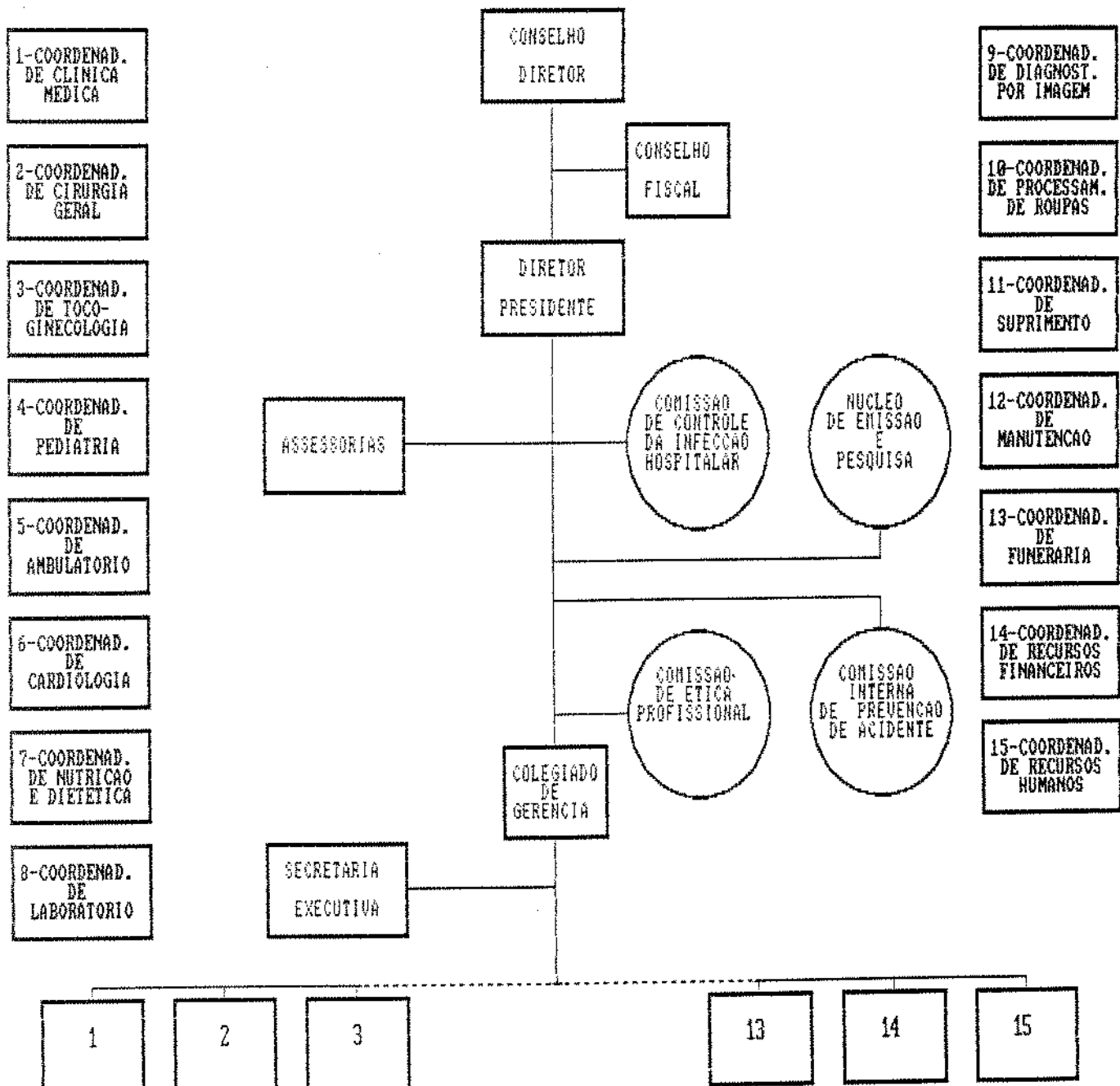
1- A gestão colegiada

A primeira característica do sistema de direção da Santa Casa é a da gestão colegiada, em todos os seus níveis. O hospital foi reorganizado em quinze coordenadorias ou unidades de trabalho, cada uma dotada de um gerente: clínica médica, cirurgia geral, toco-ginecologia, pediatria, cardiologia, ambulatório, diagnóstico por rádio-imagem, nutrição e dietética, laboratório, processamento de roupas, suprimento, manutenção, funerária, recursos financeiros e recursos humanos (ver organograma atual na próxima página). Estes quinze gerentes passaram a ter assento em uma instância denominada de **colegiado de gerência**, do qual participam também a diretora presidente, as duas diretoras adjuntas e assessoria. As duas diretoras adjuntas foram "destituídas" de suas antigas funções e passaram a compor, juntamente com o assessor da diretora, dois médicos e uma enfermeira (aquela que anteriormente era responsável pela enfermagem...) a secretaria executiva do colegiado de gerência.

A nível da cada unidade também foram organizados colegiados, denominados de "colegiados de unidades". Participam destes, em princípio, todos os funcionários interessados, com direito a voz e voto, na definição do projeto de ação da unidade, como será melhor explicitado mais adiante. Assim, na primeira aproximação para a modelagem do sistema de direção, a organização de colegiados a nível das unidades de trabalho, representados formalmente a nível de um colegiado de gerência com papel de direção superior da Santa Casa, no qual seriam definidas as prioridades de investimentos, de alocação de recursos e constantemente definida e avaliada a política institucional global, foi pensada como suficiente para dar conta de um sistema de direção altamente democrático e descentralizado e, por isto mesmo, capaz de conduzir com mais eficácia um projeto mudancista para a Santa Casa. Mas não foi. Faltava equacionar ou movimentar algumas pedras fundamentais deste jogo complexo que é estabelecer o campo de poder e de disputa em que se constitui a "estrutura" de uma organização (no próximo capítulo discuto melhor porque uma certa visão "estrutural" da organização é insuficiente para dar conta da riqueza dos fenômenos que ali ocorrem).

Faltavam duas definições essenciais, que o próprio funcionamento do sistema, se encarregou de apontar. A primeira delas diz respeito à redefinição do papel da diretora presidente, com prática anterior altamente centralizadora, para a qual convergia uma quantidade imensa de decisões - umas mais outras menos importantes - no dia a

QUADRO V
ORGANOGRAM DA FUNDAÇÃO
SANTA CASA DE MISERICORDIA DO PARA



dia da instituição . Esta indefinição inicial do projeto resultou em verdadeira "crise" pessoal da mesma , que , na última visita dos técnicos do LAPA , questionava-se sobre a necessidade da existência de uma diretora presidente , a tal ponto sentia-se esvaziada de suas funções (e um sinal inequívoco de que a descentralização da gestão estava acontecendo...). A outra definição dizia respeito aos mecanismos ou responsáveis pela articulação entre os colegiados de unidade , na base do sistema , e o colegiado de gerência que passou a ser a direção superior do hospital , em vários aspectos : quem "filtra" as "importâncias" para a pauta do colegiado de gerência ? Quem facilita a articulação dos gerentes entre si ? Quem faz o diagnóstico de "macro-problemas" (aqueles que afetam um conjunto grande de unidades) e , portanto , não podem ser captados a partir da visão particular de cada um dos gerentes ? Como é feita a compatibilização entre a força centrífuga decorrente do processo de descentralização da gestão (que ocorreu com muito ímpeto no primeiro momento) e a força centrípeta necessária para a coesão e condução unitária da instituição?

Estas questões foram trabalhadas com a criação de uma secretaria executiva do colegiado de gerência . Nela , foram incorporadas as duas diretoras adjuntas , um assessor direto da diretora e outros três profissionais , incluindo uma enfermeira , que passou a tratar dos "assuntos de enfermagem" no próprio processo gerencial . Foram estabelecidas as seguintes atribuições e papéis para a secretaria executiva , partindo-se do princípio básico de que esta secretaria não era e nem deveria constituir-se em uma instância de poder e decisão . Pelo contrário , sua função mais nobre seria justamente contribuir para a consolidação do novo sistema gerencial através das seguintes atribuições :

- organizar as pautas do colegiado de gerência , através da filtragem dos problemas que afetam todas as unidades e/ou que dependem de decisões que não estão a nível das unidades

- pre-processar os problemas que deverão ser tratados nas reuniões do colegiado de gerência ou estimular que o gerente que for apresentar o problema o pré-processe com sua equipe . Pré-processar significa levar o problema previamente explicado e com algumas sugestões de solução , inclusive , quando for o caso , com os custos e benefícios de cada opção.

- garantir a elaboração de uma ata sintética que contenha os seguintes itens : assuntos discutidos e decisões tomadas . É importante que a ata seja curta e objetiva , fugindo dos formatos mais tradicionais para que as mesmas sejam levadas e discutidas nas reuniões das equipes .

- colaborar no desenvolvimento das comunicações laterais, ou seja , aquela entre os gerentes , para a agilização da solução dos problemas . O papel da secretaria seria o de intermediar ou facilitar , nesta etapa de implantação do sistema de direção , o encontro dos gerentes .

Só "sobe" para o colegiado o que não puder ser solucionado entre os mesmos .

- acompanhar a execução das decisões tomadas a nível do colegiado . Por exemplo , operações definidas para enfrentar um problema ou o cumprimento de alguma decisão tomada no colegiado .

A definição desta secretaria e suas atribuições foi um grande reforço para a implantação efetiva do sistema de direção . A secretaria teve um papel pedagógico de "reeducar" os gerentes que traziam todos os problemas para a(s) diretoras(s) , sem tentar solucioná-los a nível de suas unidades ou na comunicação direta com o gerente de outra unidade . Na verdade , a própria concepção que presidia o desenho do organograma anterior de certa forma induzia os canais (verticais) a serem percorridos na solução dos problemas . Pelo novo organograma , a idéia da horizontalidade da estrutura da instituição se não era determinante , pelo menos era facilitadora da criação de uma nova linguagem e uma nova cultura institucional que rejeita radicalmente o respeito "aos canais (in)competentes" verticais . Agora são canais competentes mais curtos e viabilizadores de respostas mais rápidas e , portanto , mais adequadas a um modelo assistencial que fala da defesa da vida! Inclusive , na introdução desta nova concepção de funcionamento , para ganhar os corações e mentes moldados por décadas de funcionamento vertical , de soluções morosas - mas vantajoso em alguma medida , pois as "comunicações por escrito" de problemas desresponsabilizava o gerente , apesar de não resolve-los - foram necessários alguns estudos de caso "ao vivo" como prática pedagógica tanto para os gerentes como para a secretaria executiva . Só para exemplificar , é possível relatar o caso da gerente da unidade de processamento de roupa que havia encaminhado um memorando para a diretoria , avisando que , em função da falta de pessoal que "iria ocorrer" nos próximos dias (por motivos de férias e outros) faltaria roupa (lençóis , toalhas etc) nas enfermarias . Ou seja , diante de um problema desta gravidade , se pensadas as condições de atendimento à clientela , a gerente havia se "desobrigado" ou transferido a responsabilidade para os "níveis superiores" , numa atitude de "lavo as minhas mãos" , típica da "síndrome Pôncio Pilatos" que assola o serviço público . Este caso , detectado em uma das visitas de supervisão da equipe do LAPA, foi tomado como oportunidade para ser transformado em uma "dramatização pedagógica" , da qual participaram as gerentes do processamento de roupas e da área de recursos humanos , que , colocadas frente a frente , puderam encontrar uma solução para o problema , que passava pela renegociação de escala de férias e outras medidas , demonstrando que aquele problema _ e outros inúmeros semelhantes _ não precisavam "subir" para apreciação da diretoria , causando uma sobrecarga imensa no nível decisório da instituição , e , o que é pior , resultando em atraso das soluções .

O que pode ser afirmado é que a solução da secretaria executiva foi muito positiva . Além disto , ela representou uma "solução" para o papel das antigas diretoras adjuntas , que passaram a utilizar seu prestígio e capital pessoal de conhecimento e experiência como reforço para a implantação de uma nova forma de gestão da Santa Casa .

A (re)definição do papel da diretora presidente dentro de um sistema de direção altamente descentralizado foi uma discussão muito interessante . Na medida em que o sistema foi "pegando" , ou seja , as unidades de trabalho começaram a ter mais autonomia na solução de seus problemas , as atribuições mais tradicionais da diretora presidente foram perdendo sentido . Isto teve uma tradução prática no esvaziamento de sua agenda , na diminuição expressiva do número de solicitações que recebia diariamente , de forma que , em determinado momento do projeto , em uma das vistas da equipe do LAPA , a diretora ter questinado , seriamente , a sua própria existência e continuidade . Na verdade , esta era uma falsa questão . Bastava ver sua atuação no colegiado de gerência , para se ter certeza de que ela era a pessoa que tinha o maior acúmulo individual de conhecimento e experiência , traduzidos em uma visão global e estratégica do hospital , compartilhada por poucos dos técnicos que participavam do colegiado de gerência . Nesta medida , pelo que era representante de boa parte da história de lutas da Santa Casa , pelo seu compromisso com a defesa do hospital público e pela sua legitimidade junto ao governador do estado , a diretora era uma peça-chave no sistema de direção e faltava apenas uma redefinição de suas atribuições . A solução encontrada foi melhorar sua articulação com a secretaria executiva e estimular sua participação no colegiado de gerência , onde podia disputar suas idéias e contribuir para o crescimento técnico e político do conjunto dos gerentes . Desta maneira , todo o seu conhecimento que antes era justificado para manter uma estrutura vertical , de poder altamente centralizado , agora foi redirecionado para contribuir com a construção de um sujeito coletivo , que aos poucos se exercitava na ciência e arte de dirigir uma instituição .

O constituição do colegiado de gerência enquanto direção efetiva da Santa Casa foi (e continua sendo) um processo muito rico . Entre as primeiras reuniões em outubro de 1991 e as de outubro de 1992 - após um ano de funcionamento - muita mudança aconteceu . Nas primeiras , o que havia era uma reunião da diretora com um conjunto de subalternos . A diretora legitimada por um conhecimento que era só dela e que lhe dava autoridade para indicar todas as soluções e , apesar do formalismo de uma reunião "democrática" , ali prevaleciam suas posições de maneira incontestada . O colegiado de gerência não se constituía em um sujeito . Um ano depois , a situação é outra . A diretora abandonou a mesa dos trabalhos que é dirigida (com competência) por um membro da secretaria executiva e está sentada na "plenária" , disputando suas idéias e votando com o mesmo peso que os demais gerentes .

Sua influência ainda é enorme . Suas intervenções tem a capacidade de ganhar posições em disputa . As vezes perde na votação . Mas há disputa . Há exploração de idéias . Há composição de propostas , de forma que as votações perdem o clima de tudo ou nada e frequentemente ganham as propostas que representam uma "composição" maior . Há um nuanceamento das soluções . O colegiado cria-se como sujeito na ação . O saber , antes privativo da diretora , agora alimenta outros atores , outras pessoas . Na disputa , na construção tão difícil do consenso , vai-se forjando um outro saber , que mais do que a soma dos saberes que cada um dos gerentes traz para cada reunião do colegiado , é um outra coisa . É algo que só o coletivo modela . As pessoas aprendem a ouvir . A valorizar a força do argumento , a contribuição do outro . E não que todos saibam tudo sobre todos os temas . Exercita-se também a abstenção honesta . Aquela que fala "não sei agora , mas estou aprendendo" . Aprendendo a apreender o todo , rompendo com a alienação da parte , do que está partido e por isto é parcial . É o ritual da passagem do pequeno para o grande . Do menor para o maior . Do obscuro para o mais claro . E o processo é tão recente . Há uma tensão entre o se expor e o se recolher . O recolhimento é a proteção . Mas ao mesmo tempo não é mais . Se exponho minhas idéias tenho mais chance de influenciar , de encontrar soluções mais satisfatórias para a "minha" equipe e para a "minha" unidade de trabalho . Ah! agora é possível ver o hospital por inteiro . Qual é a parte de cada um nesta construção complexa . O colegiado se constrói na ação . Nasce um sujeito . (este parágrafo é uma "transcrição livre" da intervenção que o relator fez na reunião do colegiado de gerência . realizada no dia 11 de novembro de 1992 . ao avaliar um ano de funcionamento do mesmo . Noves-fora a emoção sentida naquele momento . pelo avanço observado no funcionamento do colegiado e pelo vislumbre das imensas possibilidades de invenção da mudança na administração pública que a "cena" oferecia . o "texto" vale como avaliação das mudanças ocorridas de fato naquele coletivo)

Nesta mesma reunião do colegiado . foi possível observar o quanto o mesmo havia avançado na sua organicidade e o quanto o havia se transformado em uma arena para disputa e formulação tanto da política cotidiana como da política maior da Santa Casa . Para mostrar isto é preciso explorar um pouco melhor a pauta e a dinâmica da reunião naquele dia .

A Reunião foi iniciada com a leitura da ata com as conclusões da reunião anterior . Aprovada a ata , iniciou-se o primeiro ponto da pauta que era uma sessão inicial de informes . que foi cumprida em cerca de 15 minutos . O conceito de informe utilizado é o de apresentação de determinados temas ou informações de interesses de todos , que comportam apenas esclarecimentos adicionais e nunca discussões desorganizadas , sem preparação prévia . Se algum membro do colegiado defender a idéia de que algum informe precisa ser problematizado , por ser matéria polêmica , o assunto é pautado para a próxima reunião .

Após a sessão "informes" , o colegiado discute os problemas do dia . Estes , foram já previamente processados ou pré-processados - pelas equipes locais ou pela secretaria executiva , dependendo de sua abrangência . A idéia do pré-processamento é de trazer o problema bem caracterizado , de preferência através de descritores que funcionarão como futuros indicadores para acompanhamento , com suas causas mais importantes explicitadas e algumas alternativas para o seu enfrentamento . Nestas alternativas aparecem as operações que serão desenvolvidas a nível da própria unidade e as demandas que estão sendo colocadas a nível do colegiado para a sua apreciação . E em cima deste "material" já trabalhado que o colegiado irá desenvolver suas discussões e tomar as suas decisões . A grande vantagem disto é que possibilita que os gerentes opinem ou formem suas opiniões a partir de informação de boa qualidade , apropriada "situacionalmente" (aqui , o conceito de "situação" é bem específico , como será discutido no próximo capítulo) .

O primeiro problema do dia dizia respeito à demanda da gerente da unidade de nutrição e dietética no sentido do colegiado autorizar a permuta de bandejas que haviam sido recebidas como doação - mas que eram inadequadas para a utilização no hospital - por um liquidificador industrial . O problema havia sido devidamente processado no sentido de ver o interesses de firmas , as possibilidades de permuta , valores , respaldo legal para a permuta etc . o que permitiu ao colegiado , após alguns esclarecimentos iniciais , tomar a decisão favorável ao pedido . É fácil imaginar , na ausência deste processamento inicial , quanto tempo da reunião seria consumido para se fazer a discussão , com todo mundo querendo dar o seu palpite e querendo ter informações que talvez a gerente não tivesse .

O segundo problema a ser trabalhado na reunião dizia respeito ao aumento do número de casos de infecção hospitalar de cirurgias eletivas . O problema foi apresentado processado em uma "planilha de processamento de problemas" (QUADRO XXXV do capítulo anterior) , de forma que estava adequadamente descrito (10% das cirurgias eletivas realizadas no período de 3 a 6 de novembro de 1992 apresentaram infecção na parede) e explicado . Além disto , o gerente apresentava o conjunto de operações pensadas para a solução do mesmo - várias delas já desenvolvidas - e fazia demanda de operações (operações que precisam ser desenvolvidas por outras unidades ou pelo próprio colegiado) . Chama a atenção , inicialmente, a contemporaneidade da discussão em relação ao problema , pois a reunião do colegiado de gerência que estava sendo realizada no dia 11 de novembro , discutia um problema que havia sido identificado na semana anterior . Isto fala a favor de um sistema de direção que está agilizado e consegue detectar e intervir sobre um problema rapidamente . Este "surto" de infecção hospitalar , aparentemente tinha como explicação principal o fato do andar inferior do centro cirúrgico estar em obras e ter havido problemas de isolamento inadequado e

circulação de funcionários com lixo e roupas sujas de um andar para o outro . A equipe definiu um conjunto de ações para enfrentar o problema , que incluía a redução temporária das cirurgias eletivas , até que a situação fosse considerada controlada , além de demandas para outras unidades . O colegiado de gerência aprovou todas as medidas , mas fez o questionamento da suspensão temporária das cirurgias eletivas, alegando que o conjunto de medidas tomadas seria suficiente para conter o "surto" . Vale comentar que o questionamento da redução do número de cirurgias partiu da diretora presidente sentada na "plenária" e ali disputando sua posição . Os debates foram animados , abrindo inclusive a perspectiva da discussão para além do problema conjuntural (contaminação das cirurgias em função de obras) para uma avaliação mais aprofundada do desrespeito dos cirurgiões às normas da Comissão de Controle Hospitalar, ao despreparo dos estudantes de Medicina que frequentemente contaminam os campos cirúrgicos devido ao preparo insuficiente que recebem no curso de graduação e outros aspectos de um problema altamente complexo como este . Finalmente , após todos os esclarecimentos , foi feita a votação e aprovadas todas as medidas apontadas pela equipe da cirurgia , com exceção da redução ou suspensão das cirurgias eletivas . É importante ressaltar que houve votos a favor da suspensão , além da abstenção de alguns membros do colegiado. O que merece ser comentado e destacado nesta discussão foi a rapidez e eficácia , digamos assim , com que a discussão foi feita , com participação das áreas assistenciais (com seus gerentes médicos) , mas também da área de apoio (processamento de roupas , laboratório) e das áreas de apoio administrativo . Ou seja , o problema deixa de ser só "médico" ou , quando muito , da Clínica Cirúrgica e passa a ser visto , de uma maneira integral , por todas as áreas do hospital . Por exemplo , uma funcionária "burocrática" , responsável pelo faturamento e que estava na reunião , mesmo sendo "leiga" apontou para a inadequação da deposição de restos alimentares e lixo nas enfermarias , "segundo sua observação pessoal". A enfermeira coordenadora da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar votou a favor da suspensão das cirurgias eletivas, no entanto , uma outra enfermeira , com longos anos de atuação na cirurgia e atualmente membro da secretaria executiva votou contra a suspensão . Parece que neste momento as enfermeiras votaram diferenciadamente em função de visões diferenciadas do problema , a última talvez mais sensibilizada pelos argumentos mais "políticos" levantados pela diretora presidente no sentido do impacto negativo da medida junto à população , a redução do faturamento do hospital , e outros aspectos , sem desconsiderar os aspectos técnicos , como a eficácia para o controle do surto das outras medidas que a equipe tomou .

Finalmente , o último ponto da pauta referia-se ao problema caracterizado como a inadequação do almoxarifado , em particular sua área física . O problema também veio processado , mas as alternativas apontadas eram insuficientes. Acabou prevalecendo a posição de que a equipe

do suprimento deveria estudar , em conjunto com a secretaria executiva , outras alternativas , mas ir utilizando , em caráter precário , uma sala disponível para armazenar alguns produtos que apresentavam maior risco de deterioração devido às más condições do almoxarifado . É importante lembrar que o número de leitos em atividade na Santa Casa quase dobrou no último ano , com conseqüente aumento do volume de compras e de material a ser estocado e distribuído .

A diretora presidente reconheceu , no fim da reunião , que havia sido feita uma certa "preparação mais caprichada" da reunião em função da esperada visita dos "professores da Unicamp" . Alguns gerentes , em avaliações mais particulares nos dias subsequentes , afirmaram que nem todas as reuniões eram "sempre tão boas como aquelas" . Mesmo considerando estas observações , aqui relatadas com o intuito de alertar para qualquer visão "milagreira" e de resultados instantâneos a partir da direção colegiada de uma instituição , pode-se considerar que , com toda a certeza , o colegiado de gerência consolidou-se , mudou de qualidade desde o início de seu funcionamento . Não há "ensaio" ou "maquiagem" prévia que dessem conta de deixar os gerentes tão "soltos" nas suas intervenções e capacidade de formulação de soluções . O processo de construção na ação de um novo sujeito (que não existia absolutamente há um ano) é extremamente complexo e submetido à uma tensão permanente , atuando em um "substrato" concreto que são as pessoas , com suas emoções , relações com outras pessoas que estão ali presentes , suas experiências prévias , seus modelos de autoridade , suas capacidades pessoais extremamente diferenciadas . Neste sentido a construção de um colegiado de direção , neste nível , é tarefa de alto risco , mas que vale a pena - e precisa - ser tentada se a intenção é inventar a mudança na administração pública .

Simultaneamente à constituição do colegiado de gerência , foram sendo constituídos os colegiados das unidades . Mas isto será visto no ponto seguinte ou na outra ponta do **triângulo de gestão** da Santa Casa que é a autonomia das unidades de trabalho .

2- A autonomia das unidades de trabalho

Inicialmente é preciso dizer que o recorte do hospital em "unidades de trabalho" não existia previamente ao projeto "em defesa da vida" . Portanto não existia na linguagem das pessoas , que "enxergavam" uma outra instituição , um outro organograma . O conceito de "unidade de trabalho" não era portanto operacionalizado , no sentido de ser utilizado na comunicação (entendimento para a ação) dentro do hospital . O conceito foi introduzido logo no primeiro seminário , quando foi feito o desenho do hospital . No início foram pensadas apenas onze unidades-piloto , ou seja , algumas "partes" do hospital ficaram de fora naquele momento . Mas ,

isto durou pouco . Na medida em que o colegiado foi compreendendo o alcance do que estava sendo proposto , a extensão deste novo recorte para todo o hospital tornou-se uma exigência . Foram criadas , assim , quinze unidades de trabalho , abrangendo a área assistencial propriamente dita , a infra-estrutura e a área de apoio administrativo , conforme já comentado anteriormente . A área administrativa ficou , neste primeiro momento , um pouco fora da visibilidade do projeto . Um pouco intocada , como se qualquer alteração ali causaria tantos reveses que poderiam significar uma ameaça para o funcionamento normal do hospital. É importante ressaltar , aproveitando o "gancho" , que em todo este processo de mudança , com o sistema de direção sendo virado , literalmente , de cabeça para baixo , houve melhora de indicadores de desempenho hospitalar , conforme poderá ser visto na planilha de avaliação que será discutida em outra seção .

Uma unidade de trabalho é caracterizada pela existência de uma equipe com um determinado processo de trabalho e responsável por produtos bem definidos . Esta equipe consome produtos do trabalho de outras equipes , tanto do hospital como de fora dele . Por exemplo , os produtos da unidade de toco-ginecologia são : partos normais , cesarianas , internações ginecológicas , cirurgias obstétricas etc . Cada um destes produtos pode ser quantificado , medido e avaliado na sua qualidade . Para produzir partos , cesáreas e outros produtos , a unidade de toco-ginecologia consome produtos do laboratório (exames laboratoriais) , produtos da unidade de nutrição e dietética (refeições) , da unidade processamento de roupas (campos cirúrgicos , lençóis , aventais etc) , da unidade recursos humanos (treinamentos , contra-cheques a cada mês etc) e assim por diante . O primeiro passo nesta constituição/criação de unidades de trabalho , foi a formulação , por cada uma delas , do seu projeto de ação . Neste exercício , o indiferenciado diferenciava-se , constituía-se na sua própria nomeação e surgimento no discurso da instituição . Este projeto de ação combinava elementos mais "tradicionais" de diagnóstico com novas informações , com as quais as equipes nem sempre estavam familiarizadas . Este era o roteiro padrão seguido por todas as unidades para elaborar seu "projeto de ação" :

- nome da unidade / gerente / data

- objetivos da unidade , tendo em vista alcançar o objetivo maior da Santa Casa que é "melhorar o atendimento ao usuário/ em defesa da vida" . Com o passar do tempo passou-se a valorizar produtos e/ou resultados , mais claramente explicitados pela equipe do que "objetivos" , que frequentemente ficam em declarações de intenções genéricas .

- produtos oferecidos pela unidade atualmente . A idéia de produto também não era clara para os gerentes e equipes . Aqui , de novo , a linguagem teve o papel de recortar do "caos" da vida cotidiana , algo que adquiria unidade e

identidade , conquanto já existisse "objetivamente" . Basta dizer que , praticamente , nenhum gerente conseguia identificar , por si , os "produtos" . Chama-se a atenção para este fato aparentemente banal porque , o ato de nomear , individualizar produtos é um primeiro passo para a percepção do processo de trabalho e seus componentes : o trabalho real de cada membro da equipe , os insumos necessários etc .

- produtos que a unidade se propõe a oferecer se tiver mais recursos . Aqui estimulava-se a equipe a formular , de forma mais sistematizada , possibilidades ou desejos para o futuro. Olhando retrospectivamente dá para afirmar que muitos destes desejos foram realizados .

- produtos oferecidos pela unidade atualmente . Aqui os produtos eram , necessariamente , quantificados . Também era feita uma análise de produtividade , tanto de forma objetiva - através de parâmetros tradicionais - como de forma de mais subjetiva, na qual entravam considerações da equipe a respeito de suas condições de trabalho , características da equipe , adequação de equipamentos e área física etc . Ou seja , na identificação e análise de produtos , construía-se o gerente enquanto sujeito crítico e formulador . De novo , deve ser destacado o fato de que , esta atividade embora muito simples e "primária" , realizada em um contexto de montagem de um sistema de direção , adquire uma potência muito grande no sentido de melhorar a capacidade de intervenção dos gerentes .

- diagnóstico de pessoal da área (qualificação , número e carga horária) , área física ocupada , equipamentos existentes) .

- descrição do processo de trabalho desenvolvido na unidade visando os seus produtos . Neste ponto os gerentes e suas equipes eram estimulados a detalhar as atividades de cada categoria profissional e a relação entre elas , construindo um "fluxograma de relações" , mais do que uma lista de atribuições específicas de cada categoria . Além disto , era solicitado que se descrevessem os materiais ou instrumentos utilizados naquelas atividades , bem como os insumos que são produtos do processo de trabalho de outras unidades do hospital . Este "exercício" foi muito importante, apesar da dificuldade imensa das pessoas de fazerem recortes e abstrações , nesta reconstrução altamente complexa que é o mundo do trabalho . Complexa , mas altamente reveladora da interdependência entre as "partes" do hospital e fundamental para a construção de uma sujeito coletivo capaz de "enxergar" , e dirigir , o hospital como um todo .

- metas da unidade para o próximo semestre . Aqui fazia-se , basicamente , uma quantificação dos produtos já elencados , com base a parâmetros semelhantes ao da portaria 3046 do INAMPS ou outros afins . Não é demais chamar a atenção para o fato de que na tradição do planejamento de

recorte mais normativo , como por exemplo a POI - programação e orçamentação integrada - praticada no final da década de oitenta , quando da constituição do SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - "planejamento" era basicamente isto : diagnóstico de capacidade instalada , produção atual e metas (quantificadas a partir de parâmetros de validade nacional).

- **levantamento e hierquização de problemas estruturados da unidade** . Problemas estruturados eram definidos como aqueles de explicação simples e única e cuja solução é vista como tal por todos . Por exemplo , problemas na estrutura física , nos equipamentos etc . Embora na realidade da Administração Pública a escassez de recursos , agravada pela má utilização ou gestão dos mesmos , acabe fazendo com que problemas estruturados acabem sendo não-estruturados (ver definição no próximo ponto) , esta classificação , mesmo assim , tem uma boa utilidade prática e ajuda a equipe ir construindo o universo dos seus desejos .

- **levantamento e hierarquização dos problemas não-estruturados da unidade** . Consideram-se problemas não estruturados aqueles "complexos" , na medida em que apresentam múltiplas causas e cuja solução não é vista como tal por todos . Por exemplo , o não cumprimento do horário pelo médico é um problema não estruturado seja porque é multi-causado (ideologia neo-liberal , não adesão ao projeto público , múltiplos vínculos empregatícios , mecanismos de controle público inadequados etc) , seja porque sua "solução" - o cumprimento de horário - não é vista como tal pelos médicos .

Uma vez feito este exercício de diagnóstico e reconhecimento , a equipe da unidade deveria "processar" os problemas "não-estruturados" , utilizando-se para isto de uma "planilha de processamento de problemas" (QUADRO XXXV do capítulo anterior) . Em relação à esta planilha é necessário fazer uma série de observações :

- ela significa uma simplificação/síntese de outras metodologias que serão apresentadas com mais detalhe no próximo capítulo . Esta simplificação/síntese foi fruto de experiências anteriores , em outras instituições , que já haviam demonstrado que estes instrumentos de processamento de problemas tinham que ter esta característica de "simplicidade" ou "aplicabilidade" para que os mesmos fossem incorporados no cotidiano das equipes . Ou seja , se a "metodologia" de processar problemas não for o simples suficiente para que a equipe se aproprie de uma forma natural da mesma , ao facilitar o processo de comunicação (entendimento para a ação) dos seus membros , a planilha vira rito e perde assim sua função .

- esta planilha , que inicialmente foi pensada apenas para problemas estruturados , acabou sendo tão adotada pelas equipes que , mesmos os problemas estruturados são ali

processados . A razão para isto é que a planilha , de fato, facilita o processo de comunicação da equipe entre si e com os demais níveis da instituição . Basta recordar o ponto anterior , no qual se mostrou que , qualquer problema para ser apreciado pelo colegiado precisa ser antes processado naquela planilha . Mesmo as oficinas realizadas pelos técnicos do LAPA , em suas visitas de supervisão e apoio , eram realizadas utilizando-se daquela planilha . Pode-se dizer que a "planilha de processamento de problemas" incorporou-se à vida institucional como um instrumento ordenador das falas e preparador da ação dos técnicos .

- a planilha apesar de simplificada , permite um olhar global sobre o problema , desde a sua descrição , a análise de suas causas mais importante , a definição de resultados que deverão ser alcançados , tendo em vista determinado objetivo . Não que fosse fácil , de uma maneira homogênea , a aplicação da planilha por todas as equipes . Apesar de "fácil" a planilha exige um grau de abstração e ordenamento que só a prática reiterada da mesma pode trazer .

Uma vez preenchida a "planilha de processamento de problemas" , a equipe tinha que definir operações e demandas de operações para enfrentar o problema . As primeiras são o conjunto de ações que a equipe pode desenvolver com os recursos existentes na unidade . As demandas de operação são as operações que são demandadas ao colegiado de gerência ou a outras unidades de trabalho , na medida em que a equipe não tem recursos para desenvolvê-las . É impressionante a dificuldade que as equipes apresentavam para lidar com este instrumental aparentemente tão simplificado , quando foi iniciada a sua aplicação . Por esta razão , várias das visitas dos técnicos da Unicamp eram quase que totalmente consumidas em entrevista individuais com os gerentes ou com os gerentes e membros das equipes , para "corrigir" e discutir os projetos de ação . A própria seleção dos problemas era difícil , no sentido de que o "planejamento" ficava como algo à margem da vida cotidiana da equipe e o "substantivo" corresse por fora . Só com o tempo , através de muita discussão , mas principalmente a partir do momento em que os gerentes começaram a ter certeza de que o planejamento era "para valer" , que o projeto de ação era de fato o canal para obtenção dos recursos , que o "planejar" tornou-se uma atividade que lançava um olhar mais abrangente sobre a unidade e era capaz de identificar os seus verdadeiros e mais importantes problemas . No presente relato não será feita uma análise mais detalhada da evolução das atividades de planejamento de cada equipe, como foi feito no capítulo anterior , por uma avaliação da inconveniência de se aumentar muito este trabalho . Porém , é possível afirmar , com toda a certeza , que as equipes da Santa Casa do Pará evoluíram tanto quanto aquelas de Piracicaba , o que pode ser traduzido como uma razoável certeza da aplicabilidade da metodologia de processamento de problemas pelas equipes , se conjugada a um esforço de constituição de um sistema de direção de alta responsabilidade , e só nestas condições . Dito de outra

meneira . não há "metodologia" que cole se não for trabalhada dentro de uma sistemática de gestão que cobre e dê retornos concretos para as equipes . Fora disto . o que prevalece é o ritual burocrático . vazio de vida .

Para completar a análise desta ponta do triângulo de gestão da Santa Casa . é necessário falar dos colegiados das unidades . Como já foi dito anteriormente . os colegiados das unidades são formados pelo gerente e por todos os funcionários . por princípio interessados em participar . Havia nesta colocação um certo cuidado de evitar que os colegiados nascessem sob o signo da obrigatoriedade , ou seja, de determinações superiores . Prevalecia uma orientação de "ganhar corações e mentes" . de uma forma natural , de acordo com o desenvolvimento do projeto . E assim se deu . Primeiro . porque havia dificuldades quase intransponíveis de se reunir toda a equipe . em função basicamente de jornadas de trabalho não coincidentes . principalmente nas enfermarias. Além disto havia a questão das características do trabalho assistencial que está sempre a exigir a atenção dos profissionais . o desinteresse dos médicos - que . em boa medida . persiste até hoje - e a dificuldades de conseguir que adultos . sem nenhuma tradição de discussão e participação priorizassem aquela "coisa de sentar e discutir e discutir" . Sem contar . é claro . as dificuldades dos gerentes de exercer este novo papel muito mais dirigente e exigente de capacidade de liderança . de direção de reunião . de síntese e tantas qualidades mais . Neste sentido . as diferenças individuais ficaram mais do que ressaltadas e foi necessário um trabalho muito diferenciado de apoio e acompanhamento neste momento crucial de "nascimento do novo gerente" . O papel dos técnicos da Unicamp foi . em grande medida . o de apoio a estes gerentes com mais dificuldade e o delineamento de uma "instância" da Santa Casa que pudesse atuar mesmo quando os referidos técnicos não estivessem presentes . Esta "instância" foi sendo modelada como a "secretaria executiva" do colegiado de gerência conforme já foi visto anteriormente e será ainda retomado no próximo ponto . Daí pode-se tirar uma conclusão que . com certeza . pode ser aplicada em outras experiências : para descentralizar com radicalidade o processo gerencial . é necessário uma "instância" centralizada . coordenadora do processo . Este é apenas um falso paradoxo (**sem centralização não há descentralização**) . na medida em que a instância central esvazia-se completamente das funções de decisão e execução e exerce apenas o papel de apoio e facilitação da descentralização do processo gerencial .

Com o tempo . cada gerente foi encontrando a melhor solução para o funcionamento do colegiado de cada unidade de trabalho . Só para se ter uma idéia . a Clínica Médica . distribuída em várias enfermarias . montou um "mini-colegiado" em cada enfermaria . que consegue participação quase que massiva dos funcionários . A Pediatria combina reuniões específicas por categorias profissionais com aqueles que reúnem todo mundo para trabalhar os problemas do

projeto de ação . Vários gerentes montaram secretarias executivas dos seus colegiados , compostas por membros indicados pelos colegiados e com uma função de se reunir mais amiude para processar problemas , trabalhar indicadores e outras questões que serão discutidas nas reuniões gerais . Alguns gerentes , como o da Clínica Cirúrgica tem o hábito de pré- processar os problemas de uma forma mais solitária ou com uma equipe menor de técnicos e depois discutir ou terminar o processamento no colegiado da unidade . Na medida em que necessidades "históricas" dos funcionários começaram a ser atendidas , como ventiladores para enfrentar o terrível calor das enfermarias , bebedouros , vestiário para troca de roupa , equipamentos , melhora no lanche noturno , etc , o colegiado foi adquirindo legitimidade , como "arena" de disputa de demandas , propostas e encaminhamentos . Outro aspecto positivo dos colegiados foi a valorização e a incorporação do hábito de utilização sistemática das informações . Nesta medida , os indicadores de qualidade e de desempenho das unidades , incorporaram-se às preocupações da maioria dos funcionários e deixaram de ser "dados coletados pelo SAME" .

A ênfase na comunicação lateral

Esta é a terceira ponta do triângulo de gestão da Santa Casa e que só pode ser pensada e implantada em conexão com as demais . A comunicação lateral também fala da autonomia das unidades de trabalho , na medida em que , através dela , espera-se uma maior agilização na solução dos problemas .

Comunicação lateral , no contexto do sistema de direção que está sendo trabalhado , significa a comunicação direta , sem intermediação , entre as várias unidades de trabalho , buscando a solução conjunta e criativa , de todo e qualquer impedimento ao projeto em defesa da vida , traduzido em uma vida melhor para todos , nesta sua fase de implantação . Trabalhar com esta lógica significa o rompimento radical com qualquer formato de organograma no qual prevaleçam as linhas verticais de relacionamento entre os vários órgãos . Nesta medida , o organograma visto anteriormente , e que está sendo trabalhado na Santa Casa e , em processo de regulamentação legal no momento deste relato (dezembro de 1992) é uma "cristalização" ou "condensação" desta concepção de sistema de gestão .

Antes da implantação do projeto da Unicamp , a comunicação interna da Santa Casa funcionava nos moldes clássicos dos hospitais públicos . Havia dois "braços de comando" da diretoria . Um ligado à área "técnica" , mais especificamente ao corpo médico e ao corpo de enfermagem e exercido por uma diretora clínica . O outro mais voltado para a área administrativa , em particular para as funções de acompanhamento da execução orçamentária , suprimento e manutenção . Como na prática estas coisas são muito interligadas - a maioria das queixas da área "técnica" guarda relação com a administrativa - , acabavam ocorrendo atritos e disputas , mais ou menos explícitas , entre as duas diretoras . De fato , **o árbitro do sistema e pelo qual passavam , afinal , todas as decisões , era a diretora presidente** . Em função disto , duas coisas podiam ser constatadas : o alto grau de visibilidade que a mesma possuía de toda a Santa Casa (dos nomes de funcionários lotados em cada unidade aos equipamentos existentes na sala de cirurgia , por exemplo) e a sua imensa sobrecarga de trabalho . Este último aspecto traduzido em uma jornada de trabalho prolongada e extenuante e uma verdadeira invasão de sua vida privada "pelos assuntos da Santa Casa" . Este era o quadro que a Unicamp encontrou ao iniciar o projeto em outubro de 1991 . Não seria exagerado dizer que o hospital era , de certa forma , uma continuidade "física" da diretora , e que as diretoras adjuntas (administrativa e clínica) eram seus olhos vigilantes junto à complexa e tensa vida cotidiana da instituição . Assim funcionava o sistema de direção que , a despeito das críticas que possa ser merecedor a partir da teoria da administração mais contemporânea , tinha como mérito a condução por uma "trinca" de dirigentes altamente comprometida com a defesa do hospital público e que fazia

desta árdua luta quase que a razão principal de suas vidas . Mas isto tem problemas por demais conhecidos , nesta ou qualquer instituição que adota um estilo muito centralizado de direção . Sinteticamente , poderia ser dito que , em tais sistemas de direção centralizados , existe uma espécie de cegueira ou incomunicabilidade entre dirigentes e dirigidos que é insuperável . Um mal estar impregna a instituição como um todo e prevalece uma certa sensação de "não somos compreendidos" tanto pelo nível central , como pela base do sistema . Neste tipo de instituição não existem "nós" ; existem "eles" . Há uma certa lógica "diabólica" , um círculo vicioso , alimentado pelas desconfianças e acusações mútuas , de forma que "eles" são sempre os errados ou os responsáveis pelos problemas . Os "eles" podem ser o nível central que não responde a contento aos problemas de manutenção e suprimento, na medida em que sempre há algo quebrado ou não funcionando e sempre há algum material e medicamento faltando . Os "eles" podem ser as equipes de trabalho que "quebram tudo" , "não tem zelo pelo patrimônio" e "pedem coisas demais" , não tem , em suma , responsabilidade nenhuma pelo sistema . Construir um sistema de gestão descentralizado , capaz de ser resolutivo e eficaz na solução de problemas e encaminhamento de mudanças , passa necessariamente pela criação de uma cultura institucional que enfatize , ou melhor , que reconheça a existência do "nós" . O surgimento do "nós" significa o nascimento de um sujeito coletivo capaz de pensar a instituição de um modo novo , quem sabe uma síntese do "nós" com "eles" . E isto não é fácil . Isto é , não é fácil a ruptura do círculo de ferro . Para tanto é necessário o "que vem de fora" , o "analista institucional" no que mais de "psi" tem este termo , para fazer uma verdadeira "terapia" da instituição e ir contribuindo para , na ação concreta e cotidiana , forjar um novo sujeito , coletivo e responsável pela condução de um projeto político na concepção mais ampla e nobre do termo , no qual , a "defesa da vida" só pode ser radicalmente trabalhada de uma forma solidária pelo coletivo dos trabalhadores e no espaço das instituições públicas . Dito de outra forma , não há projeto em defesa da vida sem a constituição de sujeitos coletivos que se apropriem do projeto e o conduzam com autonomia e criatividade .

O triângulo de gestão da Santa Casa do Pará fala destas coisas . A comunicação lateral é assim , um exercício fundamental para a construção deste sujeito . A comunicação lateral tem que ser "monitorizada" na sua implementação . Existem canais para a articulação vertical tão azeitados , tão inscritos na "ossatura" da instituição , tão "naturais e lógicos" para quem está mergulhado na dureza do corre-corre diário , tenso e exigente de soluções , que é necessário "alguém de fora" , que funcione como um verdadeiro "terapeuta" capaz de "curar" esta doença da comunicação vertical que assola nossas instituições . O "de fora" funciona como um verdadeiro parceiro de novas relações institucionais .

O ponto de partida para este trabalho foi a detecção de

alguns casos corriqueiros de problemas decorrentes da comunicação vertical e sua análise , ou melhor , seu estudo "ao vivo" , junto com o(s) gerente(s) envolvido(s) . A evidência de que era necessário explorar esta questão apareceu no correr da implantação do projeto , a partir da constatação de que algo não ia bem a nível dos colegiados de unidade nos primeiros meses de funcionamento . Feita uma oficina exploratória sobre o tema , com a participação dos gerentes , ficou evidente que a principal explicação para o não "deslanchamento" dos colegiados era justamente a persistência de problemas que não eram resolvidos , a despeito do funcionamento do colegiado das unidades . Ou seja , havia uma constatação por parte das equipes de que , a despeito de estarem se reunindo , levantando problemas e elaborando seus projetos de ação , persistia uma certa inércia e a sensação de que "eles" (o nível central , o outro) eram os responsáveis pelo não encaminhamento das soluções necessárias . A despeito das novidades do sistema de direção que estava sendo implantado , permaneciam os "eles" obscuros , insensíveis às necessidades e dificuldades cotidianas das equipes . Ou seja , como já foi comentado em outro ponto , a criação de colegiados nas bases , representados em um colegiado de direção superior com poder de decisão era insuficiente para imprimir a radicalidade de mudanças necessárias . Faltava algo na modelagem do sistema , que foi equacionado como a secretaria executiva do colegiado de gerência , que tinha exatamente o papel de ser o facilitador deste processo . E , de fato , a primeira função da secretaria executiva foi atuar como facilitadora da comunicação lateral . Como catalizadora da abertura de novos canais de comunicação , de forma que as unidades pudessem encontrar , da forma mais autônoma possível, soluções para a sua vida cotidiana .

A implantação da comunicação lateral deu-se a partir desta intermediação da secretaria executiva que teve que trabalhar , caso a caso , todas as demandas que insistiam em seguir as vias verticais para a sua resolução . E aí é necessário que se digam duas coisas . A primeira delas é que há um limite para a resolução de problemas via "comunicação lateral" . Uma vez atingido este limite , o problema deverá ser encaminhado para processamento a nível do colegiado de gerência . Ou seja , a existência de uma intensa comunicação lateral não dispensa uma instância centralizada de direção , muito pelo contrário . Este papel , na Santa Casa do Pará é jogado pelo colegiado de gerência . A outra coisa que deve ser dita é que a efetiva implantação da comunicação lateral demanda tempo e tem que ser feita gradualmente , com o objetivo básico de "demonstrar na prática" que este sistema é melhor . Logicamente que esta demonstração na prática sendo monitorizada e encontrando respaldo em um sistema de direção correspondente .

