

SHEILA REGINA BRAGA FERREIRA

***OS SUJEITOS NA CONSTRUÇÃO DOS DISTRITOS
DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
(1989/1992).***

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre
em Saúde Coletiva.*

ORIENTADOR: GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS

CAMPINAS

2000

SHEILA REGINA BRAGA FERREIRA

***OS SUJEITOS NA CONSTRUÇÃO DOS DISTRITOS
DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
(1989/1992).***

CAMPINAS

2000

UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	T/UNICAMP
	F413
V	EX
TOMBO BCI	51848
PROC.	16-837-02
C	☐
D	☒
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	16/12/02
Nº CPD	

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

CM00177422-9

D 276247

F413s Ferreira, Sheila Regina Braga
Os sujeitos na construção dos distritos de saúde no município de São Paulo (1989/1992) / Sheila Regina Braga Ferreira. Campinas, SP : [s.n.], 2000.

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

1. Planejamento. 2. Saúde pública. 3. Saúde pública - Brasil. 4. Políticas de saúde - Brasil. I. Gastão Wagner de Sousa Campos. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

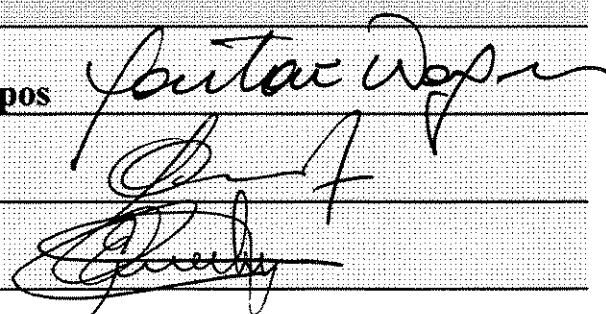
Orientador: Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos

Membros:

1. Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos

2. Prof. Dr. Oswaldo Yoshimi Tanaka

3. Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

The block contains three handwritten signatures in black ink. The first signature is for Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos, the second for Prof. Dr. Oswaldo Yoshimi Tanaka, and the third for Prof. Dr. Emerson Elias Merhy. The signatures are written over the names of the respective members.

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

Data: 11/12/2000

20258539

DEDICATÓRIA

AO MEU FILHO

BRUNO DANILO

*e a todas as crianças
sobreviventes desta nossa
guerra muito particular.*

AGRADECIMENTOS

*Agradeço muito especialmente ao Prof. Nelson, Emerson
e Gastão pelo carinho e apoio.*

*A todos do Departamento de Medicina Preventiva da
FCM/UNICAMP pelo ambiente fraterno, aberto ao
debate e à reflexão crítica.*

	<i>PÁG.</i>
RESUMO	<i>xiii</i>
INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO 1: Uma breve discussão teórica sobre a questão do sujeito.....	21
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO E METODOLOGIA.....	55
2.1. As diferentes matrizes conceituais e os formuladores da saúde.....	57
CAPÍTULO 3: A proposta para a saúde no governo Erundina.....	85
3.1. O saber.....	87
3.2. O modo de intervenção sobre os problemas.....	109
3.3. O organograma: a organização do trabalho e a delegação de funções.....	130
CONCLUSÃO	141
SUMMARY	149
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	153
ANEXOS	161



RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo analisar a proposta de implantação dos Distritos de Saúde no Município de São Paulo durante o período de 1989 a 1992 (gestão Luiza Erundina) através do enfoque do sujeito.

A pesquisa buscou identificar a concepção de Saúde que embasou a proposta (O SABER), seu objeto e o modo de intervenção sobre os problemas identificados.

O conjunto de diretrizes que nortearam a gestão foi o produto da interação dos sujeitos envolvidos no processo instituinte, além do dirigente, na busca de soluções para os problemas concretos enfrentados ao longo do processo de implantação dos distritos de saúde.

Finalmente, propõe-se uma reflexão crítica sobre as metodologias até hoje empregadas da reorganização das práticas, visando a construção de uma metodologia mais adequada capaz de promover as condições necessárias para o surgimento de sujeitos críticos e autônomos que possam garantir a implementação do SUS enquanto um sistema público e de qualidade.



INTRODUÇÃO

Esta pesquisa pretende analisar a proposta na saúde durante a gestão Erundina (1989/1992) a partir do enfoque do sujeito.

A questão do sujeito não é um tema novo mas ressurge com grande intensidade hoje. Para o campo da Saúde Coletiva, do planejamento em saúde este é um tema fundamental que diz respeito à gestão e ao modelo de atenção necessário para a garantia e fortalecimento do Sistema Único Saúde.

Para levantar a relação entre modelo de atenção à saúde e a questão do sujeito hoje, foi necessário buscar a contribuição de diferentes autores, alguns clássicos. Várias abordagens auxiliaram esta discussão. Não há um ponto de vista único mas a preocupação de cada autor com o resgate do homem na sociedade contemporânea. O compromisso destes pensadores é com a crítica ao positivismo na ciência, ao aniquilamento do indivíduo, à razão instrumental, à tentativa de transformar o sujeito em seu objeto.

O objetivo deste trabalho é resgatar a importância da reflexão crítica, do papel fundamental da formulação no campo da Saúde Coletiva, para que tenhamos condições de desenvolver um modo próprio de atuar, de propor um Sistema Único de Saúde pautado na solidariedade, na ética, na criatividade dos trabalhadores na saúde, no fortalecimento do setor público.

A intenção desta pesquisa é propor o debate em torno do tema: o sujeito e a gestão em saúde, tomando como referência a experiência corajosa de todos aqueles que participaram com seu esforço na implementação do Sistema Único de Saúde na cidade de São Paulo durante a gestão Luiza Erundina.



CAPÍTULO 1:
Uma breve discussão teórica sobre a
questão do sujeito

a) A Escola de Frankfurt.

Horkheimer justifica sua obra “*Eclipse da Razão*” como uma reflexão sobre o impasse atual do pensamento filosófico e as perspectivas humanas para o futuro. Este é o fio condutor de sua crítica. Seu objetivo é buscar compreender a lógica da construção do conceito de racionalidade, base da atual cultura industrial. Seu método parte da decodificação dos princípios e os objetivos que justificam esta razão, constituída historicamente pela sociedade atual.

Apesar de todo o desenvolvimento tecnológico e da possibilidade efetiva de responder às necessidades sociais, há um sentimento geral de temor e desilusão. A idéia de uma sociedade verdadeiramente humana, como diz Horkheimer, parece hoje mais distante do que quando foi formulada pelos humanistas.

Parece que enquanto o conhecimento técnico expande o horizonte da atividade e do pensamento humanos, a autonomia do homem enquanto indivíduo, a sua capacidade de opor resistência ao crescente mecanismo de manipulação de massas, o seu poder de imaginação e o seu juízo independente sofreram aparentemente uma redução. (Horkheimer, M.1976.p.6)

Este texto de Horkheimer data de março de 1946, logo após o término da II Grande Guerra. O mundo sofria sua maior transformação. As forças democráticas buscavam reconstruir a sociedade e para isso conclamaram a todos para a afirmação do ideário da civilização. Mas, para o autor, o conflito mundial não se tratou apenas de um embate entre o Bem e o Mal, de forma maniqueísta, mas a expressão concreta de uma maneira de conceber o mundo, explicá-lo e agir sobre ele. A civilização ou a barbárie - este o impasse desta Razão à qual Horkheimer denominou de instrumental.

O avanço dos recursos técnicos de informação se acompanha de um processo de desumanização. Assim o progresso ameaça anular o que se supõe ser o seu próprio objetivo: a idéia de homem. (Horkheimer, M.1976.p.6)

Horkheimer ao contrário de denunciar o progresso como anti-humano, percebe, como processo dialético, o declínio desta Razão - que chamou de Instrumental - por sua tentativa deliberada de dominar a natureza e o homem com o objetivo de realizar-se a si mesma. Pouco a pouco, ao longo da História, a Razão acaba por distanciar-se de seu

objetivo original: a realização humana. Horkheimer não vê no Progresso nem um mal necessário, o objetivo último da Razão, nem tão pouco um espírito apocalíptico que levará a humanidade ao seu fim. Acredita no Progresso não somente como a capacidade tecnológica e material mas também como a capacidade de realização humana.

Se esta situação é uma fase necessária na ascensão geral da sociedade como um todo, ou se conduz a uma reemergência vitoriosa do neobarbarismo que acaba de ser derrotado nos campos de batalha, a conclusão a tirar depende, pelo menos parcialmente, da nossa capacidade de interpretar com exatidão as profundas mudanças que ora se verificam na mentalidade pública e na natureza humana (Horkheimer,M.1976.p.6)

Horkheimer não acredita numa idéia de progresso como desenvolvimento capaz de levar a sociedade ao bem-estar e à emancipação como se sobre este agisse uma lei natural e externa. Utilizando-se do instrumental dialético vê o desenvolvimento das forças produtivas como um processo contraditório, histórico. Buscando interpretar as mudanças na mentalidade pública e humana como uma maneira específica de conceber o mundo e atuar sobre este, alia o conhecimento histórico e dialético à análise do desenvolvimento próprio da cultura, neste caso a *CULTURA INDUSTRIAL*. A Razão Instrumental é um modo de conceber e atuar sobre o mundo.

Ao penetrar pela reflexão sobre a cultura, abandona o pensamento determinista numa opção clara pela **reflexão crítica** que, para ele, é a origem mesma da Razão. Horkheimer nos remete à importância de refletirmos sobre os conceitos fundamentais que justificam uma dada razão, seus objetivos, meios e fins.

Horkheimer, um dos principais pensadores da chamada Escola de Frankfurt, propõe a Razão Crítica como alternativa à Razão Instrumental. Para o autor, a Razão crítica seria a única capaz de deter o processo de massificação e anulação humana que se opera através da manipulação dos indivíduos e do controle social contínuo. Significa exercer o poder da crítica e propô-la à sociedade.

Para a chamada Escola de Frankfurt, o grupo de pensadores a que pertence Horkheimer, o tema do Iluminismo ou do Esclarecimento é o ponto central e comum. No artigo “*O Conceito de Esclarecimento*” o autor discute a ilusão do projeto iluminista através de Kant, que teria elegido a Razão como instrumento de liberação do homem. Para

Kant a Razão possibilitaria a conquista da **autonomia** (e da maioria). Os homens teriam a competência de assumir seu próprio destino, abandonando a crença nos deuses e mitos. A Razão seria o instrumento para fazerem sua própria história.

Para os frankfurtianos a ilusão desse projeto consistiu em crer que a luz irradiada pelo saber iluminista, que dissipa os mitos e a treva da ignorância, conduziria inevitavelmente à emancipação. Ao contrário, a Razão Iluminista, espírito do nosso mundo contemporâneo, conduziu ao desenvolvimento da técnica e da ciência moderna e estabeleceu com o objeto uma relação de dominação. (Freitag,B.1993.p.35).

Freitag discute em sua obra o caráter contraditório da proposta moral de emancipação em Kant (para quem a Razão seria a única capaz de dominar e controlar a natureza, externa e interna, no caso o próprio homem).

Se Kant ainda podia acreditar que a Razão humana permitiria emancipar os homens dos seus entraves, auxiliando-os a dominar e controlar a natureza externa e interna, temos de reconhecer hoje que essa Razão iluminista foi abortada. A Razão que hoje se manifesta na ciência e na técnica é uma Razão Instrumental, repressiva. (Freitag,B.1993.p.35)

Para Horkheimer que assiste em seu próprio país a instituição dos campos de concentração e às experiências com seres humanos, reduzidos a meros objetos da ciência, a Razão tornou-se o mito. O autor denuncia o caráter alienado da ciência e da técnica positivista que tem como fundamento a Razão Instrumental.

Para os pensadores frankfurtianos a Razão, sujeito abstrato da história individual e coletiva do homem, em Kant e Hegel, é filha do projeto iluminista, uma razão alienada.

Os frankfurtianos defendem que os desvios desta razão não cessam com a vitória sobre o nazismo mas estão presentes nas instituições, na sociedade, enquanto perdura a Razão Instrumental, formuladora de um modo de conceber o mundo e atuar sobre este.

O projeto intelectual destes pensadores - a Dialética do Esclarecimento - consistirá em argumentar, criticamente, os desvios ocorridos neste processo. Ou seja, como a Razão Humanística, inicialmente a serviço da liberdade, resultou numa Razão Instrumental cujo objetivo principal é o controle da natureza e a dominação dos homens.

Horkheimer contrapõe o pensamento marxista - TEORIA CRÍTICA - ao pensamento cartesiano, base filosófica do pensamento e da ciência moderna – TEORIA TRADICIONAL.(Freitag, B.1993 p.41) Apontando as características principais de uma e de outra, identifica seus objetivos e formas de atuação: o cartesianismo, como pensamento conservador e de caráter sistêmico e, o materialismo histórico, como emancipatório e humanista. Como solução para o impasse, Horkheimer não proporá a negação do pensamento cartesiano, em favor do marxismo, e sim, a tentativa do materialismo histórico englobar o primeiro com o objetivo de superá-lo. Ainda crê na validade da Razão enquanto instrumento da emancipação humana e na possibilidade de união das duas teorias. Mais tarde, será Habermas, um pensador também da Escola de Frankfurt, quem irá debater o aspecto contraditório desta formulação e aprofundá-la. (Freitag, B.1993 p.60)

Para Horkheimer o cartesianismo defenderia o princípio de identidade, não levando em conta a contradição:

As manifestações empíricas da natureza e da sociedade devem e podem, segundo essa orientação teórica, ser subsumidas nas sentenças gerais, encaixando-se no sistema teórico montado a priori (com auxílio da dedução) ou a posteriori (através da indução).(Freitag,B.1993 p.38)

À semelhança da biologia, por identificação, existiria uma hierarquia de famílias e espécies de conceitos entre as sentenças gerais e os fatos empíricos. Os fatos seriam, assim, a concretização de um conceito ou da lei geral. Já o materialismo histórico seria capaz de captar a dimensão histórica dos fenômenos, dos indivíduos e da sociedade.

O materialismo histórico também trabalharia com determinações gerais, conceitos gerais como “*valor*”, “*mercadoria*”, aos quais os fatos concretos também se subordinam. Mas este sempre procurará integrar um dado novo ao corpo teórico, não aprioristicamente mas relacionando-o com o conhecimento (histórico) do homem e da natureza. O materialismo histórico orienta-se pelo futuro, o fato não se relaciona ao conceito pré-estabelecido.

Para Horkheimer o cartesianismo seria o respeito às regras gerais da lógica formal, ao princípio de identidade e da não-contradição, ao procedimento dedutivo ou indutivo. O materialismo histórico teria como pressuposto fundamental um juízo existencial. Este é um conceito fundamental em Horkheimer e que o leva a identificar-se com o objetivo da Teoria Crítica: libertar a humanidade da repressão, da ignorância, da inconsciência. Pelo mesmo motivo vê nesta a preservação do ideal iluminista: a Razão como instrumento de autonomia e autodeterminação do homem.

Para os frankfurtianos não há, entretanto, coincidência entre o objeto da Teoria Tradicional e o da Teoria Crítica. A relação SUJEITO-OBJETO para a Teoria Crítica é orgânica, ambos estão interrelacionados historicamente. Para a Teoria Tradicional o objeto é um dado externo ao sujeito. Por isso mesmo o teórico tradicional se vê como alguém que assume uma suposta neutralidade científica frente ao objeto.

Horkheimer, no artigo “*Teoria Tradicional e Teoria Crítica*” de 1937, expõe seu conceito de **intelectual crítico**: aquele que se coloca à serviço da libertação dos oprimidos, ao contrário do teórico tradicional, que trabalha no sentido de cimentar as relações gerais e de determinação existentes. Coincidentemente, Gramsci trabalha, no mesmo período, seu conceito de **intelectual orgânico**. Apesar da produção dos dois pensadores ter ocorrido de forma independente, há pontos de convergência entre eles. Em “*Os Intelectuais e a Organização da Cultura*”, Gramsci também contrapõe duas teorias conflitantes - a Tradicional e a Crítica - quando discorre sobre o conceito de intelectual orgânico e, sobre a conquista da autonomia dos indivíduos, através da filosofia da práxis ou Teoria Crítica. Ambos tiveram, em comum, a experiência do fascismo e a convicção marxista.

Tanto Gramsci quanto Horkheimer vão reinterpretar e enriquecer o marxismo para torná-lo mais abrangente frente às mudanças históricas que assistiam. Problemas como a cultura, a manipulação das massas, o papel do intelectual, a importância da questão do indivíduo e do sujeito histórico, a crítica, a autonomia e a reflexão crítica são temas centrais para ambos. O papel do intelectual nesta fase do desenvolvimento histórico é fundamental.

Por isso ambos partem para uma reformulação da dinâmica histórica, na qual os intelectuais assumem um papel estratégico: a produção e a concretização de uma nova concepção de mundo, de um mundo sem repressões de classe, baseado na liberdade e na autodeterminação. (Freitag,B.1993 p.42).

Esta convicção na Razão emancipatória, Horkheimer levará até o final de sua vida, como assinala Freitag em suas palavras pronunciadas pouco antes de sua morte: *“Nosso princípio básico sempre foi: pessimismo teórico e otimismo prático”*.

Mas será com Popper que Horkheimer travará o grande debate sobre o Positivismo frente à Dialética. Marcuse também trará uma contribuição muito importante neste sentido num dos capítulos de *“A ideologia da Sociedade Industrial”*. Para este, a sociedade unidimensional seria a vitória do pensamento positivista.

Popper defende o Método. A *“cientificidade”* e a *“objetividade”* da ciência são asseguradas quando a lógica formal cartesiana é respeitada: o procedimento indutivo ou dedutivo, o princípio de identidade, a coerência interna da teoria. Sua teoria propõe a construção de hipóteses explicativas para problemas até então não solucionados. É, na verdade, um sistema de sentenças e hipóteses gerais onde se inserem casos singulares, respeitada a lógica formal. (Freitag,B.1993 p.44).

A crítica consiste em demonstrar os erros no percurso dedutivo, na montagem das hipóteses ou nos dados empíricos que ilustram a teoria ou a desmentem, contradizendo frontalmente uma hipótese. O sujeito do conhecimento não se envolve com o seu objeto, respeita o princípio da neutralidade das ciências, constatando “o que é” e silenciando, enquanto cientista, face ao que poderia ou deveria ser. (Freitag,B.1993 p.45).

Da mesma maneira que Weber, Popper admite que para as ciências sociais haveria uma variante desse método, paralelo à lógica formal: A LÓGICA SITUACIONAL. Popper pretenderia, como Weber, uma *“compreensão objetiva”* dos fatos sociais.

Neste sentido, Popper afasta-se dos neopositivistas americanos. Inclui em sua teoria o conceito de Weber de *“compreensão”*, ou seja, a necessidade de atentar para o fato de que os homens orientam-se por valores, convicções e desejos. Por isso, propõe, além da lógica formal, a lógica situacional para explicar as ações humanas.

Mas, para os pensadores da Escola de Frankfurt tanto Weber quanto Popper são positivistas pelo fato de atribuírem ao Método o papel preponderante no processo de conhecimento. Questionam o privilégio que este teria no acesso à verdade e à objetividade.(Freitag,B.1993 p.61)

Adorno expressará a preocupação fundamental da dialética e da Teoria Crítica que não é apenas formal mas material e existencial. A Teoria Crítica observa a perspectiva do todo - um produto histórico - mesmo quando frente ao particular.

Em contraposição a Popper, os frankfurtianos colocam a crítica enquanto princípio de negatividade, um questionamento permanente do próprio conhecimento. Freitag nos fala sobre a “*Dialética Negativa*” de Adorno:

Ela consistiria no esforço permanente de evitar as falsas sínteses, de desconfiar de toda e qualquer proposta definitiva para a solução dos problemas, de rejeição de toda visão sistêmica, totalizante da sociedade.
(Freitag, B.1993 p.48)

Num caminho diverso de Hokheimer, Adorno não crê na possibilidade de conciliação entre as duas teorias porque os fundamentos epistemológicos de ambas são diferentes.

Ao contrário da lógica formal, a dialética é capaz de incluir a contradição - o “*não-idêntico*” - num mesmo conceito já que não trabalha com uma idéia de identidade, como o pensamento cartesiano. Este buscará sempre classificar as coisas: “*o que foge à regra é exceção*”, diz o ditado.

A razão iluminista, com sua dupla face de razão emancipatória e razão instrumental não deixa de ser razão quando se impõe e concretiza como razão instrumental. Mas por isso mesmo, gera, pelas limitações à que ela própria se condena, sua contradição, sua crítica e negação, tornando-se necessário ao resgate de seu contrário, originalmente nela contido: a razão emancipatória.
(Freitag,B.1993 p.49)

Freitag, analisando o debate dos frankfurtianos em torno do positivismo, ressalta, neste, o processo de objetivação do homem:

Assim procedendo, a ciência positivista naturaliza os processos sociais, atribuindo à dinâmica histórica um funcionamento sistêmico, regido por leis absolutas e imutáveis . (Freitag,B.1993 p.50).

Enquanto que para o positivismo a crítica significa a falsidade de uma dada hipótese ou a descoberta de erros lógicos no processo dedutivo para os teóricos frankfurtianos seria a aceitação da contradição e o trabalho permanente da negatividade, presente em qualquer processo de conhecimento.

b) A Questão do Estado para a Escola de Frankfurt

Para os pensadores da Escola de Frankfurt a questão do Estado confunde-se com a crítica à Razão Instrumental, principalmente nos textos de Horkheimer e Marcuse. Já Habermas e Offe discutirão a questão pela ótica do *funcionamento* e legitimação do Estado no chamado capitalismo tardio.(Freitag,B.1993 p.97)

O Estado Capitalista moderno, empresarial, atua de forma intervencionista em dois planos: o econômico e o político, buscando diminuir as tensões entre as classes procurando cooptar as classes operárias através do progresso econômico e do “*bem-estar social*”. Para isto, passa a se valer de um planejamento econômico e social.

Para os teóricos de Frankfurt este é um fenômeno mundial que também se observa nos países socialistas. Por isto denominam a sociedade atual de Cultura Industrial, independente dos estados serem capitalistas ou socialistas.

Segundo Marcuse esta intervenção do Estado também aumenta devido às mudanças tecnológicas. No texto “*Industrialização e Capitalismo na obra de Weber*” de 1962 Marcuse analisa as relações entre Razão Instrumental e dominação. Numa crítica à Weber, Marcuse pela primeira vez utiliza o conceito de Racionalidade Instrumental para analisar o Estado Capitalista moderno.

O que Weber faz é postular como Racional toda ação que se baseia no cálculo, na adequação de meios e fins, procurando obter com um mínimo de dispêndio um máximo de efeitos desejados, evitando-se ou minimizando-se todos os efeitos colaterais indesejados. (Freitag,B.1993 p.90).

Para Marcuse esta concepção permearia hoje o conjunto social, assegurando até mesmo a organização racional da vida cotidiana.

A racionalidade instrumental encontra-se, pois, na visão de Weber, institucionalizada na vida cotidiana, traduzindo-se, no plano econômico, na ação calculada dos agentes econômicos (empresários) e na atuação competente da administração estatal (burocratas). (Freitag,B.1993 p.90)

Marcuse assinala a relação entre o pensamento de Weber e a ideologia capitalista quando este defende a neutralidade da ciência, a Razão neutra, numa apologia da Razão capitalista.

Mas a grande contribuição de Weber está em ter demonstrado que a Razão econômica extravasou a economia e permeou a esfera prática (tecno-burocracia). A calculabilidade e previsibilidade, características essenciais da Razão instrumental, aparecem na própria Razão de Estado.

Isto explicaria a necessidade do aparelho burocrático e dos mecanismos de controle crescentes. Outro mérito de Weber seria apontar a relação entre o processo econômico e a racionalização das concepções religiosas ou, entre o mundo econômico e o mundo das representações transformando a vida cotidiana.

Em “*A Ideologia da Sociedade Industrial*” Marcuse aponta a ciência e a técnica como ideologia, além de forças produtivas, que buscariam garantir a legitimação do sistema.

Em nome da produtividade outros aspectos da reflexão científica e existencial estariam sendo recalcados ou permaneceriam atrofiados, como a crítica do **Status quo** e a emancipação dos homens do reino da necessidade. (Freitag,B.1993 p.93)

A ciência e a técnica, ao promoverem o chamado Progresso, tornam-se a base legitimadora do sistema.

Dessa forma, a ciência e a técnica se transformaram em uma ideologia, a Ideologia Tecnocrática, segundo a qual as questões políticas não podem mais ser resolvidas politicamente, à base de negociações e lutas, e sim, tecnicamente, de acordo com o princípio instrumental de meios ajustados a fins. (Freitag, B. 1993 p.43).

Em sua obra *“Eclipse da Razão”* Horkheimer faz uma discussão crítica sobre a questão do indivíduo. Para o autor, a ilusão da eternidade de um e de outro está se dissipando. Paradoxalmente, a Razão, concebida como um instrumento do eu, está em crise. O sentimento do nosso tempo é a autopre-servação, muito embora não haja mais um EU a ser preservado. Horkheimer conclui que a discussão sobre a crise da Razão é também uma discussão sobre o conceito de indivíduo. A crise da Razão é ao mesmo tempo a crise do indivíduo.

A história do indivíduo, mesmo na Grécia antiga, que não só criou o conceito de individualidade como estabeleceu os padrões da cultura ocidental, está ainda por ser escrita em sua maior parte. O indivíduo grego floresceu juntamente com a PÓLIS, a Cidade-estado. A Pólis facilitou a ascensão deste indivíduo num claro equilíbrio entre o estado e seus membros, entre a liberdade individual e o bem estar coletivo. Platão fez uma primeira tentativa de sistematizar esta ideologia: sua REPÚBLICA projeta um equilíbrio entre a liberdade individual e o controle coletivo no interesse da comunidade. (Horkheimer, M. 1976. p.143)

Este perfeito equilíbrio, chama atenção Horkheimer, pressupunha uma sociedade baseada no trabalho escravo.

O Cristianismo cria o princípio do individualismo, a idéia da alma imortal, à imagem e semelhança de Deus.

Pela própria negação da vontade de autopreservação em favor da preservação da alma eterna, o Cristianismo afirma o valor infinito de cada homem, a idéia que penetrou até nos sistemas não-cristãos ou anti-cristãos do mundo ocidental (Horkheimer, M. 1976. p.148).

Nos fins da Idade Média esta ideologia cede lugar à uma nova concepção de indivíduo. Observa-se um paralelo entre a Reforma e o Iluminismo em relação à idéia de indivíduo. Segundo Horkheimer, a individualidade estava, nesse período, totalmente subordinada à Razão autopreservadora.

Nessa era, a idéia de individualidade parece ter-se desembaraçado das armadilhas metafísicas e ter-se tornado simplesmente uma síntese dos interesses materiais do indivíduo. (Horkheimer,M.1976 p149)

É a idéia ou sentimento de **autopreservação** que faz com que o indivíduo se ligue à corporação, à associação, etc. O indivíduo conserva, assim, sua eficiência no sentido de não sentir-se inteiramente perdido nesse sistema.

Assim, o sujeito da Razão instrumental tende a tornar-se um ego encolhido, cativo do presente evanescente, esquecendo o uso das funções intelectuais pelas quais outrora era capaz de transcender a sua real posição na realidade. (Horkheimer,M.1976 p.151)

Estas funções tendem a ser substituídas pelas grandes forças sociais e econômicas. Na verdade a ideologia da individualidade da sociedade liberal burguesa perde sua base econômica. Apesar da contínua massificação e da coletivização ainda há capacidade de resistência e a questão do indivíduo se mantém, afirma Horkheimer. Contudo a força que busca o esvaziamento do indivíduo através da submissão deste é infinitamente predominante e esmagadora. Para tentar sobreviver no mundo da sociedade contemporânea o indivíduo buscará sempre um padrão de identidade num processo de mimetismo. Ao abrir mão de suas potencialidades busca encontrar a segurança através da adaptação e do conformismo. É a garantia de sobrevivência através do mais antigo meio biológico - o mimetismo. Este processo é mais forte e mais avassalador, como afirma Horkheimer, do que jamais supôs o educador ou o poder paterno.(Horkheimer,M.1976 p.152)

O que assistimos hoje na chamada Cultura Industrial é a dissolução geral da individualidade.

Existia ainda uma clivagem entre a Cultura e a Produção. Essa clivagem deixava muito mais brechas do que a superorganização moderna, que virtualmente reduz o indivíduo a uma simples célula de reação funcional. (Horkheimer, M.1976 p.156)

Horkheimer conclama para a tarefa fundamental de nossos dias: a resistência aos padrões de massificação que infiltram-se nas instituições, inclusive na organização dos submetidos ao sistema. Afirma sua crítica à apologia do planejamento:

No conceito oitocentista de uma sociedade racional do futuro, a ênfase era colocada nos mecanismos planificadores, organizadores e centralizadores e não na condição do indivíduo. (Horkheimer,M.1976 p.157)

A existência da Razão pressupõe o elemento de singularidade que hoje encontra-se totalmente reprimido ou absorvido. Para Horkheimer, este processo de dominação não surge de forma direta a partir da base econômica (infra-estrutura) e sim da estrutura social onde se produz a Ideologia. Este processo diz respeito a super-estrutura:

Não é a tecnologia nem a autopreservação que devem ser responsabilizadas em si mesmas pelo declínio do indivíduo, não é a produção por si, mas as formas que assume - isto é, as interrelações dos seres humanos dentro do quadro específico do industrialismo. (Horkheimer,M.1976 p.164)

Quando fala de produção de Ideologia na Cultura Industrialista, Horkheimer fala dos sistemas inter-ligados: o Socialista e o Capitalista. Ambos teriam em comum a idolatria da produção e o esmagamento da individualidade.

Neste sentido, o autor nos remete à análise da Ideologia, às Representações Sociais, aos modelos de pensamento e ação, contrapondo-se firmemente aqueles que vêm no progresso tecnológico o mal da civilização.

O declínio do indivíduo deve ser atribuído não às realizações técnicas do homem e nem mesmo ao próprio - as pessoas são geralmente melhores do que pensam, dizem ou fazem - mas sim à atual estrutura e conteúdo da 'mente objetiva', o espírito que penetra a vida social em todos os seus setores.(Horkheimer,M.1976 p.165)

O debate em torno da questão do **sujeito autônomo** - o indivíduo crítico e a necessidade de se opor ao processo de massificação na Cultura Industrialista retorna novamente à pauta na atualidade como uma questão fundamental.

Massimo Canevacci em sua obra “*Dialética do Indivíduo*”, assim como Horkheimer afirma que a história do indivíduo ainda está por ser feita e nesse sentido, propõe a abertura do debate. Convicto das insuficiências na abordagem do tema no campo do materialismo histórico e reconhecendo nos desvios da ortodoxia um dos fatores de entrave para o debate teórico, buscará a contribuição de diferentes autores com visões diversas: Adorno, Freud, Marcuse, Nietzsche, Horkheimer, Deleuze, Guatari, e outros.

Para Canevacci o processo de desenvolvimento histórico e cultural da humanidade também é, ao mesmo tempo, um contraditório processo de **individualização** de um homem que não é, de modo algum, abstrato mas concreto. O processo de humanização do homem é um processo histórico a se criar e não um ideal natural a ser restaurado. Esta afirmação é necessária no sentido de afastar a idéia de “*essência individual humana*” pré-determinada, predominante no século XVIII e, dirigida no sentido de reforçar a ideologia racionalista.

Tomando como referência a produção de Adorno e Horkheimer, o autor ressalta que o indivíduo, a própria categoria individualidade, é um produto da sociedade, um processo dialético.

Será precisamente no Renascimento, o período histórico em que ocorrerá a emergência da questão do indivíduo, paralelamente ao desenvolvimento das cidades. O habitante da cidade é o indivíduo por excelência. O termo indivíduo assume um novo significado num processo complexo e contraditório da relação e contraposição entre individualidade/coletividade:

Ou seja: instaura-se uma dialética entre a auto-consciência do indivíduo e a auto-consciência social, que permite ao indivíduo tomar consciência de si tão somente em relação a um outro indivíduo, até chegar à descoberta e formalização daquela substância secreta que legitima o reconhecimento da individualidade para alguns e a exclui para outros: a propriedade.
(Canevacci,M.1981,p.9)

Esta é a contradição inerente à idéia de indivíduo assentada na propriedade que consolida-se, a partir do Iluminismo, com a Revolução Francesa e a ideologia liberal.

