

**O PLANEJAMENTO NO DIVÃ:
ou análise de uma ferramenta na gênese de uma
mudança institucional**

(o caso do Cândido Ferreira /Campinas/SP)

*Este exemplar corresponde à versão
final da Dissertação de Mestrado,
apresentada ao Curso de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências
Médicas da UNICAMP, para obtenção do
Título de Mestre em Saúde Coletiva.*

Campinas, 14 de julho de 1998.

Luiz Carlos de Oliveira Cecílio
Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio
Orientador

AUTORA: ROSANA TERESA ONOCKO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO/ DMPS/FCM/ UNICAMP

ORIENTADOR: LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA CECÍLIO

PROJETO DESENVOLVIDO COM APOIO DA FAPESP.

CAMPINAS/ SP, JUNHO, 1998.

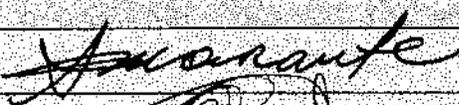
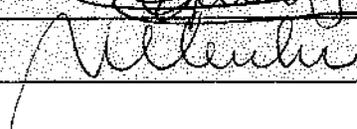


FOLHA DE APROVAÇÃO:

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

Membros:

1. 
2. 
3. 

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

Data: 14/07/98

DEDICATÓRIA:

À paciência de Clara que um dia me disse: "As mães elefantes, também
trabalham em seu escritório, com um computador".

À paixão do Gastão, sem a qual eu não teria chegado até aqui.

AGRADECIMENTOS:

Aos interlocutores: companheiros do Lapa e do Cândido que me ajudaram a pensar e reconstruir uma longa história. Especialmente à: Cintia, Gabriela, Georgia e Marilu, que durante seu aprimoramento ajudaram na coleta do material empírico; e ao Oki, que conversou comigo longamente sobre sua paixão: o Cândido.

Aos professores: Gastão Campos, Everardo Nunes, Emerson Merhy, por se disporem a dar seu tempo e reflexão com grande paciência; qualidade quase esquecida por grande parte da Academia.

Ao orientador: Luiz Cecílio (contrariando propositadamente os conselhos de Ecco sobre não se agradecer ao orientador por fazer seu trabalho) por ter sido respeitoso e tolerante com minha teimosia em fazer meu próprio caminho pelo labirinto.

Ao interlocutor, professor e amigo: Mario Testa, por ter-me inspirado tanta reflexão com a sua obra.

"EL HILO DE LA FÁBULA

El hilo que la mano de Ariadna dejó en la mano de Teseo (en la outra estaba la espada) para que éste se ahondara en el laberinto y descubriera el centro, el hombre com cabeza de toro o, como quiere Dante, el toro com cabeza de hombre, y le diera muerte y pudiera, ya ejecutada la proeza, destejer las redes de piedra y volver a ella, a su amor.

Las cosas ocurrieron así. Teseo no podía saber que del outro lado del laberinto estaba el otro laberinto, el del tiempo, y que en algún lugar prefijado estaba Medea.

*El hilo se ha perdido; el laberinto se ha perdido también. Ahora ni siquiera sabemos si nos rodea un laberinto, un secreto cosmos, o un caos azaroso. **Nuestro hermoso deber es imaginar que hay un laberinto y un hilo.** Nunca daremos com el hilo; acaso lo encontramos y lo perdemos en un acto de fe, en una cadencia, en el sueño, en las palabras que se llaman filosofía o en la mera y sencilla felicidad."*

Jorge Luis Borges.

1984

SUMÁRIO:

	Página:
RESUMO	9
A MODO DE PRÓLOGO OU BREVE HISTÓRIA DE UM PROJETO DE PESQUISA	10
CONSTRUÇÃO DO OBJETO:	13
• Do manicômio ao Serviço de Saúde	13
• Relação com o Estado. A questão Público/Privado	16
• Caracterização da situação atual.	17
• A questão das mediações	18
METODOLOGIA:	24
1. Pressupostos básicos	25
2. A pergunta. Objetivos.	26
3. Objeto de investigação e material empírico analisado	27
4. A modo de glossário ou o que entendemos por tecnologias de planejamento.	31
5. Linhas analíticas	39
6. Cartografia básica da pesquisa.	57

SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS EMPÍRICOS:	59
1. Os sonhos: Imagens-objetivo	59
2. Indo ao coração do Planejamento: Problemas.	67
3. A lógica: Metodologia.	93
CONCLUSÃO: tentando desenrolar o emaranhado.	101
1. Os saberes determinantes e a dinâmica história/tempo.	101
2. A história das seqüências e as seqüências da história.	109
3. O Planejamento também tece sua teia.	116
4. O fio de Ariadne da pesquisa.	120
SUMMARY	125
BIBLIOGRAFIA	126

LISTA DE ILUSTRAÇÕES:

	página:
Figura do Postulado da Coerência (Mario Testa)	22
Cartografia básica da pesquisa	57
Quadro de frequência relativa de problemas da Unidade Moradores.	70
Quadro de frequência relativa de problemas da Unidade de Agudos	76
Quadro de frequência relativa de problemas do Hospital-dia	82
Quadro de frequência relativa de problemas do Núcleo de Oficinas de Trabalho.	87

LISTA DE ABREVIATURAS:

AIH: autorização de internação hospitalar.