Na última visita do LAPA (outubro de 1991) havia uma avaliação de que a comunicação lateral tinha avançado muito mas que persistiam ainda problemas . Por exemplo , a assistência prestada pelo laboratório da Santa Casa . Embora

houvesse o reconhecimento de que a entrega dos exames estava mais agilizada . todos os gerentes questionavam a fidedignidade dos dados laboratoriais . em função da "não correspondência entre clínica e resultados" . Neste caso , a secretaria executiva tem um papel determinante de levar a questão para o colegiado pois parece haver uma cegueira entre os gerentes (tanto aqueles das enfermarias que se utilizam dos exames , como da própria gerente do laboratório) . Neste casos o sistema entre em uma "zona de cegueira" ou "buraco negro" , que necessita de uma direção superior problematizadora para ajudar a sair do impasse . Quer-se mostrar com isto que , a modelagem de um sistema de gestão com estas características deve ser feita , necessariamente , por aproximações sucessivas , algumas vezes até através de tentativas e erros , cujo resultado , afinal , será estabelecido pelas características da instituição . No caso específico da Santa Casa , a idéia de uma "rede de apoio" (ver , no próximo capítulo , o seu significado) foi "entendida" pela secretaria executiva como a constituição de uma grupo de apoio - duas psicólogas - que teve papel determinante no apoio ao funcionamento dos colegiados da unidade e na implantação do lema "por uma vida melhor para todos" . Ou seja, uma orientação deixada pelos técnicos da Unicamp foi decodificada e apropriada pela direção superior de uma outra maneira , com certeza a partir de suas necessidades e características , de uma maneira muito positiva .

A avaliação de resultados

Como pode ser visto no fluxograma que sintetiza o sistema de gestão da Santa Casa , o elemento que aparece no centro do triângulo , significando que tem um papel unificador ou coesionador do sistema , é a sistemática de avaliação adotada . A lógica adotada foi a de avaliação dos resultados obtidos a partir da gestão descentralizada dos serviços . A ênfase na avaliação de resultado significa que a importância do controle de processo é relativizada , valorizando-se , portanto , os resultados finais , que são , em boa parte dos casos, uma medição dos produtos das unidades. O importante é que os resultados que estão sendo avaliados reflitam , com a maior fidelidade possível , as diretrizes gerais do modelo tecno-assistencial adotado e que estes resultados sejam previamente acordados com as equipes de trabalho .

O instrumento inicial de avaliação foi uma planilha , montada a partir de intensa discussão com os gerentes e que passou a ser uma espécie de guia geral de avaliação de desempenho do hospital . Ela foi composta , em grande medida, por indicadores tradicionais de avaliação hospitalar . Este foi o "contrato" inicial entre direção colegiada superior e colegiados das unidades para a avaliação de desempenho , com

metas bem estabelecidas para o final de 1992 . Ficava claro neste "contrato" que a planilha não devia ter um caráter definitivo e . por isto mesmo , ser modificada conforme o avanço e a consolidação do projeto .

A planilha inicial de avaliação do desempenho global da Santa Casa era composta por vinte indicadores , com suas respectivas metas a serem alcançadas até o quarto trimestre de 1992 (média trimestral) :

- 1- taxa de infecção hospitalar geral (2%)
- 2- percentual de fichas de controle da infecção hospitalar preenchidas na clínica obstétrica (100%)
- 3- percentual de casos de toxi-infecção alimentar em pacientes (0%)
- 4- tempo médio de permanência geral (4 dias)
- 5- tempo médio de permanência na clínica obstétrica (2.5 dias)
- 6- tempo médio de permanência no setor de acompanhamento de parto (6 horas)
- 7- tempo médio de permanência na clínica médica (6 dias)
- 8- taxa de ocupação média geral (85%)
- 9- taxa de ocupação da clínica cirúrgica (85%)
- 10- percentual de faltosos aprazados (agendados) no ambulatório (80%)
- 11- coeficiente de mortalidade específica no berçário (10%)
- 12- percentual dos recém-nascidos do berçário servidos com leite humano (100%)
- 13- percentual de cirurgias não realizadas por falta de roupas (0%)
- 14- percentual de cirurgias programadas realizadas (100%)
- 15- percentual de AIHs encaminhados em relação ao número de altas no mês (100%)
- 16- percentual de BAAs encaminhados no mês em relação ao número de consultas realizadas no mês (100%)
- 17- percentual de BAAs encaminhados com erro sobre o número de BAAs encaminhados (0%)

18- percentual de resultados raios x liberados no mesmo dia da solicitação (100%)

19- percentual dos resultados de exames de laboratório liberados no mesmo dia da solicitação (100 %)

20- percentual de AIHs com erros sobre o total de AIHs emitidas no mês (0%)

Em relação a esta planilha podem ser feitos , ainda , os seguintes comentários :

- os indicadores , apesar de "clássicos" , traduzem uma preocupação peculiar da equipe do hospital , em função de seus problemas particulares . Assim , quando é montado um indicador que fala , especificamente , da taxa de ocupação da clínica cirúrgica ou do percentual de cirurgias não realizadas por falta de roupas , há uma clara subordinação dos indicadores ao projeto de ação montado para enfrentar estes problemas . Dito de outra forma , a escolha dos indicadores poderá parecer arbitrária , se não for levado em conta que a planilha é "orgânica" ao projeto trabalhado no hospital .

- para a maioria destes indicadores , as metas foram definidas - e , portanto , assumidas - pelos próprios gerentes ou com a participação dos mesmos . Neste sentido , os "parâmetros" são oriundos , situacionalmente , pelos atores que serão os responsáveis pelos projetos que visam alcançá-los .

- em outubro de 1991 foi feita uma avaliação do hospital que teve o caráter de "ponto de partida" . Traçada uma linha entre estes pontos de partida e as metas a serem alcançadas (no último trimestre de 1992) , foi possível estabelecer metas intermediárias , para cada um dos indicadores , nas avaliações trimestrais consecutivas .

- com o correr do projeto , houve uma clara "apropriação" dos indicadores pelas equipes , no sentido de serem citados , revistos , discutidos em reuniões etc . Os dados gerados nas unidades de trabalho passaram a ser trabalhados pela equipe enquanto "informação" , importante para o próprio processo gerencial .

- alguns indicadores foram avaliados , pela equipe e no correr do projeto , como "inalcançáveis" ou "inatingíveis" . Um bom exemplo disto é o tempo médio de permanência na clínica médica , estabelecido como de 6 dias (item 7 da planilha) . Na prática , por mais que a equipe se esforçasse e trabalhasse em seu projeto de ação , a média de permanência sempre permanecia superior à meta estabelecida . A explicação principal para isto deve ser buscada nas características da clientela que a Santa Casa recebe , seja por uma tradição

fortemente arraigada no imaginário popular da função de "misericórdia" da instituição , seja pela "crueldade" do sistema que literalmente abandona os desvalidos , os pacientes terminais e os portadores de doenças incuráveis . Por isto mesmo , impôs-se uma reavaliação do parâmetro adotado , no sentido de considerá-lo inadequado para avaliar o desempenho da equipe , na medida em que a média de permanência na clínica (acima do estabelecido como ideal) é uma consequência de como a assistência médica , vista de uma maneira global , está organizada na município . Ou seja , **aquele** hospital , inserido **naquele** modelo tecno-assistencial, não poderia alcançar o parâmetro que a equipe havia estabelecido .

- a planilha tem uma qualidade que é a de trabalhar , além dos indicadores considerados clássicos (média de permanência , taxa de ocupação , índice de infecção hospitalar) , com alguns indicadores que avaliam a adequação das atividades de apoio (rapidez na realização de exames complementares e agilidade do serviço de processamento de roupas) , bem como com o processo "burocrático" em si , traduzidos em uma avaliação do grau de "perda" de AIHS e de BAAs e na qualidade destes documentos . Tal preocupação só pode ser entendida , se for considerado que o expressivo sub-faturamento da Santa Casa , pela emissão insuficiente ou incorreta dos documentos legais exigidos pela Previdência Social , era um "sintoma" importante da baixa adesão dos funcionários em geral e dos médicos em particular , ao projeto de construção e/ou viabilização de um hospital público .

No QUADRO VI , pode ser vista a evolução do desempenho institucional da Santa Casa , nas avaliações dos primeiro , segundo e terceiro trimestre de 1992 . De uma maneira geral , pode-se afirmar que houve , no período , uma melhoria dos indicadores , o que pode ser analisado como um fato muito positivo se considerado que a instituição passava por profundas modificações no seu sistema de direção , com questionamento de valores , conflitos e uma radical (re)definição de papéis , das pessoas e dos grupos .

Uma avaliação crítica do projeto e perspectivas para o futuro

Transcorrido pouco mais de um ano , entre o início do projeto (out/91) e o momento deste relato (dez/91) , não são adequadas conclusões muito definitivas sobre o mesmo . O mais correto é tentar fazer uma avaliação parcial , ancorada em alguns indicadores mais evidentes , bem como nas opiniões de alguns dos seus participantes . Na visita de outubro de 1991 , todos os gerentes das unidades de trabalho responderam um questionário , cujas respostas foram utilizadas para compor esta avaliação e o esboço do futuro do projeto . Assume-se , de qualquer forma , a parcialidade das

QUADRO VI
DEMONSTRATIVO DA EVOLUCAO DO
DESEMPENHO INSTITUCIONAL DA
Sta. CASA DO PARA - 1992

Nº	METAS	PONTOS POR TRIMESTRE			TOTAL
		1º	2º	3º	
01	2%- 4º TRIMESTRE	5	0	5	10
02	100%- 4º TRIMESTRE	5	5	5	15
03	ZERO- 4º TRIMESTRE	5	5	5	15
04	4 DIAS- 4º TRIMESTRE	0	0	0	0
05	2.3 DIAS- 4º TRIMESTRE	0	5	5	10
06	6 HORAS- 4º TRIMESTRE	5	0	0	5
07	6 DIAS- 4º TRIMESTRE	0	5	0	5
08	85%- 4º TRIMESTRE	5	5	0	10
09	85%- 4º TRIMESTRE	5	5	0	10
10	8%- 4º TRIMESTRE	5	5	5	15
11	10%- 4º TRIMESTRE	0	0	0	0
12	100%- 4º TRIMESTRE	0	5	0	5
13	ZERO- 4º TRIMESTRE	5	5	5	15
14	100%- 4º TRIMESTRE	5	5	5	15
15	100%- 4º TRIMESTRE	0	0	0	0
16	100%- 4º TRIMESTRE	0	0	5	5
17	ZERO- 4º TRIMESTRE	0	0	5	5
18	100%- 4º TRIMESTRE	0	5	5	10
19	100%- 4º TRIMESTRE	0	0	5	5
20	ZERO- 4º TRIMESTRE	0	0	5	5

FONTE: PROJETO "EM DEFESA DA VIDA" DA SANTA CASA DO PARA

considerações que aqui serão feitas , o que , no entanto , não deverá diminuir o seu valor enquanto contribuições para todos aqueles interessados em repensar , com radicalidade , os atuais modelos de gestão do hospital público .

Para começar , é interessante olhar retrospectivamente o projeto inicial , procurando ver o quanto os grandes resultados previstos inicialmente foram alcançados , o que nos informará sobre o quanto aquele esboço exploratório trabalhou de fato com questões substantivas . Recordando , eram previstos três resultados :

- R1 - uma clara política de recursos humanos implantada
- R2 - receita própria aumentada
- R3 - implantado sistema de gerência e planejamento

Em relação ao R1 , o principal avanço deve ser creditado à implantação da sistemática de avaliação trimestral , que tem funcionado como um poderoso estímulo para uma melhoria do desempenho das equipes , através da implantação de estímulos financeiros , como foi visto no ponto anterior . A clara explicitação de resultados a serem alcançados pela equipe , aliada à criação de mecanismos descentralizados - a nível da equipe de trabalho - de avaliação e acompanhamento do trabalho , como bem o demonstra a teoria da administração (ver revisão bibliográfica sobre o tema no próximo capítulo) tem um grande valor como motivação para mudança . Dito de outra forma , o que se sabe bem (e o projeto confirma) é que uma "política de desenvolvimento de recursos humanos" descolada de um sistema de direção de alta responsabilidade tem pouco impacto . Treinar quem , para que e com que sistema de avaliação ? Esta é a questão que normalmente fica sem resposta nos "treinamentos" , mesmo os mais bem planejados e , que no caso da Santa Casa está bem equacionado . Desta maneira , todo o esforço feito pela direção superior do hospital no período , esteve muito vinculada às necessidades concretas colocadas pelos projetos de ação da unidade e , em função disto , com alto retorno . Na vista da Unicamp feita em novembro de 1992 , os gerentes estavam profundamente mobilizados com uma série de treinamentos em "programação neuro-linguística" , que estavam sendo coordenados por um especialista da área . Este , havia treinado alguns membros do colegiado que estavam funcionando como multiplicadores do método junto aos funcionários . Sem entrar no mérito das possibilidades colocadas pela técnica em si (uma série de conceitos oriundos do campo da teoria comportamental , com forte base de neurofisiologia , condimentado com possibilidades do tipo "conheça-se a ti mesmo") , o que importa destacar é que a técnica estava sendo apropriada no contexto do projeto , no sentido de ser encarada como um poderoso auxiliar para "melhorar a comunicação" , "ensinar as pessoas ouvirem umas às outras" e contribuir "para a adesão dos funcionários ao projeto" . Ou dito de outra forma , poderia-se dizer que aquele coletivo , em processo de constituir-se como sujeito , estava lançando mão de uma "técnica" que em grande medida facilitava a comunicação entre as pessoas e , neste sentido , estava contribuindo para a

constituição de um "nós" mais forte .

Ainda em relação ao Resultado 1 é preciso dizer que , o fato da Santa Casa ser parte da Administração Direta do Governo do Pará , significou um limitante , por exemplo , para a adoção de uma "carta dos funcionários da Santa Casa" , que deveria ser a expressão do conjunto de direitos e deveres dos funcionários . A limitação foi decorrente do fato da votação do regime jurídico do funcionalismo estadual estar em tramitação entre o Executivo e o Legislativo e haver , em função disto , o receio de se fazer alguma definição na matéria que pudesse estar , posteriormente , em contradição com a legislação estadual . De qualquer forma , como preparação da "carta" , foi feita uma distribuição massiva de formulários entre os funcionários , para ouvir sugestões , demandas e críticas no que diz respeito ao tema "deveres e direitos dos trabalhadores" e que resultou em 704 sugestões . Uma parte expressiva destas sugestões foram incorporadas ou atendidas pela direção superior da Santa Casa .

Além do mais , houve uma re-estruturação da área de recursos humanos , considerada como uma unidade de trabalho , dotada de gerente e com assento no colegiado de gerência . Há um reconhecimento por parte de vários gerentes que a comunicação (lateral) direta com o gerente de recursos humanos tem funcionado como um facilitador da gestão em todas as áreas .

Em relação ao Resultado 2 , "receita própria aumentada" também pode-se dizer que foi bem trabalhado e resultou , por exemplo , na duplicação do valor do faturamento da Santa Casa junto ao INAMPS , a partir da melhoria do sistema de faturamento . Este resultado positivo , porém , está em questionamento neste momento , na medida em que foi obtido graças à uma super-centralização do processo de correção de laudos e prontuários , que , em número expressivo vem incompletos das áreas assistenciais . A estratégia inicialmente pensada era de montar centros de controle de qualidade do faturamento ao nível das unidades de trabalho (das enfermarias e do ambulatório) . Esta estratégia obteve apenas resultados parciais , em função do descompromisso de uma boa parte dos médicos e das dificuldades dos gerentes em enfrentar a corporação . Dai a estratégia - bem sucedida até o momento - do controle centralizado , por uma equipe ligada ao SAME , que faz desenvolver um trabalho desgastante de "correr atrás" de todos os prontuários e laudos incorretos para fazer as correções adequadas . Este fato , além de desgastante , é agravado pelo fato de que uma série de procedimentos burocráticos muito importantes para o faturamento , como o preenchimento de impresso que informa sobre a mudança do diagnóstico inicial , não são realizados pelos médicos e resultam em perda de faturamento pela Santa Casa . Ou seja , o resultado 2 foi alcançado , mas de uma maneira inadequada , pois o que foi pensado como uma estratégia temporária (o controle centralizado) para "botar ordem na casa" institucionalizou-se como prática rotineira .

Este ponto é importante de ser destacado seja pela importância em si do faturamento adequado para a sobrevivência do projeto do hospital público . inclusive para a gratificação por desempenho . como para mostrar a dificuldade de se obter a adesão dos médicos para um projeto mudancista no setor público . A argumentação utilizada pelos mesmos é de que se fossem remunerados por produção eles se sentiriam "estimulados" a preencher corretamente os prontuários . Não é exagerado afirmar que , projetos como este da Santa Casa encontram na corporação médica um elemento de resistência e contraposição na medida em que , a corporação é guiada por interesses particularísticos , alimentados desde o aparelho formador , os catedráticos dos hospitais universitários e depois por suas entidades de classes , defensoras dos mais retrógrados interessantes neo-liberais .

Em relação ao Resultado 3 - " implantado sistema de gerência e planejamento " - pode-se dizer que ele assumiu o peso maior neste primeiro ano de projeto . Na verdade , os três resultados são muito sinérgicos entre si e é quase impossível pensá-los isoladamente . Este resultado foi muito trabalhado e apresenta grandes avanços , já descritos na seção anterior que fala do "sistema de direção" da Santa Casa. Este , pode-se dizer , vive um processo de modelagem constante . Do colegiado de gerência que tem que ir tentando encontrar sua melhor forma de funcionamento , dos colegiados de unidade que tem que ser criados de acordo com as possibilidades e necessidades de cada equipe e da própria secretaria executiva que vai redefinindo suas atribuições conforme a "fase" do projeto . Assim é que , na primeira etapa do seu funcionamento , esta última foi mais facilitadora da comunicação lateral e , agora , tem um papel mais de problematizadora e de apoio ao papel de direção política que deve ser jogado pelo colegiado de gerência .

A montagem de um sistema de direção com estas características é muito tenso . Estão em jogo , sendo questionados , valores muito arraigados na cultura da instituição . A diretora presidente , na última visita da Unicamp , apresentava uma série de "indicadores" que "provavam" que a direção centralizada é superior . Só para se ter uma idéia do desastre que pode ser uma descentralização sem uma contrapartida de mecanismos de acompanhamento centralizado . é interessante examinar algumas questões que ela apontava . A diretora afirmava que um percentual expressivo dos gastos do hospital estavam sendo com manutenção - em grande parte "repetitiva" - , que estava havendo um excesso de pedidos de medicação fora da padronização , alto gasto com pedidos de compras de urgência e um consumo exagerado de oxigênio no hospital . Estes problemas foram examinados , junto à secretaria executiva e verificados que não eram procedentes em todos os aspectos levantados pela diretora . Mas , poderiam ser . Ou seja , não se pode justificar qualquer tipo de má-utilização dos recursos públicos , mesmo que o argumento seja uma necessária

descentralização da gestão . As questões levantadas pela diretora foram examinadas e contribuíram para que se montasse um sistema de monitoramento da "área administrativa" , a ser compartilhado pelo colegiado de gerência , para que todos estes aspectos ligados à execução orçamentária e as relações custo-benefício sejam acompanhadas de forma atualizada pelo colegiado de gerência e problematizadas e enfrentadas naquele nível . Dando um exemplo : se o consumo de medicamentos não padronizados está muito alto ou as compras não programadas estão pesando muito no orçamento , este(s) problema(s) deve(m) ser processado(s) e enfrentado(s) tanto a nível do colegiado de gerência como de todas as unidades de trabalho . Ou seja , o problema é do coletivo e tem que ser enfrentado neste nível . A estrutura de gestão é , inclusive, facilitadora deste processo . Por exemplo , é possível montar indicadores de consumo **por unidade de trabalho e levar a discussão neste nível** . A descentralização , nesta medida , não é incompatível com o controle e acompanhamento do hospital como organismo , em sua integralidade . A descentralização não é , neste sentido , uma "federalização irresponsável" . A autonomia não é incompatível com a coordenação do hospital nas questões que devem ser coordenadas centralizadamente . basicamente a questão orçamentária e financeira e uma certa avaliação do quanto o hospital está conseguindo implantar , globalmente , uma política em defesa da vida . O "encaixe" da diretora neste sistema de direção foi uma questão que teve que ser enfrentada de forma muito criativa . Como aproveitar todo o conhecimento e a visão estratégica de um quadro formado em anos de exercício de comando , sem dúvida o mais completo dentro do colegiado de gerência , sem manter o comando centralizado e contribuir para o crescimento do coletivo ?

A solução que tem sido trabalhada é a de estimular que a diretora , enquanto dirigente formal (e no caso da Santa Casa do Pará , **dirigente de fato , pela sua legitimidade e competência**) articule-se tanto com a secretaria executiva , como com o colegiado de gerência e com os colegiados das unidades . A única "exigência" colocada para esta articulação é que ela ocorra de acordo com determinados rituais estabelecidos no sistema de direção . Por exemplo , a interação da diretora com os colegiados de unidade deve-se dar , em situações normais , no ou através do colegiado da unidade . Ficam "proibidas" as "passadas por cima do gerente" ou intervenções intempestivas , sem uma discussão com o colegiado da unidade. Neste sistema de direção , todas as pessoas submetem-se a regras estabelecidas e acordadas previamente , inclusive a diretora .

De tudo o que foi dito , pode-se afirmar que o projeto desenhado inicialmente apontava em uma direção correta e , de uma maneira geral , definiu os principais resultados que deveriam ser alcançados . Não que isto lhe confira o **status** de imutabilidade que o "livro-plano" muitas vezes tem no planejamento mais tradicional . O desenho inicial do projeto é sempre , e somente isto , uma certa delimitação do campo da

ação da(s) equipe(s) . Inclusive por ser uma construção dos homens em ação . o "plano" tem sempre questões ou problemas para serem enfrentados . Na verdade , a "solução" de um problema quase sempre resulta no surgimento de outro . No processo social há só troca de problemas ; em situações favoráveis , os problemas "novos" , quando muito , são apenas menos graves ou de difícil enfrentamento . Por exemplo , à medida que o sistema foi sendo modelado , novas questões foram sendo colocadas . Esta do papel da diretora foi uma delas . Mas , existem outras . Entre tantos que merecem uma análise mais acurada , poderia ser destacado , por exemplo , o problema do perfil dos gerentes para o exercício destas funções novas . Existem questões desde a "adesão" , pensada mais no nível ideológico , até a capacidade de abstração , de "ler" , de "escrever" e de "falar" , que não é a mesma entre todas as pessoas . Só para dar um exemplo desta dificuldade - e inúmeros outros poderiam ser mostrados - é apresentada uma parte da resposta de um gerente questionado , por escrito , sobre o que deveria ser melhorado no sistema de direção : **"colegiado de gerência quando o problema específico é colocado em julgamento e utilizado da estratégia de um problema paralelo para o combate do problema específico da área"** . Ou seja , até a necessidade de trabalhar com as pessoas disponíveis , destreinadas (ou nunca treinadas) em "ler" e "escrever" tem que ser considerada na construção de um sistema de direção baseado justamente na capacidade de autonomia das equipes e no surgimento de novos sujeitos . Este gerente , cuja fala foi utilizada para exemplificar este ponto , na prática , apesar de toda a sua adesão e força de vontade tem um limite pessoal , que só parcialmente uma assessoria externa - pelo menos com os recursos que utilizamos atualmente - pode resolver .

A formulação de problemas (o seu recorte situacional , tendo em vista a ação , de um pano de fundo altamente complexo e "confuso") é uma atividade cujo grau de exigência talvez não tenha ainda sido objeto de reflexão por parte de autores que trabalham as várias técnicas problematizadoras disponíveis (no capítulo IV , há uma revisão sobre o tema) . Conseguir que um coletivo altamente heterogêneo consiga problematizar e , mais do que isto , processar problemas de forma sistemática e fazer o produto destas problematizações para um sistema de direção que as recolhe , filtra e re-problematiza e dá retornos , de forma sistemática para a base do sistema é um processo altamente complexo .

Tais constatações podem conduzir a algumas alternativas . A primeira , e talvez mais comoda , é a de considerar que não é possível apostar na construção de um sujeito coletivo formulador e implantador de políticas institucionais . A outra é de apostar nesta possibilidade , mas de uma forma tutelada , no sentido da mesma depender sempre de um apoio externo dado por uma consultoria , por exemplo . Uma terceira possibilidade , e é a que foi adotada com radicalidade em Belém , é a de estimular que as pessoas façam , que as equipes aprendam no exercício constante do desafio de "ler" e

"escrever" e . constituam-se assim como sujeitos autônomos . A análise dos projetos de ação produzidos nas unidades de trabalho da Santa Casa permitiria reconstituir , como foi feito na experiência relatada no capítulo anterior , este processo de crescimento das equipes. Pode-se dizer que , a maioria das planilhas de processamento de problemas tem "erros" . Mais frequentemente , a dificuldade de formular um problema-síntese , de formular o problema na forma de problema (era muito frequentemente , no início dos trabalhos, as equipes colocarem que o "problema" era "diminuir o tempo de permanência na enfermaria x") , de formular operações -as equipes formulam uma quantidade imensa de ações , não alcançando , muitas vezes , enfeixá-las em uma única operação- e vai por ai afora .

No entanto , apesar dos "erros" , as equipes foram adquirindo uma capacidade de comunicação , traduzida na resolução efetiva de problemas e na busca criativa de soluções , que a posição da consultoria da Unicamp era de relativizar o "acerto" das planilhas e valorizar a dinâmica que se estabelecia no grupo . Isto , não significa uma postura de abandono da formalização ou de negação da importância da adoção de certos "instrumentos de planejamento". Significa apenas que o uso destes instrumentos deve ser relativizado e apropriado aos diversos contextos institucionais nos quais são trabalhados .

Respondendo a uma questionário de avaliação do primeiro ano do projeto , aplicado em novembro de 1992 , pelos técnicos da Unicamp , os gerentes de unidades respondiam assim a questão se eles apontavam algum(s) resultado(s) positivo(s) que , com certeza , podia(m) ser visto(s) como consequência da nova forma de gestão mais descentralizada e democrática :

- *diminuição dos conflitos nas equipes*
 - *aumento da produção e da produtividade*
 - *problemas rotineiros resolvidos a nível das equipes*
 - *aumento da frequência ao trabalho ou redução do absenteísmo*
 - *aumento no faturamento das AIH (autorização da alta hospitalar)*
 - *maior empenho dos funcionários .*
 - *"comentários externos" favoráveis à Santa Casa*
 - *maior eficácia no atendimento aos pacientes*
 - *menos demanda à direção da Santa Casa*
- (resumo das respostas dos gerentes . out/92)

Alguns gerentes avaliavam inclusive melhoras do ponto de vista das condições de trabalho : *"O processamento de roupas, através do colegiado da unidade , trabalhando os seus problemas , conseguiu : manutenção dos equipamentos e máquinas , manutenção das máquinas de costura , troca da mesa de costura , aumento do número de funcionários , armários e prateleiras para o acondicionamento de roupas"* (resposta da gerente da unidade de processamento de roupas) . Este

depoimento é importante na medida em que mostra que as condições de trabalharam melhoraram a partir do momento em que as "bases" tiveram mais acesso ao processo decisório. Não é outra a fala da gerente da unidade de nutrição e dietética que destaca como pontos positivos a *"participação dos funcionários nas reuniões, discutindo junto com a chefia imediata os problemas"* e destacando ainda a *"aquisição de equipamentos de extrema necessidade para o setor, facilitando as atividades do mesmo. O uso de materiais descartáveis, diminuindo a sobrecarga das cozeiras"*. Quando uma proposta de trabalho atinge este grau de capilaridade, quando chega a *"facilitar a vida das cozeiras"*, é porque ele está alcançando seus objetivos. Não é demais destacar que a gerente associa a participação dos funcionários, com as conquistas referidas.

Perguntado sobre o que não está bem e o que, portanto, precisa ser melhorado, os gerentes apontam os seguintes pontos:

- a comunicação lateral entre os gerentes precisa ainda ser melhorada, pois nem sempre dá resposta às necessidades dos mesmos

- nem todos os funcionários estão cientes do projeto, o que indicaria a necessidade de se organizar um debate mais amplo em torno do mesmo

- a função dos gerentes ainda não está regulamentada e a gratificação paga é insuficiente

- a secretaria executiva precisaria estar mais presente na vida das unidades, para ver o trabalho das equipes e suas dificuldades

- a recepção aos pacientes é ainda muito desumana

- os gerentes às vezes ainda vão despreparados para as reuniões do colegiado de gerência e nem sempre votam de "uma forma consciente".

(resumo das respostas dos gerentes, out/92)

É interessante notar que as questões problematizadas pelos gerentes, fazem referência, em última instância, ao projeto e às necessidades de aperfeiçoamento do mesmo. Nesta medida, o próprio recorte que fazem do mundo, ao problematizá-lo, é feito a partir de um olhar que já vem "contaminado" pelo projeto. Assim, a problematização já não é mais "ingênua" ou descompromissada, mas subordinada ao discurso ou à política institucional, *senso latu*, que está sendo coletivamente construída.

Solicitados para que expusessem, "de forma bem sintética", como entendem o sistema de direção que está sendo montado na Santa Casa, com o objetivo de verificar em que medida alcançavam fazer uma "tradução semiótica" do mesmo, alguns foram mais concisos e precisos, enquanto outros não (até reforçando o ponto anterior que fala da dificuldade das pessoas em "ler" e "escrever").

"O sistema de direção adotado neste hospital baseia-se

no princípio da gestão colegiada , onde cada funcionário é parte integrante do processo de produção através do colegiado da unidade . Trata-se , portanto , de um sistema de gerenciamento que objetiva , antes de tudo , resgatar e fortalecer o princípio da cidadania no trabalho" (gerente da unidade de diagnóstico por rádio-imagem . médico)

"Sistema descentralizado que procura envolver todos os funcionários na solução dos problemas com vista a um objetivo maior de melhorar o atendimento ao usuário" (membro da secretaria executiva , médica)

"A meu ver , este sistema de descentralização do poder administrativo é uma forma positiva de governar um determinado sistema , onde todos os funcionários , de um modo geral , decidem juntos os caminhos de suas unidades de trabalho através dos seus colegiados" (gerente do ambulatório , enfermeiro)

"A descentralização , de forma visível , deixando os gerentes envolvidos com a instituição" (gerente da central de informática . enfermeira)

"As decisões são de grupos de trabalhadores , sem a interferência da ação centralizada e vertical" (gerente do laboratório . bioquímica-farmacêutica) .

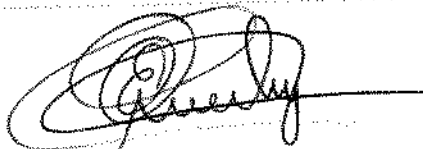
Para encerrar este relato , não só da Santa Casa , mas do conjunto das experiências reconstituídas e analisadas neste trabalho , nada melhor que a fala de uma técnica que , incorporada um pouco tardiamente ao projeto , tornou-se sua defensora radical .

"Um sonho político . Fundamentalmente um momento de transformação . É uma possibilidade concreta que vem sendo construída no cotidiano do nosso trabalho . É o exercício de uma condição tão pouco vivenciada na maioria dos nossos espaços de vida : a cidadania , a co-participação , a clareza de sermos parte importante no forjar de uma nova realidade . Falar em direção descentralizada , da NOSSA particularmente , é falar de sustos , de descrença , de alegria , de limite , de escuta , de respeito ao diferente , de rompantes de autoritarismo , de desafio , de tensão , de sucessos e fracassos COMPARTILHADOS . É a emoção de se saber e sentir EQUIPE , com todas as dores , alegrias , conflitos e delírios da convivência" (Psicóloga que "milita" no apoio ao "parto" dos colegiados de unidade enquanto sujeitos deste processo de invenção da mudança na administração pública)

Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas, para obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva, pelo médico LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA CECÍLIO.

Campinas, 17 de novembro de 1993

Prof.Dr. Emerson Elias Merhy
orientador



LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA CECÍLIO

" Inventando a mudança na Administração Pública: reconstituição e análise de três experiências na Saúde "

Vol. II

CAPITULO IV

AS CONTRIBUIÇÕES PARA A ELABORAÇÃO DE UMA TEORIA DA
ADMINISTRAÇÃO DA MUDANÇA DO SETOR PÚBLICO .

" Estou profundamente convencido de que todo livro é um
plágio , que só dizemos ou escrevemos o que outros disseram
ou escreveram ... "

(Mario Testa em " pensar en salud ")

CAPITULO IV - AS CONTRIBUIÇÕES PARA A ELABORAÇÃO DE UMA TEORIA DA ADMINISTRAÇÃO DA MUDANÇA DO SETOR PÚBLICO .

Introdução

Vou aceitar , para fins de estruturar este capítulo , a frase provocativa do Mario Testa de que todo livro é um plágio . Mas aceito só provisoriamente . No capítulo V tentarei mostrar que as experiências relatadas podem ser consideradas como um "livro" que não é plágio , no sentido de ser original e impar . Usarei , portanto , a palavra "livro" em um sentido mais amplo ,que engloba a idéia de produção de conhecimento , mesmo que não formalizada em um livro . O que concordo com Testa , e que me ajudou a roterizar este capítulo , é que existe um acúmulo anterior de conhecimento que preside a ação atual dos homens . Neste capítulo , busco reconstruir com quais "livros" (no sentido mais abrangente que confiro à palavra) dialoga a concepção de gestão democrática do setor público que aqui se formula . Trabalharei dinamicamente com as idéias de "plágio" e originalidade , buscando uma síntese . Este capítulo é o do "plágio" , no sentido de Testa . Nele , faço uma investigação sistemática de toda a literatura à qual tive acesso e que , de alguma forma , contribui para avaliar , criticar , enriquecer e , no limite , negar qualquer originalidade ao presente trabalho . Abusarei das **aspas** para compor uma espécie de colagem com o material que considere mais importante . Assumo , portanto , uma leitura enviesada da literatura , no sentido de iluminar , exatamente , aqueles aspectos que interessam a este trabalho . Não deixarei , no entanto , de apresentar , sempre que possível , outros recortes feitos por autores que analisam o mesmo material , mas com outras preocupações .

Aqui , a teoria , sempre referida a uma determinada prática , guarda com ela uma relação ora de anterioridade (no sentido de precedê-la) , ora de simultaneidade (no sentido de presidi-la) , ora de posterioridade (no sentido de iluminá-la) . Mesmo reconhecendo que as coisas não sejam tão sistematizáveis assim na realidade , tais relações com certeza facilitam uma aproximação mais acadêmica do tema . E este é meu objetivo neste capítulo .

Arbitrei , em razão das considerações anteriores , organizar a literatura pesquisada em três grupos : Os livros ocultos , os livros explícitos e os livros-espelho . Os critérios para esta taxonomia de "livros" foram estabelecidos em função de como eles contribuíram para o desenvolvimento das experiências relatadas .

OS LIVROS OCULTOS

Ocultos porque não claramente explicitados durante o desenvolvimento das experiências . Aqui , refiro-me tanto à **proto-experiência** vivida no Departamento Regional de Saúde de Campinas (DRS-5) relatada no capítulo I como às demais . Só que uma das características da experiência vivida no DRS-5 era justamente a não utilização explícita de determinados referenciais teóricos , enquanto que nas demais já houve uma clara elaboração teórica presidindo as ações . Portanto , livros **ocultos** presidiram a experiência do DRS-5 e depois , de uma forma mais explícita , modelaram as demais experiências . Refiro-me , especificamente , aos livros que são a tradução do discurso do Movimento Sanitário . São estes livros que irão formatar as experiências e imprimir-lhes uma espécie de "marca registrada" que pode ser percebida em mais de 10 anos de intervenção do Movimento Sanitário na região de Campinas .

Alem disto , foi-me possível recuperar parte da bibliografia que contribuiu para a sistematização dos seminários realizados no DRS-5 , no sentido de fornecer os instrumentos e técnicas de planejamento que eram utilizados naquele período (embora permanecesse oculta ...) . Explico-me melhor mais adiante .

Começemos pelos livros do Movimento Sanitário . Recuperar toda a produção teórica dos anos setenta e oitenta diretamente relacionada com o que se convencionou denominar de Saúde Coletiva não é tarefa simples e nem é proposta deste trabalho . Nestas duas décadas , uma grande quantidade de artigos e livros , publicados , apresentados e debatidos em inúmeros encontros , congressos e seminários e mais toda uma produção teórica nos departamentos de Medicina Preventiva e Social constituem um riquíssimo espólio da esquerda sanitária e uma espécie de "roteiro implícito" nas experiências levadas a cabo , por inúmeros grupos , pelo Brasil afora neste período . E neste sentido que os denomino de livros **ocultos** porque implícitos , conquanto fundamentais . Vale destacar : ser implícito ou oculto é sempre relativo . Nesta investigação , o autor , no esforço de reconstruir sua formação e o processo de elaboração teórica do modelo de gestão que aqui se discute , assume que , no momento em que vivia determinadas experiências , em particular a do DRS-5 , tomava como "ocultos" determinados livros . O que não quer dizer que , para outros membros da equipe , muitos deles fossem explícitos .

No capítulo I , mesmo caracterizando as disputas no interior do Movimento Sanitário , pude mostrar em torno do que ele se aglutina , ou seja , qual o seu discurso fundamental . Este discurso poderia ser chamado , no sentido que estou usando , de livros do Movimento Sanitário . Fui recolher , em números da revista "Saúde em Debate" da época (o primeiro número é do final de 1976) exertos que refletissem as formulações que eram feitas então . No caso , elegi , propositalmente , os discursos dos oradores das primeiras

turmas do Curso de Especialização em Saúde Pública , realizado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em convênio com a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo . por expressarem um discurso que , fortemente politizado , apontava claramente para uma militância no interior do Estado e que se desdobraria , em última instância, em intervenções como as que constituem as experiências descritas nos capítulos I , II e III .

" Entender o condicionamento econômico-social do nível de saúde não significa , no entanto , cair no imobilismo . Há os que justificam as ações médico-sanitaristas a pretexto de reduzir as tensões sociais : não é necessidade nossa e nem nosso propósito. Justificamos nosso trabalho como médicos e sanitaristas partindo da premissa de que seria um erro primário acreditar que , automaticamente , traz a saúde . Traz , mas não prescinde de atividade de um sistema organizado , com recursos materiais e humanos , voltado para as necessidades da coletividade " 1

No discurso do orador da terceira turma , pode ser vista a mesma preocupação de defender uma atuação no aparelho do Estado , que , mesmo considerando as limitações de tal intervenção , apontava para princípios como a defesa do setor público e a democratização do acesso aos serviços de saúde .

" E , se enquanto cidadãos compreendemos que a Saúde é determinada , em última instância , pelas condições socio-econômicas , enquanto profissionais médicos abraçamos a Saúde Pública por entendermos ser esta área aquela que possibilita uma prática mais globalizante , instrumento capaz de forjar , em certo grau , alguma mudança neste quadro sanitário (...) Desta maneira , ao localizarmos na existência da medicina privada um impedimento da prática da Saúde Pública , defendemos uma medicina institucional unificada , que permita o acesso de todas as pessoas aos seus serviços e tenha como finalidade não o lucro , mas o bem estar físico , mental e social da população brasileira " 2

Estes fragmentos de discursos de formatura de médicos sanitaristas são importantes na medida em que expressam uma espécie de senso comum de uma geração de profissionais que iria dedicar sua vida , "em regime de dedicação exclusiva e tempo integral" à uma intervenção a nível da rede pública de serviços de saúde , nos seus vários níveis , fazendo destes espaços verdadeiros laboratórios de gerência do setor público. A título de ilustração , destaco que os autores dos dois discurso citados tiveram papel destacado na experiência do DRS-5 .

A militância a nível da instituição era , na maioria das vezes , apenas uma parte das atividades destes profissionais , que continuavam , a despeito de sua atuação institucional , intervindo nos movimentos sociais e a nível de suas entidades de classe (Sindicato dos Médicos , Associação dos Médicos Sanitaristas) ou de entidades como o

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) . Um número expressivo destes profissionais também militavam em partidos de esquerda que faziam oposição ao regime militar . E nesta articulação com os movimentos sociais , intermediada pelos partidos , que se forjavam os "livros" que depois se buscava traduzir em um modelo de gestão caracterizado pela defesa do setor público e por idéias como a participação popular , a democratização das condições de trabalho e intervenção nas práticas de saúde .

A descrição da "fase sindical" da experiência do DRS-5 é bem a confirmação de como as consignas políticas da época estavam presentes na orientação do processo de planejamento e gerência . Além do mais , havia toda uma produção teórica específica , que enfatizava desde questões mais amplas como o modelo de organização e financiamento do setor saúde , até aquelas mais específicas , como alternativas de modelos tecnológicos e assistenciais . Assim , havia "livros" prontos para serem aplicados , em condições concretas de trabalho e dadas as restrições institucionais (que não eram poucas) .

No que diz respeito à questão de modelos de planejamento e de gerência , pode-se dizer que , em geral , não se ia muito além de certas concepções políticas tais como a transparência do setor público , a democratização das decisões e outras com força suficiente para se gerar um "pano de fundo" de comunicação para aquelas pessoas que atuavam no setor público , mas nem sempre automaticamente traduzíveis em modelos mais operacionalizáveis . Basta dizer que o conteúdo do planejamento dado nos cursos de saúde pública de então não fugia do paradigma já clássico do "CENDES-OPS" . Mas isto também não importava muito . Dadas as condições de intervenção no setor público , do fim da década de 70 até o advento das Ações Integradas de Saúde (a partir de 1983) , não restava muito mais o que fazer além de "programação" em saúde . E para isto , os modelos do Ministério da Saúde , que utilizavam claramente os instrumentos do CENDES-OPS , eram suficientes . Por isto , na experiência do DRS-5 , só quando houve uma ampliação das atribuições do nível regional e a necessidade de criação de formas mais efetivas e descentralizadas de gestão , é que a busca de novos instrumentos de planejamento passou a ser problematizada .

Naquele momento era fundamental uma inovação da gerência , que fugisse do modelo clássico de administração pública (burocrático , hierárquico e centralizado) para flexibilizar o papel da Secretaria de Saúde enquanto negociadora junto aos municípios de novas diretrizes de saúde emanadas de Brasília . Estavam dadas condições político-institucionais para que fossem experimentadas e desenvolvidas formas alternativas de gestão e planejamento muito favoráveis para o Movimento Sanitário . Os "livros" de apoio às novas formas de planejamento não eram , no entanto , tão disponíveis assim . Como já disse , o modelo "opasiano" de programação era o prevalente (e inútil) naquele contexto de novas atribuições para o setor público . Autores

importantes que seriam trabalhados no momento seguinte ainda não eram bem conhecidos entre os técnicos daquela época (entre eles, Carlos Matus, só para dar um exemplo). Neste sentido é que o aporte de um livro oculto (pelo menos na época) foi fundamental. Referimo-me à obra de um autor argentino, Mario Robirosa, que dava embasamento teórico para a atuação dos técnicos da Faculdade Latino Americana de Ciências Sociais (FLACSO). Alguns desses técnicos desenvolveram intensas atividades no Brasil, a nível institucional, no início da década de oitenta, realizando, por exemplo, cursos em conjunto com a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e a Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Rio de Janeiro ou para os técnicos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Um destes técnicos realizou, sob o patrocínio da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, em 1983, um curso cuja tema era a elaboração de um plano de saúde para o município. Pude participar, juntamente com mais três técnicos do DRS-5, do referido curso e ter assim um contato inicial com uma metodologia de planejamento que, simplificada e adaptada, foi de fundamental importância para desenhar o sistema de gestão e planejamento que seria aperfeiçoado nos anos seguintes.

Consegui recuperar, quase dez anos depois, parte do material bibliográfico utilizado pela FLACSO para capacitação de monitores e ter, desta maneira, um contato mais formal com as formulações teóricas de Robirosa e com alguns textos de apoio por ele citados. O enfoque metodológico do autor é construído a partir de uma orientação básica, qual seja, o planejamento sob a responsabilidade do setor público comprometido com as necessidades básicas dos "setores pobres" da população. ³

Sua preocupação é a criação de uma sistemática de planejamento e gestão que consiga se aproximar dos "despossuídos" dos países latino-americanos e viabilizar respostas, a curto prazo, para suas necessidades impostergáveis. Neste sentido, ele consegue formular, com muita clareza, a questão dos sujeitos do planejamento: os "pobres" e os governos locais, a nível dos "assentamentos humanos". Esses, seriam comunidades estabelecidas em territórios precisos e com organização social bem definida. Ele pensa sua proposta no campo do setor público, operacionalizado pelas agências locais de governo trabalhando em estreita aliança com os setores mais carentes da população. Para ele, esses seriam os atores fundamentais e, no entanto, os mais débeis e historicamente subordinados aos interesses ou derrotados pelas forças dominantes na sociedade. Robirosa reconhece o fracasso do planejamento tradicional (e o responsabiliza, em parte, pelo agravamento das condições de miséria em que vivem grandes parcelas da população latino-americana) e lhe endereça críticas que não diferem muito daquelas feitas por outros autores contemporâneos no continente (que serão discutidos mais adiante).

Segundo o autor , as razões para os "dramáticos fracassos" do planejamento tradicional seriam:

- economicismo ou predomínio de critérios de eficiência e rendimentos econômicos
- excessiva centralização , que o distancia das necessidades básicas da população
- excessiva valorização do desenho de um modelo ideal e não preocupação de como realizar uma boa gestão operativa (grifo atual) .
- os planos setoriais e não integrados aos outros recursos da comunidade
- a população não participa do planejamento
- desconhecimento da existência de conflitos no interior da administração , ou seja , uma lógica gestonária que supõe uma racionalidade administrativa homogênea (grifo atual) .

" La planificación tradicional supone una lógica gestonária según la cual una racionalidad administrativa homogênea guia a todos los actores del sector público involucrado en los procesos de gestión . Todos los organismos y actores del sector público convergiran de una manera eficiente en las direcciones correctas y en los momentos adecuados en los procesos de gestión con la sola condición de que esté assegurada la racionalidad científica y técnica de las políticas , el plan , el proyecto o el programa de acción , a través de la aplicación de métodos y técnicas particulares y que exista sobre ellos decisión de ejecución " 4

Esta crítica feita pelo autor , vista de uma maneira retrospectiva (ele era uma livro oculto ...) tem uma grande importância , como se verá na sequência desta revisão bibliográfica e para as conclusões deste trabalho . A partir destas críticas , ele traça as linhas gerais de um " enfoque alternativo do planejamento para o desenvolvimento" 5 :

- o planejamento tem que atuar no curto prazo para viabilizar respostas às necessidades básicas da população
- o plano tem que ser integral , transetorial e transdisciplinário e as instâncias técnicas tem que estar bem articuladas às de decisão politico-administrativa
- os níveis "micro" afetados , territorialmente definidos , devem participar em todo o processo de planejamento
- é necessário trabalhar problemas e processos do mundo real , rompendo com as fronteiras das disciplinas acadêmicas.
- em vez de planos , trabalhar com programas ou projetos que atuam em processos presentes , cujos outputs são problemas . A intervenção é para modificar outputs .
- é necessário trabalhar com o reconhecimento de interesses e conflitos no interior do Estado , que conformam um sistema informal e que requerem a incorporação ao enfoque e à metodologia de planejamento de um modo de pensamento

estratégico adequado ao nível da gestão . (grifo atual)

O enfoque metodológico de Robirosa , nesta medida , aproxima-se muito da orientação observada nas experiências relatadas nos três primeiros capítulos e com toda uma produção teórica latino americana do mesmo período . O interessante é que estas produções tenham se mantido isoladas e , até onde eu pude pesquisar , estes autores não se citam mutuamente , numa espécie de "cegueira bibliográfica" que é difícil de explicar .

O que permitiu que o autor deixasse influência tão marcante na experiência do DRS-5 , era a existência de uma metodologia ou técnicas de planejamento que contribuíram para a operacionalização de um determinado projeto político . Isto, a despeito da direção coletiva do DRS-5 desconhecer , naquela época , a "visão de mundo" do autor que , em grande medida , coincidia com a que era defendida : um setor público permeável ao controle popular e comprometido com os interesses dos "despossuídos" .

A metodologia tinha duas características que contribuíam de maneira mais importante para a elaboração de uma proposta de gestão democrática :

- utilização de técnicas que instrumentalizavam a participação tanto dos técnicos , como criava possibilidades para a participação da população ⁶

- enfatizava o reconhecimento de atores reais e suas contribuições (ou oposição) ao projeto . Isto remetia , se bem trabalhado , à necessidade de uma nova abordagem da gestão na administração pública (reconhecendo-a como espaço habitado por atores e plena de conflitos e contradições)

A metodologia ou "estratégia de tratamento" consistia de seis grandes etapas , interconectadas , com as seguintes metas :

- A. Diagnóstico da situação presente e suas tendências
- B. Identificação e avaliação dos problemas e estruturação da problemática de gestão que se está enfrentando

- C. Elaboração do modelo de processamento dos problemas identificados mais significativos

- D. Definição preliminar de estratégias de intervenção possíveis

- E. Identificação dos atores envolvidos e análises de suas relações mútuas

- F. Elaboração e avaliação comparativa das estratégias de ação de curto e médio prazo tendentes a modificar as saídas problemáticas do sistema nas direções desejadas .