Para Canevacci é impossível, hoje, dissociar o conceito de **indivíduo**, tal qual proposto pela ideologia liberal burguesa, da discussão do **sujeito**. Estariam excluídos deste espírito ou essência individual exatamente os **não-sujeitos**: os trabalhadores, as crianças, os marginalizados, os negros, as mulheres, os pobres em geral, assim como o foram, em vários períodos da história, os escravos. A estes, a sociedade contemporânea burguesa concederá apenas parte dos direitos formais. Perdura, até hoje, a idéia do direito de *suspensão* pelo corpo social da condição de sujeito para a anormalidade, a delinquência, a luxúria, a miserabilidade. As repercussões são claras ao nível das instituições como por exemplo a Saúde. Dessa forma, expõe-se a contradição da relação entre indivíduo, sociedade e autonomia. O indivíduo autônomo, entidade histórica, não apenas um membro particular da espécie humana, pressupõe o reconhecimento de sua própria identidade em contraposição aos interesses alheios, no sentido de instaurar sua própria autoconservação e desenvolvimento.

A função original da produção social é dissolver o clã, o gregarismo mimético pela afirmação do indivíduo. Mas no capitalismo tardio este processo leva ao seu contrário: a sociedade individualista. Canevacci retira estes conceitos da produção teórica de Horkheimer. O capital monopolista dissolverá o ideal do “*SUJEITO-LIVRE-PROPRIETÁRIO-DE-MERCADORIAS*.” (Canevacci, M. 1981. p.10)

O fenômeno do fetiche da mercadoria, apontado por Marx na origem do capitalismo, é jogado para um novo patamar. Amplia-se até a psique do indivíduo, elevando a contradição da base econômica (infra-estrutura) à cultural (super-estrutura) - a Cultura de Massa.

Como afirmou Horkheimer, não basta buscar as razões do esmagamento do indivíduo nas mudanças econômicas mas na própria base das relações de produção atuais.

Para Canevacci, com o capitalismo, principalmente na fase tardia, emerge, com mais intensidade, a questão do sujeito: uma nova individualidade surge frente ao alargamento cultural do fetichismo e que perpassa toda a estrutura social desde a base econômica à super-estrutura, a partir da força de trabalho. Para alterar as atuais relações de produção a força de trabalho deverá reformular-se frente à sociedade individualista. Para

tanto, os indivíduos que a compõem necessitarão legitimar e afirmar o seu ser para si, sua autonomia de classe e sua autonomia individual frente aos valores dominantes, frente à ideologia dominante, ou seja, tornarem-se SUJEITOS.

Mas para realizar esse projeto, é condição indispensável a relação com outras individualidades autônomas, que a crise tende a liberar em sentido antagônico à repressão histórica de classe (vejam-se os marginais, os estudantes, as mulheres, os indivíduos não-europeus, etc.). Só mediante uma tal relação é possível reunificar, em nível mais alto, tudo o que ideologicamente fora separado, não só a dicotomia entre público e privado, cultura espiritual e processo material de civilização, mas também entre indivíduo e sujeito, entre eu e pessoa.(Canevacci,M.1981,p.10)

Como afirma Horkheimer, a história do indivíduo é contraditória. Na ideologia burguesa o homem singular foi decomposto em várias partes e não considerado enquanto uma totalidade, por sua vez, inserido numa totalidade. O que ficou da idéia de indivíduo e seus atributos, da singularidade, do particular que se projeta na totalidade, é um senso de individualismo ou “*o irracionalismo das paixões*”. Já a noção de sujeito, para o idealismo e o senso comum, é a qualidade humana capaz de ganhar a transcendência do Ser e do conhecimento. Cindiu-se o homem concreto, a sua natureza da essência.

O autor propõe a unidade dos dois termos:

Aqui, vice-versa, esses dois termos são usados como sinônimos, buscando-se uma reunificação auroral da razão e o corpo, de sexualidade e política, na medida em que ambos participam da mesma **estrutura psíquica e social**, da **natureza** e da divisão social em **classes**. Se preferi o conceito de indivíduo, isso se deveu do fato de ter querido privilegiar o que foi - e ainda é - considerado como a parte mais marginalizada e explorada do Ser singular, que é inclusive ofensiva na tradição popular italiana. (Canevacci, M.1981,p.12)

Canevacci considera que a objetivação do sujeito no marxismo atual é uma distorção da teoria marxista:

A dialética marxista entre o sujeito e objeto não é jamais inteiramente absorvida nem pela subjetividade, como faz o idealismo, nem pela objetividade, como o faz o mecanicismo. Essa deformação do materialismo le-gisla a subsistência de leis naturais independentemente e fora da consciência e da vontade dos homens e foi propagandeada não só pelo materialismo dialético estalinista mas também pelo pensamento de Mao.(Canevacci,M.1981,p.13)

Um dos alicerces da civilização ocidental tem sido a noção de indivíduo fundada no auto-sacrifício e no desenvolvimento interior. Mas, principalmente após a crise de 29, a sociedade vive um impasse em relação à esta questão, necessária à construção da hegemonia.

Há uma relação intrínseca entre a crise internacional de 29, com a falência de todo um modelo de individualidade construído na sociedade burguesa e, a explosão da Grande Guerra quando ascende o Nazifascismo. Frente ao desmoronamento econômico, a ideologia fascista fez um apelo à individualidade, como a supremacia do espírito superior. Como condição primeira, a afirmação da individualidade de alguns implicaria necessariamente na exclusão de milhares de não-sujeitos que naturalmente não poderiam almejá-la: os negros, os judeus, os operários, etc.

Após a crise de 29 inverte-se a questão do indivíduo. Com o advento dos grandes conglomerados econômicos, as sociedades anônimas, surge um contingente humano - os excluídos da individualidade - reivindicando a afirmação de uma subjetividade específica, emergente: o indivíduo-operário, mulher, estudante. Torna-se necessário conciliar o ideal do sujeito econômico singular - o indivíduo burguês autônomo, livre concorrente - com os interesses sociais gerais. Após a II Grande Guerra limites serão impostos: concorrência restrita e o concomitante desaparecimento daquele indivíduo liberal burguês, livre concorrente. Para o conjunto da sociedade: mais controle social e um apelo à modéstia, ao sacrifício para a reconstrução do pós-guerra.

O Nazifascismo surge como a força contida no sonho do homem supremo em meio à crise do indivíduo. Esta força emerge e arrasta milhares de seres humanos à morte nos campos de concentração. Horkheimer vê neste momento a comprovação do aniquilamento do indivíduo pela Razão Instrumental na sociedade industrialista. Não foi uma aberração mas a resultante de um mesmo processo.

Canavecci refere-se a Escola de Frankfurt como o grupo de pensadores que perceberam mais claramente esta mudança de sentido. Utilizaram-se do aporte da psicanálise e do marxismo tentando uma conexão entre PSIQUE e SOCIEDADE que pudesse abarcar as relações eu-classe, sujeito-objeto, homem-natureza. É interessante observar que estes pensadores desenvolveram um complexo método interdisciplinar. Escreviam por aforismos, através de textos específicos, promoviam conferências, pesquisas monográficas. Foi uma produção muito intensa com amplo espaço para debates das questões.

A chamada ***Teoria Crítica*** retoma o conceito de Fetichismo em Marx, transportando-o para a análise da sociedade contemporânea. Ampliando este conceito puderam detectar o processo de manipulação da essência individual que se dá através da expansão do consumo e da propaganda na sociedade de massas. É o esmagamento do indivíduo com o deslocamento de sua essência para a mercadoria, para as coisas do “*capital*”. É a introjeção, através da propaganda, dos valores que afirmam o individualismo e a autoconservação. Fecha-se o ciclo do fetichismo: a reificação humana.

No capitalismo tardio a autonomia do indivíduo coloca em xeque a reificação do homem transformado em mercadoria na sociedade industrialista. A constituição deste indivíduo autônomo dirige-se necessariamente na contra-mão do individualismo contemporâneo. Este é um fenômeno que está colocado no nosso presente: a produção deste valor universal - o SUJEITO UNI-VERSAL. Para Canevacci o sujeito só terá condições reais de efetivar-se através da plena subjetividade de todos os indivíduos. O pleno desenvolvimento deste sujeito universal realiza-se em conjunto, no espaço do vivido, o espaço público concreto, não formal. Não se trata de algo novo, tem origens na própria civilização. O “*eu*” necessita do “*outro*” para dialogar, para desenvolver-se, para afirmar sua autonomia numa práxis cotidiana. A autonomia não é algo imanente, tão pouco moral. É vida, é materialidade, conflito e afeto.

Canevacci nos fala sobre esta relação entre indivíduo e sociedade:

Esfera privada e esfera pública, cuja destruição - contraposição era funcional à autonomia burguesa, não são separáveis uma da outra, do mesmo modo como não é possível reduzir-se a primeira à segunda ou vice-versa. (Canevacci, M.1981.p.37)

Sobre a suficiência da democracia representativa e da esfera pública como garantia para o indivíduo ou como passo necessário, condição prévia para sua existência:

Público e privado são categorias históricas. Elas pertencem ao passado heróico da burguesia e tem capitulado, enquanto dicotomia funcional, à hegemonia da esfera pública, realizada como democracia autoritária. (Canevacci, M.1981.p.38)

Canevacci retoma a discussão do fetichismo da mercadoria em Marx para pensar a questão do indivíduo nos limites da corrente marxista.

Um dos pontos fundamentais da *Teoria Marxista* é o conceito de **Fetichismo**. Marx afirmou que as relações de produção são obscurecidas pela idéia de que a relação de troca seria uma relação entre coisas e o mercado, nesta aparência das coisas, seria uma relação entre mercadorias (a circulação das moedas que define o valor de cada objeto, as coisas substituindo os homens no mercado e nas relações de produção, cada um com seu valor). Na relação de troca os indivíduos vendem sua força de trabalho no mercado para outros indivíduos proprietários.

O fetichismo da mercadoria vela a relação concreta entre indivíduos exercendo sua individualidade na máxima abstração da sociedade burguesa: o produtor e o comprador, independentes das leis de mercado. É falso, a não ser que afirmemos o próprio fetichismo - quando a aparência se faz ver como a realidade dos homens. A menos que as leis de mercado atuem sobre os homens como leis naturais e eternas.

A circulação da moeda, do dinheiro como valor de troca universal, geral, só é possível de realizar-se na relação entre homens concretos que conferem-lhe materialidade através da representação. Por trás das relações sociais há homens (indivíduos) proprietários e não proprietários dos meios de produção. Como afirma Canevacci as leis do mercado não são leis naturais imutáveis atuando sobre o conjunto das relações sociais.

Emerge novamente a necessidade da utilização concreta do materialismo histórico e dialético:

Portanto, assim como é tolice entender essas características - do ponto de vista econômico-burguês - do comprador e do vendedor como formas sociais eternas da individualidade humana, igualmente equivocado é lamentá-las como abolição da individualidade. (Canevacci, M.1981.p.22)

Citando o texto de Marx “O dinheiro como relação social” que faz parte dos “*GRUNDISSE*”, Canevacci lembra que este nos remete a uma compreensão dialética da relação entre indivíduo e vínculo social na sociedade capitalista baseada no valor de troca. Não se pode conceber o vínculo social como um nexos natural, ao contrário: é um produto histórico que se concretiza através das relações sociais, entre indivíduos.

O autor chama atenção para este aspecto antropológico, quase psicológico, presente na obra de Marx ao discutir o fetichismo da mercadoria. Marx compara o dinheiro ao sangue - circulação da moeda - uma representação. Canevacci nos torna atentos para a tentativa retrógrada da visão romântica das correntes marxistas de negar este aspecto e colocar como única possibilidade de realização do indivíduo a sua subordinação ao interesse coletivo.

Há pontos de contato entre esta visão marxista, que pretende a extinção do indivíduo ou sua absorção ao interesse coletivo representado no Estado, e o fenômeno do fim da livre concorrência e a abolição do indivíduo - o capitalista empreendedor. Ao mesmo tempo, ao longo do processo histórico, vão se desenvolvendo os grandes conglomerados econômicos, com ativa participação do Estado regulador. Horkheimer chama o duplo espelho de **sociedade industrialista** baseada na racionalidade instrumental. O objetivo final deste sistema complexo: prescindir do próprio homem, a aniquilação do indivíduo.

Igualmente paradoxal na aparência é a máxima moralista presente tanto no ideal kantiano quanto no socialismo de Estado que afirma que o indivíduo só exerce sua autonomia ao subordinar-se, voluntariamente à vontade geral do Estado.

Canevacci mantém-se no marco do materialismo histórico e contrapõe-se à concepção idealista que acredita ser possível e aceitável a plena realização do indivíduo nas atuais relações de produção porque o enriquecimento do espírito independe da correspondência com as condições materiais de existência.

A afirmação de um tal indivíduo social livre pode-se realizar tão somente através da superação da divisão social do trabalho e da divisão sexual da reprodução em suma, através da superação da sociedade dividida em classes.(Canevacci, M.1981.p.14)

Historicamente e culturalmente a cisão sujeito/objeto, humanidade e natureza, se realiza como a negação da matéria e a reificação do indivíduo. A Razão Instrumental, presente inclusive no desvirtuamento da Teoria Marxista, provocam a cisão entre o SUJEITO e o OBJETO, homem e natureza. Esta é uma falsa questão: sujeito e objeto não estão separados mas encontram-se numa relação dialética mediatizada pela PRÁXIS.

Seguindo o caminho proposto pela Escola de Frankfurt, Canevacci coloca como inadiável a *“reconsideração histórica de um sujeito político de tipo novo”*.(Canevacci,M.1981.p.20) Aponta para a emergência deste debate no interior do marxismo - *“a fundação materialista da subjetividade”*- resgatada da explosão do ciclo de luta aberto em 68. Esta discussão ainda não está sistematizada. Significa pensar-se um método e uma práxis que articule a compreensão da estrutura e da super-estrutura, sem dicotimizá-las, sem reduzi-las uma à outra mas, percebê-las numa constante relação dialética, transformando-se reciprocamente.

No texto *“O Estado do Sujeito Hoje”* Castoriadis questiona os pensadores da década de 60/70 - os estruturalista - que proclamaram a morte do sujeito. Para o estruturalismo o sujeito foi imaginado enquanto um efeito de linguagem - ou o des-Ser do sujeito.

Novamente retorna a questão: a volta do sujeito. Em verdade, afirma Castoriadis: *“o sujeito não voltou porque nunca partiu”*. Sempre esteve presente. Certamente, não como substância mas como questão, como projeto.

Castoriadis parte da psicanálise para discutir o sujeito. Para este, a questão do sujeito é a própria psique, em si, e a psique socializada. A questão do sujeito é a do ser humano nas suas inúmeras singularidades e universalidades. Partindo-se da perspectiva freudiana, há uma pluralidade das pessoas psíquicas - “*instâncias*”- reunidas por um (num) sujeito que as engloba. A partir de Freud, pode-se formular uma noção de sujeito abrangendo estas instâncias. Mas qual a unidade? A unidade é alguma coisa além do psiquismo, está por ser feita. A unidade é o que se faz. O Sujeito é um projeto. Seus atributos: a reflexividade e a vontade.

A fração pré-psíquica é o *vivente*. Mas mesmo neste já há autofinalidade e necessidade de conservação. Pode-se afirmar que este move-se a partir de um valor - bom ou mau - e do afeto positivo ou negativo - aquilo que traz satisfação ou dor. É esta “*avaliação*” ou esse afeto que guia a INTENÇÃO. A intenção é o desejo que desencadeia uma ação correspondente de aproximação ou afastamento. VALOR, INTENÇÃO, AÇÃO, os três elementos do PARA SI. O valor envolve o afeto que determina uma intenção ou desejo.

Para o *para si* há sempre a REPRESENTAÇÃO ou figura, aquilo que faz emergir o afeto e a intuição. Isto vale tanto para a bactéria quanto para um indivíduo ou a sociedade. São sempre signos apresentados para este e representados para este. Esta representação não pode ser nem objetiva nem transparente: é uma representação para aquele SER ajustadas às suas finalidades. Nunca é transparente : o modo de ser desse alguém é fator determinante dessa representação. Implica uma seleção do que é ou não é percebido. Neste processo de seleção, extratos da realidade são “*apreendidos/construídos*” como um dispositivo apresentativo/representativo do vivente.

Assim, para evocar o aspecto mais obviamente evidente, essa apresentação-representação só pode ser imensamente seletiva. O que é a cada vez ‘percebido’ deixa cair uma massa mais importante de ‘não-percebido’ de todas as ordens: a seleção não é somente quantitativa, ela é necessariamente também qualitativa.(Castoriadis,C. 1992.p.211)

O vivente constrói a cada vez, de forma diferente, o seu mundo. Contudo este não tem total liberdade para criá-lo, está limitado pelo que encontra ao seu alcance para esta construção. Essa percepção-elaboração é, a cada vez, diferente. Um elemento X externo cria um choque capaz de induzir a capacidade formadora do vivente (percepção, elaboração, “interpretação” dos elementos do meio ambiente) “*além de X*” (toda forma é subjetiva).

O vivente é o primeiro para-si, o para-si arquetípico. Há neste, autofinalidade, há já um mundo próprio, construído sempre a cada vez, de forma diversa.

Aqui estão portanto os pontos de partida que a consideração do vivente como para si oferece à nossa discussão. Resumamos ainda as três idéias principais: o vivente é para si enquanto autofinalidade, e enquanto cria seu mundo próprio, enquanto esse mundo é de representações, afetos e intenções. E, sem poder discorrer mais sobre isso, cumpre-nos mencionar certas questões que o vivente e seu modo de ser fazem surgir, as quais prendem-se de um lado à investigação científica” do vivente, e do outro, à filosofia, questões que mostrarão, assim espero, a pertinência do que acaba de ser dito quanto à psicanálise.(Castoriadis,C.1992,p.212)

Castoriadis compara a noção de vivente à situação vivida na sessão psicanalítica. Não há psicanálise sem a consideração do “*ponto de vista*”, interior, do paciente. A partir deste, o psicanalista desenvolve a interpretação. Há o vivente e seu modo de ser. Ele é uma clausura, não podemos entrar nele. Apenas provocamos choques aos quais o vivente reage ao seu modo.

Apesar disto, da bola fechada (clausura), da interioridade, há um mundo exterior de relacionamento, de universalidade e participação.

Não há só uma célula, há um mundo incalculável. Não há um plátano, mas vários - e o plátano não poderia existir se não houvesse plátanos. Mas à clausura e à interioridade não se opõe somente uma universalidade genérica. Cada entidade singular participa de entidades de outros níveis; está integrada nelas - ou ela própria é formada pela integração de tais entidades.
(Castoriadis,C.1992.p.214)

Quando chegamos ao essencial podemos pensar o vivente apenas do interior. Para trás, em relação à uma espécie que visa sobreviver, sempre em relação com outras, chega-se ao ponto de onde não mais se avança, faltará algo na explicação causal. A partir deste ponto, nada se pode dizer. A não ser que as espécies estão submetidas à mesma finalidade do vivente particular, o para si.

Um outro nível do **para si** é o **psíquico**, entendido enquanto pluralidade de instâncias diversas.

A questão da psique será aqui abordada enquanto psiquismo humano e sua respectiva especificidade. A primeira característica dessa especificidade humana é a **desfuncionalidade** do processo psíquico relativamente ao substrato biológico (ex.: o suicida). Esta é a condição para uma funcionalidade de outra ordem. É a funcionalidade da preservação de uma “*imagem de si*” que torna possível o suicídio.

Como decorrência estabelece-se a segunda característica da psique humana:

O fato de a preservação dessa imagem valer, em geral, muito mais do que a do ‘ser real’ é uma consequência, entre outras, dessa segunda característica transversal do psíquico humano: a dominação do prazer representativo sobre o prazer de órgão.(Castoriadis,C.1992.p.215)

Freud nos fala da onipotência mágica da mente, ou, mais corretamente, da onipotência real da mente inconsciente que transforma a representação de algo para torná-la mais “*agradável*” e portanto real. Esta é uma especificidade humana: transformar a representação.

Castoriadis nos fala sobre uma terceira característica de psique humana, fundamental, específica: a AUTONOMIA DA IMAGINAÇÃO ou IMAGINA-ÇÃO RADICAL.

Sem dúvida trata-se da imaginação radical, não da capacidade de ver ‘figuras’ (ou de se ver) num ‘espelho’, mas a capacidade de estabelecer o que não é, ver em alguma coisa o que não está lá. (Castoriadis,C.1992.p.215)

Já havíamos constatado que o vivente também o faz, “o figurar deve ser suposto em toda a parte onde há para si, portanto, para começar, no vivente em geral.” (Castoriadis,C.1992.p.216) O vivente pode ver algo (percepção) onde não há nada, apenas sombra. Mas, este o faz sempre do mesmo modo em relação à sua funcionalidade. O homem responde à sua especificidade, sempre de forma diferente.

Para o psiquismo humano, há fluxo representativo ilimitado e incontrolável, espontaneidade representativa que não é sujeita a um fim determinável, ruptura da correspondência rígida entre imagem e X ou da consecução fixa das imagens. Evidentemente, é sobre essas propriedades da imaginação radical que se escora psiquicamente a capacidade linguística do ser humano: esta pressupõe a faculdade do **quid pro quo**, de ver alguma coisa ali onde há outra.(Castoriadis,C.1992.p.216)

Uma palavra, um conjunto de letras, pode significar mais de uma coisa, por exemplo.

Quarta característica: DESFUNCIONALIDADE E AUTONOMI-ZAÇÃO DO DESEJO. Para Castoriadis esta última característica é ignorada por outros autores. Para este, há ao mesmo tempo inter-relação e independência do afeto e da representação. (Castoriadis,C.1992)

Alguém está depressivo porque vê tudo negro ou o contrário, vê tudo negro porque está depressivo? As implicações para a cura são óbvias e também para o próprio papel do analista. Melhor seria dizer que a desfuncionalidade e autonomização do desejo são indissociáveis da autonomização da representação (a imaginação humana) e do afeto.

O que caracteriza a psique humana é a sua “*desintegração*”, seu emprego para finalidades contraditórias ou incoerentes.

O homem não é, em primeiro lugar e para começar, um **Zoon logon echon**, um vivente possuidor do logos, mas um vivente cujo logos foi fragmentado, e os pedaços ficaram à disposição de donos opostos. (Castoriadis,C.1992.p.217)

Evidentemente o psiquismo humano também se utiliza do dispositivo “*psíquico*” funcional do animal, mecanismos dependentes da lógica conídica, mas não são estes que caracterizam a psique humana e sim a desfuncionalização, a dominação do prazer representativo sobre o prazer de órgão e autonomização relativa da imaginação, do afeto e do desejo.(Castoriadis,C.1992.p.217)

Com isto Castoriadis faz um limite com a Razão Instrumental que liga meios e fins numa lógica formal. O racionalismo tenta explicar-se a si mesmo explicando a funcionalidade humana. Em verdade, a especificidade humana é bem mais complexa, ao mesmo tempo rica de possibilidades.

Sempre temos que lidar com uma psique caracterizada pela multiplicidade de “*instâncias*”, totalmente diferente de um desenvolvimento funcional visando melhor divisão de trabalho. Castoriadis fala de um INCONSCIENTE DINÂMICO, resultado de uma história psíquica não linear, contraditória:

Mas no ser humano os conflitos intrapsíquicos são conflitos de ‘instâncias’, e a própria existência, como a concreção a cada vez particular dessas ‘instâncias’, são o resultado de uma história. Que em e por essa história se constituem instâncias (ou tipos de processos) que não são em seguida ‘ultrapassados’ ou ‘harmoniosamente integrados’ mas persistem numa totalidade contraditória e mesmo incoerente, eis o que diferencia radicalmente a evolução no tempo do psiquismo humano de todo “processo de aprendizado. (Castoriadis,C.1992.p.218)

A psique é dinâmica, o homem modifica-se.

Para cada instância ou processo, há objetos novos e específicos, valorações e afetos específicos, apetências específicas. Também a cada vez temos um tipo de sentido novo e específico - isto é, a inserção das ‘representações’ em novos tipos de relação, em outras matrizes de equivalência e de pertença outras. (A floresta para o consciente e a floresta para o inconsciente). A cada vez desabrocha um modo do representar, do desejar, do ser afetado.” (Castoriadis,C.1992,p.219)

Da mesma forma que para o vivente, cada instância funciona como uma clausura, busca sua finalidade e opõe-se a todas as outras. Mas estas não estão em pura exterioridade mas em relação às outras, interagem. Daí vem a possibilidade da cura.

O aparelho psíquico humano desenvolve-se a partir de uma base neurofisiológica que possibilita o aprendizado mas é também codeterminada pelo processo de socialização, ao contrário da evolução animal.

E essa estranha pluralidade não é um sistema, ela é o que chamo de um magma, um modo de coexistência **sui generes** com uma ‘organização’ que contém fragmentos de múltiplas organizações lógicas, mas não é redutível a uma organização lógica.(Castoriadis,C.1992.p.219)

Uma terceira região PARA-SI é o chamado INDIVÍDUO SOCIAL. Este para-si é produto do processo de socialização que começa desde que nascemos: a mãe é junto ao recém-nascido o porta-voz de milhares de gerações passadas. O ponto fundamental deste processo é a capacidade de sublimação da psique.

Esse processo leva ao indivíduo social, uma entidade falante, que tem uma identidade e um estado social, ajusta-se mais ou menos a certas regras, busca certos fins, aceita certos valores e age conforme motivações e modos de fazer suficientemente estáveis para que seu comportamento seja na maioria do tempo previsível, justo o necessário, para os outros indivíduos.(Castoriadis,C.1992.p.220)

Há portanto na relação entre INDIVÍDUO e SOCIEDADE o pressuposto da autofinalidade da própria sociedade. O indivíduo não é uma entidade abstrata, íntegra. Está sempre inserido na sociedade e responde não só à sua funcionalidade mas à da própria sociedade enquanto indivíduo social, desde o seu processo de formação pela socialização.

O resultado do processo é um indivíduo que funciona adequadamente: para ele mesmo na maior parte do tempo (cumpre considerar a história da humanidade, e não somente os nossos pacientes) e, sobretudo, do ponto de vista da sociedade. (Castoriadis,C.1992.p.220)

Castoriadis reflete sobre a contingência da sociedade ao indivíduo, deitando por terra a concepção idealista: “*Sempre convivimos a esse mundo, nunca fazemos falta a ele.*” (Castoriadis,C.1992.p.220)

O quarto nível do PARA-SI é a SOCIEDADE e é tudo que se pode dizer sobre este. O porquê de seu ser? Sua autofinalidade. Desta maneira Castoriadis retorna a primeira pergunta: “Qual a unidade do ser humano singular? A resposta: “*essa unidade/identidade do indivíduo é a unidade/identidade da sua definição social singular, inclusive evidentemente o seu nome.*”(Castoriadis,C.1992.p.221) Esta unidade é sempre atribuição/interpretação, necessária ao funcionamento da sociedade: “*quem fez ou disse isso?*” É evidentemente, um artefato social, concorda o autor.

Mas a grande divergência de Castoriadis em relação aos estruturalistas retorna com mais intensidade. Esta refere-se fundamentalmente à negação por estes do aspecto de pluralidade e contradição da psique que é permanente e determinante nesta unidade-criação social: o indivíduo.

Uma parte enorme da retórica dos anos 60-70, referente ao sujeito como simples efeito de linguagem e seu des-Ser, questionava somente esse indivíduo social, mais exatamente a idéia (passavelmente ingênua) de que esse indivíduo representa uma ‘realidade substancial’ ou possui uma ‘autenticidade’ qualquer que possa ser o sentido desses termos. (Castoriadis,C.1992.p.221)

Após esta conclusão, que não passou de uma constatação, declararam morto o sujeito.

c) O Sujeito Humano:

Castoriadis está preocupado com a questão do sujeito e para isto apropria-se do aporte da psicanálise para desenvolver sua formulação. O autor vai fazendo tentativas de se aproximar deste sujeito e deixa claro que cada visão é ainda imprecisa.

Chego agora ao centro de minhas preocupações, o sujeito humano. Evidentemente, não se trata de ‘deduzi-lo’ ou ‘constituí-lo’. Começamos pela vaga ‘noção comum’, na nossa cultura, do que é um ‘sujeito’ e conservamos também à vista os termos que eu indicava no início, a saber reflexividade e vontade (ou capacidade de atividade deliberada).(Castoriadis,C.1992.p.221)

Há no campo psicanalítico “*instâncias*” que podem permitir uma primeira aproximação da idéia de SUJEITO: o EGO CONSCIENTE.

Seriam o consciente da primeira tópica de Freud (incluindo evidentemente o pré-consciente), ou o Ego (Ich) consciente da segunda tópica. Notemos de passagem, que de toda forma esse consciente ou EGO consciente é, num grau decisivo, o co-produto de dois fatores, irreduzíveis um ao outro e ao mesmo tempo indissociáveis um do outro: de um lado, a psique e, mais particularmente, a emergência das diversas instâncias psíquicas (na ‘série’ delas se encontra o consciente); de outro lado, o social, que age constantemente na formação do consciente, como mãe, família, linguagem, objetos, grupo, etc.(Castoriadis,C.1992.p.222)

A concepção de sujeito em Castoriadis não se confunde jamais com Ego ou Consciência e não se deixa atrair pelo idealismo, ao identificá-lo com a RAZÃO, presente tanto em Marx quanto em Freud. O Ego é indissociável da psique e esta relação dialética é que determina a reflexividade humana. Inclui representação, imaginação, além do cálculo racional.

Digo que o consciente freudiano pode reivindicar o título de ‘sujeito’, mas em primeira aproximação somente. A parte positiva dessa afirmação aceita-se naturalmente, a parte negativa ou limitativa tem necessidade de elucidação.

O ‘consciente’ como tal pode, facilmente, ser confundido com o simples raciocínio lógico’, ou mesmo com o ‘cálculo’, o qual não inclui de forma alguma o momento da reflexividade.” (Castoriadis,C.1992.p.222)

A atividade calculante e raciocinante não é exclusiva da consciência, está em toda a esfera psíquica, em toda parte onde há o PARA-SI. (Onde há o vivente).

O vivente possui atividade calculante, raciocinante e também a auto-referência mas esta não implica a representação. A consciência é auto-referência, um indicador de estado, é o “*saber que sabemos*”.

Não podemos não imputar uma atividade raciocinante e calculante a qualquer entidade vivente, qualquer que seja a sua ordem de complexidade. Mas também não podemos deixar de lhe imputar outro traço decisivo, implicado pela autofinalidade: a auto-referência. Nessa medida, o saber que sabemos continua a ser insuficiente para caracterizar o sujeito humano, mais exatamente essa possibilidade do sujeito humano que é a reflexividade. (Castoriadis,C.1992.p.223)

É a capacidade reflexiva que promove a integração SUJEITO-OBJETO através da representação, mediatizada pela PRÁXIS. A dicotomia sujeito-objeto é falsa. O sujeito faz de sua própria existência um objeto em construção, guiado pela imaginação e pela criação.

Na reflexividade temos alguma coisa diferente: a possibilidade de que a própria atividade do 'sujeito' torne-se 'objeto', a explicação de si como um objeto não-objetivo, ou como objeto simplesmente por posição e não por natureza. E na medida em que alguém pode ser para si mesmo um objeto por posição e não por natureza é que outrem, no verdadeiro sentido do termo, torna-se possível. (Castoriadis,C.1992.p.224)

É o outro que emerge. A reflexão implica cisão e oposição interna, conflito. Pressupõe dois pontos de vista possíveis: o questionamento de si mesmo. Mas a capacidade de reflexão humana é de outra ordem que a *Razão Instrumental*: é diálogo e construção a partir da ruptura, do conflito. Não pressupõe a destruição ou aniquilamento do outro (ou outros) que já estão presentes nas “*instâncias*” do psíquico deste sujeito “*unidade*”. É representação, sublimação, aquilo que transforma algo em outro, sempre em direção à vida.