FUMEC: Fundação Municipal de Educação de Campinas.

HD: Hospital-dia

LAPA: Laboratório de Planejamento do Departamento de Medicina Preventiva e social/ FCM/ UNICAMP

NOT: Núcleo de Oficinas de Trabalho

OPAS: Organização Panamericana da Saúde.

PES: Planejamento Estratégico Situacional.

SSCF: Serviço de Saúde Cândido Ferreira.

SUS: Sistema Único de Saúde.

ZOPP: sigla da denominação alemã "Zielorientierte Projektplanung" - Planificação de Projetos Orientada a Objetivos.

RESUMO:

A presente dissertação analisa o papel de tecnologias de Planejamento num contexto de mudança institucional, incluindo-as, para seu estudo, no espaço de mediação.

Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo, na qual procurou-se confrontar as tecnologias de Planejamento utilizadas com um referencial teórico da área da Saúde Coletiva, valendo-se para isto de um estudo de caso sobre o Serviço de Saúde “Cândido Ferreira” (Sousas/ Campinas/ São Paulo).

Apresentam-se os resultados dessa análise, tanto em relação às metodologias de Planejamento empregadas no caso, quanto ao seu contexto de aplicação institucional, tentando uma reconstituição do processo histórico no período estudado.

Nas conclusões formula-se uma proposta de abordagem metodológica visando subsidiar a constituição das tecnologias de Planejamento como dispositivo viabilizador de mudanças institucionais.

A proposta, abrange questões metodológicas, tais como o uso proposital de diretrizes, uma sugestão de “seqüência de entrada” de alguns conceitos (campo/núcleo, processo de trabalho, etc.) e a superação da lógica instrumental do Planejamento, incorporando uma lógica intencional ou de sentidos e outra analítica. Enfatiza-se a importância do Planejamento conseguir dialogar com outros corpos teóricos: análise institucional, psicanálise, saúde pública, etc.

A MODO DE PRÓLOGO OU, BREVE HISTÓRIA DE UM PROJETO DE PESQUISA:

Existem tratados, manuais e até múltiplas receitas para se fazer uma pesquisa qualitativa em saúde. A despeito de quanto se procure, estude e leia, a investigação, como o amor, como o trabalho - diria Emerson - só se realiza "em ato". Começa-se formulando algumas perguntas tímidas e as perguntas - como se fossem filhos - crescem, mudam, teimam em se multiplicar. Desde o início, já intuíamos que a vida não se encaixava nos quadradinhos de um plano. Por que iria fazê-lo uma pesquisa? Vida pesquisada. Pesquisa viva. Daí o encantamento e também a dificuldade.

O primeiro esboço deste projeto pretendia-se quase absolutamente teórico. O que seria uma mediação? Quais as categorias apropriadas para estudar "este" espaço intermediário? Íamos atrás de alguns bons mestres, particularmente do querido Mario Testa, tentando abrir, aprofundar algumas questões já insistentemente expostas por ele. O assunto estava claro: AS MEDIAÇÕES. Então, entraram em cena outros amigos, professores, o companheiro. A pesquisa teórica das mediações parecia um contra-senso.

"...O geral e universal só se realizam nas totalidades parciais; o concreto aparece como ponto de chegada e como ponto de partida, não há mediação sem imediato" (MINAYO, 1993)

Precisamente por estarem no meio, deveríamos especificar de que meio estava se tratando. O famoso "recorte do objeto". Teoria da teoria acabaria sendo epistemologia, um assunto que exigiria uma formação muito além daquela desta mestranda. A questão já tocava a sabedoria popular e os ensinamentos de minha

mãe: recortar “o objeto” era também reconhecer os próprios limites (ou uma coisa que minha ex-analista adoraria: reconhecer que eu também sou “recortada”...*sorry* Lacan...)