O item C , elaboração do modelo de processamento de problemas , era baseado na teoria dos sistemas , que vinha sendo utilizada , desde a década de setenta , por agências internacionais , como o **Centro Latinoamericano de Administracion Medica** (CLAM) da Organização Panamericana da

Saúde . na análise do setor saúde (Robirosa era , em 1974 , coordenador do "Programa para el análisis de sistemas de atención de la salud do CLAM") . Vejamos como o autor descrevia a etapa C de processamento de problema dentro de um enfoque tipicamente da teoria dos sistemas :

" Análisis de los processo que producen (o produciriam) los problemas más priorizados incluidos nel problema integrado de gestión, y elaboración del modelo causal integrado que muestra los eslabonamientos e interrelaciones entre dichos procesos . (Los processos son analizados en términos de insumos ou inputs significativos e todo tipo que los alimentam , cajas negras processadoras e productos o outputs significativos de diversas natureza (los cuales pueden actuar como inputs provistos a processos de retroalimentación directos o indirectos que conectan a outputs con inputs o con operaciones de processamiento . El análisis de los processos e conducido hacia atrás , desde los outputs problemáticos identificados , tan lejos sea necesario para identificar inputs o los processos causales que son factibiles de manipulación por organismos del sector público. El modelo asi construido no es , en esta etapa , formalizado operacionalmente en funciones estrictas : una representación gráfica del tipo de los diagramas de flujos es por lo general suficiente " 7

Não resisto em chamar a atenção para o ecletismo do autor no sentido de combinar . a um típico discurso de esquerda (traduzido no enfoque metodológico) um receituário ou um linguajar que poderíamos chamar , sem nenhum demérito , de tecnocrático . Mais do que isto , destaco a criatividade de aplicar um instrumental sistêmico para operacionalizaar um enfoque metodológico que reconhece a existências de atores em conflito e assume o conflito na organização como reflexo dos conflitos e contradições existentes em uma sociedade de classes . Se , do que foi possível recuperar a posteriori desse autor (no processo de revelar e assumir sua influência deixando o mesmo de ser oculto ...) , ainda descubro nele uma certa valorização da aplicação de modelos matemáticos que não dizem respeito ao modelo de gestão que estou trabalhando , isto não diminui o seu valor para este trabalho .

Em resumo , e finalizando este item , posso afirmar que os livros ocultos que , em grande medida formataram estas experiências que analisamos neste trabalho , são os livros escritos na tradição da esquerda brasileira e latinoamericana e indicações preciosas de como operacionalizar esta idéias dadas por um "certo" Robirosa , que deixa , agora , de ser oculto ...

OS LIVROS EXPLICITOS

São explícitos em contraposição aos ocultos comentados na seção anterior . Explícitos porque foram utilizados .

citados . consultados e referenciaram . de fato . a modelagem das experiências posteriores à do DRS-5 . Neste sentido . há uma simultaneidade entre a prática que se construía e determinadas formulações teóricas . Um esforço consciente e sistematizado de fazer uma elaboração teórica sobre o trabalho e , mais do que isto . buscar em alguns autores o apoio ou a orientação para a ação . A seleção dos autores que faço aqui traz consigo o risco da injustiça , na medida em que , com certeza . outros trabalhos foram importantes nesta etapa . Porém . assumo o risco e centro minha atenção na obra de Carlos Matus (mais determinadas técnicas de planejamento . em particular o ZOPP -planejamento de projetos por objetivos-) e nas formulações de Gastão Wagner de Souza Campos . produzidas no contexto de uma intervenção institucional riquíssima . Além do mais . as experiências conduzidas já na década de 90 . em particular as de Piracicaba e de Belém do Pará . foram muito pensadas a partir do espaço de reflexão coletiva em que se transformou o Laboratório de Planejamento e Administração (LAPA) do DMPS/UNICAMP . de maneira que outras investigações teóricas . outros "livros" fundamentais eram contemporâneos e **explicitamente** apropriados na condução das experiências . Em particular . as contribuições originais de Emerson Elias Merhy sobre a constituição de atores . seus discursos e suas disputas nos espaços públicos de formulação . decisão e execução das políticas de saúde (ver "o Capitalismo e a Saúde pública" . Papirus .1985 e "A Saúde Pública como Política .Hucitec.1992) .

Não que estes autores fossem suficientes . mas .com certeza . indispensáveis para uma armação teórico-metodológica inovadora no campo de planejamento e gestão da setor público . A guiza de esclarecimento . e coerentemente com o caráter de reconstituição que tem o presente capítulo . é bom que se diga que esta "armação teórico-metodológica" foi se dando na prática . a partir de intervenções institucionais concretas . multicêntricas e nos espaços didáticos do DMPS/UNICAMP . nos quais o amalgamento das contribuições destas "três fontes" foi sendo testado e (re)elaborado . Minha contribuição "pessoal" nesse processo . se é que é apropriada esta designação . a partir da minha parceria profissional com Merhy e Souza Campos . foi um aporte mais sistematizado e adaptado à intervenção na área da saúde . da obra de Carlos Matus . Meu contato inicial com o autor ocorreu em 1988 . no curso de Especialização em Planejamento que fiz na Escola Nacional de Saúde Pública . no Rio de Janeiro . Naquela ocasião . eu estava . junto com uma equipe do nível central da Secretaria de Saúde de São Paulo . trabalhando na formulação de instrumentos de planejamento que orientassem ou contribuíssem para o processo de implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) .

O reconhecimento . já na época . de que tais instrumentos de planejamento (na verdade de programação e herdeiros da tradição instrumental do CENDES-OPS) eram insuficientes ou não representavam de fato novas alternativas

de gestão ^B , contribuíram para que as formulações de Matus me sensibilizassem profundamente e , de alguma forma , me ajudassem a conhecer um rico caminho de possibilidades a serem exploradas . Neste primeiro contato com Matus , duas coisas me pareceram mais positivas : a crítica contundente que ele fazia ao planejamento de formato tradicional e as indicações que dava para o desenvolvimento de novas metodologias de planejamento . Dois anos depois , fui convidado pelo secretário de saúde de Campinas para desenvolver um trabalho na área de planejamento naquele órgão pois " a secretaria havia crescido muito rapidamente e era necessário um melhor planejamento dos próximos avanços " . Foi a oportunidade que precisava para tentar colocar em prática uma série de inquietações que já experimentava desde a experiência de planejamento do SUDS , no sentido de desenvolver novas formas de gestão e planejamento , em um contexto de uma gestão democrática e popular . A produção teórica de Souza Campos , no período à frente de um projeto político de saúde comprometido com os interesses populares era , em grande medida , expressão de um saber coletivo que se forjava e que o autor sabia admiravelmente bem captar e expressar . O contato com estas formulações foi vital para iluminar áreas obscuras do pensamento "matusiano" . Foi minha experiência na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas que me permitiu , entre outras coisas , minimizar a diferença entre planejamento e gestão e a trabalhar melhor o "engate" do plano à dinâmica institucional como condição para o seu sucesso . Finalmente , foi ainda em 1990 que tive contato com o pessoal do Instituto Latino Americano de Desenvolvimento Social (ILDES) que promovia , entre outras coisas , cursos de capacitação com técnicas de planejamento como o ZOPP e que , apropriadas em um contexto de gestão bem definido , revelavam uma grande eficácia .

Quem é Carlos Matus

O autor foi ministro da Economia e assessor direto de Salvador Allende . Tem uma longa carreira de docência e pesquisa , tendo ministrado a **cadeira** de política econômica em órgãos como a Comissão Econômica para a América Latina _ CEPAL _ e o Instituto Latino Americano de Planificación y Desarrollo - ILPES . Atualmente preside a Fundação ALTADIR , uma empresa de consultoria que atua junto a órgãos governamentais de vários países na América Latina , inclusive o Brasil . Sua presença no nosso país torna-se mais regular a partir do final dos anos oitenta , patrocinado pelo ILDES , vinculado a um ambicioso projeto , deste órgão , de apoio às lutas democráticas e populares no Brasil. Matus desenvolveu cursos neste período , também vinculado a agências governamentais como , por exemplo , para dirigentes do Ministério da Fazenda . Através do ILDES , ministrou cursos para dirigentes partidários petistas e dirigentes sindicais ligados à CUT , principalmente o pessoal das escolas sindicais . Estes cursos financiados pelo ILDES tiveram como eixo metodológico a aplicação de um roteiro denominado de " O planejamento estratégico situacional _ PES - na prática " ,

que orienta a elaboração de projetos de governo . Concomitantemente com a elaboração do projeto . Matus desenvolve aulas onde expõe os fundamentos teóricos de sua obra e suas concepções sobre planejamento . Em maio de 1991, ministrou um curso em Florianópolis do qual tive oportunidade de participar . Pude assim ter um contato mais próximo com o pensamento do autor e , no desenvolvimento do projeto , observar com mais cuidado os pontos mais bem elaborados de seu pensamento e aqueles que ainda são objeto de investigações e indagações .

A síntese que faço , na sequência , de sua obra é baseada , também , em anotações que fiz durante este curso.

Justifico , antecipadamente , citações extensivas pelo fato de querer caracterizar , da melhor forma possível , as idéias do autor mais relacionadas com o presente trabalho . O recorte e os destaques que faço são no sentido de responder ou ressaltar determinadas questões que me interessam . Desta maneira , assumo uma leitura "enviesada" de Matus , de resto presente na leitura que faço dos demais autores neste capítulo .

De que se ocupa Matus

Matus é um autor preocupado com a criação de capacidade de governo , através da formação do que ele chama de técnico-políticos capazes de viabilizar , com competência , um modo de ser cotidianamente Governo , através da utilização de técnicas de governo adequadas à complexidade do sistema social governado. Para ele , planejar é como um preparar-se para a ação .

Governar pode ser entendido em dois sentidos : Governar (maiúsculo) e governar (minúsculo) . Todas as forças sociais governam (minúsculo) no sentido de que podem e devem planejar sua intervenção inteligente sobre o fluxo dos fatos sociais . Governar (maiúsculo) significa estar no poder de Estado , no exercício de algum cargo a nível do Estado e significaria só um caso particular . Justificadamente destacado por sua importância , porém injustificadamente apresentado como monopolizador do governo e planejamento .

Apesar de sua obra oferecer elementos para orientar a intervenção de qualquer força social interessada em mudança , mesmo que não controle parte do aparato estatal , acho que Matus se ocupa , fundamentalmente , com capacidade de Governo. Esta ênfase é vista com certa desconfiança por aqueles que temem a utilização dos instrumentos do planejamento como arma de dominação e perpetuação do poder . Acho esta uma falsa questão . O próprio Matus se encarrega de discuti-la contrapondo o que ele chama o argumento democrático ao argumento autoritário . No caso do primeiro ele defende o planejamento como uma conquista para a liberdade dos homens , no sentido de aumentar seus graus de liberdade . Para ele , a alternativa ao plano é submeter-se à natureza , à tirania das variantes , ou seja , àquelas variáveis que um determinado ator social não controla . Para ele , planejar é transformar variantes em opções . O que , em ultima instância quer dizer que todos os atores sociais tem potência para governar , inclusive pela "descoberta" de recursos próprios ainda não mobilizados .

O argumento autoritário fala do perigo de um desequilíbrio tecnológico entre os atores que planejam , principalmente em favor do Estado , do aspecto do autoritário do planejamento em si (por ser centralizador) e da fragilidade das forças sociais para se contraporem a este Leviatã que é o Estado. Matus contra-argumenta com a idéia de que o planejamento situacional é uma ferramenta de todas as forças sociais e que isto abriria as portas para uma teoria democrática do planejamento . Os partidos políticos de oposição , as entidades de classe , o movimento popular também poderiam praticar planejamento situacional e assim ampliar seus espaços de liberdade , avançando na direção de seus objetivos.

Apesar da utilização destes argumentos , com os quais concordo , Matus , de fato , acaba voltando mais sua atenção para o planejamento governamental . Neste sentido é que ele mais de uma vez manifesta sua preocupação com o fato de que as frágeis democracias no nosso continente estariam ameaçadas pela incapacidade de seus governantes , eleitos pelo voto popular , de dar respostas para os problemas que afligem , secularmente , as populações destes países . Para ele , a baixíssima capacidade de governo pode ser , no limite , utilizada como argumento ou inspiração para movimentos golpistas anti-democráticos e anti-populares . Com certeza , sua biografia ajuda-nos a compreender suas apreensões ...

Para ele , os partidos são capazes de ganhar as eleições , mas incapazes de governar com eficácia . A cidadania , desiludida como os governantes , exerceria , a cada eleição o seu "voto-castigo". Como isto , em última instância , ameaça o sistema democrático , ele se propõe a enfrentar de frente a capacidade de governar . Aos que o criticam pela ênfase excessiva que ele coloca na questão da capacidade de governar , ele responde que a capacidade de governo deve ser vista em sua inter-relação dinâmica com outros dois aspectos : o projeto de governo e a governabilidade . Enquanto a capacidade de governo diz respeito ao capital de conhecimento e experiência que uma determinada equipe de governo é portadora , a governabilidade diz respeito à relação entre variáveis que um ator controla e não controla em um processo de governo . O projeto de governo diz respeito ao conteúdo programático que um ator se propões realizar para alcançar seus objetivos . O triângulo de governo é uma relação dinâmica , inter-dependente . Por exemplo , um ator pode ter boa governabilidade , porem baixíssima capacidade de governo . Isto pode , no correr do tempo , comprometer sua governabilidade . Governantes são eleitos com expressivo apoio popular , têm alta governabilidade no início dos seus mandatos e que , por apresentarem pouca ou quase nenhuma capacidade de governo , vêem-se isolados e impotentes para realizar o seu projeto de governo . Para o autor , esta é uma trajetória política tragicamente comum na América Latina .

Acho que este ponto é central para se estudar a obra de Matus . Tudo o que ele desenvolve , desde um verdadeiro "desmonte epistemológico" do planejamento , até a sistematização de um novo enfoque metodológico em planejamento , tem a ver com esta preocupação . Neste sentido , reitero : Matus está ocupado com a "ciência de governar" - na tradição inaugurada por Maquiavel - e , nesta medida , acho que ele contribui imensamente para a reflexão de todos aqueles que , reconhecendo-se como parte de um ator coletivo maior , portador de um projeto de governo , desejam lutar pela viabilização deste projeto .

Ao analisar as relações entre planejamento e governo , Matus desenvolve em " Adeus senhor presidente " dez teses que são , em boa medida , a expressão mais completa , embora

colocada de forma sintética , de suas preocupações como autor. Entre elas , destaco as seguintes :

- os nossos métodos de planejamento são impotentes para intervir em realidades complexas , na medida em que são muito rígidos , primitivos e economicistas , por não considerarem que lidamos com múltiplos recursos escassos (poder , organização , conhecimento) e não só escassez de recursos econômicos .

- governar é resolver problemas e não , administrar coisas. O sistema social é extremamente mais complexo que os sistemas naturais . O sistema social não apenas tem leis , mas cria leis . Por esta razão , governar não é só arte , mas requer uma dose crescente de ciência

- para enfrentar a complexidade do sistema social , o sistema diretivo não pode ser primitivo e deve empregar meios potentes de planejamento e gerência .

- os governantes estão ocupados em resolver problemas intermediários e por esta razão não enfrentam os problemas finais do sistema social . Os dirigentes políticos vivem escravizados pela contingência de ter que sobreviver politicamente e não conseguem aprofundar a reflexão e fazer avançar o projeto político . O político tradicional vive no mundo do imediatismo .⁹

Para Matus há uma confusão em relação o que é mercado e o que é planejamento . Classicamente , o planejamento restringiu-se ao planejamento econômico e era visto como uma alternativa ao mercado e uma característica do "socialismo real" . Por outro lado há que se considerar que mercado expressa dois tipos de relações . A primeira delas pode ser chamada de mercantil e se traduz em sistema de votações onde os indivíduos "votam" pela produção de determinados bens e serviços enquanto outros são "votados" por outros que demandam trabalho . Para Matus , visto assim , o mercado é um "computador social inigualável , que estaria em linha permanente com as necessidades das pessoas " . O outro tipo de relação expressa pelo mercado é a relação situacional, que nada mais é que a relação mercantil vista no conjunto das relações sociais concretas . Neste caso , há uma espécie de ponderação do sistema de votações , isto é , os votos de alguns cidadão valem mais que dos outros . Em outras palavras, nem todas as necessidades são transformadas em demandas em função da existência de uma sociedade que não propicia a justiça social de uma forma automática . Por isto, para Matus , a primeira função do planejamento em relação ao mercado consiste na correção dos efeitos das desigualdades que afastam as necessidades das demandas . ¹⁰ Com certeza , entre as outras funções do planejamento , o autor vai nos falar de sua capacidade de produzir mudanças nas regras sociais .

Para concluir este rápido painel das concepções mais

globais que dão o pano de fundo ideológico da obra de Matus , acho importante deter um pouco a atenção na sua conceituação de ator . Ator , para ele , é sinónimo de força social ou autoridades que controlam centros de poder . O que interessa nos atores é o seu papel no processo de produção social .

" Ellos (os atores) son los únicos productores colectivos de eventos sociales y , en consecuencia , son los sujetos del cambio situacional . Estos actores pueden seguir um proceso de producción directa utilizando el poder que tienen en si como instituciones o un processo de producción indirecta a través de las instituciones que controlan . En este proceso de producción , segundo sea su eficacia , las fuerzas sociales acumulan o desacumulan poder , alterandose así el espacio de variedad de su producción posible " 11

Matus usa , indistintamente , os termos ator social ou força social .

" Lo que caracteriza y diferencia una fuerza social de un grupo social , estrato social y una muchedumbre es su constitución como organización estable con capacidade permanente de acumulación de fuerza y de producción de eventos mediante aplicación de esa fuerza . Una fuerza social es una entidade de capacidades distintas que la mera grupación de aderentes . Presenta una imagen de cohesión , es capaz de actuar en bloque y constituye un instrumento de acción del hombre-colectivo " 12

Como vimos anteriormente , para Matus todas as forças sociais planejam , embora ele dê ênfase nas questões de Governo (maiúsculo) . Um dos pontos que vou explorar na sua obra diz respeito a como ele trata esta ator privilegiado (Governo) e suas articulações internas , ou seja , suas articulações no interior da máquina administrativa . Na minha opinião , existem pontos obscuros nas formulações do autor a este respeito . Ele afirma que é necessário substituir a concepção de se fazer planeamento no interior de uma estrutura hierárquica (planeamento imperativo , no qual a direção apenas emite diretrizes para os organismos subordinados) pelo de fazer planeamento em uma estrutura hierárquica conflitiva que se intersecta com uma uma estrutura hierárquica .

Entendo que o que caracteriza uma estrutura conflitiva é a existência de atores diferenciados , com interesses próprios , coincidentes ou não com os da direção , explicitados ou não , no interior das instituições . Isto fala de uma uma estrutura conflitiva no interior de uma estrutura hierárquica (exploro melhor esta visão da instituição como palco de disputas na revisão que faco da Teoria Geral da Administração , ainda neste capítulo) . Matus aparentemente não considera esta questão ao fazer a dicotomia entre planeamento diretivo e operacional , este último quase que se limitando a implementar diretrizes emanadas do nível superior . Nesta medida , a direção continuaria fazendo

"planejamento imperativo" ao se relacionar com os subordinados e fazendo um planejamento que lida com "variáveis políticas" ao lidar com o "fora", onde é forçada a reconhecer um processo conflitivo e criativo. Embora em um ou outro ponto de seus textos Matus aponte para a necessidade de criatividade na formulação recursiva do plano, de fato parece subestimar os conflitos e atores em disputa ao "olhar para dentro da instituição". Ou, pelo menos, não se ocupar desta questão, como faz o próprio Robirosa como foi visto na seção anterior. A questão do poder interno, mais ou menos democratizado, quando aparece em seus escritos, subordina-se, quando muito, à necessidade de elevar a capacidade de governo, inclusive através da limitação do poder pessoal do dirigente e institucionalização de suas atribuições em órgãos colegiados. No entanto, ele mesmo trata de contra-argumentar contra esta idéia ao afirmar que "esta opção tem limites muito precisos na situação latino-americana, já que a região necessita de melhor e maior condução, e não é fácil encontrar um substituto para a liderança pessoal, que, na nossa opinião é uma *liderança presidencial* com poderes centralizados".¹³ Liderança presidencial está grifado no original...

Os fundamentos teóricos do planejamento estratégico situacional

No ponto anterior tentei expor, sinteticamente, "a visão de mundo do autor" (Estado x Sociedade, Governar x governar, Planejamento x Mercado). Nesta, apresento os fundamentos teóricos ("epistemológicos") do planejamento estratégico situacional (PES).

Na construção desta nova abordagem teórica do planejamento três pontos são nucleares: o conceito de situação e as teoria da ação e da produção social.

A categoria de situação seria uma ponte entre as ciências positivas setoriais e o que Matus chama de "ciências situacionais problematizadas", que, segundo ele, necessitamos e a universidade não produz. O conceito de situação se apoia na intuição globalizadora do homem de ação. A categoria de situação rompe com a compartimentalização que as ciências sociais criaram para explicar a sociedade.

O conceito de situação pressupõe o conceito de conflito, no sentido de que para cada ator social a realidade em que vive é uma situação diferente. "La situación es una apreciación de conjunto hecha por un actor en relación a las acciones que proyecta para preservar o alterar la realidad en que vive"¹⁴

Quem explica uma situação é quem está mergulhado nela, lutando por conquistar objetivos que mudam com a situação explicada. Esta explicação tem que ter um caráter de uma totalidade relevante para a ação. Matus busca em outros autores o embasamento para a idéia de situação.

" Una idea es siempre reacción de un hombre a una determinada situación de su vida . Es decir , que solo poseemos la realidade de una idea , lo que ella integralmente es , si se la toma como concreta reacción a una situación concreta . Es pues inseparable de ésta . Tal vez resulte aún mas claro decir esto : pensar es dialogar con la circunstancia . Nosotros tenemos siempre , queramos o no , presente y patente nuestra circunstancia ; por eso nos entendemos . Mas , para entender lo pensamiento de otro tenemos que hacernos presente su circunstancia . Sin esto , fuera como si de un diálogo poseyésemos sólo lo que dice uno de los interlocutores " (Ortega y Gasset , em História como Sistema . citado por Matus em "Adiós señor presidente")

Ou ainda " ... la idea misma de una situación significa que no estamos fuera de ella y , por consiguiente , estamos incapacitados para tener algún conocimiento objetivo de la misma . Siempre estamos dentro de la situación , y esclarecerla es una tarea que nunca se completa enteramente (...) existe históricamente significa que el conocimiento sobre uno mismo nunca puede completarse (Gadamer em " Truth and Method , citado por Matus em " Adiós señor presidente ")

Estas duas citações tem bastante força para mostrar como Matus , ao procurar estabelecer um novo paradigma para o planejamento , vai demolindo as bases sobre as quais está assentado o planejamento econômico , construído a partir do paradigma das ciências positivas , onde , por exemplo , existe uma realidade objetiva concreta , independente da "leitura situacional" feita por este ou aquele autor . Como se verá mais adiante , na discussão das teorias da ação e da produção social , Matus busca os argumentos para que relativizemos nossa pretensão de conhecimento absoluto sobre a realidade , mas , dialeticamente , como ele entende que isto potencializa nossa intervenção sobre esta mesma realidade .

Na verdade , ele quer destacar as seguintes consequências do conceito de situação para a elaboração de uma metodologia de planejamento :

- toda explicação tem um ator que devemos identificar , de forma que a explicação média de dois atores é coisa que não existe

- a realidade admite explicações distintas igualmente verificáveis a partir do lugar da realidade que se toma como centro de observação .

- toda explicação da realidade é parte da totalidade concreta e comporta aspectos que são relevantes para a ação de um ator específico .

" La planificación situacional , como formulación teórica , parte de una indicación que comprende un espacio de relaciones de producción social sólo comprensible si quien indica está dentro del espacio indicado . Pero aquí , la indicación del actor no está motivada por el mero

propósito de conocer , sino de actuar y alterar la realidad comprendida en el espacio indicado . La indicación es nuestra forma de dividir al mundo para actuar sobre él . Por consiguiente , una realidad determinada admite muchas indicaciones " 15

A ideia de situação nomeia o enfoque metodológico que Matus desenvolve e permeia , em grande medida , todas as "etapas" do método que ele desdobra deste enfoque . O conceito de situação pode ser correlacionado com os outros dois pilares teóricos do PES . Quando ele apresenta as suas formulações de uma teoria da ação , ele o faz a partir de uma "visão situacional" . por exemplo , ao afirmar que o conceito de ação não tem sentido absoluto ou igual para todos os atores , nem pode ser precisado no "vazio situacional" . ou seja , a ação só é concreta em uma situação concreta e tem significados diferentes para os diferentes atores sociais .

Ele está preocupado em negar a visão do planejador tradicional que assume a ação como produto de um comportamento que segue leis previsíveis . Para ele é necessário considerar a ação humana como intencional e reflexiva , mediante a qual o produtor da ação sempre espera, conscientemente , alcançar determinados resultados em uma situação de cooperação ou conflito com outros atores . É necessário reconhecer que o outro também formula e joga . De novo , a "prepotência" do planejador fica arranhada na medida em que ele não lida mais com "agentes econômicos" que apresentam comportamento previsíveis , mas criativos. Esta concepção permeia toda a construção metodológica de Matus e a tentativa de formalizar o "como lidar com a incerteza" é um dos aspectos mais instigantes (apesar das lacunas de elaboração) de sua obra .

Matus distingue três tipos de ação (a ação estratégica, a ação regulada e a reação) como uma taxonomia capaz de auxiliar o desenvolvimento do método , embora trabalhe com uma taxonomia muito mais complexa . A ação estratégica seria produto de um esforço especial , em situações particulares . Aqui Matus está se referindo às operações que são desenvolvidas a partir do processamento de problemas . As ações estratégicas compõem um plano ou projeto de ação .

As ações reguladas referem-se a processos repetitivos e que portanto podem ser normalizados . No interior de uma instituição é possível estabelecer mecanismos de respostas rápidas e automáticas às necessidades ou demandas das unidades de trabalho , de forma que este tipo de ação não ocupe a atenção da direção superior .

As reações referem-se a respostas aos imprevistos ou surpresas , que ocorrem quando a velocidade da mudança situacional é muito alta . Nestes casos , também seria possível haver um certo preparo prévio para enfrentar esta situações , o que evitaria a paralisia ou retardo das respostas .

Completa o "núcleo" do pensamento de Matus a busca de uma teoria do processo social, que para ele não existiria, mesmo porque a universidade estaria organizada em departamentos e por isto mesmo seria incapaz de produzir este pensamento totalizador. Em "Adiós señor presidente" ele cita uma frase de Russel Ackoff que diz que "a natureza não está organizada da mesma maneira que a universidade". A afirmação de que não existe uma teoria da produção social poderia ser contestada se considerarmos, por exemplo, a tradição marxista de produzir, exatamente, teoria sobre a produção social. Mas não é meu propósito deter-me neste aspecto, mas comentar a forma engenhosa como Matus dá a "sua" contribuição para a formulação de uma teoria da produção social. Digo engenhosa porque ela sistematiza uma forma de recortar o mundo que contribui para a formulação do enfoque metodológico que é, por exemplo, muito mais elaborado do que as formulações de Mario Robirosa.

Sua primeira preocupação é no sentido de superação do conceito restringido de produção econômica:

"La producción social ... pode ser vista como um circuito donde toda producción realizada por un actor social supone inevitablemente, entre varios otros, el uso de recursos económicos, de recursos de poder, la aplicación de valores y la aplicación de conocimientos. A su vez, toda producción social revierte hacia el actor-productor como acumulación social (o desacumulación) de nuevos recursos económicos, recursos de poder, reafirmación, cuestionamiento o surgimento de nuevos valores y acumulación de nuevos conocimientos" 18

Ele compara o processo de produção a um jogo, no qual os jogadores (atores sociais) submetendo-se a determinadas regras (genoestrutura) fazem jogadas (fluxos de produção social) que lhes permitem acumular ou desacumular recursos (fenoestrutura). No processo de produção social os atores podem, a partir de jogadas acertadas e consequente acumulação de poder, chegar a mudar as regras mais básicas da sociedade que são as formas de propriedade dos meios de produção e o seu aparato jurídico-constitucional. Desta forma, há uma interrelação dinâmica entre estes planos da realidade que, segundo Javier Uribe, seriam inspirados nas formulações de Karel Kosik - "... a explicação situacional dos problemas deve ser feita em dois planos inter-relacionados: o fenomênico ou plano de produção de fatos (os fatos como são percebidos na superfície) e o plano das essências ou estruturas dominantes do primeiro, desdobrado no plano das fenoestruturas ou acumulações de poder - o das organizações sociais, econômicas e ideológicas, incluindo o Estado específico -, e no plano das genoestruturas, ou das leis básicas que regulam uma formação social, este último exercendo uma determinação de última instância." 17

Matus completa a idéia de "planos" com a da existência de "espaços" , no sentido de que em cada situação se conforma um espaço de produção possível para cada jogador e estes espaços apresentam uma recursividade entre si no sentido do espaço geral conter o espaço particular e este , o espaço singular . Isto tem uma aplicação concreta na formulação de um plano . Por exemplo , é diferente enfrentar o problema da desnutrição infantil em cada um destes planos . O espaço geral seria aquele do governo federal (Ministério da Saúde ou outros) e o espaço singular seria , no caso , o centro de saúde . A diferença entre estes espaços é dada pelo controle de recursos e maior ou menor possibilidade de intervenção sobre um determinado problema . O que é interessante nesta formulação é que em todo e qualquer espaço é possível alguma forma de atuação sempre . Esta explicitação de planos e espaços , quando operacionalizada por uma equipe de uma unidade de trabalho ou com setores do movimento popular , por exemplo , tem um caráter pedagógico inegável , além de melhorar a capacidade de intervenção do ator que planeja . (e que Governa ou governa ...)

Outro aspecto fundamental da abordagem que Matus faz do processo de produção social diz respeito à questão da incerteza . " La planificación siempre opera bajo condiciones de incertidumbre. Lo que cambia es el grado y naturaleza de la incertidumbre y la forma dominante o dominada en que se articula con procesos donde la previsión singular es posible La incertidumbre surge en la realidade porque el actor que planifica y sus oponentes ejercen un cálculo interactivo que redefine permanentemente el universo de eventos posibles que ellos pueden y quieren producir ... " 18

Para ele , o grau de incerteza existente no processo social , ao contrário da visão do planejamento tradicional , é de tal ordem que , poderia ser considerado como de incerteza total , ou seja , o universo dos eventos e suas probabilidade de ocorrências não são conhecidas . Isto aceito, colocaria , no limite , a impossibilidade de uma intervenção planejada sobre a realidade . Mas Matus não se dobra à esta constatação e , no desenvolvimento do método vai procurar desenvolver , de forma muito engenhosa (embora inacabada na minha opinião) mecanismos de "burlar" este dado da realidade e "reduzir" este grau de incerteza total ao que ele chama de incerteza qualitativa , na qual assume-se que o universo conhecido é idêntico ao universo prático .

Finalmente , a teoria da produção social deveria trabalhar com a idéia de intercâmbio e não com solução de problemas que só seria possível em sistemas fechados , sincrônicos e de começo e fim definidos . Assim , na intervenção sobre a realidade social haveria apenas intercâmbio de problemas .

" El cambio situacional es así un proceso de intercambio de problemas . Las acciones producidas por los actores sociales provocan una incesante dinámica de

alteração del universo de problemas conhecidos y de la escala de valoración y peso de los mismos frente a los diversos actores sociales . De esta manera , una situación es preferible a otra para un actor social concreto en una situación concreta si en la primera el universo de problemas ponderados por su valores es menor que en la segunda . El progreso social es justamente eso : el avance de la humanidad (no de las fuerzas sociales dominantes) hacia un universo de problemas de menor valor para las mayorias " 18

O planejamento estratégico situacional traduzido em um método : " o PES na pratica "

O sugestivo nome " o PES na prática " intitula uma espécie de manual que Matus elaborou (e tem revisado constantemente) visando operacionalizar os conceitos desenvolvidos nas seções anteriores . Esse manual está organizado de forma a trabalhar os quatro momentos da elaboração (e execução de um plano) . Matus pretende , com o conceito de momento , abandonar a idéia de etapas presentes no planejamento tradicional , traduzidas em um idéia de sequência rígida de diagnóstico , programação , execução e avaliação . Os momentos coexistiriam em uma dinâmica permanente, dialética , onde ora predomina uma lógica e ora outra . A categoria "momento" , junto com outras como "problema" , "operações" e "conflito" vão constituir o que eu chamo de "categorias subsidiárias" do PES no sentido de que são utilizadas para operacionalizar as "categorias-chave" do núcleo "epistemológico" do pensamento matusiano (situação , teorias da ação e da produção social) . Um dos aspectos mais criativos da proposta de Matus parece-me exatamente isto : como ele vai , de uma forma eclética e heterodoxa , viabilizando a intermediação entre o enfoque metodológico e sua tradução em um método de planejamento . Nesta seção, exploro exatamente o quanto , na minha opinião , o autor consegue isto e em que medida seu "manual" contribuiu para as experiências que estão sendo analisadas .

Os momentos trabalhados por Matus são quatro - explicativo , normativo , estratégico e tático-operacional - . A organização do " PES na prática " obedece esta sequência , que constitui-se numa espécie de roteiro para a elaboração inicial do plano e que será utilizado sempre que for necessário algum ajuste no plano . .

O momento explicativo guarda relação com o diagnóstico tradicional . porem , reconhecendo a existência de oponentes ou de outros atores com capacidade de explicar e planejar , não podemos mais trabalhar com a idéia de um diagnóstico da realidade , único e objetivo . No lugar , trabalha-se com a necessidade de explicação situacional .

Uma explicação situacional implica em reconhecer a existência de um ator , para o qual algo não vai bem .

Problema é então a discrepância entre uma situação real e uma situação ideal . Esta situação é problematizada somente se o autor a define como inaceitável e também evitável , ou seja , passível de ser modificada na direção desejada .

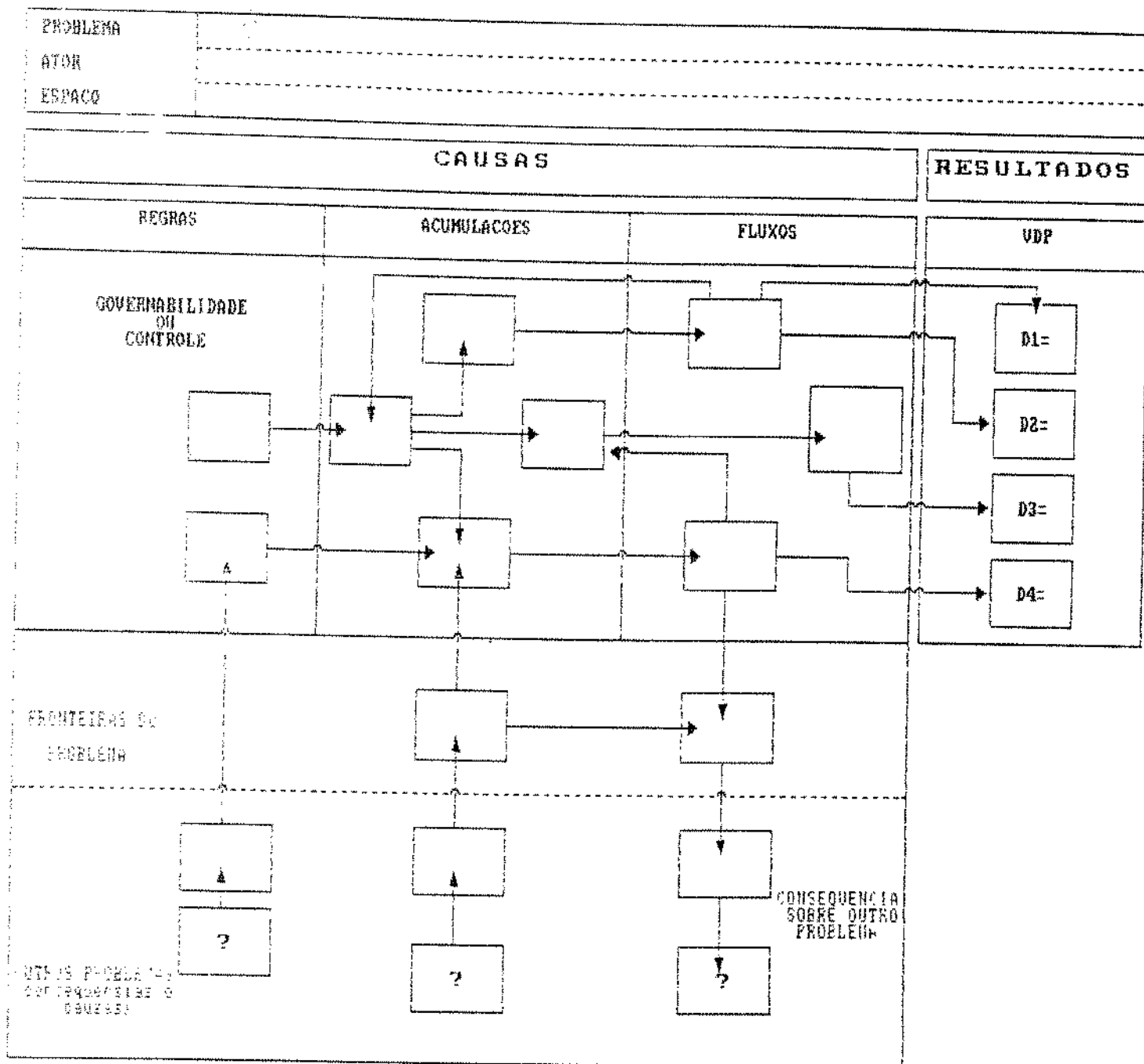
Matus está interessado em problemas "quase estruturados", ou seja , aqueles dos quais só é possível enumerar algumas das variáveis que o compõem , só é possível precisar algumas das relações entre as variáveis e as soluções apontadas são situacionais , isto é , boas para alguns e más para outros . Para ele , estes são os problemas encontrados no processo social e que deverão ser "processados" na elaboração do plano . Aqui vale destacar como , ao trabalhar uma "categoria subsidiária" , Matus retoma o conceito de situação , e se utiliza das teoria da ação e da produção social, como delineadas anteriormente . Ou seja . Matus não perde , ao construir seu método , a perspectiva situacional . Tentarei explorar este aspecto nos demais momentos . No momento explicativo o problema é assumido como tal e portanto selecionado por determinado ator e em um espaço bem definido, rigorosamente descrito (Vetor de Definição do Problema) e depois explicado . Estas explicações são localizadas nos vários planos do processo de produção social (fluxos , fenoestrutura e genoestrutura) . O instrumento para este exercício analítico é o que Matus denomina de "fluxograma situacional" (QUADRO I) . O fluxograma é uma técnica que ajuda a sistematizar o conhecimento sobre a realidade . Matus reconhece que , determinadas pessoas com "experiência e mente bem organizada" podem dispensar esta formalização , mas se temos o compromisso de construir o plano com a participação de muitas pessoas , o fluxograma é um instrumento para facilitar esta participação .

O fluxograma situacional pode ser visto como uma variante mais "sofisticada" de instrumentos de análise utilizado por outros autores ou em outros métodos , como a "arvore explicativa" do ZOPP (planejamento de projeto por objetivos) . Ele trabalha com muito rigor a distribuição das várias explicações nos vários "planos" da realidade , com o intuito de aumentar a eficácia da intervenção do ator. Para ele , há uma grande diferença entre atacar uma causa do problema que está no plano dos fatos ou dos fluxos e atacar uma causa que está localizada mais "profundamente" , no plano das regras fundamentais do sistema social . Como estas explicações ou causas são traduzidas em categorias linguísticas muito precisas , haveria uma grande dificuldade da sua aplicação por equipes sem muito preparo ou experiência, o que , de certa forma , exigiria o concurso de um "técnico de planejamento" (com experiência no PES) para elaborar o plano . O que nem sempre é possível . Daí que , apesar de reconhecer o valor do fluxograma , eu acho ser necessário trabalhar com as "árvores" mais simplificadas de outros métodos (e que discuto mais adiante).

A explicação situacional sempre supõe um ator social e

QUADRO-I

O FLUXOGRAMA SITUACIONAL



FONTE : FUNDACAO ALIADIR / CHILE .

além disto uma teoria , na medida em que não há explicação sem teoria . Esta idéia , em Matus , remete à uma questão muito importante para os "planejadores" (técnicos ou especialistas em planejamento) , qual seja , a de ter que assumir que não têm ou não podem assumir (os planejadores técnicos) uma perspectiva de análise própria .

" El planificador técnico de apoyo al hombre de acción no es un hombre especial en la planificación situacional , no tiene una perspectiva de análisis propia . El planificador técnico asume la perspectiva del condutor político , del científico , del gerente o del burócrata " 20

Sem discordar da subordinação do técnico ao político , acho que esta colocação do Matus não esgota toda a complexidade do assunto e , de alguma forma , contradiz as idéias que desenvolve a respeito dos tecno-políticos com suas características tanto de técnico como de político . Explico-me melhor : acho que o "planejador profissional" , em particular aquele que está usando o enfoque estratégico situacional nunca pode ser apenas um "servidor" do político ou de qualquer outro ator , mas que ele também formula e , em algum grau , integra-se ao ator que está elaborando o projeto. Isto , pela própria dinâmica que o método trabalha , caracterizada por uma interação tão estreita entre o que é "técnico" e o que é "político" , que no limite nega esta diferença . Se a equipe que trabalha com o PES não compartilhar de fato do mesmo discurso , constituindo-se em um ator único , no sentido que está colocado nas experiências relatadas não há fluxograma nem plano possível .

Depois de definido e explicado o problema , o roteiro do "PES na prática" nos diz que , agora , é momento de desenhar de maneira preliminar o plano . Este é o momento normativo ou a instância de desenho do conteúdo propositivo do plano , que estabelece como deve ser a realidade em contraposição aos problemas presentes . Mais do que isto , define como alterar a realidade atual . É o momento de desenho das operações , a "categoria subsidiária" mais importante deste momento . Desenhar é , na minha experiência , um momento de extrema tensão criativa , como o próprio Matus reconhece . Reconhece , mas acho que não enfatiza devidamente nos seus trabalhos . O momento normativo é presidido pela ideologia do ator , no sentido de seu projeto para a sociedade , da sua visão de mundo que quer viabilizar com o planejamento . É o momento da criação de possibilidades , de pensar o novo , o não pensado antes . Ou seja , quebrar as amarras da mesmice cotidiana que nos embrutece e vislumbrar , como numa epifania , o não vislumbrado antes . O momento de desenhar operações é altamente exigente de criatividade e de um bom capital de conhecimento e experiência da equipe .

O momento normativo pode ser trabalhado sob diversos graus de generalidade ou de precisão . O grau mais genérico do desenho é o programa de base de um determinado ator que está em disputa , por exemplo , por um cargo eletivo . O

programa de base é uma convocatória para a ação , um recurso para a comunicação e a busca do apoio político . Ele terá , depois , que ser traduzido , de forma cada vez mais precisa e compromissada , até o nível de operações , ações e sub-ações , com responsáveis e recursos devidamente estabelecidos . A crítica que Matus faz é que os políticos tradicionais , quando eleitos , não traduzem os programas de governo em planos concretos . No Brasil , diz-se , popularmente , que determinado político "ainda não desceu do palanque " mesmo passadas as eleições . Ou seja , não consegue (ou não deseja) assumir seus compromissos com os eleitores ...

O programa de governo tem que ser traduzido em um programa direcional , que é uma sequência de operações pensadas para alcançar determinada "situação objetivo" . As operações são compromissos de se fazer algo para modificar a situação atual .

O conceito de situação-objetivo é trabalhada por Matus de uma forma muito mais precisa e operacional que o de "imagem-objetivo" , trabalhada no documento já clássico "Formulación de Políticas de Salud" , produzido e publicado sob a chancela da Organização Panamericana de Saúde , em 1975. A situação-objetivo tem que ser precisa em relação ao problema selecionado e é construída a partir do enfrentamento de "nós críticos" (explicações mais importantes no modelo explicativo) que deverão ser corrigidos , ou pelo menos , modificadas para melhor . Isto introduz um rigor maior no acompanhamento do plano . Na verdade , a situação-objetivo traduz-se em indicadores para avaliação do sucesso do mesmo .

No momento normativo , Matus trabalha com o conceito de cenários , construídos com hipóteses de ocorrência de acontecimento fora do controle do ator . A idéia de cenário é coerente com o pensamento de uma autor que destaca , em toda a sua obra , a impossibilidade do conhecimento absoluto , a incerteza , a existência do outro , a disputa permanente entre atores com interesses , na maioria das vezes , inconciliáveis . O cenário é uma cena ou um contexto em que pode desenvolver-se o plano . O cenário expressa as condições que o ator não pode escolher e o que ele faria se elas ocorressem . No limite , poderão ocorrer surpresas . Daí que o momento normativo tem que cuidar de desenhar programas direcionais adequados a vários cenários distintos .

Os cenários modelam programas direcionais diferenciados , que são sequências de operações mais ou menos mobilizadoras de recursos conforme o cenário em que o plano será implementado . Já as surpresas exigem planos de contingência , que são mobilizadores de recursos às vezes extremamente altos como foi , por exemplo , a construção de abrigos nucleares na Europa , com altíssimo custo e que , felizmente , parece não serão utilizados .

Uma vez estabelecido o que deve ser feito , agora é necessária uma análise do que pode ser feito . Estamos entrando no momento estratégico . Esse é o momento no qual , na minha opinião , fica mais patente a dificuldade de se traduzir em um "método" ("conjunto de práticas normatizadas") o enfoque teórico utilizado pelo planejamento estratégico situacional . Ou seja , como tratar de uma forma estruturada questões não estruturadas na sua essência : os conflitos , a ação interativa entre os atores sociais e a incerteza que domina o processo social ?

" En otras palabras , el problema de la viabilidad política es un problema cuasiestructurado y por consiguiente es irreductible a un sistema de ecuaciones estructuradas en un modelo político matemático de solución precisa e cierta " 21.

Apesar da clareza com que o autor coloca esta dificuldade , no momento estratégico ele está preocupado em sistematizar um conjunto de procedimentos estruturados para a análise da viabilidade do plano . Detalharei este *modus operandis* mais adiante . Antes , quero destacar como Matus vê a questão da viabilidade do plano .

" Cualquier fuerza social puesta ante el imperativo de la acción , no solo tiene que precisar la direccionalidad de su acción , sino también la viabilidad de la misma . Este último es el aspecto estratégico-situacional del problema , que se mueve nel plano del 'puede ser'. Así , direccionalidad y viabilidad son los dos grandes problemas que deve resolver un plan . La direccionalidad surge como 'la norma' a ser establecida o aplicada en la realidad y la viabilidad como la estrategia de producción de hechos políticos , económicos y sociales que debe intentar una fuerza social para 'construirle viabilidad' o abrirle camino a su propuesta normativa " . 22

Para trabalhar o momento estratégico , Matus faz uso de dois recursos principais . O primeiro deles é a formalização em uma série de planilhas (os "formatos" do PES na prática) da exploração/simulação que faz tanto da motivação dos atores envolvidos de alguma forma no plano , como da "quantidade de poder" que os mesmos dispõem para enfrentar cada operação proposta pelo plano . A motivação de um ator é uma resultante de seu interesse pela operação (positivo , quando ele *atua* no sentido de contribuir para apoiar o plano , negativo quando ele *atua* no sentido de boicotar o plano e neutro quando este ator não interfere , com ações concretas na implementação do plano) e do valor que ele lhe confere (alto, médio ou baixo) . Ressalvando que a elaboração de uma planilha deste tipo deve ser entendida como um conjunto de julgamentos ou juízos que faz o ator que planeja e que a mesma tem um caráter extremamente cambiante . Matus a indica como uma abordagem inicial e mapeamento de possíveis opositores (ou apoiadores) do plano .