São os seguintes os pressupostos da reflexividade e da capacidade de atividade deliberada - **atributos do sujeito**:

- Sublimação.
- Existência de um quantum de energia livre (mutação de energia junto a instância consciente).
- Labilidade dos investimentos neste campo.
- Capacidade de questionamento dos objetos instuídos.

O primeiro pressuposto: a capacidade de sublimar da psique. É a substituição do prazer do órgão pelo prazer da representação. “*Falar já é sublimar*”. O sujeito da linguagem não é pulsional, não há nenhum prazer para o órgão em si. Há uma mudança do objetivo da pulsão e conseqüentemente a mutação de uma quantidade de energia psíquica de um órgão para a representação.

O objeto da sublimação no homem é, contudo, determinado pela instituição social. A sublimação é o investimento de representação onde o objeto não é mais privado, é “*não-privado*”, é público, social, produto im-pregnado de significações imaginárias sociais.

E esses objetos sociais são invisíveis - ou então valem graças a seus atributos invisíveis; em outras palavras, valem em virtude de sua constituição ou de sua impregnação por significações imaginárias sociais. Ao passo que no animal, a concatenação representação - motricidade é: a) em princípio constante (para modificá-la é preciso haver ‘aprendizado’: a imaginação animal é repetitiva); b) funcional c) sempre com referente real. (Castoriadis, C. 1992, p. 229)

Para que haja sublimação é necessário que exista uma quantidade de energia livre, “*ou de importantes capacidades de mutação de energia, na instância consciente*”. É a “*capacidade de desqualificação-requalificação*” (enfim, mutação) da energia psíquica.

Ainda que se postule a existência de uma quantidade de ‘energia livre’ ou a capacidade de mutação de energia, está claro que cada vez que o aparelho psíquico faz outra coisa além de cuidar de sua homeostasia, há desqualificação-requalificação de energia, e que esse processo desempenha um papel fundamental na história e na constituição do ser humano. (Castoriadis, C. 1992, p. 231)

O papel da instituição social no processo de sublimação é fundamental. Para que novos objetos investidos surjam ou que haja a emergência de uma nova representação (eras ou passagens históricas) através do agrupamento ou rearranjo de representações deve haver uma certa *labilidade* de investimentos. Este pressuposto está em relação direta com a contingência da sociedade:

O estabelecimento de uma reflexividade e de uma capacidade de atividade deliberada requer em terceiro lugar uma importante e relativa labilidade dos investimentos. Essa labilidade não deve ser confundida com uma fluidez qualquer, nem com o que Freud chama de ‘vicariância’ do objeto da pulsão. Ela é simplesmente o contrário da rigidez. Ora, essa rigidez dos investimentos sublimados é característica da quase totalidade das sociedades humanas - e podemos dizer que é a melhor caracterização, do ponto de vista psicanalítico, da sua heteronomia. Castoriadis, C. 1992. p. 231)

Finalmente, o último pressuposto: capacidade de questionamento dos objetos instituídos. Este último pressuposto é função da reflexão do indivíduo mas também depende da contingência social.

Estes são os pressupostos para a definição de **sujeito autônomo** de Castoriadis. Em geral, os indivíduos não estão investidos destes atributos, naturalmente. Tão pouco a sociedade abre espaço para que o instituinte se estabeleça. Nem todos os indivíduos tornam-se autônomos. Trata-se de uma luta política, na concepção da palavra. Raros foram os momentos favoráveis na história da humanidade para que este processo ocorresse numa escala mais ampla. No entanto, se todos os indivíduos não são sujeitos autônomos, todos estão aptos a conquistar este atributo. A **autonomia** é um atributo primordialmente humano. Há relação entre imaginação e reflexividade assim como entre imaginação e vontade. Se a imaginação é recalcada não podemos querer além daquilo que já existe: torna-se “*a perpetuação eterna do que é.*”

E se não podemos imaginar outra coisa senão aquilo que é, toda “decisão” é apenas uma escolha entre possíveis dados - dados pela vida anterior ou pelo sistema instituído - que continua a poder ser reduzida aos resultados de um cálculo ou de um raciocínio. Castoriadis, C. 1992. p. 227)

A Razão Instrumental é o aniquilamento do indivíduo, a morte do sujeito, a perpetuação do instituído.

Estamos sempre diante de uma realidade humana: composição paradoxal de um corpo biológico, de um ser social (indivíduo socialmente definido), de uma psique inconsciente (realidade psíquica e aparelho psíquico), extremamente heterogênea e

definitivamente indissociável. Tal se apresenta a nós o fenômeno humano. É desta perspectiva que devemos pensar a questão do **Sujeito**. Remetendo a Freud, Castoriadis lembra que não há uma unidade definitiva - a essência - mas a pluralidade de sujeitos, multiplicidade de pessoas em conflito. A unidade do sujeito é precária.

Tão pouco há um “*sujeito do inconsciente*”. Este seria a própria psique inconsciente. Há algo além do psiquismo. Para a psicanálise, o sujeito se manifesta como fonte indeterminável de sentido, como capacidade (virtual) de reflexão e de (re) ação. O analista se auto-confere o status da reflexão do agir e decidir.

Ora, nada nos permite negar esse status aos outros, muito particularmente aos analisandos - e é esse **status** que o termo sujeito comporta.
(Castoriadis, C. 1992, p. 204)

A pergunta “*quem*” refere-se a este modo da subjetividade que chamamos indivíduo social. Para a psicanálise a pergunta chave remete à questão do sujeito, alguém além do cidadão, do indivíduo social, alguém que ainda está por se fazer. Aquilo que a interpretação tenta dar significado só tem sentido como ato (desejo, pensamento, afeto).

O sujeito que nos interessa, o **Sujeito Humano** propriamente dito, não é simplesmente real, não está dado, ele se faz através de certas condições e em certas circunstâncias. É uma possibilidade. O Sujeito é um projeto.

Sobre o estado do sujeito hoje, Castoriadis afirma que duas foram as possibilidades de pensá-lo no século XX: considerá-lo enquanto PARA-SI, processo auto-centrado, auto-conservador. A outra tentativa: imaginar um processo **sem** sujeito, tentativa de reabsorver inteiramente o sujeito humano na dimensão do indivíduo e em particular na linguagem. “*O sujeito não fala mas é falado.*” Por de trás, um sujeito inconsciente.

Hoje a questão do sujeito retorna.

O sujeito não voltou porque nunca partiu. Sempre esteve presente - certamente não como substância, mas como questão e projeto. Para a psicanálise, a questão do sujeito é a da psique - da psique como tal, e da psique socializada, isto é, tendo sofrido e continuado a sofrer um processo de socialização. Compreendida assim, a questão do sujeito é a do ser humano nas suas inúmeras singularidades e universalidades. (Castoriadis, 1992, p. 201)



CAPÍTULO 2:

Marco teórico e metodologia

2.1. AS DIFERENTES MATRIZES CONCEITUAIS E OS FORMULADORES DA SAÚDE

Esta pesquisa não se limitará a uma avaliação do instituído, isto é, daquilo que foi realizado, produzido, passível de ser qualificado. Sobre isto temos o conteúdo de um documento de avaliação e que faz um apanhado das realizações do governo Erundina através de dados sobre o que foi investido: as reformas, a aquisição de equipamentos, medicamentos, insumos, expansão e otimização da rede e o desenvolvimento dos programas (Saúde da mulher, criança, trabalhador, mental, bucal, idoso, deficiente, DST/AIDS), etc. Este documento é uma contabilização do que se conseguiu realizar. Não há dúvida quanto ao esforço, a energia despendida. Não faltou a vontade de trabalhar em prol da saúde pública. É inegável, fica evidente no conteúdo deste documento. (AVAL.1989/1992)

Mas não será disto que tratará esta pesquisa, daquilo que se concretizou, mas do processo instituinte que levou à realização destas ações e não de outras. Este processo é o resultado da relação entre diferentes sujeitos portadores de diferentes propostas e que lutam para concretizá-las no interior de uma dada instituição. O instituinte, produto da ação dos sujeitos em interação, altera a estrutura institucional criando novos padrões de organização das práticas.

Merhy nos coloca a questão de que devemos pensar em sujeitos e projetos ao analisarmos um dado modelo de atenção em saúde. Entre os diferentes sujeitos em ação encontramos os formuladores, portadores de uma proposta alternativa para um determinado setor e para o conjunto da sociedade.

Para o autor este enfoque nos remete a uma questão central: a relação entre Estado, Sociedade e Políticas Sociais.

O problema é entender, no campo das ações sanitárias, a institucionalização de uma dada política, e o processo de disputa dos vários projetos de políticas formulados, enquanto modelos técnico-assistenciais, pelos diferentes movimentos sanitários na busca de suas 'instituições' e de suas relações com os sujeitos políticos que implantam uma configuração histórica da relação entre o Estado e a sociedade'. (Merhy, E. E. 1992.p21)

A metodologia da análise de Merhy não se limita ao instituído (o resultado), mas interessa-se pelo processo instituinte ou, de como um determinado modelo técnico-assistencial pode configurar-se através do movimento vivo de vários sujeitos em cena portando diferentes conceitos e projetos e tentando viabilizá-los.

É evidente que o pesquisador parte inicialmente de uma concepção de um modo de perceber a organização do setor saúde. Partimos de uma visão totalizante do processo para conhecermos os aspectos específicos de um modelo técnico-assistencial. Nos termos colocados pelo autor, a pesquisa deve identificar o objeto da ação, que concepção de coletivo embasa a proposta (objeto da intervenção, em última análise, da política de saúde). Uma determinada proposta de modelo de atenção à saúde parte de uma concepção sobre saúde (visão global), do entendimento sobre o seu objeto e o modo de intervenção – as ações de saúde (o específico).

Para intervir sobre os problemas de saúde a proposta de modelo tratará de organizar o processo de trabalho para a produção de determinadas ações.

Este será um processo instituinte, partindo de uma proposta de intervenção que envolve, obrigatoriamente, vários sujeitos, portando diferentes propostas de organização e intervenção no interior de uma instituição. Por isso, diremos que um modelo técnico-assistencial configurado é o produto do confronto entre diferentes sujeitos e projetos num processo instituinte que expressa-se finalmente através da estrutura instituída, ou seja: o organograma, o investimento financeiro (orçamento e execução), funções e ações de saúde e a maneira pela qual se organiza o conjunto destas ações (processo gerencial).

Neste sentido, analisando-se a configuração de um modelo técnico-assistencial buscaremos expor os saberes tecnológicos (as matrizes discursivas, a concepção de saúde, o projeto), identificando os formuladores de uma dada proposta colocada na arena decisória (o instituinte) e o modo de intervenção (a decisão, o dirigente – o sujeito político). Isto posto, teremos o instituído, o modelo técnico-assistencial. O ponto de partida é o geral, a partir de uma visão totalizante de uma proposta, passando pelos aspectos específicos e, retornando ao geral, para melhor compreensão do processo.

É fundamental, nesta estratégia de análise, identificar o saber que norteou uma determinada proposta de intervenção, seu portador, ou seja, o formulador, e a relação entre este e o sujeito político (o dirigente capaz de tomar a decisão).

O formulador não é um sujeito social qualquer, mas aquele capaz de formular uma proposta projetando-a no futuro enquanto alternativa que altera uma situação presente, um certo problema identificado. Este sujeito formula para o conjunto e encontrando-se na arena política almeja também a direção, ou seja, pretende ocupar o lugar do sujeito político capaz de tomar decisões. Por isto, é tão importante obter a capacidade de ser um formulador, de propor alternativas viáveis numa dada configuração histórica porque este é um pressuposto básico para tornar-se um sujeito político. Seu campo de atuação é o instituinte, ele antecipa-se colocando a necessidade de mudança, seu tempo é o futuro. A formulação não pode defasar-se no presente. A capacidade de formulação é condição para construção da hegemonia, um conceito extraído de Gramsci. O papel do formulador, assim como sua relação com o sujeito político e o Estado foi bem explicitado por Merhy, no setor saúde.

O Estado não está acima das classes, mas pode ser entendido enquanto arena política (decisória) onde interagem os diferentes sujeitos sociais em sua relação entre si e com o sujeito político. Aqui emerge a questão do Estado. O modelo de atenção, deste modo, deve ser entendido em sua dimensão totalizante, enquanto política pública, intervenção governamental, expressão de um projeto articulado a determinadas forças sociais em disputa na arena política. (Merhy, E.E.1992)

Tais forças, refletindo uma dada relação entre o Estado e as classes sociais, possibilitam a formação de uma arena decisória específica, no interior de governos particulares, no campo das ações coletivas de saúde, na qual vários segmentos sociais colocam, direta ou indiretamente, seus modelos tecno-assistenciais em disputa, como projetos de políticas. (Merhy, E.E.1992.p50)

O Estado não estaria a serviço da classe dirigente, mas também responderia às necessidades originadas no conjunto da sociedade e pertinentes à construção e manutenção da hegemonia. Deste modo, o sujeito político, aquele que decide, seleciona no quadro de formulações as propostas mais preponderantes, recortando-as politicamente e dando-lhes o

acabamento final como políticas públicas. Os formuladores jogariam neste campo, a todo momento, expondo o seu projeto, tanto às classes ou sujeitos sociais que lhes interessam, enquanto forças capazes de concretizar sua alternativa, quanto ao Estado, atento ao que está sendo formulado e proposto no interior da sociedade.

Gramsci levanta a importância do intelectual orgânico em sua relação com o Estado, no processo de construção da hegemonia, quanto em relação às classes subordinadas, na contra-hegemonia. Em sua concepção os intelectuais teriam um papel fundamental na mediação entre sociedade política e sociedade civil. A concepção de Estado em Gramsci, ainda que não subestime o caráter coercitivo da burguesia, aponta a importância do aspecto cultural e ideológico para a hegemonia. Para Gramsci, a hegemonia é a preponderância da sociedade civil sobre a sociedade política e o campo das lutas é a sociedade civil. O aspecto econômico da dominação é necessário mas não suficiente. (Portelli, H.1978.)

O Estado, buscando manter a hegemonia, vai elaborar as políticas sociais, filtrando reivindicações e pressões dos diversos setores que compõem a sociedade. Seu discurso legitima-se através das matrizes discursivas dos diferentes sujeitos sociais, entre os quais apresentam-se aqueles formuladores de propostas capazes de alterar o quadro conjuntural e até mesmo a correlação de forças.

Para que o formulador passe à condição de sujeito político dando a direção da hegemonia, este deverá apresentar como pré-requisito alternativas que promovam mudanças na estrutura social e econômica (que seu discurso porte o futuro) e promovam novos atores sociais. Além disso, suas propostas deverão ser viáveis (a contingência do presente) o que dependerá diretamente das condições históricas concretas em que se dá sua relação com o Estado e com os demais sujeitos sociais.

Gramsci chama atenção para a natureza da relação entre o intelectual, (o sujeito crítico capaz de propor alternativas para sociedade) e o Estado. A permanente relação deste com a sociedade civil será mediada, a todo momento, na tentativa de legitimar sua direção, através das matrizes discursivas das diferentes correntes em disputa. Ao intelectual orgânico, comprometido com as classes subordinadas, interessará somente mudanças que

promovam a emergência de novos sujeitos sociais capazes de se tornarem sujeitos com autonomia através da reflexão crítica obtida ao longo do processo. Neste sentido formulará suas alternativas consciente de que em algum momento estas serão captadas pelo Estado e, reelaboradas em seu interesse, segundo a necessidade de manutenção da hegemonia.

Sobre esta consciência nos fala Merhy.

Diante disto, o problema é tentar entender como os padrões de seletividade acabam sendo mecanismos articuladores entre formulações e sujeitos políticos em situações específicas, que tipo de mecanismo se constitui nos processos políticos concretos, dentro de uma dada relação entre Estado e a Sociedade, para operar a articulação entre formulação, decisão e implementação, no interior da ação estatal. (Merhy, E.E.1992.p47)

Campos elabora algumas questões sobre a importância estratégica do processo de formação de sujeitos críticos na luta pelo SUS.

Várias experiências político-administrativas recentes têm se demonstrado impotentes para alterar o status-quo na medida em que não conseguiram favorecer a produção de sujeitos sociais competentes para dar sustentação e prosseguimento a mudanças institucionais. Para isso, seria necessário combinar as disputas mais gerais e pretensamente “mais estratégicas” com uma multiplicidade de microconflitos, valorizando todos os procedimentos para fazer também MICROPOLÍTICA, conforme a entende F.Guattari. (Campos, G.W.S.1992.p4.)

Para o autor o que se apreende dos textos sobre a reforma do modelo de atenção à saúde são tentativas de enquadrar os profissionais ao invés de ganhá-los para a luta. Há poucas propostas para a criação de espaços que possibilitem a emergência de sujeitos sociais críticos. Tampouco são pensadas propostas para a organização do trabalho em saúde que incentivem a autonomia dos sujeitos envolvidos. Em geral, o trabalhador de saúde é percebido enquanto RECURSO HUMANO ou FORÇA DE TRABALHO. (Campos, G.W.S.1994)

Apesar de todo o conteúdo potencial que o trabalho em saúde tem, há uma alienação, uma separação entre quem planeja e quem executa, entre gerência e gestão nos serviços de saúde.

A gestão diz respeito à manutenção, à alimentação da produção das ações de saúde. Está relacionada à criação, à autonomia, à realização profissional e também pessoal. A gestão remete à questão do sujeito. Não um sujeito qualquer, mas o sujeito dotado da capacidade de reflexão crítica assentada sobre o seu dia-a-dia, seu cotidiano, na execução diária das ações de saúde em seu local de trabalho.

Isto não se dá da noite para o dia, um governo deve ter esta preocupação desde o início e não se deixar levar pela impaciência dos quatro anos.

Cabe ao dirigente criar novos padrões de relação entre profissionais e usuários através de propostas concretas. Propor a gestão e o planejamento das ações incluindo os sujeitos envolvidos na execução, delegando poder, distribuindo novas cotas de autonomia. Pensar a organização do trabalho levando em conta o surgimento do conflito na relação entre os diferentes profissionais e entre estes e os usuários. Problemas detectados que deverão ser respondidos, segundo as condições de cada setor ou serviço, através da solidariedade (gestão) em busca de soluções (criação). Estes problemas podem ser coletivos ou individuais, estar relacionados aos serviços, à assistência ou à prevenção. O organograma, as ações prioritárias, as funções, deverão ser pensadas sob este ângulo, de forma integral, não separadas.

Aqui, a gestão é um fator fundamental.

Identifico a possibilidade de se instaurar uma série de alterações dos mecanismos de gestão e dos processos de trabalho em saúde (alterações estruturais) que atendessem às necessidades de saúde da população e às possibilidades de realização profissional e pessoal dos trabalhadores em saúde. (Campos, G.W.S.1992.p11.)

Para aquele sujeito político que pretenda a direção do processo de implementação efetiva do SUS estes aspectos devem ser objeto de sua formulação, explicitados claramente em seu projeto para que possam ser executados desde o primeiro dia de uma administração comprometida com mudanças em favor da população. O organograma, ações prioritárias, projetos deverão ser pensados sob o ângulo da gestão, com o objetivo de produzir sujeitos autônomos.

A questão que permanece é com que instrumentos operar estas modificações. Na realidade, não se trata apenas de imaginar novos projetos tecno-assistenciais, mas de identificar quem os construirá e quem os implementará enquanto movimento de luta política, de reforma 'intelectual e moral. (Campos, G.W.S.1992.p11.)

Merhy, em sua formulação, parte de uma reflexão crítica em relação aos pensadores no campo da saúde que priorizam o método em detrimento do sujeito e que atribuem ao planejamento uma função que este não comporta, deslocando-se do campo da ação política e da gestão.

Discordando-se, portanto, dos que, em nome do planejamento como tem sido feito por muitos do campo da saúde, priorizam os métodos em relação aos sujeitos, procurando no receituário do planejamento em saúde um efeito que ele não comporta. (Merhy,E.E.1995.p.118)

O autor adverte sobre o risco do planejamento torna-se um instrumento de controle social ao invés de contribuir para a mudança da estrutura institucional vigente, quando não se percebe os limites da intervenção instrumental. É preciso ter claro o pressuposto da formação de uma consciência coletiva de classe, a produção de uma dada subjetividade histórica que permita a criação de novos modos de operar sobre a realidade. (Merhy,E.E.1995)

Merhy aponta como questão primordial, no debate sobre as diferentes propostas de atuação no campo da saúde, nos perguntarmos sobre o objeto de sua ação e as reais possibilidades de intervir sobre a realidade visando a uma potencial mudança.

Assim sendo, deve-se compreender mais precisamente essa relação entre a constituição de um campo de saber tecnológico como o planejamento, a natureza do que toma como objeto de sua intervenção e as possibilidades de operar instrumentalmente sobre a realidade das práticas sociais na produção de determinados resultados, até mesmo para poder analisar o limite da capacidade de instrumentalizar o próprio campo da política, como lugar das práticas sociais que podem gerar processos e efeitos não funcionais à uma determinada dinâmica social e histórica. (Merhy, E.E.1995.p.119)

Merhy aponta quatro caminhos ou tendências no debate sobre o Planejamento em Saúde no Brasil hoje:

- A Ação Programática
- A Vigilância à Saúde
- O Planejamento Comunicativo
- A Gestão Estratégica em Saúde

O que estas propostas tem em comum é a necessidade de mudança profunda na organização das práticas em saúde e o ponto de diferença está na vinculação à uma concepção mais reformadora ou ao entendimento da necessidade de produção de sujeitos críticos e autônomos.

Em relação a esta pesquisa, lembramos que tanto a proposta de Ação Programática quanto à Vigilância à Saúde serviram de matriz e base para a formulação de propostas em SMS durante o governo Erundina.

A Ação Programática está baseada na construção de conceitos sobre necessidade e práticas tecnológicas em saúde. O objeto desta linha de intervenção é a própria organização do trabalho e a relação desta com as necessidades de saúde que, na sociedade capitalista privilegia a clínica e a assistência individual.

A estrutura econômica e social da sociedade capitalista conformaria tanto as necessidades de saúde quanto a organização das práticas de maneira intrínseca e recíproca.

Em uma leitura mais específica, aponta que em sociedades capitalistas as ações individuais de saúde, sob a capa de assistência médica – expressa ao modelo tecnológico de ação da clínica e da medicina de modo geral – impõem uma linha determinante de conformação da organização dos serviços e das práticas de saúde, implicadas com o modo capitalista. (Merhy,E.E.1995.p140)

A proposta de Ação Programática entende que é através do enfoque epidemiológico que se pode não só redirecionar o conjunto de necessidades de saúde à uma dimensão coletiva mas também reorganizar o processo de trabalho visando esta nova finalidade.

O principal problema desta abordagem está no caráter prescritivo e na substituição do sujeito da ação pelo saber “legítimo” do instrumental epidemiológico. Devido à influência marcante da matriz discursiva estrutural – marxista nesta formulação, elege-se o coletivo como mais legítimo que o individual e desqualifica-se a prática da clínica, criando uma falsa polêmica entre indivíduo/coletivo, clínico/epidemiológico.

Além disso, a complexidade da gestão na saúde extrapola em muito o campo da teoria do trabalho, conforme nos esclarece o autor:

Desse ponto de vista, a possibilidade de crítica construída esbarra em uma limitação ao fato de que o universo da intervenção em saúde coloca em jogo um conjunto de questões mais amplo do que a teoria do trabalho consegue incorporar. Assim, a relação entre saberes e práticas com necessidades e intencionalidades dos sujeitos em disputa coloca para a temática do planejamento mais do que se tem conseguido elaborar nesta matriz. (Merhy, E.E. 1995, p141)

A Vigilância em Saúde:

É a matriz da proposta da Ação Programática acoplada à técnica de esquadramento da área de abrangência de uma determinada região de saúde, no caso o Distrito de Saúde.

Paralelamente à Ação Programática as necessidades de saúde são determinadas pelo diagnóstico epidemiológico mas o perfil epidemiológico não é homogêneo para a totalidade da região. A elaboração do mapa de risco, localizado, indicará grupamentos mais sujeitos aos diferentes fatores de risco. O objetivo é o controle e a prevenção destes fatores.

Trata-se de uma atualização da Ação Programática já que incorpora o conceito da territorialidade e enfatiza a informação através da aquisição tecnológica da informática.

Aliás este tom de modernidade, tão escasso no setor público de saúde sempre defasado, é o grande atrativo da proposta, principalmente a fase de mapeamento feita pelo computador, o BLADE RUNNER.

Para operacionalizar a intervenção esta proposta vale-se de um método construído a partir do fluxograma do Planejamento Estratégico Situacional de Matus e da Ação Programática, no sentido da escolha e explicação dos problemas a serem enfrentados e da organização das ações, orientado pelo instrumental epidemiológico.

O objetivo final é reorientar um modelo hegemônico, segundo esta formulação, medicalizante, centrado na clínica e no atendimento individual, para um outro orientado pelo enfoque epidemiológico e voltado à intervenção sobre o coletivo.

Assim como a proposta da Ação Programática, é prescritiva e o método baseado no instrumental epidemiológico, supondo-se mais legítimo por sua neutralidade técnica e isento dos efeitos danosos da visão medicalizante, precede os sujeitos na ação, definindo os problemas e prioridades.

Na prática, acaba cedendo a uma ação normativa sobre a dinâmica de organização e gestão do processo de trabalho em saúde, supondo a possibilidade de impactar a ordem de causação da saúde e da doença, gerando novos perfis de morbimortalidade, ao atuar sobre os (mapas de) riscos. Como a anterior, a dinâmica mais ampla do cuidado à saúde – sob o amplo espectro de apresentação dos problemas de saúde como sofrimento e desproteção da vida, gerando demandas potenciais e reais por ações de saúde, ou algo correlato, sob a forma da busca da intervenção contra as causas do sofrimento/doença, e a procura de proteção contra a desqualificação da vida, é empobrecida, entendendo o universo do sofrimento como subordinado, e produto – consequência, da presença e exposição de riscos. (Merhy, E.E. 1995, p.143)

Por estas características de controle do quadro sanitário populacional e sem propostas mais claras para o enfrentamento da questão da integralidade das ações e da gestão é totalmente funcional ao modelo neoliberal hegemônico.

Já o Planejamento Estratégico Comunicativo, uma outra vertente apontada por Merhy, tem como matriz discursiva o Planejamento Estratégico Situacional de Matus (PES) entretanto sua formulação parte de uma crítica ao pensamento de Matus, contrapondo a este o conceito da ação comunicativa na inter-relação entre os sujeitos em ação.

Merhy chama atenção para o risco do PEC priorizar o próprio método, substituindo-o pelo sujeito da ação, da mesma maneira que Matus. Neste sentido esta formulação deveria abrir uma reflexão sobre a teoria da produção social em Matus e sobre a subordinação do método à vontade do sujeito, debate iniciado por Testa.

Esta questão será retomada pelo autor na discussão sobre a formulação da proposta da Gestão Estratégica em Saúde.

Formuladores mais preocupados com a atualização do debate sobre o planejamento em saúde no Brasil e com a implantação de um modelo de atenção que se contraponha de fato ao modelo neoliberal hegemônico, como Merhy e Campos, alinham-se ao campo de idéias e conceitos sintetizados na proposta da Gestão Estratégica. Estes autores trazem para a discussão conceitos atuais sobre a saúde, a sociedade pós-industrial, o enfoque do sujeito e a gestão.

Para Campos, a sociedade sempre se altera mais rapidamente do que os paradigmas do conhecimento, que mudam mais lentamente, o que pode provocar uma defasagem na formulação.

Campos propõe um modelo que nunca se complete, sem pretensões de ser algo acabado e que seja capaz de combinar categorias histórico-sociais e disciplinares para responder às novas demandas da sociedade.

Os serviços deverão estar abertos ao comando dos usuários que tanto tecnicamente quanto constitucionalmente deverão compor os diferentes conjuntos que formam a demanda em termos tanto individuais quanto coletivos, integralmente.

Princípios baseados na ética, na criatividade e na solidariedade deverão nortear este novo modelo.

Resumindo, poderíamos dizer que esta alternativa aposta na construção de sujeitos sociais com projetos em permanente conflito e negociação; aposta na constituição dos serviços públicos como espaço de disputa, capazes de favorecer a progressiva constituição de usuários e de profissionais de saúde com competência para o agir autônomo e solidário. (Campos, G.W.S.1992.p7)

Em sua origem a proposta da Gestão Estratégica tem como matriz conceitual o pensamento de Matus, mas a partir de um processo de reflexão crítica acaba por superá-lo.

O objeto de reflexão nesta formulação não é a ação governamental em si, preocupação fundamental de Matus, mas a gestão como forma de obter autonomia. Na Gestão Estratégica conceitos como gestão, autonomia e organização das práticas estão interligados e são inseparáveis.

Em relação a Matus e ao Planejamento Estratégico Situacional a postura é de reflexão e crítica:

Essa temática pertence, por um lado, e primeiramente, ao processo que permitiu a abordagem do planejamento que se realizou no interior das experiências das sociedades que pretenderam, dentro dos marcos teóricos e ideológicos específicos, construir o socialismo a partir da ação interventora do Estado Planejador; e, por outro lado, aos projetos que vêem no planejamento o segredo para a construção de um método de ação transformadora, procurando instrumentalizar plenamente a política, como tem pretendido Carlos Matus com o Planejamento Estratégico Situacional, deslocando o método de ação da situação real dos sujeitos histórico-sociais, transformando o próprio método em sujeito. (Merhy,E.E.1995.p123)

Matus parte também de uma crítica ao planejamento normativo e elabora uma teoria própria, a Teoria da Ação Social: os sujeitos estão sempre em situação, possuem interesses e movem-se no sentido de alcançar seus objetivos num processo de permanente disputa. Em interação os sujeitos agem intencionalmente e reflexivamente, utilizando racionalidades distintas – a instrumental, a estratégica e a comunicativa. Há uma total incerteza no desdobramento deste processo.

A capacidade de governo seria exatamente a acumulação de poder de cada sujeito, ao longo do processo de interação, para delinear novas situações, a favor ou contra seu projeto.

A proposta de Matus é um método para a ação governamental. É muito importante situar esta questão. Matus está preocupado com a capacidade de governar da própria esquerda e considera que o materialismo histórico não dá condições para se pensar a relação entre a ação do sujeito e a produção social. Esta ação é concebida apenas enquanto classe social.

Apesar de Matus considerar que todo sujeito social governa, já que interage com outros sujeitos em ação, não se propõe a formular sobre a questão da gestão e da autonomia. Este não é o objeto de sua preocupação. O desenvolvimento de sua teoria e método são, portanto, limitados neste sentido.

O PES é um método para planejar a intervenção de um determinado ator em situação de governo – o dirigente. A partir de sua situação terá que desenvolver a capacidade para declarar e identificar claramente seus problemas (uma questão fundamental para a formulação) explicá-los e criar estratégias de intervenção sobre estes.

É necessário que se elabore um Plano de Ação no sentido da obtenção de maior competência e portanto maior capacidade de governo.

Todo sujeito político dirigente governa em relação a outros sujeitos, sempre, e que também estão em situação e governam (outros sujeitos políticos) ou disputam o governo.

O triângulo de governo seria exatamente a relação entre o projeto (a intenção, a vontade), a governabilidade (maior ou menor controle dos recursos disponíveis) e a capacidade de governo (ou o modo de governar). Há uma relação direta entre capacidade e governabilidade.

A capacidade de governar diz respeito ao acúmulo de poder adquirido ao longo do processo e que cria a viabilidade para o projeto e para a intervenção.

Apesar da enorme contribuição de Matus para se pensar a importância da construção do Plano de Ação e da preocupação com a viabilização do projeto de governo que visa a mudança, há contradições teóricas e conceituais que precisam ser melhor exploradas.