O recorte realizado, em um segundo momento, centrava-se no estudo da potencialidade de mediação de algumas tecnologias de planejamento. Enfim, achávamos que facilitaria nossa tarefa o fato de nos debruçarmos sobre um número muito menor de tecnologias e dispositivos e, sobretudo, a abordagem teórica seria mais compacta, já que se trataria de um único corpo teórico e de suas possíveis e múltiplas leituras. Tanto que, naquele momento, propúnhamos uma primeira fase de pesquisa teórico-bibliográfica que pretendia dar conta desta questão. Logo depois iríamos para o campo analisar como e quanto essas tecnologias teriam ajudado na mediação das reformas ocorridas em um caso concreto.

Aí entraram o orientador e a vida...

O orientador, sugerindo, **insistindo** na importância de um primeiro mergulho no empírico. Foi só começar para entender: o empírico costuma carregar a vida - a realidade, como diriam alguns pesquisadores marxistas - nas costas. A vida às vezes brinca de esconde-esconde, mas em geral teima em aparecer ainda nos objetos que se pretendiam mais “recortados”.

A primeira impressão foi de espanto: e agora? O que fazer quando os dados não encaixam nos quadradinhos de nosso plano?

A escolha foi refazer o plano, mudar alguns aspectos da abordagem metodológica...Resumindo: tentamos pensar qual seria o jeito mais apropriado para fazer da pesquisa um dispositivo para apreender a realidade e não uma cama de Procusto onde, como na lenda, a vida só caberia aos pedaços.

Nesta reformulação metodológica algumas fases propostas nos primeiros projetos perderam-se, outras apareceram com mais ênfase. Assumimos deliberadamente o risco de nos expormos a críticas metodológicas.

Dada a própria inserção institucional desta pesquisadora no caso em estudo as entrevistas previstas em algum momento para a reconstituição histórica foram dispensadas. Achamos que nenhuma entrevista (estruturada ou não) poderia dar conta de recuperar a história, melhor que longas horas de conversa informal com aqueles que foram os protagonistas do processo institucional analisado. Realizou-se uma leitura das Atas do Colegiado de Gestão no período pesquisado para conferir datas ou eventos que apareciam confusos ou contraditórios nas falas dos protagonistas.

A fim de facilitar a leitura e fazê-la mais agradável, alguns dados históricos foram incorporados a medida que necessários para à análise e somente um breve resumo histórico foi colocado na introdução.

O duplo papel de pesquisadora e assessora no Cândido teve conseqüências tanto para a pesquisa como para o desempenho do próprio papel profissional. No fim, achamos que ambos ganharam. Por isso, aquilo de vida pesquisada, pesquisa viva... Vida, realidade, complexos labirintos... Assim, andamos à procura de um fio de Ariadne que, como Borges, acreditamos difícil de achar, porém, imprescindível de procurar. Esta pesquisa é isso: um longo percurso atrás de um fio perdido.

A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DA PESQUISA:

Nos últimos anos, na saúde pública, a maior parte das pesquisas tem enfatizado a análise de práticas concretas ou de políticas formuladas segundo uma perspectiva mais geral. Pouco tem sido produzido objetivando elucidar como se produziria a tradução dessas políticas em práticas. Embora a experiência demonstre que, muitas vezes, processos supostamente transformadores não chegam a impactar a "ponta", as práticas. Por que isso aconteceria em algumas ocasiões e em outras não?

Tentaremos refletir estas questões em relação a mudança ocorrida no Serviço de Saúde Cândido Ferreira / Campinas/ São Paulo.

Do manicômio ao Serviço de Saúde:

O sanatório Dr. Cândido Ferreira nasceu em 1924 com o nome de "Hospício para Dementes Pobres do Arraial de Sousas". A área em que se encontra foi doada por filantropos de Campinas, preocupados com a situação que enfrentavam cidadãos campineiros pobres e com distúrbios psíquicos no interior da Cadeia Pública local. Durante os anos oitenta, o sanatório passou por inúmeros momentos de crise econômica. O perfil do hospital foi se modificando e, em meados de 1990, a população de pacientes internados era constituída principalmente por idosos com muitos anos de internação - mais de 50% se encontravam internados havia mais de 10 anos - e a rotatividade da clientela era feita utilizando-se apenas 25 leitos.

Em maio de 1990 foi assinado um convênio de co-gestão com a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, com o objetivo de resgatar o caráter público do hospital e transformar o modelo assistencial vigente. Propunha-se a criação de um espaço de tratamento para pacientes em crise aguda e de reabilitação para aqueles crônicos, por meio de projetos de ressocialização e recuperação da máxima autonomia possível.

Com este propósito, a estrutura interna da instituição foi completamente modificada. Visando dar conta das diversidades terapêuticas requeridas, o hospital foi dividido em Unidades de Produção, cada uma com produtos mais ou menos homogêneos, tanto para as áreas assistenciais como para os serviços meio. Criaram-se assim, o Hospital-Dia, o Núcleo de Oficinas de Trabalho, a Internação de Agudos, a Unidade de Moradores e a Gerência de áreas meio (incluindo: rouparia, culinária, manutenção, etc.)

