

DÁRIO FREDERICO PASCHE

GESTÃO E SUBJETIVIDADE EM SAÚDE

CAMPINAS

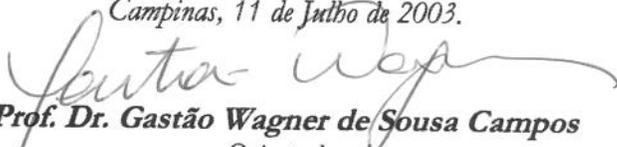
2003

200404961

DÁRIO FREDERICO PASCHE

Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Doutorado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva.

Campinas, 11 de Julho de 2003.


Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos
Orientador

GESTÃO E SUBJETIVIDADE EM SAÚDE

Tese de Doutorado apresentada à Pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

ORIENTADOR: PROF. DR. GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS

CAMPINAS

2003

JNIDADE BC
Nº CHAMADA T/UNICAMP
P261g
V _____ EX _____
TOMBO BC/ 57393
PROC 16 - 117 - 04
C _____ D X
PREÇO 11,00
DATA _____
Nº CPD _____

CM00196124-1

BIBID.313824

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

P261g Pasche, Dário Frederico
Gestão e subjetividade em saúde. / Dário Frederico Pasche.
Campinas, SP : [s.n.], 2003.

Orientador : Gastão Wagner de Sousa Campos
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade
de Ciências Médicas.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Serviços de Saúde. 3.
Subjetividade. 4. Sujeito (Filosofia). I. Gastão Wagner de Sousa
Campos. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora de tese de doutorado

Orientador: Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos. _____

Membros:

1. Dr. GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS

2. Dra. REGINA DUARTE BENEVIDES DE BARROS

3. Dr. PAULO EDUARDO MANGEON ELIAS

4. Dr. CARLOS ROBERTO SILVEIRA BARROS

5. Dr. NÉLSON RODRIGUES DOS SANTOS

Suplentes:

1. Dra. SOLANGE L'ABBATE

2. Dr. SÉRGIO AROUCA

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

Data: 11 de julho de 2003

DEDICATÓRIA

*Em nome de minha mãe BETY VERA PASCHE, dedico este
trabalho à minha família.*

Júlia, de olhos cor do Céu

Isabel, de olhos cor de Mel

Quanto meus olhos aprenderam com os seus!

Aos bons encontros.

Aos reencontros.

IN MEMORIAM

SERAFIM RODRIGUES PASCHE

e

MAURÍCIO PASCHE

AGRADECIMENTOS

A Regina Benevides, por sua amizade e carinho; por suas críticas sempre generosas e por permitir partilhar de sua presença sempre vivaz.

A Liane Beatriz Righi, companheira de muitas lutas e de todas as horas.

A Cláudio Manoel da Silva Oliveira, “meu amigo de fé, meu irmão, camarada”.

Ao Grupo dos Seis, os mestiços Rosana Onocko Campos, Solange L’Abbate, Arthur Hyppólito de Moura, Regina Benevides e Cipriano Maia de Vasconcelos.

A meus amigos-família de Campinas, em especial Felipe Provençano, Fernando Baeta, Espinga e Andréia, Cepacol, James, Heitor (In memorian), Sérgio e Márcia.

A meus amigos-família de Brasília, em especial, José Carlos de Moraes (Cao), Vânia Barbosa do Nascimento, Paulo Sérgio Carvalho e Márcia Amaral.

Aos técnicos e funcionários da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde e do Departamento de Apoio à Descentralização, pelo carinho e acolhida.

A meus colegas de DMPS, em especial Ana Lúcia, Lúcia, Sérgio, June, Adriana, Gabriela, Rosani, Nelson, Roberta, Thiago, Alice, Charles, Elida, Gustavo e Ângela Capazzollo,

A UNIJUI, por propiciar meu afastamento para a realização do Doutorado.

Aos colegas do Departamento de Ciências da Saúde, cooperantes e solidários na política de qualificação.

Ao Professores e Funcionários do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp, pela acolhida e competência

A Secretaria de Saúde, as equipes e coordenadores dos Distritos de Saúde e ao Ambulatório de DST/Aids de Campinas/SP; à Secretaria de Saúde e à Equipe da UBS Centro de Paulínia, que me permitiram experimentar a função de Apoiador Institucional.

Em especial a *GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS*, meu ORIENTADOR, homem da ciência, com os dois pés fincados na arte, por sua acolhida, amizade e capacidade de produzir o novo e de implicar as pessoas em projetos de mudança.

(....)

Seremos sempre assim, sempre que precisar

Seremos sempre quem teve coragem

De errar pelo caminho de encontrar saída

No céu do labirinto que é pensar a vida

(...)

Por aí.

Nei Lisboa (Cena Beatnik)

| | <i>PÁG.</i> |
|---|-------------|
| RESUMO | <i>xxi</i> |
| ABSTRACT | <i>xxv</i> |
| CAPÍTULO 1- Os Pressupostos Significativos da Investigação | 29 |
| 1- Prefácio..... | 31 |
| 1.1- Planos e fluxos conformadores de uma jornada intelectual: esboço de uma cartografia e o percurso da definição do plano de trabalho..... | 32 |
| 1.2- E então ficou assim..... | 44 |
| CAPÍTULO 2- O Sistema Único de Saúde | 45 |
| PARTE 1- O SUS Universalista no Cenário das Políticas Neoliberais | 47 |
| 2.1- SUS: um sistema de saúde pautado pela idéia de solidariedade, justiça e democracia..... | 47 |
| 2.2- A conformação de uma agenda de ajustes político, econômico e social de interesse do capital..... | 54 |
| 2.3- A agenda neoliberal e SUS solidário: é possível construir-se uma agenda para a saúde baseada na justiça?..... | 62 |
| PARTE 2 – As Propostas de Mudança na Saúde do Brasil e os Desafios para a Consolidação do SUS | 64 |
| 2.4- Origens da diversidade e pluralidade propositiva: duas teses preliminares..... | 64 |
| 2.5- Uma breve historiografia sobre as propostas de mudanças para a saúde brasileira..... | 77 |
| 2.5.1- Mudanças nas regras do jogo..... | 78 |

| | |
|--|-----|
| 2.5.2- A experimentação dos SUS nos municípios..... | 80 |
| 2.5.2.1- Fatores que dificultam no SUS a revolução das coisas e a reforma das pessoas..... | 86 |
| CAPÍTULO 3 - As Transformações do SUS passam pela Construção de Sujeitos e de Novos Processos de Subjetivação..... | 119 |
| 3.1- Instituições, organizações, grupos, sujeitos e subjetividades..... | 122 |
| 3.2- Refletindo sobre a problemática da constituição do sujeito..... | 156 |
| CAPÍTULO 4 – As Transformações no Processo de Trabalho e a Produção de Subjetividade..... | 171 |
| 4.1- Nova sociabilidade no trabalho: do operário-massa do taylorismo/fordismo, ao trabalhador polifuncional das organizações lifo-filizadas..... | 173 |
| 4.2- As transformações no mundo do trabalho, apesar de introduzir elementos que permitem, em abstrato, ampliar a autonomia do trabalhador, têm produzido subjetividades alienadas..... | 194 |
| 4.3- Especificidades do trabalho em Saúde Coletiva..... | 199 |
| CAPÍTULO 5 - Fortalecimento dos Sujeitos e Construção de Democracia Institucional: Caminhos para a Produção de Desejos e Interesses Partilhados..... | 209 |
| 5.1- Sobre a democratização das instituições e o fortalecimento dos sujeitos.... | 211 |
| 5.2- A produção de subjetividades autênticas desde o trabalho imaterial realizado na área da saúde coletiva..... | 219 |
| 5.3- A gestão como um fator de emancipação dos sujeitos..... | 232 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 255 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 267 |
| OUTRAS OBRAS CONSULTADAS..... | 279 |



RESUMO

Trata centralmente dos temas da Gestão, do trabalho, da produção de sujeitos e de subjetividade no campo da saúde coletiva, refletindo sobre estes temas a partir de estudo teórico, cotejado com a análise de experiências práticas vivenciadas pelo autor, cujo enfoque foi a introdução de mudanças na gestão dos serviços e dos processos de trabalho, com vistas a produzir sujeitos mais livres e autônomos e modos de atenção à saúde mais identificados com as necessidades sociais de saúde. Parte da investigação dos movimentos políticos, ideológicos e institucionais que têm interferido no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, para, em seguida, tratar dos temas centrais da investigação, sobretudo as instituições, o trabalho e a gestão em saúde, a subjetividade, os sujeitos e as grupalidades, com destaque para a identificação e análise dos planos de forças que concorrem para a sua produção.

Sugere a idéia de que a ampliação “*Função Metafórica*” das instituições permitiria maior tolerância e convivência com posições discordantes de suas formas de funcionar; concomitantemente, advoga que grupos constituindo-se às feições de “*Grupos Matilha*” abrem possibilidades de se criar e experimentar a vivência institucional sem uma excessiva fixidez aos organogramas e planos rígidos de funções, aumentando sua capacidade de lidar com o imprevisto, com as incertezas e com as diferenças. Isto implicaria trazer ao centro da gestão os elementos antinômicos que constituem a relação entre sujeitos e instituições, processando-as ao invés de eludi-los.

A possibilidade e viabilidade desta construção nas instituições dependeriam, entre outros, da vontade política e do agir intencionado, desdobrados em condições concretas, entre as quais a ampliação e permeabilização dos espaços de vocalização e de decisão, constituintes de um processo deliberado de democratização institucional, que provocariam a emergência das diferenças de interesses, necessidades e desejos entre os sujeitos. Este movimento permitira, de um lado, a emergência de novos sujeitos e de novos modos de subjetivação e, de outro, a reorganização das ofertas terapêuticas, que, tomadas na diretriz da integração de ações preventivo-promocionais e de cura-reabilitação e na assunção de que o adoecimento humano é um fenômeno complexo derivado da intersecção dos planos biológico, social e subjetivo, potencializam a produção de saúde pelos serviços de saúde.

A reinvenção dos modos de governar as instituições, redefinindo-as e revalorizando-as em seu valor de uso, resultaria do exercício de aprimoramento da democracia institucional, que por sua vez implica, entre outros, a produção de novos arranjos e processos que favoreçam o partilhamento de interesses e a produção de novas contratualidades.

Sujeito e subjetividade são efeitos de um plano complexo de forças, o que permite compreender que os modos de experimentar a vida podem ser constantemente reinventados, dirigidos para a construção de autonomia e liberdade. Gestão, para além de manter a organização funcionando, pode ser prestar a produção de sujeitos mais livres e, ao mesmo tempo, mais comprometidos com os interesses dos outros. O SUS, como uma política pública identificada com a justiça, a solidariedade e a equidade, é um campo propício para o desenvolvimento de práticas institucionais fomentadoras da produção de sujeitos menos egoístas e de subjetividades mais multirreferenciadas.

Palavras chave: Sistema Único de Saúde; Serviços de Saúde; Subjetividade; Sujeito (Filosofia).



ABSTRACT

Central topics of discussion are administration, work, production of subjects and subjectivities in the field of social health, a reflection based on the confrontation of theory and analysis of the author's practical experience, the focus of which is on an introduction of changes into the administration of services and working processes in order to produce freer and more autonomous subjects and manners of health attention that are more identified with the social needs in health. Starting point is the investigation of political, ideological and institutional movements that have interfered with the development of the Brazilian Social Health System (SUS); then deals with the central topics of investigation, especially institutions, work and administration of health affairs, subjectivity, subjects and groups, with emphasis on identification and analysis of force plans involved in its production.

The idea is suggested that *Metaphoric Function* amplification of institutions would allow major tolerance and acquaintance with discordant positions towards ways of functioning, while it is defended that groups constituted like *Grupos Matilha* enable the creation and experimentation of institutional co-operation without an excessive rigidity of organization charts and working plans, improving the capacity of dealing with the unforeseen, with uncertainties and differences. This implies bringing to the center of administration antagonistic elements that form the relationship between subjects and institutions, processing instead of avoiding them.

The possibility and practicability of this construction in institutions would depend on political willingness and intentional action, unfolded into actual conditions, among which the amplification and permeability of vocalization and decision space, constituents of a deliberative process of institutional democratization, provoking the emergence of the differences in interests, needs and desires among the subjects. This movement would allow, on the one hand, the emergence of new subjects and new ways of subjectivity and, on the other hand, the reorganization of therapeutic offers, which, based on the integration of preventive-promotional and cure-rehabilitation actions and the assumption that human disease is a complex phenomenon derived from the intersection of biological, social and subjective plans, reinforce health production through health services.

The reinvention of modes of governing institutions, redefining and revalorizing them in their use value, would result from exercising improvement of institutional democracy which, on its turn, would imply, among others, the production of new settlements and processes that favor interests sharing and the production of new contractualities.

Subject and subjectivity are effects of a complex plan of forces, which allows the understanding that ways of experiencing life can be constantly reinvented, directed toward the construction of autonomy and liberty. Administration, beyond keeping an organization functioning, can serve the production of freer subjects and, at the same time, more committed to the interests of others. The Social Health System, as a public policy identified with justice, solidarity and equity, is a propitious field for the development of institutional practices that promote the production of less selfish subjects and more multi-referential subjectivities.

Keywords: Brazilian Social Health System, Health Services, Subjectivity, Subject (Philosophy)



CAPÍTULO 1
OS PRESSUPOSTOS SIGNIFICATIVOS
DA INVESTIGAÇÃO

1. PREFÁCIO

Disseram-me alguns que o melhor seria escrever a tese de trás para frente. Se não exatamente nessa rigorosa ordem, pelo menos deixando para escrever os primeiros capítulos como uma tarefa última. Confesso que tentei, mas sucumbi à tentação de dizer, antes de tudo, para mim mesmo, meus pressupostos, minhas vontades, desejos e meus receios; de refletir sobre minhas jornadas, minha construção intelectual etc. Enfim, anunciar-me.

Os riscos evitados por tal procedimento, segundo seus defensores, seriam basicamente dois: evitar ofertar um plano de trabalho muito amplo e, possivelmente, não executável em sua totalidade; e não cumprir fielmente o requisito da coerência, devido a amputações e mutações pelos quais passam, invariavelmente, todos os planos de trabalho em seu processo de execução. Risco da imprudência, que, pelo aprendizado empírico de muitos, pode ser atenuado simplesmente postergando a tarefa de fazer primeiramente os anunciamentos.

Trata-se, sem dúvida, de um aconselhamento útil. Contudo, achei sempre que viver é correr riscos. Aliás, como diz meu mais caro professor, meu orientador, uma condição imperiosa do próprio exercício da vida é poder gastá-la, ou seja, produzir a vida é, ao mesmo tempo, gastar saúde¹. Essa produção consumidora, contudo, estaria contingenciada, entre outras, por duas tendências antagônicas e complementares: a consideração, consciente ou não, de custos e benefícios de certas opções ou estilos de vida, configurando-se em uma tendência a menosprezar custos em benefício do prazer; e a tentativa de controle, sob as mais variadas intensidades e estratégias, dos riscos que supostamente ameaçariam uma desejável extensão da vida.

¹ A metáfora de que produzir *vida é gastar a própria vida* é retirada de uma concepção apresentada por Marx na “Introdução à crítica da economia política”. Divergindo de “economistas burgueses”, Marx constrói uma explicação dialética da relação entre produção, consumo, distribuição e troca, afirmando, entre outros, que “produzir é consumir meios de produção utilizados...”, naquilo que denomina de “produção consumidora” (MARX, 1978: 108).

Estaríamos assim em meio a uma constante e incessante luta entre, de um lado, uma compulsão natural de gozar a vida, sem a devida consideração dos custos dessa opção. Pode-se dizer, nesta perspectiva, que a máxima é a realização do prazer, em geral desprovida de responsabilidade para com a vida, o que *significa colocar o gozo antes da cautela*. De outro lado, em sentido oposto, a disposição da prudência antes do gozo, em que o peso da realidade é maior. Essas duas perspectivas antinômicas, constitutivas do viver humano, deveriam, diria o homem sábio, ser cotejadas pela prudência: nem gastar em demasia, a ponto de a vida tornar breve demais nossa existência; nem evitar seu gasto, estendendo-a longe do gozo.

Buscarei, nesse exercício de criação intelectual, tomar por referência a prudência, mas não em sentido defensivo, tacanho, mas em uma perspectiva dialética, em que o prazer e a cautela buscam fundir-se como parceiros intercambiáveis e co-produtores.

Assim, mesmo não dando ouvidos a meus interlocutores, parceiros da tarefa da produção de tese, quero sim iniciar pelo início, mas serei prudente: controlarei meu ímpeto de fala quando verificar que as promessas estão ficando insanas e travarei batalhas contra as persistentes forças da fragmentação. Os juízes dessa empreitada serão meu próprio senso autocrítico e meu orientador, homem da ciência, mas com os dois pés cravados na arte.

1.1- PLANOS E FLUXOS CONFORMADORES DE UMA JORNADA INTELLECTUAL: ESBOÇO DE UMA CARTOGRAFIA E O PERCURSO DA DEFINIÇÃO DO PLANO DE TRABALHO

Nasci e me criei em um ambiente familiar e intelectual de esquerda. Um pai comunista e, nesta circunstância, ateu. Mas nem tanto e nem para sempre. Meu pai fora sempre um crítico. Um crítico da tradição cultural do ocidente, da intelectualidade encastelada na academia, dos partidos sem vínculo com o povo, apesar de advogarem em seu nome. Essa criticidade provocava-me muito. De um lado, instigava-me ao raciocínio, ao diálogo, à procura de leitura e de informações. De outro, em certa medida, provocava-me uma vontade enorme de “almoçá-lo”, aproveitando o contexto da obra ficcional de Roy

Lewis². À mesa não havia outra conversa senão as de conteúdo político. Coisas dessa ordem. A televisão era proibida, exceto para noticiários. Lembro de minha mãe, olhando novelas às escondidas, e de minha irmã, captando, em um enorme e antigo aparelho, a Rádio de Pequim, que em português divulgava informações “mais autênticas”.

Mas não foi sempre assim. Com o tempo e com a maturidade dos filhos, esse esquema foi se atenuando. Meu pai – ao contrário de mim, por exemplo – já havia descoberto que o Socialismo Real havia produzido um tirano chamado Joseph Stalin, e que o Socialismo de Estado, em que se inspiravam os comunistas de minha terra, não trazia nenhuma mensagem de esperança. Contudo, a fé, expulsa pela razão [e pela análise da Igreja], fora dando lugar, já depois de seus 60 anos, a um certo esoterismo, a uma procura para além do homem da razão, o que lhe acalmou um pouco a alma. Escrevia poesias para jornais, sob o pseudônimo de Péricles. Lia e escrevia compulsivamente. Lembro-me dele, sentado horas a fio em sua biblioteca lendo e escrevendo. Tinha o péssimo hábito de escrever suas anotações em qualquer tipo de papel, como folhetos, pedaços de jornal, capas e bordas dos livros, impressos de toda ordem etc. Seus escritos principais, no entanto, eram feitos em sua máquina manual. Recusou peremptoriamente o computador.

Essas mudanças – das quais participávamos intensamente – lhe permitiram movimentos audazes como, por exemplo, fundar o Partido dos Trabalhadores em Ijuí. Figuras políticas de esquerda passavam por nossa casa, por nossa mesa. Lula, ainda um líder sindical³ jantou uma vez conosco. Meu pai foi candidato a muitos postos. Não se elegeu para nenhum, assim como se recusou a entrar na Universidade, apesar de ter passado no vestibular para Direito. Como Deleuze, que não queria analisar-se para não ser, de certa forma, produto de um método, meu pai recusou-se a freqüentar a universidade para manter sua “independência intelectual”. Mas era assíduo freqüentador de muitos de seus espaços.

Brigou definitivamente com companheiros da academia por causa da “influência nos rumos do PT por parte da intelectualidade da Unijui”. Um partido que, segundo ele, estava se desvirtuando, deixando de ser dos trabalhadores para ser dos

² LEWIS, Roy. Por que almocei meu pai; tradução de Celso Nogueira. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

³ Escrevi este texto antes das eleições de outubro de 2002, quando Luís Inácio Lula da Silva foi eleito Presidente do Brasil.

trabalhadores intelectualizados. Desfilou-se. Mas jamais deixou de contribuir (em todos os sentidos).

De seus cinco filhos, creio que nenhum tomou sua radicalidade, a não ser no temperamento. De minha parte, a admiração sempre foi muito grande (creio que recíproca). Acho que saí mais às suas feições intelectuais, embora nossa larga diferença de idade não tivesse permitido explorar melhor essa dimensão. Quando comecei a dar um tempero especial à minha pretensa vida intelectual, perdi meu pai. No mesmo ano de sua morte, fui aprovado no Mestrado em Saúde Coletiva na Unicamp. Ele teria ficado muito orgulhoso.

Mas por que essa fala toda? Minha formação universitária e minha carreira como sanitarista e professor de saúde pública tiveram sempre por prumo e rumo esse ambiente intelectual, do qual meu pai foi um personagem importante. Confesso que entrei para a área da saúde, motivado por razões diferentes daquelas que se imagina que faça um jovem de classe média, em geral repleto de idealizações. Nunca imaginei ser enfermeiro, queria ser oceanólogo.

Lidar com bichos, plantas e terra. Mas gostava também do mar [apesar de pertencer ao Alto da Serra], e o céu me fascinava. Ainda menino, com uns quatorze anos, tive uma incursão ambientalista que talvez imprimiu uma força importante neste sentido: com mais uns três ou quatro colegas, impedimos que a Companhia Estadual de Telefonia podasse radicalmente três árvores no centro da cidade. Um ato heróico, que nos rendeu uma audiência com o prefeito (diga-se de passagem, um malufista) e uma carta de Menção Especial de Honra do José Lutzenberger, então um proeminente ecologista, presidente da Agapan. Um jornalista da cidade, ao fazer a matéria, sugeriu: “Por que vocês não criam uma associação de proteção ambiental?” Criamos na hora a CIPAN (Clube Ijuicense de Proteção ao Ambiente Natural). Ecologia ainda não era moda, mas já discutíamos e interferíamos nestas questões desde aquele tempo. A CIPAN foi a óbito por falta de idéias sobre o que fazer, ou seja, por falta de lucidez de uns poucos meninos, que em quase nada foram ajudados. Mas foi uma experiência e tanto.

Mas não passei no vestibular na Universidade Federal de Rio Grande (minha mãe achava que eu estava fazendo para Medicina; e eu não sabia que o curso que eu escolhera era mais concorrido que aquele: oceanologia). Fiquei em casa na esperança de que chamassem alguns suplentes. Chamaram alguns, a mim, não. No ano anterior, uma irmã e meu irmão imediatamente mais velho que eu entraram no então criado Curso de Enfermagem e Obstetrícia da UNIJUI. Um curso que se queria novo, baseado na saúde pública, contra o poder médico, contra o hospital, enfim um curso rebelde. A experiência relatada por eles no primeiro dia de curso era suficientemente capaz de aguçar meu espírito rebelde e crítico. Lembro, inclusive, de ter participado de algumas atividades promovidas pelos alunos do Curso e fui, gradativamente, me aproximando da UNIJUI.

Em março de 1981, estava em sala de aula, tomando conhecimento de filosofia, antropologia, lógica, sociologia, enfim, com as humanidades. Empolguei-me com a fisiologia. Estudei muito anatomia humana, cheguei a fazer um curso de dois meses na Universidade de Passo Fundo/RS sobre preparação de cadáveres em planos topográficos e preparação de peças anatômicas para estudo em laboratório. Mas fiz também política estudantil: criei com alguns colegas o Diretório Acadêmico da área da saúde, assumi sua direção por um tempo e contribuí para inseri-lo no contexto nacional e estadual. Organizamos e participamos de várias instâncias nacionais, como os ENEEns e os Coneeenfs⁴; organizamos e sediamos encontros regionais e estaduais de estudantes de enfermagem.

Mas o que decididamente deu liga a minhas expectativas foi a opção do curso pela saúde pública. Junto com a Cotrijui⁵, a Universidade tinha um amplo programa de extensão em saúde na área urbana e rural, o que nos permitia “andar por entre o povo”, falando sobre saúde e prevenção, atuando com comunidades rurais e suburbanas. Mas éramos alunos muito exigentes. Íamos sempre buscar novidades e lembro muito bem da experiência de Chapecó, em Santa Catarina, liderada por sanitaristas como o Marcão (hoje na UFSC) e muito outros. Fui a Porto Alegre, intentava fazer residência em Saúde

⁴ ENEEn – Encontro Nacional de Estudantes de Enfermagem; Coneeenf – Conselho Nacional das Entidades Estudantis de Enfermagem (instância executiva e preparatória do ENEEn).

⁵ A Cotrijui – Cooperativa Triticola Serrana Ltda, com sede em Ijuí, reúne pequenos e médios produtores rurais da macro-região de Ijuí. Na década de 70, era considerada a maior cooperativa da América Latina, com um quadro social de mais de 40 mil sócios. Para maiores detalhes consultar Pasche, 1995.

Comunitária no Murialdo, um Centro de Saúde-Escola ligado à Secretaria Estadual de Saúde e Meio Ambiente. Fiquei um mês de estágio, mas não voltei mais. A bem da verdade, começaram a “cair minhas fichas” e via que o modelo da saúde comunitária, ou da saúde pública normal, não dava conta de resolver os problemas de saúde nem os desafios dos serviços de saúde, quanto mais do sistema como um todo. Sabíamos que éramos modernos, mas eu já suspeitava que nem tanto.

Não foi fácil pensar e fazer tudo isso de um “lugar não médico”. O curso, a profissão, tudo isso deixava uma certa impotência na gente. Lidamos o tempo todo com a falta: da clínica, da autoridade, da legitimidade, do poder etc. Creio que me decepcionei um pouco. Saí da universidade e montei com uma colega uma Clínica de Enfermagem [talvez quisesse mostrar pra mim mesmo que era possível fazer clínica], uma espécie de Home Care. Foi uma época difícil. Tivemos que nos socorrer no Conselho Federal de Enfermagem para podermos trabalhar. Criamos uma associação estadual reunindo as escassas experiências existentes nessa área para construirmos saídas. Constituímos empresa, com registro em Cartório e CGC. Quase fomos à falência, mas depois de um ano as coisas engrenaram e, enquanto durou (uns quatro anos), a experiência foi um sucesso. Trabalhei muito, aliás, até hoje minha única experiência como enfermeiro. Mas aprendi muito, e me capacitei para trabalhar com pessoas, com gente sofrendo. Sem saber, fiz clínica ampliada, com alto grau de vínculo e resolutive. Entre a “ciumeira” dos médicos e as disputas de mercado e de poder, fizemos muitos amigos e adversários também. Mas já fazíamos parte da paisagem da atenção à saúde de Ijuí. Havíamos construído um processo de grande legitimidade.

Nesse meio tempo, fiz minha formação de sanitarista. Um fiasco confesso. Uma faculdade [em relação a essa experiência, adjetivo-a de medíocre] do interior paulista, disseminando cursos de saúde pública no Rio Grande do Sul. O que fiz foi em um município da região metropolitana de Porto Alegre. Iniciante na área, achei que o curso era sério. Não era. O coordenador [e a grossa maioria dos professores, arrebanhados quase que aleatoriamente, me pareceu] era literalmente adversário da Reforma Sanitária. Lembro do “velho Tinoco” esbravejando contra a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Motivo: pouco espaço para a iniciativa privada, que fora obrigada a se retirar. Uma Conferência sem

legitimidade. Esqueceu de dizer: para ele e seus comparsas. Mesmo assim, não desisti. Estudei por conta e graças a isso fiz minha formação básica na área. Insuficiente, mas na justa medida para as minhas necessidades daquele momento.

Não havia outras opções. Aliás, havia uma: o curso da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, oferecido em convênio com a ESNP/Fiocruz, mas que oferecia o curso em tempo integral. Impossível para mim. Entreguei minha monografia [que apesar disso tudo guardo com carinho – “Incidência de distúrbios visuais em escolares do 1º grau em duas escolas periféricas do município de Ijuí/RS, no segundo semestre de 1986”], e fui-me embora.

Estava com a Clínica de Enfermagem a todo vapor, quando fui convidado para ser professor-horista no curso de que eu era egresso. Hesitei e depois de alguns dias, disse sim. Minha tarefa: ministrar uma disciplina com estágio em Criança Sadia, cuja área maior era Neonatologia. Estudei muito. Outra área, um outro universo, embora minha experiência como enfermeiro na Clínica tinha como maior público as crianças. Gostei muito. A coordenação de curso e os alunos também. Depois de quase um ano fui chamado novamente: “Queres ser professor em tempo parcial?” Em poucas semanas tinha dois empregos: professor e enfermeiro. Em 1988, a Universidade aprovava um novo Plano de Carreira e, se quisesse permanecer, teria que me submeter à seleção. Superei uns três ou quatro outros pretendentes à vaga e assim comecei, como “prata da casa”, de fato minha carreira na Unijuí. Na mesma época, abandonei minha carreira de enfermeiro.

Fiz de tudo: fui coordenador de curso, chefe de departamento, membro do Conselho Universitário e de suas Câmaras internas, fiz pesquisa, extensão, dei aulas, participei de comissões, trabalhei por uns três anos com Educação Popular no Departamento de Educação; enfim, uma série de atividades acadêmicas e outras inerentes a uma universidade, na época de porte pequeno, comunitária [pública não-estatal], identificada com ideais democrático-populares [sem dúvida um traço importante de sua identidade] e auto-gestionária. Aprendi nessa vivência o valor [e as dificuldades] da co-gestão. Mas retive-a como um valor de vida: o projeto institucional não pode ser deslocado dos interesses das pessoas, que não podem valer-se apenas desses para construir sua inserção. A torta vara da dialética.

Em dezembro de 1991, fui aceito como aluno do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp. Fiz aí meu mestrado, aliás, um riquíssimo mestrado. Entrei na área de Ciências Sociais, e fui o primeiro orientando da professora Solange L'Abbate. Conheci, agora sim, o universo na saúde pública. Estudei, com certeza, mais que no doutorado. Tempo integral para o curso, morando em Campinas. Aliás, condição que mantive agora, graças ao Plano de Qualificação de Docentes da Unijuí. Estudei muito. Gostei de quase tudo: epidemiologia (o que me levou a ministrar essa disciplina na Unijuí), saúde e sociedade (minha área de inserção no DMPS) e área de planejamento, para a qual voltei para fazer o doutoramento.

Minha dissertação, analisando hoje, não podia tratar de outra coisa: “A inserção da Universidade de Ijuí na área da saúde: projetos e perspectivas”. Gostei de fazer esse trabalho: muita pesquisa de campo, muito estudo e uma escrita adequada. Dei os primeiros passos na área da análise institucional. Li Lourau e Lapassade e outros talvez menos clássicos. Minha contribuição: uma reflexão por dentro da área da saúde da Unijuí como um esforço em detectar motivações e linhas políticas e teóricas de seu agir intencionado. Uma dissertação que conta e analisa uma história. Quase um caso. Mas deixou-me com um certo vazio, pois me perguntava sobre as perspectivas de novos trabalhos, de linhas de investigação que dele desabrochariam. Não fui capaz de localizar nenhuma. Não a publiquei, apesar de a Universidade ter uma linha editorial especialmente para este fim. Sequer fiz um artigo. Mas fico feliz quando a vejo citada em outros trabalhos sobre a universidade. Apenas isso.

Foi a partir desse incômodo e dessa falta gerada ao final do trabalho de dissertação que passei a interessar-me pela área de planejamento. A bem da verdade, não foi bem assim. Minha inserção no Departamento de Ciências da Saúde já havia se deslocado da área de Neonatologia para a Saúde Pública. Trabalhava com disciplinas que tratavam de Políticas de Saúde, Modelos de Atenção, Planejamento e Gestão, Epidemiologia e Saúde e Sociedade. Dava aulas na graduação de Enfermagem e Nutrição e no Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, que criamos em 1989. Aliás, desde já algum tempo promovíamos o que chamávamos de Seminários Regionais de Saúde, um esforço de reunir os municípios da macro-região de Ijuí para discutir temas da saúde, e o curso de

pós-graduação se inseria nesse contexto. Também editamos por alguns anos a Revista *Município & Saúde*.

Essa conexão com as realidades municipais produzia demandas de todas as ordens para o Departamento, particularmente no campo da saúde pública, onde éramos solicitados a responder, sobretudo, quanto às formas, modalidades e possibilidades de organizar os serviços de saúde que fossem, então, uma tradução na prática da base doutrinária do SUS. Um tema importante e, particularmente sob o contexto da enraizada cultura médica do Rio Grande do Sul, muito complexo, que se apresentava como um grande desafio teórico e político. Entre a intuição, o estudo e a militância, íamos ensinando e aprendendo com gestores locais, coordenadores de saúde e equipes da rede básica. Construimos relações muito sólidas, tanto por meio de disciplinas de estágios, inserindo os alunos diretamente nestas questões, como na forma de extensão, pesquisa e assessorias.

Foi assim que questões da área de planejamento e gestão foram cada vez mais sendo construídas como um campo importante de formação e capacitação, haja vista, de um lado, as exigências da formação acadêmica [a que se soma a pertinência de formação de graduados que vão necessitar de uma certa eficácia teórica e instrumental para atuar nesse campo] e, de outro, as demandas postas particularmente pelos municípios. Mas a sensação de vazio e de falta ainda imperava com força. Por mais que estudássemos e experimentássemos, parecia haver uma certa “falta de eficácia” nas proposições. De um lado, tínhamos as ferramentas do Planejamento Estratégico-Situacional [e de suas variantes], cuja complexidade e eficácia relativa somavam-se às nossas dificuldades. Além do mais, nosso constante intercâmbio com o professor Mario Testa, que veio a Ijuí algumas vezes como docente do Curso de Especialização de Saúde Pública, e suas críticas ao planejamento aguçavam ainda mais nossa necessidade de ir além, de buscar alternativas.

Creio que foram essas as principais motivações. Mas houve outras. A participação de Gastão Campos no mesmo curso que Mario Testa foi a gota d’água. De longa data já conhecíamos Gastão. Tinha sido meu professor no mestrado [recordo hoje que fiz como trabalho de conclusão de uma disciplina uma longa monografia sobre “O trabalho em saúde”], participei de discussão com ele, Emerson Merhy, Luís Cecílio e Vanderlei Silva Bueno no Laboratório de Planejamento – LAPA. Nesse momento, na Unicamp,

gestam-se novas formas de intervenção em serviços e equipes de saúde, e se anuncia o “Projeto em Defesa da Vida”, cujos pressupostos e diretrizes identificávamos como capazes de produzir mudanças.

Gastão veio para Ijuí e eu decidi que voltaria para Campinas, para o DMPS fazer meu doutorado com ele. Mas por quê? Além da receptividade que lhe é característica, trazia em seus estudos e publicações novas possibilidades de se construir a gestão de serviços e de se lidar com equipes. Justamente o que nos faltava. Fui atrás. A primeira versão do projeto de pesquisa tinha uma linha de investigação pautada nas políticas de saúde: “Propostas de reorganização do Sistema Único de Saúde no contexto das políticas neoliberais”. Fui aceito no doutorado. Motivava-me investigar o que pautava a agenda neoliberal no campo da saúde, quais seus impactos para o SUS e quais propostas/projetos/modelos nacionais que se afinavam a ela.

Percorri o primeiro ano à procura de um alvo mais claro que pudesse orientar minha investigação. Encontrei guarida no Instituto de Economia. Cursei, graças à colaboração sobretudo de Jorge Tápia, então coordenador do Programa de Pós-Graduação, informalmente três disciplinas que versavam sobre o Estado, políticas sociais, políticas de ajuste estrutural, crise do Estado de Bem-Estar Social, avaliação de políticas, entre outros. O contato com pesquisadores e os estudos que lá realizei foram de grande valia para minha formação. Contudo, não tinha ainda encontrado a motivação necessária para fazer a tese. Minha luta maior era sair de um universo somente abstrato e geral, para também me capacitar teoricamente para “intervir” no campo da saúde, em serviços e equipes de saúde. O referencial adjetivado anteriormente de abstrato não implica uma crítica à produção teórica em si. Apenas diz respeito a uma escolha sobre a qual pudesse ser possível estabelecer mediações entre o particular e o geral. Confesso que isso só foi possível – foi tornando-se possível – com uma aproximação maior à produção teórica de meu orientador.

Esses percursos, roteiros e caminhos foram ficando mais claros a partir do momento em que comecei a cursar disciplinas oferecidas pelo meu orientador, que se encontrava em um momento especial de sua vida acadêmica e intelectual. Gastão estava escrevendo – e logo concluiu – sua tese de Livre Docência. Foram, a partir de então, dois

anos de intensos debates nas aulas, no Grupo Paidéia⁶, em cursos de extensão, no Projeto de Pesquisa-Intervenção que realizamos juntos em Paulínia/SP⁷ e, mais tarde, no trabalho de apoio institucional junto à Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, capitaneada por ele.

Mas entre essa possibilidade de investigação (mais aproximada da proposição de Gastão) e aquela inicial das políticas de saúde e neoliberalismo, uma terceira, intermediária, se apresentou. Foi originada pela realização de um trabalho monográfico em uma das disciplinas obrigatórias do doutorado [História e Paradigmas do Conhecimento em Saúde], oferecida pelo professor Everardo Duarte Nunes. O trabalho que fiz (outra monografia longa de quase 100 páginas), intitulado “Modelos de atenção em saúde: elementos conceituais e disputas pela orientação do SUS”, tratava de discutir, inicialmente, a categoria analítica “modelo de atenção em saúde”, para, em um segundo momento, apresentar uma análise comparativa entre o Modelo em Defesa da Vida e a Vigilância à Saúde.

Essa reflexão foi também muito importante, pois consegui aproximar às discussões sobre modelo de atenção em saúde, e encaixar nelas, o marco de referência que já havia construído sobre o neoliberalismo, a crise do Welfare State e as perspectivas de reforma do Estado e do sistema de saúde. Apresentei-o em debate no VI Congresso Paulista de Saúde Pública realizado em 1999, em meio a um contexto de “veneração” da promoção/vigilância da saúde, cujo conteúdo eu colocava em debate.

Mas foi decorrente ainda das dificuldades de transformar esse debate e essa produção em um projeto de investigação mais sólido, que gradativamente fui deslocando meu interesse para outra área: a gestão e o trabalho em saúde e produção de sujeitos e de subjetividade. No primeiro semestre de 2000, recebi um convite do professor Gastão Campos para realizarmos um trabalho para a Secretaria Municipal de Saúde de Paulínia. A bem da verdade, o DMPS/Unicamp, por meio de uma equipe coordenada pelo próprio Gastão, já havia realizado um trabalho de assessoria àquela Secretaria, que implantou um novo modelo de gestão, de trabalho e de atenção na rede básica e no hospital municipal. O

⁶ Para maiores detalhes, consultar nota de rodapé nº 2 do Capítulo 3.

⁷ *Gestão, trabalho em saúde e estratégias assistenciais: análise de intervenção junto à rede básica de saúde de Paulínia/SP (1998/2000)*. Para maiores detalhes, consultar Campos & Pasche et al., 2001.

trabalho que queríamos fazer, a partir de então, era fundamentalmente o de implantar novos dispositivos de gestão no cotidiano das equipes, uma primeira experimentação do Método da Roda.

O trabalho prosseguiu durante todo o segundo semestre de 2000, quando pudemos experimentar pela primeira vez um dispositivo de co-gestão, baseado na análise de temas, construção de texto e contratação de tarefas a partir da dinâmica entre demanda e oferta. Em paralelo ao desenvolvimento deste trabalho, outras duas atividades foram sendo desenvolvidas: a supervisão da pesquisa-intervenção realizada com Gastão e a equipe [além de mim havia mais três auxiliares de pesquisa] e um Curso de Extensão⁸ oferecido por Gastão sobre o Método da Roda, freqüentado por umas 40 pessoas das secretarias de saúde de Campinas e de Paulínia e uma equipe do CRT/Aids do município de São Paulo. Este foi um espaço muito rico de discussão e problematização do método, sendo o próprio curso um “laboratório vivo” de vivência teórico-prática.

A partir dessas vivências, minha investigação e o trabalho de tese foram se apresentando e se construindo de uma forma “mais natural”. Junto com meu orientador damos-nos por conta que estávamos trabalhando com experiências novas e produzindo elementos importantes para a produção da minha investigação. Essa sensação foi se consolidando e tomou novas dimensões a partir de outros três acontecimentos. Um deles foi o oferecimento, pela professora Regina Benevides Barros, da Universidade Federal Fluminense – UFF -, de um curso sobre “Gestão e Subjetividade”⁹ no Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP, cujo tema central foi a produção de subjetividade e as instituições, tomadas como efeitos dos modos de gestão. Apreendi com Regina que havia modos de subjetivação; subjetividade, nesta medida, resulta de uma produção incessante, em que participam uma série de elementos de ordem infra e extra-pessoal. Nesta ocasião pudemos discutir mais amiúde questões e temas de grande relevância para o rumo que minha investigação estava tomando. Além disso, Gastão havia

⁸ Na verdade foram dois cursos de extensão. Um primeiro, introdutório, realizado entre setembro e início de outubro, intitulado “Necessidade e Desejo: entra a Filosofia, a Ciência e a Arte”. O segundo, realizado em seqüência, aconteceu entre outubro e dezembro sobre “O Método da Roda: co-gestão de coletivos organizados para a produção de saúde”.

⁹ Este tema foi tratado na disciplina “Tópicos de planejamento e administração de serviços de saúde”, no primeiro semestre de 2001.

me convidado para ser “Monitor Docente” em uma disciplina¹⁰ que versava sobre “Políticas, Práticas e Organização dos Serviços de Saúde”, cuja experiência no segundo semestre dos anos de 1998 e 1999¹¹ foi de grande importância para minha qualificação como docente.