Mapeados os atores e suas motivações, Matus propõe a elaboração de uma planilha denominada de "matriz vetor de peso das forças sociais", que é um esforço de operacionalizar o conceito de poder.

Vejamos como ele coloca esta questão de estruturar uma problemática não estruturada por natureza :

" La posibilidad de comparar el poder entre los actores sociales se concreta en la posibilidad del conflicto. Allí se miden las fuerzas en forma comparable, porque en cada espacio de confrontación los oponentes seleccionan aquellos recursos eficaces para lograr su objetivo. En la iminencia del encuentro el poder se convierte en fuerza aplicable a un propósito específico. La eficacia sobre los objetivos perseguidos permite encontrar una categoría y, a veces una forma de medición, que es homogénea y, por consiguiente comparable. Pero la posibilidad de comparación de las fuerza no puede confundirse con la certeza sobre los resultados de dicha comparación. El conflicto es un proceso creativo y cuasiestructurado que no admite la certeza y el cálculo matemático preciso " 23

A afirmação acima expressa, na minha opinião, a dificuldade metodológica que o autor tem que trabalhar e que se expressa em uma afirmação que tem elementos de ambiguidade mas ao mesmo tempo de coragem... Pois, apesar de toda a dificuldade, Matus arrisca desenhar uma "matriz de vetor de peso". Nela, é quantificado (!) o controle que cada um dos atores sociais interessados no projeto tem sobre os vários recursos importantes para a realização da operação. Esta quantificação é expressa em percentuais de forma que a soma dos percentuais controlados por cada ator perfaza cem por cento. Da mesma forma são quantificados os apoios que cada ator recebe dos demais atores (Ele trabalha com a suposição - questionável, na minha opinião - de transferência de poder de um ator para outro) e da população não organizada (opinião pública). Este grau de formalização proposto só pode ser pensado em planejamento de alta direção e pressupõe a contribuição de especialista e o acesso à informação processada e de boa qualidade. A matriz seria então, Matus admite, apenas uma espécie de "guia" para a ação prática, que deve ser relativizado e constantemente revisto pela equipe. Em nenhuma das experiências reconstituídas foi feita uma análise de viabilidade com todo o detalhamento previsto pelo PES, mas uma apropriação devidamente adaptada de algumas das categorias trabalhadas por Carlos Matus.

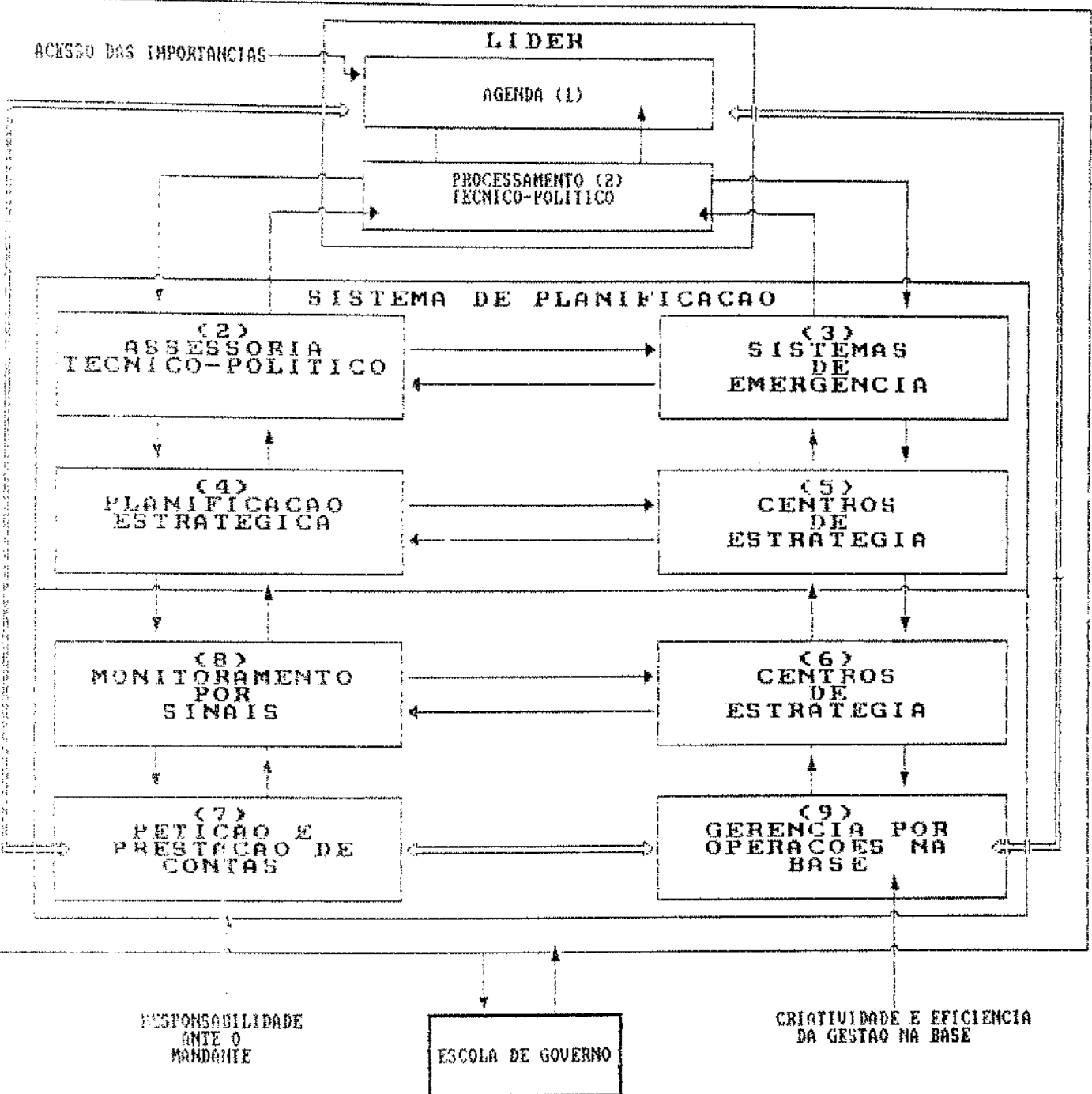
Além do recurso do uso desta planilhas que, reitero, na minha opinião, tem validade restrita, mas que pode contribuir para o desenho de operações que criam viabilidade para o plano (operações K), Matus recomenda o uso de técnicas de jogos, que seriam uma forma de análise, sem fundamento teóricos muito desenvolvidos. O jogo é uma forma

de simulação quase estruturada , enquanto que a "teoria dos jogos" é uma teoria matemática bem estruturada . Para Matus , a teoria dos jogos não contribui para o desenvolvimento do PES , com exceção de oferecer elementos para uma taxonomia das relações possíveis no jogo social . Os jogos tem uma longa tradição de uso nas mais variadas atividades humanas , entre as quais o ensaio de teatro , a simulação de incêndio para treinamento dos bombeiros . A finalidade do jogo é melhorar a qualidade da previsão humana , tratando a incerteza total da realidade como incerteza qualitativa e , portanto , com alguns elemento estruturados , o que permitiria um melhor desenho de operações .

Entendo que todo e qualquer instrumento ou técnica utilizados para análise de viabilidade só tem alguma validade se inseridos em um sistema de direção que operacionalize o plano e , no limite , seja o "plano vivo" , pulsando enquanto vida institucional . Mas isto é assunto para o momento tático-operacional .

QUADRO-II

"SISTEMA DE DIRECAO ESTRATEGICA"



FONTE: FUNDACAO ALTADIR / CHILE

No momento tático-operacional , a questão principal é trabalhar a instalação ou "nidação" do planejamento na vida institucional . É feita a discussão a respeito de um sistema de direção que demande por planejamento e que ao mesmo tempo dê vida ao plano . O plano deslocado da vida institucional não existe . O " PES na prática " por mais bem feito que seja é "letra morta" se não for cultivado na estufa de uma instituição dotada de um "sistema de direção de alta responsabilidade" . Esse seria o sistema de direção no qual todos tem que prestar contas dos compromissos assumidos , do mais alto dirigente à mais periférica equipe de trabalho . O plano situacional é composto por compromissos e organizado de forma modular , de maneira que torna-se fácil designar responsáveis pelos módulos . Deste modo , as duas coisas - plano estratégico-situacional e sistema de direção de alta responsabilidade - são complementares . Mais do que isto , só podem ser pensados em conjunto .

Matus propõe-se a resolver , ou pelo menos , a fazer algumas indicações que ajudem a enfrentar este verdadeiro desafio que é montar , simultaneamente , as duas variáveis (plano e gestão) . Ele se utiliza do paradigma da teoria sistêmica (no que não foge da orientação hegemônica da Teoria Geral da Administração) para desenhar o esboço geral do sistema de direção que supõe ser adequado para o PES .

" O sistema de direção é a forma em que se articulam o sistema de decisões , o sistema de gestão e o sistema de apoio , para conduzir a mudança situacional , articulando as pressões circunstanciais em torno de uma estratégia " 24

Ele trabalha esta proposta com mais ou menos detalhes , nos seus vários trabalhos . Utilizo aqui o esquema trabalhado no curso ministrado pelo autor em maio de 1991 (QUADRO II) . A primeira coisa que pode ser observada no esquema é que trata-se de um sistema de direção de poder executivo a nível federal ou estadual . Embora possa também ser pensado a nível de prefeitura de município de grande porte . Acredito ser perfeitamente possível adaptar a proposta para níveis de direção inferiores ou para instituições menores ou de menor complexidade , sem prejuízo das suas concepções .

O sistema pode ser desdobrado em sub-sistemas , interrelacionados e funcionando de forma harmoniosa (como supõe a teoria sistêmica ...) . O primeiro deles é o sub-sistema de direção propriamente dito , que engloba a configuração da agenda do dirigente , o processamento técnico-político superior e o que ele denomina de "sala de situações" para o domínio de crises . Este sub-sistema é o "nível institucional" ou a "direção política" ou a "alta direção" . É o local da definição das políticas e a instância de relação com o "mundo exterior" .

O outro sub-sistema tem características mais

"especializadas" de planejamento . e . compõe-se das equipes que fazem o processamento técnico-político e suporte às decisões . definem grandes estratégias e trabalham o planejamento em distintos prazos . Além disto . é previsto um sub-sistema de gerência estratégica . que engloba a gerência por operações e o orçamento por programas .

Matus prevê . embora no material disponível não esteja dito como . mecanismos de intermediação entre os vários sub-sistemas na medida em que operam com distintas linguagens e focos de atenção . Quando fala deste sistema . ele está falando da reforma do Estado . no sentido de pensar dinâmicas de funcionamento para o mesmo que são impensáveis na atual realidade latino-americana . Ele enfatiza . por exemplo . a revolução que representaria a introdução da gerência descentralizada por operações na base do sistema e a elaboração de orçamentos por programas . ou seja . a destinação de recursos económicos orçamentários aos módulos de planejamento (operações . acções e sub-acções) estabelecendo a correspondência entre os módulos orçamentários e os módulos do plano .

Esta reforma teria que ser gradual . por etapas . mas de maneira que a reforma localizada em um órgão fosse acompanhada da reforma de órgãos que lhe dessem apoio . para evitar a degeneração das reformas introduzidas . Dá o exemplo da reforma dos sistemas orçamentários em alguns países latino-americanos que com o tempo se burocratizaram . ou se transformaram em rito . nos seus dizeres .

Uma visão mais simplificada deste modelo poderia ser expressa na figura de um triângulo que tem nos seus vértices a agenda e processamento técnico-político superior . o sistema de petição e prestação de contas e a gerência por operações . Como já disse anteriormente . Matus ao olhar para "dentro" da instituição a vê sem conflitos . Ou pelo menos não tematiza . claramente . questões das quais tem se ocupado a teoria geral da administração desde o fim da década de vinte . tais como os conflitos entre os objetivos dos trabalhadores e os da empresa . a democratização das relações internas na empresa . a conquista da adesão dos funcionários (no caso do setor público isto é essencial ...) para determinado projeto político e . por que não . os mecanismos de controle dos usuários sobre o sistema . Matus se atém a um modelo de pensar a legitimidade de uma determinada direcção como depositária do voto popular e portadora assim de um mandato que a legitima . Como se a dinâmica social não pudesse "cassar" (como ele próprio alerta em " Adeus senhor presidente ") este mandato ... Nesta medida . o desenho organizacional de Matus me parece empobrecido ou inacabado . Mesmo o seu característico "ecletismo" ao buscar em múltiplos autores aporte teórico para suas brilhantes formulações tanto no "desmonte epistemológico" do planejamento . como na elaboração dos outros momentos . parece não dar bom resultado ao trabalhar o momento tático-operacional . Vejo-o preso a um certo "decisionismo" . embora relativizado por uma

"reinterpretação" situacional (o ator cria alternativas e não decide entre alternativas prévias) e pelo reconhecimento que faz da existência de múltiplas racionalidades no processo de decisão .

Por esta razão , apesar de idéias apontadas por Matus no momento tático-operacional (sistema de alta responsabilidade, petição e prestação de contas , relação orçamento/plano e gerência descentralizada por operações principalmente) bem com nos outros momentos , terem contribuído na condução das experiências mais recentes , eu as considero insuficientes para o modelo de gestão da administração pública que é objeto da presente investigação. Em particular , eu destaco , uma certa dificuldade de operacionalização do " PES na prática " e , mais importante , as suas idéias sobre gestão do setor público . Neste sentido é que exploro , a seguir , outros "livros" que contribuíram muito para o desenho do modelo gerencial relatado nos capítulos anteriores : a metodologia de planejamento utilizada no ZOPP (planejamento de projetos por objetivos) e as concepções sobre a gestão do setor público desenvolvidas por Souza Campos .

O ZOPP (Zielorientierte Projektplanung)

O ZOPP (Planejamento de projetos orientado por objetivos) , é uma metodologia para elaborar projetos que a GTZ (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit) adota em suas atividades de apoio ao Ministério Federal de Cooperação Econômica (BMZ) da Alemanha quando da assinatura de convênios de cooperação técnica com outras instituições ou países . Ela contribuiu muito para o meu trabalho porque é de aplicação relativamente fácil e bastante potente para a elaboração de projetos de governo , mesmo de alta direção , desde que complementada por uma análise de viabilidade que o "ZOPP" original não propicia .

Meu contato com o ZOPP , aplicado por alguém com experiência , foi através do ILDES (Instituto Latino-americano de Desenvolvimento Econômico e Social) , em treinamento realizado no início de 1991 , no Instituto Cajamar de São Paulo . Os participantes eram funcionários em cargo de direção da Prefeitura de Campinas e o projeto elaborado referia-se à prevenção de uma epidemia de dengue no Município. Tive a sorte de assistir a utilização do método por um técnico experiente e muito seguro e vislumbrar , assim, as possibilidades de utilizá-lo , devidamente adaptado, no meu trabalho institucional (na época , as experiências relatadas nos capítulos II e III ainda não tinham sido iniciadas) . No curso do Matus que eu participei em maio do mesmo ano , escutei-o elogiar a metodologia e afirmar que era " muito interessante , precisando apenas ser completada com alguma análise de viabilidade " . Relato isto porque foi , exatamente uma síntese do " PES na prática " com

o ZOPP (no sentido da apropriação e adaptação do que era mais interessante , em cada um deles , para o trabalho que eu vinha desenvolvendo) que foi adotada como "instrumental de planejamento" a partir da experiência da secretaria municipal de saúde de Piracicaba e nas demais . A concepção de gestão do setor público em que este "instrumental" é apropriado é coisa que relato mais na frente . Antecipo , com isto , minha opinião de que tanto o ZOPP como qualquer outro "método de planejamento" só podem ter alguma eficácia se aplicado em uma situação institucional bem definida e que , no presente caso , significa um **sistema de direção de alta responsabilidade** , ou seja , um sistema de direção em que haja interesse na construção da transparência e haja a efetiva possibilidade de participação dos trabalhadores e o controle dos usuários sobre o sistema .

O ZOPP , conforme formulado originalmente , é uma espécie de "roteiro para fazer projetos" . Ele orienta o grupo participante a seguir determinados "passos" , que têm como produto final uma "matriz de planejamento do projeto" , que é uma síntese do mesmo , contendo todas as informações essenciais para a sua operacionalização . 25

Uma leitura "matusiana" do ZOPP vai nos dizer que ele é mais consistente nos momentos "explicativo" e "normativo" , na medida em que não trabalha o momento "estratégico" e apenas faz algumas indicações bem genéricas para a gestão do projeto . Os passos do ZOPP podem ser agrupados da seguinte maneira :

- Análise de grupos que participam ou são afetados pelo projeto . Aqui há uma preocupação com a construção do **contexto** do projeto , com ênfase na necessidade de compatibilização e melhor utilização de recursos existentes na região que será atingida pelo projeto . Sei que há uma flexibilidade na elaboração desta etapa do método , de acordo com o monitor . No meu treinamento , o monitor fez um mapeamento de grupos (atores) envolvidos com o projeto e uma "matriz de interrelacionamento" entre os mesmos , ou seja , o que cada um oferecia e o que cada um esperava do projeto . Trabalhado assim , desenhou-se uma espécie de "quadro ideal" onde todos comportam-se idealmente , de acordo com suas atribuições formais no contexto social . Nunca utilizei este "passo" em minha experiência pessoal , na medida em que uma análise de "motivação de atores" (no exato sentido dado por Matus) com o objetivo de identificar oposições e apoios potenciais ao projeto , resultava em uma "análise preliminar de viabilidade do projeto" muito mais proveitosa .

- Análise de problemas , que inclui um processo muito criativo de definição de problemas e seleção do problema que orientará a elaboração do projeto . Este problema será explicado em uma "árvore do problema" , que é a graficação de um fluxo de causas e efeitos do problema analisado (para se ter uma idéia da "árvore" basta consultar os projetos apresentados nos capítulos II e III . Essa "árvore do

problema" é praticamente a mesma utilizada por Robirosa e , pode-se dizer , uma simplificação do "fluxograma situacional" do Matus . O método assume que a "árvore" será tão boa (em termos de potência explicativa) quanto o grupo e mais do que isto , refletirá a "visão cultural" do mesmo . Nisto há uma concordância com o Matus de que não há explicação sem teoria e que , portanto, deve-se assumir que tanto a definição do problema quanto sua explicação são **situacionais** . A "árvore do problema" é o ponto de partida , visualizado pelo grupo , para a elaboração do projeto . A "árvore" é um recorte da realidade . Um recorte orientado pela necessidade da ação . Como recorte parcial , sujeito a imperfeições ou insuficiências . Porém , se trabalhada em um contexto institucional pode funcionar , com todas as imperfeições , como um poderoso instrumento de comunicação e de democratização do conhecimento entre as pessoas . Eu tenho trabalhado , sistematicamente , com o desenho de "árvores" e não com a elaboração de "fluxogramas situacionais" em função, principalmente, de sua maior facilidade e possibilidade de apropriação pelo grupo . No entanto , adaptei a idéia dos descritores , conforme trabalhado por Matus no "fluxograma" para obter um maior rigor explicativo . A "árvore do problema" é um instrumento de "diagnóstico" em situação . A sua elaboração mobiliza e socializa as experiências individuais , resultando em um quadro que é , frequentemente, mais rico que a simples soma dos conhecimentos de cada um dos participantes . Como comentei rapidamente acima , tenho utilizado a "árvore de problemas" em vez do "fluxograma situacional" mesmo para elaboração de projetos para grupos de alta direção , em particular , grupos dirigentes de secretarias municipais de saúde . Os projetos iniciais tanto da Secretaria de Saúde de Piracicaba , como da Santa Casa da Pará foram montados a partir de "árvores" e revelaram possuir alta potência explicativa , na medida em que os projetos de ação que resultaram destas "árvores" revelavam-se adequados, mesmo quando avaliados quase dois anos depois .

- Análise de objetivos , traduzida na graficação de uma "árvore de objetivos" , elaborada a partir da "árvore do problema" . A elaboração da "árvore de objetivos" é uma espécie de "prova dos nove" que permite fazer correções na "árvore do problema" . A "árvore de objetivos" é uma tradução em negativo da "árvore do problema" , mas não é apenas isto . Ela é um momento de criatividade no qual o grupo começa a desenhar , a partir do problema e de suas explicações , o futuro desejado . Ela é como que um desdobramento da "árvore do problema" , uma sequência lógica de uma análise feita no momento anterior . Ela orienta a formulação do projeto .

- Análise das alternativas , cujo produto é a definição de resultados que deverão ser alcançados pelo projeto . A definição de resultados , na técnica original do ZOPF , é fruto de uma certa análise de factibilidade tendo em vista o grau de governabilidade que o ator que faz o projeto tem . Neste sentido , os resultados tem como uma de suas exigências que sejam "realistas" . Isto é perfeitamente aceitável em

determinadas condições de baixíssima governabilidade ou quando o objetivo maior é a simples captação de recursos via projeto . Na minha experiência sempre adotei a orientação de estimular o ator que estava planejando , em situação , a definir resultados menos "realistas" e mais condizentes com o projeto político em jogo . Isto significava uma "mixagem tecnológica" ao fazer uma utilização de categoria e formas de operacionalizar do ZOPP , porém com uma leitura "situacional" típica do PES , ao estabelecer , por exemplo , resultados "irrealistas" que deveriam ser transformados em realidade , ou , no dizer de Matus , para os quais era necessário construir viabilidade . Neste sentido , a técnica de planejamento que foi utilizada em todas estas experiências , ao mesmo tempo em que fazia uma clara referência ao PES enquanto enfoque metodológico , trazia a marca da "heterodoxia" na medida em que lançava mão de uma "técnica de fazer fazer projeto" (no caso o ZOPP) que parecia mais adequada às condições reais de trabalho . Embora o ZOPP apenas fosse insuficiente .

- Elaboração de uma "matriz de planejamento do projeto" que explicita o objetivo superior e o objetivo específico do projeto e os resultados que devem ser alcançados , através de quais atividades e sub-atividades (ou de quais operações e ações conforme utilizado no PES) . Além disto , ele explicita os pressupostos para se alcançar cada um dos níveis do projeto (resultado , objetivo do projeto e objetivo superior) . Pressuposto é tudo aquilo que precisa acontecer e que o ator que faz o projeto não controla. É um acontecimento adicional (e necessário) ao projeto e que vem de fora . Esta idéia de pressuposto é muito útil na medida em que ela permite ao grupo tomar consciência do seu grau de governabilidade e , por tabela , da factibilidade ou do "realismo" das atividades propostas . Pressupostos importantes , porém improváveis , são denominados de letais e implicam , no ZOPP original , no abandono de determinadas atividades e até na redefinição de resultados mais "realistas" . Neste sentido , mais uma vez , a utilização da técnica "ZOPP" foi alterada sempre que , pela própria natureza do trabalho institucional, de atores em processo de Governo , eram assumidos alguns resultados com "pressupostos letais" e incorporadas ao projeto operações K (mais uma vez usando o Matus) ou seja , aquelas que criam viabilidade ao plano . Ou seja , o ZOPP era "enriquecido" com uma análise de viabilidade e , mais do que isto , com operações de criação de viabilidade . Pelo ZOPP são definidas apenas atividades (operações) que podem , com toda a certeza , ser desenvolvidas , (inclusive através da utilização de recursos que serão captados pelo projeto ...) No caso do setor público , frequentemente , mesmos os pressupostos para as atividades (ou operações) são fatais na medida em que é comum , mesma a "alta direção" de uma secretaria de saúde , trabalhar com baixas condições de governabilidade , em função , por exemplo, das características centralizadoras da máquina pública . Assim , a Secretaria de Saúde de Piracicaba , para desenvolver a atividade (operação) " contratar auxiliares

de saúde para os centros de saúde " dependia de pressupostos tais como "Câmara Municipal autorizar a ampliação de quadros" ou "Secretário da Administração autorizar o concurso" . Considerando que o prefeito não tinha apoio da maioria da Câmara , esta atividade poderia ter sido descartada por ser **fatal** , segundo o ZOPP , coisa que não foi feita e com sucesso...

A matriz de planejamento de projeto traz ainda o conjunto de indicadores para acompanhamento do projeto . No ZOPP , a idéia de indicadores é muito subordinada ao controle externo da execução das promessas contidas no projeto (por parte de quem o financia) . No contexto de um modelo de gerência democrática , a concepção de indicadores ajuda a dar mais transparência para o sistema e , em grande medida , a enfrentar a dificuldade e a falta de avaliação dos serviços públicos . No PES , a construção dos indicadores é uma consequência lógica do "vetor de definição do problema" , depois transformado em "vetor de definição de resultado" . Na minha experiência , a utilização de descritores (inspirada no PES e não adotada no ZOPP) , facilitou a elaboração de indicadores , como desdobramento do projeto .

Ou seja , tenho utilizado "técnicas de planejamento" que são mais simples do que o PES e mais complexas que o ZOPP . Sinto-me bastante seguro ao praticar esta "heterodoxia" e , principalmente , de considerar estas técnicas potentes enquanto orientadoras da formulação de projetos , respaldado nos resultados obtidos nas experiências relatadas e em outras que não estão incluídas no presente trabalho . As técnicas , para serem "boas" , precisam de alguns pré-requisitos inegociáveis :

- as etapas , momentos ou fases da montagem do projeto precisam guardar uma coerência entre si . Cada fase do projeto tem que ser preparatória da seguinte .

- o projeto que resulta da aplicação destas técnicas tem que ser "nidado" em um sistema de direção que lhe dê vida , assumidos por sujeitos em processos de direção .

As formulações sobre Gestão da Empresa Pública feitas por Gastão Wagner de Souza Campos

Já citei o autor , anteriormente , ao caracterizar a pluraridade de opiniões existentes no interior do Movimento Sanitário . Ele representa , com muita legitimidade , uma determinada forma de pensar a Reforma Sanitária , como esta vem sendo trabalhada , há mais de uma década , por um coletivo de trabalhadores de saúde , em instituições públicas, na região de Campinas . Imputo-lhe esta condição de **representante** desta determinada forma de pensar na perspectiva ampliada que ele próprio confere ao papel do

intelectual engajado em um projeto político :

" Toda teoria quando é elaborada , de forma explícita ou velada , dirige-se a algum interlocutor específico . Procura dotar algum sujeito social de um instrumento útil à sua intervenção sobre a realidade ; ou seja , todo saber produzido tem uma referência , responde a determinados problemas que a sociedade identificou e arma certos atores historicamente constituídos para enfrentá-los . Portanto , a implementação de um saber depende da sua prévia apropriação por um Bloco histórico . É obvio , que este processo não se dá de forma tão esquemática , havendo sempre uma relação dialética entre elaboração intelectual e incorporação do saber por atores sociais , os quais não só influenciam a produção do conhecimento como frequentemente são os principais elaboradores destas teoria , modificando-as quando as colocam em prática . " 28

De fato , o autor faz uma "literatura militante" , traduzida em textos de polémica (aos quais tive acesso , muitas vezes , quando apenas datilografados) ou dirigidos aos trabalhadores de saúde quando no exercício do cargo de Secretário Municipal da Saúde de Campinas . É esta produção teórica , em vários aspectos frutos de uma formulação coletiva que o autor ia sintetizando , reformulando (e devolvendo aos trabalhadores) no "calor da batalha" , que contribuiu , de uma maneira determinante , para que eu pudesse ir "juntando as peças" que faltavam no desenho do modelo de gestão e planejamento que vinha estudando e testando há alguns anos . No período que trabalhei como seu assessor na área de planejamento da Secretaria de Saúde de Campinas , pude fazer a aproximação do instrumental de planejamento que vinha investigando a partir de Carlos Matus com a gestão . Participavam da equipe dirigente da Secretaria de Saúde , naquele momento , vários técnicos (sem dúvida os **técno-políticos** do Matus) que traziam acúmulos de outras experiências , entre elas , a do DRS-5 . Idéias como a descentralização e autonomia da gestão juntamente com a democratização da vida institucional faziam parte do espólio daquele grupo , que viam agora a oportunidade de dar continuidade e aprofundar um determinado modelo de gestão totalmente inovador no setor público . Foi no contexto desta experiência que fui confirmando , entre outras coisas , que não havia diferença entre gestão e planejamento e as possibilidades imensas de intervenção criativa de um coletivo de trabalhadores no sentido de transformar as condições de trabalho e melhorar a vida daqueles que dependem dos serviços públicos . As formulações feitas por Souza Campos no período , e que interessam diretamente ao desenvolvimento deste trabalho , estão organizadas no capítulo IV de sua tese de doutoramento 27 e no livro " A saúde pública e a defesa da vida " 28 , em particular nos capítulos 5, 6 e 7 . Tento explorar , aqui , quais formulações do autor contribuíram para o desenvolvimento das experiências relatadas nos capítulos II e III e que são posteriores (e continuidade) do trabalho que desenvolvemos juntos no DRS-5 .

Da para agrupar estas contribuições em dois grandes blocos : o primeiro fala da sua visão mais geral da questão da gerência da Empresa Pública como parte da luta pela construção de uma sociedade socialista e democrática . O outro fala de diretrizes para a operacionalização de uma nova forma de gerência . Vamos ao primeiro :

- O desenvolvimento de formas de gestão democrática no interior do Estado é visto como condição necessária porém não suficiente para a reforma sanitária . "...Pode-se considerar a gestão do SUS como um fator estratégico à reforma sanitária desde que e apenas se a entendermos como um instrumento de exercício do poder , e se estivermos dispostos a reverter o centralismo autoritário do poder de Estado -sempre , no Brasil , exercido segundo interesses privados e em detrimento do bem-estar público-, e a fazer com que o jogo da democracia seja utilizado para estimular a criatividade , o empenho transformador dos sujeitos sociais envolvidos com a produção dos serviços e com a promoção da saúde , superando sua alienação , derrotando a tradição conservadora da medicina ocidental sem comprometer o acesso de todos às benesses que o desenvolvimento tecnológico e científico colocou à disposição da humanidade " 29

- Uma crítica radical à tradição de gestão do setor público , de recorte "fayolista" . " Nossos sistemas administrativos repousam ainda nas diretrizes de Taylor e Fayol . No fundo , imaginamos a utopia de controle absoluto , ou através de mecanismos mais tecnocráticos ou mais democráticos . Mas , sempre pensamos a idéia do controle , da normalização dos procedimentos e da transformação dos profissionais em autômatos , a serem avaliados pelos resultados de sua produção " 30

- A assunção de que o sujeito destas formas renovadas de gestão é "o movimento sanitário , sindical e dos trabalhadores , potencialmente interessados em implantar reformas democráticas " 31

- A gestão vista enquanto forma de descentralização e de divisão de poder , de tal forma que o modelo aponta ,no limite para a autogestão (coerente com um projeto societário de caráter libertário ...) e que assume , a nível da Empresa Pública , a questão da co-gestão . " A nova proposta teria , portanto , que combinar a auto-gestão do serviço pelos profissionais de saúde com a co-gestão do sistema , na medida em que outras forças também exerceriam o poder de planejar e comandar , conforme já vem acontecendo no Brasil " 32

O outro bloco de contribuições do autor diz respeito a diretrizes mais específicas e eu já havia explorado em artigo publicado na revista "Saúde em Debate" número 31 33 . Apresento aqui , de forma resumida , estas diretrizes :

- Descentralizar o processo de planejamento e gestão até

as unidades ou equipes de trabalho . Estas , respeitadas diretrizes bem gerais estabelecidas pelos níveis diretivos , deverão ter o máximo possível de autonomia para planejar e organizar os seus processos de trabalho . A avaliação deverá ser feita através de "planilhas de avaliação" , que são instrumentos "acordados" entre avaliadores e avaliados para acompanhamento de resultados e não de processos de trabalho . Estas avaliações de desempenho da equipe deverão ser utilizadas no processo de avaliação individual previsto no plano de cargos , carreiras e salários . As equipes poderão receber recompensas pecuniárias , com base nestas avaliações de desempenho , de modo que o benefício contemple toda a equipe . " Este tipo de gestão dos serviços tenderia a atenuar a alienação dos profissionais do seu objeto (o paciente , a saúde) e de seu instrumento de trabalho (o hospital , centro de saúde e o próprio Sistema) , na medida em que os critérios de Avaliação de Desempenho teriam obrigatoriamente que se referenciar a metas qualitativas de cobertura , de integralidade das ações , de atendimento de intercorrências individuais e de adoção de medidas de prevenção " 34

- Privilegiar o trabalho em equipe , reorganizando o processo de trabalho nos vários serviços de forma a romper com a sua estrutura vertical , caracterizada por linhas de mando intra-corporações (Corpo de clínicos , Divisão de Enfermagem etc) . " No seu lugar , criar grupos com objetivos de trabalho claramente identificáveis e que reúnem todas as profissões necessárias ao desempenho da tarefa e das metas definidas , sob um mesmo comando executivo e com autonomia para coletivamente definirem a organização do seu próprio processo de trabalho e proporem metas e objetivos a serem negociados com as demais instâncias do sistema " 35

- Democratizar os instrumentos de gerência da Empresa Pública , através da criação de instâncias colegiadas de direção , a partir das unidades de trabalho . A nível dos serviços deverão ser criados colegiados gestores , com a participação dos usuários , dos trabalhadores e do governo . Outras formas de direção colegiada poderão ser adotadas em outros níveis , como por exemplo a nível de direção superior constituindo um colegiado de governo , que na verdade é uma direção colegiada da instituição , responsável pela formulação de políticas e acompanhamento global do projeto .

Encerro aqui esta exposição dos livros que orientaram um conjunto de experiências que tiveram , como uma de suas características , a investigação mais sistematizada de modelos alternativos de gestão do Setor Público . Estes livros podem ser reconhecidos em cada uma das experiências , muitas vezes convivendo de uma forma eclética e complementar. Busco explorar , em seguida , quais foram os outros livros que , em maior ou menor medida , também orientaram as experiências , mas que , principalmente , são livros que ajudam a fazer uma reflexão mais aprofundada sobre as mesmas.

OS LIVROS-ESPELHO

Incluo aqui os livros que , em maior ou menor grau , contribuíram para "iluminar" as experiências , no sentido de tanto de aportarem contribuições para seu aperfeiçoamento , quanto de permitirem uma reflexão mais teórica sobre o seu significado e alcance . O roteiro de livros que sigo é , basicamente , o programa do curso "tópicos em Saúde Pública" ministrado a nível de pós-graduação , pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social , da Unicamp , no primeiro semestre de 1992 . Este curso , do qual participei na condição de um dos coordenadores e de docente , foi organizado em função das experiências que vinham sendo desenvolvidas pelo Laboratório de Planejamento e Administração (LAPA) do DMPS da Unicamp , em particular aquelas junto à Secretaria de Saúde de Piracicaba e à Santa Casa de Belém . O espaço didático/pedagógico do curso foi um bom estímulo para que organizássemos uma série de aulas e seminários , com autores que , na opinião dos coordenadores do curso , contribuíam para , exatamente , iluminar o trabalho ou as experiências que vinham sendo desenvolvidas pelo LAPA . Tanto é que , a clientela do curso era composta tanto de alunos regulares da pós-graduação (em Saúde Coletiva) como por técnicos da rede de serviço onde desenvolvíamos nosso trabalho . Foi , neste sentido , uma iniciativa muito feliz ao permitir analisar , de forma mais sistemática e "acadêmica" , no espaço do Departamento , e com a presença dos participantes nas experiências , o que vínhamos trabalhando . Este é o "espírito" desta seção : resgatar os livros com os quais o trabalho desenvolvido pelo LAPA dialoga . Não há aqui , como também não houve no curso , uma pretensão de extensividade no sentido de se "esgotar" toda a literatura correlacionada . Os autores (os "livros") foram incluídos em função da visibilidade que tinham para nós naquele momento e do quanto relacionavam-se com nosso trabalho . O programa inicial do curso previa trabalhar com a obra de Carlos Matus , a tese de doutorado de Uribe Rivera , os trabalhos do Fernando Flores e uma revisão da Teoria Geral da Administração . Por questão de tempo , não foi possível desenvolver , no espaço do curso , a revisão da TGA , coisa que ensaio fazer , de forma bastante enviesada , orientada pelo interesse do desenvolvimento deste trabalho , nesta seção . O programa é revelador do tipo de preocupação que nos movia quando de sua preparação : o agir comunicativo , a construção da legitimidade para um projeto político , o uso da linguagem na organização , o sujeito em ação , bem como alguns aspectos da gestão conforme são trabalhados por distintos autores que escrevem sobre TGA . Mesmo porque , era cada vez mais claro o quanto estávamos lidando , de fato , com questões de gestão naquele momento . Aqui também vale a observação anterior de que faço uma leitura "interesseira" destes livros , sem preocupação de esgotar todo o pensamento de seus autores . Vamos à ela então .

O "planejamento comunicativo" de Uribe Rivera

Meu primeiro contato com o autor deu-se no curso de Especialização em Planejamento ministrado na Escola Nacional de Saúde Pública em 1988. No ano seguinte, ele publica o livro "Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico" ³⁶ que, sem dúvida, eu poderia ter trabalhado na seção anterior, pelo que serviu de apoio concreto ao trabalho institucional que desenvolvia naquele momento e, em particular, às atividades docentes tanto no Curso de Especialização em Saúde Pública do Departamento como em outros cursos de planejamento. O livro era pioneiro no sentido de popularizar textos de Carlos Matus e de Mario Testa para um conjunto maior de técnicos do setor saúde. Além disto, resgatava as linhas gerais do desenvolvimento do planejamento na América Latina (material da tese de mestrado do autor), e apontava algumas indicações para uma discussão a respeito do "planejamento comunicativo" (a partir da obra de Habermas) que o autor desenvolveria posteriormente em sua tese de doutoramento e que analiso adiante. Do livro, destaco o capítulo 4, no qual o autor, a partir de uma síntese eclética entre o documento "Formulación de Políticas de Salud" e as proposições de Matus, propõe-se a elaborar um **modelo de formulação de políticas de saúde**. Posso afirmar que, aquele esforço teórico, mesmo não lastreado empiricamente (e por isto mesmo com problemas operacionais e deficiências) estimulou-me a continuar explorando contribuições tanto do Matus como de outros autores no sentido de desenhar uma metodologia de planejamento adequada ao modelo de gestão que vinha sendo explorando. Para os fins deste trabalho, centrarei minha análise em sua tese de doutoramento ³⁷.

O autor localiza seu trabalho no espaço mais amplo da discussão de um novo paradigma de sociedade (utilizando-se de Habermas centralmente) e, a partir desse referencial maior, discute o planejamento, em particular as propostas de Matus e de Testa. A utilização de Habermas na área de planejamento tem um caráter inédito e contribuiria, segundo ele, para a reconstrução do ideário da esquerda nestes tempos de quedas de muros.

"Uma determinada leitura do materialismo histórico e dialético tinha que ser problematizada ou superada. Refiro-me a uma interpretação tecnicista e economicista que foi responsabilizada acima pelos desvios centralizadores, tecnocráticos e burocráticos da planificação centralizada. O que estaria em questão é o princípio de uma 'correspondência necessária' entre o desenvolvimento das forças produtivas e do Estado, de um lado, e o desenvolvimento das relações sociais, culturais e individuais, de outro" ³⁸. Como consequência desses desvios, teria havido um congelamento

das relações sociais e políticas e , segundo Uribe , Habermas representaria uma alternativa para a reconstrução de um paradigma de sociedade para a esquerda .

O fio condutor que a tese explora é a idéia do agir comunicativo , conforme trabalhado por Habermas , em contraposição à teoria da ação racional de Weber , especificamente no ponto em que esta nega a possibilidade de uma fundamentação intersubjetiva das questões práticas ou valorativas referentes às prioridades substantivas da ação . O agir comunicativo é então aquele no qual "os atores tratam de harmonizar seus planos de ação e de só perseguir suas metas sob a condição de um acordo existente ou de negociar sobre as consequências esperadas " 39 . A ação comunicativa é , portanto , aquela pautada no uso da linguagem visando o entendimento e , referida aos "três mundos" (mundo objetivo, social e subjetivo) , conforme trabalhado por Popper , ao contrário das outras ações (teleológica , normativa e expressiva) porque referidas a mundos específicos . A taxonomia da ação de Habermas , uma espécie de "pedra fundamental" para o desenvolvimento do seu trabalho , é baseada nas formulações de outros autores , em particular de Popper (teoria dos três mundos) e de Austin (os atos de fala) . Desta maneira , o "livro" Uribe Rivera é construído a partir do "livro" Habermas , que é construído a partir dos "livros" Popper e Austin , que por sua vez ... O comentário é para ilustrar ou reforçar a orientação que estou usando , neste capítulo , de explicitar "livros" , ou quem sabe , concordar com o Testa de que todo livro é , em última análise um "plágio" !

Destaco apenas que o conceito de ação comunicativa -baseada no entendimento e mediada pela linguagem - contrapõe-se ao de ação estratégica , ou seja , aquela que " apresenta uma dimensão externa ao ato de fala , representada por uma reserva comunicativa ou pelo fato de que a garantia do cumprimento da ação se identifica , não com um desempenho discursivo , mas com o poder (antecipado)" 40

Esta distinção é importante porque " a sociedade , para Habermas estrutura-se a partir dessas duas formas básicas de agir : o agir estratégico e o agir comunicativo . O agir estratégico corresponde à compreensão da sociedade como 'sistema'. Isto é , como um todo 'auto regulável' que controla a ação dos seus membros através de meios como dinheiro e o poder . A utilidade econômica e a pretensão à obediência representam , neste caso , os valores generalizados que , substituindo o entendimento intersubjetivo , promovem a ordem social . O agir comunicativo , por sua vez , corresponde à compreensão da sociedade como 'mundo da vida' , isto é , como um conjunto de referências culturais , normativas e subjetivas que , produzidas e acumuladas linguisticamente , condicionam a compreensão comum das situações de ação que vão aparecendo e a atuação sobre elas. Esta última concepção revaloriza o

papel dos agentes na compreensão e construção intersubjetivas da realidade " 41

É fácil perceber que estas formulações de Habermas abrem múltiplas possibilidades de formulação , em vários campos do conhecimento humano , entre eles o do planejamento e do funcionamento das organizações , a partir de uma perspectiva profundamente ética e compromissada , como diz o autor , com uma democracia radical . Uribe Rivera propõe-se a explorar estas possibilidades no capítulo IV da tese que é , segundo o autor , uma tentativa de aplicação da teoria social habermasiana ao campo da teoria das organizações . Nele , Uribe Rivera vai nos apresentar outros "livros" de fundamental importância para iluminar as experiências relatadas nos capítulos anteriores , em particular os trabalhos de Claes Offe sobre a concorrência de racionalidades contraditórias nas organizações estatais do capitalismo tardio . Para esse autor , a administração da política sócio-estatal estaria submetida a três racionalidades contraditórias (e que convivem de uma forma tensa) : a burocrática , a teleológica e a do consenso político . Para Rivera , há uma correspondência entre esta última racionalidade e o agir comunicativo de Habermas , na medida em que esta implicaria na função de harmonização de interesses políticos concretos . Tem interesse particular para este trabalho a idéia desenvolvida por Offe de que " a dependência da administração em relação à função do consenso (politização da administração) evidencia-se com clareza no setor social , onde se dá uma unidade entre produção e consumo , e onde a produção não pode ser objetivizada nos moldes clássicos da economia " 42 . Mais interessante ainda é que Offe considera que esta "politização da administração" no setor social refere-se não apenas à relação com a clientela , como também em relação ao seu ambiente interno :

" A tarefa de obter consenso e harmonizar interesses se coloca para a administração não só quando se torna necessário abrandar pela negociação a resistência de grupos antagônicos com poder de veto e pressão , mas também na relação com sua própria clientela ou ainda na relação com seu meio ambiente interno , os membros da administração com seus interesses e concepções de valor , de ordem profissional , econômica e política " . 43 Esta observação , que considero nuclear para a elaboração de um modelo de gestão democrática do setor público , de certa forma orienta a mediação que Uribe Rivera tenta fazer entre os macro-modelos organizacionais e a concepção social/organizacional de Habermas . Na sua revisão dos macro-modelos ele faz um recorte muito abrangente que separa os modelos em função do quanto a questão da existência de atores no interior da organização é considerada ou não . O já clássico recorte em modelo estático ou fechado e modelo dinâmico ou adocrático (matriz sistêmico-contingencial) , é desconsiderado pelo autor na medida em que ambos se igualariam ou compartilhariam de uma "cegueira" em relação à existência de atores formuladores no interior da organização pois o homem é considerado como "homem funcional" , como

instrumento da organização . Acho que outros recortes da Teoria Geral da Administração podem ser feitos , como tento fazer ainda neste capítulo . pois , o próprio Uribe nos alerta sobre a superposição de modelos desenhados idealmente e para a consequente presença de tensões virtuais no interior dos tipos puros .

Acho também que o rico material que Uribe recolheu para organizar o capítulo IV pode ser explorado em uma direção diferente da que ele faz . Explico-me melhor . Acho que o autor centraliza suas análises sobre a questão da existência de múltiplas (e conflitivas) racionalidades no interior da organização e do planejamento . Como se ele quizesse com isto tanto criticar um "déficit de racionalidade" dos autores do planejamento estratégico (no sentido de que suas obras estão calcadas no agir estratégico) como resgatar elementos da racionalidade instrumental abandonadas com "excessivo radicalismo" por estes mesmos autores . Eu prefiro usar este material para pensar a questão da construção da legitimidade para um determinado projeto político em disputa na sociedade, no caso o projeto da reforma sanitária . As mais importantes críticas que Rivera faz a Matus e com as quais eu concordo são :

- Matus faz uma absolutização das situações de conflito, com uma visão ainda instrumental do "diálogo" com o outro⁴⁴ . nesta medida o policentrismo visto como um avanço trabalhado a partir da categoria situação , tem um forte componente instrumental ⁴⁵ .

-o autor pratica uma unilateralização da idéia da ação, ao generalizar a ação estratégica e instrumentalizar a ação comunicativa .

- Matus tem uma visão "ortodoxa" da relação base/superestrutura , no sentido das relações sociais serem determinadas pela estrutura econômica . Uribe contrapõe a isto a visão de Habermas de que " o mundo da vida como 'estrutura', submete a evolução dos mecanismos sistêmicos - poder administrativo e forças produtivo/econômicas - a restrições normativas que , longe se serem subsidiárias , podem ser consideradas precursoras e originárias " ⁴⁶ .

- a ação estratégica , conforme trabalhada por Matus "supõe a reificação do outro , na medida em que este último é confinado ao espaço de ação meramente comportamental " ⁴⁷ .

Para Uribe , um enfoque bipolar e tensional da ordem social , no sentido da concorrência das racionalidades antagônicas do "mundo da vida" e do sistema conforme trabalhado por Habermas poderia ser um solução para o que ele chama de impasse teórico matusiano . "Definimos este impasse como a tentativa de construção de um marco teórico conexo , que articule logicamente os elementos comunicativos e interativos típicos de uma compreensão fenomenológica e/ou pragmático-formal da realidade social com os elementos

determinísticos e objetivizantes do enfoque estratégico e do estruturalismo marxista . Diríamos que todos esses elementos estão presentes na realidade social , em uma tensão permanente que desmente a possibilidade de uma construção absolutamente unitária " 48 .

Ele quer dizer com isto que , os elementos comunicativos e interativos implícitos no trabalho de Matus , em particular a abordagem policêntrica que o conceito de situação permite e a teoria da ação interativa acabam sendo subordinados pelo autor " à uma abordagem determinística e objetivizante , representada pela noção de uma determinação última das geoestruturas econômicas e , ainda , pelo próprio enfoque reificador típico do uso estratégico do poder " 49

Concordo com as críticas do autor sobre a maneira como Matus maneja o poder político ,no sentido de tratá-lo , nos dizeres do próprio Rivera , com um médium objetivo ou quantificável . o poder como algo tangível , multiplicável e alienável , parsonianamente . Porém , do ponto de vista da "invenção da mudança da administração pública" a crítica maior que faço a Matus é no sentido dele explorar de maneira insuficiente , por exemplo , a possibilidade do planejamento ser pensado como estrutura comunicativa , principalmente no momento tático-operacional . Acho que esta insuficiência de Matus pode ser explicada , em parte , pelo fato deste não ser o seu foco de atenção . Matus desenvolve uma formulação "guerreira" de planejamento , a partir de uma visão de um mundo habitado por atores disputando a imposição dos seus projetos , quase sempre a partir de interesses inconciliáveis. Desta maneira, as estratégias de "entendimento" ocupam uma posição subordinada no pensamento matusiano , embora ele não as descarte . Como fiz referência anteriormente, a biografia do autor é importante para entender toda a reflexão que ele faz na prisão e depois exilado do seu país . O planejamento estratégico situacional traz a marca da auto-crítica de um determinado ator social , que subestimou "o outro" , a possibilidade da ação inteligente do "outro" e isto , diminuindo progressivamente seu espaço de manobra , levou-o à derrota . Matus fala claramente disto . Mesmo em "Adeus senhor presidente" ele está falando da derrota de um ator , com um determinado projeto , por ser incapaz de conduzi-lo e articulá-lo para fora e , portanto , por ter baixa capacidade de governo , embora esta derrota não seja relatada de forma tão dramática como o foi a de Allende . no Chile .