A nova divisão do trabalho proposta assentava-se em equipes multiprofissionais, eliminando os departamentos verticais tradicionais (médico, de enfermagem, etc.) e instituiu o Gerenciamento Colegiado da instituição, conforme o desenho concebido pelo então Secretário de Saúde (CAMPOS, 1992). Desejamos ressaltar, então, que logo, após esta intervenção da Secretaria de Saúde, o Cândido ganhou uma nova estrutura interna, na qual a gestão democrática e descentralizada constituía o eixo central da proposta. As equipes conformando os colegiados das diversas gerências e as gerências constituindo o Colegiado de Gestão da instituição, com essa nova estrutura pretendia-se instituir a mudança de Modelo Assistencial.

O Colegiado de Gestão é a instância máxima de decisão interna da instituição. Nele estão representadas todas as Unidades de Produção – através dos Gerentes além do Superintendente, Diretor Clínico e Assessor de Planejamento. Alterações na composição do Colegiado, ao longo do tempo, só obedeceram a mudança na estruturação das gerências. Assim, quando a gerência das áreas meio foi eliminada, essas áreas passaram a ser representadas diretamente pelos supervisores específicos da Rouparia, Dpto. de Pessoal, Higiene, etc.

Acima do Colegiado de Gestão existe o Conselho Diretor, responsável pela execução do convênio de co-gestão com a Prefeitura, que traça as políticas gerais, em geral vinculadas ao suporte financeiro da instituição. Contudo, ao nível executivo, é o Colegiado de Gestão quem determina a distribuição interna dos recursos e os rumos assistenciais.

“Os problemas do cotidiano, de um modo geral, são resolvidos dentro dos serviços e os relativos às interfaces entre eles são processados diretamente, sem a intermediação do colegiado de gestão. Esta estrutura administrativa horizontalizada, sem níveis intermediários de decisão entre as equipes e o colegiado de gestão, possibilita que ocorra maior agilidade nas decisões e que as diferenças clássicas de status institucional entre os poderes sejam atenuadas... As unidades de produção possuem grande autonomia para estruturarem seus processos de trabalho, o que tem sido produtivo no que diz respeito ao estímulo à criatividade, mas demanda uma grande capacidade de coordenação para que os projetos de cada uma delas não se constituam em pedaços sem identidade. Este trabalho de acompanhar o desenvolvimento das atividades em cada unidade é tarefa

do colegiado de gestão, além de cuidar da agenda estratégica da instituição” (ONOCKO & AMARAL, 1997)

Esse processo de instituição de uma nova forma gerencial não foi, contudo, nem fácil nem linear. Um ano e três meses se passaram desde a assinatura do Convênio de Co-gestão até a implantação do Colegiado de Gestão. Neste período, passaram pela instituição dois superintendentes, diferentes diretores clínicos e administrativos, revelando a dificuldade em se instituir o novo e, talvez, também a de se achar pessoas com perfil adequado para desempenhar cargos gerenciais no novo modelo proposto.

Relação com o Estado. A questão Público/ Privado:

O Serviço de Saúde Cândido Ferreira passou a constituir parte fundamental da rede pública de Saúde Mental da cidade de Campinas a partir deste convênio com a Secretaria de Saúde Municipal (Maio, 1990). Apesar de ser uma entidade filantrópica, somente assiste a pacientes do SUS, de Campinas e região.

Tendo nascido como entidade privada, de caráter filantrópico, o Cândido manteve-se no campo do direito privado, construindo um espaço de assistência cada vez mais público, porém não estatal. As fontes de financiamento são os repasses pela Prefeitura de verbas SUS, em função das “Autorizações de Internação Hospitalar” (AIH) e os tetos acordados com a Prefeitura de Campinas. Os outros parceiros do Cândido também são entidades estatais: a Secretaria Estadual de Saúde, a Fundação Municipal de Educação de Campinas (FUMEC), etc.

Essa característica de público/ não estatal e a multiplicidade de parceiros estatais têm permitido à instituição superar as crises decorrentes das mudanças políticas e manter o rumo do projeto inicial. Resistindo às mudanças de cenário local, o Cândido tem conseguido preservar uma certa estabilidade que contribuiu para o desenvolvimento do processo de transformação.

Caracterização da situação atual:

O Serviço de Saúde “Cândido Ferreira” oferece assistência a aproximadamente 400 pacientes por mês. Há 130 pacientes na Unidade Moradores, e 90 no Núcleo de Oficinas de Trabalho (NOT) e 90 são acompanhados no Hospital-Dia (HD). A Unidade de Agudos assiste pacientes, em crise, oriundos de Campinas e região, sendo parte fundamental da rede pública de Saúde Mental com, aproximadamente, 90 pacientes por mês.