Os outros dois fatos de natureza semelhante foram também importantes: a realização de atividade de apoio institucional às equipes dos Distritos de Saúde de Campinas, a equipe do Ambulatório Municipal de DST/Aids e a equipe da COVISA, também de Campinas.

Essas três experiências, a primeira levada a cabo com uma equipe de seis pessoas¹² e as outras apenas por mim, tiveram um efeito revolucionário, particularmente no que diz respeito àquilo que eu buscava com mais afinco: experimentar a intersecção com coletivos da saúde, com vistas à produção de sujeitos e à qualificação do quefazer dos serviços de saúde. Enfim começava a encontrar e a experimentar elementos teóricos e metodológicos, a partir de uma rica interlocução com Gastão Campos, o Grupo Paidéia e o Grupo Híbrido, entre outros, para o enfrentamento do trabalho alienado em saúde, para aumentar a resolutividade das práticas, para produzir contratos mais identificados com as necessidades de saúde das pessoas e dos interesses dos trabalhadores. Enfim, para resgatar serviços e práticas de saúde como lugares de produção de cidadania, de compromisso com a vida, identificados com a justiça, a equidade e a solidariedade.

Com a narrativa deste percurso, quis expressar minha trajetória teórica e minhas preocupações que atravessaram transversalmente esta investigação que ora se apresenta. Com base nesses elementos, o próprio objeto de tese foi sendo construído, viabilizando meus estudos e investigações, que estão sistematizados, a partir de então, sob a denominação de “Gestão e subjetividade em saúde”.

¹⁰ Elementos Teóricos de Saúde e Sociedade I, oferecida no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do DMPS, freqüentada por alunos do mestrado e do doutorado em Saúde Coletiva.

¹¹ Além dessa experiência, ministrei, em 1999, aulas no Curso de Especialização em Saúde Pública do DMPS.

¹² Este grupo tem sido denominado de Híbrido, pela mistura e articulação que realiza entre os campos da gestão e da análise. É constituído por Arthur Hyppólito, psicólogo, analista institucional e psicanalista; Regina Benevides Barros, psicóloga, psicanalista, professora da Universidade Federal Fluminense; Solange L’Abbate, socióloga, analista institucional, professora DMSP/Unicamp; Rosana O. Campos, médica, sanitária, doutora pelo DMSP/Unicamp; Cipriano Maia, médico, sanitária, doutorando no DMPS/Unicamp e eu.

1.2- E ENTÃO FICOU ASSIM

Este é um trabalho que versa sobre a gestão, o trabalho, a produção de sujeitos e de subjetividade no contexto de consolidação do SUS. Esses temas não constituem, em absoluto, uma novidade nas investigações e pesquisas da área da Saúde Coletiva, mas a produção de sujeitos e de subjetividade só mais recentemente tem entrado nos debates, a exemplo do VI Congresso da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), realizado em 2000, que teve exatamente essas questões como temas centrais¹³.

O trabalho tem por objetivo refletir sobre estes temas, tomando por referência dois distintos planos intercambiáveis: (1) estudo teórico e seu cotejamento com a (2) análise de situações e vivências extraídas de experiências que realizei e que tiveram por referência a introdução de mudanças na gestão dos serviços e nos processos de trabalho, com vistas a produzir sujeitos mais livres e autônomos, de um lado e, de outro, modos de produção de atenção à saúde mais identificados com as necessidades sociais de saúde.

Os estudos e as pesquisas que realizei, cujo produto final é a Tese de Doutorado, podem ser estratificados também em dois níveis. Em um primeiro, trato de investigar e refletir sobre os movimentos políticos, ideológicos e institucionais que têm interferido no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde. Questões como os processos de mudança no mundo do trabalho, o confronto, no campo das políticas sociais públicas, entre teses universalistas e minimalistas e o próprio processo de mudança por que o SUS tem passado, particularmente na última década, são temas presentes. Em um segundo nível, abordo temas centrais da investigação, particularmente a questão da produção de sujeitos, a democracia institucional e a reorganização dos modos de atenção e de gestão dos serviços de saúde.

É desses aspectos que o trabalho que ora se apresenta irá tratar.

¹³ A revista *Ciência & Saúde Coletiva* (Abrasco, 2001), intitulada “O sujeito e a subjetividade e na práxis da saúde coletiva”, debate centralmente estas questões.



CAPÍTULO 2
O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

PARTE 1

O SUS UNIVERSALISTA NO CENÁRIO DAS POLÍTICAS NEOLIBERAIS

2.1- SUS: UM SISTEMA DE SAÚDE PAUTADO PELA IDÉIA DE SOLIDARIEDADE, JUSTIÇA E DEMOCRACIA

O SUS é fruto da democracia. Resulta de um processo de luta contra a iniquidade, a injustiça e a lógica de mercantilização, características presentes no sistema de saúde brasileiro há pelo menos 50 anos. Logo, apresenta-se como um processo sociopolítico de luta. É e está em processo. É disputa, e resulta de um acúmulo de forças da sociedade civil organizada, que em um determinado momento histórico foi capaz de inscrever, enquanto ideário, um novo modelo de gestão e de organização nos serviços e práticas de saúde, abrindo perspectivas para a reformulação do sistema de saúde.

Coloca-se, a partir de então, como um novo projeto de saúde, em oposição radical ao sistema construído no Brasil, orientado pela lógica médica e centrado no hospital¹, descompromissado com a produção integral de saúde.

O sistema de saúde brasileiro foi organizado, sobretudo a partir da década de 1950, *pari passu* ao cumprimento tímido de suas funções básicas e rentabilidade máxima para seus produtores, a maioria, privados (BRAGA & PAULA, 1989). A indiferença frente ao sofrimento, particularmente dos mais pobres; a constatação paradoxal de que o país era uma grande potência econômica, mas em termos sociais igualava-se aos países mais pobres, ocupando posição intermediária no ranking social; a separação entre as atividades curativo-reabilitadoras e as preventivo-promocionais, que permitia a expansão de uma rede hospitalar, muitas vezes sem capacitação técnica, ao mesmo tempo em que os indicadores epidemiológicos denunciavam que crianças e adultos morriam por falta de acesso a uma rede básica resolutiva. A superação destas contradições exigiria um movimento não apenas no campo da saúde e não somente na área da atenção à saúde.

¹ Este centramento na lógica médico-hospitalar tem sido sintetizado pelos adjetivos ‘médico-centrado’ e ‘hospitalocêntrico’, expressões essas comumente verificadas na literatura da área.

O enfrentamento das distorções do sistema de saúde brasileiro, portanto, apresentava-se como uma tarefa de reconstrução e refundação das bases do sistema de saúde, tarefa capitaneada pelo “Movimento pela Reforma Sanitária²”. A jornada de construção do SUS passaria a ter pela frente – hoje é possível ver isso – dois grandes desafios: um macropolítico, a recriação jurídico-legal do sistema; e outro micro-institucional, a recriação de serviços e práticas de saúde.

Quanto ao primeiro desafio, há um consenso generalizado entre os analistas da área de que as tarefas foram realizadas, embora seja necessário promover avanços e assegurar a manutenção das conquistas neste plano. A expressão das realizações deste plano é o Capítulo da Saúde da Constituição Federal, as Leis Orgânicas da Saúde e seus desdobramentos em normas operacionais³.

Inovações nos modos de produzir saúde e de governar os serviços, o segundo desafio, podem ser percebidas só mais recentemente, até porque dependiam, em parte, da inscrição de um novo estatuto jurídico no campo sanitário. Superado este momento, ou seja assegurado o SUS, emergem interrogações sobre o “como fazer?” Como fazer para que o SUS funcione e se efetive como um sistema que organiza serviços e práticas identificados e responsabilizados com a defesa da vida das pessoas, que seja inclusivo e democrático?

Esse “como fazer” foi sendo respondido com base nas experiências de municipalização da saúde, que a partir do início dos anos 90 toma o sentido da consolidação. A diversidade e a heterogeneidade do processo de municipalização fizeram emergir, no entanto, um conjunto de proposições para o reordenamento das práticas de saúde, manifestas enquanto projetos de ação, constituindo-se o próprio desenvolvimento político-institucional do SUS um campo de disputa entre várias escolas, sobretudo no campo do planejamento em saúde.

² A trajetória deste movimento pode ser visualizada em detalhes na obra de Sarah Escorel *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*, 1998.

³ As Normas Operacionais Básicas do SUS expressam a extensa pluralidade e diversidade de interesses que permeiam o sistema de saúde. A NOB 01/1991, ainda sob chancela do Inamps, tem, por exemplo, um claro sentido reconcentrador (coloca os municípios como meros prestadores de serviços; mantém o financiamento por produção, etc...), apresentando-se como uma medida de caráter contra-reformista.

No plano jurídico, as principais inovações introduzidas podem ser sintetizadas em dois aspectos. O primeiro deles é a inscrição de que a saúde é um direito de cada cidadão, logo dever do Estado. Dever de *promover políticas sociais e econômicas* que gerem bem-estar e de *garantir acesso universal e igualitário a uma atenção à saúde integral*. Importante salientar que, por ser uma república federativa, o Estado brasileiro não se restringe apenas à União, ou ao Governo Federal, mas engloba as Unidades Federadas (estados) e os Municípios.

O segundo aspecto refere-se ao fato de a saúde no Brasil passar a ser organizada com base em três diretrizes gerais: descentralização com direção única (que na implementação do SUS traduziu-se como o processo de municipalização); o atendimento integral (integração entre ações curativo-reabilitadoras e preventivo-promocionais, com prioridade para estas últimas); e a participação da comunidade por meio do controle social. Assim, passam a ser as bases constitutivas do sistema de saúde brasileiro a *Descentralização, a Integralidade e a Co-gestão*.

Dessa forma, foi introduzido na base jurídica da área da saúde brasileira o conceito de co-governo, de co-gestão, cuja instância máxima são as Conferências e Conselhos de Saúde, que passariam a se constituir nos principais fóruns decisórios daquelas questões atinentes à produção da saúde. Assim, a saúde deixou de ser um campo de intervenção e análise apenas de técnicos, para ser uma tarefa do conjunto da sociedade.

A argumentação que justifica a introdução da co-gestão na saúde parte da premissa de que os serviços e práticas sanitárias são, em primeiro lugar, organizados como respostas às necessidades de saúde construídas histórica e socialmente. Ou seja, são estabelecidos e se mantêm à medida que seu valor de uso é reconhecido. Todavia, as necessidades de saúde não são os únicos elementos que atuam nesta definição, uma vez que a estrutura e o funcionamento dos serviços e práticas de saúde também representam e correspondem aos interesses de produtores de serviços e insumos, do Estado, de uma diversidade de grupos de interesses, etc. Nesta medida, a saúde é um campo de disputa e em disputa, e a instituição de espaços de co-gestão favorece a explicitação dessa diversidade de interesses, da mesma forma que se apresenta como mecanismo para o seu processamento. Esse entendimento é uma construção teórica do campo da Saúde Coletiva,

baseada na incorporação dos conceitos de hegemonia e de Estado Ampliado de Gramsci (COUTINHO, 1989).

Entretanto, a correlação de forças entre os diversos atores em disputa no campo da saúde tem sido historicamente desfavorável para os usuários. Isto se apresenta como uma contradição importante, uma vez que a organização da oferta de atenção deveria partir das necessidades de saúde da população. A participação mais efetiva dos cidadãos no processo de gestão da saúde minimizaria o risco de se extraviarem dos serviços os objetivos centrais da atenção à saúde, que podem ser resumidos na expressão “produção de saúde”.

A participação social nos espaços da definição da política e no cotidiano dos serviços de saúde tende a exercer força de aproximação entre as necessidades de saúde da população e a lógica de organização dos serviços de saúde. Sistemas de co-gestão se apresentariam, então, como mecanismos de processamento de contradições constitutivas do fazer saúde. Essa construção teórica é tributária de discussões a respeito da cidadania, da democracia, “do direito a ter direitos”, ou seja, do entendimento de que as demandas dos sujeitos na formulação de políticas de saúde e na organização da oferta de atenção são legítimas.

Assim, tem sido implantado no Brasil um novo sistema de saúde a partir de um amplo e intenso debate, que tem envolvido praticamente a totalidade dos segmentos sociais e políticos. Embora o resultado não seja uniforme e nem plenamente consensual, porque decorre e depende da capacidade de se lidar com contradições entre sujeitos históricos, o processo de debate tem sido fundamentado em princípios democráticos, utilizando vias clássicas da democracia representativa, como o parlamento nacional, ao mesmo tempo que se criaram novos espaços públicos de vocalização e de concertação de interesses (CARVALHO, 1997), sobretudo os Conselhos Locais e Municipais de Saúde, mecanismos de representação e de pactuação de políticas.

O SUS, nesta medida, ampliou o Estado, criando novos arranjos institucionais, que têm permitido aumento de sua capilaridade e permeabilidade e, conseqüentemente, sua democratização. Neste aspecto o SUS também polarizou com a agenda neoliberal, na medida em que esta propõe um sentido de reforma de Estado que tende à privatização e à

concentração de poder. O sistema de saúde brasileiro, diferentemente, constituiu-se a partir da diversidade de interesses, cujo processamento passa a ocorrer em espaços públicos, fazendo com que a lógica de pactuação se estabelecesse por meio de processos de concertação de base dialógica.

Isso não significa que se construíram mecanismos e processos capazes de resolver as contradições entre os sujeitos. Ao contrário. É por não escamotear a sua existência que se faz necessária a instalação de dispositivos e arranjos, enquanto espaços de fala e ação política, para a explicitação dessas contradições e a construção de contratos nas diferenças. Essa é uma tarefa fundamental da democracia substantiva (BOBBIO, 1994: 326-29).

A democratização da gestão do SUS é um pressuposto para a construção de oferta de serviços identificados com a pluralidade dos interesses e necessidades da população. Essa é uma condição substantiva para a consolidação de uma política de saúde baseada no ideário da solidariedade, da justiça e da democracia, pressupostos éticos, políticos e institucionais alavancados pelo discurso libertário-humanístico da saúde coletiva e pela base doutrinária do SUS.

Solidariedade é um dos fundamentos constitutivos das sociedades modernas. Cada homem contrata com seu semelhante, a partir de princípios éticos, social e historicamente construídos, padrões de sociabilidade e formas de usufruir a vida, a fim de não permitir, por exemplo, que uma existência indigna seja a vertente da condução da vida. Ser solidário estaria na dependência do desenvolvimento da capacidade de deslocar-se de interesses imediatos em direção a uma alteridade que lhe diz respeito. O respeito a esse estranho que me diz respeito.

Mas não se trata apenas de uma questão fundada em uma ética individual, como uma opção política de cada um. Ela está posta, também para o conjunto da sociedade. Seria necessário, pois, construir modos de relação social que não permitissem que nenhum indivíduo e nenhum grupo humano tivesse obstruído o acesso aos bens e serviços que lhe garantissem um estado mínimo de existência definido pela própria sociedade. Ou seja, que lhe fosse permitido usufruir e partilhar da prosperidade acumulada pela sociedade

independentemente de sua capacidade de aquisição e, tampouco, por sua contribuição na geração dessas riquezas.

A construção de sistemas de proteção social baseada em “políticas de bem-estar” está fundada nesta premissa. À medida que se assume que a experimentação da existência em sociedade não é uniforme [sobretudo pelas contradições sociais], haveriam de se instaurar processos de igualação de oportunidades (e mesmo de correção de resultados), sendo então o critério central de uma sociedade livre não a igualdade como uniformidade, mas como a única autêntica diversidade.

A máxima marxiana, “a cada um, segundo suas necessidades; de cada um, segundo suas capacidades” (ANDERSON, 1995: 199), resume e sintetiza esta ética social, na qual as diferenças se estabeleceriam como um processo de diferenciação de sujeitos que na origem estavam relativamente equiparados por oportunidades sociais, econômicas, culturais e políticas. Nem a uniformização burocratizante das sociedades do socialismo real, nem a aberrante assimetria das sociedades capitalistas.

Um sistema de saúde solidário seria aquele em que as pessoas tivessem acesso universal e igualitário à atenção à saúde, independentemente de quaisquer atributos. Um Estado fundado na solidariedade seria aquele que produzisse políticas sociais e econômicas capazes de diminuir riscos e agravos. Participar de um sistema de saúde solidário, neste caso, seria poder usufruir serviços e práticas de saúde integrais e resolutivas independentemente da capacidade de compra de cada cidadão, até porque esta capacidade é muito desigual na sociedade brasileira, e daí surge, entre outros, a necessidade de se estabelecer um sistema de ampla proteção.

Em tese, as idéias de justiça e democracia não se diferenciam desses argumentos. Justiça é também um dos conceitos basilares da sociedade contemporânea. Significa que ninguém por qualquer atributo social, biológico, político etc., deveria ser discriminado, negativa ou positivamente (ROUDINESCO, 2000: 143-49). Isso traduzido para a saúde quer dizer que nenhum cidadão deveria ter uma atenção diferenciada com base em seus atributos sociais, econômicos ou políticos. Aqui, contudo, apresenta-se uma especificidade do campo da saúde, pois se trabalha, em geral, a partir de prioridades, ou

seja, discriminam-se positivamente parcelas de cidadãos para prestar-lhes atenção diferenciada, elegendo-os como prioritários, quer dizer, elegem-se aqueles que irão ser alvo preferencial de nossa atenção. Foi por isso que o termo equidade se tornou um conceito importante. Como dizia Marx, para cada um segundo suas necessidades.

Quanto à democracia duas questões postas por Norberto Bobbio (1994: 326-29) deveriam ser consideradas nesta discussão: a que medida e proporção modelos de democracia formal e substantiva se mesclam? Quando se refere à democracia formal, diz-se daqueles regimes que privilegiam a constituição de regras e espaços institucionais formalizados para o exercício da democracia. Assim, instituem-se mecanismos como o voto, as instâncias legislativas, enfim o conjunto de regras mediáticas que permitem a experimentação da vida social sob a égide da democracia. Democracia é garantida pela forma. Por substantivos diz-se daqueles regimes que, para além de instituir espaços formais para o exercício da democracia, tendem a instaurar e fomentar processos institucionais, políticos e sociais com vistas à experimentação plena da democracia, tratando da diversidade, mas tendo por referência “conteúdos inspirados em ideais característicos da tradição do pensamento democrático, com relevo para o igualitarismo” (BOBBIO, 1994: 328).

Para o campo da saúde, isso poderia ser traduzido na seguinte reflexão: Conselhos de Saúde são instâncias formais de democracia, mas nem por isso a gestão da saúde será democrática. Não se de se construir processos de democratização, o que implica democratizar os espaços de democratização. Talvez esse seja o exercício e o aprendizado mais árduo da democracia: democratizar os espaços que se propõem instituir-se como êthos da produção da democracia.

2.2- A CONFORMAÇÃO DE UMA AGENDA DE AJUSTES POLÍTICO, ECONÔMICO E SOCIAL DE INTERESSE DO CAPITAL

Teve início nos anos 80 um processo de reestruturação da ordem político-econômica que envolveu praticamente todo o planeta. Grosso modo, podemos dizer que, sob a liderança de organismos multilaterais de crédito, especialmente o Banco Mundial e o FMI⁴, foi formulado um novo modelo para as relações entre os países ricos e os países pobres, cujo resultado econômico, esperava-se, permitisse aos países do terceiro mundo viabilizar o pagamento de suas dívidas e encargos financeiros.

Diferentemente dos anos 70, a partir do início dos anos 80 passou-se a incorporar na agenda elementos não apenas econômicos, tendo em vista que os planos de estabilização econômica de curta duração, até então a receita padrão, não foram capazes de impedir a emergência de novas crises e, conseqüentemente, de estancar processos de instabilidade e de riscos de cisão econômica mundial.

Segundo Maria Alicia Dominguez Ugá (1997), as mudanças na agenda macro-econômica gestadas pelos organismos internacionais de crédito seguiram nas últimas décadas três modelos prescritivos:

- A partir de meados dos anos 70 até o início dos 80, o núcleo central das atenções desses organismos – e, particularmente do FMI – em relação aos países devedores residiu no equilíbrio do *balanço de pagamentos*. Sendo o caráter da crise interpretado enquanto conjuntural, preconizava-se a necessidade de instituir processos de ajustes drásticos e de curto prazo. (...). [Tratava-se de implantar] *planos de estabilização econômica* de curta duração (um ou dois anos)...
- A seguir (...) *questões estruturais e o déficit público* (e, a partir deles, taxas de inflação) passam a assumir o lugar central nos diagnósticos dos desequilíbrios econômicos (...). Trata-se, portanto de implementar ajustes estruturais nas economias do Terceiro Mundo que promovam a recuperação das finanças públicas dos nossos países endividados.

⁴ As origens, trajetória e funções desses organismos podem ser encontradas na tese de doutorado de Maria Lucia Frizon Rizzoto (2000). Para maiores detalhes sobre esses aspectos, consultar em especial o capítulo 1: “O Banco Mundial e a ideologia do desenvolvimento: meio século de história”.

(...).

- Ao término da década passada [80], (...) um novo elemento, desta vez político, vem sendo incorporado nas propostas neoliberais de ajuste. (...) [Dessa forma,] passa-se a contemplar questões tais como as condições para a viabilidade política dessas reformas e os pré-requisitos institucionais para o sucesso do ajuste, até então ausentes nas formulações tecnoburocráticas dos organismos internacionais. É neste contexto que retoma especial vigor a discussão sobre a governabilidade e a governança... (UGÁ, 1997: 82-3).

Ocorreu assim, um deslocamento de medidas essencialmente de natureza econômica, para, gradativamente, incorporar elementos do plano político-institucional com vistas a construir mudanças mais duradouras. A formulação inicial dessa nova investidura levou o nome de Consenso de Washington⁵, que reúne um conjunto de reformas a serem adotadas pelos governos dos países em desenvolvimento caso necessitem buscar novos financiamentos externos, o que lhes faria serem apresentados como confiáveis⁶ ao capital transnacional e seus investidores. Alguns autores, como Michel Chossudovsky (1999), têm chamado esse atrelamento da captação de recursos à implementação de reformas como “chantagem econômica”⁷, pois para contrair novos empréstimos os países devem adotar uma série de medidas, acordadas como compromissos assumidos em protocolos de intenções.

Esse receituário, denominado de Ajuste Neoliberal, fundamenta-se em duas linhas de intervenção, uma de natureza mais econômica e outra de natureza político-institucional.

⁵ O Consenso de Washington ou o “fundamentalismo neoliberal” propõe a Reforma do Estado por meio da realização de ajustes estruturais, com vista à estabilização macroeconômica (normalização da política monetária e fiscal, liberalização de mercados de bens e capital por força de desregulamentação e privatização de empresas estatais), alterando substantivamente a natureza do discurso econômico do Estado e a orientação das políticas públicas.

⁶ Nível de confiança medida pelo “Risco País”.

⁷ Tecnicamente essa chantagem econômica tem levado o nome de “condicionalidades”, ou seja, empréstimos condicionados ao acolhimento integral dos parâmetros impostos pelos organismos internacionais. Como diz Michel Chossudovsky, “o dinheiro só era emprestado se o governo concordasse com as reformas de ajuste estrutural e, ao mesmo tempo, respeitasse os prazos precisos para a sua implementação” (1999, 43).

Quanto às questões de ordem econômica, a tarefa principal é controlar o déficit público e a inflação. Para tanto, propõe-se a implementação de “ajustes estruturais” nas economias, que entre outros aspectos prevê a restrição dos gastos governamentais mediante saneamento das finanças públicas, cujo resultado é gerar recursos do erário para honrar o pagamento de dívidas, de um lado, e apresentar capacidade de pagamento para os novos empréstimos, de outro. Entre os expedientes e mecanismos utilizados para a obtenção destes objetivos pode-se citar:

- a redução/restrição das atividades de bem-estar;
- flexibilização das relações de trabalho, cujo efeito imediato é a restrição de benefícios e conquistas dos trabalhadores, mediante a instauração de formas precarizadas de trabalho (contratos temporários sem custos sociais/fiscais adicionais, entre outras), que têm por objetivo reduzir os custos da produção quer pela redução dos salários, quer pela possibilidade de se verticalizar o processo de produção;
- geração de superávit primário (fomento à exportação; aplicação de políticas para a “redução do tamanho do Estado”; não vinculação de despesas às regras constitucionais, etc.);
- abertura da economia para as empresas transnacionais, atraídas pela política de subsídios públicos e renúncia fiscal, de um lado; e pela flexibilização das relações de trabalho, de outro;
- privatização de serviços estatais, sobretudo daqueles setores de maior interesse para o capital privado como as telecomunicações, sistema bancário, a distribuição de energia, a previdência social, etc.;
- com a redução das atividades econômicas, o Estado redefine suas responsabilidades, ancoradas agora predominantemente na regulação, controle e avaliação, a cargo das Agências Nacionais de Regulação, a exemplo da Aneel (Agência Nacional de Energia Elétrica), Anatel (Agência Nacional de Telefonia), ANS (Agência Nacional de Saúde), entre outras.

A implementação destas medidas, contudo, requer modificações no plano jurídico-legal, sendo necessário aprovar um conjunto de reformas tributárias, fiscais e do sistema político, muitas delas envolvendo mudanças constitucionais. Uma vez conseguidas estas reformas, seus efeitos produzem profundas transformações nas relações entre Estado e Sociedade, e é por isso mesmo que ela se autodenomina de reforma estrutural: seu intento é mesmo mexer nas estruturas de fundação da sociedade.

Assim, é preciso criar condições para tornar viável este conjunto de mudanças, cuja estratégia foi apresentá-las como imprescindíveis e necessárias, apesar de reconhecidamente produzirem prejuízos para parcelas importantes da sociedade. Para tanto, o neoliberalismo, como uma “superestrutura ideológica e política que acompanha uma transformação histórica do capitalismo moderno” (THERBORN, 1995: 39), tem realizado um movimento de reconstrução semântica, alterando o sentido de várias expressões e valores, ressignificando seus conteúdos. Estado, políticas públicas, funcionalismo público, empresas estatais, democracia, direitos sociais, entre outros, passam a ser vistos em sua negatividade, como elementos que dificultam o desenvolvimento das sociedades. Em contrapartida, privatização, enxugamento do Estado, eliminação de “privilégios” (flexibilização, minimização de políticas sociais públicas...), fortalecimento do mercado, etc. passam a ser apresentados como alternativas para o desenvolvimento social e econômico, cujo conteúdo fundamenta as agendas reformistas dos organismos internacionais de crédito.

Além disso, instituem-se movimentos que tendem a concentrar o poder decisório no executivo, concomitantemente a uma adequação institucional, visando ampliar a governança. É aí que entram as medidas de natureza política⁸.

A implementação de reformas depende das correlações de forças entre os diversos segmentos sociais. Foi a partir desta constatação que o Banco Mundial e o FMI apostaram fortemente na constituição de governabilidade (na ampliação das capacidades

⁸ Essa posição difere em parte das observações de Viviane Forrester que, em sua recente obra *Uma estranha ditadura* (2001), afirma que estamos vivendo uma paradoxal realidade: “Estranha situação, inédita. Não há dúvidas que vivemos em uma democracia, uma democracia maltratada, mas presente. Se ela vier a desaparecer, a crueldade do que apareceria em seu lugar nos faria apreciar sua forma atual, mesmo que ela esteja selvagememente equivocada. Porque sem destruir a atmosfera, as estruturas, ou mesmo as liberdades democráticas, nas quais ela se acomoda, uma estranha ditadura está instalada”.

dos governos para implementar essa agenda) e de governança (de “modernização” da gestão institucional), ou seja, de constituir as bases político-institucionais para a viabilização das reformas econômicas. Pode-se dizer que na década de 1990 os economistas utilizaram-se da política para a construção de propostas econômicas eficazes (FORRESTER, 2001; UGÁ, 1997).

Nessa perspectiva, a “agenda política” caminhou nas seguintes direções:

- legitimação discursiva das agências internacionais por meio de um movimento intelectual, levado adiante por uma comunidade epistêmica (COSTA, 1998: 127), com o objetivo de difundir a hegemonia do “pensamento único” (FORRESTER, 1997), impondo ao conjunto da sociedade a reforma do Estado centrada nos referenciais teóricos do neoliberalismo, como a única alternativa para o enfrentamento dos problemas sociais e econômicos;
- concentração de poder no executivo e conseqüente exclusão de setores populares na formulação e implementação de políticas, como estratégia de conter e controlar as tensões sociais;
- contenção de espaços regulatórios e de co-gestão do Estado, através da diminuição dos canais de negociação/pactuação/concertação entre sociedade civil e o Estado/governos, visando refrear tanto a emergência como a contemplação nas políticas de demandas sociais.

Outrossim, para atrair investidores internacionais, fez-se necessário reduzir a incerteza sobre a ação governamental futura. Para tanto, a agenda política passa a requerer a reeleição dos presidentes nacionais afinados com as propostas. No caso brasileiro basta lembrar o hercúleo trabalho do presidente Fernando Henrique Cardoso e de sua base aliada para assegurar seu segundo mandato (1999/2002). Além disso, a implantação de medidas legislativas para a desoneração da produção, particularmente aquelas que permitem desregulamentar as relações de trabalho, passam a ser instituídas como emissão de sinais claros para o capital internacional de que os países assumem como política a precarização

do trabalho, cuja forma concreta é o subemprego e formas aviltantes de inserção em um novo mundo do trabalho⁹.

Por fim, a realização de reformas de caráter restritivo nas políticas sociais, sobretudo na saúde, previdência e educação, que gradativamente deveriam deixar de ser entendidas como direitos universais do cidadão para se restringirem a um conjunto de ações focalizadas para populações marginalizadas.

A implementação desta agenda, mesmo que parcialmente, tem gerado um conjunto de desajustes sociais e econômicos, tais como a ampliação do empobrecimento dos países (cada vez mais endividados e vulneráveis), cujo reflexo é o aumento da crise social, dos índices de miséria, devido, sobretudo, à diminuição do valor real dos salários, ao desemprego estrutural, à restrição de políticas públicas sociais. Este cenário impõe, também, desgastes políticos e de legitimidade aos próprios governos.

Estes “efeitos colaterais” das medidas de ajuste foram identificados pelas próprias agências de crédito internacional, cuja resposta foi a apresentação de uma nova modalidade de medidas, chamadas “políticas de segunda geração”, que tratam essencialmente de questões sociais. O UNICEF denominou estas políticas como programas de ajuste dotados de uma “face humana” (UNICEF, 1987).

As políticas denominadas *with human face* recolocaram a problemática das políticas sociais devido à crise causada pelos planos de ajustes. O Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial apresentaram, já nos primeiros anos da década de 1990, um conjunto de orientações para atacar problemas sociais, particularmente o aumento espantoso da pobreza e as dificuldades de acesso dos mais pobres à educação e à saúde básicas.

Essas recomendações, grosso modo, podem ser caracterizadas como instruções normativas fundadas em concepções minimalistas de políticas sociais, na medida em que intentam substituir políticas sociais universalistas, propondo, em troca, direcioná-las especialmente para populações precarizadas (COSTA, 1998). A partir de então, a idéia de

⁹ Esta discussão será retomada no Capítulo IV.

uma ação social focalizada passou a ganhar força e as políticas sociais e suas ações assistenciais deveriam direcionar-se para aquelas populações que não têm acesso aos serviços sob as regras de mercado. A concepção liberal de Welfare State, desenvolvida exemplarmente nos EUA, classificado por Titmuss (1958), como “modelo residual”, ou “marginal” conforme Desmond King (1988), passa a ser o paradigma orientador da ação social do Estado.

Os pressupostos e as estratégias desta concepção restrita de política social pública vão polarizar com as bases jurídico-legais e com o processo político-institucional do SUS, que passa a ter sua implementação dificultada em razão da sucessão de governos afinados com o neoliberalismo. Entretanto, as dificuldades de implantação do SUS não devem ser imputadas apenas à hegemonização das teses neoliberais. O jogo de interesses, por exemplo, estabelecido entre os produtores privados de serviços e a “burocracia inampsiana” do Ministério da Saúde, exerceu importante papel de oposição ao SUS pelo menos até meados da década de 1990¹⁰, a exemplo da edição, em 1991, portanto antes do surgimento do “neoliberalismo à brasileira” (OLIVEIRA, 1995: 25), da Norma Operacional Básica 01/Inamps, que se apresenta como uma medida de caráter contra-reformista da saúde.

O campo de disputas conformado em torno do debate sobre modelos de atenção para o sistema de saúde brasileiro se inclui neste cenário e conjuntura. Até meados da década de 1980, o sentido da disputa seguia, no máximo, três teses (PASCHE, 2000): os defensores do modelo hegemônico de produção de serviços, aqueles que diretamente se beneficiavam dele (produtores privados, burocracia estatal, etc.); reformistas postados no aparelho estatal, que articulavam estratégias racionalizadoras para a correção do sistema (que, grosso modo, poderíamos chamar de “conaspsistas”¹¹); e integrantes do movimento pela reforma sanitária, cujas propostas indicavam a necessidade da realização de uma

¹⁰ Tomo esta referência temporal a partir da data de extinção do Inamps, que oficialmente deixou de existir em 1993.

¹¹ Em alusão ao Plano CONASP, de 1982 (Programa de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social), que introduz uma série de medidas normativas de controle da assistência médica, entre os quais o pagamento da atenção hospitalar via Autorização de Internação Hospitalar, a determinação de cotas populacionais para a produção médica, etc. Além do mais, previa recuperação de hospitais públicos, integração entre unidades públicas de vários níveis e complexidades, entre outros. Maiores detalhes, consultar Oliveira e Teixeira (1989); Braga e Góes (1986).

profunda reestruturação do sistema em sua globalidade (composto por segmentos progressistas de universidades, movimentos populares e sindicais, sanitaristas agregados em torno da CEBES e ABRASCO, entre outros).

Essas posições políticas se alterariam enormemente a partir dos anos 90. O modelo de saúde do SUS, alicerçado em um conceito ampliado de saúde, na universalização, integralidade e controle social, derrota, do ponto de vista político, teses conservadoras e abre as portas para a reformulação do sistema nacional de saúde, seus serviços e suas ações. Entretanto, as mudanças não ocorreram plenamente neste sentido, devido a alguns fatores, entre os quais se destacam:

- O sentido contramão tomado pelo processo de renovação constitucional, colocado no Brasil já nos últimos anos da década de 1980, quando a maioria dos países já estava enfrentando a onda neoliberal e os ajustes estruturais. Ou seja, o processo de redemocratização do país, que instituiu o debate público e a reconstrução do Estado de Direito, ocorreu em um tempo histórico adequado para a conjuntura nacional, mas “atravessado” frente ao plano internacional;
- Um segundo movimento foi a eleição, em 1989, de um projeto político conservador. Conservador frente ao sentido que tomavam no País as transformações político-sociais, de extensão de direitos e replubicização do Estado. Mas, por outro lado, moderno frente à “direção da política mundial”, orientada pela globalização e pelo neoliberalismo. A partir desse momento, mesmo com quase uma década de atraso, o Brasil passaria a se alinhar às propostas estabelecidas primeiramente pelo Consenso de Washington.
- Por fim, a emergência do SUS enquanto uma política pública de caráter universalista em contextos políticos construídos por sucessivos governos federais, compostos por alianças identificadas e alicerçadas em teses neoliberais.

A agenda neoliberal, entretanto, vai encontrar resistências para sua implementação no país, particularmente no campo da saúde, onde o processo de reformulação já havia galgado terreno, com transformações político-institucionais importantes, notadamente o da descentralização, que impôs um novo sentido e ritmo às decisões sobre as políticas da área, envolvendo, inclusive, amplos contingentes da população através de Conselhos e Conferências de Saúde.

Dessa maneira, a implementação do SUS ocorre em um contexto paradoxal: de um lado, um ordenamento jurídico, um processo institucional e uma história de luta e de participação que pressionam e atuam no sentido das mudanças orientadas pelos princípios do sistema único. De outro, um contexto político-econômico e ideológico que se assenta na minimização das políticas públicas, cuja possibilidade de implantação requer, necessariamente, o cotejamento com forças políticas com projetos antagônicos, assim como também um estamento jurídico-legal do sistema, cujas teses centrais se estruturam em sentido oposto.

Neste cenário e contexto é que a disputa sobre o sentido da organização dos modelos de atenção para o SUS se estrutura, permitindo, de certa maneira, a emergência de novos projetos e, conseqüentemente, de novos sujeitos políticos.

2.3- A AGENDA NEOLIBERAL E SUS SOLIDÁRIO: É POSSÍVEL CONSTRUIR-SE UMA AGENDA PARA A SAÚDE BASEADA NA JUSTIÇA?

A partir dessas questões, é possível perceber as diferenças entre o ideário e a agenda neoliberal e o SUS. A agenda neoliberal foi posta verticalmente à sociedade brasileira, visto que não se instauraram processos públicos de discussão sobre a reforma do Estado e a reformulação das políticas sociais. Um debate público produziria novas feições à reforma da Previdência Social, em alguma medida necessária, à revisão das regras da relação capital-trabalho, ao processo de privatização de empresas estatais lucrativas, ao subsídio público para o capital privado nacional e internacional, entre outros.

Por outro lado, o SUS resulta de um processo de pactuação, acordado nas instâncias mais elevadas do Estado Democrático de Direito.

Em que pese essas diferenças de método, há um conflito político e institucional posto na agenda do SUS de hoje: como viabilizá-lo na medida em que as forças políticas hegemônicas “jogam o jogo do seu contrário”? A construção de respostas para essa questão exige um exercício de raciocínio e argumentação complexa, e alguns elementos podem já de antemão ser apontados.

A construção do SUS se fez a partir da articulação política entre forças populares, de setores progressistas das universidades, partidos e sindicatos, arregimentando um conjunto de forças sociais e políticas, que, no decorrer das duas últimas décadas, imprimiu ao sistema de saúde um processo importante de institucionalização, a tal ponto que a sua dissolução não depende apenas da vontade de governos de linha neoliberal. Por outro lado, os projetos contra-reformistas têm encontrado dificuldades de se estabelecerem plenamente, pois apesar dos esforços de se minimizar o SUS, na perspectiva de transformá-lo em uma política residual, o sistema público de saúde não pára de expandir e de se consolidar.

Nesse sentido, uma tarefa metodológica se impõe às análises das políticas de saúde do Brasil recente: como explicar a expansão do SUS no período de vigência do terceiro governo de linha neoliberal? A análise desta questão, com base em referenciais teóricos que consideram a força de determinação das estruturas e o poder hegemônico do ultraliberalismo (FORRESTER, 2001), vai necessariamente produzir uma certa cristalização, a partir da qual não será possível perceber os movimentos que ocorrem em direção à ratificação do SUS.

Ou seja, é preciso criar novas leituras teóricas da conjuntura desse período, para se compreender, em primeiro lugar, que o jogo da política, portanto das disputas sociais, não acontece apenas na direção dos interesses de setores afinados com as políticas neoliberais. Fosse assim, não se poderia explicar que, mesmo no contexto de contramarcé para as proposições de caráter mais universal, o SUS tem conseguido ampliar-se tanto no

sentido de sua institucionalização (financiamento, definição de polícias nacionais...), quanto no desenvolvimento direto de práticas de saúde.

Contudo, o cenário é de disputa, e se o SUS não foi desmantelado, foi porque a sociedade brasileira, os Conselhos de Saúde, o movimento sanitário - que reúne uma pluralidade de forças suprapartidárias - resistiram. Uma tarefa substantiva, contudo, que permanece na agenda, é recriar os serviços e as práticas de saúde, para o qual se faz necessário avançar na direção da construção de serviços e práticas de saúde que resultem em uma operação concreta dos preceitos constitucionais. Essa é a tarefa do presente.

PARTE 2

AS PROPOSTAS DE MUDANÇA NA SAÚDE DO BRASIL E OS DESAFIOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DO SUS

2.4- ORIGENS DA DIVERSIDADE E PLURALIDADE PROPOSITIVA: DUAS TESES PRELIMINARES

Estudos sobre a crise da saúde no Brasil estiveram no centro de interesse dos pesquisadores¹² da área da saúde pública no decorrer de toda a década de 1980 até meados dos anos 90, a exemplo dos trabalhos de Braga & Paula (1981), Oliveira & Teixeira (1989), Campos (1992, 1997), Mendes (1993), entre outros. Esta centralidade foi dando lugar, particularmente a partir deste último período, a um conjunto de proposições que se direcionaram tanto à superação como ao gerenciamento da crise do sistema de saúde brasileiro, de seus serviços e de suas práticas. Algumas dessas formulações foram apresentadas por Silva Junior (1998)¹³.

¹² As investigações sobre as tendências da pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil tiveram início com o trabalho pioneiro de Maria Cecília Donnangelo, publicado pela ABRASCO em 1983. De lá para cá, outros autores se dedicaram à tarefa de investigar as perspectivas da produção científica da área, especialmente Everardo Duarte Nunes, que em vários estudos demonstrou os caminhos da produção intelectual brasileira no campo da saúde coletiva.

¹³ O estudo de Célia Almeida de 1996, sobre novos modelos de atenção, apresenta também, embora em um plano mais macro, bases conceituais das experiências de mudanças de sistemas de saúde.

Grosso modo, é possível afirmar que, até o início dos anos 1990, a agenda construída pelas proposições reformistas se direcionava fundamentalmente para o contexto macro, sugerindo uma série de mudanças na política de saúde como um todo, dando preferência para a ação política macro-institucional. Na década seguinte, particularmente a partir da segunda metade, a agenda passou a propor mudanças visando à reestruturação de serviços e práticas médicas, mergulhando na diversidade e complexidade da implementação do SUS no nível municipal e na intimidade do trabalho de gestores e de equipes de saúde. Trabalhos de Campos (1992, 1994, 1997a, 2000), de Merhy (1997), Mendes (1996), Schraiber (1996), Paim (1993) e Teixeira (1993), entre outros, demonstram essa tendência.