Mas , penso também que a própria concepção de sujeito que está subjacente na obra de Matus deve ser tomada como explicação para esta "insuficiência" na sua obra e que Uribe Rivera aponta . Matus trabalha com "sujeitos prontos" , que cavalgam as instituições , motivados por seus projetos políticos . A instituição , desabitada de atores , ou habitada por atores silenciosos que se dobram perante a legitimidade do ator político que a "controla" , respaldado nos votos que recebeu no processo eleitoral democrático , é

apenas instrumentalizada para a consecussão do projeto político do "ator que planeja". Nesta medida a instituição não é arena . é meio . E , para Matus , este "sujeito pronto", em grande medida amarrado a ou determinado por regras que se colocam no plano mais "profundo" do sistema social , não consegue escapar de uma racionalidade puramente instrumental, ou seja , aquela que fala da adequação dos meios aos fins . Neste sentido , Matus contribui pouco ou nada para um "planejamento comunicativo" como quer Uribe Rivera ou com o modelo de gestão do setor público que está sendo analisado nesta tese .

Neste sentido é que acho que Uribe não explora bem as limitações das formulação de Matus quando este trabalha o "meio interno" das organizações para usar a expressão do Offe. Uribe não aplica a reconstrução crítica que faz das teorias da administração no capítulo IV , a partir de uma leitura habermasiana . para sua leitura do Matus . Este , quando olha "para dentro" das instituições não problematiza a existência de atores e portanto , reproduz o "homem funcional" e não escapando assim do paradigma que Uribe analisa criticamente no referido capítulo . Esta questão é vital do ponto de vista do modelo de gestão que estou trabalhando . Por isto destaquei as indicações de Offe a respeito das especificidades do setor social , no sentido de um deslocamento de importância das racionalidades burocráticas e teleológica para aquela do consenso político. Acho ainda que estas indicações devem ser melhor trabalhadas na perspectiva da construção da legitimidade do projeto da reforma sanitária para " dentro " da máquina . Mesmo porque , não há reforma possível sem a adesão dos trabalhadores de saúde .

A contribuição preciosa que um autor como Habermas nos dá , é justamente como o **agir comunicativo** pensado como suporte à práticas e rituais no interior das instituições públicas , mediado linguisticamente , pode ser um caminho a ser adotado em um projeto de esquerda na perspectiva da **descolonização do mundo da vida pelo sistema** .

A seguir exploro um livro representado pelos trabalhos de um autor que , de uma perspectiva diferenciada , aprofunda uma visão linguística da organização .

O caráter linguístico das organizações segundo Flores 50

Conheci as formulações de Fernando Flores em um seminário organizado pelo ILDES (junho de 1991) e coordenado por um seu colaborador, Guillermo Wechsler, no qual as formulações do autor sobre o caráter linguístico das organizações foi apresentado. A discussão de suas idéias nesta seção é muito oportuna pelas contribuições que ele fez para o modelo de gestão do setor público que está sendo trabalhando. Por outro lado, como o fio condutor deste capítulo é a revelação de "livros", acho apropriado analisar aqui como Flores, a partir de um referencial teórico que intersecta, em muitos pontos, as referências de Matus, Habermas e Uribe Rivera, constrói uma abordagem inovadora da gestão de serviços que é um produto distinto do que resulta do trabalho daqueles autores. Antes de comentar o seu trabalho, quero destacar dois pontos: o primeiro é que o autor desenvolve seu modelo a partir de uma perspectiva do setor privado, o que não invalida suas contribuições para pensar o setor público. O segundo é que tive que lidar com a limitação de não conhecer uma aplicação ou operacionalização dos seus conceitos, o que significa que a apreciação que faço de seu trabalho é referenciada por minha vivência institucional, o que resultará em uma certa leitura "enviesada" do mesmo.

Fernando Flores ocupa-se da relação que existe entre o ser humano e a linguagem e interpreta **as organizações como fenômeno linguístico**. Para o desenvolvimento de suas idéias utiliza-se de dois "livros" básicos: o trabalho de John Searle sobre a taxonomia dos atos de fala e a noção de que quando falamos contrainos compromissos e a tradição heideggeriana de que o mundo é o que revela a linguagem.⁵⁰ Por esta tradição, a linguagem não é um sistema para representar o mundo ou para transmitir pensamentos e informação. A linguagem é ontologia: uma série de distinções que nos permitem ser, viver e atuar juntos em um mundo que compartilhamos.

A partir destes conceitos básicos, ele faz uma reconstrução "ontológica" do conceito de organização, de poder, de organograma, de cargo e de uma série de categorias essenciais para se teorizar sobre gestão.

Vale a pena apresentar, mesmo que de maneira sintética alguns dos conceitos básicos que ele trabalha. De Searle (o mesmo "livro" importante para as formulações do Habermas) o autor utiliza a taxonomia de atos de fala capaz de distinguir "las dimensiones básicas del 'mundo', en el sentido de un espacio de compromissos sociales generados en y a través de actos lingüísticos, que Searle denomina actos ilocucionários".⁵¹ Para ele, o importante é que estes atos de fala ilocucionários têm, todos eles, caráter de **compromissos** no sentido mais amplo de que uma pessoa ao falar compromete-se a si mesma com a inteligibilidade, verdade,

sinceridade e oportunidade do que diz . Neste sentido , ele explora os atos de fala na dimensão do agir comunicativo de Habermas . ou seja , enquanto intermediação puramente linguística do entendimento (conversação) , embora reconheça a existência da interação estratégica como aquela em que "prevalecen el conflicto y una cooperación incompleta"⁵². Nestes casos , a linguagem pode ser "instrumentalizada" para um agir estratégico . Seu trabalho aponta mais no sentido do agir comunicativo tão enfatizado por Uribe Rivera em sua tese de doutoramento . Vou abusar de uma citação longa por achar que ela tem um conteúdo habermasiano (conforme trabalhado por Uribe Rivera) e ajuda a situar "filosoficamente" o pensamento do autor :

" La cooperación mutua es algo enclavado en la estructura del lenguaje . Tal vez esto refleje las condiciones primitivas de la vida social , en la que la cooperación mutua es una realidad para la sobrevivencia de todos los miembros de una comunidad . En este sentido , la cooperación es fundamental . Segundo , la interacción estratégica es costosa porque estamos obligados a encontrar caminos para anticipar las formas de conductas que llevan a consecuencias futuras no deseadas , convirtiendo con eso a un colaborador potencial en un permanente adversario . La vida dentro de las corporaciones y otros tipos de organizaciones ha estado impregnándose crecientemente de ciertos tipos de comportamiento destructivo . Los problemas del mundo actual derivan , en parte , de la saturación de formas estratégicas de comportamiento que amenazan otras formas de vida que nutren la paz , el orden y la justicia en el mundo " ⁵³

Por esta afirmação pode-se ver que o autor utiliza-se de uma análise habermasiana que alerta para a colonização do "mundo da vida" pelo sistema ao analisar as organizações. Flores contribui assim para a formulação de um modelo de gestão do setor público porque faz este "olhar para dentro" e o faz a partir de uma perspectiva comunicativa . É interessante notar que , ao contrário da ênfase que dou na questão da legitimidade , ele está mais preocupado com a eficácia e com a sobrevivência da empresa , provavelmente por fazê-lo a partir da lógica do setor privado. O que talvez pudesse colocar um questionamento sobre a incompatibilidade entre o universo teórico de Habermas , o qual aparentemente Flores parece endossar , e a sua adesão ao que é o sujeito !

Esta dúvida , no entanto , não impede um exame de como ele trabalha alguns conceitos basilares para sua concepção de organização . Os atos de fala podem ser os seguintes :

- assertivos ou afirmativos são aqueles que podem ser avaliados como verdadeiros ou falsos .
- diretivos são tentativas do orador para que o ouvinte realize alguma ação futura .
- comissivos são aqueles no qual o orador compromete-se a realizar uma ação futura .
- declarativos são aqueles que trazem consigo uma

reorganização de todo o espaço social e determina o curso posterior do discurso incluindo os direitos de outros questionar o que é declarado

- expressivos são aqueles nos quais o orador se compromete a que se especifique o estado de ânimo pela condição de sinceridade associada com o estado dos fatos representados pelo conteúdo proposicional da expressão .

Na operacionalização de sua proposta . Flores trabalha com uma taxonomia mais simplificada que resume os atos de fala a petições , compromissos (promessas) , afirmações e declarações . Estes seriam as ações linguísticas básicas para a ontologia do seu desenho organizacional . Ele trabalha em particular com as petições e promessas . " Las organizaciones son estructuras para la coordinación social de la acción , generadas en conversaciones que se basan en solicitudes y promesas . " 54

Além disto ele trabalha com o conceito de "quiebre" , que não tem uma tradução adequada em português . que é um evento que altera a transparência na coordenação das ações , na definição de Guillermo Wechsler 55 . Ou seja , é aquilo que se revela quando nossas relações de êxito com o mundo estão obstruídas . Para Flores existem três tipos de "quiebres" : as ferramentas ou instrumentos podem deteriorar-se . pode faltar algo ou algo pode nos impedir de relacionarmos com êxito com as coisas . 56 Pensar o desenho organizacional é pensar , entre outras coisas , "redes de ajuda" para fazer frente aos "quiebres" . Uma empresa só pode sobreviver ao cumprir com os compromissos contraidos e portanto tem que ter uma "rede de ajuda" para fazer frente às circunstâncias imprevisíveis . Para cumprir estes compromissos , o pessoal da empresa está envolvido em uma rede de conversações que inclui petições e promessas . " Se generan redes especiales de conversaciones para conversaciones recurrentes dirigidas al manejo de situaciones repetitivas ; las oficinas están organizadas en los nodos de estas redes " 57

Ele acha que estamos mergulhados ("lanzados a") em uma compreensão da organização expressa na linguagem que falamos que é uma espécie de "senso comum" que nos impede de pensá-la de outro jeito que não este que parece "natural" . O que ele propõe é uma verdadeira "revelação" dos fenômenos políticos que constituem as organizações a partir da tomada de consciência das declarações políticas que herdamos e praticamos . Feito isto seria possível entender (mesmo que continuemos a utilizar termos como cargo , organograma , trabalho , autoridade , poder etc) a organização de uma forma radicalmente nova . Ou seja , estes termos seriam apropriados em outro referencial teórico ou seriam "escutados" em outro "pano de fundo" . Nesta medida , no organograma pensado por Flores " una posición es una encrucijada específica de compromisos lingüísticos - promesas , afirmaciones , peticiones y declaraciones . Desde nuestra perspectiva , el organigrama que refleje

adecuadamente la estructura organizacional no utilizaria lineas verticales ni niveles jerarquicos tipicos del organigrama tradicional . Las lineas serian reemplazadas por representaciones de los compromisos linguisticos recurrentes".⁵⁸ O autor refuta a noção comumente aceita de cargo como um conjunto de deveres e responsabilidades e afirma que " los cargos existen en nuestro escuchar en virtud de nuestro involucramiento en conversaciones recurrentes en las cuales alguien pide y/o promete realizar ciertas acciones recurrentes con el fin de cumplir condiciones de satisfacción compartida ".⁵⁹

Ele trabalha o poder como o "poder de ser escutado" . E faz uma distinção entre o poder de declarar âmbitos de possibilidades próprio dos executivos da empresa e o poder de criar e administrar conversações para as ações , próprio dos gerentes . Com isto ele faz um desenho parsoniano da organização que pode ser visualizado como uma pirâmide em cujo ápice estão os executivos , no nível intermediários os gerentes e na base os trabalhadores . Aos trabalhadores não restaria outro "papel" que o de cumprir compromissos com petições feita a partir dos níveis superiores da organização. Nesta medida , não importaria para ele se a organização é mais ou menos democrática , mas o quanto é eficaz no cumprimento de seus compromissos . Para isto a criação de uma cultura de responsabilidade na organização seria essencial . Evidentemente que esta abordagem é insuficiente do ponto de vista do modelo de gestão que estou trabalhando , mas não é , por outro lado , razão para não continuar examinando as contribuições deste instigante autor . Entre elas a de "escutar" no sentido de que " hablar y escuchar son fenómenos ricos . Non están limitados a lo que decimos en voz alta o a lo que pensamos para nosotros mismos . Cada pequena porción de hablar y escuchar que podemos identificar se apoya en una escucha total . Esta totalidad trabaja en el transfondo , haciendo possible y dando importancia a los pensamientos y las palabras habladas ".⁶⁰ A partir disto ele desenvolve idéias como as de " escutar adiantando-se às possibilidades " que relaciona-se com sua afirmação de que administrar não é resolver problemas mas criar possibilidades . A organização tem um "pano de fundo" compartilhado e assim , mantem-se unida não apenas em função dos padrões de conversa recorrentes , mas na escuta compartilhada deste "pano de fundo". Este , pode ser traduzido em um lema que estabelece sua identidade específica . " Las declaraciones de transfondo producen escuchas recurrentes de un ámbito específico de posibilidades . Proporcionan el tema sobre lo cual se ocuparan en última instancia las conversaciones dentro de una organización . No se deben confundir estas declaraciones con las metas y objetivos . Las organizaciones pueden anunciar metas o objetivos , pero estos surgen de la declaración más fundamental de un ámbito de posibilidades ."⁶¹ Esta idéia , que acho muito interessante , foi trabalhada com este significado mais explicito no projeto da Santa Casa do Pará embora nas demais experiências houvesse uma preocupação expressa com a formulação do modelo tecno-assintencial que

pode ser considerado como uma espécie de "lema" da empresa . Mas a idéia do lema refere-se mais à uma idéia com alto poder semiótico como " em defesa da vida " . O lema é , para Flores, o ponto de partida para o desenho de projetos específicos , os quais requerem linguagem de ação e condições de satisfação . Neste sentido o que chamamos de "planejamento" é , em boa medida isto , fazer projetos de ação tendo em vista um lema . Esta idéia de planejamento também está presente no PES . Flores ao falar (e criticar) o "planejamento" ignora totalmente as suas formulações mais contemporâneas e resume-se a afirmar que " la actividad predominante de planificación es la predicción: predicción en términos de mano de obra , en términos de demanda de mercado, en términos de lo que sucederá del punto de vista político . Para resumir , la organización desea obtener de un plan una predicción precisa del futuro . El futuro es incierto y la incertidumbre significa riesgo e inseguridad para la organización. La predicción disminuye la incertidumbre , el riesgo y la inseguridad : por esto planificamos " ⁶² Já fiz referência à esta "cegueira bibliográfica" entre Matus e Flores e Robirosa .apesar da intersecção teórica de seus trabalhos . Mas este não é o ponto que interessa discutir aqui . Quero destacar é que tanto Matus como Flores , cada um do seu modo , fazem distinção entre "gestão" e "planejamento". Matus na verdade caminha na direcção de considerar , até pelo entrecruzamento dinâmico dos "momentos" que ele faz , o planejamento como gerência . Mas , mesmo assim , é possível esta olivagem entre gerenciar e planejar . No modelo que estou trabalhando esta fusão é mais radical e os limites entre as duas atividades torna-se virtual .

Estas formulações teóricas de Flores , feitas em parceria com Michael Graves , um pesquisador de Berkley , California , tem sido traduzidas em linguagem de computador em um **software** designado por "o coordenador" , que dispõe sobre o desenho de sistemas de direcção baseado na teoria linguagem/ação . "O coordenador" é , nos dizeres do autor , um sistema para manejar a ação no tempo e sua interface com o usuário e é baseada em **menus** que refletem uma teoria subjacente (linguagem/ação) . Por não conhecer o programa , não posso avaliar o grau de "controle" das conversações pretendido e possível com a utilização do "coordenador" . O próprio autor reconhece que nem todas as conversações poderão ser contidas na "máquina". O que ele defende é um papel "educativo" para o sistema no sentido " del desarrollo de una nueva tradición o cultura compartida en la que la dimensión compromiso del lenguaje sea tomada en serio dentro de una interpretación compartida de actos lingüísticos explícitamente marcados " ⁶³ E com isto , eu concordo integralmente .

A contribuição dos macro-modelos de administração

A medida em que as experiências se consolidavam e eu sistematizava e aprofundava a reflexão sobre elas, seja em função de atividades docentes, seja do desenvolvimento deste trabalho, ficava cada vez mais evidente que a questão da gestão, de alguma maneira, deslocava o "planejamento" como tema ou objeto de investigação. Como se o instrumental e os rituais ditos de "planejamento" ficassem despojados de qualquer valor e operacionalidade se não pensados no contexto organizacional. É neste sentido que formulei críticas à insuficiência da abordagem da gestão em Matus. Daí a necessidade de buscar a contribuição de outros "livros" que trabalhassem mais substantivamente este assunto. A aproximação com a obra de Flores foi muito positiva, neste sentido. Esta é a razão desta seção: examinar, criticamente, os livros que falam da gestão. Para tanto existe uma bibliografia extensa, na tradição da teoria geral da administração (TGA). O que apresento a seguir foi pesquisado em trabalhos atuais e considerados básicos para quem estuda administração no Brasil. Estes "livros" remetem a outros "livros" e depois a "outros" livros até o que se pode considerar as "fontes primárias". Refiro-me aqui aos autores "produtores de paradigmas" como Weber, Marx e Durkheim, só para exemplificar. Assumo, nesta investigação bibliográfica, uma utilização de fontes secundárias, no sentido de já serem leitura de outros autores. O que faço aqui é me posicionar perante estas interpretações e discutir em que medida contribuem para este trabalho. Para selecionar o material mais adequado entre tantas obras, armei-me de alguns critérios. O primeiro deles foi fazer um recorte da bibliografia tentando ver em que medida contribuíam na formulação de um modelo de gestão do setor público na perspectiva de um determinado sujeito social (o movimento sanitário) intervindo a nível do aparelho do Estado. O segundo aspecto que exploro aqui é a idéia da **teoria geral da administração como ideologia**. Dá para afirmar, sem risco de errar, que este aspecto é oculto, sistematicamente, em praticamente toda a literatura que consultei. A contradição essencial entre capital e trabalho fica oculta, mesmo quando questões "políticas" como o conflito e o poder são discutidas, por exemplo, entre os autores da "Escola Estruturalista". Como preparação para uma exploração crítica

do material existente . recorri aos autores que trabalham , explicitamente , o tema TGA e ideologia.

Para iniciar este roteiro , comento um brilhante artigo de Carlos Bertero intitulado " Influências sociológicas em teoria organizacional " ⁸⁴ , que faz um painel sobre a influência nas teorias organizacionais dos principais corpos doutrinários da sociologia , quais sejam , o marxismo e o funcionalismo .

Segundo ele , o funcionalismo tem sido , de longe , o principal referencial para o desenvolvimento da teoria organizacional , em função até da pobreza da produção teórica do marxismo neste campo . Talvez até porque tanto para Marx e , posteriormente , para Lenin " a teoria das organizações estava identificada com burocracia e portanto , consequentemente com sua carga reacionária " .⁸⁵ Na verdade , esta análise é um pouco mais aprofundada pelo autor no sentido de expor , por exemplo , a visão leninista da queda inevitável da complexidade do processo administrativo por conta de uma divisão crescente do trabalho de forma que qualquer cidadão , desde que alfabetizado , poderia ser funcionário público .

A origem sociológica da teoria das organizações pode ser buscada em Marx , Weber e em Durkheim . " É clássica a importância do paradigma burocrático weberiano , mas menos lembrada , embora muito influente , é a visão da sociedade como organismo que se diferencia em etapas sucessivas , tendo papel instrumental nesta diferenciação o mecanismo de divisão de trabalho , fundamento da diferenciação sócio-ocupacional das sociedades . Em consonância com a visão durkheimiana da sociedade , a organização formal surge como a maneira de organizar a interação humana , a fim de adequá-la e compatibilizá-la com a divisão do trabalho existente " ⁸⁶

Nos meados do nosso século , é Talcott Parsons que será o autor funcionalista mais fecundo e , junto com poucos outros atores , será a referência fundamental para os cientistas que estudam as organizações no período . A visão parsoniana é a das organizações tanto como cumpridoras de tarefas socialmente estabelecidas e legitimadas em função do processo de divisão do trabalho , como de legitimadoras da ordem social . no sentido de desempenharem funções para manter e operar o sistema social . A sociologia parsoniana é aquela da integração , do equilíbrio e da ordem , e portanto , como o próprio Parsons reconhecia , impotente para trabalhar a questão da mudança . As críticas ao funcionalismo centravam-se nesta fixação no " sistema " , ou seja na ordem estabelecida , no quadro institucionalizado e no processo social de estabilidade e controle e , segundo Bertero , partiam de autores funcionalistas e não daqueles de extração marxista .

" Com tais mestres e com os quadros teóricos esboçados , não deve causar admiração que a teoria organizacional tenha

se fixado mais em aspectos do funcionamento e operação das organizações, bem como da cooperação e nos resultados da atividade organizacional do que em conflito, mudança, tensões e nas contradições da sociedade que encontram expressão a nível da organização formal " 67

A teoria sistêmica, tal qual trabalhada por Buckley, poderia ser vista como um avanço em relação ao funcionalismo estrutural no sentido de ser mais adequado para trabalhar o processo de mudança, ao desenvolver a idéia da organização como sistema aberto, em permanente intercâmbio com o meio externo. "É o processo da realimentação (feedback) que irá permitir à abordagem sistêmica a explicação da mudança ".68

A teoria sistêmica está ocupada com a homeostase, aquele estado essencialmente harmônico e equilibrado resultante das trocas entre o sistema e o meio ambiente. Nesta medida, Bertero é da opinião que a teoria sistêmica contribuiu mais para o estudo das relações entre a organização e meio-ambiente do que no entendimento de fenômenos internos daquela e que, em grande medida não se diferencia muito do funcionalismo estrutural. Iste se daria por duas razões principais:

- a teoria sistêmica toma emprestado, como Parsons, modelos científicos da biologia e da mecânica, apesar de mais sofisticados com acréscimos da cibernética e da teoria da computação. Neste sentido, tem uma visão "evolutiva" do sistema social, que é comparado a um organismo vivo só que altamente complexo e, afinal de contas, em "equilíbrio", adaptado ao meio ambiente e realizando mudanças adaptativas para melhor responder às modificações que ocorrem neste.

- a teoria sistêmica "toma sem questionar do funcionalismo a versão oficial e formal das organizações, como constitutiva da realidade total das organizações e adota indiscriminadamente a teologia finalística. A organização visa o atingimento de estados valorativos 'futuros' na medida em que os objetivos organizacionais são dados pela sociedade global ou pelo sistema do qual a organização é subsistema "69

Bertero faz uma interessante revisão bibliográfica dos trabalhos de teoria organizacional, lastreados na sociologia, para revelar que as variáveis mais trabalhadas eram aquelas referentes à estrutura e subsidiariamente ao funcionamento. Para ele, esta ênfase na estrutura, pode ser explicada pela influência do modelo típico ideal da burocracia weberiana no desenvolvimento da teoria organizacional. Esta influência do modelo weberiano é importante inclusive para explicar o caráter conservador da teoria das organizações, que se tornou a seara de cientistas do establishment, conforme o autor.

"O modelo burocrático inseriu-se no contexto da estabilidade social. Ele foi concebido como modo explicativo para legitimar uma força de dominação e não deixa de conter

certo caráter prescritivo . A desejabilidade da burocracia se baseia em sua influência , rapidez , uniformidade , minimização de atritos , estabilidade e racionalidade . A burocracia é um elemento assegurador da ordem e permanência , em oposição à dominação baseada no carisma " 70

A teoria das organizações recebe , além deste aporte teórico da sociologia , forte influência da psicologia social. As contribuições desta disciplina são no sentido de psicologizar todas as questões presentes no dia a dia das organizações . às custas de uma desvalorização de fatores como estrutura , conflito capital-trabalho e poder . Nesta medida , a abordagem comportamental não representa uma alternativa ao funcionalismo estruturalista ou à abordagem sistêmica , pois deixa de lado questões "embaracosas" como o poder e a discriminação dentro das empresas . Bertero considera até que as duas vertentes são complementares no tratamento de uma realidade organizacional harmonica , estável , legítima e que se pretende objetiva . Vou explorar melhor esta questão até o fim do capítulo ao trabalhar outros autores .

Diante da insuficiência do quadro teórico , segundo avaliação do autor e com a qual eu concordo , ele propõe que sejam exploradas novas alternativas de abordagem das organizações, mesmo que para isto seja necessária uma apropriação eclética de concepções tanto do funcionalismo como do marxismo . Entre as sugestões que faz , vou destacar aquelas que têm mais relação com este trabalho e , com certeza , podem contribuir para esta leitura crítica dos macro-modelos organizacionais .

- da vertente marxista ele acha que poderiam vir as contribuições para explorar a questão do conflito de uma forma muito mais efetiva e fecunda do que tem sido feito até o momento .

- a questão da formulação das políticas a partir do interesse de atores diferenciados poderia ser explorada para superar o formalismo que preside o comportamento do tomador de decisões . " Se entendermos que organizações têm objetivos em função dos quais recursos humanos , financeiros , tecnológicos e de poder são mobilizados , é perfeitamente lícito pensar que grupos sociais tenham interesses em se apoderar destes recursos ... Sob este ponto de vista , organizações podem ser vista como instrumentos de ação a fim de implementar decisões que refletem os interesses de certos setores da sociedade , e que venham privilegiar objetivos de grupos , que podem ser até estranhos à organização . " 71

- a questão da discrepância entre os valores da cúpula e os da base poderiam ser explorados mais a fundo para revelar melhor o funcionamento das organizações .

- finalmente , o campo da análise institucional , ou seja , aquele que busca esclarecer as vinculações entre

organizações e sociedades , deveria procurar superar o paradigma simplista e insuficiente fornecido pela teoria sistêmica com sua ênfase na mudança adaptativa . A análise institucional estudaria exatamente como as organizações se "institucionalizam" através de suas vinculações com setores específicos da sociedade e as maneiras como se processam as trocas entre organização e sociedade .

Outro autor que dá uma contribuição importante para esta discussão , a partir de marcos teóricos mais amplos , é Fernando Prestes Motta quando discute a questão do poder nas várias abordagens teóricas da teoria da organização . No livro " Teoria das organizações : evolução e crítica " 72, o autor desenvolve um amplo painel sobre a questão (oculta) do poder nos vários modelos macro-organizacionais . Sua crítica elaborada a partir de uma visão libertária inspirada, entre outros atores , em Marcuse e Habermas , centra-se na substituição de uma lógica substantiva por uma lógica instrumental . " A lógica substantiva implica em percepções inteligentes de como os acontecimentos relacionam-se em determinada situação . Esta percepções implicam na ausência de um fim exterior ao ato de pensar como ocorre na razão instrumental . O modo burocrático de pensar submete a razão substantiva à razão instrumental , como se por trás das regras burocráticas não houvesse valores e conflitos de interesses " 73

A crítica do autor estende-se à ciência administrativa conforme desenvolvida nos então países do socialismo real , no sentido de que a mesma não fugiria deste paradigma da dominação da lógica instrumental . Isto porque a produção teórica dos autores daqueles países não fugiu do paradigma sistêmico no sentido de enfatizarem a interdependência das organizações em relação ao sistema organizacional global , isto é , do Estado . Neste sentido a visão de Motta é muito pessimista ao desvendar a questão do poder implícita nos macro-modelos de organização e , se não apropriada a partir de um outro referencial (o de um ator coletivo , não movido por fins particularísticos , por exemplo) é quase paralisante ... Para facilitar a exposição de suas críticas, ele intitula cada período histórico e sua teoria organizacional mais marcante por uma designação que sintetiza sua apreciação .

A coerção fala do taylorismo , no fim do século passado e primeiras décadas deste e significa a apropriação , pela direção capitalista , dos conhecimentos práticos do processo de trabalho , antes monopolizados pelos trabalhadores . " O taylorismo implica numa alta desumanização do trabalho. Sua lógica é a do apressamento e sua implantação implica num considerável aumento do aspecto rotineiro e monótono do trabalho . Ao que tudo indica , sua implantação nos Estados Unidos só foi possível em função de determinadas condições econômicas e sociais . Entre essas condições estão certamente a existência de empresas dotadas de alto poder econômico e político , a debilidade dos sindicatos dos trabalhadores , a

inexistência de uma legislação social e o predomínio da oferta sobre a procura no mercado de trabalho " 74. O autor destaca , além disto , o taylorismo enquanto corpo doutrinário que contempla a separação do trabalho intelectual e manual e fala de um mundo de ordem e harmonia , no qual os interesses dos trabalhadores seriam compatibilizados com os dos patrões .

A hierarquia refere-se ao corpo doutrinário de Fayol , o definidor da administração como planejar , organizar , comandar , controlar . Para ele , a decisão burocrática é monocrática , o fluxo de comunicação de cima para baixo legítimo e a organização é vista como um sistema de papéis em que as pessoas não importam . Nesta medida , pode-se dizer que Fayol utiliza-se de um quadro explicativo semelhante ao de Weber . Não é preciso muito esforço para reconhecer a grande influência destas concepções ao nível da empresa pública , passados mais de setenta anos de sua elaboração .

No contexto de um acelerado desenvolvimento do capitalismo , após a primeira guerra mundial, em uma sociedade caracterizada por alta produtividade e com crescentes demandas dos trabalhadores , surge a teoria das relações humanas e que Motta designa como a **manipulação** . O autor mais importante desta escola é Mayo e o traço marcante de sua obra é a estigmatização do conflito . 75 O seu pensamento caracteriza-se pela subordinação do psicológico ao econômico e as interpretações psicológicas , por mais importantes que sejam , intervêm apenas sobre pontos particulares , para justificar novas formas de dominação. 76

O autor vê o behaviorismo ou a teoria comportamental representada pelos trabalhos de Simon como uma espécie de **transição** entre a teoria da administração e a teoria da organização . Aqui também Fernando Motta vai apontar que a visão da organização como sistema decisório oculta que as premissas de decisão dos trabalhadores são controladas pelo capital .

Em plena efervescência dos anos sessenta , toma corpo a teoria do **sistema** que representaria a dominação escamoteada pela idéia de integração . " Tudo se passa como se de fato não houvesse dirigentes e dirigidos , mas apenas supersistemas , sistemas e subsistemas . Nessa situação , o conflito entre a parte e o todo só pode aparecer como disfunção , na medida em que tudo é pensado em termos de uma harmonia universal " . 77 Conforme análises de Bertero que apresentei anteriormente , não há , nesta medida , uma diferenciação importante entre o funcionalismo estruturalista e a teoria sistêmica .

Continuando sua análise crítica dos macro-modelos de organização , Fernando Motta examina o que ele chama de o **dirigismo** , entendido como " todo o conhecimento organizacional , fundamentalmente de base sócio-psicológica , colocado a serviço do controle social e do produtivismo " . 78

Nesta categoria se coloca toda a corrente do **desenvolvimento organizacional** tão em voga nos anos recentes e cita, para ilustrar, os trabalhos de Likert, em particular a idéia dos "elos de vinculação superposta", que permitiriam transformar a organização em um sistema eficaz de controle social via redução da variabilidade humana. Destaco este exemplo pois, mais adiante, tentarei mostrar que esta formulação, traduzida em colegiados de gestão de órgãos públicos pode ser vista não como forma de controle social, mas como auxiliar de uma gestão profundamente democrática.

Ele mesmo reconhece no entanto, como Uribe Rivera também o faz em sua tese de doutoramento, que existiria, em algumas teorias, uma certa tensão entre uma ideologia efficientista e uma ideologia razoavelmente libertária.

Esta avaliação sobre o tema não poderia deixar de explorar o já clássico trabalho de Mauricio Tragtenberg, intitulado "Burocracia e Ideologia". Utilizando-se da análise marxista, o autor revela-nos o surgimento da burocracia no modo de produção asiático e, nesta medida, antecedendo de séculos o seu surgimento na área da empresa privada. Tragtenberg faz também uma análise aprofundada da formulação do pensamento weberiano, no contexto de um país de desenvolvimento capitalista tardio como a Alemanha. Vejamos o que ele nos diz sobre a teoria administrativa e ideologia:

"O processo de ideologização da Teoria Administrativa está em sua postura como ontologia, despida de historicidade. Ela representa a tradução em linguagem administrativa da praxis econômico-social historicamente definida. A mesma divisão de trabalho que separa planejamento de execução, trabalho manual de trabalho intelectual na empresa capitalista, opera a divisão entre Sociologia, Filosofia e a Teoria da Administração, formando os experts em Teoria Administrativa. A autonomização da Teoria Administrativa em relação às determinações econômico-sociais se dá por mediação das instituições -escolas, institutos de pesquisa, centro de estudos - encarregados pela divisão do trabalho na produção e reprodução de ideologias... A autonomização da Teoria da Administração é ideológica, na medida em que ela é desvinculada do processo onde as partes não se reconhecem pertencer à totalidade." 79

O autor emprega o conceito de ideologia na mesma perspectiva de Michael Lowy. Para este, é a classe que cria e forma as visões de mundo ("superestruturas"), mas estas são sistematizadas e desenvolvidas por seus **representantes políticos e literários**, isto é, seus ideólogos. A visão social do mundo (ideológica ou utópica) com seus diversos componentes, corresponde não somente aos interesses materiais de classe, mas também à sua situação social, conceito mais amplo que permite superar a tentativa reducionista que relaciona a ideologia apenas ao interesse

economicamente definido .

" O que define uma ideologia (ou utopia) não é esta ou aquela idéia isolada , tomada em si própria , este ou aquele conteúdo doutrinário , mas uma certa forma de pensar , uma certa problemática , um certo horizonte intelectual (limites da razão) . De outro lado , a ideologia não é necessariamente uma medida deliberada ; ela pode comportar (e comporta geralmente) uma parte importante de ilusões " ao

Para Tratenberg as teoria administrativas são dinâmicas, na medida em que mudam com a transição das formações económicas . representando os interesses dos detentores do capital nos países capitalistas ocidentais e o poder burocrático nas sociedades do então "socialismo real" , ou fundadas no coletivismo burocrático , segundo o autor . ⁵¹ Ele analisa como nestes últimos países a teoria administrativa produzida sob a ideologia do capital foi apropriada e aplicada , agora não mais sob a lógica da reprodução do capital , mas tão manipuladora ou opressora quanto a "original" .

Não resisto de reproduzir um parágrafo de um destes milhares de "manuais de administração" que são encontrados aos montes nas livrarias: " E onde se encaixa o Círculo de Controle de Qualidade , fomentando grupos de trabalho administrados pela própria supervisão , para que as pessoas falem , evidentemente não destruindo a estrutura hierárquica, porque qualquer coisa que ameace essa estrutura piramidal também não vai funcionar , isso nós sabemos . Se alguém quiser virar essa pirâmide de cabeça para baixo , como socializar a empresa , de tal maneira que o operário tenha o mesmo poder de decisão do presidente , isso é utopia , pois nem time de futebol aguenta sobreviver sem técnico . Ou seja, esta é a nossa realidade , nos vivemos dentro deste regime de trabalho chamado capitalismo , e tudo que pudermos fazer para humanizar esse trabalho é , antes de mais nada , nossa obrigação . " ⁵¹ Se esta citação pode nos escandalizar pela sua "sinceridade" , não é menos verdade que boa parte da "literatura" disponível sobre teoria administrativa não passa de boa ideologia encadernada ...

Guerreiro Ramos contribui para esta reflexão sobre TGA e ideologia . com uma contundente crítica à teoria da administração desenvolvida desde Taylor e Fayol , feita a partir de uma matriz funcionalista . Mesmo discordando com as conclusões de suas análises que apontam para uma sociedade onde o mercado é "controlado" e convive com formas alternativas de unidades sociais e ao Estado é conferido um papel de regulação mínima como quer o neo-liberalismo , entendo que a sua crítica à TGA é pertinente . Utilizando-se dos conceitos de racionalidade substantiva (Wertrationalitat) e de racionalidade formal (Zweckrationalitat) conforme trabalhados por Weber , o autor propõe-se a uma "nova ciência das organizações" . Para tanto , ele desenvolve uma avaliação crítica de toda a teoria da administração , dos clássicos aos

contemporâneos , no sentido de que todas elas estariam baseadas em um modelo teórico equivocado , calcado na racionalidade formal e centrado no mercado , ao qual se concede status de estágio último e mais desenvolvido do desenvolvimento humano .

" O modelo de análise e planejamento de sistemas sociais que ora predomina , nos campos da administração , da ciência política , da economia e da ciência social em geral , é unidimensional , porque reflete o moderno paradigma que , em grande parte , considera o mercado como a principal categoria para a ordenação dos negócios pessoais e sociais " .⁸³ Por considerar que esta razão formal ou instrumental permeia e preside as atividades das organizações , ele é profundamente cético em relação a qualquer medida "humanizadora" das relações de trabalho , como por exemplo aquelas propostas pela Escola das Relações Humanas . Por isto mesmo conclui:

" ...Caberia assinalar que uma gerência participante , envolvendo relacionamentos interpessoais não hierárquicos , é matéria bastante estranha aos ambientes econômicos centrados no mercado . Uma vez que no presente estágio histórico é inconcebível que qualquer sociedade venha jamais ser capaz de descartar completamente as atividades de natureza econômica , certo grau de hierarquia e coerção será sempre necessário para a ordenação dos negócios humanos como um todo ..."⁸⁴

O autor "escapa" deste "constrangimento incontornável" propondo que o mercado seja apenas um enclave controlado no interior da sociedade e que outras unidades ou espaços sociais sejam criadas como espaços alternativos nos quais os homens encontrem sua realização plena . Quiz destacar com as formulações de Guerreiro que teoria da administração é sempre ideologia mesmo quando pensamos que a nossa agordagem em particular não o seja . Usando a figura do Lowy , concordo com a idéia de que o condutor da carruagem que está atolado em uma estrada barrenta não possa escapar da situação alcando-se puxando os próprios cabelos ... O que fazer então?

Coerente com que afirmei nos parágrafos anteriores , assumo que eu também faço uma leitura ideologizada dos "livros" que pesquizei , tendo em vista que o faço sob a ótica do sujeito social "movimento sanitário" e de seu projeto para o setor saúde .

Dito isto , o passo seguinte é fazer uma exploração no sentido de tentar caracterizar as singularidades da administração pública , em contraponto com o setor privado . Ou seja , explicito aqui outro parâmetro que utilizo para uma leitura crítica da TGA .

A singularidade da administração pública

O uso dos termos administração , gerência ou gestão merece um esclarecimento . Na tradição francesa e inglesa , a palavra **management** , normalmente traduzida para o português como gerência , refere-se à gestão privada e a palavra **administration** (traduzida como administração) tende a significar a gestão pública . No inglês norte-americano , de grande influência na terminologia administrativa brasileira , a palavra **management** é usada quase indistintamente como **administration** . O termo **gestão** englobaria , na tradição europeia os conceitos de administração e gerência .⁸⁵ No Brasil , até por desgaste destes últimos dois termos , tem-se adotado a palavra **gestão** . Nesta medida usam-se as três palavras como sinônimas , coisa que adoto no correr deste trabalho .

Outro esclarecimento diz respeito à utilização dos termos empresa pública , conforme utilizado , por exemplo , por Souza Campos e "setor público" ou "administração pública" por outros autores . Opto , neste trabalho , por não utilizar o conceito de empresa pública , por entender que o mesmo tem um uso corrente mais restrito . Fernandes aplica alguns "testes" para caracterizar a empresa pública , dos quais distingo alguns : " - o campo de atividade : a atividade em que se engaja a organização deverá ser de natureza econômica - indústria , agricultura , comércio e serviços . Isso excluirá , automaticamente , os elementos do setor público de caráter não econômico ou não comercial...

- o conceito de investimento e retorno:

A atividade econômica está vinculada à idéia de empresa. Deveria envolver , portanto , um investimento de capital e o uso de capital de giro , em relação ao qual normalmente se espera um retorno ... "⁸⁶

Como estou analisando experiências desenvolvidas em órgãos da administração pública direta , acho importante fazer esta distinção , mesmo porque é sabido serem estes os órgãos que lidam com mais constrangimentos (ver adiante) dentro do setor público .

Souza Campos , discordando da idéia de que não haveria uma teoria acabada sobre a gestão da "empresa pública" , afirma existir um corpo teórico classicamente adotado para a gestão e direção de serviços públicos de saúde . Mais ainda , nos diz que este referencial teórico ora se alimenta nos ditames da escola clássica (com seus mecanismos de controle mais explícitos , duros e autoritários) ora na teoria dos Recursos Humanos (mais brandos , camuflados e difusos) . " A gerência é concebida apenas como uma correia de transmissão das determinações gerais de quem detem o poder (governante , proprietário , conselhos de direção etc) . E ao gerente , ou administrador , restaria o consolo da 'servidão voluntária' . Neste caso , o sujeito coletivo para que esta teoria seria construída é ou a Burguesia ou o Estado " .⁸⁷ Acho necessário

examinar este tema para uma melhor compreensão deste trabalho. Antes de mais nada , é necessário pontuar que o "público" no Brasil , tem sido , desde sempre , expressão do "privado". Esta privatização do público tem sido objeto de um importante debate na sociedade brasileira , em particular a partir de todos os fatos e revelações que resultaram no processo - inédito na nossa história - de afastamento de um Presidente da República . Faço esta observação de uma forma ligeira por achar que um aprofundamento desta discussão foge ao escopo deste trabalho . Para uma análise mais sistematizada do tema , na área específica das políticas de saúde , recomendo a leitura de "a Saúde Pública como Política" , de E.E.Merhy .

Para Paulo Roberto Motta as principais características da organização pública seriam :

- a sobrevivência e a ação independem dos mecanismos de mercado ou da existência de lucro ou superávit
- a remuneração global independe , em grande parte , do preço pago pelos clientes
- os objetivos são baseados em interesses comunitários mais amplos , cujo alcance ultrapassa os limites particularísticos
- a cultura organizacional tende a se caracterizar por forte senso de identidade e de aderência à missão sócio-econômica " 88

Por estas características específicas das organizações ou empresas públicas , ele questiona a possibilidade da aplicação da moderna teoria gerencial às mesmas , na medida em que praticamente toda a produção teórica disponível refere-se às empresas privadas . A ressalva que faz é sobre a necessidade de uma leitura crítica destas contribuições para pensar a gestão das organizações públicas . Acho que está afirmação , aparentemente óbvia , merece ser acatada com todo o rigor e consequências que implica , como discuto mais adiante . Os seguintes aspectos dificultariam a aplicação da teoria das organizações ao setor público (tendo como referência a abundante literatura sobre empresas privadas atualmente existente) :

- as organizações públicas não possuem suas estratégias de crescimento baseadas na competição , nem são administradas ou avaliadas por um sistema de ganhos e perdas no sentido mercadológico .

- nas organizações públicas , o processo decisório não possui a mesma racionalidade organizacional das empresas privadas , pois não sofre os mesmos tipos de ameaças nem busca as mesmas oportunidades . Seus dirigentes normalmente não gozam das mesmas condições analíticas e de autonomia . Pelo contrário , a sobrevivência destas organizações é garantida por fatores que não a autonomia gerencial sobre a ambiência externa .

- as organizações públicas , pela sua própria natureza , não são administradas ou avaliadas segundo critérios de mercado ; têm dificuldade de justificar mudanças repentinas devendo , normalmente , transparecer continuidade , coerência e estabilidade . " as

Em outro artigo , o mesmo autor faz uma série de indicações muito interessantes para se pensar a modernização administrativa do setor público . Primeiro , ele observa que toda a aparente irracionalidade e ineficiência da administração pública latino-americana na verdade foi construída sobre a base de uma racionalidade de controle político que conserva o *status quo* e , neste sentido , ela pode ser considerada razoavelmente eficiente . Em função disto " a base que se defende para a reforma do Estado é a criação de outras forças políticas através de novas formas de articulação e agregação de interesses que provoquem rupturas na estrutura burocrática e aumente a efetividade frente ao público ... A estrutura do Estado , por sua própria natureza , tem que ser reformada e alterada a partir das bases , para gerar mais poder descentralizado e melhorar a forma de articulação e agregação de interesses " .⁹⁰ A modernização do Estado teria que ser feita então através da criação de mais recursos de poder , de uma alteração das relações Estado/sociedade e pela alteração dos canais de comunicação entre o público e a burocracia . Inclusive ele reforça que esta relação com a clientela não deve ser só para captação de valores e expectativas da comunidade ou consulta sobre projetos já elaborados , mas conferir um caráter deliberativo à esta relação , no sentido do estabelecimento de objetivos e prioridades . Esta participação deveria se dar da forma a mais descentralizada possível e não poderia ser vista como substitutivo dos mecanismos de democracia parlamentar . ⁹¹

Além disto , ele faz uma série de indicações muito interessantes para este trabalho , referindo-se às organizações públicas :

- é necessário superar a falta de integração entre planejamento e implementação . Alerta para o fato de que a autoridade do cargo de direção superior , mesmo com seus aspectos legais e simbólicos de poder , não é suficiente para fazer funcionar a máquina administrativa pública de forma mais coerente e eficiente . " O controle dos grupos é , por razões de poder , muito mais forte , por menos visível e contestável que seja , no sistema de implementação do que no campo da formulação . Desta forma , mesmo dominado-se a máquina administrativa de formulação de políticas e existindo sistemas de planejamento sofisticados , racionais , intelectualizados , avançados e progressistas , com planos e idéias excelentes para os órgãos de implementação , estes serão inócuos em termos de ação " .⁹² Faz , algures , uma crítica à debilidade do momento tático-operacional do planejamento estratégico situacional , em outras palavras , mas com o mesmo conteúdo .

- " Na área pública a maioria dos dirigentes possui apenas um mínimo de poder sobre os objetivos dos órgãos que dirigem. Dirigentes públicos têm que negociar a definição de objetivos e as formas de atuação da organização com as diversas coalizões de poder envolvendo, inclusive, os termos de seu próprio trabalho. Isto torna as instituições públicas frágeis, instáveis, descontínuas, vulneráveis e altamente dependentes de pessoas e dirigentes, que são nomeados não somente por possuírem capacidades gerenciais, mas por capacidade, habilidade e lealdade políticas. " 83

- tem uma posição de ceticismo em relação a "treinamentos gerenciais" ou na simples adoção de técnicas administrativas mais modernas. Para ele é necessário encontrar formas de capacitar as empresas públicas a responderem às necessidades de um contexto social caracterizado por ambiguidades econômicas, escassez de recursos e grandes desigualdades sociais.

Finalmente ele considera que os "escapismos" (criação de órgãos paralelos, de estruturas funcionais informais, nomeação de pessoal fora de condições legais e outros) embora possam ser, em boa medida, considerados como negativos, em algumas situações poderiam e deveriam ser testados até para buscar soluções mais criativas em um processo de mudanças. Todas as experiências relatadas nos capítulos anteriores têm claros exemplos de "escapismos" ou "deliquências" como dizíamos, por exemplo, na época da experiência do Departamento Regional de Saúde de Campinas.

Lerner e Wanat, em livro recente 84, também analisam as particularidades da administração pública, que para eles seria uma "administração com constrangimentos" ou uma "administração com limitações" (constrained administration), concluindo disto que as técnicas de gerência privada não seriam adequadas para o setor público. Ou, pelo menos exigiriam certas adaptações, sob a pena de se fazerem aplicações mecânicas das mesmas e portanto inadequadas.