O ponto de fragilidade é o cunho funcionalista da teoria da Ação Social e a mística do planejamento como um método do bem governar. Como enfatiza Merhy, Matus leva esta idéia às últimas consequências:

Acaba por mistificar um modo de intervenção que elimina a própria necessidade dos sujeitos sociais concretos, exatamente por subordinar a Teoria da Ação social a uma abordagem funcionalista da política. Como afirma Mário Testa, acaba por instrumentalizar a ação política, transformando-a em uma realidade plenamente penetrável pela racionalidade instrumental. (Merhy,E.E.1995.p127)

O método em Matus acaba por ocupar o lugar do sujeito.

No debate do planejamento no Brasil hoje, Merhy propõe uma análise histórica das diversas correntes e propostas aproveitando-se a contribuição dos diferentes autores mas de forma absolutamente crítica principalmente quanto ao objeto e a abordagem do sujeito. O sujeito precede o método ou então, já não é sujeito e sim objeto.

A Gestão Estratégica coloca-se como proposta alternativa em relação à ineficácia das abordagens prescritivas dos métodos usuais em planejamento, apropriando-se de novas categorias já trabalhadas por outros campos do conhecimento tais como a construção de uma dada subjetividade e novos padrões de relação baseados na ética, na defesa da vida, na criatividade e na solidariedade.

Sem abandonar a contribuição fundamental do pensamento de Matus e do Planejamento Estratégico Situacional, de Testa e do Pensamento Estratégico, busca novas referências de forma crítica e reflexiva na Análise Institucional. Essa abordagem é uma tentativa de buscar diferentes contribuições de diferentes autores considerando ineficiente o enfoque único baseado apenas numa única formulação pronta e acabada.

Cabe ressaltar que a Gestão Estratégica tem como matriz conceitual o que há de formulado por diferentes autores sobre a questão do sujeito e sua relação com o processo de gestão.

Como princípio é necessário que se tenha uma compreensão clara da natureza dos propósitos do projeto e construir, como sujeito que faz parte do próprio processo desencadeado, o seu modo de atuar.

Não se trata de negar as experiências acumuladas nem as técnicas utilizadas mas as experiências devem ser “digeridas e metamorfoseadas” a partir de uma nova intencionalidade, deixar de ser o modo de atuar de outros projetos e se transformar no máximo em técnicas de um novo projeto. No projeto em defesa da vida a intencionalidade é uma palavra chave; portanto é preciso se questionar sobre as características e o compromisso dos sujeitos sociais que formulam, portam e constróem este projeto e as metodologias referentes. (Merhy, E.E.1992)

Neste sentido é necessário ter como princípio a gestão pública da produção das ações, ampliando os espaços públicos. Isto vai muito além da ação estatal, da vontade ou da imposição de um dirigente.

Significa criar no espaço de governo um método de governar que articule as atividades do âmbito administrativo (instrumentais) com o modo da vida, do cotidiano (movimento social e sociedade civil). Buscar construir um imaginário pautado pela defesa da vida em contraposição ao de doença e morte. Procurar reforçar o conteúdo ético envolvido na ação de saúde a partir do conjunto de normas que regem a dinâmica das relações na sociedade democrática, através de acordos e contratos de compromisso. Ter a aceitação plena do conflito entre os diferentes sujeitos sociais, as diferentes correntes de opinião, sem procurar a anulação ou exclusão de qualquer segmento, aceitar como perfeitamente natural a disputa pela direção, pela hegemonia.

Fica claro que há uma inter-relação entre cidadania, a direção governamental e um modo de organizar o processo de trabalho.

As diretrizes para este modelo são:

Controle e Gestão dos usuários e profissionais.

Consciência Sanitária: contribuir para a elevação da consciência sanitária das pessoas e grupos organizados entendendo a saúde como direito à vida como exercício de cidadania e autonomia e como valor ético. (Projeto para a Santa Casa do Pará – Lapa/Unicamp.1992)

Abordar os problemas de saúde como gerados por fatores sociais e ambientais mas ao mesmo tempo referidos como direito de acesso aos serviços de saúde de qualidade, sem fragmentá-los.

A intencionalidade nunca é absolutamente neutra nem mesmo quando parece ser apenas técnica.

Ou seja, pelo exposto, entendemos que qualquer projeto governamental que toma como seu sentido a defesa da vida, estabelece um compromisso com uma maneira de gerir e agir no campo das ações de saúde, que coloca a atuação democrática dos sujeitos sociais no centro do processo de produção de serviços e no campo de formulação de políticas. (Projeto para a Santa Casa do Pará – Lapa/Unicamp.1992.p5)

Neste projeto as necessidades de saúde são entendidas enquanto um conjunto de representações, do ponto de vista do serviço, através da leitura da clínica e da epidemiologia, etno-social, o ponto de vista do usuário ou de como este expressa o modo como representa uma carência como problema de saúde que gera uma demanda, político, o reconhecimento / desconhecimento dos direitos sociais.

Por fim, tomando um conceito fundamental em Matus - a questão da governabilidade - deve ficar claro que o sujeito coletivo deve ser capaz de dirigir o conflito sem menosprezar o contexto situacional. A conjuntura neoliberal dificulta este projeto, daí a defesa radical, que pressupõe, da democracia, do serviço público, da cidadania e da ética profissional, sem contemporização.

Não é qualquer metodologia que gera esta capacidade a não ser que responda aos pressupostos apontados anteriormente.

A gestão estratégica

Esta proposta pode ser operacionalizada, integrada às grandes diretrizes norteadoras, em qualquer nível do sistema.

Vejamos uma proposta de gestão e organização para a Unidade Básica de Saúde elaborada pelo LAPA / DEPARTAMENTO PREVENTIVA / UNICAMP e que segue esta linha de formulação.

Inicialmente deve ser assinalado que a concepção do objeto de intervenção, o saber que orienta esta formulação, difere do enfoque epidemiológico.

Nesta formulação o conhecimento do processo saúde/doença transcende a clínica e a epidemiologia que, apesar de produzirem saberes e práticas fundamentais, não dão conta do objeto indivíduo / coletivo que deve incorporar necessariamente múltiplos saberes.

O objeto é ao mesmo tempo individual e coletivo e o principal resultado da intervenção é a produção de sujeitos autônomos, capazes de gerir suas próprias vidas de forma saudável e com qualidade. Este objeto é construído a partir da perspectiva do usuário, individual e/ou coletivo.

Pode ser alguém que por qualquer motivo procura a UBS ou, um grupo específico que demanda uma assistência específica ou, populações, agrupamentos em situação de risco, detectados pela unidade em sua área de abrangência (sistema de informação, diagnóstico epidemiológico) ou que são apontados pela própria comunidade.

O principal instrumento gerador de autonomia é a criação do vínculo e da responsabilidade do trabalhador tanto com seu trabalho quanto na sua relação com o usuário.

Quem é responsável pelo o quê, como dá conta de resolver o problema e qual o resultado alcançado. Na prática, podemos propor o vínculo do profissional médico, inserido numa equipe (unidade gestora: ex. saúde da criança) a um número de famílias inscritas e conhecidas.

Elabora-se um projeto terapêutico, sempre reavaliado por esta equipe e pelo conjunto da unidade, em relação às crianças conhecidas e acompanhadas. Um sistema de avaliação destes casos é então construído.

Este modo de operacionalizar as ações e organizar o processo de trabalho levará em conta, principalmente na construção dos indicadores de avaliação, a integralidade das ações. Mais precisamente, relativo ao projeto (aos projetos), o resultado que se pretende alcançar em relação ao indivíduo e ao grupo no qual este está inserido.

É claro que para este objetivo é preciso que haja a descentralização de fato com divisão de responsabilidades e autonomia para resolver os problemas. Neste sentido a Unidade Básica, no organograma do Distrito de Saúde tem o mesmo peso e a mesma importância do Hospital de Referência. É na Unidade Básica que a integralidade das ações se efetiva dando o tom, em todos os níveis, do sistema. Daí sua importância estratégica.

Os parâmetros para a organização do trabalho na UBS, propostas na formulação do LAPA são:

A autonomia das equipes, obtida através do vínculo do trabalhador com o usuário e com seu trabalho.

O acesso de todo e qualquer cidadão que busque a UBS (exercício da cidadania como direito ao serviço público de saúde).

O acolhimento do usuário no serviço visando a solução do seu problema, como atribuição da UBS (em contraposição ao conceito formal de resolutividade). (Campos, G.W.S.1992)

A efetividade do serviço traduzida na satisfação do usuário.

Estes parâmetros são imprescindíveis na organização do trabalho para a produção de sujeitos autônomos (usuário e profissional de saúde).

A organização do trabalho e das práticas está indissoluvelmente, nesta proposta, ligada à Gestão.

Cada equipe responsável por uma ação (S. Criança, S. Mental, Vigilância à Saúde, Setor Administrativo, etc.) será uma Unidade Gestora com uma organização própria e autônoma. Cada uma destas unidades fará parte do processo de gestão Coletiva da Unidade Básica, formalizado através de um contrato coletivo.

Cada unidade gestora em conjunto com as demais explicitará as finalidades das ações a que se propõe e o modelo de atenção à saúde que se pretende e exporá publicamente o que oferecerá (Termo de compromisso) e o que espera das demais (Rede de petições).

Este processo de gestão e organização pode ser estendido para o conjunto dos serviços de um Distrito de Saúde, para além do sistema formal de referência/ contra – referência. (Cecílio, L.C.org.1994)

Os serviços (UBS, PS, Hospital) terão uma forma de Gestão Tripartite (gerência, usuário, trabalhador) responsável pela unidade e uma forma de auto – gestão em cada Unidade Gestora responsável pelo processo e produto de trabalho.

Cada serviço se compromete publicamente com os demais em sua responsabilidade como prestador (PS, UBS, Hospital). Pode-se montar uma planilha de petição e problematizar, em debate público, sobre os pontos de entrave e compromissos não atendidos a contento. Neste sentido tanto UBS quanto Hospital tem o mesmo peso na gestão do sistema.

A Rede de petições deverá estar integrada às grandes diretrizes tanto do Distrito de Saúde quanto da SMS.

As diretrizes norteadoras da intervenção e sob responsabilidade, compartilhada na gestão, do Distrito de Saúde deverão ser acompanhadas de perto através de indicadores que avaliem tanto o serviço quanto o impacto sobre os problemas de saúde apontados pelo diagnóstico epidemiológico.

Este modelo de gestão e organização do processo de trabalho também pode ser implementado ao nível de um hospital ou de uma equipe distrital.

A partir desta matriz conceitual, buscou-se construir um esquema metodológico mais adequado a esta pesquisa que pretende analisar a proposta institucional partindo de um novo enfoque: através do sujeito e sua ação no processo instituinte. Neste sentido, optou-se por buscar referência em diferentes abordagens, diferentes autores, não necessariamente conflitantes e que poderiam apontar a construção de uma metodologia de pesquisa mais adequada.

Outras abordagens buscarão elucidar exatamente esta questão: qual a especificidade de uma dada instituição?

Uma contraposição à abordagem funcionalista é feita por Campos.

Campos considera que as abordagens funcionalistas tendem a classificar diferentes modalidades assistenciais utilizando critérios variados tais como: setor privado e setor público, filantrópico, estatal, etc. ou segundo grau de incorporação de tecnologia ou segundo o modelo tecnológico utilizado.

Na verdade, o que existe é uma forma neoliberal de produção de serviços de saúde, forma esta dominante e que articula distintas modalidades assistenciais em função de determinantes políticos, econômicos, técnicos e ideológicos buscando sempre a hegemonia num determinado contexto histórico-estrutural. (Campos, G.W.S'.1992)

O autor alerta para os limites explicativos destas metodologias, apesar de reconhecer sua importância enquanto acúmulo de conhecimento. Há uma perda de visão de totalidade: O resultado é a perda do grau de determinação que cada parte teria sobre o modelo global.

Além disso, e principalmente, não explicam a capacidade ou grau de reprodução de uma forma dominante de organização de produção dos serviços de saúde, afastando a possibilidade de intervenção sobre esta.

Para Campos, há uma tendência em confundir-se a forma com a modalidade assistencial (o termo modelo tecnológico para modalidade assistencial seria mais adequado). Assim, a combinação de várias modalidades assistenciais, articuladas segundo

uma lógica específica e dominante, seria a forma de produção de serviços de saúde. As diferentes modalidades assistenciais seriam as partes constitutivas, sempre combinadas segundo a força de determinação de dada uma forma dominante.

Campos chega à seguinte definição do de Instituição de Saúde, num dado contexto histórico e sob uma forma dominante de produção de serviços de saúde: “(...) *a composição concreta de recursos (financeiros, materiais e força de trabalho), tecnologias e modalidades de atenção, articulados de forma a constituir uma dada estrutura produtiva e um certo discurso, projetos e políticas, que asseguram a sua reprodução social*”. (Campos, G.W.S.1992.p38)

Esta questão não é simplesmente acadêmica mas fundamental se quisermos desenhar uma estratégia de intervenção para o setor saúde.

A corrente marxista no pensamento em saúde insistiu em considerar a heterogeneidade como resultante da permanência de formas residuais que referiam-se ao ideal liberal da prática clínica. Autores como Juan Garcia e Donnangelo analisavam o fenômeno como algo que caminhava, irreversivelmente, dentro de um sistema de hegemonia que poderia ser privado ou estatal - não importa - para a perda gradual do controle do processo global de produção de serviços de saúde pelos profissionais e, conseqüentemente, para a perda de autonomia. Trata-se de uma concepção determinista, idealista. Esta seria uma perspectiva, ideologicamente falando, mais próxima dos assalariados.

Em sua forma estatal a perda de autonomia significaria o sombrio destino da subordinação ao sistema burocrático. Frente ao curso inexorável das coisas, restaria preparar os profissionais para esta nova realidade, através da formação de uma nova ideologia. Esta proposta aparece claramente em alguns trabalhos de concepção estrutural-marxista (Ações Programáticas). Seria um idealismo às avessas.

O caso brasileiro não pode ser explicado assim e na verdade a ideologia liberal não perdura enquanto algo residual. Tem raízes bem mais profundas. A forma de produção neoliberal hoje no Brasil, que compõe a estrutura dos serviços de saúde, utiliza-se de diferentes modalidades assistenciais: trabalho assalariado, pequenos produtores autônomos – independentes ou associados – empresas e setor estatal.

O aspecto novo desta abordagem de Campos é o peso decisivo que os sujeitos, profissionais de saúde, usuários e dirigentes têm, tanto na construção da hegemonia da forma neoliberal dominante quanto na sua reprodução. (Campos, G.W.S.1992)

Na tentativa de romper com o esquema funcionalista, tentaremos avançar no sentido da construção de um esquema metodológico mais globalizante e que nos aproxime mais da concretude dos serviços de saúde , ao mesmo tempo, da estrutura do setor saúde, de maneira dialética. Significa evitar tipificar os diferentes níveis, evitar o diagnóstico apriorístico, para em seguida, propor a intervenção. Esta seria uma proposição instrumental em que as variáveis em jogo tendem a desaparecer e onde tudo se encaixa num esquema já dado. Para a saúde, que lida com o sofrimento, com o indivíduo, em suma, com a subjetividade, estes esquemas são apenas uma apologia do racionalismo e se mostram de pouca valia.

A interação entre os diferentes níveis de uma instituição específica se faz de uma maneira totalmente dinâmica não apenas no sentido rígido de determinações, segundo instâncias hierárquicas e condicionamentos. Os ditos “níveis” macro – estrutural, estrutural e operativo são meramente esquemáticos. A política de uma instituição objeto da análise concretiza-se sempre numa práxis. Não está suspensa no ar, materializa-se através das diferentes concepções e práticas dos sujeitos inseridos nela.

Luz propõe o que denomina “*modelo de análise histórico e dialético*” para analisar as instituições de saúde. Trata-se de uma abordagem, como ela mesma afirma, fundamentalmente política. Por um lado, é a tentativa de revelar o papel das instituições na estratégia da hegemonia, de outro, analisá-las enquanto núcleo específico de poder. (Luz, M.T.1979)

A autora é influenciada por Gramsci e Foucault. Sua abordagem é analítica: procura ir além da descrição de sistemas de informações e decisões institucionais ou a historiografia do funcionamento das instituições.

O esquema de análise de Luz permite que se verifique o aspecto dinâmico da instituição, no movimento da relação entre o instituído e o instituinte, entre a estrutura e os agentes inseridos nela.

A diferença, portanto, entre nossa análise do poder institucional e as abordagens mais conhecidas – funcionalistas, estruturalistas ou historicistas – é que as últimas, ocupando-se, na descrição ou na análise, das práticas hegemônicas nas Instituições (seja ao nível de discursos, de normas ou de relações sociais), dificilmente apontam para as fissuras internas dessas práticas e para as respostas dos que são ‘instituídos’ por essas práticas. (Luz, M.T.1979,p26)

A autora reflete sobre o papel fundamental das respostas dos indivíduos à malha de poder que se estende sobre toda a sociedade, através das instituições. As instituições tem a função de desenvolver e garantir a estratégia de hegemonia da classe dominante numa sociedade específica. Este processo se dá pela repressão e controle mas, também, através da função formadora ou educadora, em vários micro-poderes atuando sobre as consciências e corpos, no cotidiano da sociedade. Para Luz, para compreender, analisar uma instituição, não basta analisar o seu discurso – que não se confunde jamais com as normas estabelecidas – mas, centrar-se nas práticas institucionais. Compará-las, através das brechas e contradições, com o discurso ou saber da instituição concreta.

A proposta de Luz abre a possibilidade para se pensar a ação dos indivíduos no processo instituinte e é fortemente influenciada pela matriz conceitual do pensamento de Foucault. Para Foucault, qualquer saber é a expressão de um poder que se exerce sobre os indivíduos no sentido do controle social. Sem juízo moral sobre o sentido deste controle, que pode dar-se numa direção positiva de organização ou, de aniquilamento, para Foucault é sempre poder e contra este, contra seus efeitos, se voltarão os homens – objetos deste poder.

Neste circuito porém, da resposta, da reação inevitável ao efeito do poder, podemos girar infinitamente. Este esquema não possibilita trabalhar conceitos como Sujeito e Projeto. Os homens estariam presos como peças à uma grande engrenagem, sofrendo seus efeitos infinitamente.

Ainda assim a contribuição de Foucault para a análise da genealogia e reprodução do poder, através dos micro-poderes na sociedade, é fundamental.

Há ainda, no campo do materialismo dialético, outros autores que, a partir de uma crítica ao marxismo, enfocam principalmente o aspecto instituinte das instituições. Os representantes mais importantes da Análise Institucional ou Sócio-análise, Lapassade e Lourau, partem da crítica à visão marxista para elaborar uma nova teoria sobre a análise das instituições. Para estes autores há problemas na visão marxista que oscilava entre o economicismo, que vê na instituição apenas o reflexo da infra-estrutura, e um ativismo anarquista que se limitaria à análise das contradições para contestá-las simplesmente. Assim, o produto da intervenção seria o controle através do planejamento ou a autogestão como contra-instituição. (Lapassade e Lourau.1972)

O marxismo considera o instituído (estrutura) em detrimento do movimento, o instituinte (sujeito). Da oposição dialética entre estes dois aspectos da vida da instituição retiram apenas o resultado, ou seja, as formas organizadas (racionalidade, funcionalidade), institucionalizadas novamente - o instituído. Há uma recusa em se trabalhar a negatividade.

A instituição é identificada com a ordem, o grupo informal com a recusa e a anarquia.

Num certo momento, a Sociologia e a Psicologia Social identificaram o grupo enquanto oposição à instituição. Na prática expressaram sua fragilidade teórica enquanto uma alternativa de intervenção.

A Análise Institucional pretende superar o esvaziamento do aspecto político e econômico da instituição que transparece no “sociologismo”. Esta corrente não se propõe a negar a necessidade de formas institucionalizadas mas atribuir maior peso aos fatores instituintes na análise e intervenção. Surge um novo conceito na tentativa de dar conta desta nova abordagem: a instituição como a forma que a reprodução e a produção de relações sociais assume num dado modo de produção. Esta definição assegura o caráter instituidor – reprodução e produção das relações sociais – de maneira dinâmica e dialética.

A Análise Institucional compreende o movimento de uma instituição da seguinte maneira:

- Todo conjunto social possui unidade positiva, são os objetivos reconhecidos universalmente como legítimos.

- Ao mesmo tempo, enquanto unidade positiva, é negado por todo sub-conjunto ou categoria social (conflito). De fato, os objetivos oficiais são uma pluralidade de interesses. Trata-se da 1ª negação.
- O conjunto social funciona através da negação desta 1ª negação, articulando formas sociais mais ou menos estáveis, aceitas por todos. É o momento da organização, da distribuição de tarefas, num objetivo contínuo de negar negações particulares porém muito concretas.

Neste processo permanente, jamais cristalizado (salvo no caso em que o conjunto social não defenda mais sua própria sobrevivência), percebe-se que os 3 momentos estão sempre simultaneamente presentes. (Lapassade e Lourau.1972.p151)

O objetivo de intervenção da Análise Institucional é fazer surgir, na realidade concreta, o aspecto dialético, ao mesmo tempo positivo e negativo, de todo grupamento organizado. É importante acentuar que a análise de uma instituição deve considerar tanto as relações entre sua face positiva e negativa quanto entre sua estrutura e o sistema social como um todo (não só a instituição, de forma isolada).

Esta abordagem propõe, ao nível da intervenção, considerar o potencial de um determinado grupo e de cada “*sub-grupo*” e indivíduo dentro deste, a partir da experiência concreta de cada um e do grupo.

A construção da metodologia desta pesquisa utilizou também conceitos da Análise Institucional, pelo enfoque dado por esta aos sujeitos envolvidos no processo instituinte. Trata-se de uma abordagem mais adequada para a complexa realidade das instituições de saúde. É mais abrangente, pelo seu caráter dialético e de crítica às distorções geradas pelas correntes mais dogmáticas no campo do materialismo histórico e mais adequada para se pensar uma intervenção que enfatize o papel determinante dos sujeitos envolvidos no processo, sem preconceitos.

METODOLOGIA

Hipótese:

A diretriz de implantação dos Distritos de Saúde no Município de São Paulo durante a gestão Erundina (1989/1992) baseou-se, conceitual e metodologicamente, na mescla de duas propostas de planejamento em Saúde: o Planejamento Estratégico Situacional (PES) e a Vigilância à Saúde.

Por serem duas abordagens originadas em matrizes conceituais muito diversas e partirem de diferentes enfoques do sujeito, a junção destas duas propostas apresenta dificuldades para a construção de uma metodologia mais adequada para o planejamento para distritos de saúde visando a gestão estratégica e a formação de sujeitos críticos e autônomos.

Objetivo:

Analisar a proposta de saúde durante a gestão Erundina na Prefeitura do Município de São Paulo (1989/1992) enquanto um processo instituinte.

A política da Secretaria Municipal de Saúde nesta gestão, objeto desta pesquisa, foi analisada através do conjunto de diretrizes e de propostas que resultaram na intervenção sobre os principais problemas de saúde detectados no Município de São Paulo no referido período.

Objetivos Específicos:

Analisar as diferentes propostas de intervenção que contribuíram para a proposta de saúde na gestão Erundina.

Analisar a proposta de organograma (organização do trabalho e delegação de funções) para SMS no referido período.

Primeiramente, foi realizado um levantamento dos principais documentos da Secretaria Municipal de Saúde que continham o conjunto das diretrizes para a instituição além dos documentos que fizeram uma avaliação das propostas implementadas no referido período – 1989-1992. Os documentos são os seguintes:

Documento 1. SHS/PMSP. FEV/1989.

Plano Emergência para a Cidade de São Paulo. SHS/PMSP. 1989.

Plano de Metas. SMS/PMSP. 1989.

Plano Municipal de Saúde. SMS/PMSP. 1989.

Relatório de Avaliação de Secretária Municipal de Saúde. Janeiro a Outubro de 1989. SMS/PMSP.

Doc. Avaliação e Rumos. SMS/PMSP. MAR/1990.

Relatório Preliminar das Propostas Elaboradas pelo Grupo de Trabalho para o Enfrentamento das Condições Violentas de Vida no Município de São Paulo. SMS/PMSP. DEZ. 1990.

Doc. Provisório sobre “*Prioridades para 1991*”. SMS/PMSP.

JAN/1991.

Doc. Diretrizes. SMS/PMSP. 21/02/1991.

Projeto de lei de Estrutura da SMS (versões 1, 2, 3 e 4ª versão modificada). SMS/PMSP.

Resumo do Trabalho da Secretaria Municipal de Saúde (1989/1992) Set. 1992. SMS/PMSP.

O conteúdo dos referidos documentos diziam respeito à implantação dos Distritos de Saúde no Município de São Paulo, ao enfrentamento das condições violentas de vida e a reestruturação da Secretaria Municipal de Saúde através da Reforma Administrativa em conjunto com a Secretaria Municipal de Administração.

Estes documentos foram analisados sempre referidos ao processo de gestão, considerando-se que a Política de Saúde da instituição foi o produto da interação dos diferentes sujeitos em resposta aos problemas que estavam sendo colocados paralelamente ao projeto de implantação dos Distritos de Saúde. Significa dizer que, o conteúdo destes documentos não foi analisado de forma parcial mas, referido a um processo instituinte, mais amplo. A condição de funcionária de SMS da pesquisadora facilitou este trabalho.

Coerente com o marco conceitual desta pesquisa, a análise da proposta de saúde da instituição partiu, inicialmente de uma concepção de um modo de perceber e organizar o setor saúde.

Da mesma maneira, a pesquisa procurou identificar o objeto de intervenção da proposta, o saber que a orientou, sua concepção de saúde e o modo específico como buscou organizar os serviços e as práticas para responder aos problemas colocados.

Neste sentido, a pesquisa procurou analisar a matriz conceitual que serviu de referência à proposta mais geral da instituição (o saber) e as diferentes propostas apresentadas por outros sujeitos, além do dirigente, ao longo do processo instituinte em resposta aos problemas concretos enfrentados.

Além disso, aproveitou-se a oportunidade para analisar a proposta de reorganização da secretaria através da proposta de organograma para o projeto de reforma administrativa da PMSP.



CAPÍTULO 3:

A proposta para a saúde no governo

Erundina

3.1. O SABER

A análise da matriz conceitual que serviu de referência para a diretriz de implantação dos distritos de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde na gestão Erundina foi feita com base nas experiências relatadas pelas oficinas de trabalho de *“Projeto de Desenvolvimento Gerencial em Distritos Sanitários no Município de São Paulo”* (oficinas de multiplicação) da SMS/PMSP em parceria com a Cooperação Italiana para a Saúde (Ministério das Relações Exteriores da Itália), nos textos de apoio apresentados às oficinas e na avaliação do projeto feita por coordenadores e consultores diretos do projeto em São Paulo e sistematizados numa coletânea de textos de vários autores, organizada por Carmen Fontes Teixeira e Cristina Melo intitulada *“Construindo Distritos Sanitários: A Experiência da Cooperação Italiana no Município de São Paulo, de 1995”*.

Os principais formuladores da proposta de planejamento para distritos de saúde e que serviram de referência para o projeto de implantação dos distritos em São Paulo são citados nesta coletânea, para uma melhor compreensão dos conceitos utilizados. Entre estes Mendes e Paim (respectivamente à concepção de “Distrito Sanitário” e “Trabalho Epidemiologicamente Orientado”) (Teixeira, C. F e Melo, C. 1995). A síntese da formulação referência para a proposta em São Paulo esta sistematizada na coletânea *“Distrito Sanitário: o Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde”*, de 1993, organizada por Mendes, com textos de sua autoria e de outros autores, entre estes membros da Cooperação Italiana e que fizeram parte, como consultores técnicos, do projeto em São Paulo (especial atenção para os capítulos 3 e 4 de autoria de Mendes e Paim, respectivamente e, para o capítulo 6). Neste último capítulo Teixeira, consultora técnica da Cooperação Italiana e responsável pela assessoria mais direta e pelo acompanhamento do processo em São Paulo explicita a proposta de Planejamento e Programação Situacional (PPS). Esta era a denominação da proposta à época do projeto e é deste modo que aparece no texto desta pesquisa. (Teixeira, C. F. 1993).

O convênio entre a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e a Cooperação Italiana para o “Projeto de Desenvolvimento Gerencial nos Distritos Sanitários no Município de São Paulo”, foi assinado no início de 1991 e teve duração de dois anos (até o final da gestão Erundina). Os dois distritos escolhidos como pilotos foram DS Campo

Limpo e DS Itaquera. O projeto desdobrou-se em oficinas de trabalho e oficinas de multiplicação para o conjunto de SMS.

Este projeto tinha como origem as experiências de implantação dos Silos (Sistemas Locais de Saúde) no país, projeto patrocinado pela OPAS/OMS e Secretarias Estaduais de Saúde (1988). Já neste momento, a Cooperação Italiana participa, em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Deste projeto resultou uma série de seminários coordenados pela OPAS e cooperação Italiana que resultou no “Curso de Gerência do Silos” e que contou com uma participação importante do Departamento de Medicina Preventiva da UFBA e do Instituto de Saúde da SES/SP.

Naquele momento, a sistematização e avaliação das experiências apontavam para a necessidade de se avançar na proposta do SILOS visando mudanças na lógica de organização não apenas dos serviços mas principalmente das práticas sanitárias.

A proposta de planejamento para os distritos em São Paulo, veiculada pela Cooperação Italiana tomou como matriz conceitual o pensamento de Matus, Testa e Uribe.

O processo de Planejamento Situacional (PES) nos distritos de Saúde de Itaquera e Campo Limpo baseou-se em uma proposta metodológica elaborada com a contribuição de vários autores latino-americanos, principalmente Matus, Testa e Uribe. Segundo essa proposta geral, o processo de planejamento contempla quatro momentos não necessariamente encadeados: o explicativo, o normativo, o estratégico e o tático – operacional. (Teixeira,C.F. e Melo,C. 1995.p.71)

Em linhas gerais, esta proposta tentará compatibilizar o Planejamento Estratégico Situacional à Vigilância à Saúde.

Este amálgama de vertentes segue um sentido de coerência, isto é, não ocorre aleatoriamente. Há uma racionalidade neste processo.

Uribe, um dos formuladores referenciais, já propunha a tentativa de sintetização da abordagem de vários autores e diferentes documentos.

A nossa análise é uma tentativa de sintetização das abordagens de vários autores e de vários documentos, notadamente da produção do Prof. Carlos Matus, considerado um dos mais consistentes ideólogos da planificação estratégica na América Latina (no campo da planificação econômico - social) e do modelo de Formulação de Políticas de Saúde elaborado pelo Centro Pan-Americano de Planificação em Saúde, junto com OPS e publicado em 1975. (RIVEIRA,F.J.U.1989.p.153).

Para situar melhor a questão faremos um breve histórico sobre a influência das agências internacionais (CEPAL/OPS) no pensamento em saúde no Brasil.

A proposta de planejamento em saúde na A. Latina surge concomitantemente à emergência da chamada corrente neo-clássica no pensamento econômico, logo após a Segunda Guerra Mundial.(PAULA,S.G.1981) A Organização Pan-Americana de Saúde e a Organização Mundial de Saúde surgem neste período. A OPS será criada a partir de concepções desenvolvimentistas da CEPAL que inclusive, lhe cederá alguns de seus técnicos. Na *visão neoclássica* a saúde é um importante fator a ser considerado na análise econômica assim como na mobilização de recursos. Considerá-la um dos setores prioritários para o investimento estatal - assim como a educação - tornaria possível obter um impacto sobre os níveis de saúde das populações, criando assim, condições para que um país não desenvolvido caminhasse na direção das nações desenvolvidas. Parte-se de uma concepção de que o setor saúde, de seu interior, seria capaz de promover uma elevação no nível de saúde de um país. Para isso, bastaria aplicar instrumentos econômicos no sentido de alinhar o desempenho do setor. É o pensamento econômico progressivamente dialogando com a saúde.

Através de uma abordagem econômica, os planejadores, atuando neste binômio saúde/educação, seriam capazes de promover o desenvolvimento. A saúde é entendida enquanto importante fator de desenvolvimento, em si mesma. Daí, a necessidade de coordenação e de controle, de planejamento.