Além das Unidades Assistenciais, inaugurou-se uma escola – em convênio com a FUMEC – um Centro de Convivência, um jornal e um Ateliê de artes plásticas, que atende hoje 80 usuários, e cujas obras foram premiadas em várias mostras nacionais.

Alguns pacientes moradores voltaram a morar com suas famílias após décadas de internação e há atualmente, seis moradias extra-hospitalares, que hospedam trinta e três pacientes com longas histórias de tratamento asilar.

Muitos pacientes recuperaram sua identidade civil (60), conseguindo nova carteira de identidade e o usufruto do benefício de ação continuada do INSS (49), num caminho claramente direcionado para a reconstrução da cidadania. Outros recebem seu salário da participação da renda produzida pelo Núcleo de Oficinas

de Trabalho, fato que viabiliza, para muitos deles, a permanência no lar, evitando internações desnecessárias.

Nos últimos anos, numerosas consultorias à Rede Municipal de Campinas e a outros serviços de Saúde Mental do Estado de São Paulo (com o subsídio da Secretaria Estadual de Saúde) vêm sendo solicitadas. Por isso tudo, pensamos que as repercussões das mudanças acontecidas já estão tendo impacto na Rede Pública.

Todo este processo de mudança vem sendo acompanhado pelo pessoal do Laboratório de Planejamento (LAPA) do Departamento de Medicina Preventiva e Social / UNICAMP, sendo o Cândido um dos primeiros campos de experimentação da produção teórico-metodológica deste laboratório.

Com isto tudo queremos ressaltar que, em nossa pesquisa, a mudança acontecida será tomada como fato. Qualquer um que tiver visitado, alguma vez na vida, um asilo ou sanatório, dos muitos que até hoje persistem no Brasil, não teria dúvida em reconhecer que o Cândido mudou.

No percurso desta investigação não tentaremos demonstrar que esta mudança aconteceu, mas como o Planejamento contribuiu para **mediar** essa mudança, fazendo-a possível.

A questão das mediações:

Analisar o papel do Planejamento em processos de mudança remete-nos a um espaço intermediário, espaço de mediações. E o que seria uma mediação?

"Hay una secuencia que va desde lo más concreto a lo más abstracto: de lo intra a lo trans, de lo singular a lo universal, del fenómeno (o

*el caso) a la ley. Ambos extremos se encuentran relacionados bidireccionalmente por algo que establece una relación espacio-temporal que opera como intermediación o **desplazamiento / transformación** en el espacio o en el tiempo, que sigue siendo concreto pero menos que el primer término de la relación sin llegar a la abstracción del segundo término, lo cual lo identifica como fase de un proceso, como tránsito o vía de tránsito, como **intermediación.**" (TESTA, 1991 - negritos nossos)*

Testa vem insistindo nesta questão:

*"La necesidad de ubicación, o reubicación de la salud pública expresa una de mis preocupaciones centrales ... Cómo entiendo esta reubicación ? La veo basicamente como una reflexión sobre lo social, pero una reflexión que intente identificar qué es lo social en primer lugar, **para pasar enseguida a analizar con el máximo cuidado la cuestión de las mediaciones que es dónde considero se encuentra el secreto de la eficacia de las actividades...**" (TESTA, 1992 - negritos nossos)*

Para Testa, as mediações teriam lugar nas instituições - mais precisamente em sua estrutura (TESTA, 1993). O espaço institucional, o espaço concreto onde teriam lugar as mediações, segundo este autor, parece-nos merecer uma análise mais complexa que a simples análise estrutural. É no **devir** dos processos que as mediações se apresentam (ou se escondem).

Por outro lado, os métodos de planejamento institucional têm sido apresentados, no campo da saúde, como tecnologias que seriam potentes para fazer essa articulação. O propósito declarado das correntes de Planejamento Estratégico (incluindo nelas o

Planejamento Estratégico Situacional – PES - de Carlos Matus e o Pensamento Estratégico de Mario Testa) é o de viabilizar e promover mudanças.

Esta pesquisa se propõe a analisar as tecnologias de Planejamento dentro do espaço de mediação. Consideramos a noção de espaço de mediação apropriada, pois trata-se de evidenciar um sem número de articulações e inter-relações que precisam acontecer para que uma mudança tenha lugar. O que “preenche” esse espaço? O que faz a “ponte” entre dadas diretrizes políticas e novas práticas reformuladas? Seria essa ponte, tecida a partir dessas articulações, que estamos chamando de mediação.

Ponte que o Planejamento, enquanto tecnologia, se declara potente para tecer, visando produzir mediações efetivas.