Investigações sobre as origens e causas da crise da saúde e a formulação de proposições e estratégias para a sua superação acabaram por lançar o debate em torno de questões da saúde para o conjunto da sociedade brasileira, o que acabou por produzir um certo consenso na opinião pública e no meio acadêmico quanto à necessidade de mudanças no sistema como um todo e nas práticas de saúde em particular.

Em que pese esse consenso, o que se verificou, contudo, foi a emergência de uma pluralidade significativa tanto quanto ao sentido, como à direção dessas mudanças. Essas diferenças propositivas assumem, no Brasil, expressão a partir da publicação de trabalhos de pesquisadores ligados particularmente a Departamentos de Medicina Preventiva e Social (Unicamp, UFBA, USP, etc...), entre os quais Schraiber (1993), Cecílio (1994), Merhy e Onocko (1997), Mendes (1996) e Campos (1992, 2000).

A formulação de propostas diferentes e divergentes, mesmo que tomando por princípios as diretrizes constitucionais do SUS, deve-se, a meu ver, nesta conjuntura, a dois fatores principais: a experimentação de propostas de mudanças em contextos concretos e a reformulação teórica do campo da saúde coletiva.

O primeiro aspecto advém de um *movimento de práxis (teórica e política) realizada pelos formuladores das proposições*. A experimentação da municipalização em contextos complexos, diversos e heterogêneos sobretudo das realidades municipais, impôs um processo de confrontação dos modelos teóricos às contradições e contingências de fatores locais e institucionais nos planos político, gerencial e cultural, colocando a

necessidade de constantes adequações e reformulações às propostas, que, se por um lado passam a imprimir suas marcas nas experiências locais, acabam, por outro, incorporando mudanças e absorvendo aspectos dessas realidades. Dessa forma, muitas proposições foram, também, gradativamente, se modificando.

Sem nos distendermos sobre o assunto, que mereceria estudos e análises mais complexas, é interessante observar as incorporações e transformações pelas quais passaram os principais modelos de reorganização dos serviços e práticas de saúde, que se apresentaram a partir do final dos anos 80, início dos 90. Vejamos três exemplos desse processo.

As reflexões e propostas formuladas por Gastão W.S. Campos, a partir de seu trabalho original de 1992, denominado *Reforma da reforma: repensando a saúde*, vão sofrer um processo de maturação ao longo de uma década, permitindo ao autor propor um método de co-gestão de coletivos, que na obra de 1992 estava apenas apontado. Para a produção de seu método foi necessário, portanto, quase uma década de experimentação, estudos, análises críticas e pesquisas, para que as formulações originais ganhassem corpo e organicidade teórica.

O mesmo pode ser visto com as proposições formuladas por membros do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade de São Paulo (DMPS/USP), que, a partir da publicação do texto *Programação em saúde hoje*, organizado por Lília B. Schraiber, de 1993, partindo da verificação de limites e potencialidades e de tensionamentos originados de críticas de outros autores, vão incorporando modificações às suas proposições, a tal ponto que em 1996 se divulga o texto *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica* (organizado por Schraiber; Nemes e Mendes-Gonçalves), que oferta uma série de reflexões e sugestões à proposta original, a partir de experiências da equipe com a tecnologia da programação.

Esta mesma tendência, por fim, pode ser percebida nos trabalhos de Eugênio Vilaça Mendes, que, para além de aperfeiçoar as propostas em torno do conceito de processo social de distritalização da saúde, apresentada em forma de livro em 1993, no trabalho seguinte - *Uma agenda para a saúde*, de 1996, reconsidera e recompõe suas

próprias convicções políticas frente ao SUS, assumindo uma postura crítica para com as bases doutrinárias e conceituais do sistema, na ocasião por ele caracterizadas como “fundamentalismo sanitaria” (idem, 99).

Estes três exemplos, embora tratem de questões diferentes e operem em planos distintos (co-gestão de coletivos; organização do trabalho médico; e organização de sistema de saúde), demonstram, por um lado, que os formuladores têm tido a capacidade de introduzir mudanças em seus modelos teórico-propositivos, modificando-os e/ou aperfeiçoando-os. Por outro lado, indica que essa é uma tendência inexorável no processo de mudanças da saúde: *a transformação tem sido feita pela própria mudança das propostas de mudança*. Campos (1994), percebendo esse movimento, publica um artigo na Revista Saúde em Debate, anunciando que uma tarefa necessária era solucionar os problemas construídos pelas próprias soluções, ou seja, dever-se-ia encontrar soluções para os problemas criados a partir das soluções.

Formular proposições, experimentá-las, analisá-las e modificá-las, neste sentido, é um movimento necessário, logo imprescindível. Como dizia Marx (1978), o que se repete, que não muda, é tão-somente o plano da produção. Tudo está sempre em movimento, em transformação. Experimentar o mundo a partir dessa premissa é trabalhar com a certeza de que a certeza não existe, senão como provisoriedade. Compreender as propostas de mudança da saúde no Brasil é avaliar suas próprias mudanças.

O segundo elemento que vai atuar no desdobramento de propostas diferenciadas para a reorganização do SUS é o próprio *movimento de reformulação da saúde pública*, movimento esse que não é novo e que assumiu expressão mundial a partir da realização do encontro de Alma-Ata realizado em 1978, na antiga URSS. A reformulação da saúde pública, embora tenha sido um tema de grande freqüência no debate no campo da saúde coletiva na última década, encontra-se, contudo, ainda em fase embrionária, e as críticas à “saúde pública normal” têm sido tomadas como referência genérica para a recomposição do próprio campo da saúde coletiva e, por consequência, das reformas dos sistemas de saúde.

Os trabalhos de André-Pierre Contandriopoulos, de 1995/1996, de Antônio Ivo de Carvalho, de 1996, e a publicação de Edmundo Granda, de 2000, são referências importantes para essa discussão. Esses três autores (um canadense, um brasileiro e um

equatoriano) realizam críticas à saúde como um todo e à saúde pública em particular, buscando revelar as origens epistemológicas, políticas e culturais de um certo fracasso da saúde na resolução dos problemas de saúde da maioria da população. Apontam, nesse sentido, elementos para a recomposição do campo da saúde coletiva, que deveria incorporar mudanças teóricas e práticas e, assim, se adequar melhor às necessidades sociais de saúde.

Edmundo Granda, em artigo apresentado no XI Congreso de la Asociación Internacional de Políticas de Salud y VIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social, realizados em Cuba em julho de 2000, discute a saúde coletiva a partir do contexto de hegemonização das ideologias do mercado e do liberalismo. A partir da constatação de que o neoliberalismo e a globalização têm impactado negativamente sobre a equidade em saúde, propõe uma agenda política em defesa da saúde, que passa pela produção de novas respostas pela saúde pública. Mas não vamos nos deter sobre este aspecto, senão naqueles em que ele aponta limites e desafios postos, neste contexto, para a saúde coletiva.

Segundo ele, as bases teóricas que sustentam a saúde coletiva, construídas durante o século XX, não têm a fortaleza para suportar o embate com o globalismo¹⁴, pois se sustentam em uma tríade que tem, por pressuposto filosófico-teórico, a doença e a morte como ponto de partida para a compreensão da vida; por método, o positivismo, que tende a transformar indivíduos e coletivos em objetos; e por locus preferencial da ação, o exercício do poder do Estado, transformando o sanitarista quase que tão-somente em um “agente do Estado”, em um mero interventor dotado de uma razão técnico-normativa.

A saúde pública estruturada sob estas bases, segundo Granda, tem se mostrado pouco capaz de produzir saúde, haja vista sua restrição ao enfoque sobre as doenças, sua tendência a excluir os sujeitos e a privilegiar sua ação por meio de um Estado debilitado e sem grande poder de definir e defender as políticas sociais no campo da saúde coletiva. Fundamentado nesta leitura, o autor propõe transformar os modos de ver, interpretar e atuar no campo da saúde.

¹⁴ Segundo Granda, globalismo se refere à forma como o neoliberalismo reduz a pluridimensionalidade da globalização a uma só dimensão: a econômica, minimizando a complexidade das dimensões cultural, social, ecológica etc., transformadas em empresas. Para maiores detalhes, consultar as páginas 86 e 87 do referido artigo.

Neste sentido, aponta como necessário superar a percepção de que indivíduos e coletivos se constituem tão-somente em objetos sobre os quais se desenvolvem ações e se aplicam técnicas, passando assim a serem vistos como sujeitos que produzem sua saúde no seu viver diário. Incorporar à ciência a riqueza da vida em seu sentido de autocriação - *autopoiese* - e incorporar novos elementos para uma melhor compreensão do complexo mundo da vida, faria com que se obtivesse

...una mayor imbricación de la salud con la propia vida poblacional, pero al mismo tiempo nos vemos en la necesidad de desarrollar nuevos instrumentos filosóficos, teóricos, metodológicos y técnicos para llevar a cabo la tarea de interpretación y traducción de las necesidades poblacionales en acciones desarrolladas por la propia población pero enriquecidas con los insumos de la ciencia y la técnica, en acciones a defensa de la salud y por la protección de la vida de la naturaleza, de la sociedad y de sus instituciones (idem, 97).

Ter por pressuposto teórico a saúde e a vida, adotando-se para tanto um método capaz de integrar as diversas metáforas e variadas hermenêuticas (da vida, da ciência...), e integrar diversos atores e poderes, que em disputa construíssem novas dialogicidades e projetos, se constituem, para ele, em elementos centrais para a constituição de uma nova base da saúde.

Em general este nuevo trípode rescata los aspectos positivos alcanzados por la salud pública, critica su especial enamoramiento con la enfermedad y la muerte y su proyección interventora técnico normativa para establecer un énfasis notorio en dos aspectos: el poder de la vida (...), y lo ético en la política con miras a generar conocimientos y acciones de defensa de la salud, la vida e la democracia, bajo e convencimiento que lo ético viabiliza al ser humano... (idem, ibidem).

Em resumo, a saúde pública, para superar sua crise e contribuir para com a produção de equidade, deveria ampliar seus pressupostos teóricos, tomar indivíduos e coletivos como sujeitos, e ser capaz de incorporar a riqueza do conhecimento complexo produzido na vida. Ou seja, abandonar a pretensão de verdade da ciência positiva e suas

prescrições objetivantes e, ao mesmo tempo, submeter-se à multiplicidade de interesses dos diversos atores e poderes.

Antônio Ivo de Carvalho, em texto publicado na Revista *Ciência & Saúde Coletiva*, em 1996, intitulado “Da saúde pública às políticas saudáveis – saúde e cidadania na pós-modernidade”, destaca, assim como Edmundo Granda, que há um evidente descompasso entre a política terapêutica atual e o quadro sanitário que ela deveria enfrentar, afirmando que

... parece cada vez mais existir uma impotência diante dos novos agravos e uma dificuldade em instrumentalizar políticas de intervenção adequadas, seja de produção de situações de risco, seja na lógica da distribuição de seus efeitos sobre os indivíduos e coletividades (idem: 110).

É dessa impotência que urge a necessidade de se construir uma nova racionalidade sanitária. Para a saúde pública, o desafio não se reduziria a se promover uma atualização de conhecimentos/técnicas, mas é o de produzir uma “empreitada intelectual” para ultrapassar os limites da “saúde pública normal”, tanto no sentido de se buscar elucidar as relações e interconexões entre o natural e social, como para ultrapassar prescrições normativas, o que se faria possível por meio da incorporação de abordagens interdisciplinares no conteúdo e intersetoriais na ação.

A perspectiva de mudança, segundo o autor, passa pela superação de uma série de dicotomias no campo da saúde, entre as quais o subjetivo/objetivo e o coletivo/individual. O objetivismo da saúde pública normal, que transformou sujeitos em objetos, deve dar lugar a “uma primazia conceitual e metodológica à subjetividade que, entretanto, não poderá se restringir nem àquela dos sujeitos engessados numa lógica coletiva estruturalmente definida, nem àquela de sujeitos que se constituem com a eliminação da objetividade” (idem, 112).

A relação entre o objetivo e o subjetivo poderia se dar por meio da construção de um “campo de interação” em três territórios: social (compromisso com universalidade com equidade), do cultural (interação entre a ciência e a experiência humana) e do natural

(o homem em sua dimensão biológica). Não se trata, assim, de optar por um ou outro pólo, mas por compreendê-los como contraditórios e complementares, ou seja, em relação antinômica.

Da mesma forma, seria fundamental avançar na relação indivíduo/coletivo, clássica no campo da saúde, da qual resultou a vinculação arbitrária do coletivo à saúde pública e esta ao Estado, e a do indivíduo à clínica, por sua vez exercida no espaço privado. Por outro lado, essa dicotomização permitiu que fosse possível pensar-se na realização de uma saúde pública sem indivíduos e de uma clínica com sujeitos apartados do social.

As discussões a respeito das relações entre indivíduo e coletivo, objetividade e subjetividade, estão no cerne dos debates atuais, e algumas tendências podem ser observadas. Em uma perspectiva mais reducionista, pode-se verificar uma tendência à individualização dos efeitos de riscos, que ganha fôlego particularmente pela perspectiva da identificação genética de fatores determinantes e desencadeantes de processos mórbidos. A essa tendência aglutina-se a restrição dada ao conceito de subjetivação, que passa a ser confundido com o de indivíduo. Assim, os esforços para a produção de saúde poderiam ser resumir a uma ação no indivíduo, portador tanto de um padrão genótipo único, como de uma unidade/totalidade subjetiva.

Todavia, uma outra perspectiva, mais ampla do que aquela, também pode ser verificada. Não se descartariam, em absoluto, as descobertas do campo científico, particularmente as ligadas à genética; contudo, não se reduz o homem a uma miscelânea de células organizadas biologicamente, remetendo-o à diversidade e à complexidade do social e do subjetivo. Da mesma forma, não se reduz o processo de subjetivação a uma individualização, visto que cada um é, ao mesmo tempo, único, mas um único que se constrói na multiplicidade de processos de agenciamentos e uma multiplicidade de componentes tanto de ordem extra-individual como infrapessoal (GUATTARI e ROLNIK, 2000).

À nova saúde pública, portanto, caberia a incorporação da dimensão subjetiva ampliada, da mesma forma que seria necessário ultrapassar-se a idéia de que nela não cabe o sujeito, seus desejos, vontades e necessidades. Por outro lado, essa incorporação não

deveria ocorrer com a eliminação de outros pólos antinômicos. Assim, o indivíduo não se reduz a uma dimensão subjetiva, mas se completa na complexidade do plano biológico/natural e social. A saúde pública não é o lugar da negação do sujeito; contudo, esse sujeito só é isolável a partir de uma dimensão social que o produz e determina (MARX, 1978: 104).

André Pierre Contandriopoulos (1995-96), por sua vez, vai refletir sobre a crise dos sistemas de saúde, que, segundo ele, têm produzido serviços e práticas inaceitáveis aos padrões éticos, científicos e tecnológicos atuais, o que lhe faz propor uma Utopia para a saúde pública.

A crise da saúde, segundo este autor, deriva da conjugação de vários aspectos, entre as quais os econômicos, os da própria medicina ocidental e os de regulação. Os dois primeiros têm sido abundantemente explorados pela literatura da área e se referem, respectivamente, à relação inversamente proporcional entre gastos/investimento e benefícios/resultados e aos limites de um padrão de ciência e de intervenção que tem por base quase que exclusivamente o modelo biomédico, que implica uma restrição ontológica ao biológico e uma vinculação ao mercado privado. O terceiro aspecto, regulação do sistema, embora não seja propriamente uma novidade, trata de uma questão interessante, que é a correlação de forças entre atores sociais.

Contandriopoulos afirma que há uma hipertrofia na regulação do sistema de saúde pela lógica profissional. A contestação da medicina científica faz com que a lógica profissional passe a ser, também, posta em questão como elemento na construção dos rumos dos sistemas de saúde. Outras racionalidades, advindas de interesses da população, governos e prestadores, são também incapazes, isoladamente, de regular o sistema de saúde, visto que, sempre, refletem visões parciais da doença, de suas causas e de seus tratamentos.

Mas como então seria possível regular os sistemas de saúde? O autor imagina, antes de tudo, que se deva assegurar aos cidadãos um lugar de centralidade no sistema de saúde, o que poderia ocorrer por meio de assembleias locais de saúde e criação de mecanismos democráticos de gestão. A partir disso, o sistema passaria a ter uma

regulamentação local, respeitando, contudo, as exigências e definições legais, de responsabilidade do poder central. É nesse espaço de gestão descentralizada que se poderia contemplar a produção de serviços e práticas de saúde mais identificados com os interesses do conjunto dos atores, que, mediados por espaços e processos democráticos, ao mesmo tempo em que imprimem às negociações suas necessidades, incorporariam, em coeficientes determinados pela correlação de forças, parcela dos interesses dos outros atores. Não estivesse o autor falando do Canadá, poderíamos dizer que suas propostas não diferem em absoluto dos princípios e diretrizes do SUS e da forma como se imagina, aqui, construir um novo sistema de saúde.

A utopia proposta pelo autor, portanto, longe de desconhecer contradições, propõe a sua incorporação e seu tensionamento. O cerne dessa utopia, contudo, passa por mudanças de mentalidade no que concerne à saúde e seus determinantes, “que contribuirá então (...) para fixar a imagem de um sistema de tratamento coerente com a nova concepção da saúde e dos determinantes” (idem, 59).

A utopia pode ser vista como método que permite conceber os equilíbrios dinâmicos entre o interesse coletivo e os interesses individuais, o local e o central, os diferentes atores do sistema de tratamento, a equidade e a eficácia, as liberdades profissionais e o controle dos organismos pagadores, a medicina ambulatorial e a medicina hospitalar, o sanitário e o social, etc. (CONTANDRIOPOULOS, 1996: 60).

O cenário visualizado por ele inclui, portanto, a incorporação de contradições e paradoxos, que devem ser geridos por meio de um sistema descentralizado, no qual os cidadãos possuem um papel importante e os profissionais gozam de grande autonomia, autonomia essa, contudo, advinda de um profissionalismo reformado.

Considerando as leituras e “recomendações” realizadas por esses três autores, que tendências elas marcam para a saúde pública e que relações podem ser feitas entre isso e a diversidade de propostas de mudanças para os serviços e práticas de saúde no Brasil?

Em primeiro lugar, é forçoso reconhecer que eles identificam uma crise no campo da saúde pública em geral, que se depara com dificuldades de ordem teórica e metodológica para dar conta dos desafios postos tanto pelo neoliberalismo e pela

globalização, quanto pela emergência de referenciais pós-modernos. Dessa forma, se impõe a necessidade de produzir mudanças, as quais, os três autores concordam, deveriam superar dicotomias, ampliar o escopo teórico e o campo de ação e incorporar contradições, conflitos e paradoxos de todas as ordens. Concordam também que esse processo de mudança deve ter por base a democracia, a partir do que seria possível a incorporação da multiplicidade de interesses, vontades e necessidades.

O debate no plano dos determinantes macro-estruturais do campo da saúde (de saúde coletiva) é de fundamental importância, sem o qual não seria possível formular estratégias práticas de intervir nele. Contudo, é fundamental também que se possa formular e intervir nos espaços da micro-política, nos modos de fazer saúde e nas formas de governar os serviços. E mesmo considerando que estas questões se colocam como derivados de um plano mais macro, possuem campo próprio de autonomia, de ação e de experimentação.

O debate posto por Granda, Carvalho e Contandriopoulos, nesta medida, trata do debate da saúde pública a partir do plano dos objetivos e diretrizes, ou seja, do *o quê*, do *para quê* e do *a partir de quê*. Há, entretanto, que se incluir a dimensão *como fazer*, ou seja, a partir de que estratégias, mecanismos e operações essas mudanças podem ser efetuadas. Neste espaço de discussão é necessário avançar-se, pois persistem ainda vazios teóricos e propositivos, que devem ser superados para que as transformações se façam possível de realizar.

Em relação aos textos acima analisados poderíamos alegar que o não tratamento da viabilidade/plausibilidade/exeqüibilidade das propostas apresentadas se deve ao fato de que os autores não tinham essa pretensão, não tratavam especificamente dessa dimensão. Isto pode ser considerado para o texto de Edmundo Granda, que realmente não se propõe a discutir, senão no plano mais teórico, mudanças para o campo da saúde coletiva. Mas os textos de Antônio Ivo e de André Pierre são diferentes, senão vejamos: o texto de Antônio Ivo “discute alternativas para o futuro da saúde pública”; o de André Pierre afirma que “a sinergia das crises é tal que uma reforma profunda se impõe cada vez mais claramente”. Mesmo assim, nenhum deles trata de trabalhar (ou mesmo aponta) formas concretas de intervenção.

Essa dificuldade de indicação e de análise de alternativas frente ao complexo quadro de crise da saúde pública não é exclusiva desses autores, e pode ser também percebida em boa parte da literatura da área. Isso se deve, a meu ver, à ação de dois elementos. Em primeiro lugar, há um certo descaso e descrédito, particularmente do meio acadêmico, com experiências práticas, ou seja, com os desdobramentos teóricos e metodológicos decorrentes da implementação das formulações em realidades concretas.

Esse distanciamento entre prática e teoria traz conseqüências imediatas para o campo da saúde coletiva. De um lado, perde-se a riqueza proporcionada pelas experiências locais, que, contudo, se não tratadas criticamente, tendem a se perder no jogo de suas próprias contradições não refletidas. De outro lado, a complexidade e o alto grau de contradições presentes no sistema de saúde brasileiro, em particular, impõem a necessidade de se formular estratégias de intervenção que promovam concomitantemente ações direcionadas tanto para a qualificação dos serviços e práticas de saúde, como para a promoção e melhoria da vida de indivíduos e coletividades. Assim, o desafio posto impõe pensar estratégias de intervenção a partir de uma perspectiva de totalidade, considerando sistemas e serviços de saúde como uma unidade sistêmica.

Isto posto, é de se imaginar que apenas a indicação dos mecanismos e estratégias de intervenção (a exemplo de Contandriopoulos, quando fala de desenvolvimento de mecanismos democráticos de gestão), com a designação genérica de arranjos, dispositivos e instrumentos de trabalho para o enfrentamento dos problemas e contradições dos sistemas e serviços de saúde, não tem sido suficiente, apesar de trazerem contribuições importantes, para a implementação de mudanças que o contexto de crise tem exigido.

O uso indiscriminado de métodos, técnicas e ferramentas, ainda por vezes descolados de suas matrizes teóricas, tem por risco provocar um “efeito anestésico” sobre as práticas de saúde, pois pode induzir que a simples presença de conceitos e métodos ou a utilização de técnicas e ferramentas seriam suficientes para a resolução de um universo complexo de problemas. A superação dos modos hegemônicos de produção de serviços de saúde implica, em certa medida, a transposição de estratégias genéricas, a partir das quais se imagina possível a mediação automática entre as definições macro-estruturais do sistema

e as práticas sanitárias. Independentemente do processo de construção dos modos de produção e serviços de saúde, estratégias como a Medicina Comunitária, a Atenção Primária à Saúde, ou mesmo a Promoção da Saúde, por si só, não são capazes de produzir a reversão deste modo de produção.

Com isso, não se está querendo condenar estas orientações ao lugar comum da inoperância ou do efeito inercial; ao contrário, se quer chamar atenção ao fato de que elas não carregam a (oni)potência que por vezes lhes é atribuída, e de que não são mecanismos imediatamente auto-aplicáveis, necessitando, portanto, de tratamento metodológico que a priori não está dado.

Além disso, é de fundamental importância, tanto na perspectiva de se aumentar a eficácia das estratégias metodológicas e operacionais postas em prática, como para a produção de conhecimentos a partir de experiências concretas, que as mesmas sejam acompanhadas e avaliadas sistematicamente, buscando-se compreender a influência que exercem sobre os contextos, a ação política dos sujeitos e os limites, enquanto suas capacidades de produzir mudanças.

No Brasil, há pelo menos 20 anos, se têm discutido temas como o trabalho em equipe, a integração interdisciplinar, a democratização da gestão, a produção de planejamentos ascendentes e participativos, sem contudo, receberem, desde o campo da saúde, um tratamento teórico mais rigoroso e crítico, o que pode levar a um processo de enfraquecimento da eficácia dos instrumentos de trabalho e das estratégias políticas de intervenção na área da saúde. Por outro lado, dispor-se a esse debate implica acatar como pressuposto que as soluções propostas são também carregadas de problemas e que as concepções teóricas que as fundamentam disputam com outras matrizes a hegemonia discursiva de um certo terreno disciplinar.

O entendimento dessa condição de pluralidade possibilita a construção de novas formas e caminhos para resolver os problemas que se encontram nas próprias soluções, o que passa, necessariamente, pela ampliação dos espaços públicos de debate e pela recomposição do quadro de alianças entre os sujeitos do campo sanitário, potencializando, dessa forma, a construção de novos projetos e possibilidades de trabalho, avançando para além do campo das disputas.

Pode-se afirmar, dessa forma, que o campo propositivo da saúde coletiva brasileira encontra-se plenamente aberto, em construção. De um lado, operam forças que indicam a necessidade de se recompor o próprio campo, indicando, mesmo que ainda com uma certa precariedade, questões teóricas, metodológicas e operacionais, para se inscreverem no cotidiano dos serviços de saúde as transformações e reformas necessárias. De outro, as proposições que ousam passar pelo teste de realidade têm sofrido fortes influências dos contextos empíricos em que se inscrevem, incorporando, também, transformações nas propostas que visam a transformações.

Contudo, pode-se perceber, pelo até aqui exposto, que o sentido e direção que estas proposições têm tomado passam, necessariamente, por uma profunda transformação teórico-metodológica, tanto no que se refere à questão do sujeito/subjetividade, da democracia (institucional, das relações...), como pela (re)conceitualização do processo saúde-doença-atenção. O SUS, e seu desenvolvimento em contextos locais, tem se constituído no espaço-tempo privilegiado para essa experimentação da mudança.

2.5- UMA BREVE HISTORIOGRAFIA SOBRE AS PROPOSTAS DE MUDANÇAS PARA A SAÚDE BRASILEIRA

Disse há pouco que na produção científica brasileira no campo da saúde coletiva ocorreu, primeiro, um certo privilegiamento de estudos sobre a crise no setor saúde e, só posteriormente, um interesse maior na construção de alternativas para essa crise. Afirmei, ainda, que a construção de modelos teóricos e de métodos se apresenta com uma tendência no processo de consolidação do SUS.

Sobre esta questão é importante perceber, a partir do contexto de implementação do SUS, quais têm sido as tendências das propostas de mudança para a saúde. Pode-se dizer, ainda que provisoriamente, que é possível localizarem-se três grandes movimentos, que configuram três grandes tendências nas formulações de propostas de mudança para a saúde, as quais identificamos como “Mudanças nas regras do jogo”; “A experimentação do SUS nos municípios”; e “A transformação do SUS passa pela construção de produção novos modos de atenção-gestão e de novos processos de subjetivação”.

A partir de agora analisarei detidamente estes dois primeiros aspectos, uma vez que o tema da produção de novos processos de gestão e de subjetivação será discutido centralmente no próximo capítulo.

No tópico “Mudanças nas regras do jogo”, apresento o cenário e o contexto que permitiram a introdução de mudanças no plano macro-estrutural da área da saúde. No seguinte, “A experimentação do SUS nos municípios”, discuto a agenda construída no campo da saúde a partir do desenvolvimento institucional do SUS a partir da visão do espaço local. Além disso, localizo e analiso um conjunto de entraves e desafios que têm dificultado a implementação do SUS, tomando por referências suas diretrizes e princípios.

2.5.1- Mudanças nas regras do jogo

A partir do último quartel da década de 80, as discussões no campo da saúde tomaram particular interesse pela caracterização da crise do setor e a construção de alternativas a ela. Estas propostas, em geral de caráter reformista, assumiram diferentes contornos quanto a seu sentido, conteúdo e amplitude, redefinindo a agenda, os projetos e as práticas dos sujeitos que atuavam no campo da saúde.

O conjunto dessas propostas pode ser agrupado em três modalidades, que constituem três conjunturas de reformulação do setor. Um primeiro sentido e significado para as “propostas de mudança” pode ser visualizado já na década de 70 e praticamente durante todos os anos 80. Entre aqueles que compunham o movimento por mudanças na saúde, mais tarde denominado de Movimento pela Reforma Sanitária, o debate se estabelecia, inicialmente, em torno da necessidade de se produzirem mudanças na estrutura do sistema de saúde, notadamente no que se refere à composição dos serviços - tanto quanto à sua natureza, como à sua conformação tecnológica -, no financiamento, no controle público e na adequação das práticas às necessidades sociais.

Tratava-se, igualmente, de redefinirem-se os marcos conceituais e princípios doutrinários orientadores do sistema de saúde. É posto em discussão, a partir de então, a noção restrita de assistência; a concepção minimalista de política social pública; de cidadania restrita; da dicotomização entre promoção/prevenção e cura/reabilitação, entre outros.

A partir disso, são construídas noções/definições que passariam a ofertar um novo significado às políticas públicas de saúde em geral, e às práticas de saúde em particular. Consolida-se o conceito de Seguridade Social, de cidadania ampliada, de atenção integral à saúde, de direito a ter direitos, etc. Ganha atenção especial a noção de sistema de saúde, que passa a ser, na perspectiva de uma imagem-objeto, adjetivado na expressão do Único; sua operacionalização baseada nos princípios da hierarquização, regionalização e descentralização e sua efetivação e adequação às necessidades sociais mediante o exercício do controle social.

A perspectiva da atuação política no campo da saúde se definia, dessa maneira, como um processo de refundação: refundar as bases doutrinárias do sistema, seus princípios e diretrizes, sua estrutura, sua composição tecnológica, seus serviços e a orientação de suas práticas.

Diante disto, se fazia necessário efetuar um processo de desmanche das estruturas normativa e operacional montadas já há algumas décadas, removendo o entulho jurídico-legal (MENDES, 1993) que sustentava e fundamentava o modo de produção de serviços de saúde denominado médico-liberal-privatista (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1989), e mais tarde caracterizado como neoliberal (CAMPOS, 1992).

A aglutinação de interesses entre os sujeitos que atuavam no campo sanitário ocorria por meio dessa “macro agenda” de ação política e de intervenção no plano das estruturas. Mudar significava, substantivamente, alterar as regras do jogo, movimento esse que estava em profunda coerência com a perspectiva política nacional vigente, que buscava construir novas contratualidades entre Estado e sociedade a partir de um processo institucional¹⁵ de distensão nas normas vigentes.

Trata-se, na perspectiva oferecida por Bobbio (1984), da constituição e consolidação de uma “democracia formal”, na medida em que se aposta e se espera, enquanto resultante da ação política nessa conjuntura, exatamente a constituição de meios, as formas ou regras de comportamento, capazes de alicerçar e estabelecer as condições para o agir em sociedade.

¹⁵ Eleutério Rodrigues Neto (1997), no artigo “A via do parlamento”, realiza interessante estudo e análise do processo de reformulação do sistema de saúde brasileiro por meio da ação política no âmbito do legislativo.

A agenda política e a ação do Movimento da Reforma Sanitária derivam dessa perspectiva legal-reformista, sendo ela mesma emblemática da opção pela via institucional como um caminho possível para a redemocratização do país naquela conjuntura.

A constituição legal do Sistema Único de Saúde, a partir da definição dos princípios e diretrizes constitucionais, da aprovação das leis infra-constitucionais, até o estabelecimento das normas operacionais do SUS, leis e normas (estas pertencentes já à década de 90), vai introduzir transformações importantes no sentido e no entendimento do que seja mudança em saúde, inaugurando uma segunda fase no processo de mudanças na saúde do Brasil.

2.5.2- A experimentação dos SUS nos municípios

O jogo da macropolítica não foi exatamente o único movimento da área da saúde nesse momento. Foi, contudo, aquele que ocupou preferencialmente a agenda do Movimento Reformista. Desde o início dos anos 80 se experimentava nos municípios a reformulação das práticas de saúde, sobretudo na rede básica. É exatamente esse movimento por dentro dos municípios que passa a ser verificado com mais força, a partir dos anos seguintes à promulgação da Constituição Federal.

Esse voltar-se para as práticas de saúde nos municípios fica mais forte a partir de 1982, com a entrada em vigor do Programa das Ações Integradas de Saúde. Esse programa foi fundamental, como alicerce jurídico-legal, financeiro, de experimentação e de capacitação técnica, para a viabilização da 8ª Conferência Nacional de Saúde e, portanto, do próprio SUS, e emergiu de um contexto político-institucional paradoxal. De um lado, das pressões políticas de certos setores da tecnoburocracia do Ministério da Saúde, que buscavam alterar a direcionalidade da política de saúde¹⁶ e, de outro lado, do contexto da crise estrutural da Previdência Social, que no início da década de 80 toma dimensões gigantescas.

¹⁶ Esse jogo de forças opostas dentro do Ministério da Saúde pode ser mais bem visualizado em dois momentos distintos: a realização da VII Conferência Nacional de Saúde, que tinha por tema central a discussão sobre rede básica e a formulação, em 1980, do documento Prev-Saúde, que, segundo Oliveira e Teixeira (1986), impõe uma crise ideológica dentro do MPAS.

Não se tratando mais de operar um conjunto de transformações no plano macroestrutural, senão sustentá-las e mantê-las - o que aliás torna-se tarefa importante, tendo em vista a eleição sucessiva de executivos federais afinados com teses neoliberais -, a tarefa seguinte consistia em fazer com que o sistema passasse a funcionar enquanto um conjunto articulado de serviços e práticas de saúde, no sentido de que as bases doutrinárias já asseguradas no plano jurídico-formal se traduzissem concretamente em produção de saúde.

Os campos temáticos nos quais passam a se inserir agora as perspectivas de mudança dizem respeito às definições propositivas sobre modelo de atenção e de gestão à saúde, sendo este último em menor intensidade. Trata-se, portanto, da produção de mudanças nas formas de governar os serviços, na condução das práticas e na organização de processos de trabalho, na perspectiva de se alterar os meios e as formas para se produzir saúde.

O sentido que assumem as propostas de mudanças para a saúde no Brasil, mais molecular na perspectiva de Guattari (2000), fez com que as alianças plurais e diversificadas, construídas para as transformações molares do sistema, assumissem novos contornos, e os conflitos políticos que antes se estabeleciam entre o movimento reformista e forças que a ele se opunham (produtores privados de serviços, tecnoburocracia inampiana), passam, agora, a fazer parte do cotidiano do já rarefeito movimento pela reforma sanitária.

Uma primeira consequência dessa transformação foi a gradativa desagregação do movimento suprapartidário e plural constituído em torno da reforma sanitária. Se é possível, de um lado, dizer-se que houve uma certa diluição no movimento reformista, é possível, de outro, afirmar-se que essa atenuação se deu na perspectiva de uma transformação na sua composição, sentido e direção, fazendo com que o movimento tomasse novos contornos.

As origens, constituição e trajetória do Movimento pela Reforma Sanitária já foram alvo de trabalhos de vários autores (GERSCHMAN, 1995; ESCOREL, 1998, entre outros), e a maioria deles tendem a fazer coro quanto a seus ideais, sua ação política e os

seus efeitos na reformulação das políticas de saúde do Brasil. Entre estes aspectos, a opção política pela atuação predominantemente institucional tem sido, também, amplamente comentada pela literatura especializada. Um aspecto, contudo, que deve ser acentuado nesse debate é quanto às perspectivas futuras criadas ao movimento quando sua agenda e ação são estabelecidas prioritariamente a partir do contexto conjuntural.

A ação política do Movimento constituída e engendrada intimamente ao contexto conjuntural das reformas constitucionais implicou, necessariamente, condicionar suas possibilidades e potencialidades às especificidades desse momento histórico. As transformações introduzidas no cenário político-sanitário, mesmo que partindo em certa medida dos ideais do movimento reformista, colocaram em cheque a necessidade de sua continuação, haja vista que sua tarefa primária, que estabelecia e justificava sua razão de ser, foi em grande medida realizada.

Como afirma Canesqui (1995: 29), “uma vez que somente a conjuntura situa o universo da produção do conhecimento, corre-se o risco de paralisá-lo nos momentos em que se esgotem as possibilidades estratégicas da prática política”.

Fazia-se necessário, então, rearticular o movimento, que em minha opinião, a partir do último terço dos anos 80, se estabeleceu em duas perspectivas: a) revitalização a ação institucional, inaugurada pela ação da Comissão Nacional pela Reforma Sanitária (CNRS), e, mais tarde, nas definições das Leis Orgânicas (nacional e municipais) e Constituições Estaduais; e b) reconstrução das bases de apoio social e político, tendo em vista o deslocamento da ação político-institucional para a esfera dos municípios, portanto de caráter mais micro-localizado.

É nessa perspectiva que afirmo que o movimento pela Reforma Sanitária não foi esvaziado, mas transformado, o que implicou uma certa perda de visibilidade no plano macro, de um lado, e, de outro, na indistinção entre sua ação político-institucional e o movimento da sociedade civil organizada. As articulações entre amplos segmentos sociais, da intelectualidade e de trabalhadores da saúde, necessárias para se fazer pressão política durante a Assembléia Nacional Constituinte e no processo de elaboração das leis infra-constitucionais, toma agora uma nova especificidade: experimentar a existência do SUS nos

municípios, mais especificamente em cada um dos serviços públicos de saúde. Ou seja, experimentar a unidade doutrinária do sistema na heterogeneidade e diversidade das realidades municipais. Essa heterogeneidade é, inclusive, uma característica importante do sistema de saúde brasileiro, pois

... as diretrizes ético-políticas do SUS, transcritas no texto constitucional, tomaram distintas feições ao se transformarem em projetos operativos de sistema locais específicos. É possível identificar-se certo padrão dominante de modelo tecno-assistencial implantado na maioria dos municípios. Contudo, mesmo sendo hegemônico, este padrão não é único. Há importante heterogeneidade nos modos como essas diretrizes do SUS vieram passando à prática. Alguns municípios avançaram mais e promoveram mais mudanças do que outros. E, mesmo nestes avanços houve desigualdades (CAMPOS, 1997b: 116).

É em decorrência dessa imersão nos serviços de saúde que aparecem, no cenário sanitário, novos atores sociais, especificamente os Secretários Municipais de Saúde, que a partir de 1988 passam a se agregar em torno do CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), e os Conselhos Municipais de Saúde, que passam também a produzir suas articulações políticas em âmbito regional e nacional¹⁷. E qual a tarefa empreitada por esses novos atores? Buscar construir mecanismos políticos e institucionais para tensionar a implementação do SUS, que diante da conjuntura política de **minimização da ação social do Estado**, posta em prática desde o primeiro ano da década de 90, sofre gradativos ataques, que em muitas situações quase que o inviabilizam¹⁸.

A mudança de êthos de atuação, que no primeiro momento se localizava na esfera da política macro e que visava alterar as regras da política, desloca-se então para instâncias institucionais, onde as práticas de gestão e de atenção são desenvolvidas, ou seja, municípios, instâncias de gestão (secretarias, conselhos...) e serviços de saúde.

¹⁷ Em maio de 1995 foi realizado o I Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde, o que sugere uma **tendência de constituição de “uma rede de intercâmbio de práticas e crenças, onde o interesse público em saúde passa a balizar a discussão das demandas específicas, sendo tematizado em ambientes onde as exigências locais combinam-se com as referências nacionais”** (CARVALHO, 1997: 109).

¹⁸ Cabe lembrar aqui que o principal documento orientador da ação política nessa época chama-se “O desafio de cumprir-se a lei...”, assinado pelos Secretários Municipais da Saúde e tomado como norte para a proposição da NOB/SUS-01 de 1993.

Esse deslocamento produziu mudanças significativas na agenda e nos desafios do campo sanitário, e o debate direcionou-se para a exeqüibilidade das propostas do movimento sanitário e a capacidade de produção de respostas tecnológicas - no sentido ampliado conferido por Ricardo Bruno (1994), aos desafios da eqüidade e da democratização dos serviços e práticas de saúde.

Os desafios agora têm o apelo das realidades cotidianas dos serviços de saúde: como fazer com que os serviços de saúde funcionem? Como garantir acesso universal? Como rearticular as práticas no sentido da integralidade das ações? Como aumentar a resolutividade dos serviços e, ao mesmo tempo, qualificar as práticas sanitárias? Como aumentar a adesão dos profissionais da saúde? Como alterar as demandas em saúde? Qual a melhor composição tecnológica? Como articular ação programada com atendimento de demanda espontânea? Como superar os entraves burocráticos dos serviços públicos?

A experimentação da municipalização da saúde fez com que essas interrogações aparecessem cada vez mais nas discussões setoriais, passando mesmo a se constituírem a tônica maior já a partir dos primeiros anos da década de 90. Não por acaso que neste momento se dá a emergência de um conjunto de proposições orientadoras para o reordenamento das práticas de saúde, manifestas enquanto projetos de ação, constituindo-se o próprio reordenamento do SUS como um campo de disputa entre vários autores/escolas¹⁹.

Contudo, nesse momento, a resolução das questões postas por esses questionamentos, do ponto de vista empírico, ou seja, na efetividade dos serviços, implicaram primeiramente a adequação das organizações e práticas de saúde às normatizações vigentes, dificultando a emergência de inovações para a reconstrução de processos de trabalho e de gestão dos serviços. Esta especificidade caracteriza fundamentalmente esse segundo momento das propostas de mudanças para a área da saúde no Brasil.

¹⁹ Os projetos para a reorganização dos serviços de saúde se vinculam, a grande maioria, a discussões no campo do planejamento, a partir da incorporação da versão estratégico-situacional. Assim, temos a Ações Programáticas, o Planejamento Comunicativo, a Vigilância da Saúde, o Projeto em Defesa da Vida, entre outros. Cada qual, a partir de sua fundamentação teórica, apresenta-se como modelo tecno-assistencial que visa a reordenar as práticas de saúde com vistas a implementar o SUS. Para maiores detalhes consultar, entre outros, Silva Júnior, 1998.