O grande equívoco destas concepções, vinculadas pela OMS e OPS e elaboradas teoricamente pela CEPAL, foi a defesa da Teoria do Desenvolvimento Auto-sustentado e do Círculo Vicioso *Doença/Pobreza/ Sub-desenvolvimento* no Terceiro Mundo. O desenvolvimento econômico não leva necessariamente à diminuição das desigualdades e sabemos, hoje, que esta crença irrestrita no progresso é falsa.

Mas mesmo autores na área da saúde, marxistas críticos, estavam presos à influência do economicismo, à época, e o máximo que conseguiram formular foram propostas gerais ao nível econômico, como redistribuição de renda e melhoria no padrão de vida. Não puderam cogitar a saúde enquanto campo de luta dos movimentos sociais, já que compreendiam o processo saúde/doença como determinado diretamente pela estrutura econômica e pelas relações de produção.

No referido documento da OPS de 1965, o CENDES-OPS, há todo um enfoque econômico e de alocação de recursos, vistos sempre como escassos. Daí a necessidade da eleição de prioridades para esta alocação, de maneira técnica e econométrica, baseada na avaliação de indicadores de natureza quantitativa e qualitativa, fundamentalmente de MORBIDADE e MORTALIDADE. A saúde é tratada sob um enfoque econômico, abstrai-se o campo de luta dos movimentos sociais, o social é apenas mais um dado. O ator fundamental é o Estado, do qual depende a decisão de investir no setor com vistas ao desenvolvimento. Nesta concepção, as sociedades seriam iguais: o planejamento normativo se aplica a qualquer país.

A concepção desenvolvimentista surgiu no pós-guerra, segunda metade da década de 50. Nesta, a saúde da população é considerada um **Fator de Produtividade**. Segundo este enfoque, os recursos de saúde podem ser tratados do ponto de vista dos modelos de **Custo-Benefício**.

No mesmo período, surge o movimento preventivista nos Estados Unidos, como proposta liberal. Surge a chamada Medicina Comunitária, no sentido da assistência aos bolsões de miséria, não cobertos pelo Estado ou setor privado. O problema posto para ambas as propostas era o alto custo da assistência médica hospitalar.(RIVEIRA,F.J.U.1989)

A influência destas correntes ainda é observada claramente nos dias atuais. Os médicos utilizam conceitos adquiridos da medicina preventiva em seu dia-a-dia, necessários para o raciocínio e conduta terapêutica sem contudo, alterarem sua concepção sobre a população ou sobre o usuário, mantendo intacta e, concomitante, uma lógica liberal em sua prática. Da mesma forma, o enfoque epidemiológico, na intervenção sobre os chamados grupos de risco é a influência deste pensamento que persiste quando se tenta

inculcar na população, nos usuários dos serviços de saúde, conceitos sobre a prevenção das doenças ou sobre o modo de alterar sua condição de saúde, embasados num suposto saber epidemiológico. Nos dias atuais, estes conceitos estão sendo retomados, inclusive pelo pensamento neoliberal na saúde, reciclados. O planejamento em saúde na A. Latina nunca afastou-se realmente desta lógica.

Estes movimentos irão confluir num rearranjo institucional do setor, através da absorção de suas propostas pelo Estado. Como afirma Rivera é o resultado de um longo e inacabado processo de racionalização que objetiva, principalmente o barateamento dos custos com máximo rendimento, embutida na idéia de **Integração, Descentralização e Simplificação Tecnológica**.(RIVEIRA,F.J.U.p.23)

A Administração Hospitalar também surge neste período. A mesma idéia: baratear custos e liberar recursos para o setor econômico ou diretamente produtivo.

Na década de 60 os Estados Unidos propõem, para a A. Latina, a famosa Aliança para o Progresso, expressão máxima das iniciativas internacionais no sentido da concretização do chamado modelo de desenvolvimento transnacional. As teses cepalinas dominam o campo intelectual neste período. Neste sentido os Estados latino-americanos buscam uma ação mais conjunta com o objetivo de programar o desenvolvimento social e econômico (reunião de Punta del Este,1961). Como decorrência surge a necessidade da elaboração de planos para a saúde. Em 1963 ocorre a reunião dos ministros de Saúde das Américas. Esta tarefa é então repassada à OPAS, também criada neste período como assessoria permanente.

Havia uma carência percebida em relação a questão metodológica já que o marco conceitual estava definido. Parte-se, então, para a elaboração dos planos. A tarefa principal: a formulação de uma metodologia que pudesse compatibilizar as categorias sociais e econômicas, buscando um método próprio de programação em saúde. A OPAS procura o CENDES - Centro Nacional de Desenvolvimento da Universidade Central da Venezuela, convoca técnicos da CEPAL - Comissão Econômica para a A. Latina - entre estes Jorge Ahumada e Mario Testa, numa verdadeira arregimentação de técnicos e intelectuais para este projeto. Mas, de fato estes formuladores já trabalhavam neste sentido, antes de serem convocados:

Ahumada sugere que seja aproveitado o trabalho de Mario Testa, o qual vinha se ocupando, antes de Punta del Este, da definição de um método de programação sanitária, baseado na transposição de princípios do planejamento econômico, e, especificamente, no problema da quantificação. A idéia de eficiência no uso dos recursos escassos preside este esforço desenvolvido precocemente na Venezuela. (RIVEIRA,F.J.U.p.25)

A escolha metodológica dá ênfase à quantificação, numa aproximação do pensamento econômico com o setor saúde. A idéia central: a busca de eficiência em meio aos recursos escassos. No plano político-ideológico geral: a busca por uma terceira via entre o capitalismo liberal e o comunismo.

Um dos grandes problemas deste pensamento está, basicamente, na sua inspiração de cunho econômico e refere-se, principalmente, a uma operacionalização do social.

Resta lembrar que este era o clima intelectual dominante no período no qual encontrava-se imerso inclusive o pensamento marxista, dominado pelo economicismo.

O resultado do trabalho destes técnicos ligados à OPAS é o conhecido documento *Problemas Conceituais e Metodológicos da Programação em Saúde* (OPS-OMS,1965) e que configura o Método CENDES-OPS.

Em seguida uma breve exposição dos conceitos chaves deste método:

A intenção é operacionalizar alguma forma de cálculo de eficiência na utilização de recursos (**Análise Custo-Benefício**) que justifique a definição de prioridades em termos de grupos e danos e o processo da escolha das ações programáticas (combinação de recursos).

O primeiro passo é o **Diagnóstico**: baseia-se numa concepção ecológica do processo saúde doença. Através deste chega-se ao chamado **Perfil Epidemiológico** (conjunto dos dados de morbidade e mortalidade). Além disso promove-se uma avaliação, do tipo microeconômica, dos recursos existentes (que compõem os Instrumentos). Vale ressaltar que os recursos humanos são tratados enquanto **Capital Humano**, fazendo parte dos instrumentos.

É importante observar que o processo de eleição das prioridades baseia-se neste diagnóstico prévio que, por sua vez, fundamenta-se em critérios técnicos de base epidemiológica. Mas não só isto. Como já havíamos dito antes, este enfoque epidemiológico vem subordinado a toda uma lógica econômica.

A Epidemiologia, sem nenhuma incongruência, é a ferramenta originada da saúde que, com muita facilidade, comporá a matriz metodológica do CENDES. A Epidemiologia, como ainda a conhecemos hoje, apesar dos esforços na sistematização de um outro campo epistemológico - como a tentativa de construção de uma nova metodologia através da Epidemiologia Social - tem como base uma lógica racionalista de combinação entre meios e fins, muita próxima da econômica. Por isso, desde o início, e sem dúvidas, é escolhida como disciplina nobre, na tentativa de composição, no interior do método, de elementos da saúde e da análise econômica. O fundamental de pensarmos é que o objeto da Epidemiologia e da Economia é comum: o Coletivo, objeto passivo.

Através de indicadores, os dados são analisados em função da **Magnitude** (Mortalidade), da **Vulnerabilidade** (tecnologia disponível), e **Transcendência** (grupos etários estratégicos). Classifica-se os danos segundo um grau de hierarquia: $P=M \times T \times V$

Implica, também, no cálculo do custo de cada morte evitada: prioridade maior para os danos que apresentam custo menor. Em resumo, priorizar aqueles danos possíveis de serem evitados, com um menor custo, no sentido de aumentar a expectativa de vida e a capacidade potencial produtiva (no contexto do pensamento desenvolvimentista).

No entanto, sabe-se hoje, não há uma relação direta entre crescimento econômico e equidade ou melhoria nos padrões de consumo global, como queriam os adeptos da teoria desenvolvimentista. Há, desde o início, uma contradição e uma ambiguidade no método: consumo de serviços não significa, necessariamente, equidade.

Em relação à organização das práticas, o Cendes tem uma inspiração de base taylorista, empresarial, que leva à uma negação dos sujeitos, agentes das práticas e ações de saúde. De fato, estas idéias apoiam-se nas concepções da Teoria Geral da Administração: a melhor combinação dos recursos visando eficiência com aumento de produtividade e menor custo. Esta teoria preconiza a intervenção direta e normatizadora no processo de trabalho, através da pesquisa do tempo gasto e movimentos envolvidos neste.

Em nossa tese de mestrado, sustentamos que esta concepção otimizadora da oferta envolve o sério risco de comprometer a qualidade da oferta, afetando por conseguinte, o alcance da equidade. Esta constatação reforça a anterior, no sentido de permitir caracterizar melhor a lógica interna do método como uma lógica economicista e administrativa, mais voltada para o crescimento do que para a equidade. (RIVEIRA,F.J.U.1989,p.28)

A tentativa de síntese de diferentes matrizes conceituais não é tão simples assim e remete à diferentes concepções sobre a questão do SUJEITO.

A seguir, enfocamos a discussão sobre o sujeito na concepção de Planejamento para Distritos de Saúde proposta pela Cooperação Italiana para o Município de São Paulo no governo Erundina.

Esta proposta toma como referência, no campo mais geral do planejamento latino americano, autores como Matus e Castellanos e documentos principalmente “Formulação de Políticas de Saúde”. No campo do debate no Brasil embasa-se em autores como Uribe, Mendes e Paim.

É importante contextualizar o documento “*Formulação de Políticas de Saúde*” de onde são extraídos conceitos como Viabilidade e Estratégia. Este documento é a síntese da crítica ao Planejamento Normativo no sentido de sua superação. É, em essência, um esquema para a formulação de políticas de saúde. O contexto em que se encontrava a produção do pensamento em saúde no período em que surgiu o documento foi grandemente influenciado pela corrente estrutural – marxista e dirige-se à análise das macro-estruturas afastando-se da especificidade das práticas de saúde. Toda a engenharia ou estratégia montada pelo documento necessita de um planejador técnico/político, que, pertencente a um governo, sujeito político, dirigirá este arsenal no sentido das mudanças propostas. A relação entre este sujeito político e os demais sujeitos sociais não é problematizada neste documento.

Conceitos como Viabilidade e Estratégia são extraídos deste documento que de maneira geral influenciou toda uma geração de planejadores na área da saúde.

A análise de viabilidade é o ponto focal de todo o processo do PPS em Distritos, ainda mais considerando-se as condições desfavoráveis em que se desenvolve o processo de reorientação do sistema de saúde no caso brasileiro.

A discussão ampla, participativa, de todos os sujeitos envolvidos no processo de PPS em um DS, acerca da viabilidade do ‘que fazer’ previsto nos módulos operacionais, é o momento, portanto, de se estabelecerem táticas e estratégias em torno de objetivos e ações intermediárias e finalísticas, bem como o momento que permite a identificação dos oponentes, das resistências e a análise de sua natureza .(TEIXEIRA, C. F. 1993.p.254)

Para Teixeira o desenho da Estratégia, um conceito de guerra, tomada de posição, é o coração racional do Planejamento e Programação Situacional (PPS) em Distritos Sanitários:

O momento estratégico é o coração do PPS em Distritos Sanitários, devendo ser dirigido com toda a ‘cabeça’ possível. Ou seja, é o momento em que, a partir da definição concreta do que fazer, quem fará, quando, onde, com quem, com que recursos e para que, aparecerão os conflitos, não no plano geral de análise e propostas, mas no plano específico dos interesses cotidianos, da organização do trabalho e dos micro-poderes políticos, técnicos e administrativos no DS. (TEIXEIRA, C.F. 1993.p.251)

O conceito de estratégia, originado do pensamento militar, deve ser compreendido em termos de meios e fins para se alcançar a posição desejada (situação ou imagem – objetivo). Para isso, faz-se necessária uma análise política, uma leitura da conjuntura que permita visualizar o ou os oponentes que deverão ser identificados e vencidos no conflito.

Esta concepção de mundo faz parte do próprio movimento marxista onde a inevitabilidade do conflito, a dialética dos opostos, pressupõe a superação (ou extinção) de um destes. Nesta forma de pensar, de ver o mundo, não há espaço para uma lógica de diálogo entre forças, mas sempre a destruição de outra força oponente. Esta racionalidade do conflito constrói um esquema de raciocínio onde “consenso” é apenas um meio para se atingir o fim, a posição. É um modo de atuar que pressupõe a anulação de uma força por outra ou a tensão entre duas forças de igual intensidade.

Deve-se destacar que estratégia não é igual a estratagema – ardil de guerra, engano feito com astúcia e destreza – mas que envolve o tato, a oportunidade, o compromisso nos aspectos em que é admissível o convencimento, a persuasão, a aliança, além dos diversos graus de coerção – ação de conter, refrear ou sujeitar, que são patrimônio da autoridade política. (FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE OPAS/CPPS.1975.p.58)

A dialógica, nesta concepção, é meramente instrumental. O sujeito é a autoridade política (ou o gerente / planejador) em meio aos demais, não sujeitos.

A matriz conceitual deste pensamento é o documento “*Formulação de Políticas de Saúde*”, e traça os limites em que se dá a relação entre o gerente e os diferentes sujeitos envolvidos no processo.

É importante observar que o documento “*Formulação de Políticas de Saúde*” não trata da problematização dos demais sujeitos envolvidos na ação. O sujeito privilegiado é o planejador que ou ocupa efetivamente o lugar do dirigente ou formula diretamente para o Estado visando uma ação transformadora. Além disso, as práticas de saúde não são objeto de reflexão como ocorria no CENDES, o nível de intervenção é macro-estrutural.

Já na proposta do Planejamento e Programação em Saúde (PPS) um dos objetivos também é a transformação das práticas de saúde.

O principal nível de intervenção é o Distrito de Saúde, a organização das práticas, o que obriga a pensar sobre a produção do sujeito. Mas o PPS não dá conta desta questão ficando preso à solução do gerente planejador, sujeito pensante, formulador, capaz e autorizado a promover as mudanças necessárias.

Nesse momento, é que toda a competência da gerência e das equipes técnicas do DS é posta em questão no processo de mobilização permanente, visando repensar os interesses cristalizados, as rotinas, os mitos, os pequenos entraves do cotidiano, as queixas, o boicote, a indisciplina, enfim, um conjunto de elementos que confirmam a cultura organizacional que caracteriza nossas instituições de saúde. (TEIXEIRA,C.F.p.251)

O ponto de inflexão provocado pelo documento “*Formulação de Políticas de Saúde*” é o desmascaramento do caráter asséptico, técnico, do Planejamento Normativo e a inserção da política, em toda a sua extensão, no pensamento em saúde. A análise política, a leitura da conjuntura, a percepção do(s) outro(s) são conceitos que mudaram o enfoque do planejamento em saúde.

Mas a abordagem do outro através do conflito, da destruição ou sujeição do oponente, comprometem o esforço de superação.

No cotidiano os sujeitos também se utilizam, em seus espaços específicos, de uma leitura da conjuntura – aquilo que é possível de ser realizado - e estabelecem relações com os demais oponentes ou não. Não é apenas o técnico político que o faz. É evidente que há uma clara necessidade de se estabelecer um método de governo pelo próprio nível de complexidade da ação. Mas nem tudo na vida cotidiana é conflito e os indivíduos estabelecem muito mais, em sua estratégia de sobrevivência, o diálogo ou a “dialógica”.

Na relação entre o gerente e diversos sujeitos envolvidos (como no caso da saúde) é preciso refletir sobre as metodologias empregadas no planejamento e organização para que não se enfoque o sujeito como objeto do método. Os sujeitos não abandonam jamais sua condição e, desta maneira, estabelece-se um paralelismo entre duas lógicas: a dialógica do cotidiano e a instrumental dos níveis de gerência que jamais se encontram.

Rivera nos situa mais precisamente sobre o caráter inovador e os limites do planejamento estratégico.

O enfoque estratégico da planificação em saúde (que surge no final da década de 70) representa um questionamento profundo, conquanto não global da lógica do enfoque normativo, consubstanciada no modelo CENDES (ainda válido na etapa programática), mas na recolocação ou reinscrição desse instrumental no interior de uma concepção e de um estilo qualitativamente diferentes de planificação, na realidade pertinentes a uma forma de desenvolvimento característico de nossas formações sociais subdesenvolvidas e de capitalismo dependente. (RIVERA,F.J.U.p.153)

O enfoque epidemiológico dá o tom da proposta de Planejamento e Programação Situacional (PPS) de Teixeira:

Do ponto de vista estritamente metodológico, o processo de formulação dos objetivos serve à construção da situação - desejada que atua no contexto do PPS como norte que orienta o desenho das estratégias de ação e deve ser feito sempre por referência aos problemas de saúde da população, com objetivos terminais, ou seja, o perfil epidemiológico – sanitário que se espera alcançar ao término das intervenções que se propõe no momento seguinte do PPS. (TEIXEIRA, C.F. 1993,p.250)

A escolha do enfoque epidemiológico para a construção de uma metodologia de planejamento não é tão simples assim.

No campo do materialismo histórico, as correntes de pesquisa em saúde dirigem-se no sentido da Epidemiologia Social. Contudo, há problemas na mediação entre a explicação através dos determinantes sociais referentes ao modo de produção no processo saúde-doença e a operacionalização de indicadores próprios no nível específico da ocorrência dos fenômenos.

No debate travado, hoje, no interior da disciplina - a Epidemiologia - Costa nos fala sobre a insuficiência da abordagem da Epidemiologia Social, de marcada influência estruturalista:

A Epidemiologia Social levou adiante essa tradição de pensar de modo compartimentado a relação da natureza com economia e sociedade. O espaço relacional entre `determinantes sociais` e processos biológicos foi concebido como espaço de subordinação entre um nível de determinação estrutural e um plano de determinação secundário. No campo da saúde, as determinações estruturais, coletivas, seriam as expressões da dimensão dominante - o social. E os planos clínico, fisiopatológico, etc, seriam manifestações da esfera subordinada - a natureza, no caso, o biológico. (COSTA,D.C.& COSTA, N.R. 1990 p.189)

A transposição do materialismo histórico, mecanicamente, para a explicação do processo de formação das doenças, através da ótica estruturalista, gerou um impasse.

Essa postura teórica provocou o distanciamento ativo da crítica científica em pensar a tradição instituída da clínica como objeto. Assumiu-se a compreensão do biológico como um plano de realidade externo e irremovível, portanto fora das interrogações da teoria do conhecimento. (COSTA,D.C. & COSTA, N.R. 1990 p.189)

Para Costa, o campo da Saúde Coletiva encontra-se defasado na discussão epistemológica:

O modo de pensar a relação estrutura (coletivo) - indivíduo tende a obscurecer o peso das mediações culturais e sobretudo existenciais nos desenhos e trajetórias da vida social. Hoje, não resta mais dúvida que, admitindo tais mediações, é praticamente impossível contornar a problemática indivíduo-sujeito. É necessário considerá-la para pensarmos porque as formações sociais desenvolveram superestruturas tão singulares. Ou porque diferenciam tanto as possibilidades de realização da natureza humana nas várias formas de sociedade. (COSTA,D.C. & COSTA, N.R. p.184)

O ponto de partida de todo o processo do PPS é o enfoque epidemiológico. Paim, um dos formuladores referência desta proposta justifica esta necessidade:

Se o DS privilegia as necessidades sociais de saúde, traduzidas em problemas pelos agentes dessas práticas, haveria de recorrer mais à epidemiologia que à clínica como meio de apreensão do objeto, menos ao médico individualmente no seu 'colóquio singular' e mais ao trabalhador coletivo em outras formas de exercício. Portanto, os modelos de organização da assistência em DS requereriam mais um trabalho epidemiologicamente orientado na perspectiva de uma atenção à saúde na sua dimensão coletiva do que um trabalho clinicamente dirigido para o cuidado médico individual. (PAIM,J.S.1993 p.206)

A concepção de Paim é impregnada pela idéia de **Coletivo**. Não há indivíduo e seu sofrimento, queixa, demanda ou profissionais de saúde mas as necessidades de saúde e o trabalhador coletivo. Há uma redução do mundo cotidiano ao social, que a tudo invade, ocupando todos os espaços. As repercussões desta concepção no campo da saúde só fazem por contribuir no sentido da burocratização, da frieza e desumanização dos serviços.

Ao contemplar os problemas de saúde em populações, a proposta de distrito sanitário reforça, ainda que involuntariamente, o caráter coletivo das necessidades de saúde e, conseqüentemente, sua determinação histórica e social. Uma vez que os problemas de saúde, mesmo insuficientemente conceitualizados, não se reduzem a necessidades de serviços médicos, o projeto de redefinição das práticas de saúde (mesmo que virtual no interior do DS) passa a requerer novas formas de apreensão desse objeto e outros modos de organização da assistência, já que teria a responsabilidade de operar modelos de atenção em nível de indivíduos, família, grupos sociais e meio ambiente, ou seja, progressivamente ‘coletivos’. Desvendar os determinantes do processo saúde-doença que podem resultar em necessidades sociais de saúde e, em casos específicos, em necessidades de serviços de saúde, supõe ultrapassar a dimensão biológica (anatomofisiológica, bioquímica ou molecular) e alcançar a estrutura social, seja nas esferas da produção e do consumo, seja nas representações elaboradas sobre a vida na sociedade, seja nas relações de dominação/subordinação entre indivíduos e classes sociais. (PAIM,J.S 1993.p.203)

Paim defende “*o trabalho epidemiologicamente orientado*” como forma de reorientar as práticas de saúde ou o que denomina *Modelo Operatório de Prática de Saúde*, um equivalente da Programação.(PAIM,J.S.p.210)

Já o planejamento local, que parte da análise da situação de saúde e define a situação-objetivo, desenha estratégias e estabelece a programação operativa, deve estruturar a oferta-organizada através de ‘ações programáticas’ para as necessidades de saúde epidemiologicamente identificadas e, simultaneamente, captar usuários provenientes de demanda espontânea. (PAIM,J.S. 1993 p.211)

Paim admite esta captação de usuários através da demanda espontânea apenas por considerar a necessidade de uma coexistência num momento de transição entre as duas maneiras de organizar a assistência.(PAIM,J.S 1993. p.211)

Compartilhamos da crítica de Campos a esta tentativa de desqualificação da demanda espontânea como parte integrante do objeto desta nova forma de organização - o DS:

Convém ressaltar, contudo, que o desenho desta proposta parte do reconhecimento da legitimidade social e técnica do conteúdo expresso na demanda por serviços. Não a partir de uma visão ingênua, que ignore as distorções da consciência sanitária dominante, plasmada, em larga medida pelos mecanismos, nem sempre legítimos do ponto de vista da clínica e da epidemiologia, da mercantilização da prática médica e da medicalização dos saberes sobre saúde. (CAMPOS,G.W.S. 1992 p.168)

Campos valoriza o conteúdo de subjetividade dos usuários, indivíduos que buscam o serviço, com sua carga de sofrimento e humanidade, em sua totalidade singular, à espera de uma solução para seu problema:

Há que se considerar, ainda, que a subjetividade e a individualidade de cada pessoa em sua relação com a doença, com o sofrimento, com a dor, em alguma medida também se expressam no movimento de busca por atenção, na demanda, neste sentido, desqualificá-la, negá-la, substituindo-a completamente por critérios de acesso de ordem técnica ou administrativa, é retirar dos serviços públicos de saúde a possibilidade de trabalhar diferentemente problemas semelhantes, mas que se expressam de forma diferente conforme a história de cada cidadão. Seria condenar, de antemão, o SUS à triste sina dos serviços burocratizados, com seu peculiar autoritarismo, impessoalidade, incapacidade de lidar com as diferenças e de criar soluções novas para problemas diversos.

O salto qualitativo que a reforma sanitária se propõe a imprimir na prática médico-sanitária depende muito de uma nova e dialética relação entre serviços e demanda/necessidades de saúde. (CAMPOS,G.W.S. 1992 p.168)

Para Campos, na prática, a proposta das Ações Programáticas não logrou resolver os problemas de saúde a que se propôs. A tentativa de subordinar a Clínica à Epidemiologia, racionalizar os recursos existentes a partir das prioridades eleitas pelo diagnóstico epidemiológico - apriorístico - aumentou o conflito entre oferta e demanda, reforçando a verticalização e a burocratização dos serviços. O exemplo mais claro são os antigos Centros de Saúde da rede de saúde do Estado de São Paulo que trabalharam a partir deste enfoque.

As novas propostas são antigas propostas. A concepção centrada no enfoque epidemiológico, defendida por Paim, está presente em toda a proposta do PPS de Teixeira (a autora divide a coletânea *Distrito Sanitário*-organizada por Mendes, juntamente com Paim e outros autores). (MENDES, E.V. (ORG) 1993). O que é relevante são as chamadas Ações Programáticas e, na essência, não se rompe com a concepção normativa. Há uma reciclagem da antiga proposta do Cendes em termos de instrumentos de planejamento. Não se consegue avançar - senão vejamos:

Priorização dos Problemas de Saúde. A seleção e ordenação dos problemas identificados numa ordem de prioridades para o desenvolvimento da análise explicativa propriamente dita deve basear-se nos seguintes critérios:

- impacto na situação de saúde dos grupos populacionais (valorização política, econômica e sanitária);
- ser potencialmente epidêmico;
- disponibilidade de tecnologia para abordá-lo;
- custo da intervenção.

O quadro a seguir expõe os valores a serem atribuídos a cada um desses critérios em um processo de pontuação que permita estabelecer uma priorização de acordo com o total de pontos alcançados. Cabe observar, entretanto, que esta pontuação não deve ser rígida e, sim, adaptar-se à natureza dos problemas. (TEIXEIRA, C.F. 1993 p.245)

Apesar de Teixeira ter clareza da necessidade de atualização, são os mesmos critérios do Cendes - Transcendência, Magnitude e Vulnerabilidade - reciclados. Poderiam ser apenas mais um recurso, como diz a autora, se não ficasse pouco clara a questão da adaptabilidade segundo a *natureza* do problema.

Quem define a natureza de um problema? A contradição que salta aos olhos é o tratamento dos sujeitos envolvidos. O PPS culmina com a objetivação dos sujeitos envolvidos - profissionais e usuários. Os problemas são definidos a partir de um enfoque a priori, com uma suposta legitimidade científica. Neste sentido, afasta-se da proposta de Matus, autor ao qual se refere Teixeira, numa tentativa de criar uma metodologia aplicável à saúde, ao DS.

Uribe nos fala sobre a concepção de planejamento estratégico situacional de Matus:

Para este último, os problemas que vigem no espaço do social são de natureza semi-estruturada ou quase estruturada, isto é são problemas em que suas variáveis determinantes são mutáveis, imprecisas, desconhecidas na sua plenitude e criadas pelos próprios homens, imersos nessa problemática. A apreensão e o equacionamento dessa problemática não se deixam dominar por uma ótica naturalista, nem pressupõem o tipo de ação instrumental que caracteriza o mundo das forças produtivas, dos objetos materiais, enquanto regularidades empíricas, e do próprio poder estratégico (no sentido do cálculo de utilidade realizado pelo poder de Estado). O tipo de ação que impera no mundo ético-social é a ação interativa, baseada numa relação iniciativa-resposta criativa, diferente da relação estímulo-comportamento estável, inerente ao agir instrumental. (REVEIRA, F.J.U. 1989 p.46)

Matus parte de uma crítica à Teoria Comportamental:

O planificador tradicional assume que a ação é produto de um comportamento, e por isto pensa que a teoria do comportamento social explica toda a teoria da ação e é a base da teoria da planificação. Esta é uma deformação “economicista” que provém da forma especial e artificial em que está construída boa parte da teoria econômica. (MATUS,C. 1980. p.101)

Para o autor, na Teoria Comportamental não há espaço para a criatividade dos sujeitos, para a criação do futuro - esta é previsível. Para Matus, há uma grande complexidade na Produção Social, mundo interativo do cotidiano. Este é um conceito que Matus utiliza para romper com o economicismo que explica tudo a priori. Não é possível alterar, efetivamente, uma dada situação apenas através da inculcação de condutas ou estímulos - externos e imprecisos - como propõe a Teoria Comportamental.

A ação social interativa produz o cálculo interativo, entre ‘EU’ e ‘TU’ na situação, enquanto a ação social não interativa estabelece uma relação unidirecional entre ‘EU e o SISTEMA’. Esta última relação é praticamente equivalente a ‘EU’ e as ‘COISAS’. (MATUS,C. 1980 p.101)

De maneira diversa, o conceito de SITUAÇÃO de Matus nos remete à idéia de um sujeito porque envolve a insatisfação com um determinado estado de coisas e a necessidade de mudá-lo. Envolve um juízo de valor, a capacidade de reflexão do homem. Matus considera que o marxismo tradicional não deixa possibilidade para se pensar sobre uma situação concreta e sobre a ação. Sua obra é fortemente influenciada pela dialética do concreto de Kosick e pela Fenomenologia, de onde tira conceitos como Ator, Situação, Interação. Também recebe influência das novas teorias que tentam revisar o marxismo, de base funcionalista. Daí retira conceitos como Produção Social e Jogo Social. Tudo isto na tentativa de dar conta do cotidiano, do espaço concreto do social. Neste sentido, é inegável que Matus avança na questão do Sujeito. A ação estratégica, ao trabalhar com o conceito de situação, leva em conta atributos como experiência-reminiscência e memória-imaginação, intuição e reflexão, que dizem respeito ao Sujeito. Há uma valorização do **Senso Comum**.

Mas, ainda assim, há lacunas na questão da **Produção** do sujeito. A Teoria da Ação Social é muito mais um método de ação de governo, o que move Matus. Para este houve uma falha no método de ação, o que levou à derrota da esquerda na América Latina.

Seu método está voltado para esta preocupação com a eficácia, com a governabilidade, muito mais do que com a própria gestão, ainda que abra possibilidades para se pensar sobre esta. Está muito mais preocupado com a incerteza do jogo social no qual se encontra imerso o “Homem de Ação”.

A crítica talvez mais contundente e importante de Testa a Matus seja em relação ao plano analítico. Para Testa é um equívoco o uso de métodos e técnicas - ou de uma metodologia própria do poder estratégico - como perspectiva de análise.(RIVEIRA,F.J.U. 1989 p.47) Para este, o método de Matus é um empobrecimento do instrumental analítico do materialismo histórico:

Matus constrói sua proposta de planejamento estratégico sobre a noção de ‘situação’, comumente definida como o lugar social onde estão situados o ator e a ação. As formas como estes se relacionam permitem entender a maneira pela qual cada ator define e delimita a situação, ou, em outros termos, explica a realidade em função de seu propósito. A ação e a situação conformam uma totalidade complexa com o ator, sendo a situação distinta para cada ator, considerando-se que tudo aquilo que é importante para a sua

ação, que naturalmente dependerá de seu propósito, é distinto para cada ator. Como é óbvio, no que é relevante para a ação de um ator entram os propósitos e as ações previstas por outros atores (ou outras situações simultâneas). A situação condiciona o ator e a ação; esta é eficaz na construção da situação. (TESTA,M. 1989 p.80)

A crítica de Testa baseia-se na tentativa de substituição da categoria “*formação econômico-social*”, fundamental ao materialismo histórico, pela categoria “*situação*”, conceito central originado da teoria funcionalista de explicação do fenômeno social.