E o que seria uma mediação efetiva/positiva?

O senso comum responde: aquela que conseguisse transformar as diretrizes de uma dada política em novas práticas, práticas mudadas, porém surgindo do velho. O empecilho do velho...reprodução primando sobre a produção. Quantas vezes temos assistido a esse filme? Será que é possível fazer do velho o caldo de cultivo do novo? Como **determinar** mudanças, superando os **condicionamentos** do instituído?

No caso da saúde esta questão encontra-se profundamente interligada à mudança efetiva do modelo de atenção vigente. Utilizando a noção de Modelo como “certo arranjo de tecnologias e práticas”, e colocando-a, portanto, mais próxima do plano das práticas. Concordamos com Campos quando considera modelo: *“um conceito que estabelece intermediações entre o técnico e o político....Modelo, portanto, seria esta coisa tensa que nem é só política e tampouco só tecnologia”* (CAMPOS, 1994).

O modo concreto segundo o qual as práticas se organizam em um momento dado é, sem dúvida, a cristalização de uma mediação entre política e práticas. Portanto, a questão que estamos colocando em relação as tecnologias de planejamento, refere-se à sua capacidade de quebrar essa cristalização, promovendo outras formas de organização do trabalho.

E será que toda mediação cabe na matriz: determinação/ condicionamento?

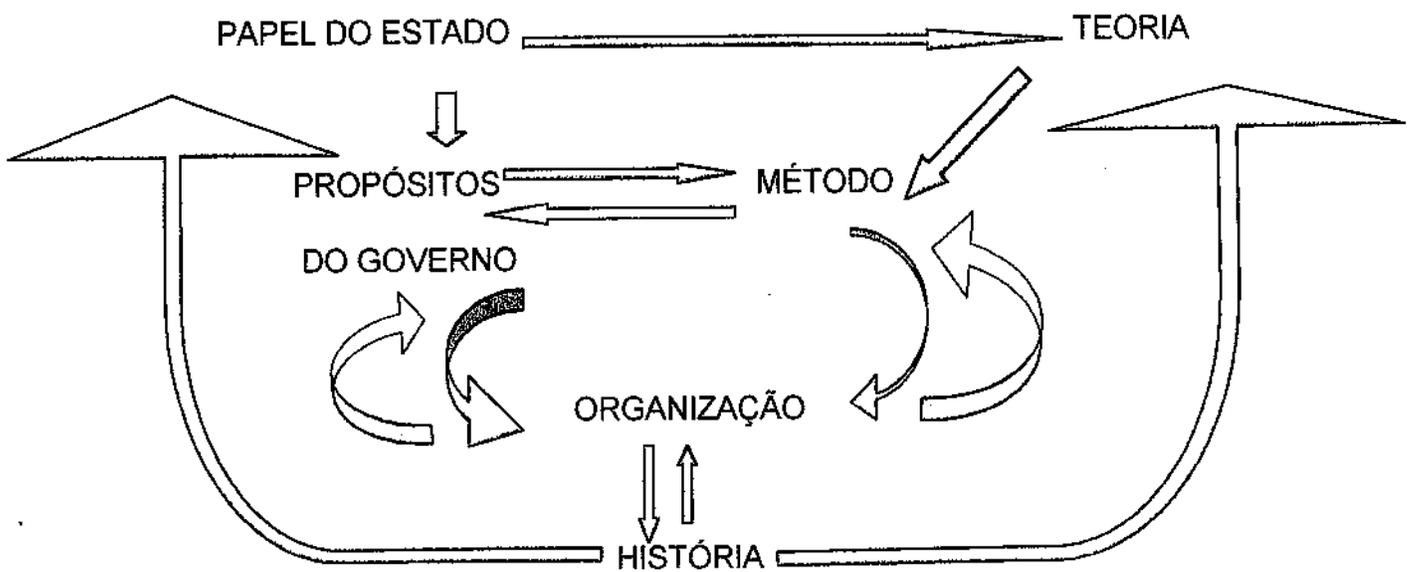
A utilização corrente do termo *determinação* leva a associá-lo a causa. Porém, foi para fugir das limitações que **uma** causa impõe às explicações de um problema que este conceito chegou ao campo da saúde coletiva.

Talvez quem mais tenha trabalhado esta questão - na epidemiologia - seja P.L.Castellanos. O conceito de determinação é indesligável do de espaço. Segundo este autor, os processos correspondentes a espaços superiores têm uma relação de **determinação** sobre os processos que acontecem em espaços de menor hierarquia; e essa relação *"não deve ser assumida como causal, mas como delimitação do espaço de variedade do possível dos processos e fenômenos"* (CASTELLANOS, 1990), embora a forma como se desenvolvem os fatos num determinado nível se traduza em organização, acumulações biológicas e sociais que afetam os níveis superiores. Resumindo: entre os níveis superiores e inferiores há uma relação de determinação e no sentido contrário de condicionamento.