Quando afirmo que nesse momento ocorreu uma expansão das experiências de implementação do SUS em todo território nacional (basta observar-se o *boom* da municipalização a partir de 1993²⁰, algumas delas inclusive sob uma nova ótica de gestão), mas com dificuldades de produzir inovações nos processos de trabalho e de gestão, refiro-me simultaneamente a questões de ordem teórico-metodológica e sobre o conteúdo e direção das propostas apresentadas e, particularmente, implementadas.

É possível afirmar, grosso modo, que esse momento é de transição de uma pauta que problematizava, primeiramente, questões macro, para, num último momento, começar a tratar de questões pertinentes à organização de serviços e práticas. Enquanto naquele primeiro instante as discussões diziam respeito a aspectos externos e gerais, visando à produção de condicionalidades para a efetivação de práticas de saúde (eleição de princípios e diretrizes e sua tradução em regras e normas), o último é direto, não oblíquo: é sobre o fazer e produzir saúde nos serviços e práticas de saúde.

Este presente momento (o segundo movimento que identifico no sentido e direção das mudanças em saúde) é de transição e trata-se, a bem da verdade, da construção de alternativas concretas à organização das práticas, mas ainda não se verificam transformações radicais sobre a concepção de trabalho e de gestão em saúde. Trata-se de efetivar o controle social por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde, de institucionalizar mecanismos de gestão (planejamento, orçamentação, programação, controle e avaliação, etc), de normatizar instâncias constitutivas do sistema, como os fundos de saúde e as comissões intergestoras, ou seja, de fazer com que toda a processualística instituída para efetivação do SUS²¹ tome corpo e se efetive na prática. Longe se está ainda de transformar as práticas e os modos de governar os serviços de saúde.

Uma evidência empírica dessa situação é que, em que pese os grandes esforços de se traduzir a municipalização da saúde aos ditames do SUS, permanece, depois de quase dez anos do início de sua experimentação, um conjunto amplo de questões e de problemas

²⁰ Tomo por referência essa data tendo em vista a edição, nesse ano, da Norma Operacional Básica do SUS que estratifica em três modalidades as formas possíveis de gestão do SUS municipal, inaugurando efetivamente a municipalização da saúde no Brasil.

²¹ Processualística essa, inicialmente posta pela Constituição Federal e Leis Orgânicas da Saúde. Mais tarde serão introduzidas exigências normativas decorrentes da própria racionalidade e cultura institucional do sistema de saúde brasileiro.

que ainda constituem a realidade cotidiana dos serviços e que preenchem espaços importantes na mídia. Permanecem as dificuldades de acesso (cuja expressão concreta são as filas na rede básica e da grande produção médica dos prontos-socorros), de resolutividade, de descompromisso, alienação e de insatisfação dos trabalhadores da saúde, a centralidade da ação médico-hospitalar, entre outros. Ou, como diz Merhy (1997: 125), continuamos a conviver “com uma profunda crise de falta de eficácia e efetividade dos serviços de saúde, públicos e privados”.

Uma pergunta a ser feita é por que, mesmo se considerando os avanços do SUS, não se conseguiu até então transformar o modo de ser do sistema de saúde. Em outras palavras, por que as soluções foram incapazes de debelar os problemas dos serviços e práticas de saúde? A resposta a essa complexa questão deve lançar mão de elementos analíticos que extrapolam o setor saúde, a exemplo da conflitualidade entre a proposição universalista do sistema de saúde brasileiro e o contexto nacional e mundial de políticas neoliberais. Contudo, nesse momento, queremos trazer para a discussão questões internas ao sistema, serviços e práticas de saúde.

As dificuldades para se produzir uma “revolução das coisas e uma reforma das pessoas”, utilizando-me de uma expressão cunhada por Campos (1994), se devem, a meu ver, a pelo menos quatro motivos principais: 1) normatização do sistema de saúde em um contexto de desconcentração de ações e responsabilidades; 2) a não superação de uma visão taylorizada nos processos de trabalho e de gestão em saúde; 3) a não superação da medicina flexneriana/biomédica/de mercado; e 4) a disputa entre modelos residuais e modelos universalistas de políticas sociais no contexto do neoliberalismo.

2.5.2.1- Fatores que dificultam no SUS a revolução das coisas e a reforma das pessoas

a) A normatização do sistema de saúde em um contexto de desconcentração de ações e responsabilidades

A tensão entre descentralização e centralização é tão antiga quanto a existência de política de saúde no Brasil, mas assume um caráter mais dramático nos governos militares, que tomaram por regra a centralização das decisões políticas e econômicas no

seio da tecnoburocracia. No campo da saúde, ainda sob a chancela da Previdência Social, a sociedade civil foi afastada da gestão do sistema e dos serviços, a partir do que foi possível consolidar um sistema e um modo de produção de serviços e práticas de saúde muito mais comprometidos com os interesses de produtores nacionais de serviços e internacionais de insumos do que com as necessidades de saúde da população.

Diante disso, a bandeira da descentralização foi ganhando força e legitimidade a tal ponto de se tornar um dos principais elementos do projeto reformista. Descentralizar se impunha como mecanismo para aplacar o processo decisório centralizado na tecnoburocracia; ou seja, por meio da recomposição do exercício da cidadania, vislumbrou-se a possibilidade da recondução do sistema de saúde às necessidades de saúde da maioria da população. Contudo, o processo de descentralização na saúde brasileira, em que pese esse desejo de retomar à sociedade civil o processo decisório, tem sido, como foi a transição da ditadura para a democracia, um processo lento e gradual.

Esse processo lento e gradual colocou, inclusive, em questão o próprio conceito de descentralização, reafirmando-se que

...não se pode perder de vista que municipalização não é só transferência legal e material, para os municípios, de serviços de saúde até então executadas pela União e pelos Estados, mas a diretriz para sempre se manterem próximos do fato e do público a capacidade de oferecer solução aos problemas, o poder de decidir e os meios indispensáveis para efetivar a decisão (CARVALHO e SANTOS, 1995: 289).

Nessa perspectiva vale a pena ressaltar que, desde a primeira regulamentação da Lei 8.080, por meio da NOB/INAMPS-01/91²², as instâncias estadual e municipal foram obrigadas a se adequar a um conjunto de regras e normas, muitas delas de caráter apenas regulador, que em última instância desconsiderava a autonomia política e administrativa, particularmente a dos municípios.

²² Essa Norma Operacional ratifica e consolida um modo de relação entre Ministério da Saúde e prestadores de serviços de saúde até então vigente. Cada um dos serviços conveniados ou contratados, públicos ou privados, é um prestador de serviços que recebe recursos mediante a comprovação, dentro de tetos previamente estabelecidos, dos atendimentos prestados. Neste sentido, se apresenta como um mecanismo de contra-reforma, de re-centralização. Essa situação virá a ser modificada nas NOBs seguintes.

O controle sobre os recursos em instâncias federais se constituiu um mecanismo importante, pelo menos até meados dos anos 90, de barganha e clientelismo, que se tornaram praxe através das relações convencionais e por meio dos contratos entre prestadores e governos. No período da ditadura e nos governos Sarney (1985-1990) e Collor (1990-1992), para a obtenção de recursos se fazia necessário percorrer uma verdadeira “via sacra”, da qual participavam gestores locais, instâncias partidárias locais e regionais, tecnoburocracias, etc. São deste contexto, por exemplo, os vetos do governo de Fernando Collor aos artigos que regulamentavam o controle social e a transferência intragovernamentais de recursos financeiros, que obrigaram à edição de uma segunda Lei Orgânica da Saúde, a Lei 8.142, de dezembro de 1990.

Callai et al. (1997)²³ pesquisaram a autonomia municipal, a partir do estudo de três gestões semi-plenas no Rio Grande do Sul. A partir do conceito de descentralização, as autoras analisam as disposições jurídico-legais do SUS e a Norma Operacional Básica 01/93 e tomaram o depoimento de gestores locais, regionais, representantes de departamentos da Secretaria Estadual de Saúde e Meio Ambiente/RS, e concluíram que a autonomia

... configura-se, para os municípios, um espaço virtual (...), que poderia ser exercido com respaldo constitucional mas que, na realidade, é limitado por um governo federal que excede suas atribuições e por um governo estadual que, sem compreender sua nova função, se coloca como guardião das normas federais e como normatizador de ações de saúde a serem desenvolvidas localmente (idem: 82).

Diante disso, as tarefas dos municípios dividiam-se entre, de um lado, a constituição de capacidade técnica e política para processar e se adequar às normas e ao efetivo exercício de seu papel de gestor local; e, de outro lado, de dar conta de sua intransferível responsabilidade pela atenção à saúde de seus munícipes.

²³ Este trabalho resulta de Monografia de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde Pública do Departamento de Ciências da Saúde da UNIJUÍ.

Com a edição das demais normas, particularmente a NOB 01/96 e a NOAS²⁴ 2001 e 2002, já sob a chancela do SUS, esta situação não se alterou muito. Se, por um lado, permitiu avanços na implementação do SUS, por outro, ao mesmo tempo, engessou o sistema mediante o estabelecimento de uma excessiva normatividade, burocratizando-o²⁵. Assim, ao mesmo tempo em que os gestores locais se viam pressionados por demandas de atenção (especialmente por assistência médica) em geral superiores às suas capacidades de oferta, encontravam-se enredados em uma complexa teia de resoluções e normas que lhe exigiam novas capacidades cognitivas e respostas em tempo hábil, sob o risco de serem excluídos da partilha de recursos.

Além disso, o que é ainda mais grave, boa parte dessas exigências de caráter normativo, particularmente no que se refere ao cumprimento e de exigências legais e o estabelecimento de fluxo de informações para o nível central, impôs a necessidade de se instituir mecanismos e instâncias específicas de geração de informações, que, na maioria das vezes, produziam “efeito zero” para os sistemas locais de saúde, pois se encontram efetivamente “descolados das instâncias responsáveis pelo planejamento e gestão das equipes encarregadas da intervenção concreta na realidade” (CAMPOS, 1997b: 121).

Essa relação, ainda umbilical, entre Ministério da Saúde e gestores locais, por meio das exigências normativas daquele sobre estes, revela, na verdade, um quadro de revés à concepção de descentralização – tal como estabelecida na Lei Orgânica da Saúde -, a partir do que se constituiu uma política de desconcentração de ações e transferência de competências e responsabilidades. A exigência de um fluxo sistemático de informações com pequeno valor de uso para as instituições locais e a não descentralização financeira, impostos como condicionalidades para o repasse de recursos, é uma manifestação concreta da discordância de segmentos da tecnoburocracia do Ministério da Saúde, arraigados ainda

²⁴ Norma Operacional da Atenção à Saúde.

²⁵ A expressão “furor normativo” tem sido utilizada por técnicos do Ministério da Saúde da gestão do Ministro Humberto Costa, para descrever o processo de burocratização do executivo federal, que na gestão anterior editava em média oito (08) portarias por dia útil do mês.

à cultura administrativa do INAMPS, à descentralização, que, em outras palavras, significa a transferência de capacidades de decisão a outras instâncias de gestão²⁶.

Desde o Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a questão da descentralização político-administrativa e financeira já se fazia presente como uma reivindicação dos estados e municípios e do movimento reformista. A própria Lei 8.080 de setembro de 1990, em seu Artigo 35, estabelece critérios para repasses de recursos, inclusive de forma automática, os quais, contudo, até hoje não estão devidamente regulamentados²⁷. Essa impossibilidade de gestão autônoma de recursos produz uma segunda complicação aos gestores locais: buscar adequar suas proposições e ações ao estabelecido pelas normas – que, aliás, vem sendo alteradas constantemente – para o recebimento de recursos, particularmente de custeio.

Esse movimento de pressão quase unilateral de um novo instituído ainda instituinte, usando dois conceitos da análise institucional (LOURAU, 1996), pode ser visto como um processo de autonomização de instâncias centrais de gestão do SUS. A autonomização no nível central a que me refiro toma o sentido de uma ação instituinte, derivada do instituído, que impõe sua lógica como o modo de ser e de experimentar as relações institucionais, naquilo que Castoriadis (apud, KAËS, 1991), denominou como “o instituído que suplanta e reduz a função instituinte da instituição”. Contudo, essa ação instituída instituinte (por si só contraditória, pois é um instituído em processo de institucionalização) sofre a ação instituinte dos que sofrem o instituído, colocando o sistema em movimento, portanto, em um cenário de indefinições.

²⁶ Além da cultura inampsiiana ainda presente no Ministério da Saúde, outras razões se incorporam a essa política dissimulada de descentralização. Talvez a principal seja de caráter político, pois as transferências regulares de recursos para municípios e estados dificultam a execução de estratégias de “levantar caixa” para fazer frente aos encargos da União. No decorrer do governo Fernando Henrique foi comum a utilização de recursos das pastas sociais para a constituição de fundos que, em última instância, foram utilizados para honrar compromissos com dívidas do Estado. Exemplo disso são os Fundos de Estabilização Social e, mais recentemente (julho de 2001), o enxugamento do orçamento face à crise da Argentina (sendo que desta vez a área da saúde foi “poupada”). O próprio fluxo dos recursos financeiros do SUS é ainda de competência do Ministério da Fazenda, que desembolsa recursos de acordo com fluxos de caixa, dificultando ainda mais o quadro já delicado das contas do Ministério da Saúde. A aprovação da PEC 29, embora não interfira na gestão financeira, poderá impedir um refluxo no volume de recursos destinados à saúde.

²⁷ Embora existam transferências intragovernamentais automáticas, a exemplo do Piso de atenção Básica – PAB, ainda está em vigência um amplo conjunto de formas de repasses de recursos entre Ministério de Saúde, municípios e estados.

Essa exigência de normatização pode parecer, em uma primeira avaliação, um requisito fundamental para fazer funcionar um sistema de saúde heterogêneo e complexo como o brasileiro. Contudo, ela tem sido impeditiva de uma ação mais efetiva dos municípios na formulação de políticas, pois a vigência de normatizações de caráter estritamente dedutivo (no sentido do macro para o micro), impede tanto a utilização da criatividade das experiências locais em benefício do sistema, como a adequação/plasticidade de proposições do nível central às especificidades e diversidades dos contextos locais. Assim, essa mentalidade centralizadora impede (porque não acredita) que experiências bem sucedidas no espaço local possam ser aproveitadas em benefício do próprio sistema, que permanece refém de uma suposta capacidade superior²⁸ de suas tecnoburocracias.

A concentração da função normatizadora do Estado em níveis de gestão centralizados está de consonância, também, com os predicados da reforma do Estado, estabelecida pelos organismos internacionais de “cooperação” internacional. A agenda neoliberal define, entre outros, um gradativo e importante recuo das ações executivas e econômicas do Estado, que deve favorecer a emigração dessas atividades para o mercado ou para outras esferas federativas. As estratégias para execução dessa política, prescritas na agenda neoliberal, são a privatização e a descentralização executiva (SOARES, 2000; RIZZOTTO, 2000).

No campo da saúde no Brasil, essa posição assume expressão com a obra de Eugênio Vilaça Mendes, publicada em 1996, intitulada “Uma nova agenda para a saúde”. Nela se verifica uma profunda crítica ao Estado, que pode ser expressa em um aforismo utilizado pelo próprio autor: “Navegar é preciso, remar não é preciso” (idem, 101). Quando

²⁸ Existe um descontentamento de gestores locais quanto às exigências de informações requeridas pelos níveis mais centrais. A elaboração dessas informações (dados de março de 2003 indicam a existência de mais de 270 sistemas de informação no SUS) consome grande tempo e esforços de equipes locais, que devem assim destinar recursos para constituir instâncias específicas de captação e emissão de dados e informações. O mais grave, contudo, é que esse conjunto de informações, além de ter pouca qualidade, tem pouquíssima utilidade prática para os próprios serviços. Na Secretaria Municipal de Campinas, se calcula que se gasta em torno de 20% do tempo das equipes para preencher documentos, além daqueles requeridos pela própria atenção à saúde (prontuários, laudos, encaminhamentos...). Esse dado foi revelado pelo próprio Secretário Municipal no dia 17 de agosto de 2001, na sessão de defesa de doutoramento de Marcos Drumond, no DMPS/Unicamp.

se diz que remar não é preciso, se afirma que não é tarefa substantiva do Estado executar, senão regular. Com diz o autor,

... a preocupação em aliviar o Estado da provisão direta dos serviços é justamente para fortalecê-lo na sua capacidade de regulação. Tampouco se postula a permanência de um Estado grande, frágil, lento e centralizado. Ao contrário, ele haverá de ser, para garantir uma saúde republicana, um estado menor, mais forte, ágil e descentralizado, capaz de exercitar sua função substantiva de regulação do sistema (idem, 102).

O termo “substantivo” utilizado pelo autor na citação acima se inscreve em uma perspectiva de *laissez-faire*, na medida em que é substantivo para o Estado intervir nas chamadas “falhas do mercado”, cabendo-lhe de resto estabelecer regras. Assim, estaria minimizada sua ação executiva e hipertrofiadas, suas prerrogativas regulatórias. A introdução desse raciocínio para dentro do SUS tem resultado em um engessamento normativo do sistema, pois, se compete ao Estado quase que exclusivamente uma ação prescritiva, cabe a ele, sobretudo, a definição dos parâmetros regulatórios, particularmente sobre os recursos financeiros. Esse expediente, como já dissemos, tem sido utilizado sistemática e intensamente na gestão do SUS, desrespeitando a autonomia dos demais entes federativos e comprometendo a eficácia da gestão no nível micro.

Concluindo sobre este primeiro aspecto, mudanças tímidas das práticas de atenção e de gestão em saúde têm sido determinadas, também, por essa intromissão normativa desmedida do gestor federal sobre os demais, que, ao invés de induzir comportamentos por meio da indicação de normativas genéricas, extrapola sua “prerrogativa legislativa”, engessando o sistema em seu todo.

Este contexto, a meu ver, está muito mais para desconcentração do que para descentralização, o que tem se acrescentado como um elemento a mais às dificuldades de transformação de serviços e práticas de saúde.

b) Predomínio de uma visão taylorizada no trabalho e na gestão em saúde

A obediência estrita só pode ser obtida à custa da vitalidade das pessoas, que são então transformadas em robôs indiferentes e apáticos (CAPRA, 2002: 124).

A não superação de concepções taylorizadas nos processos de trabalho e gestão institucional é outro aspecto importante, na explicação das dificuldades para a produção de mudanças na saúde brasileira. Esse tema foi explorado por Campos (1998 e 2000), que identificou na hegemonia da racionalidade gerencial hegemônica, de matriz taylorista, uma das causas das dificuldades que as proposições de mudança e muitas das experiências em serviços e práticas de saúde têm encontrado.

E quais seriam os eixos da forma taylorista de conceber as organizações, em nosso caso, serviços e práticas de saúde? As linhas mestras da organização do trabalho na visão de Taylor são por demais conhecidas e podem ser expostas em quatro eixos: separação entre formulação e execução (cuja consequência é a alienação do trabalhador); especialização do trabalho (que leva a sua fragmentação e a consequente perda de sentido do trabalho para o trabalhador); remuneração por produtividade (controlando tempos e movimentos, intensificando o trabalho) e disciplina e controle (cujo método é a coerção).

Taylor não só criou um sistema de administração assentado sobre a abismal diferença de poder entre dirigentes e executores, como também tratou de diferenciar as possibilidades de desenvolvimento pessoal entre estas camadas. Em outras palavras, o método de governo e a estrutura organizacional taylorista procuraram ‘produzir’ distintas subjetividades conforme se trate de trabalhadores ou dirigentes. Dos primeiros espera-se a ordem, habilidade e obediência. Dos segundos, iniciativa, audácia, criatividade e domínio da arte de comandar. O taylorismo tomou esta distinção como natural e inevitável (CAMPOS, 2000: 26).

A recomposição do trabalho, especialmente fabril, no período de hegemonia do fordismo/taylorismo²⁹, implicou uma série de mudanças tanto na produção propriamente dita, como na sociabilidade do trabalhador. Mas o que nos interessa nesse instante é perceber alguns de seus efeitos nas instituições, no trabalho e na produção de subjetividade do trabalhador.

²⁹ Esta questão será mais bem discutida na seção 4.1.

Para Gastão W.S. Campos,

A racionalidade gerencial hegemônica produz sistemas de direção que se alicerçam no *aprisionamento da vontade* e na *expropriação das possibilidades de governar da maioria*. Estes sistemas, mais do que comprar a força de trabalho, exigem que os trabalhadores *renunciem a desejos e interesses*, substituindo-os por objetivos, normas e objetos de trabalhos (estranhos) a eles (idem, *ibidem*, 23). Grifos não estão no original.

Mas por que se fez necessário constituir uma organização do trabalho nas sociedades modernas baseada no controle da autonomia, da vontade, do desejo e dos interesses dos trabalhadores, ou seja, por que se produziu um modo de organização do trabalho baseado na submissão e na renúncia? Antunes (2000), afirma que

Os seres sociais tornaram-se mediados entre si e combinados dentro de uma totalidade social estruturada, mediante um sistema de produção e intercâmbio estabelecido. Um sistema de mediações de *segunda ordem* sobredeterminou suas mediações primárias básicas, suas mediações de *primeira ordem* (idem, 19). Grifos no original.

O sistema de mediação de primeira ordem ou primária está ligado às necessidades de reprodução individual e societal e é determinado por elas; ou seja, a produção de qualquer bem é determinada por sua utilidade, ou, usando um conceito marxista, por seu valor de uso³⁰. O homem, ser pertencente à natureza, mas não exclusivamente regulado por comportamentos instintivos, para realizar suas necessidades, *necessita produzir intercâmbios com mediações com a natureza*. Ou seja, a satisfação de necessidades humanas, diferentemente de outros animais, é sempre oblíqua (indireta), fazendo-se necessárias, portanto, mediações. O trabalho, nesse sentido, é uma instância de *mediação entre o homem e a natureza*.

Nesta perspectiva, o trabalho é dotado de sentido para quem o realiza, pois é executado como uma forma de transformar a natureza e assim satisfazer suas necessidades. Contudo, ao mesmo tempo em que o homem transforma a natureza, transforma a si mesmo,

³⁰ Para Marx (1978: 135), “o valor de uso só tem valor para o uso, e se efetiva apenas no processo de consumo.”

o que poderia ser denominado como um processo de antropomorfização do trabalho e humanização pelo trabalho.

Todo trabalho, nessa medida, produz em correspondência às características do seu processo determinadas formas de sociabilidade, ou seja, o trabalho é um dos elementos do processo de constituição de sujeitos, que em conexão com outros fatores, determina formas distintas de ser e experimentar o mundo. Se a experimentação do trabalho é um dos elementos de constituição do sujeito, portanto um fator importante de subjetivação, as características e os modos de ser desse trabalho se apresentam como matéria-prima e vetor constitutivo de uma certa cartografia do sujeito (GUATTARI, 2000: 31).

Em outras palavras, o trabalho é um componente extrapessoal substantivo de construção do sujeito, apresentando-se como um importante agente de subjetivação do homem, o que implica dizer que determinados processos de sociabilização vividos no trabalho podem se instituir como traços constitutivos do sujeito. O trabalho, utilizando-me novamente de Guattari, engendra subjetivações propiciando tanto “... uma relação de alienação e opressão, na qual o indivíduo se submete à subjetividade tal como a recebe, [como] uma relação de expressão e de criação, na qual o indivíduo se reapropria dos componentes da subjetivação...” (idem, *ibidem*), produzindo o que o autor chama de “processo de subjetivação”, ou de emancipação.

Ricardo Antunes afirma que o trabalho

... como a linguagem e a sociabilidade, [é] uma categoria que se opera no interior do ser: a mesmo tempo em que transforma a relação metabólica entre homem e natureza e, num patamar superior, entre os próprios seres sociais, autotransforma o próprio homem e a sua *natureza humana*” (ANTUNES, 2000: 146).

Dessa forma, na vigência de um sistema de mediação de primeira ordem, quando o trabalho é pleno de sentido para a vida das pessoas, ele se apresenta como um elemento importante de singularização do sujeito (assim como entende Guattari), que ainda desprovido de um processo de trabalho mais complexo e sistematizado, necessita utilizar-se mais da criatividade e da experimentação para resolver seus problemas e saciar suas

necessidades, implicando contínuos processos de aprendizagem. Na vigência de processos de trabalho heteronomamente organizados e controlados, essa característica se transforma profundamente, dando lugar à emergência de subjetivação mais modelada e serializada, com tendência a uma homogeneização universalizante³¹.

O sistema de mediação de segunda ordem é decorrente do advento do sistema de capital, ordem que introduz “elementos fetichizados e alienantes de controle social metabólico” (ANTUNES, 2000: 20). Diferentemente do sistema de mediação primário, o de segunda ordem exige o “estabelecimento de hierarquias estruturais de dominação e subordinação”, por que vai operar a partir da produção de uma “*disjunção radical*” entre a produção para as necessidades sociais e a auto-reprodução do capital (idem, 27), ou seja, desloca a produção de bens das necessidades humanas para as necessidades de reprodução do capital.

Mas qual o sentido desse deslocamento? Segundo Ricardo Antunes, a partir da leitura obra de István Mészáros³², a permanência da produção de bens “apenas” sob as exigências de necessidades humanas, que são limitadas, impõe obstáculo à expansão reprodutiva do capital, que tem assim tutelada sua finalidade essencial, que é expandir constantemente o valor de troca. Assim, “... para converter a produção do capital em propósito da humanidade era preciso separar valor de uso e valor de troca, subordinando o primeiro ao segundo” (ANTUNES, 2000: 21).

A produção sob a lógica do capital está orientada, fundamentalmente, para a sua expansão e acumulação, sendo estas suas razões fundantes. O rápido crescimento do capital na modernidade foi possível pela sofisticação dos processos de produção, pela produção em massa, mas também pela “*tendência descrente do valor de uso das mercadorias*” (idem, 26), ou seja, a partir da redução da vida útil das mercadorias, que passam então a ser descartadas precocemente, apesar de sua utilidade não estar esgotada, acelerando assim o ciclo produção-consumo, agilizando o ciclo produtivo como um todo.

³¹ Regina Benevides Barros (1994), questionando-se sobre “como se fabrica um sujeito”, afirma que nesse pleito concorrem tanto “processos de homogeneização universalizante”, como “processos de composição heterogêneos”. Assim, processos de subjetivação são frutos do engendramento desses pólos antinomiais, conferindo grande complexidade ao sujeito.

³² A obra em causa é “*Beyond capital towards a theory of transition*”, publicada em Londres pela Merlin Press, em 1995.

Marx (1978), quando escreveu a “Introdução à crítica da economia política”, explicitando a dinâmica dialética entre produção, distribuição, consumo e troca, já afirmava que

... a produção é, pois, imediatamente consumo; o consumo é, imediatamente, produção. Cada qual é imediatamente seu contrário. Mas, ao mesmo tempo, opera-se um movimento mediador entre ambos... (...). Sem produção não há consumo, mas sem consumo tampouco há produção. O consumo produz de uma dupla maneira a produção:

1º porque o produto não se torna produto efetivo senão no consumo (...).

2º porque *o consumo cria a necessidade de uma nova produção* (idem, 109). (Os grifos não estão no original).

Mais adiante continua ele, “Sem necessidade não há produção. Mas o consumo reproduz a necessidade”. Talvez a economia ultraliberal de hoje, como adjetiva Viviane Forrester (2001), se constitua no exemplo mais fiel dessa premissa marxiana. É possível, todavia, que Marx não tenha imaginado que a produção fosse tão grandemente agilizada e com tal grau de sofisticação das formas e meios de produção, a partir do descarte precoce de mercadorias praticamente sem uso³³.

As conseqüências imediatas dessa forma de produção, tanto para o fator trabalho, como para a própria sociedade e a natureza são nefastas. Em relação ao trabalho, a partir do capital

... erige-se uma estrutura de mando vertical, que instaurou uma divisão hierárquica do trabalho capaz de viabilizar o novo sistema de metabolismo social voltado para a necessidade da contínua, sistemática e crescente ampliação de valores de troca, no qual o trabalho deve subsumir-se realmente ao capital, conforme indicação de Marx no Capítulo VI (Inédito) (ANTUNES, 2000: 21).

³³ Diz Ricardo Antunes (2000) que a lógica da produção destrutiva converteu o modo de produção em “um inimigo da durabilidade dos produtos”.

O trabalho vinculado às exigências do capital tende a perder seu sentido, e o fato de os indivíduos se submeterem a ele é tão-somente em razão de que dele provêm as formas de subsistência, pois a maioria dos indivíduos não detém os meios de produção; portanto, nessa nova lógica de produção estão incapazes de produzir sua própria renda direta. Assim, o trabalho acontece, de um lado, por uma necessidade de reprodução social do trabalhador, que se submete a certas condições heteronomamente estabelecidas. De outro lado, dado que esse trabalho não interessa à maioria dos indivíduos, que portanto resistem a ele, a gestão empresarial introduz um conjunto de medidas e de mecanismos com o objetivo de capturar esse trabalhador para realizar, com eficácia e eficiência, um trabalho muitas vezes sem sentido.

O trabalho descolado tanto do valor de uso imediato, como de sentido para quem o executa deve, necessariamente, ser controlado, e é nesse sentido que o taylorismo e seus congêneres modernos³⁴ construíram seu próprio valor de uso: são essencialmente úteis para impor o trabalho sem sentido ao conjunto dos trabalhadores.

Assim, em todo o século 20, se construiu uma visão negativa do trabalho (sem prazer e sem sentido), mas não do trabalho em si, senão do trabalho assalariado, fetichizado. “Marx disse que se pudesse, o trabalhador fugiria do trabalho como se foge da peste” (ANTUNES, 2000: 199).

Esta concepção de trabalho “... parcelar e fragmentado, [baseado] na decomposição das tarefas, [na redução da] ação operária a um conjunto repetitivo de tarefas, cuja somatória resultava no trabalho coletivo”, é denominado por Antunes (idem, 37) como um processo de *desantropomorfização do trabalho*, ou seja, o trabalho perde suas vinculações diretas com a reprodução da vida, tomando o sentido da reprodução da mais-valia.

Por outro lado, introduziu-se uma

... separação nítida entre elaboração e execução. Para o capital tratava-se de apropriar-se do *savoir-faire do trabalho*, ‘suprimindo’ a dimensão intelectual do trabalho operário, que era transferida para as esferas da gerência científica. A atividade de trabalho reduzia-se a uma ação mecânica e repetitiva” (idem, *ibidem*).

³⁴ Ricardo Antunes (2000) apresenta no Capítulo IV uma interessante discussão sobre a reestruturação produtiva e a experiência do toyotismo.

Dessa forma, agregaram-se à parábola bíblica “com o suor do teu trabalho tirarás o sustento da terra” ingredientes tão trágicos quanto estes: a alienação e o estranhamento no trabalho. Assim, além de penoso, possivelmente pouco prazeroso, o trabalho necessário se impôs como negação de seu próprio sentido, afastando da maioria dos homens a perspectiva de realização, de construção de felicidade por meio dele. Esta condição nega o sentido verdadeiramente humano do trabalho e é ela que deve ser combatida.

Esta concepção negativa de trabalho não se mostra deletéria apenas para os trabalhadores, mas também para a sociedade e a natureza como um todo. A produção descolada das necessidades humanas diretas, sustentada por um consumo cada vez mais intenso, que se justifica muitas vezes exclusivamente no próprio ato de consumo, e cada vez mais utilizando menos o potencial do produto – pela tendência à redução do valor de uso das mercadorias –, impõe uma série de efeitos adjacentes, como a “degradação crescente do meio ambiente, na realização metabólica entre homem e tecnologia e natureza, conduzida pela lógica societal subordinada aos parâmetros do capital e do sistema produtor de mercadorias” (ANTUNES, 2000: 26).

A degradação do meio ambiente neste final/início de século fez com que aparecessem, inclusive, movimentos sociais e políticos³⁵ de combate a essa lógica (e seus efeitos) perversa do capital, por meio de movimentos ecológicos e iniciativas de introdução de medidas de controle da poluição e da degradação ambiental, a exemplo da redução da emissão de poluentes, que, aliás, poucos efeitos práticos têm produzido, dada a lógica essencialmente destrutiva da produção capitalista (idem, 25).

³⁵ Movimentos ecológicos se espalharam pelos quatro cantos do mundo nas últimas décadas do século XX, e em muitos lugares ganharam força e estrutura partidária (os Partidos Verdes da Alemanha e do Brasil, por exemplo). Além de lutas específicas introduzidas por esses organismos (preservação de uma multiplicidade de ecossistemas em todo globo terrestre), um movimento de ordem mais planetária foi também sendo estabelecido, cujo marco foi a realização de um seminário no Brasil (Rio/92), um mega evento internacional de discussão e tomada de decisão a respeito da preservação da natureza e da biodiversidade. Fruto destas iniciativas, organismos como a ONU, por exemplo, têm proposto iniciativas no sentido de fazer com que países ricos assumam compromissos formais, por meio da adesão a protocolos, a medidas específicas de redução de danos ao meio ambiente, como o controle da emissão de poluentes. Mesmo em que pese a toda uma pressão internacional, países ricos, como os EUA, têm imposto restrições a esses protocolos, chegando mesmo a não assiná-los. Exemplo recente disso foi a negativa do governo norte-americano (maior poluidor mundial) de assinar o Protocolo de Quioto, que dispõe sobre a redução da emissão de poluentes atmosféricos pelas indústrias. Na área da saúde, o movimento pela promoção da saúde tem introduzido a idéia das “políticas públicas saudáveis”, que em certa medida busca condicionar as iniciativas político-econômicas à qualidade de vida.

Contudo, a questão que permanece é se as atuais modificações no processo de produção, introduzidas face à crise de rentabilidade do capital, vão ao encontro do combate a essa degradação ambiental e permitem resgatar o sentido do trabalho. A investigação, realizada por Antunes (2000) sobre as transformações nos processos produtivos face à crise estrutural do capital e suas repercussões sobre o processo de trabalho buscou responder, entre outras, exatamente a isso, ou seja, buscou verificar se as transformações introduzidas no trabalho se deram na direção da emancipação dos trabalhadores, na redução do estranhamento/alienação e na reincorporação de sentido no trabalho e da autonomia do trabalhador.

A resposta apresentada pelo autor é negativa, salientando que, além das mudanças se direcionarem no sentido oposto, o que ocorreu foi um processo agudo de reafirmação da concepção e condições negativas de trabalho. Segundo ele, ocorreu intensificação do trabalho e das condições de exploração da força de trabalho, precarização e fragmentação da classe operária, transferência para a própria ação dos trabalhadores das responsabilidades de elaboração do controle de qualidade, aumento da jornada de trabalho, diluição de conquistas históricas dos trabalhadores, entre outras. Ou seja, o movimento de flexibilização da produção não traz em si nenhum compromisso com a libertação do homem.

Gastão Campos concorda com essa posição e acrescenta, por outro lado, que ocorreu uma

... radical reorganização do processo de trabalho: flexibilidade, interdisciplina, criatividade, terceirização, parceria, gestão de conhecimento, entre outras, são as diretrizes da moda. Ainda quando, na realidade, a maioria continue presa a tarefas repetitivas e desconectadas do sentido geral do processo produtivo. Polivalência em lugar de ênfase na especialização, ainda quando, paradoxalmente, essa continue existindo e mesmo se aprofundando. Fusão de atribuições antes fragmentadas (...), com conseqüente ampliação dos encargos de cada operador. Envolvimento de equipes de trabalho com soluções de problemas da produção (aparente ampliação da autonomia dos trabalhadores; aparente, porque restrita a resolver problemas recortados segundo a lógica dominante e não qualquer outra) (CAMPOS, 2000: 22).

Mas na área da saúde, como o taylorismo pode ser observado? Quais as suas conseqüência para o trabalho em saúde? O processo de reorganização do trabalho que se verifica na área da produção, portanto no campo do trabalho concreto, tem produzido impactos na organização laborativa da força de trabalho em saúde, ou seja, quais reflexos trouxe para o trabalho imaterial?

Algumas destas questões foram tratadas por Campos (1997a; 1998; 2000). Segundo ele, o trabalho em saúde³⁶ é, em boa parte, orientado por concepções tayloristas, o que o leva a afirmar que a superação desse paradigma é uma das condições para a transformação dos serviços, práticas e do trabalho em saúde, na perspectiva de reafirmar tanto seu valor de uso para a sociedade, como de dotá-los de sentido para os trabalhadores.

Em relação aos serviços básicos de saúde, em particular, nos interessa identificar e caracterizar os efeitos das concepções tayloristas nos campos da gestão e da organização do trabalho em saúde. Em relação à gestão em geral, Gastão Campos identifica um profundo distanciamento entre as atividades de formulação e planejamento da execução, o que permite, entre outras, a produção de alienação do trabalhador, pois este se vê distanciado da definição de estratégias, diretrizes e objetivos macro-institucionais, cabendo-lhe, tão somente, a execução de atividades heteronomamente constituídas.

Assim, passa a existir uma clivagem entre a formulação e definição do próprio trabalho, em geral estabelecido por meio de planos e projetos, e a sua execução. As mediações entre as instâncias executoras e aquelas de nível mais central ocorre, em geral, por meio de agentes especiais, principalmente supervisores, coordenadores e gerentes, que passam a ter uma dupla responsabilidade e tarefa: condução de decisões macroinstitucionais e do fluxo vertical de informações (tanto no sentido ascendente como descendente), e controle do grupo executor.

No interior das unidades de prestação de serviços de saúde, em geral, a tendência é reproduzir essa lógica de gestão. Há uma “coordenação tipo supervisor”, responsável pela transmissão da lógica institucional no espaço mais micro localizado; a

³⁶ Embora estejamos nos atendo a discussões no campo da saúde, a obra de Campos de 2000 (Um método de co-gestão...) não se dirige exclusivamente para este campo, mas para quaisquer coletivos organizados para a produção de instituições de públicas, privadas ou mistas.

divisão do trabalho é feita a partir de tarefas previamente estabelecidas, às quais os trabalhadores se ajustam; e em geral não existem espaços de concertação das estratégias de trabalho (planejamento, avaliação e gestão, inclusive de conflitos, etc.). Dessa forma, cada trabalhador, a partir de definições técnicas pertencentes a seu núcleo profissional ou da cultura institucional, executa tarefas que, acrescentadas às demais, compõem o rol das atividades realizadas por aquela unidade de serviço de saúde. Como destaca Antunes (2000), o trabalho coletivo ocorre, então, mediante somatória de um conjunto repetitivo de tarefas fragmentadas.

Esta forma de gestão é caudatária e coerente com uma determinada concepção de planejamento. Rosana Onocko Campos (1998) retrata bem como o planejamento na área da saúde foi sendo construído a partir de uma adesão voluntária a uma lógica instrumental, subsumindo, em contrapartida, as contradições que operam no seio das instituições, derivadas das diferenças entre fins institucionais e os das pessoas que nela atuam.

Essa negativa de acolher conceitualmente que as instituições operam a partir de distintas lógicas não permite a percepção, por outro lado, de que elas têm uma dupla finalidade (CAMPOS, 2000), que é a de produzir bens e/ou serviços e, ao mesmo tempo, sujeitos. A negação dessa condição levará, forçosamente, a um modo de ser institucional na qual a lógica da instituição tenderá à negação dos interesses e desejos da maioria dos sujeitos, que assim, antes de tudo, passam a ser vistos como recursos, como meros meios para se atingir os fins da organização.

Rosana O. Campos (1998 e 2001), afirma que esta construção teórica tem levado os planejadores da saúde a ignorar em seus planejamentos a ação dos interesses, vontades e necessidades tanto dos trabalhadores da saúde como dos próprios usuários. Mesmo as escolas que utilizam matrizes teórico-operativas não normativas, e que se identificam com a necessidade de ampliar o valor de uso dos serviços de saúde, acabam por fazer do planejamento um instrumento que se autonomiza diante dos sujeitos.

A razão instrumental, nesta perspectiva, é a que predomina. De um lado, o planejamento e seus planos tendem a se instituir como um fim em si mesmo, deslocando-se de uma atividade meio, para constituir-se um fim, deslocando o próprio sentido da ação de

planejar, que passa a justificar-se pela necessidade de se terem planos que indiquem operações. Refém da racionalidade instrumental, o planejamento encontrará dificuldade de incorporar outras lógicas e de dialogar com outros corpos teóricos, como a análise institucional, a psicanálise, a saúde pública, etc.

É nesse sentido que a autora apresenta e propõe elementos para uma nova construção teórica e metodológica no campo da gestão, a qual denomina de Planejamento Interpretativo (ONOCKO CAMPOS, 2001)³⁷. Sugere que o planejamento passe a ser entendido como um dispositivo de mediação entre as distintas lógicas de atravessam as instituições, sem, contudo, perder suas características operativas, que lhe garantem valor de uso. Por outro lado, diz ela,

... se faz necessário uma ‘recolocação’ do Planejamento, enquadrando-o como dispositivo, capaz de subsidiar a construção de subjetividade, de ‘abrir as possibilidades para a superfície de produção aparecer’ (...), e não aceitar mais a sua tradicional posição de dispositivo de controle, destinado a enquadrar os trabalhadores (ONOCKO CAMPOS, 1998: 106).

Mas por que o planejamento deveria ser transformado em um dispositivo de mediação? Porque existem contradições constitutivas entre os fins das organizações e os desejos das pessoas que fazem parte dela. Modos de gestão e de planejamento arraigados na lógica instrumental partem do pressuposto de que essa contradição tem que ser negada, prestando-se, assim, muito bem para a obtenção de submissão e renúncia da maioria dos trabalhadores, características, aliás, predominantes na concepção taylorizada de trabalho.