A existência de atores e fatos não esgota o problema, desde que é necessário explicar porque a realidade concreta é como é, e porque sua variedade, sendo múltipla, está limitada. Isto equivale a identificar as leis sociais básicas, as acumulações mais essenciais que determinam a variedade possível dos fenômenos e as acumulações que ocorrem nos dois níveis anteriores. Estas leis básicas são também um produto social, gerado pelos fenômenos que as mesmas determinam. (TESTA,M. 1989 p.80)

Compartilhamos esta crítica com Testa, que continua a cumprir seu papel de pensador crítico:

Mas para sintetizar a crítica, penso que Matus substitui a normatividade técnico-econômica do planejamento normativo por uma normatividade política, o que diminui a eficácia de sua proposta. (TESTA,M. 1989 p.82)

Finalmente, Testa sintetiza a problemática da utilização acrítica do método:

Minha proposição aponta a necessidade de uma interpretação do momento em que se vive, previamente à elaboração do método de planejamento, do que resulta que o primeiro objeto de trabalho de um método ‘histórico’ de planejamento é o método de planejamento. (TESTA,M. 1989 p.82)

Além da crítica apontada por Testa, sobre a impossibilidade, no método de Matus, de mediação com a determinação em última instância - o que é uma limitação que deve ser apontada para fins de análise e intervenção na realidade - há também a restrição em relação a questão da Gestão (ponto decisivo para a eficácia política no setor saúde). Apesar de Matus abrir possibilidades para se pensar sobre o Sujeito e a Gestão, deve se dar através de uma reflexão crítica.

Há, em Matus, uma formalização, um fetichismo metodológico que acaba por levar a eliminação do sujeito. Este passa a ser o próprio método. Daí a proximidade estabelecida entre este e a proposta do PPS, que também elege como sujeito um outro método, o epidemiológico

Os atributos do sujeito, de que Matus fala, não são de um sujeito qualquer mas do governante. Há quase que uma personalização da instituição. Confundem-se Estado e Sujeito Governante, quase numa só pessoa. O método ocupa todos os espaços, ligando o governante aos seus assessores através das roldanas do cumprimento do conjunto de módulos e operações.

Este formalismo de Matus, a apologia do método, é uma concepção racionalista que é justificada pela necessidade da escolha mais adequada de meios para atingir os fins determinados. Nenhuma restrição deve ser feita, se o método de Matus é uma tentativa de criar uma proposta sistemática de governo, necessária, inclusive. O problema está em relação a produção do sujeito, cerne da questão da Gestão, imprescindível para o campo da saúde. A substituição do sujeito pelo método não permite soluções neste sentido.

Finalmente, como já havíamos apontado anteriormente, no início deste capítulo, há o problema dos instrumentos específicos do campo da saúde.

O método de Matus encaixa-se perfeitamente à um outro método de explicação, no campo da Saúde Coletiva, do processo saúde-doença. Concomitantemente ao esforço teórico e metodológico de Matus, no campo da Epidemiologia Social, Castellanos elabora um modelo de definição e explicação dos problemas de saúde. Instrumentalmente, este se operacionaliza através do método de Matus. No esquema de Castellanos os determinantes dos fenômenos de saúde são identificados em cada um dos níveis: do singular, passando pelo particular, ao geral.(CASTELLANOS, P.L. 1987). Na explicação estrutural-marxista o nível singular diz respeito ao indivíduo, o particular ao grupo social. O geral é o espaço das determinações em última instância, das leis gerais da sociedade. A partir daí, elabora-se um fluxograma ou rede explicativa dos problemas que definirão as ações derivadas correspondentes. A intervenção pode se dar em qualquer um dos níveis que se escolha.

Castellanos busca, com seu modelo, dar conta do grande problema da Epidemiologia Social: a mediação entre os determinantes mais gerais e o espaço singular, dos grupos, dos indivíduos. O autor tenta buscar a explicação na determinação em última instância de fenômenos de saúde relacionados a condições específicas de vida, de organização social de grupos sociais. Mas a tentativa é infrutífera e acaba por dissolver particularidades no nível geral das determinações de última instância, resultando num esquema de explicação fragmentado e generalizante. O marco conceitual é um materialismo histórico finalista que parte do fato evidente e procura encaixá-lo num esquema explicativo já previamente dado.

Sartre nos fala sobre esta dissolução do particular no geral, sobre a “*explicação pela finalidade*” do marxismo atual. É um processo de encaixe dos fatos no esquema explicativo a priori:

O marxismo é pois, levado a considerar como uma aparência o conteúdo real de uma conduta ou de um pensamento e, quando dissolve o particular no universal, tem a satisfação de acreditar que reduziu a aparência à verdade. Na realidade, ele nada fez senão definir a si mesmo definindo sua concepção subjetiva da realidade. Pois Marx estava tão longe desta falsa universalidade que tentava engendrar dialeticamente seu saber sobre o homem, elevando-se progressivamente das determinantes mais amplas às determinações mais precisas. (SARTRE, J.P. 1978.p.133)

A sequência do método de Matus conforma-se ao molde de Castellanos, em suas etapas. O fluxograma é comum aos dois. Deste (da rede explicativa) resultam as ações de saúde traduzidas em módulos operacionais. É uma tentativa de criar uma metodologia que possa dar conta, tanto do nível operacional concreto - onde as práticas acontecem - quanto do método epidemiológico.

Mas a solução não parece ser tão clara. Quando Matus idealizou seu método pretendia dar conta de situações concretas que necessitavam da ação imediata de um sujeito, no caso o dirigente (o homem de ação). O materialismo histórico não lhe permitia dar conta desta questão. São duas problemáticas distintas, Matus não pensava sobre a especificidade da saúde.

Em relação à Epidemiologia Social, em que pese o esforço de Castellanos, é sabido o conjunto de problemas e insuficiências que abriga. O caráter fragmentado do modelo de Castellanos deixa apenas duas opções: um nível de intervenção na macro-estrutura (onde se situam os determinantes sociais) impossíveis de serem atingidos setorialmente ou o nível de intervenção particular, onde se situam os grupos sociais (objeto das ações programáticas). O problema continua. Na prática concreta, das oficinas de trabalho do PPS, é este o resultado final. Não há um instrumental que responda às necessidades específicas do planejamento na área da saúde. Termina-se por trabalhar com instrumentos ainda limitados ao Planejamento Normativo.(TEIXEIRA,C.F. e MELO, CRISTINA. 1995).

Esta pesquisa levanta como uma das hipóteses para a dificuldade em se construir uma metodologia que responda à especificidade do campo da saúde, a seguinte questão, ainda mal compreendida pela maioria dos formuladores: a saúde é, por si só, um campo complexo que envolve fatores estreitamente ligados à cultura como a dor, o sofrimento, as necessidades, a satisfação. São fatores que determinam o espaço das práticas de saúde ao qual as teorias atuais já não podem dar mais conta. É um campo de experimentação. Não há um objeto claro, não poderá haver. Este diz respeito ao **Sujeito**. O campo de experimentação: a gestão, através da abertura e tomada dos espaços públicos.

Até agora, analisou-se a concepção de saúde (O SABER) que orientou a principal diretriz de SMS durante a gestão Erundina – a implantação dos Distritos de Saúde no Município de São Paulo.

A seguir, passamos à análise da proposta de saúde, propriamente dita, enquanto resultante de um processo instituinte no qual tiveram papel relevante os demais sujeitos envolvidos, portanto outras propostas, além do sujeito dirigente. Estas propostas foram elaboradas em resposta aos problemas concretos referentes à organização do modelo de atenção e que foram surgindo ao longo da gestão, concomitantemente ao processo de implantação dos distritos de saúde. Estas propostas foram sendo assimiladas, chegando a fazer parte do conjunto de diretrizes para a instituição, conforme veremos a seguir.

3.2 O MODO DE INTERVENÇÃO SOBRE OS PROBLEMAS

O documento de entrada continha as diretrizes para 1989 e firmava um compromisso com os princípios da luta pela Reforma Sanitária e com a efetiva implantação do Sistema Único de Saúde, respeitando o conjunto de seus pressupostos.(Documento 1 SMS/PMSP. FEV.1989)

É importante lembrar que Luiza Erundina assumiu o governo com grande apoio popular, principalmente da periferia da cidade. Havia uma grande expectativa em torno dela por seu passado de militância junto aos grupos mais desprovidos.

O secretário de saúde indicado pela prefeita, de maneira coerente com a importância social do setor saúde, foi o médico sanitarista Eduardo Jorge, antigo militante do movimento de saúde da Zona Leste. Muito respeitado, tanto pelos técnicos e profissionais da saúde quanto pelo movimento popular, tinha reconhecida liderança natural e grande capacidade de aglutinação.

O compromisso assumido no Plano Municipal de Saúde, elaborado após os primeiros cem dias, era promover e garantir a participação do movimento organizado através das instâncias deliberativas em todos os níveis da instituição, a descentralização administrativa, inclusive com a implantação dos Distritos de Saúde, a mudança do modelo de atenção que privilegiava a assistência médica e hospitalar em detrimento da rede básica e da prevenção (encontrando-se inclusive apartada no organograma) ênfase nas áreas de epidemiologia, pesquisa e informação, recuperação e expansão da rede e criação de uma política de recursos humanos. Neste último aspecto, o compromisso que aparece claramente no texto era de valorização dos profissionais e partilha do projeto porque o sentimento, no momento de entrada do governo, era de identificação, aliança e reconhecimento.

Ao final do primeiro ano de governo houve a mudança do secretário que saía para candidatar-se a uma vaga na Câmara Federal. A preocupação com a indicação de um outro nome que se comprometesse a prosseguir seu trabalho promoveu a plenária de 17/03/90 que contou com a participação do secretário, que deixava o cargo respaldado por todos do Conselho Municipal de Saúde (CMS), da assessoria técnica, diretores de

Regionais(ARS) e diretores de Distritos de Saúde (DS). A síntese desta reunião resultou num documento de avaliação do trabalho realizado e prioridades para o ano de 1990.(doc. AVALIAÇÃO E RUMOS SMS/PMSP MAR.1990)

A criação das Regionais de Saúde foi uma grande iniciativa política que enfrentou resistências porque eliminava a supremacia dos hospitais sobre a rede básica, unificando o conjunto de SMS. Por ter ocorrido logo no início da gestão resultou num grande impacto. Mas a descentralização precisava avançar e o coletivo pedia a aceleração do processo de implantação dos distritos. Outra questão também reivindicada era a necessidade de mudar efetivamente o modelo de atenção, promessa feita no momento da entrada do novo governo.

Já nesse momento surgiram divergências em relação ao encaminhamento destas propostas. E isto tinha uma reciprocidade com os diferentes modos de conceber a atuação na administração.

Para alguns a implantação dos distritos deveria seguir-se após um processo de amadurecimento das atribuições ao nível regional, não poderia haver precipitação. Esta proposta contava com o apoio dos diretores e equipes regionais mais centralizadoras. Quanto a priorizar a intervenção no modelo de atenção a alegação contrária era de que se deveria jogar todas as forças na consolidação de uma estrutura administrativa realmente resolutiva. Além disso, o modelo de atenção pretendido, com garantia de integralidade das ações, significava gastos e, naquele momento, investir na recuperação da rede era mais prioritário. Esta posição reforçava uma diretriz de investimento maior na área hospitalar (pronto-socorros e resgate) e o grupo técnico responsável por estes setores. Estas divergências demonstravam uma luta pela condução do processo por setores mais burocráticos, menos flexíveis às mudanças. Representavam assessores oriundos de outras administrações ou com perfil tecnocrático, mais afinados com a máquina estatal. Seu grande trunfo era “a experiência administrativa” que tornava suas propostas mais sensatas diante das demais. Em suma, detinham poder e a coordenação de setores fundamentais como planejamento e execução orçamentária e finanças por exemplo.

Enquanto a administração conseguia reabrir leitos, reequipar os grandes hospitais, agilizar as compras de medicamentos e equipamentos, assessoria responsáveis pela implantação dos distritos de saúde e por recursos humanos encontravam dificuldades. Os técnicos responsáveis por estas ações não detinham igual poder e capacidade de movimentação no interior da instituição, detinham menos influência. O documento de avaliação levanta estas questões e mesmo que este quadro fosse percebido a pressão pela urgência de resolução nas áreas priorizadas foi maior. Isto teve sérios reflexos na condução de todo o processo até o final da gestão e poderia ter sido conduzido de um modo diferente.

Esta disputa por modos diversos de entender a condução da gestão com diferentes sujeitos portando diferentes propostas, fica clara neste documento de avaliação do primeiro ano de governo. A plenária de 17/03/90, através deste, apontou alguns nomes para a substituição do secretário e que representavam exatamente os diferentes grupos e propostas colocados em disputa.

A instabilidade gerada pela saída do secretário no fim do primeiro ano, de fato, nunca se resolveu.

Seu substituto, indicado pela prefeita e que fazia parte da lista encaminhada pela plenária, foi um outro médico sanitarista, Carlos Neder, do mesmo grupo de Eduardo Jorge, também com atuação reconhecida de muitos anos no movimento de saúde da Zona Leste.

Após dois anos de governo o tom do discurso institucional é mais formal e sem grande perspectivas de mudança. Ao contrário do documento de avaliação do primeiro ano de governo, saído da plenária de 17/03/90 que expressa a diferença nas concepções o documento de avaliação dos dois anos de governo soa quase uníssono. O documento de avaliação dos dois anos de governo é a proposição de uma corrente dentro da instituição, sujeito político dirigente representado pelo secretário e alguns assessores, juntamente com outros sujeitos no processo, em busca de hegemonia, dentro e fora da instituição. A linguagem é de enquadramento e uma tomada de posição em relação à IIª Conferência Municipal de Saúde. .(doc. PROVISÓRIO PRIORIDADES PARA 1991.SMS/PMSP JAN.1991)

Num dos pontos do texto surge a preocupação com o final do governo, tomando como referencial o término da gestão. É a ansiedade dos quatro anos, só havia mais dois anos para tentar imprimir a marca da administração Erundina.

Passados dois anos de governo não haviam ocorrido mudanças na organização dos serviços, no modelo de atenção. Um esvaziamento do debate em torno dessa questão aliado a um processo de burocratização foi postergando a intervenção no modelo. Os gerentes estavam às voltas com a resolução dos problemas administrativos. Além disso, não havia consenso sobre as mudanças necessárias.

Na busca pela hegemonia dentro da instituição os programas passaram a ter cada vez menos voz. Estes representavam a base do movimento dos profissionais de diferentes áreas há anos na luta pelo SUS e tinham grande inserção partidária enquanto militantes ou simpatizantes do Partido dos Trabalhadores. O partido fazia uma série de críticas à atuação de Erundina e lutava por espaço na administração para as suas propostas. Na Saúde esta situação se agravava pelo fato de confrontar-se uma visão que privilegiava os programas que intervinham de forma central sobre as Regiões e Distritos de Saúde, com uma outra visão mais globalizante de mudança do modelo de atenção à saúde sem a existência de programas, com um planejamento das ações pensadas e priorizadas pelo nível local. Este foco de tensão permaneceu ao longo dos quatro anos de governo. Além de ser uma questão de difícil enfrentamento, o grupo dirigente não foi capaz de dar-lhe um tratamento adequado. Apesar da inadequação de tentar normatizar sobre o nível distrital, perdeu-se, com o esvaziamento dos programas, uma contribuição muito importante, pelo acúmulo de formulação, enquanto assessoria para o debate sobre o modelo de atenção.

Do campo do debate (e do embate) vão sendo retirados técnicos e profissionais do conjunto da instituição, do coletivo, fortalecendo-se o grupo central. Assessores envolvidos com as questões administrativas e a assistência hospitalar foram crescendo em importância e poder.

Na avaliação do porquê ocorreu assim há argumentos em favor da viabilidade da gestão, da governabilidade mas, é certo que este caminho serviu à estratégia de uma determinada corrente, no caso a dirigente, que institucionalmente, buscou a centralização, enfraquecendo a concretização de uma proposta coletiva.

Com o esvaziamento do espaço de debate público no interior da instituição transfere-se o “poder” à IIª Conferência Municipal de Saúde, tendo como referência o documento de avaliação dos dois anos e propostas de diretrizes para o próximo ano. A diretriz fundamental de intervenção sobre as condições violentas da vida surge como necessidade urgente de promover um consenso sobre o rumo a tomar.

O documento fala em definir e consolidar um projeto político sanitário para a cidade de São Paulo baseado nas experiências acumuladas (o que já estava dado, consensual) e do enfoque assumido pela Secretaria. Era preciso fazer algo antes que terminasse o governo e o ponto de partida são as experiências. Mas estas experiências não são tomadas enquanto objeto de uma reflexão crítica mais cuidadosa. É apenas aquilo que se concretizou porque tudo mais era encarado como terreno desconhecido, movediço.

Este processo de luta por hegemonia, pela direção, tem explicações internas – o recuo no debate com os demais sujeitos envolvidos – mas também externas. A relação do secretário de saúde com a prefeita não era dos mais tranquilos. Há uma crítica que pode ser apreendida no próprio conteúdo do documento quando é feita uma breve avaliação da conjuntura nacional e dos rumos do governo Erundina. Neste, avalia-se que havia, naquele momento, um aprofundamento da crise ao nível nacional e um recuo do governo municipal petista que burocratizava-se e fechava-se.

Ocorria uma piora do sucateamento tanto do setor público quanto do setor privado da saúde. A mídia abria um espaço para notícias sobre omissão de socorro e erros médicos. Este também foi um motivo de grande preocupação por parte de um governo de esquerda responsável apenas por uma parte do setor mas que podia ser responsabilizado pela situação de caos num momento de emergência. O governo respondeu prontamente no setor de emergência e resgate, com grande dificuldade devido ao sucateamento aprofundado pelo governo Jânio Quadros.

Como estratégia para responder à crise, o documento a que nos referimos aponta para a urgência em se definir uma política de comunicação (para fora da instituição) e de participação popular. Não se prioriza mais os profissionais da saúde, juntamente com o movimento popular, como aliados no projeto, como nos primeiros documentos que

colocavam a questão salarial, condições de trabalho e participação na discussão das propostas.

Esta decisão se mostrou eficaz em termos de hegemonia. O grupo central fortaleceu-se mas, como veremos adiante, ficaria mais distante a viabilidade de uma mudança do modelo de atenção.

Quanto à avaliação do governo Erundina o documento propõe tentar aplicar para o restante do governo o mínimo de “vontade política” e iniciativa para enfrentar a crise:

É preciso dar consequência prática, continuidade e visibilidade para a nossa política. Esta é uma tarefa das direções e colegiados da Secretaria em todos os níveis, buscando ampliar esta iniciativa para o governo municipal como um todo. (doc. PROVISÓRIO PRIORIDADES PARA 1991.SMS/PMSP JAN.1991.p. 2)

Para os profissionais da saúde a proposta do documento é investir na formação dos trabalhadores e buscar um melhor preparo das direções, através do CEFOR (Centro de Formação) no chamado “PROJETO DE FORMAÇÃO DAS DIREÇÕES”. Esta diretriz responderia à preocupação de adequar o perfil do dirigente às propostas da Secretaria, buscando aliar a competência técnica à competência política. A direção de SMS admitia que faltava realmente preparo administrativo e político (principalmente na administração de pessoal).

Em relação aos primeiros documentos que enfocavam o funcionário como elemento fundamental no projeto ocorre um afastamento: este já não é mais percebido enquanto um possível aliado mas visto com desconfiança e apreensão:

A lentidão do governo para punir servidores envolvidos em corrupção e a tolerância das secretarias com os improdutivos e ausentes fazem com que a impunidade, o ócio e o boicote produzam efeito – demonstração, estimulando e reproduzindo esta prática. (doc.PROVISÓRIO PRIORIDADES PARA 1991 SMS/PMSP JAN.1991.p.5)

Sem outras propostas em relação aos trabalhadores de saúde e sem nenhuma estratégia para ganhá-los para o projeto soa apenas enquanto ameaça a seguinte afirmação como única referência aos profissionais de saúde:

A SMS deve assumir firmemente uma posição de enfrentamento ao imobilismo, aos bolsões de resistência e ao poder das corporações. (doc. PROVISÓRIO PRIORIDADES PARA 1991.JAN.1991.p.5)

Apesar de correta, a luta contra o corporativismo, principalmente dos médicos, esta colocação num documento oficial da SMS apenas reflete a falta de propostas. A direção abriu mão de problematizar a questão e buscar aliados para o projeto, afastando-os daqueles que lutariam nesta e nas futuras administrações contra o SUS e a favor do corporativismo.

Além disso, a opção política pela formação educacional foi o deslocamento da gestão - espaço da reflexão crítica a partir da práxis concreta - para o processo educacional formal. O objetivo foi instrumentalizar os profissionais para o enfoque epidemiológico: utilização dos indicadores de saúde, compreensão do processo saúde – doença, elaboração do diagnóstico epidemiológico, a escolha de prioridades. Mas adiante estes instrumentos seriam utilizados no projeto de implantação dos DS, em parceria com a Cooperação Italiana. Esta, evidentemente, também era uma iniciativa importante e necessária já que a Epidemiologia é um instrumento de conhecimento específico da saúde mas não substitui a problematização do cotidiano do processo de trabalho e o preparo para a gestão que efetivamente gera a produção de sujeitos críticos dotados de autonomia.

Sem este aspecto, perde-se a força do enfoque epidemiológico como ferramenta que torna possível a tentativa de aproximar-se do conhecimento da realidade e do coletivo. Há outros aspectos relevantes para a prática que não estão no âmbito desta disciplina mas de outras que tomam como referência a subjetividade e podem também servir de instrumento para elevar o nível de consciência crítica e a qualidade da ação produzida.

São aspectos que dizem respeito à relação com o usuário, ao acolhimento, à dinâmica das relações entre os sujeitos (profissionais envolvidos nas ações de saúde) comprometidos com a gestão com o objetivo de humanizar os serviços de saúde.

A diretriz que nortearia a gestão até o final foi reafirmada também neste documento: “*intervir sobre as condições violentas de vida*”. Esta diretriz já havia sido aprovada na Iª Conferência Municipal de Saúde – 1989.

A Conferência discutiu o eixo político de intervenção, visando a implantação da nossa proposta de saúde no Município de São Paulo e, se definiu pela abordagem da “Violência e o Enfrentamento das Condições Violentas de Vida”. A escolha deste eixo orientador das atividades de SMS foi um passo importante para a efetivação do nosso projeto, para a reorganização dos serviços e ações de saúde. Ele é abrangente o suficiente para conter as principais questões que vêm sendo enfrentadas pelo governo municipal. (doc.PROVISÓRIO PRIORIDADES PARA 1991 SMS/PMSP JAN.1991.p.3)

Esta diretriz originou-se do perfil de morbimortalidade da cidade de São Paulo, apresentado pelos técnicos à Iª Conferência Municipal de Saúde. As mortes por causas externas (acidentes e homicídios) são, juntamente com as causas perinatais, as principais causas de mortalidade em São Paulo.

Tentaremos discutir, nesta pesquisa, a escolha desta intervenção enquanto eixo orientador para a reorganização dos serviços e das ações de saúde na gestão Erundina.

Aparentemente, num primeiro momento, a escolha desta diretriz parecia adequada. Baseava-se num referencial técnico (enfoque epidemiológico) além de político, o que poderia conferir legitimidade externamente e, consenso, internamente.

O instrumental epidemiológico tem como objeto o coletivo e é capaz, num primeiro momento, de demonstrar o estado de saúde de uma dada população. Neste aspecto, é extremamente importante, é uma ferramenta fundamental. Mas atrelar a intervenção ao olhar epidemiológico torna-se complicado. A Epidemiologia propõe uma intervenção sobre o processo saúde – doença, sobre o coletivo, sobre as condições de vida e trabalho, o que do ponto de vista de mudança na estrutura social, torna-se estratégica. Mas, como está colocado no próprio documento, os determinantes deste processo extrapolam em muito as limitações de um governo local, de uma cidade com esta dimensão, numa conjuntura política desfavorável à resolução dos problemas sociais.

Se por um lado é preciso ter claro os limites da ação institucional, seja no âmbito do governo municipal ou da SMS, por outro lado, consideramos que suas possibilidades vão além das práticas hoje desenvolvidas na Prefeitura e na Secretaria da Saúde. (doc.PROVISÓRIO PRIORIDADES PARA 1991 SMS/PMSP JAN.1991 p.3)

A dificuldade está no modo de conceber o problema, objeto da ação. Há uma contradição que permanecerá até o final do governo. O instrumental epidemiológico explica o processo de adoecer e morrer da população cabendo ao Estado intervir para a melhoria das condições de vida. Mas o enfoque epidemiológico implica num modo de conceber o problema (o objeto) e propor a solução (a intervenção) que não dá conta, isoladamente, da organização das ações de saúde e do próprio processo de trabalho. Este não é o objeto da Epidemiologia - a especificidade da instituição, a assistência, a organização dos serviços mas o coletivo. A Epidemiologia tem um limite e uma especificidade. A atuação governamental também precisa traçar um objetivo, uma meta. A diretriz escolhida mostrou ser ampla demais para uma gestão de quatro anos. A resolução do problema implicava em decisões políticas, fundamentalmente, que extrapolavam a administração municipal. Havia uma questão nacional, estrutural, econômica, na produção da violência. Não se trata de um problema setorial, como o enfoque epidemiológico poderia num primeiro momento demonstrar. Entretanto, cabia ao governo municipal organizar a assistência prestada além de atuar sobre os determinantes do processo formador de doenças. Contudo, ao propor a diretriz “intervir sobre as condições violentas de vida” cai na contradição de abdicar do objetivo de alterar o modelo de atenção, no âmbito institucional, visando a humanização do atendimento através de medidas que permitissem criar uma nova relação entre os profissionais e com os usuários. É sabido o quanto a população sofre em busca de atendimento e pela maneira como este é prestado. O resultado de uma intervenção deste tipo repercutiria também sobre a violência, trabalhando o acolhimento reconhecendo a condição do usuário frente à instituição. Teria, além disso, um efeito demonstrativo muito importante no ganho dos aliados potenciais do projeto.

O movimento sanitarista teve grande influência na escolha do eixo norteador da gestão. Há uma intencionalidade, na formulação, em alterar os determinantes do processo saúde – doença – no caso atuando sobre a violência, mas não fica claro se a médio ou longo prazo e em que níveis de intervenção. A diretriz torna-se ampla demais e referida ao geral.

A época da elaboração deste documento, um ano após a Iª Conferência, nenhuma intervenção concreta, visando este objetivo, havia sido implementada. Então reafirma-se esta diretriz para o conjunto da instituição e para a IIª Conferência Municipal de Saúde buscando um possível consenso entre as diferentes concepções e encaminhamentos.

A intervenção mais direta nas condições de vida, com a participação de diferentes setores do governo e da sociedade, visa explicitar e mudar os determinantes do processo saúde – doença, seus indicadores e a prática assistencial vigente centrada na medicalização e individualização da saúde como problema pessoal, deslocado das condições de vida.
(doc.PROVISÓRIO. PRIORIDADES PARA 1991 SMS/PMSP
JAN.1991.p.4)

Este pode ser considerado o ponto de inflexão do processo: ao postergar-se a resolução para o âmbito político mais geral perdeu-se o projeto, que se diluiu.

Um outro dificultador, que acaba limitando a intervenção a partir da escolha da diretriz “*intervir sobre as condições violentas de vida*”, norteadora da gestão, é sua dificuldade de operacionalização.

Organizar ações programáticas, como está proposto no Relatório Preliminar do grupo de trabalho para o enfrentamento das condições violentas de vida (dezembro/1990), para intervir sobre os problemas identificados a partir do diagnóstico epidemiológico, pode ser um processo complexo.

Depende do conhecimento, já acumulado, sobre um certo agravo – a história natural da doença, os diferentes fatores de risco conhecidos e já identificados e a tecnologia disponível. Para doenças ou agravos em que estes itens já estão bem estabelecidos, e para os quais podemos estabelecer uma rede explicativa, torna-se mais fácil desdobrá-la em ações sobre os determinantes e fatores de risco. É o caso por exemplo das doenças infecciosas (Tuberculose, Sífilis Congênita, etc.). Mas há agravos em que este desdobramento não é tão simples, pode mesmo ser bastante complexo. É o caso das causas externas que não podem ser explicadas tão somente pela sua história natural. Nesta classificação estão os agravos que mais fortemente (assim como as doenças ocupacionais) evidenciam um conjunto hierárquico de determinações ao nível da estrutura social e da

divisão em classes sociais na formação das doenças. Este problema é objeto da Epidemiologia Social que tenta estabelecer as mediações entre estrutura social e processo saúde – doença. Epistemologicamente também não é uma questão simples não apenas estabelecer os possíveis pontos passíveis de intervenção no conjunto dos determinantes quanto a operacionalização das possíveis ações.

Isto não significa que ações não possam ser propostas para buscar alterar o perfil epidemiológico, no caso específico, sobre as causas externas, no âmbito da saúde. As causas perinatais devem ser obrigatoriamente enfrentadas porque sabidamente dizem respeito ao acesso das gestantes a um serviço de saúde bem organizado e de qualidade. Mas eleger a intervenção sobre as condições violentas de vida como eixo norteador e diretriz para a organização dos serviços e ações no âmbito de SMS não pareceu ser o mais viável, utilizando um conceito fundamental do Planejamento Estratégico.

Afinal, como veremos adiante, ao analisarmos as propostas para a gestão, esta diretriz não efetivou-se, de fato, ficando apenas como discurso.

Quanto às propostas apresentadas pelo referido relatório, estas dizem respeito basicamente à reorganização da assistência (como veremos adiante) numa contradição clara com o conteúdo do documento de avaliação dos dois anos de governo e que propunha a organização das práticas orientada para as Ações Programáticas.

Desse modo, as respostas contruídas para a superação dos principais pontos críticos apontados no âmbito dos serviços, a saber, a questão do Acesso e da Assistência Hospitalar, devem estar sustentadas nas ações programáticas, entendidas enquanto um conjunto de ações que integram várias áreas de conhecimento e prática, objetivando impacto sobre o problema de saúde. Em outras palavras, os programas prioritários a serem desenvolvidos seriam denominados mais apropriadamente ‘Programa de Intervenção sobre a Morbi – mortalidade Materna e Infantil’, ‘Programa de Intervenção sobre Acidentes de Trabalho’, ‘Programa de Intervenção sobre Acidentes’ e ‘Programa de Intervenção sobre a Violência Institucional’. Articulam as propostas das assessorias específicas, da área de vigilância, das experiências dos serviços e da reorganização institucional, constituindo desta forma um arcabouço do Modelo de Atenção à Saúde. (DOC. RELATÓRIO PRELIMINAR-GT P/ENF.COND.VIOL.VIDA.1990.p.6)

O conteúdo dessa proposta exprime o conflito existente entre diferentes correntes e concepções no interior de SMS. É uma tentativa de abarcar e enquadrar os programas nas ações programáticas baseadas no perfil epidemiológico, subordinando-os ao enfoque epidemiológico. São diferentes conceitos e que foram tratados como equivalentes quando de fato, não são.

Isto reflete uma dificuldade na formulação. Mesmo a proposta de reorganização do modelo de atenção a partir das ações programáticas exige que se aborde o conjunto do processo de trabalho e da produção das ações. Não basta que se faça a intervenção sobre um dos pontos do modelo, acesso por exemplo ou, que se adicione os diversos programas. São enfoques muito distintos e que mereceriam cuidado ao serem formulados.

As Ações Programáticas proporião a intervenção objetivando impacto sobre os determinantes do processo saúde – doença, a partir do perfil epidemiológico de uma região. O programa, em nível central, demarca a ação em torno de um determinado problema previamente estabelecido, geralmente fruto do acúmulo de conhecimento sobre um tema ou de um processo de luta por assistência a um agravo (saúde mental, saúde do trabalhador, DST, etc.). Neste caso não se parte do nível local ou regional, é uma proposta institucional.