" If anything, optimal allocations is more advanced in technique and more prevalent in practice among business and industrial organizations than among public agencies. To some degree this is because the stakes are clearer and because the problems are more easily tackled in business. Since there is no unequivocal bottom line, such as profit or loss, in service delivery in the public sector as there is in business, quantitative techniques to maximize outcomes are not easily applied. There is no profit to maximize. Because survival in public bureaucracies does not depend on revenues generated by sales but can normally assume continuing support from tax dollars, in many areas the urgency to do the most for the least is not overpowering. Because the 'products' of public agencies are not discrete as are those of private firms, cost per unit of service is not easily determined and so efficiency is not easily measured. Further, the goals of public bureaucracies are often numerous and occasionally

A afirmação acima é , sem dúvida , aplicável à nossa realidade a despeito do Brasil ser uma formação social muito diferente dos Estados Unidos . As restrições que o autor aponta são muito semelhantes àquelas que lidamos no nosso cotidiano gerencial . Ele aponta como constrangimentos à gestão pública as restrições e as exigências legais , as normas éticas e sociais para a gerência pública , a opinião pública , o controle do legislativo , restrições financeiras ou rigidez na execução orçamentária entre outros .

O autor destaca que o funcionamento do setor público é regulamentado pelo Poder legislativo (e que nem sempre estas regras são claras) , que a execução orçamentária é rígida e o orçamento anual tem que ser negociado em outras instâncias. Ele fala também da rigidez e lentidão do processo de recrutamento de pessoal , bem como da inadequação dos mecanismos de avaliação , promoção e mesmo de demissão de pessoal.

Interessante é ver como tudo aquilo que é encarado como restrição em um país de sólida tradição do funcionamento das instituições em boa medida faz parte do ideário dos setores progressistas da sociedade brasileira , na perspectiva de combater a privatização do estado brasileiro e garantir maior controle e transparência da administração pública . Este conjunto de restrições constitui-se em um paradoxo , na avaliação dos autores :

" Note the paradox forming the basis for unique element of public administration . The desire for freedom from bureaucratic oppression , the need to maintain control over the organs of government , and the hope for accountability all motivate the strictures common to public sector administration . The desire for freedom by clients of government generates the restrictive environment characterizing public administration . It is almost as if a fixed amount of latitude or flexibility by the populace means the scales are balanced by restricting the freedom and the flexibility of the public employees . " ²⁸ Não acho que o autor esteja , com isto , contrapondo-se às conquistas de uma sociedade democrática , mas constatando constrangimentos objetivos , presentes na gestão do setor público e que devem ser considerados ao se aplicar elementos da teoria administrativa ao mesmo . E esta reflexão ajuda muito o desenvolvimento deste trabalho .

A contemporaneidade de Weber

O estudo da teoria das organizações , seja a partir da ótica do setor público seja do setor privado tem , necessariamente que passar por Weber . Toda a produção da corrente estruturalista desenvolvida nas últimas décadas

utiliza-se da "fôrma" weberiana . Por mais que o ponto de partida seja a crítica de "distorções" das suas proposições iniciais . os vários autores estruturalistas referem-se , no final das contas , ao consagrado modelo conforme pensado por Weber . Quanto ao setor público , ousa afirmar que o paradigma burocrático é o paradigma hegemônico . Daí podermos dizer que o aferramento ou fidelidade da burocracia pública aos princípios do modelo weberiano podem ser tomados como mais uma singularidade do setor público , conforme desenvolvi no ponto anterior . Para Chiavenato haveria dois modelos básicos de organizações . Um seria o racional , que representa uma lógica de sistema fechado , e teria uma visão focalizada apenas nas partes internas do sistema , com ênfase no planejamento e controle . Além disto trabalharia com a expectativa de certeza e de previsibilidade . Esta seria a abordagem típica da Administração Científica de Taylor , da Teoria Clássica de Fayol e da Teoria Burocrática de Weber .

O outro , seria o modelo natural , ou seja , aquele cuja visão é focalizada sobre os sistemas e sua interdependência com o ambiente e lidaria com a expectativa de incerteza e imprevisibilidade . Esta seria a abordagem típica das modernas teoria da administração fundamentadas na teoria dos sistemas . ⁸⁷ Mesmo considerando como muito simplista esta taxonomia do autor , no mais coerente com a visão geral que ele tem da TGA , é interessante ver como o modelo adotado na administração pública aproxima-se mais da concepção weberiana, da mais "atrasada" , digamos assim .

Para entendermos o modelo de burocracia , conforme formulado por Weber , é necessária a compreensão de dois conceitos básicos na obra daquele autor . O primeiro refere-se aos **tipos ideais** . Estes seriam , para ele , o mais claro exemplo imaginável para um arranjo institucional que a categoria quer cobrir . E o "exemplo perfeito" conceitual , o caso mais puro da idéia que a categoria que está-se trabalhando representa , no caso , burocracia . E como se fosse um padrão ideal , como o metro-padrão que encontra-se em Genebra na Suíça . ⁸⁸ O outro conceito é o de autoridade , que exploro adiante .

A partir desta idéia de **tipo ideal** formulou as seguintes características da burocracia :

" 1_ Uma organização contínua de funções oficiais , ligadas por regras .

2- Uma esfera específica de competência . Isso inclui (a) uma esfera de obrigações para realizar funções estipuladas como parte de uma divisão sistemática de trabalho (b) a atribuição , ao encarregado , da necessária autoridade para desempenhar essas funções ; (c) que os meios necessários de obrigatoriedade sejam claramente definidos e seu uso sujeito a condições definidas .

3- A organização dos cargos segue o princípio da

hierarquia , isto é , cada cargo inferior está sob o controle e supervisão de um posto superior

4- As regras que regulam a conduta de um cargo podem ser regras ou normas técnicas . Nos dois casos , para que sua aplicação seja inteiramente racional , torna-se necessária uma preparação especializada . Dessa forma , é habitualmente verdade que apenas uma pessoa que demonstrou um preparo técnico adequado , está qualificada para ser membro do corpo administrativo .

5- É uma questão de princípio que os membros do corpo administrativo devam estar completamente separados da propriedade dos meios de produção e administração (...) Além disso , existe em princípio uma completa separação entre a propriedade que pertence à organização - e que é controlada nas esferas do cargo- e a propriedade pessoal do funcionário.

6- As regras , decisões e atos administrativos são formulados e registrados por escrito (...) " es

Este é o modelo ideal . o discurso legitimador que a burocracia toma como seu e justifica o tratamento frio e impessoal para os usuários . a excessiva utilização da comunicação escrita . o apego às regras e a inflexibilidade e, porque não . o autoritarismo e resistência às mudanças . Como se o modelo burocrático legitimasse o descompromisso . ao lançar o seu véu indiferenciador sobre as pessoas reais que demandam os serviços públicos . Este é o modelo , mais do que qualquer outra que molda a consciência do funcionário público e tem sido o substrato sobre o qual tem-se trabalhado a mudança da administração pública . Nesta medida , o modelo burocrático torna-se o contraponto necessário quando da investigação de formas alternativas de gestão pública . Como se a administração pública tivesse permanecido ao largo ou imune à toda a especulação teórica e toda a experimentação acumuladas na área de TGA nas últimas décadas .

É óbvio. que o fantástico desenvolvimento econômico e social ocorrido nos países capitalistas do "primeiro mundo" neste século . tinha que questionar o modelo burocrático . Não fosse por nada . pela sua incapacidade de instrumentalizar melhor os representantes do capital para lidar com os conflitos existentes no interior das empresas e fábricas e que interferiam diretamente no processo produtivo .

Warren Bennis coloca-se como profeta da morte da burocracia ao afirmar que " a forma burocrática de organização está se tornando cada vez menos efetiva ; isto é, desesperançosamente fora da realidade contemporânea ; que novas formas , padrões e modelos estão emergindo com promessa de drástica mudança na conduta de corporações e práticas gerenciais em geral " 100

É impressionante o desenvolvimento da Escola Estruturalista nas últimas décadas . Seus atores enriqueceram

a matriz weberiana com as contribuições da Escola das Relações Humanas e com conceitos da Escola Clássica , caminhando para uma maior preocupação com as relações organização/meio , nos moldes do que será aprofundado pela teoria sistêmico-contingencial . Vou destacar alguns trabalhos que , na minha opinião , contribuem para examinar certas situações que foram vividas no desenvolvimento das experiências relatadas nos primeiros capítulos . De uma maneira geral , estes trabalhos tentam responder questões relativas à adaptação das burocracias às exigências externas dos clientes e às exigências internas dos participantes . Na relação direção/trabalhadores , a preocupação central é com o conflito no interior das organizações , que os "estruturalistas" acham que é forçoso reconhecer existir, ao contrário dos clássicos que desenvolviam uma "política de avestruz" neste aspecto ...

Philip Selznick , em clássico estudo do final da década de quarenta , mostra como uma empresa , a TVA (Tennessee Valley Authority) havia sido "remodelada" a partir da articulação de suas agências descentralizadas com forças políticas locais . ¹⁰¹ Alvin W. Gouldner avalia as más consequências para uma fábrica e mina de gesso da mudança de um padrão gerencial mais tolerante para outro mais rígido e mais próximo ao ideal burocrático . ¹⁰²

Os autores "estruturalistas" trabalharam muito a questão da tipologia das instituições . A classificação mais conhecida é aquela de Amitai Etzioni que classifica as organizações com base no uso e significado da obediência . Para ele , existiriam as organizações coercitivas , as utilitárias e as normativas . Este último tipo seria aquele "onde o poder se baseia em um consenso sobre objetivos e métodos da organização . Utilizam o controle moral como a força principal de influência entre os participantes . Os participantes têm um alto envolvimento "moral" e motivacional. As organizações normativas são também chamadas "voluntárias" e incluem a igreja , universidades , hospitais e muitas outras organizações políticas e sociais . Aqui , os membros tendem a buscar seus próprios objetivos e a expressar seus próprios valores pessoais " ¹⁰³ Chama a atenção que as empresas privadas não são citadas pelo autor quando ele exemplifica a organização normativa , sem dúvida a "melhor" ou mais "politicamente correta" quando comparada com as demais . E como se ele reconhecesse , implicitamente , a impossibilidade do setor privado de controlar , apenas com base em "alto envolvimento moral e motivacional" o incontornável conflito capital/trabalho inerente às estas organizações . Amitai Etzioni vai nos falar ainda , em "Organizações Modernas" do conflito entre a autoridade do especialista (conhecimento) e a autoridade administrativa (hierarquia) . Blau e Scott estudam o conflito entre a organização formal e a informal e identificam três dilemas básicos em toda a organização formal : dilema entre coordenação x comunicação livre , dilema entre disciplina burocrática x especialização profissional e dilemas entre a

necessidade de um planejamento centralizado x iniciativa individual . 104

Quero mostrar , com estas citações ligeiras de alguns trabalhos dos autores da "Escola Estruturalista" , que os mesmos se ocuparam de uma série de aspectos que , embora trabalhados a partir de um enfoque diferente daquele que tem orientado o presente trabalho , categorizam e problematizam certas questões que são muito pertinentes para quem trabalha com a gestão dos serviços públicos . Ou ainda , para mostrar o atraso da gestão pública no Brasil que está longe de enfrentar estas questões . Digo que o enfoque dos estruturalistas tem um ponto de partida ou uma abordagem totalmente diferente das minhas preocupações ao citar , por exemplo , uma frase de um dos seus mais reconhecidos autores: " O êxito de uma organização depende , em grande parte , de sua capacidade para manter o controle dos participantes " 105 Destaco isto porque , nesta revisão está sempre presente uma tensão entre marcos teóricos opostos e que , ora um , ora outro , contribuem para uma reflexão a respeito de um modelo de gestão do setor público .

Pode-se dizer que , os trabalhos desenvolvidos na linha dos exemplos que citei fazem a contemporaneidade de Weber no campo privado , na medida em que estão lidando com o segundo conceito basilar da teoria Weberiana , ao se estudar a burocracia , que é o de autoridade ou o direito de usar o poder . "...Sua análise de legitimidade abriu uma perspectiva inteiramente nova para o estudo da satisfação derivada da participação na organização . Sua compreensão da mútua influência entre o poder de controle e a capacidade de justificar ("legitimar") seu exercício , estabeleceu o contexto de um grande número de trabalhos posteriores a respeito da questão central da organização : como controlar participantes , a fim de elevar ao máximo a eficiência e a competência , a reduzir ao mínimo a infelicidade provocada por essa necessidade de controle " 106

Lerner e Wanat acham que no formato organizacional das burocracias mais antigas e centralizadas , os procedimentos e critérios de comportamento são definidos a partir de leis muito antigas e por isto mesmo de mudança difícil e lenta. 107

Os preceitos weberianos referem-se a relações entre burocratas , mas abrangem algumas questões muito interessantes para este trabalho , como por exemplo , da existência dos chefes não burocráticos . Os cargos de confiança do executivo e cujos ocupantes são periodicamente rodiziados são tipicamente chefes não burocráticos . Vejamos o que diz Etzioni :

" Esses chefes da organização preenchem uma importante função , ao auxiliar a manutenção da ligação emocional (e neste sentido , irracional) com a racionalidade (...) A identificação com uma pessoa , um líder ou chefe de organização proporciona a influência psicológica que reforça

o compromisso com os preceitos da organização , proporcionando uma imagem mais concreta e "afetuosa" , com a qual é mais fácil a identificação ".108 Ou seja , os "estruturalistas" incorporam contribuições da Escola das Relações Humanas e da Comportamental , em particular as relações informais , o reconhecimento de que um chefe mais "humano" e afetuoso "consegue mais" dos trabalhadores , do que o chefe muito rígido , formal e que se utiliza apenas das linhas hierárquicas para se comunicar com os subordinados . Assumindo o risco de estar simplificando um pouco , acho que se poderia dizer que os estruturalistas "amaciam" o modelo original weberiano , sem abandoná-lo no entanto .

Quiz então falar da contemporaneidade de Weber seja porque sua formulação de burocracia ainda preside o modelo organizacional prevalente no setor público , seja por informar uma série de trabalhos que , lidos a partir de outro ângulo ou de outra "visão do mundo" , podem contribuir para a criação de modelos alternativos de gestão pública . Para isto é fundamental considerar o fator humano de uma forma radicalmente oposta à visão prevalente na abordagem "estruturalista" (como nas demais teorias da TGA , de uma forma geral , diga-se de passagem) . Mas isto é assunto do ponto seguinte .

O fator humano : do dente da engrenagem ao sujeito político

O sub-título acima teve inspiração no trabalho de Lerner e Wanat , já citado anteriormente , que dá à uma de suas secções o título de " fator humano : do dente da engrenagem aos recursos humanos " . Ou seja , quero destacar antecipadamente que pretendo fazer um recorte da bibliografia sobre o assunto , procurando ver em que medida contribuem para a construção da idéia de atores no interior das organizações , indo além da visão mais "moderna" da TGA , que de uma maneira geral , não vai além dos "recursos humanos" .

Esta foi a preocupação de Uribe Rivera em sua tese de doutoramento e tem sido uma indicação constante nos trabalhos de Souza Campos já citados anteriormente . O primeiro negando-se a reconhecer que haja uma ruptura verdadeira entre as várias escolas ou teorias da administração , no sentido de que todas seria , em última instância , modeladas por uma racionalidade estratégica , no sentido que lhe dá Habermas . Por esta razão vai procurar em outros "livros" contribuições que superem a visão do "homem funcional" , instrumento da organização .109

O fator humano poderia ser escolhido como a categoria capaz de proporcionar uma taxonomia mais abrangente e coerente da teoria geral da administração . Ele é trabalhado, implícita ou explicitamente , por todas as escolas . Mesma a teoria sistêmico-contingencial que coloca sua atenção em

aspectos mais relacionados com tamanho da empresa . tecnologia e ambiente . traz implícita , uma visão do fator humano . Ou melhor dizendo , uma visão ideologizada do fator humano . Pode-se dizer mais ainda : é esta "determinada visão" , ocultadora às vezes , "ingênua" ou incompleta em outras , mas parcial sempre , é que dá recorte substantivo das várias "escolas" .

Para uma análise crítica deste trabalho é vital o aprofundamento do tema . aqui tomado de maneira a mais abrangente possível (e no limite da minha capacidade) no sentido de analisar aspectos como satisfação no trabalho , conflito , expectativas pessoais versus expectativa da organização , poder , decisão , participação . Estes aspectos revestem-se de importância por duas razões principais :

- guardam relação com uma determinada visão do mundo do(s) sujeito(s) social(is) das experiências relatadas nos capítulos anteriores . as quais falam da "defesa da vida" , numa perspectiva libertária , que engloba todas as esferas da vida . inclusive os locais de trabalho .

- conexa com a anterior . existiria uma razão "estratégica" ligada à necessidade desse(s) sujeito(s) construírem a legitimidade para o seu projeto político no interior do aparelho estatal .

Estas duas razões dão a singularidade do recorte que faço da TGA em geral e do fator humano em particular .

Qualquer discussão sobre o ator humano na organização passa , necessariamente , pela Escola das Relações Humanas . em particular sobre os trabalhos de Mayo . Muito já foi dito sobre as conclusões e aplicações dos experimentos de Hawthorne e aqui não me deterei muito neles . Bastaria lembrar que Mayo apontava para aspectos como :

- o nível de produção é estabelecido por normas sociais , não pela capacidade fisiológica .

- as recompensas e sanções não econômicas influem significativamente no comportamento dos trabalhadores e limitam em grande parte , o resultado de planos de incentivo econômico .

- frequentemente os trabalhadores não agem ou reagem como indivíduos , mas como membros de grupos

- a importância da liderança para o estabelecimento e imposição das normas de grupo e a diferença entre liderança formal e informal .¹¹⁰

Estas concepções foram alvo de críticas de todas as

escolas e autores que escreveram sobre o tema . Rotuladas de manipuladoras , de portadoras de uma visão ingênua do trabalhador , de parciais nas conclusões , de excessiva ênfase nos grupos informais e descuido com os aspectos estruturais entre outras . Estas críticas partiram tanto do movimento sindical europeu e norte-americano consciente principalmente dos aspectos de manipulação , como de teóricos de outras correntes , em particular os estruturalistas . Estes fazem suas formulações a partir da idéia de que é necessário "assumir" que o conflito é um dado ineludível da realidade (embora indesejável...) e de que não há outra saída que não enfrentá-lo .

Tragtenberg faz uma crítica aos "humanistas" sob outro ângulo : " Mayo vê o conflito na empresa em nível de meros desajustes , quando na realidade , se dá a oposição de duas lógicas: a lógica do empresário que procura maximizar lucros e minimizar custos (incluindo mão de obra) e a lógica do operário , que procura maximizar o seu salário (...) A Escola das Relações Humanas só examina as relações homem x grupo na área da empresa , não as ultrapassa (...) No plano metodológico , a Escola das Relações Humanas é behaviorista , procura por intermédio de estímulos adaptar o indivíduo ao meio , sem transformar o meio (...) Essa escola procura acentuar a participação do operário no processo decisório , quando a decisão já é tomada de cima , a qual ele apenas reforça "111

Meemo concordando com as críticas acima , que de certa forma já são uma espécie de "senso comum" na TGA , eu gostaria de chamar a atenção para o fato de que as conclusões de Hawthorne nunca foram negadas , mas reinterpretadas em modelos organizacionais mais sofisticados e complexos , como é o caso do estruturalismo . A conclusão que uso tirar disto é que , as indicações de Mayo podem ser tomadas como válidas se trabalhadas a partir de uma ótica diferente daquela apontada pelo Tragtenberg , ou seja , de oposição inconciliável entre os interesses dos patrões e empregados .

Ou dito de outra forma , é possível (e porque não necessário?) fazer uma apropriação daquelas constatações no desenho de modelos de gestão democrática do setor público , onde as contradições inerentes à relação capital-trabalho não se fazem presentes de uma forma direta . As experiências que estão sendo examinadas neste trabalho enfatizam as recompensas de natureza não econômica , falam da importância do grupo e falam de normas construídas e compartilhadas pelo grupo , dentro de uma racionalidade comunicacional , como o fator mais determinante para se garantir a adesão dos trabalhadores de saúde a um determinado projeto . Neste sentido , se fosse produtivo fazer a comparação , seria correto dizer que o modelo de gestão da mudança que está sendo trabalhado , dialoga muito mais com os "humanistas" e os comportamentalistas , do que com toda a produção posterior dos estruturalistas e com as concepções da abordagem sistêmico-contingencial . Evidente que é uma aproximação

feita a partir de outra angulação e outros interesses . Mas não deixa de ser curioso que a mudança pensada para a administração pública se aproxime mais do que é considerado "velho" ou "ultrapassado" pelos autores que se esforçam em produzir abordagens mais modernas (e eficazes do ponto de vista do Capital) no campo da Teoria Geral da Administração, que . de uma maneira em geral , ocupam-se de aspectos como a adaptação contingencial das modernas empresas às turbulências deste final de século . Exceção talvez deve ser reconhecida na operacionalização do Controle Total da Qualidade (TQC) , tal como sendo trabalhada desde o final da II Guerra Mundial, com um aproveitamento e recontextualização dos avanços da Escola Humanista e Comportamental .

Deixando para trás os "humanistas" e suas limitações , é necessário explorar outros aspectos e contribuições . A questão da motivação e do prazer para o trabalho é um ponto que precisa ser visto neste trabalho .

A posição dos estruturalistas . a considerar a opinião de Amitai Etzioni não é muito otimista sobre o assunto:

" O desenvolvimento de grupos sociais no trabalho pode tornar o dia do trabalhador mais agradável , mas não torna sua tarefa menos monótona e não-criadora . De maneira semelhante , a rotação de trabalho facilita o problema da monotonia , mas não muda sua natureza básica , pois a rotação está limitada pelas possibilidades de tarefas alternativas de que se dispõe , todas semelhantes em sua natureza enfadonha , rotineira e insignificante . Sugeriu-se que os operários passam a maior parte de seu dia de trabalho num delírio semiconsciente , sonhando com sua principal fonte de satisfação : o dia depois do trabalho "¹¹² . O mesmo autor também reconhece que embora possa haver alguma compatibilização de interesses entre patrões e empregados (por exemplo a viabilidade da companhia) , haveria uma incompatibilidade irreduzível em função da maneira de distribuição dos lucros brutos da organização .

De tudo que se pode ler na bibliografia disponível fica a impressão de que talvez não reste ao homem (e aos administradores) aceitar o que diz a Bíblia , no Gênesis , conforme lembrado por Paulo Roberto Motta :

" Maldita seja a terra por tua causa . E dela só arrancarás alimento a custo de penoso trabalho , em todos os dias de tua vida . Produzir-te-ás espinhos e abrolhos "

Alguns autores da Escola Comportamental destacaram-se por dar contribuições importantes sobre esta questão vital da motivação para o trabalho . Maslow , por exemplo , contrapondo-se a Freud que valorizava a importância dos primeiros anos de vida na formação da personalidade humana , dizia que o contínuo desenvolvimento humano era dependente de condições de educação e estímulo .¹¹³ E dele a já clássica

hierarquia das necessidades humanas , visualizada como uma pirâmide , em cuja base estão as necessidades mais básicas (fisiológicas e de segurança) e no topo aquelas referentes à auto-realização . Existem outras teorias sobre a motivação além desta , denominada de teoria das necessidades . Existem autores que enfatizam que a motivação se desenvolve somente quando o indivíduo tem um objetivo a alcançar . Esta é denominada de teoria da intencionalidade e das expectativas . " Esta teoria concentra-se no conhecimento do indivíduo sobre os objetivos a alcançar . Mostram que objetivos bem definidos e que constituem desafios resultam em melhor desempenho , ao contrário de objetivos abstratos e pouco desafiantes . Por esta razão estas teorias ganharam uma aceitação maior durante a década de 70 , como complemento às técnicas de gestão por objetivos em voga na época " ¹¹⁴ Uma terceira abordagem é propiciada pela teoria do aprendizado : os estímulos e reforços decorrente dos trabalhos de Skinner e que analisa o comportamento humano como uma função de suas consequências , resultante de um comportamento que por sua vez é consequência de um estímulo ambiental . Contrapõe-se portanto à existência de intenções ou motivações internas como motores do comportamento humano .

Muito já se criticou a visão de Maslow sobre a motivação humana . Faço aqui uma síntese das críticas de Michael Maccoby , um psicanalista norte-americano que estuda a relação entre psiquiatria e gerência , por me parecer a mais completa :

- o uso da escala hierarquizada de necessidades desvia a atenção da compreensão dos atores sociais reais com suas necessidades específicas

- Maslow associa a idéia de auto-realização como uma expressão individual , não vinculada à uma visão solidária de grupo .

- a hierarquia de necessidades ignora conflitos internos e não distingue entre racional e irracional .

- Maslow reconhece que trabalhos "estúpidos" causam patologias , mas se esquece de fazer a inferência que diferentes tipos de trabalho precisam ser mudados para satisfazer as necessidades de diferentes tipos de pessoas .

- para Maslow sua teoria seria aplicável para os povos desenvolvidos , pois para ele os povos do "terceiro mundo" necessitariam gerência autoritária .

- em vez de avaliar sistemas sociais em termos do quanto ajudam a responder às necessidades de diferentes tipos de pessoas , a hierarquia de Maslow avalia a pessoa em termos do quanto ela se adapta ao sistema . ¹¹⁵

Estas críticas não são compartilhadas por outros autores como , por exemplo , Bergamini que discutindo a diferença

entre movimento (o comportamento observável , objeto de estudo dos comportamentalistas da escola de Skinner) e motivação . resgata os trabalhos de Maslow e McGregor no sentido de que os mesmos contribuiriam para apontar a singularidade de cada ser humano e a insuficiência das técnicas de manipulação (mudança) de comportamento na medida em que não abrem caminho para que os trabalhadores se realizem em toda a sua potencialidade humana . 116

Outra contribuição muito citada na área da motivação humana é o trabalho de McGregor denominado Teoria X e Teoria Y . Pela primeira , o homem é indolente e preguiçoso , sem ambição , egocêntrico , resistente às mudanças , sempre procurando segurança e incapaz de auto-controle e disciplina. Conclusão óbvia : ele precisa ser dirigido e controlado pela administração . Já na Teoria Y prevalece uma visão "rousseauiana" do homem no sentido de afirmar que o homem médio não tem desprazer inerente em trabalhar , as pessoas não são intrinsecamente passivas ou resistentes às necessidades da empresa , na medida em que têm motivação básica e capacidade para assumir compromissos e não só aceitar , com até procurar responsabilidades . Nesta medida , sob certas condições da vida moderna , as potencialidades intelectuais do homem são apenas parcialmente utilizadas-117

Estas formulações de McGregor tem pelo menos uma contribuição interessante : constituem-se em uma espécie de roteiro para uma reflexão sobre a postura dos dirigentes públicos . Dá para afirmar , sem medo de errar , que o administrador público médio move-se pela Teoria X ... Além do mais , Lerner e Wanat chamam a atenção para o distorcido desta teoria que frequentemente é feito pelos gerentes , no sentido de afirmar que o trabalhador com a "mentalidade correta" não pede aumento mas desafios ! 118 Aliás , esta questão da relação entre compensações financeiras e motivação e satisfação tem sido alvo de algumas controvérsias . No caso do setor público , a utilização de estímulos materiais , pecuniários , como mote para a motivação não é praticamente abordado na literatura que tive acesso . Além do mais , um dos constrangimentos do gerente do setor público é exatamente não dispor de mecanismos flexíveis de punição ou promoção dos funcionários (incluindo recompensa financeira) . Nesta medida , a discussão sobre a motivação dos trabalhadores do setor público , neste aspecto , tem elementos de maior dificuldade do que a discussão no setor privado e terá que ser trabalhada explorando outros aspectos mais complexos , no campo da comunicação e da criação da legitimidade . Grifei o "neste aspecto" , porque em outros pontos acho que as possibilidades de se trabalhar a relação entre trabalhador e organização é mais favorável no setor público . Afirmo isto porque , em princípio , os conflitos no setor público são mais facilmente abordáveis que no setor privado , na medida em que não são uma consequência direta da contradição capital versus trabalho .

Motta identifica três principais correntes de

pensamento na abordagem do conflito :

" A primeira corrente trata o conflito como sendo essencialmente de interesses existentes no sistema social e trazidos à organização do trabalho (...) O mesmo tipo de conflito é encontrado em todas as organizações , mesmo as sem fins lucrativos , pois , sendo de natureza externa , as relações de subordinação interna refletem meramente as relações na sociedade em que atuam .

A segunda corrente vê o conflito como essencialmente de papéis em nível organizacional , resultante de adaptações sociais impostas à organização da produção , frutos da evolução tecnológica e econômica (...) O papel dos gerentes na execução dessa função é conflitivo com aspirações individuais por autonomia e independência em relação ao trabalho ou à organização .

A terceira corrente trata o conflito como sendo essencialmente de personalidades e percepções em nível individual e de pequenos grupos organizacionais (...) O conflito tratado como uma discrepância entre aspirações individuais e imposições organizacionais " 119 O autor propõe uma visão eclética do conflito , que eu compartilho para a análise do setor público , que leva em conta tanto os interesses de classe como aqueles relacionados com interesses individuais e de pequenos grupos , que continuam a gerar conflitos e precisam ser enfrentados pela gerência .

Para Marlene C.O. Melo , " a análise da prática organizacional relacionada com a regulação do conflito nas relações de trabalho parte de dois pressupostos básicos :

a) o poder é uma característica fundamental e inelutável de todas as relações sociais

b) toda estrutura social organizada é portadora de conflitos e de processos de regulação " 120

Criticando a visão funcionalista que fala de uma sociedade fundada sobre a integração social , a autora afirma que " os conflitos nas relações de trabalho existem sempre , na medida em que uma hierarquia existe , os papéis sociais são diferenciados e principalmente onde a repartição do poder é desigual " 121

Para ela " a definição prática implica a concepção do conflito designando todas as situações que revelam o desacordo , a divergência de interesses ou a oposição de objetivos dos atores sociais na ação coletiva , causando uma ação/reação determinada , provocando um bloqueio dos mecanismos normais de regulação ou da escolha de uma ação pelos atores sociais , seja individualmente , seja coletivamente ." 122

Para a autora os conflitos podem ser regulados de forma institucionalizada e não-institucionalizada . A institucionalização entendida como conjunto de formas ou estruturas sociais estabelecidas pela lei e pelo costume . No caso da regulamentação institucionalizada , há uma

explicitação do conflito e o reconhecimento . a legitimação e a participação dos agentes sociais no poder . Nas formas não institucionalizadas . a regulação do conflito é feita através de procedimentos e ações cujos objetivos não são explícitos. Segundo ela . esta última forma seria a forma mais comumente encontrada nas empresas brasileiras e traduzidas em "mecanismos de participação" . Seguindo indicações de Fortin ela afirma que a maioria das formas de participação conhecidas só dão o sentimento de estar engajado . sem distribuição efetiva de poder . O sentido real da participação implica a divisão do poder entre todos os grupos e a possibilidade concreta para todos influenciarem a decisão coletiva sobre os objetivos sociais . E neste nível que se pode localizar o sentido real da participação . 123

Não há como separar a discussão de conflito da de poder. Por esta razão, exploro um pouco este tema específico, antes de prosseguir. Um autor como Testa, de grande influência para todos aqueles que se ocupam da área de planejamento e gestão, tem uma visão de poder que se inscreve na tradição do pensamento marxista e é paradigmática de uma certa abordagem. Assim, para ele "el poder cotidiano implica el Poder societal porque el tipo de sociedad a construir implica quehaceres y comohaceres cotidianos, ámbito donde se localizam mecanismos de dominación personales que reproducen, en escala de los individuos, la dominación de una classe por otra." 124 Ou seja, Testa coloca-se entre aqueles autores que remetem a um plano societário mais abrangente as explicações para os conflitos no interior da organização.

Kenneth Benson compartilha deste paradigma ao desenvolver o que denomina de "uma visão dialética" das organizações. Para ele, é importante distinguir entre "morfologia organizacional" e "subestrutura organizacional". A primeira refere-se à visão convencional e oficialmente aceita de organização, no sentido de ser abstraída de suas relações complexas e intrincadas com outros aspectos da vida social. Já a subestrutura organizacional dá a base para a transformação da morfologia organizacional, na medida em que é uma esfera não racional da ação organizacional, uma complexa rede de ligações dos participantes entre si e destes com o sistema social através de múltiplas relações não regulamentadas.

"The substructure includes linkages to the larger societal system. These includes the bases of recruitment of organizational elites; the framework of interests in the larger setting limits upon operations of the organization; the power structure controlling the flow of resources into organizations and through interorganizational networks; the ties of the organization to social classes, racial groups, ethnic groups, sexual groups, and others in the society" 125.

Os autores "estruturalistas", em que pesem as restrições que lhes faço e que já enunciei anteriormente, são importantes para uma análise do setor público na sua singularidade. Hall faz uma revisão bibliográfica sobre o assunto que utilizo para destacar alguns pontos de maior interesse. 126

Como autor "estruturalista" que é, empresta de Weber as categorias principais de sua análise, enriquecida por investigações mais recentes que valorizam, neste caso, "processos que ocorrem dentro da estrutura", entre eles, a questão do poder. A ênfase de Weber na construção do seu modelo burocrático é do poder legitimado enquanto autoridade, ou seja, aquele poder que não implica no uso da força. Ao contrário, envolve uma "suspensão de julgamento" dos que se submetem a ele (autoridade). Mesmo reconhecendo que "há um consenso no sentido de que o poder nas organizações não

assume apenas uma forma -a autoridade legítima- e que as considerações extra-organizacionais são importantes no poder"¹²⁷ . o autor faz uma revisão bibliográfica que centra sua atenção nos aspectos internos da organização . E neste sentido , contribui para as conclusões deste trabalho .

Para orientar sua revisão , Hall adota a definição de Dahl sobre o poder " A tem poder sobre B , na medida em que pode levar B a fazer algo que B de outra maneira não faria".¹²⁸ Ele afirma que com isto quer destacar o aspecto relacional do poder , ou seja , o poder não tem sentido a menos que seja exercido . Um ator não tem assim poder isoladamente , é preciso que se relacione com outros atores.

Hall colhe a visão de Bacharach e Lawler "que encaram as organizações como sistemas de barganha política . As organizações são compostas por grupos de trabalho , pessoas que trabalham numa mesma unidade ou no mesmo nível da organização ; grupos de interesse , pessoas que estão cientes do caráter comum de suas metas ou de seu destino ; e coalizões , agrupamentos de grupos de interesse com um objetivo comum . Esses autores focalizam então as atividades intracoalizes e intercoalizes . A filiação às coalizes pode mudar e as coalizes podem unir-se a outras para formar coalizes mais fortes . Quando encaradas dessa maneira , as organizações podem ser vistas como arenas dinâmicas de ação , estando a barganha intra e intercoalização e o conflito 'inextricavelmente entrelaçados'. Assim , o poder e o conflito estão no cerne da compreensão das organizações "¹²⁹

Nos mesmos autores , Hall busca a ideia das quatro fontes de poder na instituição : " 1- o cargo ou posição estrutural ; 2- as características pessoais como o carisma ; 3- a especialização ,que é tratada como a fonte e como base do poder , já que os indivíduos trazem a especialização com eles para a organização , através de mecanismos como a formação profissional , que se converte então numa base de poder num ponto específico do tempo ; 4- a oportunidade ou a combinação de fatores que dá às partes a chance de utilizarem suas bases de poder ." ¹³⁰ Aliás , a relação entre autoridade administrativa e autoridade de especialistas é tematizada por vários autores da corrente "estruturalista" . Etzioni vai explorar esta questão no interior do que ele denomina de organizações especializadas . Essas teriam uma composição de técnicos ou especialistas superior ao do pessoal administrativo e ele cita como exemplo os hospitais gerais e os mentais. Na verdade , o setor saúde como um todo constitui-se , neste sentido , em uma organização especializada e assim deve ser encarado , com a complexidade gerencial que isto significa . A questão que Etzioni levanta é a de que haveria uma insuficiência nas formulações de Weber no sentido de que o mesmo pensou uma estrutura burocrática na qual os cargos superiores seriam , por princípio , ocupados por pessoas de maior capacitação técnica . Digo por princípio porque a lógica do modelo weberiano pressupõe o exercício da autoridade do nível superior sobre o inferior , ou seja , há

um exercício de poder de algumas pessoas sobre outras legitimado . entre outras coisas , pelo conhecimento técnico. Dito de outra maneira , na organização burocrática , as pessoas mais preparadas encontram-se nas posições superiores. Isto nem sempre é verdade nas organizações especializadas , na medida em que técnicos ou especialistas de graduação avançada ocupam posições intermediárias na organização . Para Etzioni a aplicação do conhecimento é um ato fundamentalmente individual e somente em um grau muito limitado pode ser ordenado e coordenado por um chefe . " Os estudiosos da profissões liberais mostraram que a autonomia concedida aos especialistas que , fundamentalmente são responsáveis perante suas consciências (embora possam ser censurados por seus pares e, em casos extremos , pelos tribunais) é uma necessidade para o trabalho especializado eficiente (...) E este princípio extremamente individualizado que se opõe diametralmente à essência do princípio da organização , de controle e coordenação pelos superiores , isto é , o princípio da autoridade administrativa " 131 Estou me estendendo neste ponto porque , do ponto de vista gerencial , houve e há momentos de tensão entre as duas linhas hierárquicas de mando : de um lado a técnica e do outro a "administrativa" . A solução que o autor discute é a utilização do que ele chama de "o administrador orientado pela especialização" , ou seja , o especialista (ou técnico) que faz sua "especialização" como "administrador" ou gerente. Esta seria a maneira que a direção superior teria para ter acesso aos especialistas e , em alguma medida , "enquadrá-los" às necessidades da organização . Além disto , Etzioni está tematizando a questão da autonomia dos especialistas , conforme é colocado no discurso liberal e que tem sido , historicamente , uma espécie de dificultador (quando não um inviabilizador) de uma trabalho de equipe a nível dos serviços de saúde . A questão que se coloca é : qual o grau possível e necessário de "controle" do trabalho do médico e do dentista , na perspectiva da construção de um trabalho de equipe e do controle popular ? Até que ponto ou qual é o limite do papel fiscalizador dos usuários , representados em uma comissão local de saúde , sobre a qualidade do atendimento médico ? O funcionamento das comissões locais de saúde , na Secretaria Municipal de Piracicaba , colocaram a necessidade de se enfrentar de frente estas questões . Aspectos como a qualidade do registro (sem entrar no mérito da conduta adotada) , a produtividade do médico e o grau de seguimento das normas institucionais sobre ações programáticas , já tem sido trabalhadas com a intervenção direta dos usuários . As experiências citadas acima , reconhecem a necessidade da autonomia para a prática dos profissionais liberais , portadores de um saber técnico que , de uma maneira geral é superior ao do "supervisor" , o que representaria uma "charada" para o modelo weberiano de pensar a organização .

Trabalhando a idéia de obediência e de envolvimento com o trabalho de uma forma conjunta . Hall resgata algumas investigações sobre o tema . Nas experiências que estou

analisando . a questão da "adesão dos funcionários" era uma preocupação regular . A leitura que se pode fazer dos trabalhos que abordam a questão do "envolvimento" é neste sentido . Wood e outros autores estudando o comportamento de membros das igrejas e de outras organizações religiosas . concluíram pela importância do "compromisso" e do "envolvimento moral" de seus membros para adesão e concordância com as posições de seus líderes . Por outro lado, este compromisso eleva o nível de controle ou poder experimentado pelos níveis inferiores .¹³²

A categoria "participação" , junto com as de poder e conflito tem sido trabalhadas como uma triangulação que deve ser abordada de forma global . pelas teorias mais contemporâneas da administração . " A participação nasce como um instrumento para a cooperação e a solução de conflitos . Para os que admitem ser o conflito proveniente de fatores organizacionais e individuais , a participação é normalmente considerada uma forma eficaz de solução , acomodação ou equilíbrio entre grupos divergentes."¹³⁴ Esta é , sem dúvida, a posição predominante entre os autores "estruturalistas" . Já Paulo Roberto Motta faz uma indicação de abordagem da questão da participação que me parece mais "aberta" embora deva ser mais elaborada . Para ele " a participação constitui uma forma dinâmica de restaurar o equilíbrio de poder e caminhar para a solução de conflitos reais . Nesse sentido , ela aos poucos altera relações de poder , porque sua aplicação muda as dimensões e a capacidade de escolha coletiva ."¹³⁵

E dele também a definição de participação como " a influência ou assunção , por parte dos indivíduos que se encontram abaixo do nível da direção superior , de decisões ou funções usualmente consideradas privativas da gerência ou dos proprietários da empresa."¹³⁶ Vou utilizar , na sequência uma série de idéias desenvolvidas pelo autor , mas devo alertar que o faço a partir de uma "perspectiva pública" , na medida em que ele próprio se encarrega de colocar os limites para o processo participatório nas empresas privadas . " Os conflitos mais acirrados na empresa moderna ocorrem em relação à participação dos resultados do trabalho , salários e distribuição de renda . São conflitos relativos às decisões distributivas , em que os interesses dos grupos dirigentes podem colidir com os da coletividade de trabalhadores ."¹³⁷

Faço aqui um parêntese e comento uma exceção que confirma a regra : um raro exemplo de enfrentamento desta questão de uma forma mais efetiva em uma empresa privada é relatado por Ricardo Semler , no livro " Virando a própria mesa . " ¹³⁸ Segundo o autor (e empresário) houve uma definição preliminar de que os trabalhadores teriam uma participação inicial em quinze por cento dos lucros da empresa e que a forma de apropriação destes recursos é definida pelos próprios trabalhadores , nas unidades descentralizadas de produção .

Segundo Motta , a participação pode ser direta no sentido de haver uma democratização a nível da gerência ou indireta no sentido de democratizar a organização . Na direta ele destaca alguns mecanismos : o planeamento participativo, os círculos de controle de qualidade (CCQ) e os processos grupais de controle e decisão . O planeamento participativo seria "a forma de trazer ao processo decisório , como sujeitos da formulação de diretrizes , indivíduos e grupos antes considerados objetos da ação gerencial . O planeamento participativo procura destruir o caráter excessivamente isolacionista , técnico-racional e antecedente do planeamento tradicional . Evita , por consequência , a tirania de uma minoria pre-estabelecida no processo decisório organizacional."¹³⁹ Os círculos de controle de qualidade (CCQ) nasceram no Japão pós-guerra , a partir das idéias de dois norte-americanos que forma colaborar com o soerguimento daquele país . Segundo D' Artagnan Barros , um autor que tem se dedicado ao assunto " a facilidade de implantação do CCQ no Japão se deve à sua cultura fortemente disciplinada e idealista (...) O Japão , para chegar no CCQ que mantém hoje , demorou quarenta anos e precisou de uma guerra para motivar sua necessidade " ¹⁴⁰ Os CCQ são basicamente grupos pequenos de trabalhadores , que exercem atividades correlatas e que são estimulados a enfrentar problemas e buscar soluções na sua vida cotidiana . Os CCQ tem um supervisor , imbuído de autoridade pela estrutura formal e deve estabelecer bem as regras do jogo . " Regra do jogo bem combinada significa respeito pela hierarquia e disciplina do grupo ."¹⁴¹ Na verdade , os CCQ devem se ater ao seu micro-universo cotidiano e buscar melhorar a eficiência neste espaço , na medida em que ele não preve mecanismos de participação efetiva nos níveis decisórios superiores . Tanto estas duas formas de participação direta , como os "processos grupais para decisão e ação" são pensados no sentido da gerência de tarefas , ou seja , não dão indicações de como democratizar , por exemplo , a vida da organização e o processo decisório , que analiso mais adiante . Likert fazendo uma tipologia das organizações , aponta quatro tipos possíveis de sistema : o autoritário coercitivo , o autoritário benevolente , o consultivo e o participativo . Neste último , as decisões são totalmente delegadas aos níveis organizacionais , as comunicações fluem em todos os sentidos , o trabalho é desenvolvido mais em equipes e há ênfase nas recompensas simbólicas e sociais , embora não sejam omitidas as recompensas materiais e salariais . O que eu quero destacar é que ele pensa uma estrutura organizacional que denomina de "elos de vinculação superposta" , no sentido de que cada grupo de trabalho vincula-se ao restante da empresa através de pessoas que são membros de mais de um grupo .¹⁴² Apesar desta formulação de Likert ter recebido críticas no sentido de que significaria uma tentativa de padronizar a participação das pessoas nos vários grupos , acho que abre uma perspectiva para a exploração da relação democratização da tarefa x democratização da organização . Esta última é definida como a participação indireta dos "empregados ou da classe profissional" nas decisões maiores da empresa , com

maior destaque nas decisões distributivas .

Luiz Carvalheiro Mendonça fez , em sua tese de mestrado, uma revisão bibliográfica extensa sobre as restrições à participação direta sob três aspectos: operacionais , culturais e ideológicos . O autor colhe uma série de trabalhos que apontam para questões como a refração de certos tipos de personalidade a estilos democráticos de liderança , o fato de nem todos os indivíduos desejarem se comprometer mentalmente com a tarefa que realizam , a não observância de uma relação direta entre maior satisfação no trabalho e incremento de produtividade . Outros autores mostram casos de demanda por participação , em razão da visibilidade e poder que seu exercício confere , mas que , uma vez criadas as condições , o demandante torna-se ambivalente e ambíguo . Existiriam ainda tarefas que não requerem soluções participativas . Trazendo as críticas para o campo mais ideológico , as perguntas que caberiam são : por que somente determinados assuntos e em certa extensão e grau são submetidos à participação? Ou o que faz com que para um assunto específico exista autodeterminação e para outro uma influência condicionada à gerência? No final o autor caminha para apresentar os trabalhos que evidenciam um caráter evidentemente manipulador da participação a nível das empresas privadas , traduzida em formas de dominação burguesa através da gestão organizacional . 143

Não há como deixar de incluir , em uma revisão bibliográfica sobre o tema "participação" , a engenhosidade das formulações contidas no modelo que tem sido genericamente denominado de **Controle Total da Qualidade (TQC ou "Total Quality Control")** , conforme vem sendo trabalhado em vários países , inclusive no Brasil , mas em particular no Japão . O TQC tem sido objeto de fartas publicações no Ocidente , a partir dos trabalhos de Deming 144 e mesmo por parte de vários autores brasileiros , entre os quais destaco Vicente Falconi Campos 145 . de cujas publicações recolhi algumas idéias que reproduzo abaixo e que falam diretamente do tema que está sendo tratado . Antes de abordar especificamente a engenhosa forma como a questão da participação é trabalhada no TQC , é impositiva uma certa contextualização desta abordagem , seja pela sua contemporaneidade e "modismo" entre os administradores brasileiros , tanto do setor público como do privado , como pelo que tem de emblemático em dois aspectos principais :

- poucas abordagens ou "escolas" de administração tem funcionado tanto como ideologia , no sentido que venho explorado nesta tese , como o TQC . De repente , nesta difícil época de verdadeira caca a novos paradigmas totalizantes , capazes de iluminar a acção dos homens no seu laborioso processo de fazer a História , o TQC , em particular como aplicado no Japão , tem sido apresentado como uma solução que , para muito além dos limites das fábricas e das organizações , estaria mostrando uma forma viável e "moderna" de organizar a sociedade , principalmente através

de um inatacável arranjo de conciliação dos interesses conflitantes do capital e do trabalho . Em um mundo organizado "dentro dos ditames do TQC" não haveria lugar para o conflito , para o desperdício , para a preguiça e outras mazelas existentes em todas as formações sociais contemporâneas ! Estaria descoberto enfim um método de administração que , partindo de uma visão roussauniana ou maslowiana do Homem (do homem bom e trabalhador por natureza, necessitando apenas de estímulos e oportunidades para sua realização plena) , seria capaz de impulsionar sempre e para a frente uma humanidade hordeira e irmanada por interesses sempre complementares .

-o TQC é uma verdadeira "síntese de todas as escolas de administração" , que , como já destaquei anteriormente , cada uma dela representou uma certa fase do capitalismo , da época concorrencial ao capitalismo monopolizado em escala mundial . Neste sentido , não é exagerado afirmar que o TQC é a mais acabada e contemporânea formulação da TGA , uma síntese de todas as "escolas" , capaz de fazer uma verdadeira "reabilitação política" de Taylor , adicionando formulações neo-tayloristas , a tudo que se trabalhou sobre a emoção humana no terreno das organizações tanto pelos humanistas como pelos autores da Escola Comportamental ou Behaviorista , dentro de uma moldura fornecida pela "escola" sistêmico-contingencial , cujo pano de fundo é o condicionamento da sobrevivência da espécie humana no planeta terra à sobrevivência das empresas capitalistas !