As “recomendações” da autora partem da constatação de que as organizações de saúde têm sido pensadas e postas em funcionamento a partir dessa concepção controlista de planejamento, que negligencia a ação instituinte dos sujeitos. Ou seja, conflitos são

³⁷ As denominações normativo e estratégico (situacional) são correntes e bem conhecidas na área do planejamento (para maiores detalhes consultar RIVERA, 1989). A denominação “interpretativo” foi uma sugestão oferecida por Everardo Duarte Nunes, durante banca de defesa de tese de Rosana Onocko (DMPS/UNICAMP, em 10/08/2001), à denominação proposta pela autora de “Planejamento Analítico-Institucional” àquela tendência atual do planejamento, que se propõe a incorporar o subjetivo, a ação por projetos, a epidemiologia nos serviços (DRUMOND, 2001), que prioriza a contratação de tarefa, etc. Essa tendência é vista, por exemplo, no Método da Roda, proposto por Gastão Campos (2000). Para maiores detalhes, consultar Campos, R. O., 2001: 180-182.

temidos e escamoteados e, portanto, não são incorporados aos sistemas de gestão, mesmo porque para tanto haveriam de se adotar métodos para manejá-los. Deste aspecto tratarei mais detidamente no item seguinte.

A gestão na rede básica de saúde, particularmente na última década, tem recebido maiores atenções. Até pelo menos o final da década de 80, ela cumpria uma função secundária no sistema de saúde, face à hipertrofia de serviços de cura-reabilitação (hospitais, serviços especializados, etc...), imposta pelo modelo médico-assistencial-privatista (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1985).

Esse panorama, contudo, foi sendo modificado a partir da implementação do SUS, cuja idéia de sistema de saúde passa a exigir uma rede básica dotada de maior eficiência e eficácia, pois ela detém uma função estratégica no sistema (acolhimento com resolutividade e desenvolvimento de estratégias preventivo-promocionais), que, para funcionar adequadamente, teria que torná-la efetivamente sua principal porta de entrada.

Dessa forma, gradativamente, a rede básica passa a ser um dos focos centrais de discussão sobre a reorganização do sistema de saúde, a tal ponto que o próprio Ministério da Saúde, já no início dos anos 90³⁸, elege esse nível para implementar sua política oficial, o Programa de Saúde da Família – PSF. Em que pese a todas as críticas a esse programa, particularmente a sua excessiva normatização, é necessário destacar que a rede básica passa a ganhar um relevo maior desde então.

Apesar deste lugar de destaque, uma tarefa importante para a rede básica é reconstruir sua forma de gestão e a lógica de organização do seu trabalho. Os próprios documentos do Ministério da Saúde sobre o PSF (1994) explicitam a necessidade de modificar a lógica de funcionamento dos serviços de saúde pública, refêns de uma visão negativa e essencialmente médica da saúde. A cultura e tradição médica têm, ainda, “colonizado” extensivamente os processos de trabalho, determinado, por sua lógica, as

³⁸ A eleição da rede de atenção básica como prioritária e estratégica é antiga. Os ingleses e americanos já haviam percebido isso desde o início do século XX. No Brasil, a utilização de estratégias de desenvolvimento da atenção básica tem ocorrido, sobretudo, em períodos de crise dos modelos médicos, a exemplo do PIASS (Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento), de 1974, e das AIS (Ações Integradas de Saúde), em 1982. As discussões sobre a ampliação da rede básica foram também a tônica da VII Conferência Nacional de Saúde (1980).

práticas dos demais trabalhadores, apresentando-se, pois, como núcleo intelectual do trabalho em saúde, a partir do qual suas formas de organização se estabelecem.

E onde estariam as marcas do trabalho taylorista nesta tradição médica? Algumas características podem ser associadas a esta concepção; por exemplo, a contratação do trabalho médico tem permitido, a exceção do PSF, a transformação da jornada diária de trabalho em uma carga/produtividade diária (consultas, procedimentos, etc), o que favorece, de um lado, a alienação e, de outro, a parcialização do trabalho, resumido na realização individualizada de tarefas isoladas. Processos de trabalho nucleados a partir da lógica médica, por outro lado, tendem a fragmentar objeto de trabalho, no caso da saúde, a doença/doente e o risco de adoecer, deslocando-o de suas unidades de determinação, operando a partir de suas conseqüências (a doença exclusivamente no indivíduo doente). Por fim, quando há uma disjunção entre trabalho e objeto, ocorre em conseqüência uma segunda linha de ruptura, que é entre o trabalho e os objetivos do trabalho, o que leva a um fazer desprovido de sentido. O fazer se desprende dos objetivos substantivos da ação, acarretando alienação.

Fragmentação do trabalho, alienação frente aos objetivos macro-institucionais e do próprio trabalho, ausência de instâncias de concertação, entre outros, se apresentam assim como características importantes do trabalho em saúde, plenamente arraigadas na tradição taylorista. E quais suas conseqüências?

O trabalho em saúde, diferentemente de muitos outros, se estabelece a partir de interação entre sujeitos, que Merhy (1997), a partir de Gilles Deleuze (1992), definiu como “processo de intercessão”, que designa “o espaço de relação que se produz no encontro de sujeitos...” (MERHY, idem: 132). Para a realização do trabalho em saúde é necessário, portanto, que se estabeleça um espaço intercessor, cujo produto se efetiva no encontro entre sujeitos, no trabalho vivo em ato, constituindo-se assim como um lugar de vozes e de escuta.

No trabalho em saúde, todavia, o processo de intercessão tem sido predominantemente do tipo objetual, “preenchidos pela ‘voz’ do trabalhador e pela ‘mudez’ do usuário” (idem, 133), longe daquilo que se imagina adequado, ou seja, uma relação do

tipo partilhada³⁹. Esta relação não é verificada apenas na saúde pública, mas também povoa com uma extensão relativamente grande a atividade clínica, naquilo que Campos (1997c) denominou como “clínica degradada”.

Este adjetivo agregado à clínica quer explicitar um tipo de relação na qual se verifica uma redução tanto da clínica propriamente dita, como do sujeito. Esta redução se deve à sua transformação quase que exclusivamente à queixa-conduta, ou seja, reduzida a uma tecnologia. A redução do sujeito se verifica pela exclusão no processo de atenção das dimensões subjetivas e sociais. Dessa forma, a ação clínica transforma a interação entre profissional e usuário em um processo de intercessão objetual, reduzindo o homem a sua condição biológica e a própria clínica, a uma tecnologia – aliás, de excelentes resultados nos serviços de urgência/emergência, sobretudo em prontos-socorros.

Para o usuário, as conseqüências desse processo são visíveis, a exemplo da simplificação do processo de adoecer, reduzindo sua complexidade à semiologia médica objetivante. Logo, o grande risco é considerarem-se tão-somente as manifestações fenomênicas do processo de adoecer pela impossibilidade de percepção e detecção de sua teia causal, o que leva, de um lado, à medicalização e à iatrogenia (na perspectiva de ILLICH, 1975), e à perda de eficácia, de outro. Para os trabalhadores, talvez as conseqüências, em um primeiro plano, não sejam tão visíveis, pois essa simplificação pode operar como um mecanismo de otimização do trabalho, favorecendo a transformação da carga de trabalho em uma relação de produtividade, o que permitiria ao profissional ter ao mesmo tempo vários postos de trabalho.

Se este pode ser considerado como um ganho secundário, portanto capaz de produzir um deslocamento perceptivo do ônus gerado, a permanência da clínica degradada tende a gerar um conjunto de transtornos ao profissional. Um deles é a insatisfação no trabalho, pois os resultados, ainda que possam aparecer nas avaliações e nas falas dos usuários, são poucos e em geral pouco pesam sobre uma estrutura de morbi-mortalidade. Como revela Campos (2000), esse trabalho não produz verdadeiramente obra, logo se

³⁹ Processo de intercessão objetual e partilhada se distinguem radicalmente. No primeiro, na relação entre produtor e consumidor, a interação que se estabelece não é substantiva para a definição do produto do trabalho, enquanto, no segundo, é nessa relação que a produção se estabelece. Para maiores detalhes, ver Merhy, 1997: 132-3.

agrega à insatisfação, à alienação, ao descompromisso, à desresponsabilização, ou seja, o trabalho toma características desantropomorfizadoras (ANTUNES, 2000), desprovendo-se de sentido.

Trabalho com estas características torna-se lugar da produção de sofrimento, que pode ser deslocado para as relações interpessoais, para os usuários, etc. Assim, não só o trabalho vai perdendo seu sentido, como os serviços tendem a perder valor de uso e, conseqüentemente, legitimidade. A manutenção dessas características no trabalho da saúde se constitui grave entrave para a transformação dos serviços, da mesma forma que dificulta a construção de alianças políticas entre usuários e trabalhadores, fundamental para que ocorram processos de transformação.

É nesse sentido que afirmo que não se superou ainda uma concepção taylorizada de trabalho, a qual tem sido ingrediente importante para que as propostas de mudança em saúde não tenham, ainda, avançado significativamente na recomposição de serviços e práticas.

c) A não superação da medicina flexneriana/biomédica/de mercado

Um outro elemento importante que atua como entrave na transformação das práticas de saúde e dos modos de gestão é a não superação da cultura médica, fortemente arraigada no sistema de saúde brasileiro.

Por cultura estamos entendendo um conjunto de representações imaginárias sociais, através do que se “define e transmite o que é importante, qual a maneira apropriada de pensar e agir (...), o que são condutas e comportamentos aceitáveis, o que é realização pessoal, etc. [Em uma organização, a cultura institucional procura] conseguir a adesão, o consentimento, ou seja, a co-participação de indivíduos e grupos” (FREITAS, 2000: 97/8).

A cultura médica, como padrão de comportamento, forma de pensar e agir, é derivada sobretudo - entre uma enorme multiplicidade de fatores - da concepção de processo saúde-doença-atenção tomada, que no ocidente, a partir principalmente da

hegemonia da biomedicina, foi uma concepção restrita. Por processo saúde-doença-atenção entende-se a coerência que se estabelece entre as formas discursivas construídas para se explicar o processo de produção de saúde e as respostas tecnológicas daí derivadas. Assim, há um plano de coerência entre a explicação da origem das doenças e as formas de atacá-las, e está é uma construção sócio-histórica.

A concepção ontológica⁴⁰ é a que predomina no ocidente e sua argumentação científica provém substantivamente da anátomo-fisiopatologia (LUZ, 1988: 96; CZERESNIA, 1997: 48). As doenças são entendidas como seres independentes e, a partir daí, tomadas como objeto de conhecimento, podendo então ser explicadas em suas origens, em suas manifestações, a partir do que seu manejo no corpo dos indivíduos passará a ser possível, bem como a tomada de medidas preventivas na população. Conhecer as doenças permitiu classificá-las, ordená-las e a produção de uma taxionomia uniformizadora fez possível a abordagem, o diagnóstico e o tratamento relativamente homogêneos, regulares.

A medicina orgânica no século XX transformou-se em biomédica, flexneriana e de mercado. A explicação sobre a origem das doenças pela biologia, que se hegemoniza a partir do final do século XIX, permitiu à medicina uma redução e simplificação nas explicações do processo de adoecer e, conseqüentemente, da prevenção e tratamento. Do ponto de vista teórico, a medicina orgânica tem seus parâmetros explicitados primeiramente nos Postulados de Koch, que ao longo do século incorpora uma série de “enriquecimentos”, até chegar, mais tarde, à Teoria do Risco⁴¹, proposta pela epidemiologia moderna/clássica. Esses modelos explicativos se constituem, também, como tentativa de retirar, tanto da explicação teórica como da intervenção médica, componentes não biológicos, ou seja, o social, o subjetivo, o cultural e o econômico, pertencentes à tradição da medicina social, que passa então a ser relegada. A expressão de Emil Behring (ROSEN, 1979: 78-9) é aqui

⁴⁰ O médico italiano G. Fracastoro (1478-1553) publica em 1546 a obra *Contágion*, na qual sugere que partículas invisíveis (*semminarias*) são as responsáveis pela produção e disseminação das doenças. Contraopondo-se à concepção dinâmica, que segue a tradição hipocrática, estabelece uma visão do processo de adoecimento na qual as doenças tomam status de ser externo que penetra no homem. Sua intuição seria comprovada por Pasteur e Koch, que no último quartel do século XIX descobrem as bactérias, dando início a Era Bacteriana, pilastra na biomedicina contemporânea.

⁴¹ No decorrer do século XX foi constituída uma série de explicações e teorias sobre a produção e origem das doenças, as quais tiveram por base uma miríade teórico-conceitual, desde explicações empírico-místicas até de base genética.

emblemática, pois segundo ele “... de acordo com o procedimento de Robert Koch, o estudo das doenças infecciosas podia ser levado adiante sem a necessidade de um desvio para considerações e reflexões sociais sobre política social”.

Dessa forma, ou pela presença e ação específica de agentes etiológicos específicos, ou pela ação matematicamente mensurada de uma multiplicidade de fatores de risco sobre o indivíduo (em geral naturalizado), a medicina reduz seu olhar inicialmente globalizante do processo saúde-doença para a especificidade da lesão celular, assim como também, do coletivo/social para o indivíduo. Essa redução analítica, interpretativa e operativa não ocorreu apenas na área da clínica, mas em outras disciplinas, como por exemplo, na epidemiologia, que da predominância dos estudos descritivos, portanto ligado a populações e a números absolutos, passa a designar como status de ciência à epidemiologia analítica, principalmente os estudos individuados.

Madel Luz (1988), discutindo os fundamentos da racionalidade médica moderna, sintetiza esse movimento como um “deslocamento epistemológico – e clínico – da medicina moderna, de uma arte de curar indivíduos para uma disciplina das doenças” (idem, 83), e arremata: é “da eliminação da doença no corpo dos indivíduos que nasce a *saúde* na medicina moderna” (idem, 92).

Além desse deslocamento epistemológico será processado um deslocamento do lugar de realização das práticas e da produção de conhecimento. A medicina sob o molde artesanal (DONNANGELO, 1975) tinha por lócus preferencial os lares e consultórios e, mais tarde, as instituições propriamente médicas, como o sanatório, o hospital, etc. Estas instituições, contudo, foram gradativamente se adaptando às novas bases da medicina moderna e ajustando-se ao pensamento médico que começava a se hegemonizar. Foucault (1989) analisa o nascimento do hospital e descreve sua transformação neste contexto. De lugar de exclusão de doentes pobres, passa a se constituir uma organização adaptada aos propósitos terapêuticos, da mesma forma que se transforma no lugar de observação sistemática dos doentes e suas doenças, constituindo-se uma instância privilegiada da produção do conhecimento e da formação médica.

Essas transformações, contudo, não se deram de forma homogênea, o que produziu uma enorme disparidade tanto nos tratamentos, como na formação médica. É a partir desta constatação que se realiza um estudo sobre a formação médica nos EUA e Canadá, cujos resultados foram divulgados por meio do Relatório Flexner de 1910 (MENDES, 1993). Nele se denunciam as condições desfavoráveis da formação médica, ainda presa a uma tradição empírico-mística, na medida em que a maioria das escolas não havia ainda incorporado à formação as modernas concepções advindas do conhecimento biológico e científico.

A este diagnóstico se acrescenta uma pauta de medidas que, grosso modo, percorreram dois caminhos: fiscalização e fechamento de escolas médicas “atrasadas”; e normalização do ensino médico, por meio da incorporação das novas bases científicas, que o acabam por caracterizar como biologicista, mecanicista e tecnicista, com predominância de ensino laboratorial, da prática hospitalar, com estímulo à especialização, e, como estratégia, o atendimento individual, entre outros. É por isso que a medicina organicista passou a ser também chamada de flexneriana, auto-denominada de científica.

A redução explicativa do processo saúde-doença, conjugada a essa fixação no atendimento médico-hospitalar, curativo-reabilitador e individual, permitiu, por outro lado, o espraiamento da medicina como prática de mercado privado. Contudo, não seria correto afirmar-se que a redução explicativa, acoplada àquilo que passou a se denominar de medicina científica, é que determinou uma medicina de mercado. Seria um erro analítico. Talvez seja possível afirmar que essas bases permitiram o desenvolvimento de uma medicina liberal, o que não esgota, nem é suficiente, para uma explicação mais global.

Sistemas, serviços e práticas de saúde são respostas produzidas pela sociedade para o enfrentamento de problemas sanitários e de saúde, expressos como necessidades. Por outro lado, essa explicação genérica também não permite explicar a totalidade (nem a diversidade) das ofertas de atenção à saúde, mas podemos iniciar por ela. Necessidades sociais são produzidas pela sociedade e sua percepção e inscrição enquanto demanda efetiva para o campo da saúde, com vistas a sua expressão em políticas e práticas de atenção, passa, necessariamente, pela disputa de interesses e vontades de uma teia de sujeitos políticos.

Inscriver necessidades nos projetos de saúde passa a ser, então, um produto da ação política dos grupos sociais e é disso, fundamentalmente, que resulta a diversidade de sistemas e práticas de atenção e assistência à saúde. As mediações entre sociedade civil, Estado, trabalhadores da saúde e produtores de serviços e insumos resultam na construção de políticas de saúde, as quais se expressam e tomam concretude por meio de modelos de atenção, moduladores de práticas de atenção. Assim sendo, as políticas e práticas de saúde tomam sempre as feições da ação e eficácia política dos sujeitos sociais em disputa e espelhariam uma determinada correção de forças. Nesse sentido, políticas e práticas, mediadas por modelos de atenção, são processos datados, portanto históricos e, por isso, não podem ser tomados como invariantes.

Entre os elementos oriundos da tradição da medicina flexneriana, quais os que persistem nas proposições de mudança, dificultando a implantação de um processo radical de transformação dos serviços e práticas de saúde?

A medicina biomédica tem sofrido duras críticas desde que se afirmou como modelo hegemônico. A lista de autores e publicações é extensa, tanto de estudiosos da saúde como de outras áreas. Alguns estudos podem ser classificados como clássicos, como o de Fritjof Capra, “O ponto de mutação⁴²”, de 1982, o de Ivan Illich, “A expropriação da medicina”, de 1975, entre outros. Estudos nas áreas das políticas de saúde, sobre a organização de serviços e práticas, do planejamento e da epidemiologia, emergentes a partir da década de 70, particularmente na América Latina, também evidenciaram as limitações do modelo biomédico e sua estreita articulação com interesses de prestadores e produtores privados, o que permitiu a construção de sistemas de saúde que pouco consideravam as necessidades de saúde da maioria da população.

Essa crítica ao modelo biomédico tomou um novo fôlego a partir da emergência do “Movimento pela promoção da saúde”, desde a divulgação do Relatório Lalonde⁴³, de 1974, à realização da “I Conferência Internacional sobre promoção da saúde em países

⁴² O capítulo 5 (Biomedicina) desta obra trata especificamente da área da saúde.

⁴³ Elaborado pelo epidemiólogo canadense Marc Lalonde, então Ministro da Saúde do Canadá. Nesse documento se questiona o impacto dos gastos (considerados excessivos) com a organização dos serviços de saúde, na medida em que as origens dos problemas de saúde estariam, também, ligadas ao meio ambiente e estilos de vida, logo, seria importante constituírem-se atividades intersetoriais. Apresenta, então, quatro estratégias para uma produção de saúde mais adequada: - estabelecer políticas públicas saudáveis; - criar meios favoráveis; - reforçar a ação comunitária; - desenvolver atitudes pessoais; - reorientar os serviços de saúde.

industrializados”, realizada em Ottawa Canadá no ano de 1986. A “Carta de Ottawa”, redigida ao final desse encontro, apresenta um conceito ampliado de saúde, correlacionando-a às condições materiais de vida, à preservação de ecossistemas, à justiça social e equidade, sugerindo reforço à ação comunitária e reorientação dos serviços de saúde.

Todavia, é importante lembrar que, até essa data, uma série de outras iniciativas já havia sido realizada, sendo então o movimento da promoção da saúde, caudatário desta. Referimos-nos particularmente às iniciativas promovidas na Inglaterra a partir da década de 20, resultado de recomendações do Relatório Dawson (MARSHALL, 1995), e à “Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde”, realizado em Alma-Ata, em 1978. O próprio conceito de Promoção da Saúde é cunhado pelo médico inglês Henry Sigerist, em 1945 (NASCIMENTO, 2000). Sigerist argumenta que a produção da saúde é consequência de um nível de vida decente, de boas condições de trabalho, educação, cultura física, descanso e recreação. Disso se impõem, segundo ele, quatro tarefas para a medicina: promover saúde, realizar prevenção, restabelecer o doente e fazer reabilitação. Para conseguir tais objetivos, sugere ação integrada entre todas as forças políticas, educacionais, comunitárias e médicas da comunidade.

Desse modo, a idéia de que é necessário ampliar o conceito de saúde, rediscutir os modelos de atenção e de se promoverem ações mais integradas ganha gradativamente maior peso na agenda internacional da saúde⁴⁴, e outros encontros e seminários internacionais vão, a partir de então, ser realizados. As conferências internacionais sobre promoção são reeditadas (em 1992, na Colômbia, se discute a promoção em contextos de países latino-americanos), inscrevendo na agenda sanitária a imprescindibilidade de uma ação mais global e intersetorial, que culmina com a emergência de uma outra iniciativa, o “Movimento Cidades Saudáveis”, como uma estratégia de implementação de medidas promocionais.

⁴⁴ Paradoxalmente à organização de uma certa diretiva para a ação sanitária mundial, Giovanni Berlinguer (1999: 26) aponta um enfraquecimento na ação de organismos sanitários internacionais. Sobre isso diz o autor: “A Organização Mundial da Saúde, por seus defeitos e pelo desinteresse dos governos, perdeu a função de guia nas políticas mundiais de saúde. O poder e as influências, neste campo, passaram ao Banco Mundial e ao FMI, que hoje são líderes essenciais em questões de saúde, sobretudo para os países menos desenvolvidos”.

Grosso modo, podemos dizer que esses movimentos de distensão do modelo biomédico, realizados em praticamente todo século XX, tenderam a questionar o paradigma médico, discutir o padrão de gastos e as estratégias de assistência médica centradas na cura-reabilitação e a propor transformações nas concepções e práticas de saúde. Talvez uma das melhores sínteses disso tudo seja o próprio SUS, que, sem dúvida, enquanto movimento político e social e enquanto modelo de política de saúde, se apropria da maioria dos conceitos propostos por esses movimentos, avançando em alguns deles, como por exemplo, na implantação de modalidades de co-gestão em todas as instâncias e níveis do sistema, radicalizando a tão propalada participação comunitária.

Contudo, a complexidade do sistema de saúde brasileiro, advinda tanto das contradições entre classes, como da constituição histórica das políticas, não permite que se pense a implementação de estratégias de mudanças sem se levar em conta essa complexidade e a totalidade do sistema. Não estamos advogando em direção a uma argumentação de que se faria necessário, primeiro, pensar a totalidade do sistema para conseguir mudá-lo, como se ações em sua “periferia” não produzissem qualquer efeito.

Talvez a crítica de Mario Testa (1992) às ações primárias de saúde⁴⁵ ajude no entendimento dessa questão. Testa nos lembra que a incorporação *lato senso* de medidas promocionais e preventivas, se realizadas com eficácia, produzirão impactos importantes no sistema como um todo, particularmente porque redefine a oferta de serviços e ações, que nos modelos médicos tendem a ser privados e circunscritos ao tratamento de doenças. Por consequência, produtores da atenção secundária e terciária, que em geral nos países capitalistas dependentes são privadas, tenderão a reagir a este novo modelo na tentativa de manter seu *status quo*, ameaçado por um sistema de saúde racional, ou seja, que preconiza o predomínio de ações preventivo-promocionais. Com estas reflexões Mario Testa expulsa de nosso sonho preventivista a ingenuidade romântica da medicina comunitária, e pela categoria analítica do poder, nos chama à realidade e à responsabilidade social e política.

⁴⁵ Testa (1992) faz um trocadilho entre primário e primitivo, questionando se a atenção primária de saúde não seria a opção por um modelo primitivo de atenção,

Mudar em saúde implica mexer na estrutura e organização do sistema, ou seja, nos interesses e arranjos que, por processos de cristalização, passaram a ser vistos como naturalizados. Isto impõe uma tarefa política: fazer política, que implica não eludir os antagonismos e diferenças, mas lidar com eles como expressão das contradições constitutivas de uma sociedade de classes. Para tanto, o SUS propõe instâncias de pactuação; contudo, a resolução destas contradições só se processa pela correlação de forças no plano societal.

As proposições de mudança, se quiserem produzir efeitos de transformação, haveriam de tratar o sistema de saúde como um todo, na medida em que um sistema de saúde se compõe pela articulação de instituições, serviços e práticas em vários níveis de complexidade, orientados e conduzidos por uma política de saúde. O modo hegemônico de produção de atenção à saúde seria, então, a expressão desta orientação (da política) e sua efetividade nos serviços e ações.

A complexidade do sistema de saúde brasileiro impôs, inclusive, um deslocamento no conceito de modelo de atenção, que passa a ser entendido, como destacou Campos (1994), muito mais como um delineamento prévio, construído em processo, portanto um “modo mutante de fazer saúde”, do que a indicação precisa e prévia de caminhos a serem seguidos, como um *deve ser*, usando a linguagem do planejamento estratégico-situacional. Modelo, dessa forma, seria, se tanto, um “*um poderia ser no sendo*”.

Por fim, uma outra dificuldade que permeia boa parte das propostas de mudança é a *hipertrofia do trabalho do médico*. Embora a estratégia de trabalho em equipe tenha sido eleita como a que produz melhores efeitos, o processo de trabalho em saúde tem sido muito pouco discutido, analisado e tomado como um objeto de estudo nas investigações sobre modos de atenção. Os trabalhos de Gonçalves (1994), Merhy (1997; 2002) e Campos (2000) são iniciativas teóricas raras, e apenas esse último estabelece, do ponto de vista teórico e metodológico, formas de se reconstruírem processos de trabalho a partir da incorporação de contradições entre os membros das equipes.

A centralidade do trabalho no médico, além de atuar como reforço à manutenção de reserva de mercado, revela que a concepção de processo saúde-doença-atenção não foi alterada, nem ampliada, e que a interdisciplinariedade no campo das práticas da saúde se apresenta ainda como um grande desafio. É nesse sentido que afirmamos que as propostas de mudanças têm encontrado dificuldades de produzir transformações radicais nos serviços de saúde.

- d) Disputa teórica no campo das políticas sociais: modelos residuais *versus* modelos universalistas

A orientação minimalista do neoliberalismo e a concepção universalista do SUS têm sido uma tensão presente nas discussões sobre a reforma de modelos de atenção da saúde no Brasil, e o ideário neoliberal, nessa medida, tem se apresentado como força de constrangimento ao pleno desenvolvimento do SUS.

Essa tensão, que revela diferenças profundas de concepção de política pública, trouxe, contudo, uma certa nebulosidade para o debate sobre modelos de atenção. Algumas proposições, que do ponto de vista teórico identificaram-se com as perspectivas de diagnóstico da crise da saúde realizado pelas agências multilaterais de crédito (burocratização do Estado, não priorização dos mais pobres...), passaram a ser, imediatamente, acusadas de filiação às teses do neoliberalismo. Mesmo porque, coincidentemente ou não, propostas de focalização e de privatização, a partir do debate entre a alocação de recursos e a equidade, passaram a ser cada vez mais presentes no discurso dos ministros da pasta da saúde do governo de Fernando Henrique Cardoso.

Essa radicalização se deve, entre outras, à tradição crítica de parte do movimento sanitário brasileiro, que ao longo da história tem adotado uma perspectiva reativa às proposições oficiais, que, e isso é fato, têm sido muito aquém das necessidades sociais. Essa postura, por outro lado, teve por consequência a negação do valor de uso da maioria das propostas governamentais, construindo como horizonte de estratégia política o confronto e a negativa de participação/cooperação, entendida como “filiação” ou “adesismo”. Assim, por exemplo, políticas adotadas a partir de paradigmas como a Saúde Comunitária (a exemplo das análises de Donnangelo e Pereira, 1979), passaram a ser vistas,

quase que exclusivamente, como ações compensatórias, secundárias, e que escamoteavam as reais intenções dos governos que as adotavam, que se resumiam em atacar a crise de resolutividade e eficiência do sistema sem reformulá-lo profundamente. A “face oculta” da medicina oficial era a única que podia ser percebida.

De outro lado, particularmente nas experiências locais, é possível perceber-se um movimento em sentido exatamente oposto, ou seja, um certo “adesismo acrítico” (BREILH, s/d: 142), que implica a incorporação e implementação *ipsis litteris* de recomendações e políticas orientadas por organismos [ou movimentos internacionais] e implementadas por governos federais. A partir da promessa de repasses intragovernamentais de recursos e de identificação com um certo modismo⁴⁶, implantavam-se, às vezes com baixa responsabilização quanto às perspectivas de continuidade, políticas, programas e ações de saúde.

Assim, parece existir no cenário de disputa da saúde no Brasil uma miríade de sujeitos, articulados a partir de uma diversidade e pluralidade de perspectivas⁴⁷ teóricas e políticas, que sinteticamente poderíamos localizar entre “um adesismo com baixa capacidade crítica”, de um lado, e de outro, “profundamente críticos”, impermeáveis à composição de forças e alianças em prol do desenvolvimento da saúde pública. O movimento pela reforma da saúde e a construção do SUS, nos parece trilhar exatamente nessa linha e se compor na medida exata dessas contradições: forte adesão e forte criticidade. Eis aí um outro fato que explica a diversidade do SUS municipal.

⁴⁶ Modismos, na verdade, resultam de capacidade de produção de discursos que passam a ser tratados como verdadeiros. Costa (1998) aplica o conceito de “comunidade epistêmica” para explicar a legitimação dos discursos das agências multilaterais de crédito. Para maiores detalhes, consultar capítulo 5 da obra indicada.

⁴⁷ Um exemplo disso pode ser visualizado na publicação Tema-Radis de maio de 2000, editada com apoio da Associação Paulista de Saúde Pública. Essa revista apresenta as discussões e debates ocorridos durante o VII Congresso Paulista de Saúde Pública, ocorrido no segundo semestre de 1999. Esse Congresso teve por tema geral a questão das “Cidades Saudáveis”, e reuniu pesquisadores, gestores e equipes locais num esforço de discutir o tema. Muito embora a maioria dos painéis e mesas tratava “das virtudes” do modelo da Vigilância a Saúde – no Brasil, estratégia orientadora do movimento das Cidades Saudáveis -, alguns trabalhos trataram de avaliar criticamente esse paradigma (inclusive um trabalho de minha autoria). Acontece que a publicação “oficial” do Congresso não deu qualquer espaço para essa perspectiva, dando um tom de homogeneidade assustadoramente acrítica ao clima do Congresso. Trata-se, muito possivelmente, de uma estratégia política muito clara de isolamento da crítica por um adesismo que não tolera o debate, fundamental para o avanço de qualquer proposição e vocação inequívoca da pesquisa acadêmica.

Essa tensão pode ser verificada na implementação do Programa Saúde da Família, do Ministério da Saúde. De um lado, há aqueles que o identificam cabalmente com o receituário do Banco Mundial (a focalização), e o entendem como uma ameaça a um dos pilares do SUS, a universalização. Dessa forma, se correria o risco de se produzir, novamente, uma política boa para pobres e tão pobre como eles – usando uma expressão do saudoso David Capistrano (1999), ou de exercer um “papel de biombo para políticas sanitárias minimalistas”, como diz Antônio Ivo de Carvalho (1996).

De outro lado, seus defensores, identificam nessa estratégia o modelo ideal⁴⁸ para se reverter o modo hegemônico de produção de práticas de saúde, construídas a partir do modelo biomédico, portanto de baixa capacidade resolutiva e com tendência à ampliação de gastos com impacto inercial sobre o padrão de morbi-mortalidade.

Contudo, em que pese a essas diferenças, o desenvolvimento de algumas experiências importantes sob a chancela da Saúde da Família tem colocado a marca e a identidade dos municípios e de seus projetos de saúde, como foi do Projeto Qualis no município de São Paulo (CAPISTRANO, 1999), e está sendo o Projeto Paidéia implantado⁴⁹ em Campinas. Contudo, esse movimento de “selar a marca das administrações locais no projeto do Ministério” não tem sido realizado sem grandes esforços. Ao contrário, entre a excessiva normatividade e a vontade política de imprimir a riqueza das experiências locais, as batalhas têm sido árduas.

Contudo, esse movimento de recomposição da própria política oficial da saúde indica que há caminhos que permitem um “fazer novo e com grande significado” para as gestões locais, que devem superar, todavia, tanto o adesismo acrítico, como a criticidade imobilizante. Ou seja, compor contraturalidades na diversidade de interesses, necessidades e vontades.

Concluindo, as orientações normativas advindas de teses neoliberais, que estimulam a constituição de uma agenda restritiva como resultado da reforma da saúde, vão de encontro às bases doutrinárias do SUS e seu compromisso com a equidade e a

⁴⁸ Campos (1997b), criticando essa opção como a única possível a identifica com o OM.

⁴⁹ Oficialmente implantado em 17 de agosto de 2001.

democracia. Com afirma Costa (1998), os intelectuais da reforma do Estado imprimiram um “deslocamento de linguagem”, a exemplo de discussões como a impossibilidade de se oferecer meios iguais em sociedades tão desiguais como as nossas; a correlação entre universalidade e política de saúde igual para todos, ou, ao contrário, que a universalização é incompatível com mercado; ou demonstrando que, quando se define que saúde é dever do Estado, que esse mesmo Estado deve ser o único prestador, etc. Assim, arremata Nilson do Rosário Costa,

Quando estes argumentos se defrontam com tradições institucionais de *welfare* consolidadas, recorrem à palavra *perversidade* para apontar a exclusão dos mais pobres como o resultado necessário das intervenções que visam corrigir as assimetrias sociais. (...)... esta retórica neoconservadora [tem por objetivo] excluir os desejos, o caráter e as convicções dos participantes do processo democrático que detêm opiniões substantivamente divergentes sobre questões de políticas tão básicas... (COSTA, 1998: 145).



CAPÍTULO 3

AS TRANSFORMAÇÕES DO SUS PASSAM PELA CONSTRUÇÃO DE SUJEITOS E DE NOVOS PROCESSOS E SUBJETIVAÇÃO

5.1- SOBRE A DEMOCRATIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES E O FORTALECIMENTO DOS SUJEITOS

Para dar seqüência às reflexões, retomaremos, a partir de agora, questões apresentadas por Gastão Campos (2000), particularmente no Segundo Eixo¹ de conformação de seu Método para Análise e Co-gestão de Coletivos², denominado “A co-gestão, o fortalecimento do sujeito e a democracia institucional”.

Primeiramente deveríamos nos perguntar sobre a necessidade da construção e do fortalecimento dos sujeitos nas instituições. Para que se quer esta produção de sujeitos, qual a sua necessidade e quais os pressupostos contidos nesta questão?

Iniciamos essa discussão afirmando que o trabalho tem uma dimensão genético-ontológica³, ou seja, é também por meio dele que a construção do homem se realiza: humanizamos-nos por meio do trabalho; ou como diz de forma sintética Ricardo Antunes (2000), “... a importância da categoria *trabalho* está em que ela se constitui como fonte *originária, primária*, de realização do ser social, *protoforma da atividade humana*, fundamento ontológico básico da omnilateralidade humana” (idem, 167).

Contudo, como vimos anteriormente, o trabalho sob o sistema de produção do capital tem sido utilizado na produção de bens e serviços de forma alienada, no qual nem a definição nem o sentido da produção sofrem mediações dos interesses e desejos dos trabalhadores, ou seja, da sociedade em geral. O trabalho, dessa forma, fica restrito a uma participação marginal do trabalhador, cuja entrada no processo ocorre, necessariamente, pela renúncia e o controle de desejos e vontades.

¹ Os outros eixos são: 1º: *o caráter anti-taylor do método*; 2º (apresentado no texto acima); 3º: *por uma reconstrução, conceitual e prática, do trabalho*; e 4º: *a visão de mundo dialética*. Para maiores detalhes, consultar CAMPOS (2000), Capítulo 1 (21- 66). Utilizaremos também os conceitos de “capacidade de análise e capacidade de intervenção”, apresentados no Capítulo 2 (Parte A), denominado de “Planos de constituição e de existência do sujeito”, pgs. 67-85.

² Esse método é também denominado de Método da Roda, denominação que utilizaremos a partir de agora no decorrer do texto.

³ Uma interessante discussão sobre a ontologia do trabalho pode ser vista em Antunes (2000). Para maiores detalhes, consultar o Capítulo VIII, “Excurso sobre a centralidade do trabalho: a polêmica entre Lukács e Habermas”, pgs. 135-166

Marshall Berman, comentando os Manuscritos Econômico-Filosóficos de Marx, cujo tema central é a alienação, comenta, corroborando com nossa idéia anteriormente exposta:

O problema do capitalismo, dizem esses escritos, é que ele aliena as pessoas umas das outras, da natureza e – essa era o ponto em que Marx era mais original – de si mesmas: de seus sentidos, de suas emoções, de suas forças criativas, do “livre desenvolvimento de suas energias físicas e espirituais”. Marx vê o trabalho como uma fonte fundamental de sentido, dignidade e autodesenvolvimento para o homem moderno; a organização burguesa do trabalho era um crime contra essas necessidades humanas (Berman, 2001: 34).

Recuperar a dimensão do sujeito na produção implica resgatar sua condição de humanidade, de autonomia e, ao mesmo tempo, aumentar sua implicação/vinculação e a vontade de fazer, constituindo-se processos dotados de um sentido verdadeiro.

Trabalhar, sob essas novas condições, deixa de ser um fim que se esgota na realização de atividades, alargado em sua concepção pela adição de outros dois importantes elementos: a *produção de obras*, portanto, a produção de sujeitos que se produzem na realização de bens e serviços, agora deslocados para um sentido verdadeiramente humano; e, decorrente disso, o exercício do *trabalho dotado de uma dimensão lúdica, prazerosa*. Assim, trabalhar, para além de produzir bens e serviços em razão de uma alteridade com a qual se interage, se trabalha em função do outro, é *no outro e para outro* que a obra é construída – passa a ser uma condição fundamental da realização de cada um em particular, em um contexto de realização ao qual outro também pertence. Da construção de um mundo “onde possamos realizar-nos com os outros e por intermédio uns dos outros” (Berman, op. cit.: 43).

O trabalho sob essas dimensões passa a ter, então, uma centralidade ainda maior na sociedade, pois a exclusão, ou impedimento de acesso a ele, resultaria em uma certa impossibilidade de produzir-se enquanto sujeito, ele próprio razão de ser da produção, sua razão última: *trabalho como valor de uso*, produzindo valores de uso.

Deixando de ser determinado eminentemente pela produção de valor de troca, além de resignificado, o trabalho seria ampliado a formas jamais pensadas por dentro da produção do capital. Sob o capital, o trabalho é tão-somente aquela atividade humana capaz de produzir valor de troca e, assim sendo, dispensa e desconsidera toda energia humana despendida em atividades que não produzem valores (salvo trabalho imaterial articulado à produção). As atividades socialmente necessárias, mas consideradas improdutivas, foram sendo incorporadas à lógica não monetária, articulando desde trabalho doméstico, comunitário, voluntário, etc., em geral não remunerados⁴. Assim, gastar energia prestando cuidados a velhos, crianças, cuidando na natureza, de meninos de rua etc. foi incorporado como atividade socialmente extensiva – de responsabilidade de toda sociedade - e não remunerada, ou seja, passou a ser teórica e formalmente considerada como não trabalho.

Uma cota importante de necessidades sociais, expressa na forma de demandas não incorporadas pelo mercado, foi, dessa forma, recusada em sua condição formal de trabalho, pois não se dirigia para reprodução do capital. Quando falamos em recompor e articular o trabalho a partir dos valores de uso, dotando-o de sentido, estamos nos referindo, também, a estas questões. Assim, teríamos pelo menos duas grandes frentes de resignificação do trabalho: por dentro do processo produtivo, que deveria ser cada vez mais condicionado, primariamente, aos valores de uso; e a incorporação como trabalho, portanto passível de remuneração, de um conjunto de necessidades sociais demandadas na forma de cuidado às pessoas, à natureza, ao meio ambiente, etc.

Mas tornar o trabalho com sentido implica ressaltar, colocar em primeiro plano, o sujeito, cuja condição é a *democratização do poder*. Mas como isso poderia ser realizado? Uma das formas possíveis, por dentro das instituições, é a implantação de *sistemas de*

⁴ Não se imagina que toda e qualquer atividade, particularmente aquelas que se fundam na solidariedade e responsabilidade social, deva ser remunerada. Ao contrário, a monetarização dessas atividades induz perda da real importância e significado dessas atividades, que passam pela cumplicidade, pela renúncia de particularismos, pela solidariedade etc. Por outro lado, particularmente no contexto do desemprego estrutural, da tendência ao descentramento do trabalho fabril nos processos produtivos, menos tendente à ocupação intensiva de mão-de-obra, e das transformações na estrutura populacional (particularmente o achatamento da pirâmide pelo aumento relativo da expectativa de vida), novas demandas e necessidades sociais tendem a ser produzidas, pressionando a produção de respostas sociais. Novas necessidades, contudo, não podem ser resolvidas apenas, ou substantivamente, a partir da oferta de trabalho de base voluntária, haja vista que se apresentam como trabalho e, portanto, devem ser remuneradas; além do mais, há carência de novos postos de trabalho, que em parte poderiam ser estendidos na realização de atividades nestas áreas. A não remuneração do trabalho junto com apelo ao trabalho eminentemente voluntário significa, no contexto atual de reorganização do processo produtiva, uma estratégia que, no final das contas, onera a própria sociedade.

co-gestão, constituindo-se *espaços coletivos* onde o poder estaria permanentemente em jogo. Por qual lógica se daria o funcionamento desses espaços coletivos? A *produção dialética de sínteses provisórias entre autonomia profissional* (expressão de interesses e desejos) e *compromisso das instituições com a realização de valores de uso* (expressão das necessidades sociais), são contradições constitutivas dos processos de trabalho no campo da saúde.