Na experiência com as Regiões de Saúde e Distritos houve dificuldades com ambos. Os Programas não se respeitavam a dinâmica própria do nível local e propunham ações que não poderiam se afetar. Em outros momentos as Ações Programáticas, desenhadas a partir do diagnóstico elaborado pelos Distritos, utilizando a proposta da Cooperação Italiana (PPS), emperravam ações prioritárias em Saúde Mental por exemplo, que por vezes eram reivindicados por profissionais e usuários de uma determinada região.

Muitas questões já estavam bem discutidas e amadurecidas pelos profissionais ligados aos programas que já conheciam o caminho das pedras. Sua contribuição seria fundamental na reorganização do sistema. Mas a relação com o nível local foi conflituosa.

No conteúdo dos dois documentos (*“Avaliação dos dois anos”* e o *“Relatório do grupo de trabalho para a intervenção sobre as condições violentas de vida”*) pode-se observar o ponto de tensão entre o grupo que propunha as Ações Programáticas visando

intervir sobre as condições violentas de vida, e responsável pela implantação dos Distritos e os responsáveis pela assistência hospitalar e pela execução orçamentária. Estes últimos dois grupos detinham maior influência sobre a direção de SMS e inutilmente tentou-se abarcá-los ou subordiná-los a esta diretriz.

Movimentavam-se segundo uma dinâmica própria colocando suas próprias prioridades na ação: organização da assistência hospitalar através de investimento, insumos e estruturação dos Pronto – socorros, Resgate, Central de Vagas.

Por último, colocava-se a necessidade de responder às experiências de mudança do modelo de atenção que, naturalmente, já estavam ocorrendo em algumas regiões e distritos. Este é um aspecto importante e ilustrativo do processo instituinte e da defasagem da direção central frente a esta demanda.

Estas propostas foram iniciativas dos profissionais envolvidos com a assistência direta no nível local e que estavam insatisfeitos porque a prática, a organização do trabalho e das ações continuavam inalteradas e com as mesmas características: dificuldade de acesso, impessoalidade e desestímulo dos profissionais. O depoimento dos gerentes no Conselho Técnico Administrativo (CTA) era de que nada havia mudado apesar da mudança para um governo de esquerda. Os problemas crônicos eram os mesmos e as diretrizes para enfrentar os problemas não eram claras.

As iniciativas mais importantes registradas e apresentadas no documento de avaliação e diretrizes para os dois próximos anos de governo são o GORD (Grupo de Recepção ou Grupo de Orientação e Resposta à Demanda) as UOTS (Unidades de Orientação e Triagem) e o Hospital Aberto. Além destas propostas também estão sistematizadas no relatório do grupo de trabalho para o enfrentamento das condições violentas de vida propostas para o Resgate, criação da Central de Vagas e de Saúde Mental.(DOC.DIRETRIZES SMS/PMSP.FEV.1991)

As duas principais propostas originadas do nível local são produto ainda da pressão da demanda. São tentativas de organizá-la, normatizando-a . Esta pressão era geradora de muita tensão e ansiedade tanto em relação aos profissionais quanto aos usuários sendo um foco constante de conflitos.

Cabe ressaltar que são soluções pontuais sobre um aspecto específico da assistência e não configuram-se como uma proposta global de mudança no modelo de atenção.

O objetivo do GORD era estabelecer uma nova forma de “contrato” entre a clientela e o serviço, através da explicitação clara de direitos e deveres de ambas as partes envolvidas. É uma tentativa de racionalização do acesso e implantação de um fluxo interno. Já havia sido proposta, também como tentativa de melhorar o sistema, em outras gestões, tanto ao nível de Estado quanto de Prefeitura.

O objetivo desta intervenção era redirecionar a demanda espontânea num fluxo orientado, de maneira a encaminhá-la aos diferentes serviços oferecidos pela Unidade e pelo sistema ou encaixá-la nas ações programáticas estabelecidas.

A recepção era um ponto estratégico e entendida enquanto ação de caráter interdisciplinar e multiprofissional. A demanda espontânea deveria, segundo o próprio texto, ser reconhecida e relida, através do instrumental epidemiológico, com o objetivo de alterar a subordinação da queixa do paciente à visão clínica e medicalizante. O que se pôde apreender do texto e da experiência relatada onde a proposta foi implantada, é que o objetivo prático da intervenção era organizar um mínimo a entrada do paciente, decodificando o motivo da procura e estabelecendo um fluxo interno. Pelo menos num primeiro momento, porque não se enfatizava a ação programática e não se apontavam as medidas para atingir a integralidade das ações.

A proposta do GORD dirigia a ação apenas para um dos pontos de entrave do modelo, a porta de entrada, sem provocar uma alteração no processo global de trabalho. Os conceitos usados na proposta RECONHECER E RELER (o grifo é do próprio texto) a queixa remetem a questão da subjetividade do paciente merecendo uma reflexão mais aprofundada utilizando-se o aporte de outras áreas além da Epidemiologia ou da Clínica. São questões chaves envolvidas na relação profissional / usuário muito mais complexa e que estão no âmbito da gestão. Não se trata de “democratizar saberes” mas de confrontar diferentes modos de perceber e resolver um problema, uma queixa, uma procura. Sua origem está na relação que se estabelece entre os diferentes sujeitos, com inserções diversas, envolvidos com a solução de um problema e que devem, para alcançar o objetivo, travar o diálogo através da gestão conjunta.

O GORD foi implantado num dos distritos de SMS, o distrito Ipiranga.

UOTS

A proposta das unidades de Orientação e Triagem – UOTS surgiu a partir de um processo de discussão nos serviços em uma das regiões de saúde de SMS (ARS-7). O objetivo era tentar solucionar a baixa qualidade do atendimento nos prontos – socorros e a falta de integração entre as UBS e o setor de emergência.

As queixas principais eram a longa espera pelo atendimento no PS, o desconhecimento dos usuários em relação aos diferentes serviços e a inexistência de contra – referência. Os pacientes ficavam ansiosos nos horários de troca dos médicos plantonistas, quando ocorria um vazio no atendimento. Estes problemas geravam muita tensão no serviço.

Em função disto, optou-se por levar o grupo de orientação e triagem para o saguão de espera, para quebrar a distância que parecia haver entre paciente e profissional. (doc.DIRETRIZES SMS/PMSP.FEV.1991,p.34)

O consultório foi mantido juntamente com a UOT para manter a privacidade da consulta médica mas o médico integrava o grupo no momento da triagem que estava localizada no próprio saguão. Como resultado o tempo de espera reduziu-se para 40 a 60 minutos em média.

A proposta é bastante interessante porque enfoca a questão do acesso, ainda que pontualmente, através de um novo enfoque, dificilmente experimentado nos serviços: o acolhimento e humanização do atendimento.

O detalhamento da proposta, extremamente simples, demonstra uma intervenção sobre um problema concreto.

As soluções propostas tanto pela UOT quanto pelo GORD se dirigem a um dos pontos de entrave do sistema mas deve ser ressaltado que mesmo não havendo uma alternativa mais globalizante, são medidas necessárias e que devem ser tomadas por quem tem a responsabilidade de gerenciar o serviço. Tanto é que foram iniciativas tomadas, seja

de que modo for, pelo nível distrital e regional, que se depararam concretamente com o problema. O que se discute nesta pesquisa é não observar os limites destas intervenções e tomá-las como diretrizes para o conjunto de SMS. Uma análise mais totalizante do modo de organização e produção das ações do modelo seria necessária.

O Hospital Aberto foi uma das propostas mais importantes na direção da humanização do atendimento e da possibilidade de uma alteração concreta no modelo de atenção.

Juntamente com a implantação da política antimanicomial, da implantação dos Hospitais – Dia, foi um marco na luta pela humanização da assistência, transcendendo os limites da administração Erundina.

O Hospital Aberto é um instrumento concreto de viabilização de um novo modelo de atenção à saúde, tendo sido definido na I Conferência Municipal de Saúde a sua implementação no conjunto dos hospitais públicos e contratados da cidade de São Paulo. (doc. DIRETRIZES SMS/PMSP.FEV.1991.p.38)

O Hospital Aberto é uma proposta que intervém diretamente sobre um dos pontos críticos do modelo e que ao ser alterado promove uma série de outras mudanças no interior dos serviços.

Seu poder de intervenção remete à questão da gestão, da participação efetiva do usuário no controle da assistência prestada.

Tradicionalmente, apenas as camadas privilegiadas economicamente tem acesso às instituições hospitalares, podendo estar presentes junto à pessoa internada exercendo o papel de controle e exigência de seus direitos, embora em geral assumam apenas um papel passivo de espectador. Por outro lado, o que vemos com frequência por parte dos destituídos deste direito é uma postura de submissão, não só nos hospitais, mas em todas as instituições públicas prestadoras de serviços. (doc. DIRETRIZES SMS/PMSP.FEV.1991.p.38)

O texto acima faz parte do documento de avaliação dos dois anos mas foi apresentado como experiência já em andamento na instituição. O movimento de implantação do Hospital Aberto vinha sendo implementado desde o início da administração Erundina e, devido à repercussão das alterações que promovia na organização do trabalho e das ações, gerava grande resistência à mudança. Os argumentos eram de que administrativamente não havia condições para a implantação do projeto. Os gastos com a presença do acompanhante que envolviam desde o aumento de recursos humanos até alimentação eram colocadas como entrave. Outro problema, este mais relevante, era a intromissão do acompanhante nas decisões e condutas referentes ao tratamento. O texto esclarece o quanto a proposta era capaz de introduzir mudanças fundamentais:

A entrada do acompanhante no espaço hospitalar pode ser considerada como elemento desencadeante e organizador de novas posturas da equipe de saúde frente ao paciente, que não poderia apenas ser visto como um corpo enfermo. Isto porque a relação estabelecida entre pacientes e acompanhante, elo com o mundo exterior, faz com que os envolvidos no processo de trabalho (paciente, acompanhante e trabalhador) se recoloquem como novos sujeitos de um processo coletivo de trabalho em saúde. (doc.DIRETRIZES SMS/PMSP.FEV.1991.p.39)

O acompanhante funciona como um dispositivo problematizador desencadeando uma série de mudanças em progressão: a recuperação da cidadania, criação e melhoria da infra – estrutura para o paciente, necessária equipe multidisciplinar, problematização de gerência e gestão, melhoria da qualidade do atendimento.

O organograma que viabiliza a implantação da proposta de Hospital Aberto deve basear-se no pressuposto da organização matricial das unidades de internação e de urgência através de equipes multiprofissionais envolvidas nas ações de saúde. (doc.DIRETRIZES SMS/PMSP.FEV.1991.p.40)

A proposta implicava numa mudança nas TLPs. (Tabelas de Lotação) e no modo de organização dos setores do hospital.

O Hospital Aberto foi uma proposta muito importante e seu potencial de mudança do modelo de atenção era enorme. Por isso havia tanta resistência das equipes gerenciais, principalmente administrativas e do corpo clínico, principalmente dos médicos, pelo poder que exercem, e das enfermeiras, pela formação que enfatiza o controle do ambiente hospitalar e profissionais auxiliares.

Pela relevância estratégica da proposta deveria ter havido um maior apoio por parte da direção de SMS e assessorias responsáveis pela área hospitalar quando surgiram dificuldades e boicotes das gerências hospitalares ao projeto.

É interessante observar que a inspiração da proposta do Hospital Aberto vem da matriz discursiva da Saúde Mental, do movimento da luta antimanicomial e da desinstitucionalização. Muito mais efetiva em relação à medicalização, já denunciada pela visão epidemiológica, porque sua atuação se dá no coração da prática clínica e no seu espaço mais caro: o hospital.

A proposta do Hospital Aberto foi implementada por um grupo de técnicos do Hospital João XXIII e juntamente com a implantação dos Hospitais – Dia e da abertura ao acompanhante nas enfermarias de pediatria de SMS (garantido pelo Estatuto da Criança) representaram um grande passo na humanização e garantia da cidadania nos serviços de saúde.

Em relação a Saúde Mental os técnicos envolvidos com o programa foram muito atuantes e eficazes na implantação deste. Esta pesquisa não pretende detalhar a proposta mas assinalar o seu modo instituinte.

O coletivo e assessores responsáveis pela implantação das diretrizes para Saúde Mental na gestão Erundina tiveram uma grande capacidade de formulação e conseqüentemente de intervenção. As repercussões de sua atuação estão presentes até os dias de hoje. As idéias destes formuladores, colocadas em prática, influenciaram outras propostas e a própria discussão do modelo de atenção como um todo. Sua forma de atuação era bastante orgânica e a clareza em relação à proposta facilitou sua concretização. Os interlocutores de Saúde Mental procuravam fixar-se nas Regiões para acompanhar a implantação do programa e sua atuação era cobrada no coletivo ao nível central.

Apesar de encontrarem muitos obstáculos, principalmente na falta de recursos humanos e materiais, o acúmulo da formulação convencia os gerentes quanto à sua necessidade.

A diretriz para a Saúde Mental na gestão Erundina tinha uma proposta de organização de serviços detalhada e em todos os níveis do sistema, de forma coerente. Como programa desdobrou-se em ações em nível regional e distrital articuladas ao conjunto das demais ações.

Propostas baseadas no movimento antimanicomial e na desinstitucionalização como Hospital – Dia, o atendimento de urgência nos Pronto – socorros e Centros de Convivência são conceitos que permanecem até hoje, ultrapassando a gestão Erundina.

O efeito demonstrativo, inclusive envolvendo os usuários na luta por esta assistência, foi decisivo. As propostas tornaram-se possíveis, viáveis, concretas, articuladas por uma diretriz norteadora (a luta antimanicomial) produto de uma formulação precisa e detalhada baseada na práxis, a partir do movimento por Saúde Mental.

Apesar de entrar no documento de diretrizes como proposta específica assinalamos o Programa de Saúde Mental como um exemplo de acúmulo na formulação. Conceitos hoje utilizados para pensar o modelo de atenção como vínculo, acolhimento, autonomia já faziam parte da elaboração dos formuladores envolvidos com a Saúde Mental. Por trabalhar com a subjetividade, a imaginação e a criação têm uma visão inclusive crítica da influência “*preventivista*” que desprestigia a assistência na discussão do modelo de atenção:

Sem negar a necessidade e organização hierárquica dos serviços da ordem da retaguarda e especialização adentramos a superação do “preventivismo” de concepção dicotomizada dos níveis de atuação que delegavam à UBS a exclusividade da ação ‘preventiva lato senso’, e se furtando, consequentemente da resposta e resolutividade no diagnóstico / intervenção / tratamento num esgotar de possibilidade da cobertura de seus técnicos especializados. (doc.RELATÓRIO PRELIMINAR – GT P/ENF.COND.VIOL.VIDA SMS/PMSP 1990.p.67)

Juntamente com a Saúde do Trabalhador, Intervenção sobre as Lesões ao Nascer, DST / AIDS, a Saúde Mental entrou como uma proposta específica no conjunto do referido documento.

Tanto o “*Relatório do grupo de trabalho para o enfrentamento das condições violentas de vida*” quanto o documento de “*Avaliação dos dois anos de governo*” são enfáticos na defesa do enfoque epidemiológico e das Ações Programáticas para fazer frente a visão medicalizante centrada na clínica.

É feita uma longa justificativa para a escolha da diretriz que nortearia o conjunto das ações de saúde e a reestruturação do modelo de atenção: “*Intervir sobre as Condições Violentas de Vida*”. O debate proposto nos dois documentos é redundante e não avança na formulação de uma proposta contra – hegemônica ao modelo neoliberal. Algumas propostas apresentadas nestes mesmos documentos demonstraram o contrário.

A proposta do Hospital Aberto tem como objeto da formulação o espaço mais caro ao controle medicalizante e à clínica médica: a enfermaria. a Saúde Mental não teve receio de propor um modelo integral de assistência e ações preventivas, absolutamente preciso e detalhado, ainda que não se pretenda definitivo.

Há na diretriz proposta pela direção de SMS contradições e lacunas. Após demarcar o referencial do enfoque epidemiológico na formulação das principais diretrizes, propõe a intervenção sobre duas questões absolutamente estranhas às ações programáticas: A questão da demanda espontânea (ou Acesso) e Hospital Aberto.

Esta proposta está sistematizada em quatro partes que dizem respeito a duas grandes questões centrais consideradas estratégicas para a reorganização dos serviços de SMS: O Acesso e Hospitais Abertos que serão tratados sucintamente e em seguida detalhados .(doc.RELATÓRIO PRELIMINAR – GT P/ENF.COND.VIOL.VIDA SMS/PMSP 1990.p.5)

Estas propostas enfocavam a reorganização da porta de entrada nas UBS e PS, a reorganização do Resgate e Central de Vagas e o Hospital Aberto e já discutidas anteriormente nesta pesquisa.

Em relação às diretrizes para SMS, houve um deslocamento da metodologia das Ações Programáticas na escolha das diretrizes e na intervenção. Não se observa nem no conteúdo dos documentos referidos nem nas ações priorizadas e desenvolvidas um modo de operacionalização que buscasse como resultado a Integralidade.

A Atenção Pré-Natal é um exemplo muito concreto desta contradição. Apesar do investimento na assistência hospitalar e ao parto especificamente a qualidade desta atenção não se alterou ao longo da gestão permanecendo a mesma. A prática não se alterou. Desta maneira, não é possível falar de impacto sobre as *“Lesões ao Nascer”*, ainda que se tenha realmente investido na retaguarda hospitalar.

A proposta de Ações Programáticas possui uma lógica interna e um modo específico de operacionalização visando um impacto sobre os indicadores de saúde. Se quisermos ficar no campo desta metodologia para organizar o processo de trabalho podemos afirmar que ela não chegou a ser implementada na rede.

A preemência da responsabilidade em gerir o atendimento médico, principalmente de emergência, no Município de São Paulo e a pressão da demanda dirigiu a intervenção exatamente neste sentido. Esta contradição pode ser explicada pela incapacidade de formular uma proposta mais integradora dos diferentes aspectos do modelo de atenção, sem cair na armadilha de separar assistência médica e prevenção, dirigindo a intervenção no sentido da mudança das práticas e da integralidade das ações.

3.3. O ORGANOGRAMA – A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E A DELEGAÇÃO DE FUNÇÕES

A partir de agosto de 1989 a Secretaria de Administração iniciou a discussão sobre a reforma administrativa dos órgãos da prefeitura visando principalmente a modernização da máquina administrativa e a criação das sub-prefeituras, uma das principais bandeiras da campanha eleitoral.

A Secretaria de Saúde promoveu uma grande reforma interna, saindo na frente, já no primeiro ano de governo, com a criação das Regiões de Saúde (Administrações Regionais de Saúde – ARS) integrando a rede e acabando com a dicotomia entre a assistência hospitalar e ambulatorial.

Estabelecidas as regionais o próximo passo era a implantação dos Distritos de Saúde e a divisão das atribuições dos níveis central, regional e distrital assim como os respectivos organogramas e a distribuição das diferentes funções.

A reforma administrativa comandada por SMA acelerou este processo que também ocorreu em meio a disputa entre diferentes concepções, nem sempre convergentes, sobre o que é o Distrito de Saúde e qual a atribuição dos diferentes níveis.

Havia, de antemão, um consenso sobre a importância da criação das Sub – Prefeituras, uma bandeira do PT. Mas a base para a implantação do modelo de Atenção proposto não eram as Regiões e sim o Distrito de Saúde. Abria-se uma luta por espaço e poder além da diferença entre concepções de modelo e administração.

Havia os que defendiam o poder da Regional de Saúde – ARS enquanto instância política sendo o diretor da ARS um representante direto, da confiança do secretário. O DS seria o nível operacional, instância de organização e execução das ações de saúde. Mas quem organiza e executa diretamente as ações também reivindica poder e, principalmente, autonomia.

Esta questão refletiu-se diretamente no processo da reforma administrativa em SMS e na elaboração da proposta de organograma para os diferentes níveis.

A relação entre Região de Saúde e Distrito de Saúde não foi nada fácil e, em algumas regiões provocou verdadeiros rachas entre equipes e a exoneração de gerentes em decorrência das disputas devido às visões diferentes e nem tanto por concepções políticas divergentes.

Geralmente a ARS reivindicava para si a condução do processo por considerar-se mais investida de poder político. As equipes distritais reivindicavam mais poder e o esvaziamento progressivo das funções da regional que passariam a ser exercidas pelo DS. Colocava-se, de fato, a questão de autonomia das equipes.

Nesta concepção, defendida geralmente pelas equipes distritais, a região seria responsável pela condução política e pela coordenação da implantação do SUS no Município de São Paulo mas não subordinaria diretamente os Distritos de Saúde. A Região de saúde era percebida enquanto um entrave, principalmente quando havia divergência em relação à concepção de modelo de atenção e à elaboração das diretrizes e escolha de prioridades.

Esta disputa era agravada quando concepções como acabar com os níveis regionais mantendo-se somente o distrito ou, reforçar o poder e a atribuição das Regiões e desacelerar a implantação dos distritos eram colocadas. Mas extinguir o nível regional era difícil porque segundo a proposta de implantação dos distritos estavam previstos cerca de noventa e seis distritos de saúde, acompanhando os limites dos Distritos Administrativos no Município de São Paulo.

Estas diferentes concepções e o processo de disputa aparecem claramente nos diferentes momentos da discussão da reforma. Ao longo do processo surgiram quatro propostas ou versões de organograma.

A preocupação em não se criar uma estrutura organizacional inadequada e que viesse a comprometer o próprio modelo alternativo a ser implantado foi tanta que diferentes setores de SMS produziram textos para serem apreciados pelas Regiões e nível central na tentativa de subsidiar o debate. A seguir, uma análise deste material:

A questão central do debate foi a elaboração do organograma do Distrito de Saúde. Esta questão implicava num esclarecimento das diferentes concepções sobre Distrito de Saúde, ou seja, numa etapa anterior de discussão não cumprida, não esgotada, mas necessária para se pensar, num segundo momento, o organograma necessário. Por este motivo este processo foi tão difícil: por falta de um acúmulo anterior na discussão e na formulação.

Com o objetivo de subsidiar o debate foi elaborado um texto bastante interessante e que fez parte da pauta do Conselho Técnico Administrativo – CTA de SMS. Este texto foi enviado a todas as ARS e DS.(doc.DISTRITO DE SAÚDE OU DISTRITO SANITÁRIO.SMS/PMSP 1990)

Chama atenção o conteúdo do referido texto que inicia situando as diferentes concepções de Distrito de Saúde e que se aproximam muito das diferentes correntes que se contrapunham na discussão da reforma administrativa colocando em pólos diferentes os defensores da autonomia do distrito e, de outro, os defensores do fortalecimento da Região de Saúde e da subordinação do DS a esta.

O documento aponta três leituras do Distrito de Saúde:

- Jurídico – Administrativa:- os critérios utilizados são tamanho da população, área geográfica, limites administrativos, etc.
- DS como unidade gerencial:- unidade de comando constituindo-se em uma unidade orçamentária, visando autonomia para a administração de pessoal e recursos materiais e financeiros.
- DS como unidade operativa: da Reforma Sanitária, instrumento técnico e político para a implantação efetiva do SUS.

O documento tem como proposta a tentativa de superação destas visões parciais ou, como o próprio texto refere, a percepção do Distrito de Saúde apenas como fenômeno inidimensional.

Estas formas parcializadas fragmentadas de conceber o Distrito Sanitário, não nos parecem competentes para darem respostas à complexidade, ou seja, à multidimensionalidade e à interdimensionalidade inerente a um Distrito Sanitário. (doc.DISTRITOS DE SAÚDE OU DISTRITOS SANITÁRIO.SMS/PMSP 1990.p.2)

Seguindo esta linha de raciocínio propõe uma síntese das distintas dimensões.

Distrito Sanitário é a resposta social a ser dada pela organização dos serviços de saúde, às necessidades de saúde da população expressas diferentemente segundo as classes e frações de classes sociais, numa dada organização social, cujo território é produto da dinâmica onde tensionam-se as forças sociais, produto este sustentado pela consciência sanitária. (doc. DISTRITO DE SAÚDE OU DISTRITO SANITÁRIO.SMS/PMSP 1990.p.02)

Este documento aproxima-se muito da proposta desta pesquisa no sentido da não redução do modelo de atenção à saúde aos pressupostos meramente técnicos ampliando-o para uma conquista política.

Os problemas devem traduzir o reconhecimento de necessidades apontadas não apenas pelos técnicos mas por várias forças sociais mobilizadas, por exemplo, no setor saúde pelos movimentos populares, sindicais, associações de doentes crônicos, etc .(doc.DISTRITO DE SAÚDE OU DISTRITO SANITÁRIO. SMS/PMSP 1990.p.3)

Esta concepção de Distrito de Saúde, contida no documento referido, fortalece a defesa da autonomia do nível local.

Os recursos administrativos passam a operar na lógica da resolução dos problemas, isto é, se subordinam ao objetivo colocado. Por exemplo, as decisões referentes à política de pessoal, recursos materiais, financeiros e orçamentários devem estar determinados pelas necessidades de enfrentamento dos problemas priorizados. (doc.DISTRITO DE SAÚDE OU DISTRITO SANITÁRIO. SMS/PMSP 1990.p.3)

A preocupação presente no documento é o inchaço do nível regional com atribuições e funções deslocadas, equivocadamente, do nível local – o DS. Neste sentido defende a manutenção da ARS enquanto instância de análise e coordenação.

O Distrito é a unidade de comando do sistema. Os níveis superiores são instâncias de análise e coordenação de respostas a problemas que extrapolam em qualquer nível, o âmbito distrital, cujo enfrentamento exige uma articulação entre o conjunto de distritos.

A natureza do problema a ser enfrentado condiciona o grau de articulação necessário e o nível em que se situa a instância de poder decisório. (doc.DISTRITO DE SAÚDE OU DISTRITO SANITÁRIO. SMS/PMSP 1990.p.4)

Aqui se recoloca o papel da ARS como condutora, instância política, capaz de garantir a implantação do SUS. A partir desta concepção não se justifica um organograma regional com várias divisões e setores. O organograma ideal é enxuto e não se sobrepõe ao do Distrito.

Além desta contraposição, o debate sobre a reforma também levantou a questão do organograma diferenciado para DS com e sem hospital.

A concepção de Distrito de Saúde presente no movimento sanitário sofreu grande influência da experiência dos Módulos do PMS (Programa Metropolitano de Saúde) na zona leste na década de oitenta. O Módulo integrava as unidades básicas de saúde e hospital regional. A avaliação que se faz hoje desta experiência era a tendência hospitalocêntrica da proposta. O gerente acabava absorvido pela demanda administrativa do hospital e as UBS tornavam-se apêndices deste, perpetuando ou piorando os problemas de resolutividade do sistema.

Também havia vantagens na proposta: o hospital estava referido ao conjunto dos serviços de uma dada região com base populacional. O hospital não era um serviço voltado a si mesmo sem relação com os demais. Os diferentes setores do hospital prestavam serviços ao conjunto do módulo e gerencialmente estavam subordinados a este. O objetivo era quebrar o domínio hospitalar.

No período de gestão do governo Erundina esta discussão havia caminhado. Já havia a proposta do Distrito de Saúde, mais avançada que os antigos módulos do PMS mas a preocupação com a tendência hospitalocêntrica do sistema estava presente e refletiu-se

diretamente nas diferentes propostas surgidas na sequência das quatro versões da reforma administrativa de SMS e nos organogramas para Distrito de Saúde com hospital e sem hospital. Através da análise dos documentos percebe-se a importância dada a um DS com hospital: o organograma extenso englobando as diversas funções do hospital. Já o DS sem hospital tem uma estrutura simples, bastante enxuta.

A solução que se buscou para alterar o domínio hospitalar foi o “*esquartejamento*” do hospital mas, é claro que o DS com hospital teria um peso muito maior no conjunto de SMS e , conseqüentemente, um tratamento diferenciado. Nem todos os DS previam um hospital, necessariamente. O que se pretendia evitar era a autonomia para o hospital.(ANEXO 1.ORGANOGRAMA)

Esta concepção predominou na proposta final de organograma e evidentemente comprometeu o pressuposto da autonomia gerencial para cada unidade, inclusive hospital, que deveriam estar na mesma linha horizontal de mando disputando, dentro do DS, juntamente com os demais equipamentos um projeto ou uma proposta. A experiência em São Paulo durante a gestão Erundina demonstrou que havia um acúmulo neste sentido, apesar da resistência enfrentada pelos gerentes de hospitais frente às equipes. Já havia uma sensibilização capaz de evitar o isolamento do hospital dentro do Distrito de Saúde. A concepção de Distrito de Saúde era um consenso técnico e administrativo. A maioria dos profissionais sentia sua necessidade e importância: a administração de SMS mais próxima e os recursos gerenciados localmente.

Quanto a Unidade Básica de Saúde houve um entendimento diametralmente oposto. Inicialmente a UBS estava prevista como Divisão em igualdade com as demais divisões do DS (internação, SADT, etc.) mas depois surgiu a figura do coordenador técnico de UBS, um mediador entre os gerentes de unidade e o gerente do Distrito de Saúde. A consequência disto era clara: as UBS não participariam, por exemplo, diretamente no CTA. Nesta visão a UBS tinha um papel secundário, não se percebia a importância fundamental de se fortalecê-la dotando-a de autonomia e igual peso em relação aos demais equipamentos. Ao longo do processo esta discussão avançou tanto a ponto de se desprezar a figura do coordenador.

Na prática, nas primeiras versões de organograma, paradoxalmente, chega-se quase a ressuscitar a divisão MED/DSC (assistência hospitalar e unidades básicas) anterior à criação das Regiões de saúde através do organograma para Distrito com hospital com uma coordenação de UBS e Distrito sem hospital.

A importância da Unidade Básica de Saúde é fundamental para a concretização do Sistema Único de Saúde. É nela que se imprimirá o enfoque da integralidade das ações para o conjunto do sistema, ela dará o tom da proposta.

Sua relação direta com a população usuária fortalece o vínculo com o sistema e dependendo da qualidade do atendimento legítima ou não qualquer proposta. A UBS não é um ambulatório pequeno dentro do sistema, seu papel é bem mais complexo, é estratégico. Ela não é apenas prestadora de serviços mas o espaço privilegiado onde se dará a interação com a população a qual está referida e onde se trabalhará os conceitos de equidade e integralidade das ações. Além disso as propostas e diretrizes e a determinação de prioridades deverão ser elaboradas em conjunto com outros setores envolvidos na resposta às demandas sociais da população (Educação, Transporte, Lazer, etc.).

A Unidade Básica de Saúde tem as melhores condições para conhecer a população de um ou mais bairros e seu cotidiano, criando o vínculo e trabalhando o acolhimento do usuário e percebendo as diferenças existentes no processo saúde – doença. Juntamente com outros equipamentos sociais localizados em sua área de abrangência traçará a melhor estratégia para o enfrentamento dos problemas de saúde. A unidade básica é a peça fundamental na construção dos Distritos de Saúde.

Com base nestes pressupostos o organograma de Unidade Básica de Saúde deve ser leve, enxuto, possibilitando a organização do trabalho de forma multiprofissional visando o desenvolvimento das ações coletivas de saúde, além da assistência médica individual.

As primeiras versões de proposta de organograma não previam a figura do coordenador intermediando as UBS mas depois, por força da discussão com as equipes de DS ele surge. Numa etapa seguinte, atendendo a reivindicação das UBS e com o acúmulo de discussão, ele desaparece ficando garantida a participação de cada unidade no Conselho Técnico Administrativo (CTA). Foi uma evolução muito importante.

Também nas primeiras versões, não estava prevista a criação de uma seção técnica para a Vigilância Epidemiológica e Informação em UBS que surge depois e se estabelece com a evolução de discussão.

Comentário:

A proposta de organograma para SMS que acompanhou a reforma administrativa da Prefeitura na gestão Erundina foi um momento muito rico, talvez o único em que o nível central procurou fundamentar uma proposta para a instituição a partir da elaboração de uma proposta coletiva envolvendo todos os níveis de SMS, desde o nível central e assessorias passando pelos níveis regionais e distritais até as unidades básicas.

Foi um momento, também, de explicitação pública das diferentes concepções de modelo de atenção já que o organograma está diretamente vinculado a alguma forma de organizar as práticas e atribuir funções.