Pois bem , mesmo considerando estas questões nem sempre consideradas criticamente por aqueles que fazem sua adesão entusiasmada ao TQC , inclusive dirigentes de hospitais públicos , é necessário reconhecer que existe uma amarração metodológica que , em muitos aspectos , pode contribuir para a formulação de um modelo de gestão democrática do setor público . Destaco, para esta avaliação , três princípios ou conceitos do TQC que são operacionalizáveis a nível da gestão pública : o conceito de qualidade , de gerenciamento por diretrizes e o de controle de processo . No setor privado , o conceito de qualidade está referido aos produtos ou serviços que são colocados à disposição dos consumidores no mercado . A qualidade diz tanto da ausência de defeitos , como da existência de características inovadoras que cativem os consumidores . No setor público e em particular na Saúde , a qualidade pode ser trabalhada como a satisfação do usuário com o atendimento recebido nos seguintes aspectos : acesso facilitado , bom acolhimento , resolução dos problemas conforme sentidos subjetivamente pelo cliente e impacto positivo sobre os indicadores de saúde .

O gerenciamento por diretrizes implica na definição , a partir da direção superior da empresa , da filosofia da empresa e de suas estratégias de sobrevivência a médio e longo prazo e a tradução destas estratégias em diretrizes concretas para todos os níveis da empresa . Uma diretriz é sempre composta de metas e dos meios para alcançar estas

metas . O que é feito em um nível hierárquico superior transforma-se em diretriz para o nível inferior , que o desdobra em novas metas e novos meios e assim por diante . O que tem de renovador na proposta do TQC é que o diferencia da Administração por Objetivos (APO) , é que há uma verdadeira preocupação de , além de definir o que fazer , contribuir para que os escalões inferiores da empresa , até o nível operacional mais periférico , aprenda a ser autônomo no como fazer . Nesta medida , institui-se na empresa a gestão do cotidiano de acordo com a visão estratégica da alta direção da empresa .

A adesão dos trabalhadores , a conquista da emoção dos trabalhadores e seu compromisso com todas as fases de produção , o que garantiria a qualidade final do produto é trabalhada a partir de algumas orientações principais . Uma delas diz respeito à participação dos mesmos em cerca de um terço do lucro líquido das empresas , distribuído através de bônus mensais . Para o japonês , o salário recebido pelos trabalhadores deve ser suficiente para suprir suas necessidades básicas , de forma que o bônus tem um caráter de estímulo à poupança e à possibilidade da aquisição de bens de consumo não essenciais , viagens , lazer etc . Basta refletir sobre a realidade dos trabalhadores brasileiros , tanto do setor público como do privado , para sentirmos que o TQC é uma prática social que não pode ser transportada , automaticamente , de um país para outro .

Outra forma de conquista da adesão dos trabalhadores diz respeito ao controle de processo . Diz-se que há um processo quando existe um encadeamento de causas e efeitos : onde houver uma causa e um efeito , há um processo . Por exemplo , a fabricação de latas em uma fábrica é um complexo processo , que pode ser sub-dividido em múltiplos processos menores , até a mais simples tarefa executada a nível de uma seção da fábrica . No TQC , todos os trabalhadores são treinados para conhecerem e conseguirem esquematizar em diagramas do tipo "espinha de peixe" todas as causas que interferem no resultado final pelo qual é responsável . Neste sentido é que os japoneses dizem que "o operário passa de operador da máquina à gerente da máquina" . Conhecendo o processo , ele pode passar a controlar melhor tudo aquilo que está sob sua responsabilidade , "prendendo na jaula" todas as causas indesejáveis que interferem com a qualidade do resultado final . Este processo pulverizado e totalmente descentralizado de "controle de processo" pelo conjunto de trabalhadores , motivados para o trabalho tanto por compensações financeiras , como por estímulos "morais" , sociais ou grupais , como se queira , mas todos inspirados diretamente nas formulações de Maslow e McGregor sobre a motivação humana , a experiência japonesa tem mostrado como de alta eficácia e explica , em grande medida , a alta competitividade dos produtos japoneses no mercado mundial .

interessam mais a este trabalho : a cogestão e a autogestão . A primeira é trabalhada no campo das empresas privadas no sentido de criar " uma co-determinação capital-trabalho" e neste sentido não voltada para a questão da participação a nível gerencial . A autogestão seria o exercício coletivo do poder e seria uma projeção , a nível micro , de uma perspectiva mais ampla . Ela pressupõe a liberdade dos membros da empresa de decidir sobre os destinos, os processos e os resultados do trabalho .isto é , a liberdade de decisão para adquirir e distribuir renda . Neste sentido , a autogestão seria capaz de desalienar os trabalhadores ao colocá-lo frente a frente com a decisão sobre a produção e distribuição dos recursos com os quais trabalha .¹⁴⁶

Souza Campos faz considerações sobre o assunto que contemplam diretamente a singularidade do setor público . Na sua opinião , a autogestão poderia ser praticada pelos profissionais de saúde , a nível dos serviços , tanto recuperando a tradição de autonomia de alguns profissionais como os médicos e os dentistas, como estendendo-a para toda a equipe . Esta "autonomia ampliada" poderia , segundo o autor, contribuir para a superação da alienação e mediocridade hoje existentes no serviço público . Esta autonomia das equipes deve estar voltada para a co-gestão dos serviços , que ele entende como uma triangulação entre a equipe e outros sujeitos sociais como o poder executivo e setores organizados da sociedade civil .¹⁴⁷ Portanto é uma cogestão tripartite , ao contrário da cogestão da empresa privada que é bipartite. Para o autor estes mecanismos de cogestão significam um "esforço de envolver os trabalhadores com o exercício do poder político , ainda que a nível de cada unidade de produção , região ou município".¹⁴⁸

Outro aspecto que deve ser abordado para completar esta discussão do fator humano de uma forma mais abrangente refere-se à decisão . A teoria da decisão nasceu com Hebert Simon e fundamenta um visão das organizações como sistemas de decisões . Decisão entendida , neste contexto , como o processo de análise e escolha entre alternativas de ação que a pessoa deverá seguir.¹⁴⁹ A consequência mais visível da aplicação desta categoria à análise organizacional seria a introdução de uma racionalidade administrativa não problematizada pela Escola Clássica . No entanto , o próprio Simon encarregou-se de relativizar o alcance desta racionalidade apontando para as seguintes limitações no processo decisório :

- racionalidade limitada , seja pela restrição das informações seja pela subjetividade das "pressuposições" presentes na decisão .

- imperfeição nas decisões , na medida em que não existem decisões perfeitas , apenas umas são melhores que as outras nos resultados que acarretam .

- relatividade das decisões , pois a escolha de uma

implicará em abrir ou criar novas situações , com novos desafios e problemas . São possíveis decisões satisfatórias , mas não ótimas

- hierarquização das decisões no sentido de quem decide não consegue ter uma visão total de quais hierarquias mais abrangentes estão em jogo . Isto tem importância na crítica que se faz ao decisionismo , no sentido dos que estão nos níveis mais baixos da hierarquia "decidem" a partir do objetivos definidos em níveis superiores e estes nem sempre são explicitados .

- a perda de autonomia individual ou de grupos na medida em que a organização tem um processo decisório próprio e previamente estabelecido .¹⁵⁰ Na verdade , estas restrições para as quais o próprio Simon alerta , não impediram que estas idéias influenciassem profundamente gerações de administradores e que ainda hoje , para muitos gerentes , a sua atribuição principal seria imprimir uma certa "racionalidade" ao trabalho , traduzida na eleição entre alternativas analisadas racionalmente . Os trabalhos mais recentes apontam em outra direção , ou seja , no do reconhecimento de componentes irracionais e ilógicos no dia a dia da organização . Antes de falar destes trabalhos recorro , mais uma vez a Richard Hall que selecionou uma série de trabalhos de autores norte-americanos que mostram exatamente a dificuldade de se aplicar os princípios do decisionismo conforme pensado pelos behavioristas . Cita os trabalhos de Thompson que afirma que as questões decisórias envolvem duas dimensões fundamentais : 1- crenças sobre as relações de causa e efeito e 2- preferência acerca dos resultados possíveis . Quando predomina a incerteza nestas duas dimensões ele fala de " estratégia inspiradora para tomada de decisões "(?)¹⁵¹ Ele realça exatamente a dificuldade de um processo racional de tomada de decisão no que chama de sistemas assistenciais . " Na verdade , a natureza da causa e efeito só é precisa em poucos casos . O "conhecimento" da causa e efeito é afetado de maneira vital pelo sistema de crenças ou verdades que predomina na organização . A importância disso pode ser vista claramente no caso dos sistemas assistenciais que têm dois principais sistemas alternativos de verdade , que podem levar a diferentes interpretações dos mesmos dados de conhecimento . As organizações podem acreditar , por um lado , que as pessoas que recebem alguma forma de assistência social estão nessa situação por sua própria culpa ou , por outro lado , que a situação existe em decorrência de imperfeições societárias (...) A adoção de um sistema de verdades diferentes poderia levar a decisões inteiramente diversas baseadas nas mesmas informações .¹⁵² O autor faz referência a um trabalho de Thompson mostrando como os programas de assistência social são afetados pelas pessoas atendidas e pela comunidade mais ampla que apóia ou rejeita o programa total .¹⁵³

Para Kotter " existe uma brecha bastante grande entre o saber convencional sobre as funções e ferramentas gerenciais

e o comportamento gerencial de outro . O primeiro é geralmente tratado em termos de planejamento , controle , recursos humanos , organização e direção ; o último está caracterizado por longos períodos , episódios fragmentados e comunicação oral . O comportamento real (...) é menos sistemático , mais informal , menos reflexivo , mais reativo , menos organizado e mais frívolo do que poderia esperar um estudioso de sistemas de informações gerenciais . A brecha é importante e inquietadora por muitas razões , mas principalemnte porque questiona seriamente o tipo de planejamento formal , o sistema de avaliação de desempenho e outras metodologias comumente em uso " 154

Lerner e Wanat falam da "indispensabilidade" das organizações públicas que se tornam parte essencial do sistema social e seria inimaginável viver sem elas . Nesta medida , a questão da avaliação em termos da produção eficiente de serviços não pode ser feita nos mesmos moldes do setor privado . " Such organizations are 'institutionalized' in this sense . They exist first ; we will impose task-performance criteria on them second , and to the extent they are available ." 155 Ou seja , os autores reforçam as indicações acima no sentido de que o setor público , por sua natureza , foge de qualquer abordagem racionalista do processo decisório .

Flores rejeita totalmente a possibilidade de um processo racional de tomada de decisões , mesmo quando "aperfeiçoado" pelas contribuições de autores mais contemporâneos . Para ele o que existe é um processo de "deliberação" , que consiste em trasladar-se da irresolução à resolução . Além do mais ele tem reservas em relação à possibilidade de se ter uma teoria de tomada de decisões que transcenda os limites da teoria clássica (a de Simon) . " No está claro que una teoría de toma de decisiones pueda formularse independientemente , es decir , sin tomar en consideración la naturaleza de las conversaciones en que surge la situación de irresolución . Tampoco está claro que una teoría de resolución 'a priori' sea suficiente para explicar los casos de toma de decisión en una corte , una corporación privada , un informe de política pública , una decisión personal etc ." 156

Para Paulo Roberto Motta " os dirigentes , portanto , aprendem a tomar decisões num processo organizacional limitado e fragmentado , onde é impossível o alcance da racionalidade total . Num ritmo de demandas diversas e necessidades de respostas rápidas , acabam por construir também um processo decisório muito diferente da proposta racional onde a intuição , baseada na percepção de variáveis cruciais , desempenha papel fundamental . 157

Desenvolvendo idéias sobre a insuficiência das normas e esquemas para direcionar as organizações , a necessidade de uma visão mais dinâmica dos processos organizacionais , a importância de uma maior interdependência e lateralidade do pensamento para se compreender a realidade além da ótica de

uma profissão ou de uma unidade organizacional, o caos e a desordem como formas de produzir ajustes e harmonização em um ambiente de intensas variações o autor conclui :

" As dimensões racionais da gerência são necessárias e absolutamente indispensáveis , pois são elas que possibilitam conhecer os riscos e as incertezas da ação empresarial . Conhecimentos racionais sobre gerência devem ter sua produção, aprendizado e uso estimulados . As dimensões do ilógico e do intuitivo , no entanto , devem ser também incentivadas como garantias de ação e da repressão das análises excessivas de problemas ." 158

De tudo o que foi dito em relação ao fator humano , fica-me a impressão de que a questão de uma ruptura com a visão de "recursos humanos" ainda não ocorreu . E , de fato , a maior parte da mais "moderna" teoria da administração avança do "dente da engrenagem" até "recursos humanos" . Uribe Rivera , como já comentei anteriormente , não vê descontinuidade na visão do fator humano mesmo nas mais recentes abordagens teóricas , no sentido de que o homem não é jamais abordado como dotado de uma subjetividade própria e como criador de fatos e mudanças no interior das organizações . O trabalhador não assume status de sujeito . Para explorar melhor este aspecto , central para a discussão deste trabalho , segui as indicações bibliográficas que Uribe Rivera faz em sua tese de doutoramento , porém tentando explorá-las de um ângulo um pouco diferenciado . Refiro-me aqui à abordagem de ação de David Silverman e a visão dialética das organizações conforme trabalhada por Kenneth Benson . O interessante é que os dois autores , partindo de marcos conceituais muito diferenciados (o último , marxista e o primeiro , trabalhando a partir de uma matriz weberiana) chegam , pode-se dizer , no que é essencial , ao mesmo ponto . Para fazer uma apresentação inicial deles , colhi este comentário de Ana Maria Campos : " Tanto a chamada abordagem da ação como a abordagem dialética partem de uma visão dialética do indivíduo em seu mundo social , reconhecem a multiplicidade de definições e orientações individuais e buscam no mundo social externo parte das explicações para as interações que ocorrem no contexto organizacional . A abordagem de ação nos oferece apoio maior ao entendimento das orientações diversas presentes no contexto organizacional , enquanto a abordagem dialética nos apóia na busca de arranjos não tradicionais que , pelo uso intenso do diálogo , favoreçam o atendimento das necessidades humanas através das organizações . Ambas procuram recobrar a relevância das teorias das organizações e refletem um compromisso com a melhoria da qualidade de vida (...) Ambas concebem o indivíduo como participante ativo do mundo e da organização . Ambas denotam um comprometimento em transformar a ordem social e colocar as teorias da organização a serviço do bem comum ." 159 Vejamos pois o que nos dizem estes autores .

Kenneth Benson assume , explicitamente , que sua visão da organização está encravada em uma teoria social abrangente ,

no caso o marxismo e afirma que só esta "perspectiva processual" é capaz de explicar a produção, reprodução e destruição de determinadas formas organizacionais. Nesta medida ele descarta a reificação das organizações como é feita na teoria da administração "tradicional" (aqui lêa-se de Fayol a abordagem sistémico-contingencial). Para ele a organização, como parte do mundo social está em um estado de constante "tornar-se" (state of becoming) e não é uma entidade fixa e estabelecida. Seus traços principais _ objetivos, arranjos estruturais, tecnologia, relações informais e etc _ são produtos do processo de construção social. A explicação dialética observa ou reconstrói sequências com base nas evidências históricas. As alternativas colocadas pelos atores são exploradas; as limitações para a implementação de suas decisões exploradas e as bases de poder dos vários atores revelada. ¹⁶⁰

A consciência dos participantes das organizações é parcialmente autónoma em relação ao contexto organizacional no qual eles vivem. Eles não são, de modo algum, simples prisioneiros dos papéis, propósitos oficiais e dos procedimentos estabelecidos pela organização. Os participantes dão "conteúdo" único, singular, às "estruturas". Algumas vezes eles o fazem de forma automática e irreflexiva. Em outros períodos eles tem uma atuação criativa, consciente, no sentido de ir mais além dos limites colocados pela situação atual, buscando reconstruir a organização de uma forma alternativa. ¹⁶¹

O ponto de partida da análise de Silverman é que a ação dos homens é significativa para eles mesmos. Nisto ele está se apoiando claramente em Weber que diz " la sociologia se ocupa de la interpretación de la acción en función de su significado subjetivo " e entende por ação " toda conducta humana cuando y hasta donde el individuo que actúa le atribuya un significado subjetivo ".¹⁶² Ou nas palavras do próprio Silverman :

" Cada caso de acción (acto unitario) proviene de los fines que al actor le interesa obtener, de su definición de la situación (dentro de la cual se encuentra la gama de alternativas que él percibe como disponibles) y de su elección de un medio probablemente eficaz, teniendo en cuenta la reacción probable de los demás respecto de su acto".¹⁶³ Procurando responder a pergunta "de onde surgem este significados?" ele reconhece que os homens os recebem da sociedade em que vivem e das sociedades passadas. Isto não impede que ele critique o "homem supersocializado" de Parsons, no sentido de que os homens simplesmente adaptam-se às expectativas de papéis sociais transmitidos pelas instituições. Para Silverman " nuestra conducta no está determinada completamente por las expectativas de rol. Aunque aceptemos como coactivas las convenciones asociadas con los roles sociales, en el desempeño del rol subsiste, (...) un elemento de opción "¹⁶⁴. Além desta inspiração weberiana o autor "bebe na fonte" de autores que têm posição

fenomenológica . no sentido de afirmar que os papéis sociais e as instituições existem somente como expressão dos significados que os homens dão ao mundo e desta maneira não possuiriam nenhum **status** ontológico . Destaco este aspecto na medida em que , juntamente com o reconhecimento da ação humana como dotada de intencionalidade e portanto com um elemento de opção não racionalizável e portanto não passível de controle , comprometem as bases epistemológicas da teoria da administração tal qual vindo sendo trabalhada até hoje .

O autor aporta , com sua abordagem da ação , enormes contribuições para este trabalho e portanto , abusarei de citações e tentarei explorar ao máximo uma série de formulações que ele faz e que com certeza muito contribuirão para a síntese que tento no próximo capítulo . Além do mais , a vertente fenomenológica que explora , tanto o aproxima de Carlos Matus , como completa uma série de indicações feitas por aquele autor . Um exemplo é a abordagem que Silverman faz das explicações em função dos significados . Isto interessa muito , no contexto do presente trabalho , porque os enfoques metodológicos ou metodologias de planeamento que tem-se explorado e utilizado nas experiências relatadas , apresentam, todas elas , um componente explicativo .

A abordagem da ação reconhece que existem diferentes definições da mesma situação por atores diferenciados e que "no obstante , lo que para un actor puede ser un problema , para otro actor suele ser un médio más o menos eficiente para alcanzar un fin . De modo que una situación puede examinarse fructíferamente considerando los 'sistemas de interpretación en competencia entre si' , lo cual propocionará claves importantes en cuanto al modo en que la mencionada situación surgió , por qué continúa en su forma presente y qué circunstancias podrian dar lugar a su cambio (...) La forma de explicación sugerida por los análisis precedentes se funda en *verstehen* , es decir comienza con 'la observación e interpretación teórica de los estados mentales subjetivos de los actores' , expresión por la cual puede entenderse 'los significados realmente asignados , o una aproximación al mismo (Weber)¹⁶⁵ .

Antes de prosseguir nesta exploração interessada do autor , analisando por exemplo como é trabalhada a questão da adesão , entre outros aspectos , vale a pena comentar que ele próprio reconhece a abordagem da ação menos como teoria , mas como metodologia para trabalhar a questão da ação humana interpessoal e que por isto se adequaria mais à avaliação de "microproblemas" que envolvem pautas de ação particulares . Segundo ele , quando a abordagem da ação tenta compreender "macroproblemas" os teóricos "accionistas" toparam com o carácter aparentemente mecânico dos grandes sistemas sociais , que parecem ter suas próprias leis automáticas e daí seria necessário recorrer a explicações não voluntaristas , isto é, positivistas . Ou seja , esta é uma contradição que não aparece para um autor marxista como Benson , que aplica à

organização as mesmas leis do sistema social . De qualquer forma , estou assumindo que esta aparente contradição não é importante para este trabalho e talvez possa usar a formulação de Touraine colhida por Silverman de que " el enfoque accional no dice gran cosa sobre las características del sistema social e por lo tanto , no intenta reemplazar el análisis de los sistemas sociales , sino complementario . "155 Silverman prefere desenvolver a idéia de "um deslocamento de escala" . que eu adoto . Ou seja , a abordagem da ação pode ser utilizada com grande capacidade explicativa na abordagem do micro . no caso , as organizações . Mesmo porque , o longo excerto de Silverman que reproduzi no parágrafo anterior , de clara inspiração webweriana , aporta uma inegável contribuição teórica para a compreensão do "momento explicativo" de todas as "técnicas de planejamento" que foram analisadas , incluindo o "fluxograma" trabalhado por Matus e a "árvore de problema" do ZOPP .

Mas , voltando às contribuições específicas do autor , exploro agora um conjunto de indicações muito importantes que ele aporta para a compreensão da questão da adesão dos trabalhadores aos objetivos da empresa . Aqui , utilizo a definição de adesão adotada por Silverman no sentido de indicar a natureza de sua percepção e aceitação do conjunto de expectativas sociais predominante dentro de uma organização . É interessante lembrar que esta questão da compatibilização entre expectativas individuais e aquelas da empresa sempre foram muito problematizadas pelos autores "estruturalistas" e , em última instância , consideradas como insolúveis pelos mesmos . Os teóricos da ação partem de alguns pressupostos para suas análises . O primeiro deles é que os diferentes atores típicos de uma organização chegam à mesma já com determinada orientação (províncias finitas de significados) em função de suas diversas experiências históricas e das múltiplas categorias de status que lhes correspondem em um dado momento . Além disto , estas variações entre os atores são modificadas em função das diferentes experiências que têm na organização , que alentam ou extinguem certos fins e expectativas e dão origem a outras " Como consecuencia de estas diferentes orientaciones , varia considerablemente el carácter de compromiso entre los distintos miembros ; estas orientaciones influyen asimismo en el modo en que los actores responden a la conducta de los otros , ya se trate de iguales , subordinados o superiores . Por lo tanto , es importante diferenciar el tipo de compromiso - que puede ir desde el compromiso moral hasta el compromiso alienante (Etzioni) y los modos en que se expresa como por ejemplo en la pertenencia a una camarilha (Dalton) (...) Es probable que la naturaleza del compromiso esté influida por el hecho de que la autoridad sea consensual o mantenida por un poder superior . "167

Além do mais , Silverman nos lembra que as diferentes imagens que cada um dos trabalhadores tem da sociedade como um todo são de fundamental importância na estruturação da sua adesão à organização , na medida em que influem nos

significados que os homens dão às suas próprias ações e às ações dos outros . 188 Desta maneira " los actores pueden identificarse con sus roles y considerarlos como una expresión sincera de su concepción de sí mismos o , en el otro extremo , crear una brecha entre su desempeño y sus verdaderas concepciones de sí mismos (distancia de rol) . La fuente de estas adhesiones diferenciadas ha de buscarse en las expectativas sociales y en los fines que los actores llevan a su compromiso , y en la manera en que su experiencia en la organización valida (o niega) tales expectativas , o genera otras nuevas ."189

Outra categoria interessante trabalhada pelo autor é a de "pautas de interação" , ou seja , o conjunto de valores compartilhados em um determinado momento pelos membros de uma organização . Qualquer proposta de mudança institucional deverá entender como emergiu . historicamente , a atual pauta de interação e considerar em que medida representa valores compartilhados por todos , alguns ou nenhum dos participantes contemporâneos , depois do qual será mais visível as fontes de estabilidade e as potencialidades para a mudança da estrutura existente .

Por certo dá para afirmar que o autor , ao fazer este apanhado geral , quer de alguma forma demonstrar que a TGA não consegue fazer de fato a trajetória que vai do **dente da engrenagem ao ator ou sujeito** no interior das organizações .

Termino este capítulo , no qual me ocupei de investigar outros "livros" , embuido da curiosidade de quem busca respostas para uma prática compromissada com a mudança social, com uma síntese dos pontos que me parecem mais importantes tanto para compreender o já feito , como "o que será" :

- Carlos Matus foi um autor central tanto por ter subsidiado teoricamente meu deslocamento de uma "fase ingênua" para uma "fase científica" na abordagem do planejamento , como por ter servido de contraponto para as elaborações que fui fazendo , posteriormente , de uma forma mais autônoma . Matus fornece uma matriz teórica eclética que é vital para uma avaliação crítica de todas as técnicas de planejamento trabalhadas a partir de problemas (ZOPP , a técnica desenvolvida por Robirosa etc) . Neste sentido , é correto afirmar que o modelo de gestão e planejamento que estou trabalhando filia-se às concepções desenvolvidas no planejamento estratégico situacional , embora não se esgote nos limites teóricos explorados por Matus .

- Não estaria cometendo nenhum exagero (ou incoerência) se afirmasse que Matus contribuiu para a minha investigação até pelas suas insuficiências , em particular a maneira como trabalha a gestão do plano no momento tático operacional . A maneira funcionalista , parsoniana e tradicional com que desenvolve suas concepções da

Administração Pública foram um estímulo para que eu procurasse em outros autores , em particular em Souza Campos e Fernando Flores novas formas de abordar o "interno" da organização . No primeiro , encontrei as formulações que eram mais próximas do modelo que eu vinha trabalhando até por nosso compartilhamento de experiências . No segundo , pude vislumbrar a operacionalização efetiva de conceitos que o próprio Matus já vem procurando incorporar em seus últimos trabalhos , em particular a concepção das organizações como fenômenos linguísticos e da comunicação para a ação , intermediada pelos atos de fala .

- As contribuições dos autores "enspianos" , chamemos assim , em particular as de Uribe Rivera e de Edmundo Galo , são importantes na medida em que contribuem para o alargamento do campo em que se trava o debate em torno do planejamento estratégico . O mais importante destes autores , em particular Rivera , é que colocaram à disposição do Movimento Sanitário uma leitura interessada de autores como Habermas , o que enriquece muito o debate e as investigações colocadas no campo da Saúde Coletiva em geral e nas áreas de planejamento e gestão de serviços em particular . O planejamento pensado a partir de uma racionalidade comunicativa - do agir comunicativo - é uma abordagem que tem tudo a ver com a construção de uma nova hegemonia no setor Saúde , através da obtenção da adesão dos trabalhadores e dos usuários ao projeto da Reforma Sanitária .

- A revisão que "solitariamente" fiz da TGA -mas com certeza em diálogo permanente com as indagações mais amplas colocadas pelo coletivo no qual tenho exercido e refletido sobre minhas atividades profissionais , conforme retomo no próximo capítulo - a partir de determinados parâmetros (o desvendamento do caráter ideológico da TGA , a singularidade da administração pública, as contribuições específicas de cada "escola") , de certa forma confirmou o que eu já suspeitava : as características particulares da intervenção do Movimento Sanitário no interior do Estado , na sua vinculação com um projeto societário que é socialista e democrático colocam a necessidade da adoção de outros marcos teóricos , que não aqueles adotados pela TGA , para pensar esta sua intervenção e condução de um determinado projeto político . Encontrei , em muitos autores brasileiros, críticas muito bem fundamentadas em relação à TGA enquanto ideologia , em particular nos trabalhos de Tragtenberg , Bertero , Guerreiro Ramos e Fernando Mota .

- O percurso que fiz para investigar a abordagem do fator humano feita pelas várias escolas ou teorias da Administração foi muito reveladora : o fator humano evolui de "dente da engrenagem" , nos dizeres de Lerner e Wanat , até "recursos humanos" e não mais do que isto . Foi preciso recorrer a autores como Benson , Silverman que nitidamente não se vinculam a nenhuma "Escola" específica da TGA , para encontrar um enfoque renovado do tema no sentido de apontar para a possibilidade dos trabalhadores de saúde serem

pensados como sujeitos de um projeto político . Nesta medida, os trabalhos de Souza Campos e de Merhy precisam ser mais uma vez lembrados pelas suas avançadas concepções e pelo que contribuíram com a minha investigação .

- A teoria que interessa para compreender e formular uma proposta de gestão do setor público adequada ao Movimento Sanitário dialoga muito pouco com o enfoque hegemônico na literatura de TGA produzida no "primeiro mundo" e pelos autores brasileiros que lhe são caudatários . Refiro-me à abordagem sistêmico-contingencial , com sua ênfase na relação da empresa com o meio ambiente , cuja principal virtude seria a capacidade de adaptação às mudanças e consequente sobrevivência . Essa forma "moderna" de pensar a organização tem pouco a ver com o modelo de gestão que está sendo discutido nesta tese . Não que se advogue que o setor público seja mantido nas suas características de organização fechada , voltada para si , imponentemente weberiano . Acho apenas que a "abertura" do setor público deva ser feita de outra forma : pela garantia de sua "invasão" pela sociedade , num ambicioso movimento de desprivatização do público e publicização dos tão bem guardados "segredos" do Estado .

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1- Discurso da oradora da primeira turma do Curso de Especialização em Saúde Pública (SES/FSP-USP) In: Saúde em Debate 1 . CEBES , out/nov/dez 1976 , pg 8 .

2- Discurso do orador da terceira turma do Curso de Especialização em Saúde Pública (SES/FSP-USP) In: Saúde em debate 3 . Cebes , out/nov/dez 1977 , pg 31 .

3- Robirosa . Mario C. "Planificación para las necesidades básicas y resultados concretos : una estrategia de gestión de asentamientos humanos" . Mimeo . FLACSO . 1982

4- Idem . Ibidem .

5- Idem . Ibidem .

6- Os técnicos da FLACSO faziam uso de técnicas de "aquecimento" de grupo , "brain storm and graphic system" , "Delphi consensus game" e "strategic choice exercise" , entre outras com o objetivo de contribuir para um melhor desempenho tanto dos monitores como dos gerentes das agências governamentais que participavam de suas oficinas de trabalho. Nas experiências relatadas , no lugar destas técnicas , em algumas situações foram empregadas algumas técnicas baseadas no Psicodrama .

7- Robirosa , Mario C. Op cit .

8- Cecilio . L.C.O "A construção de uma cultura institucional de planejamento : a contribuição do município". In : Saúde em Debate 31 , CEBES , março de 1991 .

9- Matus , Carlos . "adiós señor presidente" . Caracas: Fomaire/Ensayos , 1987 , pp 205-230 .

10- Matus , Carlos . Op cit. . pp 193-196 .

11- Matus , Carlos . "Politica , Planificación y Gobierno" . Caracas : ILPES/Fundacion Altadir , p. 289 .

- 12- Idem . Ibidem , p.288 .
- 13- Matus , Carlos . "O líder sem Estado Maior" . Fundacion Altadiri . mimeo . sem data .
- 14- Matus , Carlos . "Politica . Planificacion y Gobierno" . Op. cit. p.126 .
- 15- Matus , Carlos . "adiós señor presidente". Op . cit. pp 153 e 154 .
- 16- Matus , Carlos . "Politica . Planificacion y Gobierno" . Op. cit. , pp. 138 e 139 .
- 17- Uribe Rivera , F.J. "Planejamento e Programação em Saúde : um enfoque estratégico" . São Paulo: Cortez , 1989 , p.47
- 18- Matus , Carlos . "Politica . Planificacion y Gobierno" . Op. cit. , p.173 .
- 19- Idem. Ibidem. p.166 .
- 20- Idem. Ibidem. p.412 .
- 21- Idem. Ibidem. p.514 .
- 22- Matus , Carlos . "Politica y Plan" . Caracas: Publicaciones de IVEPLAN . Segunda edicion , 1982 . p.60 .
- 23- Matus , Carlos . "Politica . Planificacion y Gobierno" . Op. cit.. p.569 .
- 24- Matus , Carlos . "Governo e Planejamento : guia teórico" . mimeo , sem data , pp.115 a 118 .
- 25- ZOPP (una introducción al método) . Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit . Mimeo . sem data
- 26- Souza Campos , G.W. "Reforma da Reforma : repensando

a saúde" . Tese de doutoramento . Mimeo . Unicamp . 1991
pp.336 e 337 .

27- Idem. Ibidem .

28- Souza Campos . G.W. "A Saúde Pública e a defesa da
vida" . São Paulo: Hucitec , 1991 .

29- Idem. Ibidem, pg 126 .

30- Souza Campos . G.W. "Reforma da Reforma : repensando
a saúde" . Op. cit. . p.360 .

31- Idem. Ibidem, pp347 e 348 .

32- Idem. Ibidem. p.350 .

33- Cecilio , L.C.O. Op. cit.

34- Souza Campos . G.W. "A Saúde Pública e a defesa da
vida" . Op. cit. . p.122 .

35- Idem. Ibidem .

36- Uribe Rivera . F.J. Op. cit.

37- Uribe Rivera , F.J. "O agir comunicativo e a
planificação estratégica no setor social (e sanitário)" .
Dissertação apresentada à ENSP para obtenção de título de
doutor . Mimeo . Rio de Janeiro . 1991 .

38- Idem. Ibidem. p.3 .

39- Idem. Ibidem, p.16 .

40- Idem. Ibidem, p.20 .

41- Idem. Ibidem, p.244 .

42- Offe . Clause . "Critérios de racionalidade e problemas funcionais da ação político-administrativa" apud Uribe Rivera , F.J. Op. cit., pp.138 e 139 .

43-Idem. Ibidem .

44- Uribe Rivera , F.J. Op. cit. . p.180 .

45- Idem. Ibidem, p.181 .

46- Idem. Ibidem, p.186 .

47- Idem. Ibidem, p.193 .

48- Idem. Ibidem, p.249 .

49- Idem. Ibidem, p.248 .

50- Flores . Carlos F. "Inventando la empresa del siglo XXI" . Chile: Hachete . 1989 .

51- Idem. Ibidem, p.25 .

52- Idem. Ibidem, p.47 .

53- Idem. Ibidem, pp.47 e 48 .

54- Idem. Ibidem, p.76 .

55- Notas tomadas no curso ministrado por Guillermo Wechsler e organizado pelo ILDES em junho de 1991 .

56- Flores , Carlos F. Op. cit. , p.38 .

57- Idem. Ibidem, pp.57 e 58 .

58- Flores , Carlos F . "El caracter linguistico de las organizaciones" . Mimeo . San Francisco , California . 1986 . Parte III , p.5

59- Idem. Ibidem, parte II , p.4 .

60- Idem. Ibidem, parte I , p.9 .

61- Idem. Ibidem .

62- Idem. Ibidem, parteII , p.6 .

63- Flores , Carlos F. "Inventando la empresa del siglo XXI" . Op. cit. , P.89 .

64- Bertero , Carlos Osmar . "Influencias sociológicas em teoria organizacional" . Revista da Administração de Empresas . 15(6) : 27-37 , nov/dez 1975 .

65- Idem. Ibidem, p.27 .

66- Idem. Ibidem, p.28 .

67- Idem. Ibidem, p.29 .

68- Idem. Ibidem, p.30 .

69- Idem. Ibidem, p.31 .

70- Idem. Ibidem, p.31 .

- 71- Idem. Ibidem. p.35 .
- 72- Motta . Fernando C.P. "Teoria das organizações : evolução e crítica" . São Paulo : Pioneira . 1986 .
- 73- Idem. Ibidem. p.108 .
- 74- Idem. Ibidem. p.62 .
- 75- Idem. Ibidem. p.76 .
- 76- Idem. Ibidem. p.77 .
- 77- Idem. Ibidem . pp. 88 e 89 .
- 78- Idem. Ibidem. p.90 .
- 79- Tragtenberg , Mauricio . "Burocracia e Ideologia" . São Paulo : Atica . 1974 . p.209 .
- 80- Lowy , Michael . "As aventuras de Karl Marx contra o Barão de Munchhausen : Marxismo e Positivismo na Sociologia do Conhecimento" . São Paulo : Busca Vida . 1987 .
- 81- Tragtenberg . Mauricio . Op. cit. . p.89 .
- 82- Barros , Claudius D' Artagnan C. De . " Círculos de Controle de Qualidade" . São Paulo : Nobel , 1988 , pp22 e 23
- 83- Guerreiro Ramos , Alberto . "A nova ciências das organizações : uma reconceitualização das riquezas dos homens" Rio de Janeiro : Editora da FGV , 1989 . p.140
- 84- Idem. Ibidem .
- 85- Motta . Paulo Roberto . "Gestão Contemporânea : a ciência e a arte de ser dirigente" . Segunda Edição . Rio de Janeiro : Record , 1991 , pp.14 e 15 .

86- Fernandes . Praxy . "Empresa Publica : uma palavra e uma visão" . R. Adm. Publ. Rio de Janeiro . 16(4) . pp.88 e 89 . out/nov/dez/1982 .

87- Souza Campos , G. W. "Reforma da Reforma: repensando a saúde" . Op. cit. . p.338 .

88- Motta , P.R. "Planejamento estratégico em organizações sem fins lucrativos : considerações sobre dificuldades gerenciais" . R. Adm. Públ. Rio de Janeiro , 13(3) . pp.7 e 8 , jul/set 1979 .

89- Idem. Ibidem. p.8 .

90- Motta , P.R. "Modernização administrativa : propostas alternativas para o Estado Latino-Americano" . R. Adm. Públ. Rio de Janeiro . 21(4) . p.41 out/dez 1987 .

91- Idem. Ibidem, p.48 .

92- Idem. Ibidem, p.51 .

93- Idem. Ibidem, p.55 .

94- Lerner . A.W. e Wanat , J. "Public administration : a realistic reinterpretation of contemporary public management" . Prentice Hall , Englewood Cliffs . New Jersey , 1992 .

95- Idem. Ibidem, pp.147 e 148 .

96- Idem. Ibidem, p.10 .

97- Chiavenato . Idalberto . "Introdução à Teoria Geral da Administração" . 3.Ed . São Paulo : Mc Graw-Hill do Brasil 1983 . p.330 .

98- Lerner , A.W. e Wanat , J. Op. cit. . p.41 .

99- Weber , Max apud Etzioni, Amitai . "Organizações Modernas" . São Paulo : Pioneira . 1989 cit. . pp.71 e 72 .

100- Bennis , Warren apud Kwasnicka , Eunice Lacava .
"Teoria Geral da Administração : uma síntese" . 2.Ed São
Paulo : Atlas , 1989 p.33 .

101- Selznick . Philip apud Chiavenato , I. Op. cit.
p.297

102- Gouldner . A.W. apud Chiavenato , I. Op. cit
pp.300/302

103- Etzioni . Amitai apud Chiavenato , I. Op. cit
p.335 .

104- Blau. Peter M. E Scitt. R. apud Chiavenato , I. Op.
cit. p.343 .

105- Etzioni , Amitai . "Organizações Modernas" . São
Paulo : Pioneira , 1989 , p.77 .

106- Idem. Ibidem, p.67 .

107- Lerner , A.W. E Wanat , J. Op. cit , p.60 .

108- Etzioni , Amitai . Op. cit. , p.73 .

109- Uribe Rivera , F.J. Op. cit. , cap.IV .

110- Etzioni , Amitai . Op cit. , pp.46/48 .

111- Tragtenberg , Mauricio . Op. cit. , pp.84 e 85 .

112- Etzioni , Amitai . Op. cit. , pp.55 e 57 .

113- Lerner , A.W. E Wanat , J. Op. cit , p.73 .

114- Motta , P.R. "Gestão Contemporânea : a ciência e a
arte de ser dirigente" . Op. cit. , p.197 .

115- Maccoby , Michael apud Lerner , A.W. e Wanat , J.
Op. cit. , pp.80/82 .

116- Bergamini , C.W. "O que não é motivação" . Rev. Admin. . volume 21(4) : 3-8 . out/dez 1986 .

117- Chiavenato , I. Op. cit. , pp.374 e 375 .

118- Lerner , A.W. e Wanat , J. Op. cit. , p.77 .

119- Motta , P.R. Op. cit. , pp.152 e 153 .

120- Lopes Mello , M.C.O. "Processos de participação como meios não institucionalizados da regulação dos conflitos" . Rev.Adm.Empr. Rio de Janeiro . 24(4) : 11-18 out/dez . 1984 .

121- Idem. Ibidem , p.11 .

122- Idem. Ibidem . p.12 .

123- Idem. Ibidem . p.17 .

124- Testa , Mario . "Pensar en salud" . Organización Panamericana de la Salud . Publicación 91 . 1989 . p.90 .

125- Benson . J.Kenneth . "Organizations : a dialectic view" . Administrative Science Quarterly . 12/ASQ . New York Cornell University , 22(1) : 1-21 .

126- Hall , R.H. "Organizações : estruturas e processos" 3.Ed . Rio de Janeiro : Prentice Hall do Brasil. 1984 .

127- Idem. Ibidem. p.111 .

128- Dahl , R. apud Hall , R.H. Op. cit. . p.93 .

129- Bacharach , S. e Lawler , E.J. Apud Hall , R.H. Op. cit. . p.93 .

130- Idem. Ibidem. p.96 .

131- Etzioni , Amitai . Op. cit. . P.103 .

- 132- Hall , R.H. Op. cit. . p.97 .
- 133- Chiavenato , I. Op. cit. . p.335 .
- 134- Motta , P.R. Op. cit. . p.159
- 135- Idem. Ibidem, p.159 .
- 136- Idem. Ibidem, p.160 .
- 137- Idem. Ibidem, p.158 .
- 138- Semler , R. "Virando a propria mesa" . São Paulo: Best Seller , 1988 . cap.8 .
- 139- Motta . P.R. Op. cit. . p.162 .
- 140- Barros , C.D.C. Op. cit , p.28 .
- 141- Idem. Ibidem. p.62 .
- 142- Likert , R. "Novos padrões de Administração" . São Paulo : Livraria Pontes Editora . 1971 .
- 143- Mendonça , L.C. "Participação na organização : uma introdução aos seus fundamentos , conceitos e formas" . São Paulo : Atlas . 1987 .
- 144- Deming , W.E. "Quality , Productivity and Competitive Position" . Massachusetts Institute of Technology . 1982 .
- 145- Campos , Vicente Falconi . "TQC: controle de de qualidade (no estilo japonês) . Belo Horizonte , MG : Fundação Christiano Ottoni . Escola de Engenharia da UFMG . 1992 (Rio de Janeiro : Bloch ed.)
- 146- Motta , P.R. . Do autor e sobre auto-gestão ver ainda "Auto-gestão : a experiência empresarial iugoslava" . R.Adm.Públ. . Rio de Janeiro 140(1) : 7-244 . jan/mar 1980 ;

"Participação na gerência : uma perspectiva comparada" .
Rev.Adm.Públ. . R.J. , 15(4) : 4-33 . out/dez 1981 .

147- Souza Campos . G.W. Op. cit. , pp.349 e 350 .

148- Idem. Ibidem. p.352 .

149- Simon . H.A. "O comportamento administrativo" . Rio
de Janeiro . FGV . 1965 .

150- Chiavenato . I. Op. cit. pp 389 e 390 .

151- Thompson . J. apud Hall . R. Op. cit. . p.128 .

152- Richard . H. Op. cit. . p.128 .

152- Idem. Ibidem, p. 128

153- Idem. Ibidem. p. 128

154- Kotter . J.P. apud Kliksberg . B. "A gerência na
década de 90" . Rev.Adm.Públ. , Rio de Janeiro . 22(1) :59-85
jan/mar 1988 .

155- Lerner . A.W. e Wanat .J. Op. cit . p.91 .

156- Flores . F.C. "Inventando " Op. cit. , p.61 .

157- Motta . P.R. Op. cit. . p.65 .

158- Idem.Ibidem, p.71 .

159- Campos . A.M. "Em busca de novos caminhos para a
teoria da organização" . Rev.Adm.Públ. , Rio de janeiro
15(1): 104-123 , jan/mar 1981 .

160- Benson . J.K. Op. cit. . pp.6 e 7 .

161- Idem. Ibidem

162- Weber , M. apud Silverman . D. "Teoria de las organizaciones", Buenos Aires : Ediciones Nueva Visión .1975

163- Idem. Ibidem, p.165 .

164- Silverman , David , Op. cit. , pg 172 .

165- Idem. Ibidem, pp.174 e 175 .

166- Idem. Ibidem. p.179 .

167- Idem. Ibidem, p.191 .

168- Idem. Ibidem, p.228 .

169- Idem. Ibidem, p.222 .

CAPITULO V

CONCLUSOES : a mudança na administração pública - inventando novos arranjos institucionais , novos instrumentos e novos rituais para a comunicação .

VOCABULANCIA

São tantas as palavras novas
tanto lidas como ditas
enriquecendo a dieta
da nossa filosofia
antes magra , agora farta
de tanta ideologia a
absenteísmo é falta
ao trabalho por preguiça
Matus , chileno sem pátria
que ensina
a encher linguiça
zopp , um método alemão
que traduz planejamento
consiste em pregar papel
sempre com a cor diferente
trocar de lado correndo
na base do sofrimento
prá quem insiste no método
uma coisa meio maluca
que tem que tomar cafezinho
pelo menos umas dez vezes
prá não fundir a cuca
para montar uma árvore
que o método assim exige
mudamos prá Taubaté
largando as nossas origens
até agora tá bravo
a ansiedade é geral
tem gente que nem mais fala
pois ontem sentiu-se mal
na construção dessa coisa
é um olhando pro lado
a classe toda aflita
prevenir cólera com zopp
nem o Cecílio acredita ...

(autor : Pedro Paulo Covisac , acreano , aluno do Curso de Especialização em Vigilância Sanitária , realizado em Taubaté , ao trabalhar um projeto para controle da cólera , através da utilização do zopp , com umas "pitadas" de planejamento estratégico situacional e outros "livros" mais...)

Início este capítulo fazendo um esclarecimento . Havia dito na apresentação desta tese que , com exceção dos capítulos II e III , nos quais utilizaria um tom mais "distanciado" , próprio de quem relata ou faz relatório , nos demais eu adotaria a primeira pessoa do singular . Movia-me, naquele momento , um certo "senso estético" e a percepção de que a utilização da primeira pessoa do plural imprimiria um ar de falsa modéstia e "diluuição" que me parecia inadequado à investigação que eu pretendia desenvolver . Isto porque , eu antevia um trabalho de reflexão a partir de minha trajetória de vida e profissional e , portanto , muito "pessoal" . Pois bem . Relendo o material coletado , organizado e analisado nos capítulos anteriores , percebi , claramente , que impunha-se para mim uma retomada da questão da eleição do "eu" como condutor do presente trabalho .

Para além do formalismo da utilização desta ou daquela "pessoa" , ou da eventual preferência estética do autor , o próprio acúmulo que a realização desta tese me propiciou colocou-me a exigência de fazer determinadas distinções onde antes havia uma aparente indiferenciação . Até para um maior rigor nas conclusões que pretendo apresentar neste capítulo . Explico-me melhor . Há uma diferença entre o "eu" utilizado no texto do capítulo I , escrito em 1990 e o "eu" empregado no capítulo IV , escrito no final de 1992 . O que distingue esses "eus" entre si ? Qual a importância de reconhecer e explicitar esta diferença , para as conclusões do presente trabalho ?

Para a primeira pergunta , apresento uma resposta que acho fundamental na medida em que é orgânica à própria tessitura desta investigação e que responde também , em boa medida , à segunda questão colocada: o "eu" que utilizo na revisão bibliográfica apresentada no capítulo IV é um "eu reflexivo" , na medida em que o mesmo já não representa as indagações e os modos de recortar temas ou problematizar questões de um autor solitário, mas uma síntese -se posso ter a pretensão- das formulações feita por um coletivo de técnicos reunidos no Laboratório de Planejamento e Administração (LAPA) do DMPS/Unicamp . Mesmo que , para ser coerente com tudo o que escrevi até agora , considere que o "eu" diretor regional do capítulo I não é totalmente solitário na medida em que "livros ocultos" estão presentes no correr da experiência - ou "livros explícitos" para outros participantes - , o modo como foi organizada , por exemplo , a revisão da Teoria Geral da Administração apresentada no capítulo anterior , é um claro reflexo da discussão que era conduzida nos espaços didáticos e nas experiências concretas que eu compartilhava enquanto membro do LAPA . E um tempo de "livros explícitos" e de "livros-espelho" .

Há portanto uma inflexão no corpo desta tese que é preciso explicitar : a passagem de um "eu" solitário . digamos assim , no primeiro capítulo , por isto mesmo menos potente enquanto formulador , para um "eu" reflexivo que preside o capítulo IV e com certeza estas conclusões . Não

por coincidência , esta "passagem" se faz , inclusive , "topologicamente" através dos capítulos II e III , nos quais são relatadas intervenções institucionais do LAPA . Nesta medida , o conhecimento que se produz ao final deste trabalho não pode ser enquadrado no modelo "clássico" de autoria solitária .