Gastão Campos (2000), quando expõe os objetivos do Método da Roda, justifica que o fortalecimento dos sujeitos e a construção de democracia institucional são pressupostos de qualquer método que se queira anti-Taylor, ou seja, que pretenda superar a lógica de governar as instituições fundadas na disciplina e no controle dos trabalhadores. Democracia institucional, primeiramente, é um meio para se impulsionar mudanças; arranjos e dispositivos instituídos com função instituinte: *um modelo institucional paradoxal*. Democracia, por outro lado, é um fim em si mesmo (Democracia como valor), pois permite a construção de novas relações a partir da produção de pactos, acordos entre sujeitos que partilham de quotas de poder, ou seja, da formação da vontade geral (Democracia como método), a partir do alargamento das bases de participação (Bobbio, 1994: 328) Democracia, neste sentido, é a possibilidade de exercício do Poder (CAMPOS, 2000: 41).

Fortalecimento dos sujeitos, por sua vez, implica a *ampliação da capacidade de análise e de intervenção* das pessoas, cuja possibilidade está na instalação deliberada de processos que objetivem a construção de *espaços coletivos*, ou seja, arranjos concretos de tempo e lugar, onde se *analisam problemas e se delibera* (idem, 42). Democracia e fortalecimento dos sujeitos dependeria, dessa forma, da acumulação de forças – expressas como vontade política - cujo resultado seria a constituição e/ou ampliação deliberada de espaços formais para a concertação de interesses. Contudo, esse aspecto formal, sozinho, não garante a realização de democracia, que seria obtida pela adoção de um novo sentido às relações e a adoção de método que propiciassem uma nova lógica de distribuição de poder, portanto de produção de sujeitos.

Lukács (apud ANTUNES, 2000: 145-6), afirma que “quanto *maior o conhecimento* das cadeias causais presentes e operantes, mais adequadamente os conhecimentos poderão ser transformados em *cadeias causais postas*, e maior será o domínio dos sujeitos sobre elas, o que significa dizer que *maior será a esfera de liberdade*⁵”. Maior o conhecimento, maior a liberdade. Conhecer mais, segundo Campos (idem), pode ser obtido mediante a *ampliação da capacidade de análise* dos sujeitos, ou seja, a partir da capacidade de interpretar situações e fatos e os contextos em que eles ocorrem e sistematizá-los na forma de textos, constructo do coletivo.

E para que serviria essa maior capacidade analítica? Segundo G. Lukács, para aumentar a liberdade, enquanto capacidade de escolha e decisão, como um desejo de alterar a realidade, ou em certas circunstâncias de não modificá-la. G. Campos, por sua vez, relaciona e condiciona a capacidade de análise a uma maior *capacidade de intervenção*, ou seja, a possibilidade de produzir os efeitos e resultados desejados: analisar e construir textos possibilita a contratação de compromissos e tarefas, potencializando o coletivo enquanto grupalidade e enquanto grupo tarefa. Assim, conhecer implica maior liberdade de escolha e decisão, ampliando, por consequência, a capacidade de se produzir o desejado, o pretendido. Os sujeitos são, portanto, fortalecidos pelo aumento da capacidade de análise e de intervenção. Esse é o intento maior do Método da Roda, que

... pensa novos modos para analisar e operar Coletivos Organizados para a Produção. Reconstruir os arranjos estruturais, as linhas de produção de subjetividade e os métodos de gestão. (...) A gestão democrática e participativa, que se concretiza por meio da construção de sistemas de co-gestão [é uma] nova lógica para a distribuição de poder. (...) Um sistema de co-gestão depende da construção ampliada de “capacidade de direção” entre o conjunto das pessoas de um Coletivo e não somente entre sua cúpula, (...) [e da capacidade] de governo (CAMPOS, idem: 43).

⁵ Negrito não está no original.

A implementação de sistemas de co-gestão e a própria construção do Projeto de um Coletivo/Instituição – resultante do acúmulo de forças, vontades e interesses que permitem a construção de linhas de agir deliberado -, depende de *vontade política*, expressa materialmente na realização dos investimentos necessários à democratização (criação dos espaços/arranjos coletivos; acionamento de dispositivos e processos analíticos, etc...), que assim se estabelecem como *condições objetivas* que permitem, considerando as condições de realidade e a correlação de forças, estabelecer os processos de reinvenção institucional (idem, 44). Ou seja, para produzir mudança institucional em um projeto de democratização institucional e fortalecimento do sujeito, necessita-se de vontade política, que permite a construção de condições objetivas para a ocorrência das transformações; além do mais, e tão importante quanto esses requisitos, *requer métodos* suficientemente capazes de imprimir as mudanças, que se quer, necessárias.

Compor um Projeto ou co-gerir um coletivo implica, por outro lado, articular, ainda que de forma diferenciada, *realismo e pragmática* - o que inclui considerar as limitações do contexto e as restrições impostas pelos interesses alheios, portanto o cálculo e a mobilização de meios que possibilitem passar do desejado ao realizável - com os *desejos e interesses dos trabalhadores*, que, caso contrário, perceberão o Projeto como algo estranho, externo a eles e, portanto, com probabilidade grande de baixo investimento (idem, 79).

Sujeitos e coletivos são co-produzidos a partir da vida cotidiana, “tanto da produção de subjetividade e de suas manifestações, quanto do modo de educar e conformar Sujeitos. E do modo de funcionamento das sociedades e de suas relações de poder” (CAMPOS, idem: 79). Todos esses elementos atuam de forma combinada, produzindo certa capacidade de análise e de intervenção, que derivam, assim, de valores, de modos de pensar e agir, construídos por meio das relações. Já vimos, nesse sentido, que os métodos de governar as instituições a partir dos pressupostos teórico-metodológicos do taylorismo, da gestão da qualidade, da produção flexível etc., tendem a negar ou usar de forma instrumental essas capacidades, retirando dos trabalhadores a possibilidade de apropriação dos processos produtivos. Co-governo, ao contrário, implica sentido absolutamente oposto, com tendência à apropriação coletiva das formas coletivas de produção e de gestão.

Aumentar a capacidade de autonomia das pessoas por meio da co-gestão e da democratização institucional, por outro lado, implica *produzir vontade de analisar e vontade de fazer*, vontades essas que indicam uma capacidade de investimento do sujeito em determinado objetivo e em um objetivo específico (idem, 80). A partir da construção de *objetos de investimento* seria possível *contratarem-se tarefas* entre os sujeitos, ou seja, de pôr um agrupamento em operação, cuja capacidade de ação resultaria na execução eficaz de suas atividades primárias.

Objetos de investimento, por sua vez, são uma construção coletiva, são co-produzidos entre a *dureza molecular do desejo* e as *cristalizações molares das necessidades sociais* (idem, 81), e sua produção compartilhada é que permitiria a implicação e vinculação dos sujeitos ao grupo e às tarefas. Assim, os sujeitos constroem coeficientes de interesse e contratam tarefas por meio da própria construção de objetos de investimento, que neste contexto poderiam ser conceituados como objeto de transição (LAPLANCHE & PONTALIS, 1999: 328-9). Contudo, como os sujeitos identificariam tais objetos? Em primeiro lugar, é importante que se diga que a co-produção de objetos de investimento no interior das instituições implica, necessariamente, o intercruzamento dos pólos antinomiais “interesses do sujeito” e a “produção de valores de uso que atendam necessidades sociais”, ou seja, há uma interação dialética entre o desejo e a necessidade.

A produção de objetos de investimento ocorreria no encontro entre a produção social e a do sujeito.

É preciso que, pelo menos como potencialidade, o social tenha criado a possibilidade de existência de um Objeto ou de um processo. Por outro lado, o Sujeito estaria obrigado a reconhecer esta potencialidade, a descobri-la apoiado em seu desejo que costuma pressionar de maneira precisa (o desejo nunca define seus objetivos com clareza, e mais de um objeto tem a capacidade de acolher, ainda que de maneira distinta, o desejo primário). Depois, o Sujeito estaria ainda obrigado a realizar algum tipo de práxis sobre aquele objeto (investimento concreto) (CAMPOS, 2000: 82).

Por outro lado, afirma Campos, este reconhecimento do objeto pelo sujeito seria possível se ele tiver participado da definição, do *delineamento de objetivos*, entendido como o desejado, o esperado no futuro, como consequência das ações. Assim, em resumo,

A vontade se desenvolve junto com a construção de Objetos de Investimento, o que já indica a identificação de algum Objetivo, o que, em geral, somente se produz como tal porque alguma Tarefa, sempre uma ação prática, já permitiu alguma aproximação do Sujeito ao seu Objeto de Investimento (idem, ibidem).

Esse resumo indica a relação dialética que se estabelece entre vontade, objeto de investimento, objetivo e tarefa, que estariam de alguma forma interrelacionando-se e co-produzindo-se. O envolvimento com as tarefas e, portanto, o delineamento de objetos de investimento se daria tanto a partir de caminhos narcísicos (construído a partir de auto-referência do Eu), como de vínculos sociais (objeto introjetado, mas construído a partir de heterorreferências), sendo, portanto, derivados da mescla desses dois percursos (idem, 83).

A construção de coeficientes maiores de vontade de fazer e vontade de analisar, nesta perspectiva, se efetiva pela confluência de forças internas e externas ao sujeito (seus interesses e as necessidades do Outro), os quais por mútua relação permitem a captura de parte do interesse do outro e, ao mesmo tempo, cota de renúncia de interesses e desejos próprios. Em síntese: a produção de uma contratualidade em parte consciente, em parte não. Um contrato no sentido que BENEVIDES e PASSOS (2000) apresentam: contração, contrair ações; contrair com o outro, em relação, contrair comprometimento. Contratos, contudo, são sempre produções, logo se estruturam e se mesclam entre o estruturado e o provisório; o variável e o instituído. São perenizações instáveis.

O que seria, então, uma práxis alienada? Quando o sujeito age em função de necessidades impostas a ele, produzindo uma prática com baixo investimento sobre o objeto, com pequeno coeficiente de vontade de fazer. Bloqueio da vontade, diz Campos, ocorre pela subordinação do sujeito ao instituído na forma de contratos e projetos, o que diminui a capacidade de investir nos objetivos e sobre o objeto nuclear destes projetos (idem, ibidem).

O Bloqueio da Vontade induz, sim, ao agir burocrático, e à práxis alienada. Por isso a dominação, de uma perspectiva funcional, tem sido possível. Estrangulam-se Interesses e Desejos dos Sujeitos, cortando-lhes a possibilidade de Investimento em objetivos e objetos, mas a necessidade e as regras sociais os mantêm funcionando. Em uma sintonia próxima à das máquinas, por certo. Mas não igual, porque ao Sujeito é característica a capacidade de desenvolver formações reativas e também projetos de mudança da situação incômoda (CAMPOS, *idem*, 83-84).

Por um lado, a indução à alienação pela submissão e renúncia do sujeito; de outro, o império categórico de seus Desejos e Interesses, uma outra prisão. Neste sentido, diz o autor, apoiando-se na instituição, em projetos e em contratos pode-se proteger deles, desviando-os, deslocando-os para outras ordens de realizações. Contudo,

... a razão depende tanto da paixão quanto de um certo afastamento do Sujeito de seus Desejos e Interesses. Sem paixão e incômodo não há esforço dirigido para conhecer o objeto ou os meios e fins para cumprir o querido. A partir do desejado encontra-se Vontade e sentido para se questionar o instituído (*idem*, *ibidem*).

Aproveitando essa rica produção de Gastão Campos, como seria possível, então, produzir subjetividades correspondentes às exigências das especificidades do trabalho vivo (e imaterial) do campo da saúde coletiva?

5.2- A CO-GESTÃO E A DIMENSÃO PÚBLICA DAS INSTITUIÇÕES

A categoria trabalho se apresenta como um elemento genético-ontológico. Ou seja, é um dos elementos que conformam e produzem o próprio homem, sendo então um dos componentes centrais de constituição do Ser.

Dessa forma, as características e condições do trabalho se apresentam como uma instância definidora das próprias características do Ser, como fator e meio de produção da subjetividade humana. Em sessão anterior afirmamos, a partir de Tertulian (Apud ANTUNES, 2000), que os níveis de alienação podem ser distinguidos em duas

modalidades: por meio de *reificações*⁶ *inocentes* e *reificações alienadas*. Assim, quando o trabalho produz um padrão de subjetividade derivado, sobretudo a partir dos interesses da empresa, é possível se observar dois níveis de alienação.

Um primeiro nível, o das reificações inocentes, pode ser adjetivado de “mais brando”, visto que as exigências para o trabalhador são a sua dedicação às tarefas, heteronomamente postas, cuja ação fundamental é a reprodução, a partir de um padrão previamente definido, de comportamentos e atividades, cuja responsabilidade se esgota com a realização da própria tarefa. Neste estágio se requer a participação em processos que envolvem automatismos e repetições, cujo intento é implementar algo já previamente definido. Como afirma Lukács (apud BERMAN, 2001: 210), “o sistema pré-existe ao trabalhador e é auto-suficiente, funciona independentemente do trabalhador, e o trabalhador tem de amoldar-se às suas leis quer goste ou não”.

Assim, o envolvimento com os objetivos da empresa ou a incorporação de preocupações entre o que se produz e suas conexões na cadeia produtiva como um todo não fazem parte das exigências cognitivas requeridas do trabalhador. A tarefa se esgota na realização do produto. Neste “modelo produtivo”, o trabalho é dotado de pouco sentido para o trabalhador, cuja capacidade de investimento, por essa razão, tende a ser baixa.

Esta relação é profundamente diferenciada nos processos que produzem reificação alienada. A diferença fundamental, que faz agravar o problema, é a exigência de envolvimento do trabalhador com os interesses da empresa, os quais são imediatamente adicionados nas relações de trabalho e no processo produtivo como um todo. Assim, não basta ao trabalhador preocupar-se com a execução, no rigor das normas e regras, de suas tarefas, cujo objetivo é a produção de um “produto perfeito”. Além deste aspecto, se requer dele criatividade, dedicação, desprendimento, inteligência, capacidade de interação, liderança etc., elementos que o credenciam a permanecer entre os que trabalham.

⁶ Marshall Berman (2001: 209), analisando a livro “História e consciência de classe” de George Lukács, mais especificamente o capítulo “A reificação e a consciência do proletariado”, diz que “Reificação é um fraco equivalente latinizado de *Verdinglichung*, um termo alemão que significa ‘coisificação’, o processo por meio do qual uma pessoa é transformada em uma coisa.” E acrescenta que o problema do capitalismo “é que ele trata as pessoas como se fossem coisas e trata as relações humanas como se fossem relações entre coisas”.

A preocupação e, possivelmente, a ocupação do trabalhador para com o trabalho e a empresa passa a ocorrer de forma integral; ou seja, para além do tempo formalmente dedicado ao trabalho, o trabalhador passa a carregar consigo o ônus da preocupação com a empresa em todo seu tempo de existência, não havendo mais distinção entre tempo disponível/livre e tempo excedente, ambos utilizados para a produção de mercadorias/serviços. Nesta circunstância, os trabalhadores pouco se diferenciam dos acionistas e proprietários. Contudo, esta dedicação *full-time* não engloba redefinições nos objetivos estratégicos das empresas, embora diga respeito à remuneração e à reprodução do capital, nem assegura a permanência do trabalhador na empresa [aliás, a conjugação de insegurança do emprego com aumento das exigências de interação são estratégias que permitem a cooptação do trabalhador e a produção de reificações do tipo alienadas], pois o trabalhador é considerado um agente, um recurso (humano) utilizado na produção/realização da mais-valia. O uso desse “recurso” está determinado pela obtenção de resultados, cujo rendimento determina a taxa de sua ocupação. Trabalho é, aqui, um elemento de composição quali-quantitativa variável, definido pelas regras e exigências econômicas.

Que modo de subjetivação aí está operando e que sujeitos esses processos produzem? A produção de alienação é uma realização intrínseca ao capital, cujo pressuposto é considerar toda atividade humana, ou seja, o trabalho, como “um mal necessário”; logo, deve ser “administrada” e controlada em razão das necessidades de produção e da reprodução do capital. Contudo, contemporaneamente, o sistema de capital conseguiu aprender que, melhor do que controlar o trabalhador e submetê-lo a estratégias de renúncia e submissão, cujos ônus econômicos e políticos são consideráveis, é utilizar suas capacidades subjetivas e cognitivas em prol do desenvolvimento do próprio capital. É aqui que se inserem muitas das iniciativas de reorganização dos processos de trabalho em contextos de reorganização dos sistemas produtivos, passando o trabalhador também a controlar, a exigir, a vigiar e a competir com outros trabalhadores. Colegas da empresa concorrente, equipes de produção que partilham do mesmo espaço empresarial, companheiros diretos de tarefa, todos, de alguma forma, ligam-se a um modo de ser no mundo, de experimentar a existência cuja razão é o sucesso da empresa. Acima e antes de tudo a empresa. A renúncia em grau máximo.

Nessas circunstâncias, as instituições humanas deixam de ser um meio para se tornar um fim em si mesmo. Explico melhor. Para a satisfação de suas necessidades, o homem precisa estabelecer mediações com a natureza [e mesmo com outros homens], para o qual cria instituições, que são meios para a satisfação de necessidades. Contudo, as próprias instituições passam a gerar suas próprias necessidades, as quais não se satisfazem na satisfação das necessidades pelas quais foram criadas. Assim, somam-se àquelas necessidades humanas as necessidades das instituições, que podem, inclusive, em algum momento, ser impeditivas da satisfação daquelas. Este fenômeno é denominado de “autonomização das instituições”, ou seja, quando as necessidades lógicas e razões institucionais tendem a subsumir necessidades que deveriam, primariamente, sanar, tornando-se, assim, o fim em si mesmas e não meios de satisfação de necessidades.

Regina Benevides e Eduardo Passos (2000) já haviam nos alertado de que a tendência à satisfação se satisfaz na instituição, mas a instituição não se explica pela tendência à satisfação. As instituições

... são meios de satisfação das tendências (...), não só satisfazem, mas “constrangem, sabotam, sublimam” as tendências. A existência da tendência no meio institucional é a um só tempo satisfação e constrangimento, pois não derivando diretamente da tendência, sendo artificial, a instituição só satisfaz obliquamente, indiretamente (idem, 07).

Dessa forma perguntaríamos: Por que se trabalha? Por que se produz? As respostas tenderiam a seguir por dois planos. Em primeiro lugar, trabalho se justifica porque é uma forma de satisfação de necessidades, ligadas, portanto, à reprodutibilidade da vida. Isso se deve ao fato de que o homem é um ser incapaz de extrair, pelo instinto, os elementos do meio externo para satisfazer necessidades, vendo-se obrigado a elaborar meios de satisfação, ou seja, instituições, que passam, então, a mediar toda e qualquer satisfação de necessidades. Em segundo lugar, porque o trabalho e a produção são meios, dispositivos para a realização humana para além das exigências da reprodução orgânica da vida. São obras humanas e, por isso, detém valor. Nesta perspectiva, segundo Antunes (2000), o trabalho é dotado de sentido, à medida que está organicamente ligado e

corresponde aos interesses de seu executor, que detém autonomia sobre a sua formulação e implementação.

Viviane Forrester (2001) denunciou que o ultraliberalismo, concepção político-econômica hegemônica, desvinculou tanto o trabalho como o sistema de produção da vida. Uma economia puramente especulativa, virtual, desprovida de sentido para a vida, destinada quase que tão-somente a produzir lucro, diz ela, cuja realização não tolera qualquer barreira ética ou política. Assim, desemprega-se maciçamente, fecham-se unidades produtivas, deslocam-se capitais (em geral especulativos), de acordo com as possibilidades de lucro. O trabalho, nessa perspectiva, não tem sentido, porque está deslocado dos interesses da maioria das pessoas. A dimensão humana dessas instituições foi quase totalmente abolida e a produção de alienação é condição *sine qua non* de sua existência. Como diz Marshall Berman, analisando as discussões de Lukács sobre alienação:

Os trabalhadores perdem o contato não só com os produtos ou serviços que criam, mas com seus próprios pensamentos, sentimentos e ações. 'Até mesmo os atributos psicológicos do trabalhador são separados de sua personalidade total e postos em oposição a ela, de forma a facilitar a integração desses atributos a sistemas racionais especializados e sua redução a unidades estatísticas.' Essa fragmentação da atividade tende a gerar uma 'fragmentação do sujeito', de modo que as qualidades pessoais, os talentos ou as idiosincrasias de um trabalhador 'aparecem como fontes de erro' (BERMAN, 2001: 209-10).

Esta modelização subjetiva, estes seres constituídos por estes processos de alienação, além de tender a serem ressentidos pela renúncia de seus desejos e interesses, tendem a reproduzir e a exigir, em outros espaços sociais, comportamentos e atitudes semelhantes aos que são submetidos, particularmente de controle, de renúncia e de autoritarismo, cujo resultado é a produção de relações que tendem à negação da diferença e ao entendimento da multiplicidade de interesses como expressão não de uma rica diversidade, mas como uma indesejável discordância, cuja tendência é a eliminação. Como disse Bauman (1998), a ação antropológica sobre tudo e a todos que são "estranhos".

Mas essa realidade não tem apenas essa face, senão estaríamos negando boa parte das referências teóricas nas quais fundamos a discussão sobre a produção do sujeito. Por mais que a ação institucional tente, que a propagação ideológica dissemine, por mais que a mídia compromissada com esses ideais tente incuti-los como único padrão possível, como “o modelo” de organização do trabalho e de vida em sociedade, resistências e processos de singularização diferenciados se produzem por inúmeros espaços sociais e políticos.

A luta contra o neoliberalismo e seus resultados perversos fez emergir a Agenda Social das Agências Multilaterais de Crédito; as resistências à política bancada pelo G7, ratificada pelos sucessivos encontros em Davos, têm colocado em questão suas decisões, e manifestações populares quase têm impedido que novos encontros se realizem; a organização política em torno de projetos de cunho democrático-popular fez emergir o Fórum Social Mundial, com sede em Porto Alegre; a insensibilidade dos governos federais para com a reforma e a política agrária no país fez emergir o Movimento Sem Terra, responsável direto pela maioria das conquistas na área agrária. Muitos exemplos poderiam ser aqui acrescentados, mas todos teriam o mesmo efeito demonstrativo: ilustrar as resistências e lutas frente aos interesses, de um lado, dos grupos financeiros e, de outro, dos segmentos que buscam construir um mundo mais solidário.

É também em razão da existência desses movimentos de resistência e luta, e de suas conquistas nos planos político, ético e jurídico-legal, que se podem vislumbrar processos de mudanças em direção e sentido da construção de uma sociedade mais democrática, solidária e plural, cuja síntese é a constituição de processos de subjetivação que tenham por referências essas mesmas premissas, o que implica dizer, sujeitos mais identificados com a justiça, com a democracia, com a equidade, com a responsabilidade social. Sujeitos que se sintam legítimos em colocar no coletivo seus interesses, desejos e necessidades, na mesma medida que se permitem confrontá-los com os fundamentos de outros projetos, cujas sínteses resultariam de processos de pactuação em instâncias de vocalização de interesses. O fundamento de uma sociedade democrática: desejos e interesses expressos, redefinidos e (re)sintetizados em arenas de concertação.

Além desses aspectos, discutimos na secção anterior a importância de se promover democracia institucional e de se fortalecer os sujeitos, duas questões que aparecem interligadas e co-dependentes. Democratizar as instituições implica, entre outros, torná-las mais permeáveis aos interesses do conjunto de seus agentes diretos e da sociedade como um todo. Por outro lado, para que essas diretrizes ganhem factibilidade, há que se promover mudanças nos arranjos e dispositivos organizacionais, expressão concreta da vontade política de se transformarem as instituições.

Mas por que haveria de se requerer a democratização das instituições, mesmo daquelas organizações privadas, ou seja, daquelas em que os interesses dos proprietários predominam sobre os demais agentes? Porque toda e qualquer instituição, independentemente de sua natureza pública ou privada, tem sua razão de existência justificada sob o interesse público, ou seja, está diretamente ligada a necessidades sociais historicamente construídas e deriva delas. A partir de então, o controle do coletivo (na forma estatal ou não) sobre as atividades privadas se apresenta como um reclame político e ético, haja vista que as possibilidades de autonomização das organizações frente aos interesses coletivos são constantes, particularmente em sistemas econômicos sob as regras do mercado. Mas esse controle, em geral, se exerce e se apresenta, fundamentalmente, como um espaço de constrangimento externo. Haveria, então, formas mais concretas de controle e vigilância das instituições por dentro de seus espaços de funcionamento?

Antes de entrarmos nessa discussão, há de se dizer que as necessidades sociais são um vetor importante na definição das estratégias institucionais, mas não é o único. Aliás, se apenas as necessidades sociais – ou qualquer outro elemento isoladamente – tivessem o poder de definir a existência e as formas de funcionamento das instituições, correr-se-ia o risco de promover a cristalização de determinadas sínteses de correlação de forças no plano político, ético, moral, cultural, social e econômico, cujo poder poderia utilizar-se do argumento canhestro da imutabilidade das formas sócio-jurídicas hegemônicas para impedir movimentos de tendência oposta, aproximando-se do discurso e modo de ser das sociedades autoritárias. Haveria, contra-argumentando, sempre uma tensão entre as formas instituídas e cristalizadas e formas emergentes, instituintes. Mudanças dependeriam, invariavelmente, de condições históricas e da correlação e composição entre estas forças antinômicas.

Além de controle externo sobre as instituições, resultante do cumprimento de regras, normas e leis que constituem a ordem jurídico-legal de uma sociedade, exercida por meio da ação do Poder Público e de seus agentes investidos por força de lei de atribuições específicas e da sociedade como um todo (por meio da mídia, das organizações públicas não estatais, etc...), uma forma de se promover integração entre organizações e a sociedade na perspectiva de se assegurar que as instituições vinculem seus objetivos estratégicos aos interesses públicos é a construção de formas de gestão minimamente transparentes. É óbvio que, em sociedades fundadas sob a lógica do bem privado, onde as regras de mercado conduzem, com “suas mãos invisíveis”, os destinos das empresas por meio da competição, há razões de ordem substantiva para que muitos aspectos da gestão permaneçam como “questões de Estado” e, portanto, fiquem sob o silêncio de seus estrategistas.

Contudo, quando ganham força e legitimidade mundial premissas como a promoção de “Políticas Públicas Saudáveis” e a criação de “Ambientes Favoráveis à Saúde”, prescritos e ratificados por encontros internacionais, como a exemplo das Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde (Canadá, 1986; Adelaide 1988; Sundsvall, 1991 e Bogotá, 1992, entre outras), questões diretamente ligadas ao risco das atividades econômicas para com a qualidade de vida passam a fazer, cada vez mais, parte das discussões e decisões que afetam particularmente as ações da iniciativa privada no campo econômico.

Utilizar mão-de-obra infantil, depositar resíduos industriais em áreas impróprias, drenar resíduos líquidos para o leito dos rios, jogar poluentes no ar, devastar o meio ambiente, não respeitar os valores e a cultura das populações loco-regionais, entre outras, passaram a fazer parte do rol das questões a serem verificadas quando da criação de novas unidades produtivas⁷. Países pobres, particularmente, sob o argumento da geração de empregos e da criação de riquezas etc., tiveram suas reservas naturais dilapidadas, seus recursos hídricos esgotados, suas populações submetidas à ação de agentes tóxicos de todas

⁷ Mas não nos esqueçamos de que esse movimento “ecológico e politicamente correto”, bancado inclusive por boa parte do capital monopolista internacional, tem uma outra exigência que é a desoneração da produção. Sob o argumento do aumento da competitividade, a agenda neoliberal tem imprimido ataques violentos a conquistas sociais no campo do trabalho, particularmente. A flexibilização das relações de trabalho e a reengenharia institucional, naquilo que já apontamos como “liofilização organizacional”, são exemplos desse movimento. Parece, nesta medida, que na “agenda produtiva” o meio ambiente ocupa maior espaço e importância do que as próprias pessoas.

ordens e classes. É em base dessas exigências ético-políticas que as organizações, produtivas ou não, têm que estar sob vigilância e controle público.

Neste sentido, como apontamos anteriormente, duas estratégias complementares podem ser implementadas: *controle externo*, por meio do estabelecimento de regras e normas para a instalação e o funcionamento das organizações (o que vem sendo realizado com certa efetividade na última década) e *instauração de processos que permitam a visibilidade na gestão das organizações* (o que é ainda, em certa medida, uma novidade).

Instituir formas de co-gestão em *instituições de natureza privada*, no entanto, só seria razoável a partir da vontade política de seus proprietários. O que levaria uma organização privada a repartir cotas de poder interno com não-acionistas ou não proprietários? A não ser por alguma razão econômica (aumentar sua rentabilidade, ou alguma “jogada de marketing”), nada, em absoluto, obrigaria instituições desta natureza a implementar tal arranjo organizacional. Contudo, tem sido relativamente comum permitir que funcionários passem a participar, com algum grau de autonomia, nos destinos das empresas. Mas como já pudemos demonstrar, essa utilização se baseia, em muitos casos, em uma “participação manipulativa”, cujo efeito é a produção de subjetividades identificadas com valores e interesses das empresas. Ou seja, não tem outro propósito senão econômico, pois não intentam, senão como efeito secundário (e, diríamos, indesejável), a emancipação dos trabalhadores.

Contudo, quando se trata de *instituições públicas*, ou daquelas que se beneficiam de recursos do erário, é de se esperar que o controle coletivo seja maior, ou mesmo – o que seria o ideal – que representação da sociedade organizada e do Poder Público assumissem, em processo de co-gestão, o controle sobre os destinos desses recursos. No que diz respeito à gestão financeira do SUS, isto é previsto como função dos Conselhos de Saúde. Assim, estamos advogando pela causa de que toda instituição que passe a contar com recursos do erário, ou seja, que está sob os ditames da administração pública, deveria ter formas eficientes de gestão desse quinhão público. Mormente, o que se implementam são mecanismos mais ou menos burocratizados de prestação de contas (relatórios de gestão, controle, avaliação e auditorias, etc), mas que, em processo de

execução orçamentária, realizam quase nenhum controle e acompanhamento para além dos aspectos econômicos.

O Poder Público, particularmente no campo da saúde, tem destinado recursos para instituições privadas (em especial, instituições que têm título de filantropia), sem, contudo, a efetivação de um controle público mais orgânico, o que permite que estes recursos sejam compreendidos muito mais como uma fonte estável, do que a contratação de responsabilidade efetiva pela prestação de serviços. Entretanto, o controle público, mais que uma exigência ética em nome da probidade do recurso do erário (o que é de fundamental importância para a democracia), se apresenta também como um dispositivo político, de construção de cidadania. Isto se deve, já que se tributa a responsabilidade pela fiscalização à própria sociedade, a bem da verdade quem efetivamente gerou os recursos. Mas é mais que isso. Co-gestão de instituições que recebem recursos públicos é também um mecanismo de definição dos próprios parâmetros da contratação, tanto no que se refere à fiscalização, como do que efetivamente está sob o contrato.

Dessa maneira, contratos de co-gestão que reúnem, nestes casos, representantes de usuários, do Poder Público e do prestador de serviços, poderão melhor especificar o rol dos serviços e ações e das metas que fazem parte do contrato, visto que o acompanhamento poderá revelar elementos anteriormente não percebidos, redefinindo tanto os parâmetros como os objetos nele constantes. O não acompanhamento tende, quanto muito, à reprodução do previsto, mesmo que, muitas vezes, isto não se apresente como o mais indicado.

Mario Tommasini destaca, para além disso, que administrar sob a perspectiva de colocar as instituições em funcionamento em prol do desenvolvimento humano é evitar que elas

... se fechem sobre si mesmas ou degenerem. Devemos tender a uma sociedade que se argúi continuamente, com respeito, com tudo que nasce em seu interior. Mas para chegar a isso *é necessário dar menos poder às instituições e mais poder real às pessoas*: é assim a forma de administrar que deve mudar bem como o relacionamento entre cidadãos e instituições (BASAGLIA, F., 1993: 71). Grifos não estão no original.

Co-governo é, dessa maneira, um mecanismo com capacidade de impedir o fechamento das instituições sobre si mesmo, o que traria por consequência seu afastamento das necessidades sociais, retirando parcialmente seu valor de uso. Dessa forma, a reorganização do poder interno poderá ser outro elemento de controle, tanto dos recursos como da execução dos objetivos da instituição - no caso da saúde, da produção de saúde. É sobre este aspecto que repousam as questões atinentes à democratização institucional, e a estes duas questões dizem respeito as discussões aqui postas: ao controle por parte do coletivo sobre as instituições de um modo geral; e à produção e valorização dos sujeitos.

No que se refere ao primeiro aspecto – o controle público sobre as instituições – cremos que o já exposto explicita a questão: trata-se de exercício da democracia e da cidadania, com vistas ao controle das instituições. Trataremos, então, dos aspectos atinentes à democratização institucional, a qual abordaremos sob dois aspectos: quanto às razões e necessidades de sua implementação; e quanto aos mecanismos, arranjos e dispositivos pensados para este fim.

Por que motivos a idéia de democratização das instituições deve ser defendida? Qual o sentido que se quer expressar por democratização?

Democratizar significa ampliar as cotas de poder entre os sujeitos, em dotar do qualificativo de co-governantes agentes que tradicionalmente não têm participado das decisões institucionais. E para que isso? Quais os ganhos? Não se estariam fazendo investimentos em área/processos meio em detrimento dos fins da organização? Cremos que é possível afirmar que organizações democráticas tendem a ter ganho nos dois sentidos, tanto ao que se refere ao fortalecimento dos sujeitos, como dos ganhos institucionais.

Em primeiro lugar, porque o poder tem efeitos terapêuticos (CAMPOS, 2000). As experiências com novas tecnologias e práticas, desenvolvidas a partir da luta antimanicomial, no Brasil, sob a chancela do Movimento pela Saúde Mental, têm produzido alternativas de atenção para portadores de sofrimento psíquico, cujo pressuposto é que os doentes são sujeitos, e que, sob está condição, devem participar dos processos de gestão dos tratamento e dos equipamentos de saúde mental. A partir de então, começou-se a promover uma série de experiências de envolvimento real dos usuários, tanto na gestão

como nas formas de tratamento, a partir do que se percebeu ampliação das possibilidades da produção da cura, da redução de danos e do aumento da autonomia das pessoas para gerirem suas próprias vidas.

Na apresentação da edição brasileira do livro de Franca Basaglia (op. cit.), que apresenta a trajetória político-intelectual de Mario Tommasini, David Capistrano e Aldaiza Sposati, afirma-se que “a assistência é um processo pedagógico que deve possibilitar autogestão de um problema”. Democratizar as instituições e as relações, neste caso, apresenta-se como um ato pedagógico, onde profissionais e usuários entram em processo de mediação por meio de recursos tecnológicos de todas as ordens (exceto aqueles que negam a condição de sujeito), cuja direção e sentido têm o vetor da produção de autonomia do sujeito. Autonomia, no sentido terapêutico da cura enquanto ato de “criar para si novas normas de vida”⁸, como afirmava Canguilhem (1982, 188) é um coeficiente que guarda relação com a capacidade de lidar com seus problemas, que é possível de ser ampliado a partir de processo de autogestão do próprio problema.

Essa orientação de fundamento psicanalítico⁹ nos informa de que a cura ou a aprendizagem de novos modos de andar na vida, a partir do autoconhecimento de suas diferenças/problemas, é uma possibilidade que está referida ao sujeito. Qual a função, então, das ciências, dos profissionais e das instituições? São instâncias de mediação que ofertam seu corpo (como faz o psicanalista com o analisando), instrumentos, conhecimentos e processos em prol da construção de sujeitos. Essa ação e objetivos podem ser potencializados à medida que as instituições e profissionais assim se entendam, o que exige um ultrapassar-se, um ir além do que mormente se realiza. Pensar processos e organizações como um meio pelo qual o processo terapêutico se ancora e não como um fim em si mesmo. É aqui que a gestão, melhor dizendo, que sistemas de co-governo podem ser

⁸ Os relatos clínicos de Oliver Sacks (1995) são exemplos extraordinários dessas capacidades de desenvolvimentos “alternativos do ser, outras formas de vida, não menos humanas pelo fato de serem tão diferentes”. (idem, 1995: 20), recolocando em questão o que seja normal e qual o conceito de cura. Se jamais retornamos à inocência biológica, como disse Canguilhem, resta ao homem ou o conformismo, o entregar-se a si, ou a luta por um “novo equilíbrio”, por criar novos modos de andar na vida. Os casos de Sacks falam disso, de que é possível viver a vida a partir do lugar do diferente.

⁹ Lembremos que Freud, partindo da máxima aristotélica “conheça a ti mesmo”, estruturou um método cuja produção é e está no sujeito, ou seja, parte do pressuposto que cabe ao sujeito conhecer-se para mudar, cujo recurso é a análise. O terapeuta, além do saber, tem por instrumento seu inconsciente, que, como diz Nasio (1999: 86), é o “único meio de que ele dispõe para captar o inconsciente do paciente”.

ofertados como processos e recursos terapêuticos, em que a capacidade de análise e tomada de decisão sobre o cotidiano seja partilhada em conjunto, transversalizados, sempre, pela responsabilidade na qual a instituição está imbuída e pela autonomia profissional.

Dessa forma, o exercício de se aprender a lidar com limites impostos pela ação e presença do outro, com o desejo do desejo do outro, de partilhar, interagir, de produzir deslocamentos e aproximar-se do argumento do outro, de ampliar a capacidade de escuta, de aprender a produzir composições entre sujeitos, que implica postar-se no movimento de recuo-recomposição de seus próprios desejos. Sair dos narcisismos das pequenas diferenças para criar a possibilidade de produzir na diferença: isoformismos provisórios, instáveis. Aprender a viver e a produzir no movimento, na transição, entre. Essas são as possibilidades e perspectivas frente ao exercício ampliado do governo.

Da mesma forma, co-governar pode ser um importante mecanismo para retirar as pessoas da alienação, tanto em relação aos objetivos institucionais, como em relação ao trabalho por elas executado, visto que conecta o sujeito tanto aos constrangimentos que lhes impõem as instituições e as necessidades sociais, como se possibilita que seus desejos e interesses passem a fazer parte das pautas institucionais. Por consequência, há uma tendência ao fortalecimento do sujeito que inscreve suas demandas e necessidades na instituição, que as processa, ou seja, as acolhe como legítimas e as dispõem ao debate interno; por outro lado, a organização produz mecanismos para fortalecer a aderência dos trabalhadores às suas finalidades. Mas não percamos a perspectiva dialética: sujeitos vigiando as instituições em seus desvios e degenerações, impedindo que eles ocorram e se manifestem; instituições atuando sobre sujeitos desresponsabilizados e alienados; instituições e seus coletivos internos, ao mesmo tempo, resistindo e interferindo na produção de novas demandas sociais. No limite oposto, organizações e sujeitos colonizados e operantes a partir de seus interesses imediatos. Em alguma medida estas ocorrências estão presentes no cotidiano das organizações.

Como afirma Campos (2000),

Sempre haverá um certo coeficiente de antagonismo entre o Objetivo Primário (atender a necessidades sociais do público) e o Secundário (garantir a sobrevivência da instituição e o interesse dos Agentes). [Haveria que se tomar] este conflito explícito para melhor tratá-lo,

para melhor inventar arranjos que lidem com essa polaridade de forma produtiva ... (idem, 129).

Os Objetivos Primários e Secundários das organizações, que resumem sua dupla finalidade, não são, entretanto, sempre coincidentes, o que impõe a necessidade de se introduzir métodos de gestão que possibilitem sua mediação e a produção de sínteses.

5.3- A GESTÃO COM FATOR DE EMANCIPAÇÃO DE SUJEITOS

As experiências de gestão por dentro do modelo de produção capitalista, como já pudemos ver, têm se fundamentado na renúncia e submissão e no controle e exploração do trabalhador. Vimos, também, que as formas de gestão do trabalho sob essas premissas se fizeram necessárias porque a produção, comandada pela lógica da mais valia, necessita tanto explorar o trabalhador (mais valia resulta, entre outros, de trabalho não remunerado) como produzir uma profunda cisão entre a produção de valor de uso e valor de troca, distanciando o processo produtivo com um todo das necessidades referidas à reprodução da vida. Dessa forma, o trabalho tende a se tornar dotado de pouco sentido, além de ser, sob muitos aspectos, penoso.

Sob essas condições, o trabalho só é realizado se for controlado, ou seja, imposto como uma exigência externa, o que, de fato, ocorre a partir de duas diretivas: a limitação das possibilidades de obtenção de renda pelo trabalhador, que em geral se esgota na venda de sua força de trabalho, estabelecendo-se assim uma relação de dependência do trabalho ao capital. Em segundo lugar, por meio da utilização de processos e métodos de gestão do trabalho que disciplinam e condicionam o trabalhador “às regras científicas do trabalho”. De Taylor, passando por Fayol e Ford ao Toyotismo, a regra geral tem sido a aposta na submissão ao trabalho concebido alhures e o controle do trabalhador.

Está implícito nesta argumentação de que uma gestão do trabalho em prol tão-somente da obtenção dos objetivos do capital pode ser alterada radicalmente se a sociedade for capaz de alterar os rumos e as formas de produção, ou seja, estaria na dependência de transformações macroestruturais. Essa linha argumentativa, já apontada anteriormente, é invocada por Antunes (2000), muito embora suas perspectivas políticas não se esgotem aí. Contudo, resta a seguinte questão: seria possível, por dentro do modelo cultural e

institucional hoje existente, produzir formas alternativas de gestão que consigam tanto produzir mercadorias como emancipar sujeitos?