Testa afirma:

"A primeira (a determinação) é uma força positiva que estabelece os limites dentro dos quais pode acontecer um fenômeno. O condicionamento ... é uma força negativa que estabelece os limites dentro dos quais não pode acontecer um fenômeno." (TESTA & BLOCH, 1988)

Este autor propõe, no Postulado de Coerência, uma leitura de como se dariam as relações de determinação e condicionamento entre: Papel do Estado, Teoria, História, Método, Propósitos do Governo, e Organização. Para Testa, nos países capitalistas dependentes, entre estes termos existiria a seguinte relação:



(TESTA, 1989)

Sendo neste diagrama as setas amarelas de determinação e as vazias de condicionamento. Para Testa, então, todas as determinações partem da História e chegam na Teoria. A Organização é totalmente determinada (pelo Método, pelos Propósitos de Governo, e pela História) e nada determina. Ela só teria capacidade de condicionamento, nada geraria, só constrangeria.

Consideramos, contudo, que também é possível uma determinação "positiva" de baixo para cima, explorando neste sentido as potências daqueles acúmulos a que se refere Castellanos. Resumindo, assumimos que ações ou mudanças em níveis inferiores podem mudar o espaço superior. Porque admitir o contrário implicaria

em aceitar que somente os níveis "macro" - em nosso caso as políticas - poderiam determinar mudanças, esvaziando de importância as ações realizadas em um outro nível, no caso o Planejamento, enquanto parte do espaço intermediário.

Na área do planejamento esta posição é também sustentada por Matus, quando ele se refere, no Momento Explicativo do PES, à possibilidade de acúmulos no plano dos fluxos que poderiam até mudar as regras do jogo social.

“Todas estas fenoestruturas são produzidas, criadas ou modificadas através dos fluxos dos fatos; em outras palavras, são fatos acumulados. Mas, por sua vez, os fatos que ocorrem em situação são um produto de tais fenoestruturas.” (MATUS, 1988)

Resgatamos a riqueza deste par determinação/condicionamento como vetor que expressa, em cada situação, uma complexa rede que entrecruza espaços, que pode assumir diferentes direcionalidades (seja vertical, horizontal ou transversal) e que pode atuar como força positiva ou limitante. Pensamos que no uso habitual destes termos tem-se perdido a riqueza conceitual, aplicando-se o termo determinação, em geral, como linearidade causal, com o que a explicação de muitos processos torna-se menos potente. Pressupomos que isto tem efeitos sobre a realidade, já que essa linearidade - que leva a um pensamento do tipo "ação-reação" - simplifica exageradamente as alternativas de ação, impedindo a visão da complexidade e multiplicidade dos aspectos a serem abordados se se deseja transformar a situação vigente.

METODOLOGIA:

Fazemos a proposta metodológica concordando com Campos quando afirma:

"...esse tipo de análise (em abstrato) dos processos administrativos e organizacionais dos serviços de saúde tem limites estreitos, levando a quem procede exclusivamente assim a praticar um formalismo reducionista, impeditivo da criação de alternativas reformistas necessárias à implementação de novas políticas públicas no capitalismo. Ao contrário, é situando-os em conjunturas históricas concretas que se consegue evidenciar as dimensões complexas desse instrumento de prática política, identificando-se as características dos vários modelos possíveis de gestão e suas diferenças de qualidade". (CAMPOS, MERHY, NUNES; 1994)

Neste sentido, esta dissertação pretende utilizar um estudo de caso para suporte de uma reflexão teórica a respeito das ferramentas de Planejamento utilizadas.

O caso do Serviço de Saúde Cândido Ferreira é apropriadíssimo porque é um dos poucos "laboratórios" de planejamento com tempo de ensaio prolongado, já que, desde o ano de 1992 vem se realizando oficinas semestrais ou anuais de planejamento, unindo isto à existência de um modelo de gestão mais horizontalizado. A escolha deste hospital como objeto de estudo tem a pretensão de subsidiar a reflexão teórica, pois considera-se que, neste percurso de mudança, variado instrumental de gestão e planejamento foi utilizado nas diferentes áreas do SSCF, considerando as particularidades de cada uma delas.

Todo esse processo vem sendo acompanhado pelo pessoal do LAPA e os produtos das sucessivas oficinas de planejamento e avaliação estão disponíveis para análise.