Tal constatação não endossa , no entanto , a provocação de Testa de que todo o livro , afinal , é um plágio . Pelo contrário . Quero concluir esta tese imputando originalidade ao modelo de gestão cuja constituição e modelagem foi apresentada no correr deste trabalho . Mesmo tendo clareza de que o mesmo não é uma proposta fechada , completa e muito menos uma "receita" de como fazer a gestão de órgãos públicos . Reivindico apenas que seja analisado como um imenso esforço coletivo de inventar mudanças na administração pública como parte de um esforço maior de inventar mudanças para a sociedade brasileira como um todo .

Três fontes podem ser vistas como alimentadoras do "modelo de gestão do LAPA" :

- uma determinada concepção de sujeito , atuando nos espaços institucionais e disputando , com outros sujeitos , a hegemonia para um modelo tecno-assistencial para a saúde que fala da defesa da vida e remete às questões mais amplas da cidadania .

- o instrumental operacional fornecido por determinados enfoques metodológicos e/ou metodologias de planejamento , em particular pelo Planejamento Estratégico Situacional , porém sempre considerando que "um sujeito social formulador e portador de um projeto de saúde em defesa da vida não pode atuar dentro de uma estratégia de ação que não seja intimamente pensada e equacionada com a natureza social do seu próprio projeto governamental . Assim , não serve para este sujeito qualquer receita metodológica de atuação que não esteja coerentemente presa aos propósitos mais estratégicos do seu projeto" (Merhy em "atuar em saúde , mimeo . 1993) .

- uma apreciação crítica a respeito da Teoria Geral da Administração e dos modelos de gestão adotados pelo setor público , coerente também com a visão de sujeito que está sendo trabalhada .

Aqui , vale retomar a idéia de "livros" que orientou a sistematização do capítulo anterior , mas dando outras ênfases e fazendo outras explicitações . Por exemplo , é de Merhy a contribuição maior para a discussão dos sujeitos e de sua constituição na própria disputa nos espaços institucionais e da organicidade do modelo de gestão ao projeto governamental do ator , conforme destaquei logo acima . Souza Campos contribui , em particular , por suas formulações sobre alternativas de gestão do setor público , referenciadas , com toda a certeza , a uma reflexão teórica

atrelada à determinadas experiências concretas , que compartilhamos . Se eu pudesse reivindicar alguma contribuição pessoal para este esforço de investigação de um novo modelo de gestão , eu diria que foi com o aporte de determinado instrumental operacional oriundo do campo do planejamento estratégico , em particular as formulações de Carlos Matus (abandonei , nesta linha que se encerra , e só para uma reflexão muito particular , o "eu reflexivo" que vem presidindo estas conclusões...)

Imputo ao meu (re)encontro com Merhy e Souza Campos , seja como coordenador da área de planejamento da Secretaria de Saúde de Campinas durante a gestão do último , seja como orientando do primeiro , **mas principalmente nas parcerias em atividades institucionais e práticas de ensino com ambos** , a criação de um campo muito favorável à investigação de possibilidades de trabalhar a mudança na administração pública . Por tudo isto é que em determinados trechos do capítulo anterior eu me sentia como que impelido a substituir o "eu" por "nós" . Não seria um "nós" de falsa modéstia ou de uma certa elegância pedante e *demodée* , mas um "nós" que substitui o "eu" quando compartilhamos , de fato , um processo coletivo de criação .

As experiências que fornecem o material empírico deste trabalho receberam algum tratamento analítico durante a apresentação das mesmas . Particularmente o trabalho junto à Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba . Nele , houve um esforço para uma apreciação conjunta das três pontas do triângulo do "triângulo de governo" conforme formulado por Carlos Matus . no sentido de verificar como projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade são variáveis interrelacionadas . As falas finais dos membros do colegiado de governo dão as indicações de alguns dos limites para a invenção da mudança na administração pública . No caso específico , apesar de um bom projeto e de ter havido um significativo aumento da capacidade de governo , a governabilidade que a equipe dirigente da Secretaria de Saúde possuía era , em boa medida , dependente da inserção da mesma em um governo municipal com um projeto pouco claro e baixíssima capacidade de governo . Esta última , por exemplo, traduzida na incapacidade da administração democrática e popular de constituir um espaço público para a explicitação e disputa de projetos e prioridades . A consequência disto é o isolamento da Secretaria de Saúde , que a equipe dirigente só conseguia romper circunstancialmente . Há portanto limites para o projeto mudancista , dependendo em parte do espaço -na concepção também de Matus - ocupado pelo ator em processo de governo . Evidentemente que a Saúde ocupa um espaço mais "singular" se comparado com o espaço mais "geral" da Prefeitura . O que lhe foi negado - e que a sua direção não conseguiu alcançar plenamente - foi o acesso ao espaço decisório do conjunto das políticas do município .

A experiência conduzida na Secretaria de Saúde de Piracicaba tinha governabilidade "intermediária" se comparada

com aquelas do DRS-5 e da Santa Casa do Pará . No caso do primeiro , há que ser considerada a realidade institucional da pouca importância da Secretaria de Saúde no contexto do Governo Estadual , pelos poucos recursos que mobilizava tanto de ordem orçamentário-financeira , como de poder de mobilização junto a setores importantes da sociedade . Dito de outra forma : a Saúde não era uma secretaria estratégica para a configuração de blocos de aliança para a sustentação do Governo Estadual . Daí sua "desimportância" e , em grande medida , a possibilidade aberta para uma experiência de reforma , de caráter democratizante , de um "pedaço" da máquina pública paulista . O que não reduz o mérito do processo conduzido no período analisado , na medida em que foi trabalhada de forma muito consistente , a ampliação do arco de aliados para um projeto mudancista no interior da instituição .

A "fase sindical" da experiência do DRS-5 pode ser vista como uma estratégia acertada para sacudir a apatia da massa dos funcionários , trabalhando com uma hipótese explicitada nos documentos da época que continua válida : **sem a participação dos trabalhadores da saúde não há reforma na saúde** . Daí a postura cultivada durante todo o período analisado , de alinhamento das direções intermediárias e superiores com a movimentação das "bases" . Essa aliança dos de "baixo" com os de "cima" foi mantida , muitas vezes , às custas de desgaste junto às forças mais conservadoras no Governo Montoro e na direção da Secretaria de Saúde (os inimigos "externos" mais visíveis naquele momento , na medida em que outros opositores ao projeto só entrariam em cena com o avanço de algumas reformas na direção do Sistema Único de Saúde) . Havia até , pode-se dizer , um expressivo grau de "cegueira situacional" da direção do DRS-5 quando da avaliação da sua própria governabilidade , traduzida em uma certa postura *kamikaze* de enfrentamento que por certo não era orientada por nenhuma análise de viabilidade conduzida de acordo com as concepções do planejamento estratégico situacional ... E , no entanto , o projeto sobreviveu aos quatro anos de "bombardeio" dos deputados governistas da região , do prefeito da cidade de Campinas que pertencia ao mesmo partido do governador e outras forças políticas que olhavam com certa desconfiança aquela "agitacão" que ocorria na região de Campinas . Qual então a explicação para que o projeto mudancista sobrevivesse e , em boa medida , prosperasse ? Porque apresentou uma boa capacidade de governo e conseguiu viabilizar o apoio interno para o projeto , através de uma correta política de alianças , chamemos assim , com os trabalhadores de saúde . Sem desconsiderarmos a já aludida "desimportância" da Secretaria de Saúde no conjunto das estratégias governamentais .

Esta última constatação não podendo , no entanto , desvalorizar o fato de que a boa capacidade de governo da equipe regional e das equipes distritais , conseguiu , ao longo da experiência , novos e importantes aliados para o projeto : a maioria dos prefeitos da região , de todos os

partidos . incluindo os peemedebistas , que reconheciam a seriedade e o compromisso do trabalho então desenvolvido . Esses novos aliados foram essenciais para a condução de significativas mudanças ocorridas na assistência médico-sanitária prestada pelo setor público na região , traduzidas em uma ampliação expressiva da oferta de serviços e facilitação do acesso da população aos mesmos . Como saldo "concreto" deste esforço do DR5-5 ficou , entre outras coisas, algum avanço na direção da construção do Sistema Unico de Saúde , conforme defendido pelo Movimento Sanitário e ainda hoje em busca de sua concretização .

A experiência da Santa Casa do Pará é aquela conduzida dentro de melhores condições de governabilidade . O simples fato de ser uma Fundação , com receita própria e relativa liberdade para realizar sua execução orçamentária , já conferia à direção da Santa Casa do Pará um grau de governabilidade muito superior ao presente nas demais experiências . Tanto é que foi possível instituir uma política salarial própria , em caráter complementar à do Governo do Estado do Pará . articulada ao processo de avaliação de desempenho do hospital como um todo . Nas demais experiências, qualquer veleidade "autonomista" dessa natureza seria impensável . Pelo contrário . No caso da Secretaria de Saúde de Piracicaba , toda a política de pessoal , todo o processo orçamentário e financeiro , pelo menos até a instalação do Fundo Municipal de Saúde , era totalmente dependente de outras secretarias . Sem contar todas as restrições e limitações que dão a singularidade da administração pública .

O que pode ser generalizado é que , o projeto da Reforma Sanitária , quando inserido em experiências institucionais diferenciadas , conforme tem ocorrido nos últimos anos , tem enfrentado "governabilidades" diferentes . O modelo de gestão participativa que está sendo analisado mostrou-se perfeitamente aplicável em situações muito variadas . Mais do que isto : a incorporação dos trabalhadores de saúde à gestão efetiva dos serviços é uma estratégia central para aumentar a governabilidade do projeto da Reforma Sanitária . Se consideradas as características do setor público em geral, mas as do setor de saúde em particular , onde há uma simultaneidade entre produção e consumo , esta questão torna-se vital para um projeto mudancista

Por isto , o que está colocado como pano de fundo em todo este processo de elaboração de um determinado modelo de gestão é a questão da criação de um espaço público , consensualmente defendido e compartilhado , no qual as diferentes racionalidades portadas pelos diferentes sujeitos possam se contemplar , se consensuar e se disputar . Esta questão é claramente vinculada à um determinado projeto político que se norteia pela idéia da necessidade de criação de um "contrato social" em torno de uma sociedade radicalmente democrática , tensa e ativamente defendida e construída . Ou seja , o "modelo de gestão do LAPA" , do

ponto de vista do conteúdo propositivo é amarrado ao tal "contrato social" e que exige a "produção de sujeitos" tanto extra-, mas centralmente intra-institucionalmente, o que mostra a insuficiência do tratamento dado à questão da governabilidade por autores como Carlos Matus. E dá algumas pistas para que se avalie a complexidade e as dificuldades inerentes a tal tipo de proposta.

E de Merhy uma formulação muito lúcida para enfrentar a questão do conflito no interior das instituições. Segundo o autor "há tantos conflitos por diferenças de projetos entre usuários, trabalhadores e governos, quanto por projetos que disputam sentidos diferentes das próprias políticas sociais, como entre os neo-liberais que defendem diferentes tipos de cidadãos e a privatização dos serviços e a lógica do mercado como reguladora do acesso a bens mais qualificados e os que defendem a saúde como uma questão pública e, portanto, um patrimônio e um problema para toda a sociedade. Deste ponto de vista, estes conflitos não podem ser tratados como semelhantes, pois os primeiros expressam diferenças existentes entre atores inseridos em um dado contexto, mas que têm toda a potencialidade de serem trabalhados na construção de um projeto semelhante em termos éticos práticos no campo da saúde, mesmo preservando as diferenças básicas de papéis que aqueles três atores portam. Entretanto, os conflitos advindos do segundo tipo de diferenças já comportam um grau de disputa estratégica que se anulam, e portanto tem que ser tratada no campo da luta política, e assim, para a solução do mesmo, no interior das direções, tem que se exercer o poder de direção". (Merhy em "atuar em saúde", mimeo, 1993)

E esta diferenciação entre "tipos de conflito" que vai exigir um desenho metodológico que ora privilegia o agir comunicativo, no sentido habermasiano e discutido por Uribe Rivera, ora privilegia o agir estratégico. A primeira opção é utilizada ao se trabalhar o interno da instituição através da criação de colegiados em todos os níveis, com razoável grau de autonomia para definição de objetivos, metas e processo de trabalho; ênfase nos procedimentos baseados no agir comunicativo, no qual há uma valorização do papel dos agentes na compreensão e construção intersubjetiva da realidade, em particular a explicitação e compartilhamento do projeto da reforma sanitária com todos os trabalhadores, através da sua tradução em instrumentos de avaliação e acompanhamento do projeto.

O agir estratégico, aquele que pressupõe a existência de reservas de poder, é utilizado quando se exerce "o poder de direção", conforme lembrado por Merhy. Aí, as formulações de Matus são perfeitamente aplicáveis, tanto ao se lidar com o interno como com o externo à instituição. Ou seja, estas racionalidades ou estes modos de agir não são excludentes e convivem tensamente na realidade das

instituições . Ora o modelo de gestão tem que operacionalizar o processo de ganhar corações e mentes , através do agir comunicativo . ora tem que partir para a luta estratégica , pela utilização do agir estratégico , que , no limite , **reduza de tal forma as possibilidades de ação do outro , que para este não reste senão comportamentos previsíveis** . Esta é uma idéia implícita na obra de Matus e criticada por Uribe Rivera .

Houve , no desenrolar das experiências , incluindo aquela vivida no DRS-5 , uma explícita preocupação com o aprimoramento da capacidade de governo . Para isso , foram utilizadas , devidamente adaptados ou modificados , um série de "metodos de planejamento" , das proposições de Mario Robirosa às sofisticadas formulações teórico-metodológicas do planejamento estratégico situacional . A apropriação de instrumentos de formulação de projetos oferecidos por esses diferentes métodos teve um papel central no deslanchamento e na experimentação de formas de gestão que avançavam décadas em relação à tradição prevalente na administração pública . Do que não se tinha clareza , inicialmente , é que **todos** esses métodos eram , no final das contas , instrumentos de conversação , de comunicação para a ação . E , apesar disto , insuficientes para o modelo de gestão que se queria construir . Era necessário mais . Daí a insuficiência do momento tático-operacional do planejamento estratégico situacional e a necessidade da investigação de modos de gestão mais orgânicos à idéia da construção de sujeitos intra-institucionais .

O resultado deste esforço foi o aprimoramento de "instrumentos de planejamento" razoavelmente fáceis de serem operacionalizados até os níveis mais operativos ou até as "bases" do sistema . Porque uma coisa é a elaboração de um plano ou de um projeto de ação para uma equipe de direção superior ; outra , é a viabilização de instrumentos e rituais democratizáveis no sentido de todos possam também "planejar" . E aqui , a idéia de instrumentos que pudessem contribuir para uma melhor formulação em todos os níveis do sistema , melhorando a comunicação entre as pessoas , estabelecendo compromissos , criando rituais de prestação a que todos , sem exceção , devessem se submeter , transformou-se em uma verdadeira preocupação no correr das experiências relatadas , na medida mesma em que tais instrumentos eram vistos como o ***modus operandi*** de um determinado projeto político . Ou seja , aqui o sujeito modela o método que lhe é mais adequado . Se tal método não existe pronto , ele o cria .

Trata-se aqui , portanto , da invenção da mudança . Da experimentação de vários modos de fazer . De testar o mais adequado . O que seria reproduzível em condições institucionais diversas . Estamos aqui , nitidamente , diante de um sujeito político com uma matriz discursiva própria e

que exercita suas pretensões de universalidade , no sentido , inclusive , de criação de modelos de intervenção generalizáveis , para além da situação concreta e específica em que atua .

Há uma cuidadosa e sistematizada aplicação de "árvores" e planilhas , criação de fluxogramas causais , redesenho constante de formatos de projetos de ação , (re)definição do que sejam resultados , operações , ações e todo um conjunto de instrumentos e procedimentos e rituais que , apropriados em arranjos institucionais que privilegiam os colegiados , a discussão coletiva , a democratização e a transparência do processo de decisão e da formulação de políticas , foi modelando um modo de gestão que era ao mesmo tempo soma e síntese original de tantas idéias .

E por mais que se "simplificassem" todos estes instrumentos e rituais , permanecia e permanece sempre uma dificuldade na sua operacionalização . A explicação para isto é que o universo tecnológico das relações intersubjetivas e da produção de sujeitos é , necessariamente , complexo . Nesta medida , a formação de gerentes/condutores tanto nos níveis intermediários como a nível local não é tarefa simples. Por isto mesmo que , em tal abordagem , pouco tem sido a utilidade de "cursos de gerentes" , com formato de treinamento mais tradicional . Em vez disto , tem-se optado por "programas de desenvolvimento gerencial" , com características de acompanhamento e apoio às atividades de gestão do cotidiano . Ao mesmo tempo , e via de regra , estes "programas" desembocam em novos arranjos institucionais que sejam continentes a estes novos sujeitos que vão sendo constituídos . Um bom exemplo disso é o colegiado de gerentes de unidades da Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba , que surge como uma exigência do "programa de desenvolvimento gerencial" , na medida em que os gerentes eram cada vez mais cobrados e estimulados a trabalhar , de forma mais abrangente, os problemas do seu cotidiano .

Por fim , retomo a questão que me ofereceu o mote para iniciar esta investigação : o deslocamento do tema inicial "planejamento" para o de gestão .

Poucas palavras têm sentido tão prenhe de dubiedades e múltiplas interpretações como "planejamento". Do senso comum, da utilização cotidiana da dona de casa ou do supervisor que "planeja" roteiros de vendas para os representantes de determinado produto comercial, ao tecnoburocrata que embola o discurso para despistar incompetências ou o novo ocupante de um alto cargo executivo, planejar, mais do que um verbo transitivo, é a senha que aparentemente abrirá as portas de um mundo mais racional e organizado, no qual não terão lugar a improvisação, a incompetência e o desperdício. Daí seu caráter mítico e a irresistível atração que exerce no imaginário dos homens perante os cada vez mais complexos e desafiadores dias que correm.

O planejamento tem assim, um significado, no "senso comum", primeiro de ordenamento, de disposição coerente de coisas que estão confusas, que não controlamos, que apresentam-se de forma desencontrada e contraditória. O planejamento seria a chave para ordenar, estabelecer metas, objetivos, "por ordem na casa", priorizar e sistematizar a ação humana. O planejamento, desta maneira, calcaria a estrada pantanosa da vida social que teima em nos confundir e a reter, desafiadora, nossos pés inseguros. E se, em âmbitos menos complexificados como o da economia doméstica ou da atividade de uma empresa comercial de pequeno porte, o "planejamento" é apenas apoio para as atividades cotidianas, e apenas isto, em âmbitos como as agências de governo, as grandes empresas e indústrias, planejar é reificado no sentido de ser visto como vital, de forma que, pensar estas instituições "sem planejamento" seria compactuar com uma racionalidade defeituosa, incompleta e, portanto, inaceitável. A questão da escala de grandezas pode ser considerada como uma primeira demarcação para o exame desta prática social denominada de planejamento, que por ora adoto sem maior rigor conceitual. Emprega-se a palavra planejamento de micro a macro universos da vida em sociedade dos homens, porém, com graus de "importância" diferentes. Mais do que isto, com significados muito diferenciados.

Planejar é uma atividade humana, provavelmente tão antiga quanto o próprio homem, se aceitamos a definição de planejar como toda ação humana dotada de intencionalidade. Para Whitaker Ferreira o planejamento é um método de trabalho aplicável por quem quiser: **preparar tudo muito bem, acompanhar com o mesmo cuidado a realização da ação e tirar lições do ocorrido.** ¹

As poderosas burocracias próprias do modo asiático de produção dominavam de tal forma a arte, digamos assim, do planejamento, que puderam coordenar a construção de colossos como as pirâmides do Egito, que até hoje causam admiração e espanto às mais equipadas construtoras contemporâneas. Assim, pode-se afirmar que o planejamento enquanto prática

"estatal" nasce com as burocracias que se constituíam enquanto classes dominantes naquele modo de produção . Voltando à questão da escala das organizações humanas , o planejamento cresce de importância conforme se dá o deslocamento de formas mais simples de organização para aquelas mais complexas . Mas esta afirmação é insuficiente . Na verdade , o planejamento enquanto prática globalizante , isto é , com pretensões de regular toda a vida social , é coisa deste século . O Planejamento (com P maiúsculo) nasce junto com a abolição da propriedade privada e como substituto do mercado enquanto instância reguladora da vida econômica e social da emergente União Soviética no início da década de vinte . A trajetória (e o fracasso) de um modelo de planejamento estatal super-centralizado conforme experimentado no lado oriental da Europa é por demais conhecida e atual para merecer aqui maior atenção . Importa mais reter que este paradigma de gestão planificada da economia foi tomado como "o" modelo de construção de uma sociedade socialista , durante décadas , por intelectuais e por gerações de militância dedicadas à luta por um mundo melhor . Neste sentido , o planejamento enquanto prática social nasce profundamente marcado pela disputa ideológica entre os blocos hegemônicos mundiais no pós-guerra .

Não que o "bloco capitalista" tivesse permanecido imune à questão do planejamento estatal como orientador do sistema econômico e social . O capitalismo não seria mais o mesmo após o **crack** de trinta quando um certo cidadão Keynes teve o papel de dizer , doesse a quem doesse , que **também nos países capitalistas o liberalismo , o laissez-faire do capitalismo concorrencial era página virada da história e agora , impunham-se medidas reguladoras do Estado para garantir a reprodução do modo capitalista de produção . A adoção de tal modelo "híbrido" , com tal ou qual grau de radicalidade , é motivo de disputa até os nossos dias . Basta ver o sucesso (efêmero) da "era Reagan/Thatcher" , que desembocou no pantano de uma crise sem precedentes na história dos Estados Unidos e mesmo da Inglaterra , com verdadeiras explosões sociais dos excluídos pela perversa política neo-liberal . A queda do muro de Berlim e o fim do socialismo dito "real" colocam questões novas em todos os campos do conhecimento humano , entre eles a questão do Planejamento enquanto prática social , a relação economia de mercado e políticas estatais , entre outras . Mal baixada a poeira daqueles extradionários acontecimentos , começa-se a perceber que a reorganização da vida dos ex-países socialistas dificilmente se fará via mercado , apesar da vitória cantada pelos liberais de todas as extracções , em todas as partes do mundo, inclusive no nosso país .**

Mas , deslocando a nossa escala de observação deste nível mais macro , do planejamento econômico , societal , é interessante fazer uma observação mais setorial do planejamento , porque esta dissertação se ocupa do planejamento no "setor saúde" . A possibilidade da setorialização do planejamento só é possível pela autonomia

relativa de "partes" do aparelho do Estado , dotados de uma tecno-burocracia estável com razoável autonomia para a definição e execução de políticas setoriais . E Poulantzas que nos alerta para o fato desta autonomia relativa não significar descoordenação da intervenção estatal , muito pelo contrário. Apesar de suas contradições intra e inter-órgãos , há uma unidade de aparelho tendo em vista a defesa dos interesses da fracção hegemónica do capital .² Mas aqui é necessário explorar a partir de quando , como e com que características surge o planeamento em saúde , pelo que representa como "ponto de partida" para desenvolvimento deste trabalho . Assim , vimos que o planeamento enquanto "organizar-se para a acção" ou enquanto "acção intencional" não é apanágio das organizações como tendemos a ver , mas é uma prática humana , tão velha , até por definição , quanto o **Homo sapiens** . Vimos também que o Planeamento (assim , com P maiúsculo) inaugura-se como prática social no século vinte, seja como proposta de extensividade radical , no sentido de modelar a vida económica e social do ex-bloco socialista , ou como atualização do capitalismo pós-concorrencial .

O planeamento em saúde tal qual o pensamos atualmente nos países da América Latina em geral , enquanto formalização de métodos governamentais , tem uma história muito interessante de construção de um pensamento crítico e que , por certo , ainda está em plena ebulição . Na verdade , o "planejar em saúde" é concomitante à emergência da Saúde Pública , de forma que abordagem que aqui se faz é ao surgimento ao planeamento como foi dito , enquanto método de governo , no correr dos anos 60 . Ou seja , surge bem no centro de uma acirrada disputa ideológica , em clima de "guerra fria" , de intensa disputa entre o bloco norte-americano e soviético , cuja pauta era a revolução cubana e o consequente fracasso da invasão da Baía dos Porcos, guerrilhas em vários países do continente , doutrina da segurança nacional , nacionalismos de todas as espécies (à direita e à esquerda) etc . O planeamento em saúde na América Latina nasceu , por isto , explicitamente ideologizado , submetido aos interesses norte-americanos no continente , sob a sombra da "Aliança para o Progresso" e , mais do que isto , subordinado , ou melhor , vinculado , a possibilidade de obtenção de empréstimos junto aos grandes conglomerados financeiros e do Governo do Estados Unidos . Não deixa de ser curioso que , apesar desta clara "politização" do planeamento , ele tenha se apresentado , na sua origem , respaldado por uma rigorosa linguagem tecnocrática , generosa em parâmetros econométricos , de assumida inspiração no Planeamento económico , e por isto mesmo com pretensões de neutralidade e claro discurso efficientista .³ Seria incorreto desconsiderar a importância deste movimento , materializado no conhecido "Método CENDES/OPS" (1965) , só porque nunca foi implantado integralmente em nenhum país latino-americano . O "Método" influenciou gerações de sanitaristas e de funcionários estatais , inclusive no nosso país , talvez porque ,

contribuindo de fato para a construção de "instrumentos" para programação e avaliação dos serviços de saúde, tenha reforçado, no correr de décadas, no imaginário deste coletivo, idéias como a possibilidade de construção de um mundo sem desperdícios, de solução, a partir do setor saúde, dos graves problemas do nosso povo, quebrando quem sabe a "causação circular da doença".⁴

A crítica mais pungente ao CENDES/OPS, pela sua radicalidade e contundência, e pelo caráter de "auto-crítica", foi feita por Mario Testa, um dos autores do documento da Organização Panamericana de Saúde que apresentou ao mundo (pelos menos à América Latina) o "Método". Em "Pensar en Salud", com o sugestivo título de "auto-crítica", o autor reconhece os problemas técnicos referentes à própria aplicação do método ("faziam do difícil exercício - de aplicação do método - um esforço estéril e ridículo"), a desconsideração pelas características institucionais e a "artificial" separação entre o científico e o político, como graves erros que "conduziram ao sofrimento", não só dele como "daqueles que arrastamos no erro".⁵ O autor, a partir de sua reflexões de exílio, refaz toda sua trajetória teórica e tem aportado contribuições importantes para quem trabalha "planejamento em saúde".

De qualquer forma, é com o CENDES/OPS que se delimita um campo específico de atuação, com características setoriais bem demarcadas, a partir da criação de uma linguagem própria, que inaugura o planejamento do setor saúde. Outro documento da Organização Panamericana de Saúde, o "Formulacion de Politicas de Salud", publicado exatos dez anos após, significa uma reviravolta "oficial" (e por isto mesmo tantas vezes questionado por ser portador desta chancela oficialista...) na abordagem do planejamento em saúde. Faço este "rastreamento" dos documentos-ícones na medida em que ajudam ir caracterizando a constituição do objeto "planejamento em saúde" a partir da exploração do deslocamento do planejamento global para o setorial e depois para outro objeto de estudo mais ampliado que é "a gestão da mudança na administração pública". Pois bem, o "Formulacion", como é conhecido entre os "especialistas em planejamento", tematiza, na minha opinião, todas as grandes questões que serão trabalhadas nos anos seguintes a partir de outros e novos marcos teóricos. Basta ver como era colocada relação do técnico com o político. "Las consideraciones anteriores apuntan a las relaciones entre planificación y política. Como acción social - intervención deliberada en los procesos sociales - la planificación es también un acto político. No tiene destino si no se deriva de lo político e se integra a él. Es la política la que define 'hacia dónde va' un sistema social, el 'qué hacer' para tal propósito y en lo general, el 'como hacerlo'; define la persistencia y los cambios e incluso, sobrepasando los límites de la institucionalidad vigente, la ruptura y sustitución del sistema (...). De ahí la importancia de lo

político , cuja incorporación al processo de planificación es condición *sine qua non* para su existencia y desarrollo " .⁶ Escrito dentro da forma da teoria sistêmica , palatável às organizações oficiais , os autores do documento reconhecem a insuficiência do enfoque sistêmico e recomendam que o mesmo deve ser "complementado con los análisis de estructuras y funciones específicas (funcional-estructural) y de la evolución histórica de los componentes y relaciones fundamentales (histórico-estructurales) como marco explicativo de los comportamientos individuales y coletivos"-⁷ Trabalhando com categorias de análise como as demandas e os apoios (ou oposição) políticos , o processamento político institucional , os possuidores de poder real (grupos de interesse e pressão) e os produtos políticos , embora dentro de uma armação sistêmica , o documento reconhece que a definição das políticas sociais "resultan del confrontamiento de diversos proyectos sociales de los diferentes grupos o clases sociales , pudiéndose arribar a um 'compromiso' ideológico no formalizado o adaptarse simplemente el proyecto de un grupo social dominante , 'impuesto' a los restantes grupos sociales. La opción política por una imagen-objetivo dada no hace desaparecer otras proposiciones de imagen-objetivo , que pueden permanecer como demandas efectiva o potenciales en el sistema político" .⁸ O "Formulación" representa assim , o rompimento com a visão tecnocrática e pretensamente neutra do CENDES/OPS e problematiza questões que estarão colocadas no debate em torno do "planejamento em saúde" nos próximos anos. Para Mario Testa , na sua já referida "autocrítica" , a incorporação de questões políticas e administrativas a *posteriori* ao "Método" , aqui podendo se incluir os "avancos" observados no "Formulación" apenas transformaram a técnica de planejamento em saúde em uma formulação tecnocrática , isto é , em uma técnica que implica uma autoridade , mais que um poder de decisão . Matus de alguma forma compartilha desta visão , com sua visão "presidencialista" do poder , do poder exercido , em última instância pelo "líder" , embora de alguma forma atenua esta dicotomia entre o técnico e o político ao pensar a figura do tecno-político . Não é demais repetir que as experiências relatadas nos três primeiros capítulos são um esforço de construir um modelo alternativo à esta visão , ao buscar trazer o processo de decisão política até os níveis das equipes executoras .

Chama a atenção o fato de que o "Formulación" tenha , aparentemente , exercido pouca influência no desenvolvimento de um pensamento crítico no Brasil , no campo do planejamento em saúde , pelo menos se for considerada a bibliografia que está sendo trabalhada nesta dissertação . Os trabalhos acadêmicos da área , em geral , remetem a autores como Testa e Matus (Gallo , Vieira da Silva , Uribe Rivera , Souza Campos , citados nos capítulos anteriores) . Uribe Rivera , por exemplo , reconhece o "Formulación" com uma das bases para o planejamento estratégico , porém acha que "sua excessiva normatividade política (...) obrigá-nos a uma qualificação do mesmo como um enfoque estratégico

normativo".⁹ Não é outra a crítica que Mario Testa faz no sentido de que "Matus substitui a normatividade técnico-econômica do planejamento normativo por uma *normatividade política*, o que diminui a eficácia de sua proposta".¹⁰ (o grifo é meu). A mesma crítica, quase com as mesmas palavras ! Destaquei esta "coincidência" porque ela dá algumas pistas para que continuemos nossa exploração, na medida em que estas observações, de autores diferentes, estão problematizando questões essenciais no interior do debate que vai se constituindo no campo do "planejamento em saúde": a possibilidade e necessidade de se trabalhar "modelísticas" de planejamento ou a possibilidade de mudanças a partir do planejamento.

Volto ao "Formulación" para buscar mais indicações ou para precisar melhor este "debate". Coerente com a abordagem funcionalista que adota, o documento localiza um subsistema político ou o aparelho estatal, que teria o monopólio das decisões políticas, enquanto atos de autoridades no exercício do Governo (assim mesmo, com G maiúsculo). Governo entendido como poder formal, atuando dentro das regras estabelecidas pelo sistema e pelo regime. Reconhecendo também uma significativa autonomia desta esfera de Governo, em função inclusive dos elementos contraditórios que pode conter, é feita a seguinte observação: "De cualquier manera, en un sentido práctico, las autoridades (el gobierno) son en general y coyunturalmente, el elemento más importante en proceso político y en la formulación de las decisiones políticas. En condiciones de 'normalidad' institucional, la operación del sistema confluye hacia las autoridades, para que el gobierno decida y actúe".¹¹ Quando Carlos Matus faz a discussão a respeito da diferença entre governar e Governar (conforme foi visto no capítulo anterior) com certeza ele está, sem negar a possibilidade e a necessidade de governar - qualquer ator social pode planejar e governar, no sentido de lutar por um determinado projeto político...- enfatizando, claramente, que o planejamento pode ser visto como um instrumento de Governo, mais especificamente, como um eficaz modo de se aumentar a capacidade de Governo. Mais do que isto, Matus enfrenta a questão de se construir uma determinada modelística ou modo de Governar, como também foi visto no capítulo anterior, o que é negado por um autor influente como o Mario Testa, para quem "un diseño más metodológico desviaría del propósito de pensar la salud, que es mucho más importante que discutir las técnicas de planificación. También es un intento de comenzar a abandonar la idea que la planificación resuelve realmente algún problema".¹² Esta assimetria de visões entre estes dois "clássicos" do "planejamento estratégico", em boa medida delimita a pauta central de debates presentes no interior do movimento sanitário, quando o tema é o "planejamento".

Mais recentemente, tem sido desenvolvida na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), a partir dos trabalhos de Uribe Rivera e Gallo, uma linha de investigação que

aporta novos elementos a este debate . Poderia dizer , sem risco de estar incorrendo em simplificação excessiva , que o debate colocado , em particular por Gallo , é , na sua essência , o mesmo de Matus e Testa , mas olhado por outros ângulos e enriquecido por matrizes teóricas que só recentemente tem sido tomadas na árdua tarefa de construção/reconstrução permanente do campo da Saúde Coletiva. Neste sentido a contribuição destes dois autores amplia os limites do debate do campo do planejamento estratégico em saúde para além dos seus atuais limites .

Ambos os autores tem adotado como linha de suas investigações uma reflexão mais aprofundada a respeito da própria racionalidade do planejamento , conforme vem sendo desenvolvido nos últimos anos . Para tanto adotam uma matriz analítica fundamentalmente habermasiana , embora apoiada em outros autores como Offe e Castoriadis , só para citar os mais importantes . Em Habermas vão buscar exatamente os elementos para se pensar uma prática construtivista , no sentido de inovadora -capaz de transformações das estruturas sociais- e por isto mesmo emancipadora . O trabalho de Uribe Rivera já foi problematizado no capítulo IV . Mesmo reconhecendo as suas importantes contribuições para uma redefinição do planejamento (ênfase no agir comunicativo , na autonomia e racionalidade específicas do processo de formação de realidades normativas etc.) já havia manifestado minha crítica em relação à insuficiência da sua abordagem do "institucional" , do seu "olhar para dentro" da organização , inclusive apontado a pouca utilização que faz do rico material que recolheu e sistematizou , principalmente a partir de Habermas e de Offe , para trabalhar , por exemplo , o exercício de uma nova hegemonia no aparelho de Estado tendo como base uma "ampliação" do movimento sanitário como sujeito político , através da incorporação ao projeto da Reforma Sanitária de novos personagens representados pelos trabalhadores da saúde e pelos usuários do sistema . Neste sentido é que também considereei como incompleta a crítica que faz a Matus , ao centrar fogo no fato do mesmo obscurecer os elementos próprios de uma agir comunicativo presentes em sua obra (a explicação situacional policicêntrica , por exemplo) subordinando-os à uma racionalidade estratégica e instrumental , não analisando a insuficiência da abordagem da gestão em Matus , em particular a dicotomia que ainda cultiva entre "planejamento" e "gestão" . De qualquer forma , o trabalho de Rivera Uribe demarcou novas fronteiras para este debate e demanda por mais investigações a respeito da operacionalização ou experimentação das formulações que desenvolve a partir da obra de Habermas .

Gallo é o outro autor "anspiano" que , desenvolvendo um trabalho que em muitos pontos é coincidente com o de Rivera , faz uma série de considerações em sua tese de mestrado , que explorarei mais detidamente , na medida em que me ajudam , até pelo contraste , a precisar melhor a moldura conceitual das conclusões desta dissertação .

Definindo como objeto de sua dissertação "o papel do planejamento enquanto instrumento de controle social, analisado sob a ótica da *práxis* construtivista"¹³, o autor vai tentar mostrar, no desenvolvimento de seu trabalho, que o planejamento enquanto instrumento de integração sistêmica (na linguagem habermasiana) seria "portador de caráter intrinsecamente conservador (o que não se confunde automaticamente com reacionário)"¹⁴ e recusar, categoricamente, "a apresentação do planejamento como se fosse política, dotando-lhe de uma capacidade normativa que simplesmente não detém, de um impulso disruptivo que é inconciliável com seu princípio eunômico".¹⁵

Mesmo relativizando estas afirmações tão categóricas ao afirmar que a técnica (no caso, o planejamento) deve ser percebida enquanto produto social-histórico, sujeito à "determinadas circunstâncias que - estas sim - condicionam sua expressão fenomênica e lhes imprime um determinado caráter. Em suma e novamente, sua avaliação rigorosa, não superficial ou ideológica, só pode se dar a partir da *práxis*"¹⁶, parece-me que Gallo não consegue se desprender da sua hipótese inicial de trabalho, qual seja, o planejamento enquanto instrumento de controle social e manutenção do *status quo*. Parece-me pois que o autor não é capaz de romper uma certa circularidade nas suas análises que, na minha opinião, pode ser explicada pelas seguintes razões:

- sua experiência muito referenciada à "realidade carioca", na medida em que não considera outras experiências existentes no Brasil, em particular nos anos recentes, nas quais o movimento sanitário participou na direção efetiva de, por exemplo, executivos municipais ou de instituições, não na condição (costumeira para este sujeito político) de "aliado em posição de subalternidade", mas na direção de fato das decisões políticas.

- tais situações de superposição do formulador ao decisor e ao executor, resultaram na constituição de arenas decisórias de um novo tipo, riquíssimas de possibilidades para a construção de uma nova hegemonia em saúde, ou da ampliação do movimento sanitário a partir da incorporação de novos personagens como os usuários organizados em conselhos deliberativos. Ao se configurar estas situações do Governo "penetrado" pelo público, a idéia do planejamento enquanto reforçador dos mecanismos de dominação pode ser considerada como a-histórica, apriorística e de pouca contribuição para o grande esforço pela viabilização da Reforma Sanitária brasileira, na medida em que não considera novas referenciais e novas situações que as peculiaridades e as imensas contradições existentes na sociedade brasileira tem permitido emergir. Entre elas, a politização das grandes massas urbanas, a política adotada pelo principal partido de oposição do Brasil (o Partido dos Trabalhadores) de disputar o poder a nível do executivo e aí demonstrar que é capaz de "fazer um bom Governo", principalmente pela

incorporação dos interesses das classes subalternas a nível do aparelho do Estado , a vitória deste partido nos grandes centros urbanos etc .

- Esta circularidade na qual o autor se perde pode ser explicada também pelo conceito de "planejamento" que utiliza. Apesar de em determinado trecho ele fazer referência ao planejamento "tal como entendido modernamente" , não vai além de reafirmar seu caráter de controle social . Parece-me que Gallo , ao falar de planejamento , está fazendo uma referência ao nível mais macro e , portanto , societário , quando o mesmo assume o papel de interação social complexa , tanto a nível das sociedades do capitalismo pós-concorrencial, como nos países socialistas . Neste sentido ele não se ocupa de examinar o planejamento "setorial" em saúde , especificamente , como o faz Uribe Rivera . ao se debruçar sobre a produção de Testa e fazer uma leitura "setorializada" do Matus . Ele sequer considera criticamente os pressupostos do Planejamento Estratégico que, por definição , estariam negando a manutenção e apontando para a mudança . Rivera , por exemplo , mesmo criticando uma ênfase excessiva de Matus no conflito , na reificação do "outro" e portanto na subordinação do planejamento a uma certa racionalidade estratégica , com certeza não vê nas formulações daquele autor , e muito menos nas de Testa , qualquer veleidade conservadora e controlista ! Ou Gallo , a partir da armadilha teórica que faz , nega , a priori , qualquer possibilidade transformadora na aplicação de um enfoque metodológico como o Planejamento Estratégico Situacional ou de algum correlato do mesmo , sem considerar , como ele próprio destacou , a práxis de um determinado sujeito social?

- De novo volto ao referencial restrito , em termos de uma *práxis* pretérita - para utilizar expressão do autor - quando da formulação do objeto de sua tese . Parece-me que o mesmo , a partir de determinadas experiências de um certo "Partido Sanitário" (leia-se Partido Comunista Brasileiro , conforme explicitamente colocado por Gallo) no "poder" , faz uma leitura pessimista no sentido de que uma "racionalidade" sistêmica , conservadora (não necessariamente reacionária) fatalmente estaria presente mesmo nas "cabecas de esquerda" e precisaria , portanto , ser substituída por uma racionalidade baseada no agir comunicativo , conforme tem sido trabalhado por Habermas . Ao não se referenciar a uma *práxis* parece-me que o trabalho do autor transforma-se em um constructo teórico de pouca utilidade - aliás ele mesmo reconhece a necessidade de se remeter a valorização da "técnica" do planejamento à uma determinada *práxis* .

- Parece-me também que o autor trabalha com um conceito muito restrito , "reificado" , de planejamento , que tanto Testa e Matus têm procurado superar . Testa ao valorizar muito mais um pensamento estratégico , que remete à formulação e disputas de políticas , à visão das organizações como espaços de entrecruzamento de poderes , entre outros

aspectos e assim , não se preocupar com a formalização de uma "metodologia de planejamento" . Matus ao sofisticar a formulação do momento tático-operacional , justamente aquele que fala do sistema de direção e , em última instância , remete à gestão ou condução de um determinado projeto político , desta forma "diluindo" ou incorporando o "planejamento" à vida cotidiana da instituição . Não é à toa que ele tem se preocupado na sua produção mais recente com a comunicação , estrutura de linguagem e outros aspectos que ampliam muito o conceito de "planejamento" . Nas experiências relatadas nos três primeiros capítulos o planejamento é justamente des-mitificado ou des-reificado , na medida em que deixa de ser área especializada e incorpora-se nas conversações cotidianas das pessoas , desbloqueando as ações comunicativas . Ali , o método subordina-se radicalmente ao projeto político , que o modela , o sobredetermina , no sentido que lhe dá Testa . Como já disse antes , o "planejamento" despe-se de seus rituais e instrumentos próprios , construídos fora e acima das relações entre as pessoas e a elas imposto como a "solução" para o "caos" que é a vida social . O planejamento como algo que "vem de fora" para adequar meios a fins , ou seja , embebido com a lógica instrumental e teleológica que dá como estabelecida a política vigente , o Sistema , e , nesta medida , não a questiona . Ai de fato , há que se reconhecer o planejamento como instrumento de mitificação e de controle...

- Então é necessário dizer que há "planejamento" e "planejamento" . Gallo por certa fala de um determinado planejamento instrumental , economicista e , sem dúvida , instrumento de controle . Nisto estamos de acordo . O que eu acho é que é necessária uma superação de certa visão do que seja planejamento , que muitas vezes é tomada de forma muito restrita e limitada , como é feito por Fernando Flores (ver capítulo anterior) e , sem dúvida , por Gallo . Eu prefiro trabalhar com a idéia de gestão , de gestão para mudança , que pode incluir um momento inicial de "planejamento" ou de desenho de um projeto , que se utiliza de certos instrumentos dentro de certos rituais . Mas isto é insuficiente se não articulado com um sistema de direção baseado na intensa ação comunicativa entre as pessoas , com ênfase na definição de objetivos e diretrizes , que deverão ser constituídos e disputados dentro dos arranjos institucionais que garantam a participação e disputas de múltiplas políticas , dos múltiplos atores em disputa (ou não) . Neste sentido que digo que "planejamento" é restrito . Prefiro o risco de conferir um caráter de "totalidade" ao planejamento , no sentido de ser "tudo" , que no limite o descaracterize ou o des-mitifique enquanto "objeto" . Ou seja , na medida em que o "planejamento" é tudo , também é nada . Na minha opinião só o "planejamento nada" (ou o "planejamento tudo") escapa da armadilha que a crítica de Gallo conduz , na medida em que nega o próprio objeto da tese , qual seja , um certo "planejamento" que com sua ossatura própria é um instrumento fundamental para a colonização do mundo da vida pelo sistema , na medida em que funcionaria , com sua materialidade , para

comprimir a racionalidade comunicativa presente naquele mundo. O "planejamento tudo" ou o "planejamento nada" e, nesta medida Política. Já o "planejamento" nos moldes como foi trabalhado por Gallo "pode de fato implementar racionalmente uma política, mas é incapaz de assumir seu lugar ideologicamente".¹⁷

Dei como feita a crítica ao modelo normativo ou economicista de planejamento em saúde, conforme elaborada de forma completa e brilhante por Mario Testa e, em relação ao planejamento de uma forma mais global pelo Matus. Não teria nada a acrescentar, sob este aspecto, às demolidoras críticas daqueles dois autores. Além do mais tentei caracterizar um campo de debate mais contemporâneo, cujo balisamento era feito, em boa medida ou principalmente por Matus e Testa e tem sido ampliado por outros autores que tentam fazer a "crítica da crítica", ao apontarem naqueles dois autores um certo "déficit de racionalidade", que precisaria ser superado. Neste sentido acho da maior importância o trabalho de Uribe Rivera que, fazendo uma problematização da produção do "campo estratégico", aponta suas contribuições e algumas linhas e possibilidades de investigação que muito tem a ver com o objeto desta tese.

Por tudo isso é que tenho a opinião de que é necessária uma reconceitualização do "planejamento" no sentido de abandonar a definição restringida com a qual tem sido utilizado e trabalhar com a idéia do "planejamento tudo" ou de seu sinônimo "planejamento nada" conforme expus um pouco antes. Defendo isto a partir de uma prática que me ensinou que "planejamento" não é panacéia, não pode ser especialização e nem apanágio de iluminados. A idéia do "planejamento tudo", no limite e paradoxalmente, elimina a figura do especialista em planejamento e aponta para a construção de formuladores coletivos que tomam para si a tarefa de construir um determinado projeto político sincronicamente com a sua própria construção autônoma como grupo. Isto é que está, fundamentalmente, relatado nas três experiências que se constituem no objeto desta investigação. Falo assim do planejamento autôfágico, se visto do ponto de vista do especialista, na medida em que, uma vez inaugurado um sistema de gestão que cultiva o "planejamento tudo", este engloba, dilui, fagocita o "planejador" dono dos instrumentos e definidor de rituais. No "planejamento tudo" tudo é planejamento, todos são planejadores. Destrói-se assim a racionalidade sistêmica ou teleológica do planejamento destruindo-se o próprio objeto reificado. Rejeita-se radicalmente assim a essência, recusando-se a forma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Ferreira , F.W. "Planejamento sim e não" . Rio de Janeiro: Paz e Terra , 1982 , terceira edição , p.18 .
- 2- Poulantzas . N. "O Estado , o poder , o socialismo" . Rio de Janeiro: Graal , segunda edição , 1985 .
- 3- Para mais detalhes . ver reconstituição de Uribe Rivera . F.J. (org.) em "Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico" . São Paulo: Editora Cortez , 1989.
- 4- Ver por exemplo Campos.J.Q. e Tinoco.A.F. "Política e Planejamento de Saúde" . São Paulo: J.G.Campos . 1986 ou ainda "Orientação para programação de centros de saúde : o planejamento local" . Ministério da Saúde . 1986 .
- 5- Testa , M. "Pensar en salud" . OPS/OMS . 1989 , pp.7 a 14 .
- 6- "Formulación de Políticas de Salud" . OPS , 1975 , pp 16 e 17 .
- 7- Idem .Ibidem , p.15 .
- 8- Idem. *Ibidem . p.14 .
- 9- Uribe Rivera , F.J. op. Cit. , p.37 .
- 10- Idem. Ibidem , p.82 .
- 11- "Formulación..." Op.Cit. , p.9 .
- 12- Mario , T. Op.Cit. , p.5 .
- 13- Gallo . E. "Razão e Planejamento . Algumas indicações críticas para uma praxis emancipadora" . Rio de Janeiro : ENSP . 1991 . p.96 .
- 14- Idem. Ibidem , p.112 .

15- Idem. Ibidem , p.113 .

16- Idem. Ibidem , pp. 117 e 118 .

17- Idem. Ibidem , p.121 .