Questão complexa, sem dúvida, mas que pode ser tratada sem maiores preciosismos. Em primeiro lugar, há que se considerar a diferença entre o que seja público daquilo que é privado. Gastão Campos (2000) apresenta uma interessante discussão para justificar a pertinência de um novo método de gestão tanto na esfera pública como na privada. Para ele, a diferença substantiva entre essas duas esferas diz respeito a um coeficiente de pertença ao público, ao controle público. Instituições privadas tendem a ter uma menor interferência na sua gestão por parte da sociedade; instituições públicas, em tese, tendem a ter uma relação mais estreitada. Assim, a partir deste ponto de vista, instituições públicas ou privadas se diferenciariam substantivamente pelo grau de interferência da sociedade como um todo em suas formas de organização e de gestão.

Esta diferenciação mensurada a partir de graus não significa, no entanto, em uma indiferenciação quanto à natureza institucional, estabelecida por parâmetros jurídico-legais vigentes. Essa distinção é importante, pois mesmo se considerando a presença em algum grau do interesse público nas instituições privadas, seus objetivos estratégicos são absolutamente diferentes e, portanto, pertinentes à esfera que lhe compete. E apenas lá. A extrapolação de interesses privados na esfera pública, além de um problema de ordem legal, se impõe como um problema ético.

O fato de instituições públicas e privadas diferenciarem-se em coeficientes de interesse público nas suas dinâmicas internas torna pertinente pensar-se em transformações na gestão organizacional em prol da emancipação do sujeito independentemente na natureza institucional. Contudo, particularmente no cenário de acirramento das disputas concorrenciais entre economias transnacionalizadas, no marco do neoliberalismo, é de se esperar iniciativas de sentido oposto, tendentes à reafirmação do papel e lugar construído pelo capital para o trabalho, que ocupa posição de recurso (meio) no processo produtivo.

Nas instituições públicas, por outro lado, “esperar-se-ia, em princípio, o predomínio do interesse público, mantendo sob controle as formas de privatismo ou de exclusivismo” (CAMPOS, 2000: 184). Embora o autor não tenha pensado um método de gestão às especificidades das naturezas institucionais públicas ou privadas, ou do setor

produtivo ou do setor dos serviços, ele pode ser aplicado em qualquer um destes espaços. Nossas reflexões serão conduzidas, como já afirmamos, às especificidades do trabalho em instituições públicas de saúde.

O que seria então o Método da Roda? Trata-se de um método para apoiar os coletivos organizados para a produção (em nosso caso, de atenção à saúde), no processo de análise e na tomada de decisão. Antes de tudo, é necessário realizar considerações sobre os dois primeiros conceitos já explicitados: apoio e coletivos organizados para a produção.

Apoio se refere tanto a uma atividade, como a uma função e a um efeito. Apoio enquanto atividade se inscreve como um trabalho exercido nas organizações, e diz respeito à ação colaborativa exercida por um agente externo ou interno às equipes/coletivos. Este agente colaborador tem sido chamado de Apoiador Institucional. Uma nova função, portanto. E o que são a função e os efeitos do apoio? Para que possamos responder a essa questão temos que nos remeter, novamente, a perspectiva de mudança institucional e reação dos grupos frente a elas.

Em primeiro lugar, é importante reconhecer que

sofremos pelo fato institucional em si mesmo, inevitavelmente: devido a contratos, pactos, comunidade e acordos inconscientes ou não, que nos unem reciprocamente numa relação assimétrica, desigual, na qual a violência necessariamente é exercida, na qual se experimenta necessariamente a distância entre a exigência (...) e os benefícios esperados. Sofremos com o excesso da instituição, sofremos também com a sua falha, com o seu fracasso para garantir os termos dos contratos e dos pactos, para tornar possível a realização da tarefa primária que motiva o lugar dos sujeitos no seu meio. Sofremos também, na instituição, por não compreendermos a causa, o objeto, o sentido e a própria razão do sofrimento que aí experimentamos (KAËS, 1991: 51).

Assim, toda instituição é uma construção de uma comunidade de interesses, cuja interação entre agentes ocorre, sempre, a partir de algum grau de desigualdade e assimetria entre eles e cuja exigência para cada um nem sempre será proporcional aos benefícios obtidos. Sofre-se, também, pelos excessos, faltas e falhas da instituição, que de alguma maneira impedem a realização dos termos dos contratos e que não permitem a

execução cabal da tarefa primária. Além disso, o sofrimento nas instituições tem origem no fato de que quase nada se sabe sobre as origens desse sofrimento, o que impede reações planejadas e eficazes. O produto disso, além de fantasias, é o sentimento de impotência: joga-se um jogo de cujas regras e efeitos pouco se sabe.

Kaës, por outro lado, sintetiza essas fontes originárias de sofrimento em quatro principais: sofrimento do inextricável (quando prevalece a confusão dos elementos ou a indiferenciação do elemento e do conjunto); sofrimento associado a uma perturbação da fundação e da função instituinte (ligado às falhas das formações contratuais implicadas na função instituinte); sofrimento associado aos entraves para a realização da tarefa primária; e sofrimento associado à instauração e à mensuração do espaço psíquico.

Se a vida institucional cotidianamente produz sofrimentos, em contexto de mudança institucional mais ainda, e as reações dos grupos/coletivos/equipes internas são as mais variadas e dependem de uma série de elementos e circunstâncias. Pichon-Rivière (1998) destaca que nestas situações é possível o aparecimento de angústia tanto na forma de medo da perda de um equilíbrio já obtido, como de ataque à nova situação para o qual o grupo ainda não se acha devidamente preparado. Essas angústias produzem resistências à mudança, independentemente da posição do grupo no jogo das relações, particularmente se sua tarefa estiver ligada aos fins institucionais, ou seja, relativamente mais distanciada dos núcleos decisórios institucionais¹⁰. O resultado disso pode aparecer no modo de grupo pré-tarefa, ou seja, de resistência do grupo ao projeto, sem, contudo, derivar primariamente de uma discordância mais profunda com suas bases teóricas e com suas formas operativas.

¹⁰ Essa afirmação é possível a partir de evidências empíricas. Trabalhando como apoiador em grupos cuja tarefa se vinculava mais proximamente ao núcleo do poder (apoiadores dos distritos de saúde) e com outros cuja tarefa estava ligada à atenção à saúde (Equipe AMDA/Campinas ou UBS Centro/Paulínia), foi possível perceber nitidamente essa diferença. No primeiro grupo, aquelas angústias também estavam presentes, só que operavam com menor efeito; no segundo, particularmente o medo da perda, independentemente da posição do sujeito na escala hierárquica, das suas preferências políticas ou da sua posição frente ao projeto de mudança, as reações à mudança tendiam a ser maiores. A ocorrência deste fenômeno se deve a uma conjunção de elementos, entre os quais: uma maior distância com a racionalidade política, administrativa e ideológica que preside o processo (está mais longe fisicamente dos núcleos de poder, logo se vê menos pressionado por um discurso tendente à indiferenciação); a percepção da totalidade do processo tende a ser menor, sendo guiado fundamentalmente pela eficácia de sua tarefa primária (há assim uma certa dificuldade de resignação frente a dificuldades de origem mais macro); e por uma tendência a limitar focos de análise ao circunscrito às especificidades do problema (ex.: falta médico por que a SMS não prioriza esse problema). Por outro lado, o primeiro grupo, por se auto-reconhecer como pertencente ao governo, tende a fazer uma adesão maior ao projeto, defendendo-o (quer por reconhecer as dificuldades, quer por inconscientemente negar problemas) e a realizar movimentos internos de indiferenciação, envolvendo, entre outros, pactos denegatórios.

É neste contexto que a atividade de apoio institucional se apresenta como um recurso importante de reconhecimento e tratamento dos sofrimentos institucionais.

E qual seria o efeito apoio institucional? O efeito desejado/esperado é que os grupos em geral e os membros da organização em particular, passem a reconhecer e atuar sobre as causas dos sofrimentos sob os quais se encontram, aumentando tanto sua visibilidade como sua capacidade de atuação. Dessa forma, em resumo, o apoio é um dispositivo que busca aumentar a capacidade analítica do grupo, cujo efeito esperado, para além desse, é um melhor cumprimento de suas tarefas primárias, em nosso caso, produção de saúde.

O efeito radical, contudo, seria a instauração de *Grupos Matilha* e de *Instituições Metafóricas*. Um efeito radical, mas paradoxal, pois são ao mesmo tempo causa e consequência. Isto se deve ao pressuposto de essa mudança resultar da própria produção distendida no tempo. Grupos/instituições matilha/metafóricas são sempre produções e muito pouco dependem de pressupostos prévios, a não ser como intenção, ou seja, como desejo de ser, de que existam, de que passem a existir. Resultam, então, de um acúmulo e aprendizado institucional, cuja ferramenta mais importante é a experiência. Dessa forma, o efeito esperado é a própria concretização de desejos, cuja existência só é possível no percurso da experiência.

A produção de grupos matilhas no sentido expresso por Guattari e Deleuze (1995) se permita ao movimento, à provisoriedade, à manutenção de distâncias variáveis entre cada um e os outros, entre a instituição e o grupo – um processo sempre parcial de indiferenciação; grupo que luta contra cristalizações de poder, contra as totalizações, as hierarquias fixas, contra um papel e lugar de líder como alguém a ser idolatrado, grupo cujo objetivo é a democratização das relações e a produção com desejo da tarefa primária. Grupos mais soltos, mais capazes de negociar, ou seja, de interagir, de fazer política, o que implica saber de si, de seus projetos, interesses e desejos, expressos como agir deliberado, em outras palavras, na forma de projeto. Enfim, um grupo capaz de perceber-se, de pôr-se em análise, uma exigência inextricável dos processos interativos.

Instituição metafórica, por outro lado, seria aquela que permitiria, no seio de sua gestão, a emergência de interesses, lógicas e racionalidades distintas daquelas que caracteristicamente se apresentam, em geral uma mono-lógica cristalizada (a do grupo dirigente, a dos proprietários, a dos grupos burocráticos mais fortalecidos, etc); uma instituição capaz de produzir a partir da diferença, diferença essa que explicita as diferenciações entre seus sujeitos. Contudo, a função metafórica não pode prescindir de uma ação eficaz, ou não seria capaz de reproduzir-se, muito menos de manter seu valor de uso. Lembremos: produzir na diferença não implica abdicar-se da eficácia, a exemplo do grupo em estágio projeto, de Pichon-Rivière. Uma instituição de saúde, investida de sua função metafórica, não pode deixar de produzir saúde; espera-se, sim, que produza melhor, à medida que se introduz no desejo do sujeito o próprio desejo da instituição e vice-versa. Uma “amálgama cambiante”, nunca cristalizada a ponto de impedir novos investimentos e novas amálgamas e novas sínteses.

Quais seriam, a partir de então, os requisitos e condições para a realização dessa atividade e função? *Há de se ter vontade política, condições concretas e método.* Detalhemos cada um destes aspectos no que diz respeito ao nosso tema de discussão.

Por vontade política entendemos o desejo e o compromisso com a instalação de arranjos e dispositivos com vistas ao redesenho institucional comprometido com a democratização e a produção de sujeitos. Nessa medida, vontade política manifesta os desejos, as intenções e os pressupostos dos sujeitos, elementos que, por sua vez, dão sustentabilidade ao projeto político, instrumento norteador e balizador do agir intencional. Nessa medida, vontade política é ainda o que é manifesto enquanto discurso dos sujeitos, enquanto vontade de ser, vontade de agir e vontade de transformar.

Mario Testa (1992), em seu já bastante conhecido Postulado de Coerência, chama a atenção, nesse sentido, para o fato de que os projetos de intervenção, expressão das vontades, correm o risco de se resumir a apenas um discurso, sem um maior comprometimento, envolvimento e consequência com o cotidiano. Os pressupostos políticos dos discursos, concretizados em propostas, devem estar em sintonia, ou em coerência, como diz Testa, com dois outros importantes elementos: os métodos utilizados para alcançá-los e a organização das instituições encarregadas de atingir tais propósitos.

Para Testa, coerência é uma relação necessária, ou seja, uma situação impreterível sem o qual o resultado da ação será, possivelmente, o fracasso. Ou seja, a função metafórica das instituições, para se expressar, necessita de método(s) e de arranjos organizativos que são, ao mesmo tempo, condição de sua existência e a possibilidade de sua manifestação, assim como também se apresenta com a sua própria possibilidade de existência discursiva.

É neste sentido que uma segunda condição para a realização da atividade/função de apoio institucional, que chamamos de condições concretas, se apresenta. Condições concretas se referem, em boa parte, à estrutura, organização e atuação institucional, ou seja, diz respeito a seus arranjos organizacionais internos e dispositivos utilizados para o seu funcionamento.

Os conceitos e o pensamento têm força material. Uma velha máxima marxista. Formas de pensar o mundo criam o próprio mundo, o Real. Formas de conceber as relações são elementos estruturantes delas. Marx, contudo, não se deixava arrebatar pelo mecanicismo: há uma relação dialética entre formas de pensar e de atuar/viver, as quais se co-produzem. Não haveria, neste sentido, uma ação genética exclusiva ou de mão única. Assim, para além de se pensar formas de democratizar as instituições, há de se reinventar suas formas organizativas, que por sua vez ratificam aquelas. A práxis colocaria tudo em relação, reordenando-as às intenções dos sujeitos. A força material do pensamento é também, sobretudo, uma forma de pré-conceber – no sentido da predição, ou da visualização de experiências, possibilidades, tecnologias, etc., antes mesmo do tempo real, prévio, portanto, a sua realização. Induz posturas, comportamentos, mas sugere, também, formas concretas, arranjos que permitem sua expressão e existência real.

Quais seriam, neste sentido, as condições objetivas para o estabelecimento da atividade/função de apoio institucional, intuídas ou imaginadas em suas bases discursivas? Sendo um mecanismo com o objetivo de democratizar as relações, sugere que sejam desenvolvidas ações organizacionais em coerência a este pressuposto. Nada além do que já disse Mário Testa. O que seria, então, democratizar as instituições? Sob o risco da repetição diremos: permitir um processo mais amplo de co-governo, a partir das premissas da autonomia e da responsabilização. Quais seriam os arranjos institucionais que melhor

permitem esse propósito? Começemos a discussão pelo plano mais macro-institucional, para depois dirigi-la para espaços mais micro-localizados.

Gastão Campos (2000), na discussão que desenvolve a respeito das manifestações concretas do taylorismo nas organizações, percebeu que as disposições internas do poder, expressos formalmente nos organogramas organizacionais, permitiam a reprodução do discurso taylorista na vida concreta das instituições, sobretudo, na sua gestão. A distribuição do poder em geral ocorre na forma piramidal, com a cúpula diretiva (e seus assessores e staff) posta no topo, área técnicas e de apoio/meio dispostas intermediariamente, e as atividades fins, na base da pirâmide.

As formas de intercâmbio entre esses três níveis obedecem à lógica hierárquica, ou seja, por ascendência vertical de informações, reivindicações, avaliações etc., pelo uso, mormente, de coordenações/supervisões; ou pela intermediação de delegações ou grupos representativos que interagem como níveis em geral imediatamente superiores. Nos dois casos, percebe-se que há entraves que tendem a congestionar o fluxo e a impedir interlocução direta entre agentes de níveis distintos; da mesma forma, como cada uma das instâncias funciona a partir de determinação e subordinação a regras, normas e protocolos, processos colaterais de intercomunicação são pouco usados, até porque não seriam, em tese, necessários. A lógica que preside estas instituições age com força transcendente sobre os sujeitos, impondo-lhes uma forma de agir e de ser, na qual a submissão é a regra geral. Assim se faz, assim se pensa, porque está assim decidido. O tempo cristalizado na norma, na hierarquia.

Organizações sobre esses ditames tendem a desenvolver outras linhas de poder, mais ocultas, e que não aparecem nos organogramas e que, muitas vezes, exercem peso real maior que a própria linha de poder “conhecida”. Esse indicativo sugere, pelo menos, que tal rigidez e fixação às normas não é capaz de controlar a ação instituinte das pessoas, e tão pouco supre a totalidade das necessidades institucionais, pois se existem outras formas que operam com força e poder na organização, para além daquelas previstas em suas linhas de mando formais, é porque estas não são suficientes. Talvez nem necessárias.

Contudo, mesmo em que pese essa argumentação, essas linhas segmentadas que estabelecem cortes verticais entre níveis com funções distintas tendem a produzir uma série de entraves administrativos, políticos e técnicos, os quais comprometem a execução das tarefas primárias, produzem processos de subjetivação não emancipatórios e descompromisso com o trabalho. Como diz Campos,

... o estilo de governo e a estrutura de poder nas organizações condicionam e determinam comportamentos e posturas. Um sistema de poder altamente verticalizado, com tomada centralizada de decisões, tende a estimular descompromisso e alienação entre a maioria dos trabalhadores (CAMPOS, 1999: 395).

A partir dessas constatações, o autor vai propor uma série de transformações na estrutura de poder/mando e no trabalho, com vistas a tornar as instituições capazes de produzir mais e melhor e de constituir sujeitos identificados com um fim institucional que lhes é pertinente. Em suma, recompor o trabalho em sua dimensão ontogenética. E quais as diretrizes que regeriam essas mudanças? Duas delas no campo da saúde se constituem em diretivas substantivas: reordenação do trabalho com vistas a diminuir a alienação e produzir atenção à saúde segundo os princípios do SUS; e organização de gestão colegiada.

A alternativa à organização verticalizada e mesmo aos pressupostos da “escola matricial”¹¹ seria a promoção de transformações estruturais na ordem governamentativa das organizações, eliminando linhas intermediárias (a bem da verdade, como veremos, redefinindo-as) entre as áreas fim e instâncias decisórias. Isso seria possível a partir de um processo de reorganização do trabalho (e sua estrutura e dinâmica), para o que o autor introduz a idéia de **Unidade de Produção**.

Um primeiro passo na criação deste novo Método foi sugerir a modificação dos Organogramas dos serviços de saúde, em geral, inspirados no fayolismo e taylorismo, criando ‘Unidades de Produção’. Extinguir os antigos departamentos e seções recortadas segundo profissões, e criar outras Unidades mais conforme as lógicas

¹¹ Sugere a articulação matricial por meio da estrutura organizacional, para a qual não se propõe uma efetiva reestruturação. A utilização de dispositivos matriciais transitórios, segundo a proposta, permitira uma melhor comunicação entre os profissionais, aplacando assim a desintegração do trabalho. Para maiores detalhes, consultar CAMPOS, 1999.

específicas de cada processo de trabalho. Todos os profissionais envolvidos com um mesmo tipo de trabalho, com um determinado produto ou objetivo identificável, passariam a compor uma Unidade de Produção, ou seja, cada um destes novos departamentos ou serviços seria composto por uma Equipe multiprofissional (CAMPOS, 1998: 865).

O trabalho no campo da saúde, tanto em hospitais como na saúde pública, tem sido organizado por meio de Departamentos (médico, de enfermagem, nutrição e dietética...), os quais agregam a totalidade dos agentes e funções que dizem respeito a seu núcleo de saber e de responsabilidade. Assim, independentemente do lugar de inserção real na organização, cada profissional estaria ligado e subordinado administrativa e tecnicamente a estas instâncias, que são investidas de poder gerencial e político. E quais as conseqüências desse arranjo? Em primeiro lugar, há uma distância, uma desvinculação entre a inserção real de cada um dos agentes e sua inserção formal na organização, que ocorre por meio de organismos que o agrega e o vincula a seus pares (Departamentos ou similares), a partir do que sua inserção efetivamente se estabelece.¹² Por sua vez, este distanciamento dificulta a integração de cada um com as equipes de trabalho à qual pertence ou com a qual interage, já que, do ponto de vista formal, sua subordinação não está neste nível. Aliás, a construção de cada núcleo de trabalho para a conformação de um certo campo (aqui entendido como a totalidade terapêutica pertinente à unidade de tratamento) é definida também alhures e tende a seguir uma certa tradição cultural da organização. Em certa medida, o peso da tradição, derivado em geral da correlação de forças entre os distintos agentes, tende à reprodução das relações, formas de trabalho, etc.

Essa dificuldade de integração, essa distância entre a atividade primária, lugar que vincula o indivíduo à organização, tende à burocratização e à pouca interação. Embora em cada unidade de assistência/atenção/tratamento tenha chefias imediatas, estas, em geral, pouco dizem respeito à organização do trabalho em si, restringindo-se a questões

¹² Exemplo claro dessa situação é o Corpo Clínico dos hospitais, organismo ao qual o médico está vinculado. Assim, mesmo sendo muitas vezes um funcionário da instituição, com quem efetivamente estabelece as relações contratuais de trabalho, a definição de sua inserção é feita por intermédio do Corpo Clínico. Assim, além de instância técnica, com funções éticas e políticas (defende interesses da corporação), é esse organismo que preside a lógica de inserção do profissional nas unidades de tratamento e instância última de definição das formas de trabalho. É neste sentido que a introdução de dispositivos matriciais tende a ter uma baixa eficácia, pois não mexem, nem alteram as estruturas molares que conformam a atuação e a cultura organizacional.

administrativas, particularmente em relação a aspectos da manutenção, funcionamento, gestão de tempos (principalmente para a equipe de enfermagem) etc. Este arranjo tende a retirar quase que a totalidade dos recursos de poder das instâncias que executam as atividades fins, as quais se localizam no Corpo Clínico, na Coordenação/Departamento de Enfermagem, na Administração Geral e assim por diante. Conforme Campos (idem), a Teoria Contingencial aposta que a introdução de dispositivos matriciais transitórios - como reuniões, programas e projetos elaborados conjuntamente - seria suficiente para resolver os problemas inerentes a essa disposição organizacional. O autor, contudo, afirma que esses dispositivos contribuem para a produção de mudanças, mas não garantem a sua permanência; além do mais tendem a não superar a lógica que preside a estrutura e o funcionamento das organizações, podendo se apresentar, muitas vezes, como componentes de uma “farsa institucional”.

A idéia-conceito de *Unidade de Produção* retifica radicalmente a forma tradicional de organização do trabalho, a partir do pressuposto de que é o fim da organização, sua razão de ser, que deveria fundamentar sua estruturação e forma de funcionamento. Uma unidade de produção se articula e se estrutura a partir da identificação de objetivos ou produtos/serviços comuns, a partir do que se organiza o trabalho. A pergunta norteadora para essa reestruturação seria: Quais os principais objetivos e produtos do trabalho a serem realizados? É a partir da discussão coletiva desta questão que se identificariam Unidades de Produção, que passariam, por sua vez, a organizar processos de trabalho e a compor e articular os recursos e meios para a sua efetivação.

Dessa forma, uma organização de saúde poderia contar com várias unidades de produção nas áreas meio e fim, de acordo com suas especificidades (de pediatria, de gineco-obstetrícia, de ambulatório, etc...). No tocante às práticas de atenção à saúde, as unidades de produção passariam a ser articuladas por *Equipes de Referência*, ou mini-equipes de referência. E por que haveria de se ter estas equipes? Como se estruturam e funcionam? Para que servem? Além de se apresentarem como um novo arranjo para a organização do trabalho em saúde, essas equipes constituem um novo sistema de referência entre usuários e profissionais, ou seja, um mecanismo de produção de vínculo terapêutico e de responsabilidade.

Passaríamos a ter, então, Unidades de Produção, organizadas a partir da identificação de objetivos ou produtos comuns, que seriam compostos por Equipes de Referência. Estas equipes, por sua vez, se organizam a partir de um contrato entre seus membros, no qual se estabelece a função nuclear de cada um – seu núcleo de responsabilidades e competências –, e o campo de responsabilidades e competências atinente a todos os elementos da equipe. Os conceitos de campo e núcleo de competências e responsabilidades foram introduzidos também por Campos (1997a: 248-9), que os apresenta como um dispositivo para a definição do trabalho das equipes em geral e de cada membro em particular. A partir disso, afirma o autor,

O desenho final de cada serviço (...) já seria uma primeira etapa do processo de gestão participativa. (...) Sempre sujeito a reformulações, porque, de antemão, saber-se-ia e admitir-se-ia, em princípio, a sua imperfeição (CAMPOS, 1998: 866).

As equipes passam a contratar responsabilidade pela atenção à saúde de um contingente populacional (no caso da saúde pública) e de usuários/pacientes/casos (na assistência hospitalar, ou em equipamentos intermediários), visto que os conceitos centrais que passam a reger a lógica de sua atuação são a adscrição de clientela e o vínculo, que, por sua vez, tendem a ampliar a responsabilização da equipe por cada caso. Dessa forma, cada equipe multiprofissional assume o compromisso de prestar atenção integral a uma parcela de usuários, para os quais estabelece planos/projetos terapêuticos, ou seja, propostas de atuação individualizadas, que no seu conjunto definem as estratégias de intervenção e as necessidades de troca/intercâmbios colaterais e interinstitucionais.

A partir disso, cada equipe passaria a conhecer o mais possível sua clientela, que conhece sua equipe, os responsáveis pela atenção à sua saúde. Atenuar-se-ia, em boa parte, a impessoalidade dos serviços de saúde em geral e os públicos em particular e quebrar-se-ia a espinha dorsal das estratégias do “não-contrato”, ou seja, da não responsabilização. As máximas “nenhum paciente sem responsável técnico” e “cada usuário tem direito a uma equipe de saúde”, passariam a reger essa nova lógica de organização dos serviços de saúde. Trataremos, mais adiante, de apontar as vantagens dessa nova geometria do trabalho em equipe para os próprios membros das equipes.

As equipes de referência, por outro lado, passariam a trabalhar a partir do conceito de polivalência funcional, ou seja, os profissionais deveriam passar a atuar a partir da ampliação de seus núcleos de trabalho, rompendo com a tradicional rigidez imposta pela cultura da especialização. Este aspecto é de fundamental importância na rede básica, pois a ampliação da resolutividade é fundamental para se permitir ao conjunto da população o acesso a um sistema equânime e universal. Contudo, essa polivalência não implica o rompimento com a tradição das especialidades (naquilo que deve ser preservado), senão uma perspectiva de alargamento do escopo das responsabilidades e competências, rompendo com o especialismo. Assim, por exemplo, um gineco-obstetra deveria atuar também como clínico (para o qual possui formação/capacitação), e recorrer a essa especialidade [ou outras], tão-somente, quando seu núcleo de competências estiver esgotado e não de forma apriorística. É óbvio que essa diretriz da ampliação do núcleo não deve ser obtida a partir de uma perda de eficácia ou da ampliação do risco para o usuário. Para tanto, faz-se necessário implantar atividades de educação continuada, articulada sob as mais variadas formas. Mas por que essa ampliação é necessária, se o risco de perda de eficácia é inerente a ela?

Particularmente porque quem melhor conhece o usuário é sua equipe de referência, que assim dispõe do melhor dos recursos terapêuticos, que é a clínica baseada no vínculo e na responsabilização. Ademais, as referências especializadas carecem, em geral, de maiores coeficientes de comprometimento com o usuário [apesar de se verificar uma certa ampliação dos predicativos da humanização da assistência], cuja racionalidade da atenção se reduz às especificidades das patologias. No que se refere às especialidades, suas estratégias diagnóstico-terapêuticas deveriam começar quando terminassem as da equipe ou profissional de referência. Sem isso, ampliam-se os custos para o sistema, à medida que se induz o uso de tecnologias e de técnicos especializados, cujo ônus, entre tantos, é a produção de uma escassez relativa para casos que deles prescindem. O conceito de equidade às avessas.

Essa questão, inclusive, é nevrálgica no sistema de saúde. As referências especializadas, na maior parte dos casos, estão fora do SUS, particularmente nos municípios médios e pequenos. Assim, o gestor municipal se vê obrigado a produzir

contratos de prestação de serviços, nos quais nem sempre dispõe de poder suficiente [às vezes nem vontade política] para atrair esses profissionais ou mesmo para fazer com que se adaptem às especificidades do serviço público. Esse contexto permite a ampliação das iniquidades sociais, à medida que favorece “cobranças por fora” e dificulta o controle sobre as atividades privadas.

Mesmo assim, o SUS tem avançado na direção de ampliar seu leque de ofertas para promover assistência integral, sobretudo pela introdução de mecanismos de gestão, entre os quais o PDR (Plano Diretor Regional) e o PPI (Programação Pactuada e Integrada)¹³. A luta, neste sentido, envolve desde capacidade técnica e criatividade gerencial, até a instituição de mecanismos administrativos e políticos com vistas a quebrar a cultura médica, desresponsabilizada com as necessidades dos usuários. Essas medidas todas necessitam de envolvimento da população e vontade política do gestor, e as estratégias para uma efetiva cooperação entre serviços públicos e serviços privados e profissionais liberais podem envolver desde controle público (auditoria e avaliação...), instalação de ouvidorias, até a implementação de contratos de co-gestão, conforme já anunciamos.

Por outro lado, é importante que o SUS municipal invista em recursos terapêuticos próprios, tanto no que diz respeito à capacidade física instalada, quanto a contar com especialistas em seus quadros. É óbvio que esse investimento deve estar de acordo com as necessidades e capacidades dos municípios, que podem contar com iniciativas individualizadas ou contar com mecanismos de articulação loco-regionais na área da saúde, o que de fato já existe na maioria das regiões do país. Apesar de não contar com avaliações destas atividades, é de supor que, dado à correlação de forças e a presença da cultura médica fortemente enraizada em interesses corporativos, estejam colonizando essas iniciativas na forma, entre outras, de drenagem de recursos públicos para instituições privadas. Apenas uma especulação, mas sem dúvida um bom tema de investigação.

Mas voltemos às equipes de referência. Elas necessitam, para garantir a execução dos projetos terapêuticos, ou seja, para dar seguimento aos casos e garantir a eficácia de suas ações, de referências especializadas, com as quais estabelecerá todas as

¹³ Previstos na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS).

interconexões necessárias. A integração entre serviços é de responsabilidade do gestor da esfera de competência, que dispõe de instrumentos administrativos e jurídicos para fazer com que ela aconteça. Contudo, como afirmamos acima, essas referências se constituem ainda o “Calcanhar de Aquiles” do sistema, pois, muitas vezes, não pertencem diretamente ao SUS, tendendo, por isso, a impor seus interesses à esfera pública. Nesses casos, a solução é produzir alternativas que gradativamente se aproximem dos princípios doutrinários do SUS. É uma questão político-legal e, sobretudo, ética. Mas também cultural: serviços e práticas de saúde foram sendo construídos como mercadorias e a área, como um todo, um campo econômico de relevância para produtores de serviços e insumos, para profissionais liberais, sobretudo médicos.

Mesmo nestes casos, por mais precários que sejam, há formas de cooperação. Mas a questão que se coloca é como propiciar que as referências especializadas estejam à disposição das equipes de referência. Em primeiro lugar, é necessário que se diga que as referências especializadas deveriam ser acionadas tão-somente a partir do processo de deflagração da atenção pelas equipes de referência, salvo situações acordadas em protocolos, que em geral envolvem situações de urgência-emergência. Do ponto de vista técnico, nada explica o uso imediato pela população de serviços especializados, e isso tem ocorrido devido à baixa resolutividade, à burocratização dos serviços, à clínica degradada e à desresponsabilização, que induzem a população “inventar outros circuitos e itinerários” para dar conta de suas necessidades. Engrossar filas de prontos-atendimentos, recorrer a automedicação e a busca de atendimento via SUS com PF (pagamento por fora), entre outras, são estratégias corriqueiras, que para o gestor são sintomas do funcionamento inadequado do sistema de saúde sob sua responsabilidade.

Assim, se o sistema como um todo não funciona adequadamente (com eficácia e rapidez), a exigência de encaminhamentos para as especialidades passa a ser além de imposição burocrática, também um mecanismo corruptor do sistema, porque induz as pessoas a buscar alternativas, que em geral ferem seus princípios de cidadãos, particularmente como detentoras do direito à saúde [de relevância pública] e envolvem algum tipo de desembolso direto, dissolvendo a perspectiva de acesso universal. Diante disso, defendemos a tese de que as referências especializadas básicas devam estar o mais próximo possível das equipes de referência.

As referências especializadas básicas são definidas pelo próprio sistema, que assim as considera a partir das demandas, capacidade instalada e necessidades de saúde da população. A proximidade, da mesma forma, como um mecanismo de descentralização, não pode ser acionada pela promoção de uma pulverização de serviços e recursos, o que aumenta custo e diminui a eficácia. Todavia, devem ser ágeis e orientadas pelas necessidades de cada caso. No que se refere às equipes de referência, sugere-se, para aquelas unidades de produção que o comportam, que disponham no próprio estabelecimento apoios matriciais especializados, os quais entram transversalmente no processo de trabalho. Esse apoio matricial se apresenta como uma oferta para a totalidade das equipes, que aciona esses apoios a partir de contratos, sob os quais se estabelecem as formas de encaminhamento, seguimento e retorno, o que pode ser especificado em protocolos.

Neste caso, todavia, como as equipes de referência e as de apoio especializado se encontram na mesma área física, há de se estimular e se instituir formas de intercâmbio mais ágeis e resolutivas entre essas duas faces que constituem o serviço. Para tanto, sugere Campos (2000, 147-9), devem ser acionadas algumas modalidades de Espaços Coletivos, com o propósito de se desburocratizar as organizações, como dispositivos de participação na forma de “assembléias entre usuários e trabalhadores, reuniões ocasionais, sessão para discussão de casos, oficinas de planejamento, grupos com funções específicas e assim por diante”. Além desses dispositivos de existência efêmera, sugere o uso disseminado do “diálogo e tomada de decisão no cotidiano”, em tempo real, no imediato do acontecimento, espaços improvisados de acertos e tomadas rápidas de soluções. Esses espaços detêm grande capacidade de resolução de problemas, de construção de novas possibilidades de trabalho e de intercâmbio entre as pessoas. Sua instituição, contudo, implica uma postura gerencial diferenciada, pois se descentraliza a tomada de decisão, cabendo ao coordenador/gerente muito mais do que decidir pela equipe, orquestrar o processo multirreferenciado de inúmeras micro-decisões, constituindo, assim, um agenciador, um dispositivo de engendramento das pessoas e processos.

Dessa forma, a articulação entre os membros das equipes e entre os serviços que compõem a unidade, além de ocorrer por meio de instâncias presentes na estrutura organizacional - os conselhos e colegiados de gestão –, se estabelece por outros espaços, onde as equipes deveriam ser estimuladas a produzir novas possibilidades de intercâmbio e de concertação de interesses, a partir de dispositivos que podem ser acionados sempre que necessário. Assim, a realização de reuniões, assembléias, oficinas etc. incrementa a articulação e harmonização do trabalho, aumentando a eficácia das ações. Mais que isso: demonstram que é possível resolver problemas e encontrar soluções a partir de decisões tomadas no cotidiano, perspectiva praticamente ausente em instituições excessivamente burocratizadas.

Além disso, o segundo elemento apontado por Gastão Campos é de fundamental importância, pois boa parte das dificuldades ou entraves do trabalho pode ser resolvida e encaminhada a partir de “conversas rápidas” entre as pessoas - com ou sem a mediação de coordenador ou outro terceiro, no espaço do consultório, do corredor etc., - que podem produzir acordos, acertos e encaminhamentos, sem esperar, por exemplo, que se convoque uma reunião, ou que o assunto seja previamente discutido e aprovado nas instâncias colegiadas de gestão, ou pela direção da unidade. É bem provável, por outro lado, que muitas dessas decisões necessitem ser discutidas nesses fóruns; contudo, como elas dizem respeito particularmente a aspectos ligados à atenção à saúde, campo em que os profissionais têm autonomia e capacidade de decisão, decisões *ad referendum* são legítimas e necessárias. Levar essas questões para instâncias colegiadas faz parte, isto sim, de um esforço de coletivização de decisões, as quais têm reflexos, em alguma medida, no trabalho de outras pessoas/equipes, como também são importantes elementos da aprendizagem institucional. Além do mais, realiza-se controle e vigilância sobre tentativas de colonização das relações/instituições por interesses privados, um risco constante. Mas a aposta maior é no senso de responsabilidade e na produção do bem público. Uma aposta nos sujeitos.

Essas formas mais episódicas de se fazer gestão, se, por um lado, produzem uma nova plasticidade no processo decisório, com riscos de atomização [que podem ser controlados], por outro, agiliza e desburocratiza a assistência à saúde e contribui para que os serviços sejam mais eficazes e os trabalhadores mais satisfeitos como seu próprio

trabalho, que passa a ser realizado com um grau menor [e diferenciado] de conflitos. Dessa forma, espera-se que equipes e profissionais construam capacidade e interesse pela produção de trocas e intercâmbios, os quais se incorporariam no cotidiano do trabalho. Essa nova forma de fazer a gestão passa a depender mais das pessoas, as quais estão investidas de capacidade de decisão sobre os destinos de seu próprio processo de trabalho. Como diz Mario Testa, ter poder é ter a capacidade de decidir sobre o cotidiano¹⁴. Este novo modo de gestão desloca para os sujeitos as decisões sobre o cotidiano, ou seja, desloca poder para os sujeitos. Uma premissa fundamental: tirar poder das instituições e adicioná-lo aos sujeitos.

Mas, se as equipes e profissionais especializados não estão na mesma área física, como fazer com que os intercâmbios com as equipes de referência se agilizem? Em primeiro lugar, assumindo o pressuposto de que a responsabilidade de uma equipe de referência não se esgota quando seu núcleo de competência não é mais capaz de dar conta do caso. Isto é comumente observado em serviços em que predomina a clínica degradada, em que a responsabilização se esgota quando se consome o número estabelecido de atendimentos [as famigeradas fichas], em que o encaminhamento se resume apenas à emissão de um laudo, sem saber ao certo que ele se efetivará, nem quando, naqueles serviços em que o cardápio assistencial se resume basicamente a consultas médicas tipo queixa-conduta.

Quando a responsabilidade passa a fazer parte do núcleo organizador do trabalho da equipe, ela é sempre a referência, independentemente do lugar do sistema em que está o usuário. É claro que em outras unidades de atendimento ele terá outros profissionais responsáveis; contudo, quase sempre [com algumas exceções] a referência é sua equipe da unidade básica. Essa condição implica que as próprias equipes de referência necessitarão propor formas de intercâmbio, sendo elas também as principais monitoradoras desse processo. Esse interesse não deverá ser menor das equipes que são contra-referência, que passam a compor seu quefazer a partir do trabalho das equipes básicas. Essas pactuações terão por fóruns preferenciais Conselhos de Gestão, Câmaras Técnicas etc.,

¹⁴ Em suas palavras: “O poder cotidiano implica em Poder societário, porque o tipo de sociedade a ser construído implica o que fazer e como fazer quotidianos, âmbito onde estão localizados mecanismos de dominação pessoal que reproduzem, na escala dos indivíduos, a dominação de uma classe pela outra” (TESTA, 1992: 118).

instâncias que congregam organismos e serviços de todas as unidades/organizações que participam/cooperam com o SUS.

Aqui entramos na discussão sobre a política de gestão para o sistema e os serviços de saúde. Comentamos até aqui a reorganização do trabalho a partir da implementação de Unidades de Produção e de Equipes de Referência com Apoio Matricial Especializado. Se estas são “novas estruturas” no arranjo organizacional e do processo de trabalho, de que forma se imagina realizar o processo de governo do sistema e dos serviços de saúde? Lembremos, antes de continuar, dois dos elementos que Testa (1992) aponta em seu Postulado de Coerência: arranjo das organizações e método para fazer com que elas funcionem. Por método podemos entender os caminhos, os percursos construídos para a obtenção dos fins desejados, ou seja, método é um meio que se aposta por deter intrinsecamente capacidade de eficácia. Dessa forma, não é apenas um caminho qualquer, mas percursos e recursos intencionalmente construídos e escolhidos para a obtenção dos fins desejados. Mario Testa ilustra essa questão com o exemplo do propósito de se produzir instituições democráticas, cujo método deve ser a democracia, cujo efeito deve propiciar a democratização das instituições e das relações.

O novo arranjo institucional que se propõe para os serviços de saúde, com linhas de mando mais horizontalizadas, parte do pressuposto de que as instituições conseguem produzir mais adequadamente serviços/produtos se forem co-governadas. A partir de então, sugerem-se alguns mecanismos e dispositivos, todos eles coerentes com os pressupostos da co-gestão. Cada uma das instâncias/serviços/equipes pertencentes à unidade de saúde produzirá sua gestão a partir do co-governo, ou seja, pela constituição de rodas/espacos coletivos (CAMPOS, 2000), ambientes físico-temporais para a produção de pactos necessários para a realização do trabalho em saúde. Dessa forma, para o co-governo se necessita de arranjos organizacionais coerentes com seus fins. Uma obviedade, sem dúvida. Mas absolutamente necessária de ser enunciada, pois a utilização corriqueira de termos vinculados a ideais libertários por instituições descompromissadas com esses valores tem levado à vulgarização semântica, com a conseqüente destruição do sentido das expressões. Assim, não bastaria anunciar a participação, a democratização e valorização dos sujeitos nas organizações sem se implementarem, na mesma proporção e medida,

condições objetivas para a sua viabilização. Por outro lado, como entende Bobbio (1994), não bastaria apenas a instituição de espaços formais para a concretização da democracia, mas a implementação de processos que efetivamente propiciem que esses espaços sejam produtores de novas relações, mais democráticas.

O pressuposto de um sistema co-governado implica a disseminação de suas estratégias em todos os processos que envolvem trabalho e gestão. Assim, cada unidade de produção e suas equipes passariam a ser co-governadas, distinguindo-se arranjos e processos. Uma equipe escolhe seu coordenador¹⁵ e institui os espaços coletivos para a produção de seus processos, que em geral são de duas ordens: reuniões plenárias entre todos seus membros e colegiados de gestão, composto por membros representantes das distintas composições do próprio processo de trabalho (por área, por categoria, por função, etc). A participação eventual ou constante, dependendo do caso, de usuários nestas rodas permitiria uma sintonia ainda maior entre serviços e necessidades sociais.