É interessante observar que tanto o processo de discussão quanto a proposta final de organograma refletem esta questão e mesmo que se tenha críticas foi uma elaboração minimamente coletiva. O mesmo não ocorreu para a escolha das diretrizes e prioridades.

Apesar da correção na condução do processo cabe um comentário:

A divisão do Hospital Distrital em várias divisões - divisão técnica de internação, divisão técnica de emergência, divisão técnica de apoio diagnóstico e terapêutico - assim como a subordinação de equipamentos tais como ambulatório de especialidades, hospital dia, lar abrigado à divisão técnica de ambulatórios especializados no organograma do DS com hospital impede uma discussão mais coletiva no CTA em igualdade de condições e consequentemente inviabiliza a autonomia. Deve-se ressaltar que os Pronto – Socorros em SMS constituem-se na maioria, em equipamentos únicos, fora da estrutura hospitalar.

O comprometimento da autonomia agrava-se quando se percebe a manutenção da estrutura tradicional hospitalar nas diferentes divisões do organograma do DS com hospital. A divisão de internação do DS se estrutura por equipes médicas e de enfermagem sendo que o setor técnico de enfermagem subordina-se às equipes médicas da respectiva seção técnica no organograma.

Apesar de já haver o acúmulo de discussão sobre a reorganização matricial do hospital esta proposta de organograma de DS inviabilizou-a e manteve a mesma estrutura tradicional. É interessante ressaltar que o corpo de enfermagem foi um dos mais resistentes à proposta de organização matricial.

Os Hospitais Especializados ficaram subordinados diretamente à ARS por abranger mais de um distrito e servir de referência para todo o município.

Quanto aos organogramas propriamente ditos observa-se que são pesados, principalmente o do DS com Hospital. A crítica ao organograma final vai no sentido de que se deveria ter como princípio organizar a divisão das atribuições e funções visando a autonomia das equipes nos diferentes níveis do sistema.

Há uma forte influência da concepção taylorista na proposta: são inúmeras as chefias e cargos em comissão, lembrando que previsão de Distritos ultrapassava os quarenta. Há uma necessidade de se controlar a totalidade da organização do trabalho e os diversos serviços.

O organograma de Distrito de Saúde deve ser leve e flexível, possibilitando a organização do trabalho de forma menos alienada e voltada à resolução dos problemas de saúde, às ações de saúde, ao invés de responder apenas à lógica administrativa e burocrática.

Este organograma deve prever a organização horizontal para o hospital. A organização horizontal ou matricial rompe com as tradicionais chefias médicas e de enfermagem e propõe a organização no sentido das atividades e ações desenvolvidas por uma mesma equipe de trabalho. É fundamental que se discuta a organização interna dos hospitais.

Seguindo o pressuposto da territorialidade o organograma do Distrito de Saúde deverá contemplar o papel decisivo do poder local. Para a garantia da autonomia todos os equipamentos que compõem o Distrito de Saúde – Hospital Distrital, Pronto – socorro, Ambulatórios de Especialidades, Hospital – Dia e UBS deverão estar na mesma linha de poder e mando.



CONCLUSÕES

Esta pesquisa partiu da construção de uma metodologia específica que permitisse uma análise mais globalizante da proposta da gestão Luiza Erundina para a saúde enquanto um processo instituinte. O resultado da intervenção na instituição saúde foi compreendido enquanto o produto da ação dos diferentes sujeitos também portadores de diferentes propostas e da sua relação entre si e com o grupo dirigente ou sujeito político, propriamente dito.

Cada proposta, de cada grupamento no interior da instituição, surgiu como resposta aos problemas colocados mas, ao mesmo tempo, estavam referidas às matrizes já formuladas por outros pensadores na área da saúde ou às experiências anteriores já sistematizadas.

A pesquisa identifica e reforça a importância do formulador no processo instituinte, principalmente na saúde, ressaltando a responsabilidade deste como referência para as ações e projetos, presentes ou futuros, dos sujeitos em disputa.

Buscou-se também identificar a matriz que sustentava as principais diretrizes da instituição com o objetivo de elucidar o saber orientador que serviu de base para a formulação das diretrizes pelo grupo dirigente na gestão Erundina.

A matriz conceitual referência da administração para a reorganização da rede foi o Planejamento e Programação Situacional – PPS, baseado no enfoque epidemiológico. Esta proposta orientou a discussão assim como a implantação dos Distritos de Saúde no Município de São Paulo neste período.

Esta pesquisa concluiu, decodificando seu conteúdo, que trata-se de uma adequação do pensamento de Matus à estratégia da Vigilância à Saúde a partir do modelo de análise e intervenção proposto por Castellanos baseado no enfoque epidemiológico.

No esquema proposto por Castellanos os determinantes dos fenômenos de saúde são identificados nos diferentes níveis: singular, particular, geral.

É um esforço de formulação no campo da Epidemiologia Social para construir um modelo de explicação do processo saúde – doença. O fluxograma ou rede explicativa dos problemas definirá a intervenção que poderá se dar em qualquer um dos níveis. A grande contradição da proposta é a natureza do pensamento de Matus e o enfoque do sujeito trabalhado por este e inexistente em Castellanos.

Além disso o PPS não rompe com a concepção normativa, preso ainda à idéia de racionalização originários do antigo CENDES – OPS. O ponto de partida de todo o processo do PPS é o enfoque epidemiológico. Quanto a questão do sujeito, o PPS anula a ação autônoma porque no caso o que se dá é a objetivação do sujeito, ou seja, o método o transforma no próprio objeto. É, em seu cerne, uma proposta racionalizante, redutora, não possibilitando espaço para o surgimento de sujeitos autônomos, fundamental para a gestão estratégica.

Sobre o papel do intelectual, a concepção de Estado que sustenta esta formulação leva a privilegiar a ocupação estratégica de postos com o objetivo de avançar sobre os espaços ou brechas visando as reformas necessárias à implantação e implementação do SUS. Tanto as instituições na área da saúde quanto o poder central e agências internacionais passam a ser espaços privilegiados para a atuação destes sujeitos formuladores.

Nesta formulação não há espaço para a construção do sujeito crítico e autônomo. O que deverá motivá-lo e orientá-lo é o enfoque epidemiológico. Este determina a escolha das prioridades e o espaço da ação. Também será este saber epidemiológico que moldará novas práticas através da reorientação do trabalho.

Há nesta formulação, ainda presa, às antigas concepções no campo da saúde, uma constatação da impossibilidade dos sujeitos sociais, através da luta política, intervirem na hegemonia neo-liberal, no caso específico do Brasil. Não haveria acúmulo de organização para fazer-lhe frente.

Restaria, então, trabalhar nas brechas do poder, intermediando, enquanto intelectuais formuladores, uma “nova” proposta para um setor público de saúde periférico ao modelo hegemônico neoliberal.

No entanto, outros formuladores, no mesmo espaço e tempo, (o período do governo Erundina) colocam uma outra análise para o setor saúde e um novo enfoque que privilegia o sujeito: usuário e profissional de saúde. Campos marca o campo da disputa de projetos ao formular o conceito de “*FORMA DE PRODUÇÃO*” dos serviços de saúde, ao contrário de classificá-los por sub-sistemas, o que, segundo o autor confundiria a modalidade assistencial com a forma de produção dominante, que configura o modelo neoliberal na saúde no Brasil. Esta dependeria do contexto histórico e do próprio processo social que a produz.

Campos retoma todo o caráter político da intervenção no setor saúde. O aspecto novo de sua formulação é o reconhecimento decisivo que os sujeitos, profissionais de saúde, usuários e dirigentes tem na construção e reprodução da hegemonia da forma neoliberal dominante (assim como da contra-hegemonia). A forma de produção dos serviços de saúde é o produto da ação dos sujeitos inseridos num dado contexto histórico e político.

Há uma demarcação fundamental tanto na concepção acerca da natureza do Estado no Brasil quanto em relação à estratégia na luta pelo fortalecimento do sistema público de saúde. Para Campos o papel dos sujeitos na defesa do SUS é decisivo. Há a necessidade da mobilização em defesa da saúde pública, de qualidade, a partir daqueles que se encontram diretamente envolvidos no processo instituinte: usuários e profissionais de saúde. A gestão estratégica é o desenho do cenário que será progressivamente construído: um espaço aberto. O espaço público, onde se dará a luta por diferentes projetos, criará as condições para o surgimento de novos sujeitos, outros, com capacidade e vontade para levar adiante um projeto de saúde pública enquanto um bem comum.

Neste contexto, o dirigente é um formulador especial: aquele que deverá dar conta de conduzir um processo instituinte (que sempre ocorre, independente de sua vontade) criando espaços, abrindo canais de discussão e participação, costurando um projeto alternativo, dialogando com todos os grupos ou sub-grupos (em maioria ou minoria), sempre defendendo os pressupostos do Sistema Único de Saúde, fruto da conquista da sociedade garantidos pela Constituição. O espaço público será o palco do debate entre diferentes projetos, sempre em disputa. O produto final poderá não ser

exatamente o modelo prévio portado pelo dirigente mas será o resultado de uma construção coletiva, com maiores possibilidades de ser defendido por todos.

Evidentemente não se pode esperar um processo tranquilo e confortável para o dirigente. Com certeza será mais estimulante.

Muito mais condizente com o papel do intelectual orgânico defendido por Gramsci, Campos desloca o formulador da intermediação entre o Estado e os sujeitos sociais para a arena da disputa política e ideológica. Nesta pesquisa ficou claro que a formulação é muito importante, - o trabalho intelectual crítico - do qual não pode afastar-se o sujeito político engajado na luta pelo SUS.

O desenho de uma estratégia (diretrizes, prioridades, intervenção) e a construção de uma metodologia adequada para reorganizar o serviço, as práticas, fazem parte deste trabalho. Como diria Gramsci depende da combinação entre a reflexão intelectual e da vontade política. Vai muito além do papel do quadro de um partido político ou de uma facção. Sua tarefa é muito mais ampla.

Ao longo do processo instituinte a observação participante da pesquisadora, constatou um distanciamento mesmo em relação à diretriz de reorganização dos serviços de saúde através da implantação dos Distritos de Saúde. O cotidiano dos dirigentes nos diversos níveis de SMS foi bastante imediatista e muito mais voltado para a resolução das questões mais urgentes de caráter administrativo. O discurso dos gerentes foi de reconhecimento do instrumental epidemiológico como ferramenta técnica indispensável mas de difícil operacionalização e assimilação pelos profissionais da saúde. De fato, os gerentes foram pressionados pela urgência em resolver problemas administrativos inadiáveis. Contudo, a metodologia do PPS não ajudava muito na revisão do hábito de atuar “apagando incêndios”, no imediatismo das coisas. Este modo de atuar é confundido tradicionalmente com a tal competência administrativa do gerente eficiente. Os dirigentes do governo petista foram totalmente absorvidos por esta máxima.

Outra dificuldade apontada, agora pelos responsáveis pelo projeto, foi o nível de comprometimento dos gerentes com uma das principais diretrizes de SMS na gestão Erundina. Os assessores envolvidos ressentiram-se de um maior apoio para um projeto que

necessitava ser assumido pelo conjunto da instituição para que pudesse dar certo. Como um todo, foi um processo difícil, encarado como uma tarefa e que pouco acrescentou para a mudança do cotidiano dos serviços.

A implantação dos Distritos de Saúde encontrou dificuldades tanto em relação à Secretaria de Administração quanto ao processo de aprovação na Câmara. A criação do DS com autonomia administrativa dependia da criação unidades orçamentárias. Sua implementação seria mais lenta, dependendo dos desdobramentos para outras administrações futuras.

No cômputo geral a gestão Erundina deixou sua marca na saúde como a administração que mais investiu no setor, como demonstra o último documento de avaliação dos quatro anos de governo. O percentual do orçamento municipal destinado à saúde aumentou de 8.6% em 1988 para 15% aproximadamente em 1992 ao final do governo. O perfil do governo Erundina foi a inversão das prioridades para a área social, investindo 48% do orçamento na área social contra 33% do governo anterior. Em 1991 os gastos com a manutenção da rede de saúde foram 254% maiores do que no governo antecessor. Houve uma sensível melhora na qualidade do atendimento na área da Saúde. Foram abertos aproximadamente novos 1000 leitos com 80% da ativação do total dos leitos na rede hospitalar. Tudo isso num momento de profunda crise e sucateamento em que se encontrava o conjunto da saúde na cidade de São Paulo e no restante do país. Houve um acréscimo de 76% no quadro de profissionais médicos, 139% de enfermeiros e 172% de auxiliares de enfermagem.

Uma outra marca muito forte da gestão Erundina foi a democratização da instituição através da participação popular nas instâncias decisórias em todos os níveis da SMS. Esta foi talvez a maior contribuição do governo Erundina na área da Saúde. Foram realizadas três Conferências Municipais de Saúde realmente representativas chegando a contar com a participação de mais de 3000 pessoas em 1992. Foi criado o Conselho Municipal de Saúde, de caráter deliberativo conforme determina a lei, além do Conselho de Orientação do FUMDES. (FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE) implantado em 1990 e que controlava os gastos e a aplicação deste fundo.

A participação do movimento popular organizado existiu de fato no governo Erundina. Muitas das conquistas desta administração só foram possíveis devido à participação do movimento organizado. A relação da administração com o movimento popular não foi objeto desta pesquisa. Contudo, acreditamos que há uma diferença entre abrir os espaços para o movimento já organizado, uma parcela já dotada de reflexão crítica e voltada para ação e, além disso, trabalhar para criar novos espaços e condições para o surgimento de novos sujeitos críticos entre aqueles que encontram-se diretamente envolvidos na produção das ações de saúde ou recebendo o produto destas ações: os profissionais e usuários.

Se houve uma democratização de fato da instituição, esta não foi acompanhada de uma mudança real na organização dos serviços e nas práticas dos profissionais que pudesse ser percebido como um processo que viesse a alterar o modelo de atenção no sentido do fortalecimento da participação de todos, usuários e profissionais, da autonomia e da humanização dos serviços prestados.

Novas metodologias, já experimentadas com resultados concretos, mostram-se mais adequadas para se criar as condições que permitam o surgimento de novos sujeitos, críticos e autônomos, nas instituições de saúde. O debate está lançado.

Sem dúvida é fundamental refletir sobre a questão do sujeito no campo da saúde no sentido de buscar novos aliados na luta por um serviço público de saúde, de qualidade, bem comum e patrimônio de todos.



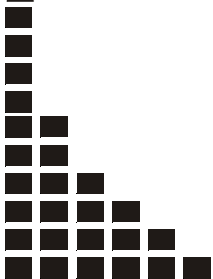
SUMMARY

To analyze a proposal to implement of Health District in São Paulo's region during 1989 to 1992 (Luiza Eurndina's administration) through of the subject's focus was a purpose of this research.

It get identify a conception of Health that based a proposal (THE KNOWLEDGE), it's objective and the mode intervention over the identified problems.

The policy set that led the administration was a product of action of the subject's to the real faced problems along the process of implement of the Health District.

At last, it suggests a criticism reflection over the methodologies utilized since today in the sense of practices reorganizations, aiming the construction of a suitable methodology able to promote necessary conditions to the appearance of the critics and autonomous subjects that can certify a implementation of SUS (Health Unique System) acknowledged as a public and quality system.



***REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS***

ADORNO, T.W. e HORKEIMER, M. *Dialética do Esclarecimento*. Zahar Editora, Rio de Janeiro, 1986.

BRAGA, J.C. e GOES, S.G. *Saúde e Previdência: estudos de política social*. São Paulo, Hucitec, 1981.

CAMPOS, G.W.S. *Reforma da Reforma: repensando a saúde*. HUCITEC São Paulo, 1992.

_____. *Sobre a Peleja dos Sujeitos da Reforma, ou a Reforma dos Sujeitos*. Campinas, (mimeo.) out.1992.

_____. *Planejamento sem Normas*. HUCITEC, São Paulo, 1994.

_____. *Sobre a Reforma dos Modelos de Atenção: um modo mutante de fazer saúde*. Campinas, (mimeo.), 1992.

CANEVACCI, M. *Dialética do Indivíduo*. Editora Brasiliense, São Paulo, 1991.

CASTELLANOS, P.L. *Sobre o conceito de Saúde-doença: um ponto de vista epidemiológico*. Medellin, jul.1987.

CASTORIADIS, C. *As Encruzilhadas do Labirinto, III: o mundo fregmentado*. Paz e Terra, São Paulo, 1992.

CECÍLIO, L.C. (org.). *Inventando a Mudança na Saúde*. Ed. HUCITEC. São Paulo, 1994.

COSTA, D.C. e COSTA, N.R. "Teoria do conhecimento e Epidemiologia: um convite à leitura de John Snow." In: *Epidemiologia teoria e objeto*. HUCITEC-ABRASCO, São Paulo, 1990.

OPAS-CPPS. *FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE*. 1975.

FREITAG, B. *A teoria Crítica ontem e hoje*. Editora Brasiliense, São Paulo, 1993.

GALLO, E. (org.) *Razão e Planejamento-reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. Ed. HUCITEC-ABRASCO, São Paulo - Rio de Janeiro, 1995.

HORKHEIMER, M. *Eclipse da Razão*. Ed. Labor do Brasil S.A., Rio de Janeiro, 1976.

LAPASSADE, G. *Grupos, Organizações e instituições*. Ed. Francisco Alves, Rio de Janeiro, 1989.

LAPASSADE, G. e LOURAU, R. “Três níveis de análise e de intervenção.” In: *Chaves da Sociologia Civilização Brasileira*, Rio de Janeiro, 1972.

LUZ, M.T. *As Instituições Médicas no Brasil*. Ed. Graal, Rio de Janeiro, 1979.

MATUS, C. *Planificações de Situações*. México, Fundo de Cultura Econômica, 1980.

MENDES, E. V. (org.) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. HUCITEC-ABRASCO, São Paulo – Rio de Janeiro, 1993.

MERHY, E.E. *A Saúde Pública como Política – um estudo de formuladores de políticas*. Ed. HUCITEC, São Paulo, 1992.

____ “Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil.” In: GALLO, E. (org.) *Razão e Planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. Ed. HUCITEC-ABRASCO, São Paulo – Rio de Janeiro, 1995.

____ *A Luta na Saúde pela Defesa da Vida e Algumas Questões sobre o seu Sujeito Formulador. Contribuições para o planejamento e a gestão dos serviços*. LAPA-DEP, PREV.UNICAMP.1992.

NOTARBARTOLO DI V.,F.;TASCA,R. e FERNANDES,R.V. “Análise da situação, microlocalização e participação no distrito sanitário de Pau da Lima, Salvador, Bahia.” In: *Revista Baiana de Saúde Pública*, vol.17, n 1/4 pp7-14 jan/dez, 1990.

PAIM,J.S. “A reorganização das práticas de saúde em Distritos Sanitários.” In: Mendes, E.V. (org.) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. HUCITEC-ABRASCO, São Paulo – Rio de Janeiro, 1993.

PORTELLI, H. *Gramsci e o Bloco Histórico*. Graal, São Paulo, 1978.

“Projeto para a Santa Casa do Pará” *LAPA-DEP.PREV. UNICAMP*, 1992.

RIVERA, F.J.U. (org.) *Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico*. Cortez-ABRASCO, São Paulo, 1989.

SARTRE, J.P. “QUESTÃO DE MÉTODO.” In: *OS PENSADORES*. ABRIL CULTURAL, São Paulo, 1978.

TEIXEIRA, C.F. “Planejamento e Programação Situacional em Distritos Sanitários: metodologia e organização.” In: *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. HUCITEC-ABRASCO, São Paulo – Rio de Janeiro, 1993.

____ e MELO, C. (org.) *Construindo Distritos Sanitários: a experiência da Cooperação Italiana no Município de São Paulo*. Ed. HUCITEC-COOPERAÇÃO ITALIANA, São Paulo – Salvador, 1995.

TESTA, M. “Tendências em Planificação” In: *Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico*. Cortez-ABRASCO São Paulo, 1989.

UGLERT, C.V.S. e JUNQUEIRA, C.B. “Enfoque Epidemiológico da distribuição da mortalidade em menores de 1 ano – Região Sul do município de São Paulo, Brasil.” Ver. *Medicina e Sociedade* vol. 13, n 3, mai-jun pp.16-23, 1990.

____ “Acesso aos serviços de Saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. Ver. *Saúde Pública*, São Paulo 21 pp.439-46, 1987.

____ *Territorialização. Relatório da Oficina de Trabalho/OPS*, Salvador, Bahia, jan.1990.

DOCUMENTOS CONSULTADOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/PMSP – 1989-1992.

DOCUMENTO 1. FEV.1989. SHS/PMSP.

AValiação E RUMOS. SMS/PMSP. MAR.1990.

DIRETRIZES. SMS FEV.1991.

DISTRITO DE SAÚDE OU DISTRITO SANITÁRIO – A ALTERNATIVA PARA A IMPLANTAÇÃO DO SUS - SMS -1990.

PLANO DE EMERGÊNCIA PARA A CIDADE DE SÃO PAULO. SHS/PMSP, JAN.1989.

PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO LOCAL – RELATÓRIO DE ITAQUERA, COORDENAÇÃO DE PROJETOS DE COOPERAÇÃO ITÁLIA/BRASIL – SMS/PMSP SÃO PAULO.

DOCUMENTO PROVISÓRIO – “PRIORIDADES PARA 1991.” SMS/PMSP. JAN.1991.

PLANO DE METAS. SMS/PMSP. 1989.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE. SMS/PMSP. 1989.

PROJETO DE LEI DE ESTRUTURA DA SMS (versões 1,2,3,4).

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE; JANEIRO A OUTUBRO DE 1989. SMS/PMSP.

RELATÓRIO PRELIMINAR DAS PROPOSTAS ELABORADAS PELO GRUPO DE TRABALHO PARA O ENFRENTAMENTO DAS CONDIÇÕES VIOLENTAS DE VIDA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. SMS/PMSP. DEZ. 1990.

RESUMO DO TRABALHO DE SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE 1989 – 1992. SMS/PMSP.

SMA – REFORMA ADMINISTRATIVA. SET.1989.

OFICINA DE TRABALHO ORGANIZAÇÃO E GERENCIAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. SMS/PMSP 1991.

OFICINA DE TRABALHO SOBRE TERRITÓRIO-CEFOR. 1991.

OFICINA DE TRABALHO SOBRE SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE – CAMPO LIMPO, ABRIL.1991.



ANEXOS

COMANDO DISTRETTO DI SAGOL



10.955

de 28.01.91

LEI Nº 10.955 DE 28 DE JANEIRO DE 1991

Dispõe sobre a estrutura dos Distritos de Saúde de Vila Maria, Butantã, Sapopemba e Vila Matilde da Secretaria Municipal da Saúde; cria cargos, e dá outras providências.

LUIZA ERUNDINA DE SOUSA, Prefeita do Município de São Paulo, usando das atribuições que lhe são conferidas por lei. Faz saber que a Câmara Municipal, em sessão de 28 de dezembro de 1990, decretou e eu promulgo a seguinte lei:

Art. 1º - Os Distritos de Saúde de Vila Maria, Butantã, Sapopemba e Vila Matilde, constantes do Decreto nº 27.724, de 6 de abril de 1989, ficam estruturados na seguinte conformidade:

- I - Conselho Distrital de Saúde;
- II - Direção Geral;
- III - Direção Adjunta;
- IV - Conselho Técnico Administrativo;
- V - Assessoria Técnica;
- VI - Assessoria Jurídica;
- VII - Comissão de Ética Profissional;
- VIII - Núcleo de Epidemiologia, Pesquisa e

Informação, com:

- a) Comissão de Controle de Infecção;
- b) Equipe Técnica de Epidemiologia;
- c) Equipe Técnica de Informação em Saúde;
- IX - Divisão Técnica de Recursos Humanos,

com:

- a) Seção Técnica de Recrutamento, Seleção e Desenvolvimento de Pessoal;
- b) Seção Técnica de Administração de Pessoal;

com:

- X - Divisão Técnica de Finanças, com:
- a) Seção Técnica de Contabilidade, com:
- Setor de patrimônio;
- b) Seção Técnica de Suprimentos, com:
- 1. Setor de Compras;
- 2. Setor de Almoxarifado;
- XI - Divisão Técnica Administrativa, com:
- a) Seção de Encargos Gerais, com:
- 1. Setor de Lavanderia e Costura;
- 2. Setor de Comunicação e Reprografia;
- b) Setor de Transportes Internos;
- c) Setor de Protocolo;
- XII - Divisão Técnica de Internação, com:
- a) Clínica Médica e Cirúrgica, com Setor

Técnico de Enfermagem;
- b) Clínica Pediátrica, com Setor Técnico de Enfermagem;
- c) Clínica de Ginecologia e Obstetrícia, com Setor Técnico de Enfermagem;
- d) Berçário, com Setor Técnico de Enfermagem;
- XIII - Divisão Técnica de Emergência, com Setor Técnico de Enfermagem;
- XIV - Divisão Técnica de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, com:

- a) Assistência Técnica;
- b) Laboratório de Análises Clínicas;
- c) Diagnóstico por Imagem;
- d) Farmácia;
- e) Anestesia e Gasoterapia;
- f) Esterilização de Material;
- g) Nutrição e Dietética;
- h) Centro Cirúrgico e Obstétrico, com Setor Técnico de Enfermagem;

XV - Seção Técnica de Manutenção, com:

- a) Setor de Manutenção Predial;
- b) Setor de Manutenção de Equipamentos;
- XVI - Centro Infantil de Proteção à Saúde.

Parágrafo único - A Divisão Técnica de Internação do Distrito de Saúde de Butantã terá apenas as Clínicas arroladas sob alíneas "c" e "d" no item XII deste artigo.

Art. 2º - Os equipamentos de saúde referidos no Anexo V desta lei ficam subordinados aos Distritos de Saúde de Vila Maria, Butantã, Sapopemba e Vila Matilde, com as denominações que constam da "Situação Nova" do mesmo anexo.

Art. 3º - As atribuições das unidades referidas no artigo 1º desta lei serão regulamentadas por decreto.

Art. 4º - Ficam criados na PP-I do Quadro Geral do Pessoal os cargos discriminados nas Tabelas "A", "B", "C" e "D" do Anexo I, destinados aos Distritos de Saúde ora estruturados.

Art. 5º - Ficam criados na PP-III do Quadro Geral do Pessoal os cargos discriminados nas Tabelas "A" e "B" do Anexo II desta lei.

Art. 6º - O provimento dos cargos constantes da Tabela "A" do Anexo II, far-se-á:

I - Mediante concurso público, para os cargos da classe inicial;

II - Mediante concurso de acesso, dentre titulares de cargos da classe imediatamente inferior, para os cargos das classes superiores.

Art. 7º - Os cargos indicados na Tabela "B" do Anexo II serão providos mediante concurso público, na forma da legislação em vigor.

Art. 8º - Com a criação dos cargos previstos no artigo 5º, discriminados na Tabela "A" do Anexo II desta lei, as respectivas carreiras passam a ter as estruturas indicadas na "Situação Nova" do Anexo III.

Art. 9º - Os cargos provisoriamente constantes no Nível I, na forma do Anexo III desta lei, correspondem aos cargos vagos existentes nos níveis superiores das carreiras ora reestruturadas, e permitirão o atendimento imediato das necessidades da Administração, com quantidade de servidores suficientes.

Art. 10 - Na vacância de cargos no Nível I, por acesso de seus titulares a cargos superiores da carreira, observar-se-á o seguinte procedimento:

I - Quando se tratar de cargo provisoriamente situado no Nível I, será ele excluído dessa situação;

II - Quando se tratar de cargo definitivamente situado no Nível I, será ele preenchido por titular de cargo em situação provisória, sendo este, por sua vez, dela excluído.

Parágrafo único - O procedimento adotado no "caput" deste artigo será obedecido até que a quantidade de cargos situados no Nível I da carreira fique reduzida aos cargos constantes, de forma definitiva, do Anexo III desta lei.

Art. 11 - Ficam aprovados, na conformidade dos Anexos IV e IV-A desta lei, os organogramas dos Distritos de Saúde de Vila Maria, Sapopemba, Vila Matilde e Butantã, com as delimitações geográficas constantes do Anexo VII.

Art. 12 - Os ocupantes de cargos de Diretoria de Distrito, de Divisões, de Assessorias, de Assistência Técnica, de Chefias Técnicas, e de Encarregaturas de Setores Técnicos ficam sujeitos à jornada de trabalho "8-40".

Art. 13 - (VETADO).

Art. 14 - As despesas com a execução desta lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, as quais ficam desde já o Executivo autorizado a suplementar até o montante em que incorrer no presente exercício, além do limite previsto na lei orçamentária.

Art. 15 - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 28 de janeiro de 1991, 4389 da Fundação de São Paulo.

LUIZA ERUNDINA DE SOUSA, PREFEITA

WALTER FIVA ROONIGUES, Respondendo pelo Cargo de Secretário dos Negócios Jurídicos

AMIR ANTONIO KHAR, Secretário das Finanças

FERNINO FECHIO FILHO, Secretário Municipal da Administração

CARLOS ALBERTO FLEITZ NEDEP, Secretário Municipal da Saúde

SÉRGIO RABELO TAMI RENAULT, Secretário Especial da Defesa Administrativa

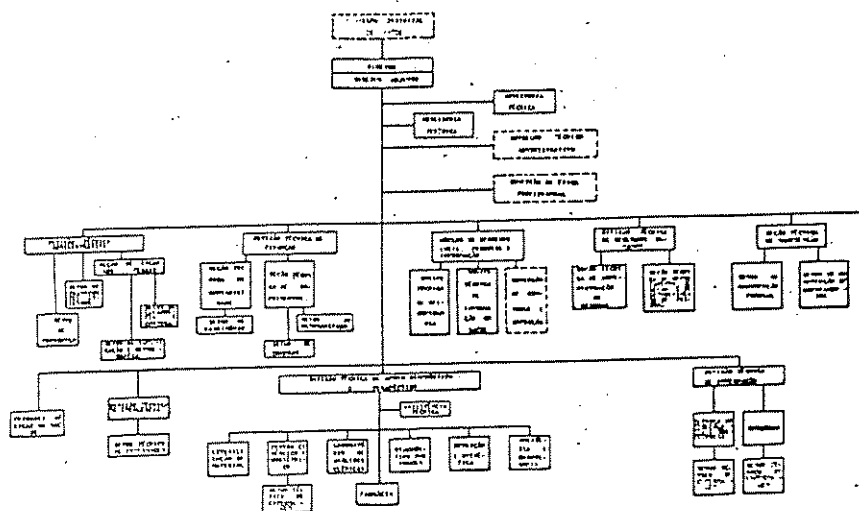
LAURA BERNARDES, Respondendo pelo Cargo de Secretária dos Negócios Extraordinários

Publicada na Secretaria do Governo Municipal, em 28 de janeiro de 1991.

ALBA REGINA DO VAL, Respondendo pelo Cargo de Secretária do Governo Municipal

ANEXO IV-A A QUE SE REFERE O ARTIGO 11 DA LEI Nº 10.955

DE 28 DE JANEIRO 1991



ANEXO V A QUE SE REFERE O ARTIGO 20 DA LEI Nº 10.955

DE 28 DE JANEIRO DE 1991

SITUAÇÃO ATUAL

SITUAÇÃO NOVA

DISTRITO DE SAÚDE DE VILA MATILDE

POSTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA - DR. ANTONIO PIRES TEARAJA Y. LOPEZ	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE - DR. ANTONIO PIRES TEL. VILA LOPEZ
POSTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA - JARDIM BRASÍLIA	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE - JARDIM BRASÍLIA
POSTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA - VILA ITAPEMA/ARIST	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE - VILA ITAPEMA/ARIST
POSTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA - PADRE JOSÉ DE ASCENETA	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE - PADRE JOSÉ DE ASCENETA
POSTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA - PADRE MARCEL DA SÓBREGA	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE - PADRE MARCEL DA SÓBREGA

Publicado no D.O.M.
de 29.05.1991
página 127 coluna (bolsa)
contendo 127