A partir de então, as equipes passariam a exercer suas atividades de gestão ligadas aos processos estabelecidos nestes espaços e neles se construiriam as pautas de discussão que, necessariamente, devem ter espaços para questões de ordem administrativa (repasso de informes, decisões sobre demandas externas oriundas de outros fóruns de gestão, etc), e questões de interesse do coletivo, um espaço para discussões de interesse da própria equipe, tanto no que se refere ao processo de trabalho em si, como das relações interpessoais. Seria importante evitar que estes espaços se tornassem tão-somente mecanismos de passagem de informações ou de decisão sobre questões administrativas, retirando-lhes seu aspecto mais importante, que é a análise e a tomada de decisão a respeito de questões e dificuldades expressas no cotidiano.

¹⁵ Em se tratando de equipes, essa escolha entre pares é relativamente tranqüila. Contudo, quando se trata da escolha de coordenador/gerente de serviços/unidades de saúde, o contexto político pode impor uma série de formas de escolha, visto que este lugar institucional é estratégico na viabilização da política municipal de saúde, ou seja, do projeto político. Serviços de saúde são os lugares da realização do valor de uso da saúde, constituindo-se assim em um lugar estratégico, e quando se assume o governo com o propósito de produzir mudanças na gestão e no modelo de atenção, a escolha de gerentes passa a ser um elemento substantivo para a efetivação dessas mudanças e, assim sendo, podem se instituir mecanismos intermediários de escolha, como a indicação de listas tríplexes ou mesmo, num primeiro momento, indicação dos nomes para ocupar esses cargos. Contudo, essas situações deveriam ser parciais e transitórias, pois o propósito maior de um projeto é que ele consiga construir-se para a maioria das pessoas como a melhor alternativa e essa é uma tarefa substantiva da política: convencer as pessoas dos efeitos das proposições, o que se dará, senão, pela experiência institucional, ou seja, pelo fazer.

Estes espaços de produção coletiva têm um caráter deliberativo importante. É claro que muitas das decisões necessitam ser processadas por instâncias formais, ou estaríamos a produzir um tal grau de labilidade organizacional (aproveitando outra expressão de Mario Testa) que se colocariam em risco os fins das instituições. Contudo, é importante que esses espaços se efetivem como verdadeiros espaços de produção, ou não serão capazes de produzir as mudanças que se imagina nos processos de trabalho e sobre os processos de subjetivação. Nesta medida, são instrumentos de encurtamento do tempo entre a análise e a tomada de decisão, além de se constituir mecanismo de envolvimento das pessoas, da produção de novos objetos de investimento, de aumento do coeficiente de implicação, de vontade, de compromisso, cimentos de qualquer contrato.

Os coordenadores de cada equipe constituem a base da formação da co-gestão da unidade de produção, que também tem um coordenador, assessorado por outras pessoas nas atividades/funções administrativas, financeiras, de recursos humanos, de especialidades etc..., dependendo do porte do serviço/unidade de saúde. Assim, se constitui um Conselho de Gestão, entidade executiva mais importante da instituição, que deverá contar também com assembléias. Cada um destes fóruns é organizado internamente a partir de estatutos, que estabelecem suas normatizações e regras de funcionamento, o que lhes garante existência e funcionalidade independentemente do contexto político¹⁶.

Pensar-se um serviço de saúde qualquer, uma Unidade Sanitária/Unidade Básica de Saúde, uma Unidade Hospitalar, um hospital inteiro, um sistema de saúde sob essa perspectiva de co-governo é absolutamente pertinente. É por isso que se torna **fundamental**

... investir-se também em mudanças da estrutura gerencial e assistencial dos serviços de saúde, criando-se novos Arranjos que produzam outra cultura e outras linhas de subjetivação, que não aquelas centradas principalmente no corporativismo e na alienação do trabalhador do resultado de seu trabalho (CAMPOS, 1999).

¹⁶ É óbvio que estes arranjos não são eternos, nem perenes. Já assumimos esta posição. Contudo, sua inscrição formal enquanto estrutura/arranjo institucional permite a sua existência mesmo em contexto político em que a participação não esteja em voga, o que exigiria, para a sua eliminação, outros movimentos políticos além da vontade subjetiva dos novos governantes.

Este novo formato de gestão não altera apenas as formas de governo das organizações, mas produz profundos efeitos no desenvolvimento de sua atividade primária. Do ponto de vista conceitual, essa nova disposição das relações na gestão da saúde torna indissociável o campo da gestão e da atenção à saúde. Mormente, o que motiva e permite a participação de um número maior de pessoas na saúde se refere a questões sobre a atenção à saúde, que dizem respeito à produção de saúde. Temas percebidos como da gestão pouco dizem respeito, em geral, a este universo, sendo transferidos para a responsabilidade de coordenadores/gerentes ou do gestor e identificados como tal. As estratégias de exercício do governo, as práticas administrativas e a gestão dos processos estariam delegadas a certas áreas ou pessoas que delas se encarregariam.

Dessa forma, a gestão parece não integrar processos de trabalho. Por outro lado, o campo de gestão é, paradoxalmente, de grande interesse e relevância para as pessoas, porque a partir daí que se tomam decisões que produzem impacto sobre o cotidiano. Como então tornar possível a afirmação de que este campo é preterido por aquelas questões pertinentes à atenção à saúde? Particularmente porque a gestão, no cotidiano destes serviços, está esvaziada de poder deliberativo, portanto com capacidade de decidir, sobre questões substantivas, que são decididas em outros espaços de poder, onde os interesses de sujeitos desiguais são tratados de forma desigual. Reuniões secretas, acordos de gabinetes, contratos verbais que desfazem os formais e talvez estratégias menos elegantes fazem parte deste universo.

Sistemas de co-governo, ao contrário, interligam e conectam a gestão à assistência, tornando uma a consequência da outra e vice-versa, pois formas de prestar a assistência decorrem de decisões [explícitas ou não] da gestão, assim como formas de governar estão condicionadas ao modelo de atenção.

Essa relação de determinação e condicionamento entre gestão e atenção à saúde torna o trabalho muito mais complexo e, em certa medida, mais vulnerável. Cada atividade, postura ou decisão diz respeito a um todo que não pode ser negligenciado nem esquecido, pois está ligado a uma extensa teia de relações, cujo movimento em um espaço qualquer produz movimentos em cadeia em outros, cuja resposta na forma de tensão ou resistência pode ocorrer tanto na direção de cooperação e sinergia, como na forma de defesa e ataque.

Por isso, as organizações e seus coletivos internos ficam mais expostos a situações de crise, porque acolhem os conflitos no interior dos processos de gestão e de atenção; contudo, na mesma medida, ficam mais leves para lidar com estas situações, que passam a ser corriqueiras no cotidiano das pessoas. Analisar, criticar, propor, alterar, mudar e recompor passam a ser elementos construtores de novos processos de subjetivação, aproximando mais estes coletivos a Grupos Matilha.

É em função dessa nova dinâmica interna de processamento das relações e do trabalho, que se faz necessário ofertar dispositivos de suporte para esses coletivos, que necessitam aprimorar suas formas de lidar com problemas, sob o risco de hipertrofiarem sua pulsão de morte.



CONSIDERAÇÕES

FINAIS

Confesso que não sei se, no decorrer destes meses de trabalho de pesquisa e escrita, fiquei mais atento ao gozo, ao vôo desvairado, ou à cautela. Também não sei o quanto consegui controlar o processo de produção e aproximá-lo o mais possível de meu agir intencionado. Sei, contudo, que foi uma longa trajetória, com gozo e regozijo entrecortados de sofrimento e angústia. Mas chega de confissões para não atizar ainda mais a ira daqueles que acham que isso é subjetivismo, portanto de sentido anti-acadêmico. Mas não poderia deixar, nesta fase final, de apresentar um pouco do sujeito da pesquisa, já que com ele abri esse texto.

Em linhas gerais, o trabalho versou e tentou articular uma série de temas e estudos, que se iniciaram pela discussão do Sistema Único de Saúde. O SUS, na condição de política social pública, foi analisado em duas perspectivas centrais. Em primeiro lugar, sua emergência e formulação decorrem, entre outros, da produção de um entendimento de que a saúde é um direito inalienável de cada cidadão, expressando-se o caráter universal do sistema de saúde. Isto decorre, sobretudo, de uma concepção de Estado e de Sociedade, cuja relação deve resultar o mais possível de produção de solidariedade, de equidade e de justiça. Além do mais, a política de saúde brasileira, ressaltamos, se articula em um tripé de princípios que na prática viabilizam a tríade solidariedade, equidade e justiça, a saber: a descentralização, que implica a aproximação dos serviços e práticas aos espaços e territórios onde a vida concreta se desdobra; a participação social, entendida como a possibilidade de governo por parte da sociedade sobre os desígnios do sistema e, por fim, a integralidade, expressão da ampliação conceitual sobre o processo saúde-doença-atenção, cuja exigência impõe a superação da dicotomia entre o curar e o prevenir.

Em uma segunda perspectiva, apresentamos, de um lado, as diferenças das bases doutrinárias do sistema de saúde brasileiro, daquelas oriundas do ideário neoliberal, cuja tese central é a amputação de responsabilidades do Estado frente à sociedade como um todo, (re)arranjando os sistemas de proteção social a partir da perspectiva da formulação e implementação de políticas sociais residuais. De outro lado, apresentamos as transformações no próprio processo de mudanças dos serviços e práticas de saúde em curso com a implementação do SUS, apresentando, de certa forma, uma nova agenda para a saúde.

Da reinvenção macro-institucional do sistema de saúde, cujo resultado é a própria inscrição jurídico-legal do SUS, passando pela descentralização a partir de sua experimentação na diversidade das realidades municipais, à necessária recomposição dos modos de atenção e gestão dos serviços e práticas, apresentamos um conjunto de fatores que tem dificultado uma implementação mais radical do SUS.

Da excessiva normatização, da não superação da racionalidade gerencial hegemônica - tendente ao controle dos sujeitos e processos -, da não superação do modelo biomédico, às lutas incessantes contra as teses neoliberais durante toda a década de 90 e início do novo século, um conjunto de forças de constrangimento tem se apresentado como entrave à ampliação do SUS. Contudo, chamamos a atenção de que se faz necessária, além do enfrentamento destas questões, a reorganização dos modos de gestão e de atenção à saúde. Estes não se apresentam necessariamente como novos elementos para uma agenda sanitária, até porque eles se incluem naqueles componentes que apresentamos como entraves para a expansão do SUS. Contudo, na agenda para o SUS do novo século, esta é uma questão absolutamente central. Nossa tese principal.

A pergunta que se apresenta de imediato, no entanto, é como e a partir de quais pressupostos teóricos e práticos se poderia apostar na produção de novos sistemas e processos de gestão e na recomposição dos modos de atenção à saúde.

A partir desta questão, partimos para três novas empreitadas de pesquisa e estudo. Reinventar a gestão e os modos como se organiza e se oferta a rede e as práticas assistenciais, implica, de um lado, um processo cultural, que por sua vez implica a produção de novas relações entre sujeitos e de novos processos institucionais; de outro, a reestruturação das organizações, dos estabelecimentos de saúde.

A partir disso, passamos a estudar a produção de sujeitos e de subjetividade. A perspectiva destas discussões, longe de esgotar esses temas, teve por referência a produção de sínteses a partir da adoção de conceitos mais alargados de que sejam e de como se produzem sujeitos e subjetividades. Quanto ao primeiro destes temas, tomei por referência básica os estudos do professor Gastão W.S. Campos, cuja preocupação foi a de produzir uma “teoria ontológica” que ultrapassasse, ao mesmo tempo que incorporasse, elementos

de algumas matrizes teóricas, como a análise institucional, a psicanálise e o marxismo, entre outros.

O resultado deste estudo me permitiu compreender que os sujeitos resultam do engendramento de um conjunto de forças antinômicas, cuja resultante, enquanto singularização, é um sujeito complexo e inacabado, pois está em constante processo de construção. O efeito desta discussão para o conjunto das proposições de nosso trabalho foi a de permitir o entendimento de que a produção de novas contratualidades, portanto a contratação de tarefas e responsabilidades entre sujeitos, passa, necessariamente, pela produção de novos sujeitos. E essa é uma constatação radical: não haverá novas práticas, produções de novas co-responsabilizações e novos objetos de investimento, mais coletivizados e identificados com o bem público, sem a produção de novos sujeitos.

Na mesma perspectiva, busquei discernir o entendimento de sujeito de subjetividade. Sujeito, em primeiro lugar, não resume, nem totaliza uma certa produção subjetiva. Os modos de produção de subjetividade ultrapassam, vão além do plano da forma do sujeito, pois estão em todas as partes. Modos de subjetivação, assim como entendem Deleuze, Guattari, Rolnik e Benevides, por exemplo, decorrem de um plano complexo e heterogêneo de forças e fluxos, tanto extra, como intrapessoal.

A produção deste entendimento teve a potência de fazer compreender que modos de gestão, de organização das práticas e gestão de processos, entre outros, são elementos constituintes de determinadas formas de experimentar a existência e as relações com outros. Assim, reinventar as instituições, seus modos de organização, de gestão e suas ofertas de serviços, implicaria reinventar os próprios modos de produção de subjetividade.

Mas que modos de subjetivação e que sujeitos seriam tomados como efeitos de um processo de reinvenção dos serviços e práticas de saúde? O SUS, enquanto ideário ético-político, expressamos isto no capítulo 2, se apresenta com um conceito-ferramenta que valoriza e potencializa a vida. Sua manifestação fenomênica, na forma de práticas de saúde, busca organizar e ofertar ações cujo objetivo é a preservação e a expansão a vida (enquanto potência) de um sem-número de pessoas. Assim, apresenta-se como uma instância importante de produção de autonomia e liberdade para as pessoas, à medida que

produzir saúde, nas suas mais variadas facetas, implica produzir autonomia com o outro, amenizando e/ou libertando-o tanto do risco de adoecer, como dos efeitos do adoecimento, estes últimos enfrentados pelas ações de assistência propriamente ditas.

Nesta perspectiva, como poderia ser possível produzir liberdade com os outros que não fosse por sujeitos também livres? A produção de sujeitos mais livres, com subjetividades mais multirreferenciadas, deveria ser o propósito de qualquer projeto que se queira produtor de saúde. Mas sujeitos mais livres e subjetividades menos alienadas seriam produzidos a partir de quê?

A partir desta questão lançamos mão de um outro tema de investigação: o trabalho em geral e o trabalho em saúde em particular. Partimos da discussão se as novas modalidades impressas pelo processo de transformação do trabalho, deflagradas pela terceira revolução industrial, permitiam ou não a produção de sujeitos mais livres, criativos e autônomos. Esta discussão, além de complexa, não tem produzido muitos consensos entre os pesquisadores. A reengenharia dos processos de trabalho, grosso modo, tem permitido dois movimentos importantes: de um lado, a ampliação de cotas de trabalho vivo e, de outro, a desfragmentação do trabalho, entendido como o reagrupamento de um conjunto de atividades em equipes de trabalho, que passam agora a ser responsáveis pela execução de uma “tarefa-todo”.

Em abstrato, esses dois elementos corroboram para a produção de sujeitos mais livres, conquanto atacam duas premissas preciosas da racionalidade gerencial hegemônica: a fragmentação do processo de trabalho, indutor de alienação e a separação entre a formulação e a execução, que produz uma brutal distância e segmentação entre funções e categorias profissionais, como também entre a gestão das instituições e dos processos de trabalho da execução das tarefas primárias.

Quais seriam então os problemas deste processo de reengenharia e que implicações trazem para a discussão no campo da saúde? Duas questões decorrem desta interrogação. Primeiramente, a reorganização dos processos produtivos propostos por intelectuais orgânicos do capital não tem por premissa a libertação do trabalhador; ao contrário, a reengenharia quer justamente se aproveitar do capital cognitivo e criativo do

trabalhador para aprisioná-lo de forma mais radical aos interesses dos proprietários. Por outro lado, há de se reconhecer que a ocupação de cotas ampliadas de trabalho vivo no processo de produção se apresenta como um fator importante para a subversão da lógica do processo de trabalho nos moldes do capital, visto que o trabalho vivo é essencialmente instituinte, logo não totalmente controlável. Mas isso é muito pouco para a produção de sujeitos mais livres.

A segunda questão é referente ao trabalho em saúde propriamente dito. Como explicitamos no corpo do texto, o trabalho em saúde coletiva utiliza-se essencialmente de trabalho vivo, o que implica afirmar que a produção de saúde ocorre no próprio processo de intercessão entre profissional/equipe e usuário, ou seja, o trabalho vivo-em-ato tem importância ampliada no processo de trabalho em saúde. Diferentemente da produção industrial ou da produção de serviços na esfera privada, o trabalho em instituições públicas de saúde poderia avançar muito no sentido da produção de sujeitos mais livres, tanto aqueles que nesse espaço buscam acolhida para suas necessidades de saúde, como os profissionais da saúde.

A ação política decorrente do entendimento de que a reorganização dos processos produtivos amplia a taxa de trabalho vivo, mas que isto não corresponde necessariamente à ampliação dos coeficientes de autonomia dos trabalhadores, toma, em geral, a direção do enfrentamento macro-político: não haveria outra senão a alternativa de derrotar, do ponto de vista societal, o capital. Resistir é a melhor política, que implica também a disputa pela hegemonia política. Mesmo a argumentação em torno de teses com a autogestão ou a ampliação de cotas de participação dos trabalhadores nas decisões institucionais não seria bem vista, porque contribuiriam para o encobrimento das verdadeiras contradições de classe.

Mesmo que, em abstrato, se concorde com esta tese, como poderíamos assumi-la em territórios como a educação e a saúde pública, onde os interesses do capital aparecem senão secundariamente? É neste sentido que passamos a trabalhar com a perspectiva da redemocratização das instituições com vistas a melhorar seu valor de uso, ele próprio determinado pela correlação de forças, e a produzir sujeitos mais identificados com os princípios da solidariedade, da justiça e da equidade.

Fortalecer os sujeitos e democratizar as instituições passam a ser, a partir das especificidades do trabalho em saúde, a tônica de nossas discussões. Na verdade, estes dois temas se entrelaçam e se co-produzem. O fortalecimento dos sujeitos nas organizações é, ao mesmo tempo, efeito e condição para a democratização das instituições. Democratizar toma o sentido da ampliação das quotas de poder dos trabalhadores em geral, o que permitiria a ampliação de sua participação nos processos decisórios.

Assim, a democratização deveria ir para além de uma manifestação discursiva, para tornar-se efeito deste discurso, que no interior das instituições implicaria a sua reinvenção, porque democracia é participação, ou seja, capacidade de produzir influências nas definições sobre o que se faz no cotidiano, aproveitando o conceito de Mario Testa. Reinventar tomaria aqui o sentido de se instituírem espaços físico-temporais para que a premissa da democracia institucional se torne efetivamente uma prática nas organizações. Do contrário, estaríamos a construir uma farsa ou uma mentira institucional.

Tratamos destas questões no último capítulo da tese. Utilizamo-nos do conceito de co-gestão e da matriz teórica, que concebe que a produção da política, da gestão e das práticas, expressas na formação de compromisso e na contratação de responsabilidades entre sujeitos, decorrem de um plano de forças em que interagem de forma dialética, de um lado, vetores mais universais, decorrentes da produção da sociedade como um todo, expressão de necessidades sociais e, de outro, forças de vetorização mais particulares, expressão de necessidades e interesses dos trabalhadores, dos gestores, dos produtores de serviços, etc.

As políticas e as práticas passaram então a serem entendidas como resultantes deste plano multirreferenciado de produção, e para o seu engendramento no interior das organizações, apresentamos o conceito-ferramenta da co-gestão. Sistemas de co-gestão permitiriam uma melhor explicitação e acolhimento de interesses, necessidades e desejos do conjunto do sujeitos que interagem no processo de produção de saúde. Assim, seria possível que essas necessidades e desejos se expressassem de uma forma mais aberta e transparente e, ao mesmo tempo, fossem cotejadas em seu conjunto, buscando-se a produção de sínteses provisórias, expressas na contratação de responsabilidades individuais e coletivas.

Do ponto de vista do enfrentamento dos efeitos do trabalho taylorizado, a co-gestão favorece a aproximação entre a formulação e a execução, e entre a gestão e a realização de tarefas primárias. Da mesma forma, atacar-se-ia simultaneamente duas linhas importantes de alienação: aquela que diz respeito aos macro-objetivos institucionais e aquela referente aos objetivos do trabalho de cada um em particular.

Todavia, instituir sistemas de co-gestão é uma solução carregada de problemas, visto que outras ferramentas, conceitos, habilidades e capacidades, sobretudo de manejo de situação de conflito daí resultantes, estariam sendo solicitadas dos grupos em geral e de cada um em particular. É neste sentido que os espaços privilegiados de co-gestão requerem algum tipo de suporte, que vai desde a oferta de formação e de capacitação até a supervisão, o que em geral na área da saúde pública, salvo exceções, se constitui ainda uma novidade.

Permitir que o conjunto dos sujeitos (usuários, trabalhadores, gestores...) interfiram na definição das formas de organização do trabalho, na formulação das estratégias de ações, enfim, na definição da atuação institucional, respeitando-se diretrizes e definições macro-institucionais, implica utilizar-se a ampliação das quotas de poder de cada um, não em benefício estritamente privado, mas em benefício da produção de sujeitos mais autônomos e livres e da ampliação do valor de uso das organizações.

A estrutura e organização dos serviços e práticas de saúde correspondem a uma certa correlação de forças no interior de uma sociedade. Neste sentido, são produções sócio-históricas. Isto faz com que nem sempre os serviços e as práticas de saúde coincidam com respostas tecnológicas às necessidades de saúde da maioria da população, haja vista que estas entram como um dos elementos que corroboram na definição dos projetos sanitários. Assim, a produção de valor de uso da área da saúde como um todo depende dos efeitos da relação contraditória de uma diversidade de sujeitos em disputa.

Por outro lado, a organização dos processos de trabalho em saúde depende, também, de um conjunto de planos de forças, os quais, em coeficientes variados, permitem ou não a inclusão, na lógica da gestão, de outros sujeitos e racionalidades, além daquelas pertinentes aos administradores, supervisores e coordenadores, entre outros. Assim, as decisões sobre *o que fazer, como fazer, para que fazer e para quem fazer* podem estar mais

centradas nas figuras tradicionais da administração, ou partilhadas com outros sujeitos, particularmente trabalhadores e usuários dos serviços.

Assim, parece-nos, as tarefas impostas ao campo da saúde, em particular à saúde coletiva, tomam o sentido de se reorganizar a gestão, ampliando-a e tornando-a permeável a outras lógicas, e de se reinventar os modos de atenção à saúde, potencializando-os para a produção de saúde; ou seja, a partir da diretriz do acesso universal a práticas integrais, articular as ofertas que integram ações preventivo-promocionais e de cura-reabilitação, tomando a complexidade do adoecimento humano como resultante da intersecção dos planos biológico, social e subjetivo.

Reinventar os modos de governar as instituições, portanto de recriá-las para uma nova expressão da correlação de forças, redefini-las e revalorizá-las em seu valor de uso, é um exercício de aprimoramento da democratização institucional. Isto implica, entre outros, a formulação de arranjos e processos que permitam o partilhamento de interesses e a produção de novas contratualidades nas diferenças dos sujeitos. Para tanto, há de se lançar mão de conceitos ampliados de gestão, de sujeito, de subjetividade e de grupos, que permitam a compreensão e operação concreta de novos contratos.

Sujeitos se produzem por um plano complexo de forças, tanto internas como externas a eles, como de forças estruturadas e não estruturadas; subjetividade a partir de um conceito mais transversalizado, permite compreender que os modos de experimentar a existência podem ser constantemente reinventados; gestão, para além de manter a organização funcionando, pode ser prestar a produzir sujeitos mais livres e, ao mesmo tempo, mais comprometidos com os interesses dos outros; o valor de uso das organizações se realiza à medida que elas cumprem o seu valor de utilidade para pessoas e coletividades; permitir a realização de processos de administração mais permeáveis, e portanto mais instáveis, ajuda a dificultar o deslocamento, em algum grau sempre presente, da realização das tarefas primárias das instituições.

Esses conceitos e movimentos permitiriam, em tese, a produção de novas grupalidades, mais aproximadas de “grupos matilha”, e de instituições com a “função metafórica ampliada”. Estes dois qualificativos são resultantes da reinvenção

organizacional, tanto no sentido da instauração de espaços coletivos para a concertação e pactuação de interesses, como da reconstrução morfológica, que implica o redesenho organizacional, condições necessárias para o intento de tornar as organizações de saúde o mais próximo possível da realização do objetivo de produzir saúde e sujeitos mais autônomos e livres.



*REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS*

- ALMEIDA, Célia. “Novos modelos de atenção à saúde – Bases conceituais e experiências de mudança”. In: COSTA, Nilson do Rosário; RIBEIRO, José Mendes/orgs./ *Política de saúde e inovação institucional: uma agenda para os anos 90*. Rio de Janeiro: Secretaria de Desenvolvimento Educacional/ENSP, 1996.
- ANDERSON, Perry. “Além do neoliberalismo”. In: BORÓN, Atilio e SADER, Emir (org.). *Pós-neoliberalismo – As políticas sociais e o Estado Democrático*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
- ANTUNES, Ricardo. *Os sentidos do trabalho*. 2ª ed. São Paulo: Boitempo, 2000.
- AROUCA, Sérgio. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. Campinas: DMPS/UNICAMP. (Tese de Doutorado), 1975.
- BANCO MUNDIAL. *Investir en salud, informe sobre el desarrollo mundial*. Washington: Oxford Univ. Press, 1993.
- BAREMBLITT, Gregório. *Introdução à esquizoanálise*. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari/Fundação Gregório Barenblitt (Coleção Esquizoanálise e Esquizodrama), 1998.
- BAUMAN, Zygmunt. *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
- BENEVIDES, Regina. *Grupo: a afirmação de um simulacro*. São Paulo: PUC/SP. Tese de Doutorado. 1994.
- BENEVIDES, Regina. Grupo e produção. In: *Saúde e Loucura 4*. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 1994b
- BENEVIDES, Regina. “Subjetividade e instituição”. In: *Texturas da psicologia – subjetividade e política no contemporâneo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- BERLINGUER, Giovanni “Globalização e saúde global”. In: *Estudos Avançados*. São Paulo: USP/CEBRAP, 13(35): 21-38, 1999.
- BERMAN, Marshall. *Aventuras no marxismo*; tradução de Sonia Moreira. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

- BLEGER, José. “O grupo como instituição e o grupo nas instituições”. In: KAËS, René / et al/. *A instituição e as instituições*: estudos psicanalíticos; tradução Joaquim Pereira Neto. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.
- BOBBIO, Norberto /et al/. *Dicionário de política*; coordenação da tradução João Ferreira. – 6ª ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1994.
- BRAGA, José Carlos de Souza; GOES, Sergio G. *Saúde e previdência*: estudos de política social. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 1986.
- BRASIL. *Constituição Federal de 1988*.
- BRASIL. *Leis 8.080 de 19 de setembro de 1990 e 8.142 de 28 de dezembro de 1990*.
- BREILH, Jaime. *Epidemiologia*: economia, política e saúde. São Paulo: Editora Universidade Estadual Paulista: Fundação para o Desenvolvimento da UNESP: Hucitec, 1991.
- BUSS, Paulo Marchiori. “Saúde e desigualdade: o caso do Brasil”. In: BUSS, Paulo Marchiori & LABRA, Maria Eliana (orgs.). *Sistemas de Saúde*: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Hucitec. 1995.
- CALLAI, Rejane L.R.; DEGRANDI, M.L.; RINALDI, L.B.; SPEROTTO, S.M. *Qual a autonomia municipal na gestão da saúde?* Porto Alegre: DaCasa Editora, 1997.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Os médicos e a política de saúde*. Entre a estatização e o empresariamento: a defesa da prática liberal da Medicina. São Paulo: Hucitec, 1988.
- CAMPOS, Gastão W de Sousa. *Reforma da reforma*: repensando a saúde. São Paulo: HUCITEC, 1992.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. “Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde”. In: CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira (org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- CAMPOS, Gastão W de Sousa. “Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde”. In: MERHY, Emerson & ONOCKO, Rosana. *Agir em Saúde*: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, 1997a.

CAMPOS, Gastão W de Sousa. “Análise crítica das contribuições as saúde coletiva à organização das práticas de saúde no SUS”. In: FLEURY, Sonia. *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997b.

CAMPOS, Gastão W de Sousa. *Uma clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada*. Campinas: FCM/DMPS/UNICAMP, mimeo, 1997c.

CAMPOS, Gastão W. de Sousa. “O Anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso”. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 14(4): 863-870, out/dez, 1998.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Equipes de Referência e Apoio Especializado Matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde*. *Ciência & Saúde Coletiva*; 4(2):393-403, 1999.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Um método para análise e co-gestão de coletivos – a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, Rosana Onocko. *O planejamento do divã*. Campinas: FCM/DMPS/UNICAMP (Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva), 1998.

CAMPOS, Rosana Onocko. *O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica*. Campinas: FCM/DMPS/UNICAMP (Tese de Doutorado em Saúde Coletiva), 2001.

CANESQUI, Ana Maria. “Ciências Sociais, a saúde e a saúde coletiva”. In: CANESQUI, Ana Maria (org.). *Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*; tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 2ª edição. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982.

CAPISTRANO Filho, David. O programa de saúde da família de São Paulo. In: *Estudos Avançados/USP*. Instituto de Estudos Avançados. - vol. 1, nº 35 (1999) - São Paulo: IEA, 1999.

- CARVALHO, Antônio Ivo. “Conselhos de Saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado”. In: FLEURY, Sonia. *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- CARVALHO, Antônio Ivo. Da saúde pública às políticas saudáveis – saúde e cidadania na pós-modernidade. In: *Ciência & Saúde Coletiva* 1 (1), 1996.
- CARVALHO, Guido Ivan de & Santos, Lenir. *Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080 e Lei 8.142)*. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 1995.
- CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira (org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- CEPAL/OPS. *Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe*. Washington: Programa de Políticas de Salud/Ops, Série Documentos Reproducidos 41, 1994.
- CHOSSUDOVSKY, Michel. *A globalização da pobreza: impactos das reformas do FMI e do Banco Mundial*; tradução de Marylene Pinto Michael. São Paulo: Moderna, 1999.
- CONTANDRIOPOULOS, André Pierre. “Reformar o sistema de saúde: uma utopia para sair de um *status quo* inaceitável”. In: *Saúde em Debate*, Londrina: CEBES, 49/50 (??) – dez/1995-mar/1996.
- COSTA, Nilson do Rosário. *Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*. Petrópolis: Vozes/Abrasco, 1985.
- COSTA, Nilson do Rosário. *Políticas públicas, justiça distributiva e inovação – saúde e saneamento na agenda social*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- COUTINHO, Nelson Carlos. “Representação de interesses, formulação de políticas e hegemonia”. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (org.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco. 1989.
- CZERESNIA, Dina. *Do contágio à transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.
- DELEUZE, Gilles. “Michel Tournier e o mundo sem outrem”. In: Tournier, Michel. *Sexta-feira ou os limbos do pacífico*. Rio de Janeiro: Bertand Brasil, 1991. (Posfácio).

- DELEUZE, Gilles. *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.
- DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*; tradução de Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995. (Volume 1).
- DONNANGELO, Maria Cecília F. e PEREIRA, Luiz. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1979.
- DONNANGELO, Maria Cecília F. *Medicina e Sociedade*. São Paulo: Editora Pioneira, 1975.
- DONNANGELO, Maria Cecília F. “A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil – a década de 70”. In: *Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1983.
- DRAIBE, S.M. & AURELIANO, L. “A especificidade do Welfare State brasileiro”. In: DAIN, S. (org.). *Economia e Desenvolvimento 3*. A política social em tempo de crise: articulação institucional e descentralização – reflexões sobre a natureza do bem-estar. Brasília: MPAS/CEPAL (1ª parte), 1989.
- ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.
- ESPING-ANDERSEN, Costa. “As três economias políticas do Welfare State”. In: *Lua Nova*, 24 (84 – 116). São Paulo, 1991.
- FORRESTER, Viviane. *O horror econômico*. São Paulo: Unesp, 1997.
- FORRESTER, Viviane. *Uma estranha ditadura*; tradução Vladimir Safatle. São Paulo: Unesp, 2001.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- FREITAS, Maria Éster de. *Cultura organizacional: identidade, sedução e carisma?* 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.
- FREUD, Sigmund. *O mal-estar na civilização*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1997.
- GERSCHMAN, Silvia. *A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 1995.

- GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. *Tecnologia e organização das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.
- GRANDA, Edmundo. “Salud: globalización de la vida e de la solidaridad”. In: *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro: CEBES, 56 (83 – 101), setembro/dezembro, 2000.
- GUATTARI, Félix. *Revolução molecular: pulsões políticas do desejo*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1987.
- GUATTARI, Félix. *Cosmose: um novo paradigma estético*; tradução de Ana Lúcia de Oliveira e Lúcia Cláudia Leão. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.
- GUATTARI, Félix; ROLNIK, Sueli. *Micropolítica: cartografia do desejo*. 6ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2000.
- HOUAISS, Antônio e VILLAR, Mauro de Salles. *Dicionário da Língua Portuguesa*; elaborado pelo Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia e Banco de Dados da Língua Portuguesa S/C Ltda. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- ILLICH, Ivan. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- IYDA, Massako. *Cem anos de saúde pública: a cidadania negada*. São Paulo: Unesp, 1994.
- KAËS, René. Realidade psíquica e sofrimento nas instituições”. In: KAËS, René /et al/. *A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos*; tradução de Joaquim Pereira Neto. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.
- KING, Desmond. “O Estado e as estruturas sociais de bem-estar em democracias industriais avançadas”. In: *Novos Estudos CEBRAP*. São Paulo, 22 (53 – 76), outubro de 1988.
- LAPLANCHE, Jean & PONTALIS, J.B. *Vocabulário de psicanálise*. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- LAURELL, Asa Cristina. “La lógica de la privatización en salud”. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (org.). *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

- LOURAU, René. *A Análise Institucional*; tradução de Mariano Ferreira. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 1996.
- LUZ, Madel Therezinha. *Instituições médicas no Brasil*: instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- LUZ, Madel Therezinha. **Natural, racional e social**: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1988.
- MARSHALL, T.H. *Política Social*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1995.
- MARX, Karl. Introdução à crítica da economia política. In: MARX, Karl. *Manuscritos econômicos-filosóficos*; tradução de José Carlos Bruni, 2ª ed. São Paulo: Abril Cultural (Os Pensadores), 1978.
- MENDES, Eugênio Vilaça (org.). *Distrito Sanitário*: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.
- MENDES, Eugênio Vilaça. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MERHY, Emerson Elias. “O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e alógica do processo de trabalho em saúde (ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo)”. In: FLEURY, Sonia. *Saúde e democracia*: a luta do CEBES. São Paulo Lemos Editorial, 1997.
- MERHY, Emerson & ONOCKO, Rosana. *Agir em Saúde*: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, 1997.
- MERHY, Emerson Elias. **A saúde pública como política**: um estudo de formuladores de políticas. São Paulo: Hucitec, 1992.
- MERHY, Emerson Elias. *Saúde*: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, Emerson Elias /et al/. “Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde me defesa da vida: contribuição para as Conferências de Saúde”. In: *Saúde em Debate*. Londrina: CEBES, 33 (83 – 89), 1991.
- MOURA, Arthur Hyppólito. *O equipamento de saúde mental, suas instituições e o clube dos saberes*. Campinas: UNICAMP/FCM/DMPS, 2002 (Tese de Doutorado).

- NASCIMENTO, Álvaro (Coordenador e editor). *Tema/Radis – Cidades Saudáveis*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp, 2000.
- NETO, Eleutério Rodrigues. “A via do parlamento”. In: FLEURY, Sonia. *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo Lemos Editorial, 1997.
- NUNES, Everardo Duarte. “Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito”. In: *Saúde e Sociedade*, 3 (2): 5 – 21. São Paulo: APSP/FSP-USP, 1994.
- OLIVEIRA, Eliana S.º & MOYSÉS, Neuza M.N. “Comentando os dados referentes à capacidade instalada, força de trabalho e empregos em saúde”. In: *Saúde em Debate*. Londrina: CEBES, 56 (34 – 43), 2000.
- OLIVEIRA, Jaime; TEIXEIRA, Sonia M. Fleury. *(Im)Previdência Social: 60 anos de história de Previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.
- PAIM, J.S. “A reforma sanitária e os modelos assistenciais”. In: ROUQUAYROL, M.Z. (org). *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro, Medsi, 1993.
- PASCHE, Dário Frederico. *Estado de Bem-Estar: algumas concepções e tipologias*. Campinas: UNICAMP/IE, 1999 (Mimeo).
- PASCHE, Dário Frederico. *Modelos de atenção à saúde e disputas pela orientação do SUS*. Campinas: UNICAMP/FCM/DMPS, 2000 (Mimeo).
- PICHÓN-RIVIÈRE, Enrique. *O processo grupal*. 6ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- RIZZOTO, Maria Lucia Frizon. *O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS*. Campinas: UNICAMP/FCM/DMPS, 2000. (Tese de Doutorado).
- ROSEN, George. *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- ROUDINESCO, Elisabeth. *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000.
- SCHRAIBER, L.B Org). *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec, 1993.
- SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (orgs.). *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 1996.

SCOREL, Sarah. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

SILVA Jr. Aluísio Gomes. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Editora Hucitec, 1998.

SOARES, Laura Tavares. *Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina*. São Paulo: Cortez (Coleção Questões de Nossa Época; v. 78), 2000.

TEIXEIRA, C.F. “Planejamento e programação situacional em distritos de sanitários: metodologia e organização”. In: MENDES, Eugênio Vilaça (org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.

TESTA, Mario. *Pensar em Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

THERBORN, Göran. A crise... In: BORÓN, Atilio e SADER, Emir (org.). *Pós-neoliberalismo – As políticas sociais e o Estado Democrático*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

TOURNIER, Michel. *Sexta-feira ou os limbos do pacífico*. Rio de Janeiro: Bertand Brasil, 1991.

UGÁ, Maria Alicia Dominguez. “Ajuste estrutural, governabilidade e democracia”. In: GERSCHMAN, Silvia & VIANNA, Maria Lucia Werneck (orgs.). *A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

VIANNA, Maria L.W. “Política versus Economia: notas (menos pessimistas) sobre a globalização e Estado de Bem-Estar”. In: GERSCHMAN, Silvia & VIANNA, Maria Lucia Werneck (orgs.). *A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.



***OUTRAS OBRAS
CONSULTADAS***

ABRASCO. **Ciência & Saúde Coletiva** – “O sujeito e a subjetividade na práxis da saúde Coletiva”; v. 6, n° 1. Rio de Janeiro, 2001.

BERGER, Peter L. & LUCKMANN, Thomas. **A construção social da realidade**: tratado de sociologia do conhecimento. - 7ª ed. – Petrópolis: Vozes, 1987.

BULFINCH, Thomas. **O livro de ouro da mitologia**: histórias de deuses e heróis. 9ª Ed. – Rio de Janeiro: Ediouro, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa & PASCHE, Dário Frederico. **Relatório da pesquisa-intervenção junto às equipes da rede básica de Paulínia/SP**. Campinas: FCM/DMPS, março de 2001 (mimeo).

CAPRA, Fritjot. **As conexões ocultas** – ciência para uma vida sustentável. Tradução: Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Editora Cultrix, 2002.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix.. **O anti-édipo**: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1976.

DRUMOND, Marcos. **Epidemiologia e saúde pública**: reflexões sobre o uso da epidemiologia nos serviços do Sistema Único de Saúde em nível municipal. FCM/DMPS/Unicamp (Tese de Doutorado), 2001.

GIACOIA JUNIOR, Oswaldo. **Nietzsche**. São Paulo: Publifolha. – (Folha Explica), 2000.

LEWIS, Roy. **Por que almocei meu pai**; tradução de Celso Nogueira. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

MACHADO, Roberto /et al/. **Danação da Norma**: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MACHADO, Roberto. **Nietzsche e a verdade**. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

MALOY, James M. **Política de Previdência Social no Brasil**; tradução de Maria José Lindgren Alves; revisão técnica de Hésio Cordeiro. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986.

- MATUS, Carlos. **Curso sobre governo e planificação**. Fundação Altadir, s/d, mimeo.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1992.
- NASIO, Juan- David. *O prazer de ler Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.
- NIETZSCHE, Friedrich. *Humano, demasiadamente humano*: um livro para espíritos livres. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- PASCHE, Dário Frederico. **A inserção da Universidade de Ijuí no campo da saúde**: projetos e perspectivas. UNICAMP/FCM/DMPS (Dissertação de Mestrado), 1995.
- RIBEIRO, Renato Janine. A democracia. São Paulo: Publifolha, 2001. – (Folha Explica).
- RORTY, Richad. *Pragmatismo*: a filosofia da criação e da mudança; organizadores: Cristina Magro e Antônio Marcos Pereira. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2000.
- SACKS, Oliver. **Um antropólogo em Marte**: sete histórias paradoxais; tradução de Bernardo Carvalho. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
- SADER, Eder. **Quando novos personagens entraram em cena**: experiências e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo (1970-1980). Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.
- SANTOS, Boaventura de Souza. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- SCHUTZ, Alfred. **Fenomenologia e relações sociais**; organização e introdução de Helmut R. Wagner. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.
- WAN, Mae Ho. “A morte do determinismo”. In: **Folha de São Paulo** (Caderno Mais!), março de 2001.