Talvez os trabalhos do LAPA sejam uma das escassas amostras de uso eclético do instrumental de gestão e planejamento (CECÍLIO org., 1994). Esta pesquisa se propõe a aprofundar a discussão dos aspectos teórico-metodológicos deste planejamento, porém enquadrando-a no campo das mediações. Espaço - a nosso entender - também pouco explorado pela saúde pública.

1) - OS PRESSUPOSTOS BÁSICOS DESTE TRABALHO SÃO:

- A melhor compreensão do espaço das mediações é de fundamental importância para se conseguir explicar porque algumas transformações acontecem e outras não. É no espaço de mediação que podem ser determinados ou condicionados os processos de mudança institucional.

- As tecnologias de planejamento institucionais constituem parte do espaço das mediações. Merhy afirma que:

"perceber o duplo movimento que os processos de gestão envolvem ao nível dos serviços de saúde torna-se fundamental, pois os mesmos revelam que na ação dos conjuntos dos agentes envolvidos, no cotidiano do 'fazer' saúde, de um lado encontram-se práticas gerenciais que tomam o território de formulação e decisão de políticas como seu campo e de um outro práticas que enfrentam o fabricar 'bens' do trabalho em saúde; e a gestão nesta dobra torna-se lugar de possíveis intervenções impactantes sobre a política e o modelo de atenção à saúde..."

(MERHY, 1997);

reconhecendo - no nosso entender - o caráter de mediação das práticas gerenciais.

Campos mostra que:

“...Se a gerência é um instrumento importante para a efetivação de políticas, ela é, ao mesmo tempo, ‘condicionante de’ e ‘condicionada pelo’ modo como se organiza a produção de serviços de saúde. Esta dupla posição – de produto de um determinado contexto e de criador deste mesmo contexto – torna o processo de gestão permeável à influência dos diferentes sujeitos sociais interessados...” (CAMPOS, MERHY, NUNES; 1994) ;

reafirmando o lugar privilegiado que as tecnologias de gestão têm na mediação de processos de mudança. Este trabalho se propõe a estudar uma parte do arsenal da gestão: as técnicas de planejamento, analisando-as dentro do espaço de mediação.

2) A PERGUNTA/ OBJETIVOS:

A principal pergunta que este trabalho se propõe a responder é: **as tecnologias de planejamento teriam real potência para fazer mediação entre as diretrizes políticas e as práticas concretas em saúde?**

OBJETIVOS:

2.1- Analisar tecnologias de planejamento situando-as no espaço das mediações.

2.2- Analisar como essas técnicas contribuíram para mediar de fato mudanças em um serviço de saúde concreto: o Serviço de Saúde Cândido Ferreira.

3)- OBJETO DE INVESTIGAÇÃO E MATERIAL EMPÍRICO ANALISADO:

3.1- PERIODIZAÇÃO

A periodização proposta para esta pesquisa abarca do ano de 1992 até o de 1996. A razão desta escolha dever-se-á procurar no processo histórico vivido pelo SSCF. Desde o convênio de co-gestão com a Prefeitura, em 1990, até o ano de 1992, só foi realizado um seminário formal de planejamento; contudo, aquela foi uma época transcendental para a instituição, na qual assentaram-se as bases - e as diretrizes - para todo o processo posterior. Esse período instituinte inicial não pôde ser recuperado a partir dos documentos dos planejamentos, porém, tentamos reconstruí-lo minimamente na descrição histórica precedente, para permitir uma melhor compreensão do contexto em que aconteceram os próprios planejamentos. O Planejamento como um procedimento rotineiro da instituição se afirmou a partir de 1992. Nesse momento, a estrutura interna da instituição já tinha sido completamente transformada e, funcionavam, há quase dois anos, as equipes multiprofissionais e o Colegiado de Gestão. Ressaltamos esta questão para esclarecer a compreensão do processo de planejamento: estas mudanças permitiram o estabelecimento de um processo de planejamento sistemático, incluindo todas as Unidades de Produção com as suas equipes, num ambiente de participação democrática.

No Cândia o Planejamento veio preencher uma demanda de operacionalizar mudanças de modelo assistencial, num terreno fértil à participação, no qual as

diretrizes gerais já tinham sido colocadas pela intervenção da Secretaria de Saúde, tendo como pano de fundo a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

3.2 - PROCESSAMENTO DO MATERIAL EMPÍRICO:

Iniciou-se o estudo dos dados empíricos pela análise dos documentos produzidos pelas oficinas de planejamento do Cândido. Realizou-se uma primeira sistematização dos dados empíricos, na tentativa de se contar com uma descrição mais apurada.

Analisaram-se todos os planejamentos desde 1992, no total houve cinco oficinas: Março de 1992, Outubro de 1992, 1993/94, 1995 e 1996. Constatou-se que todas estavam documentadas com um grau de detalhamento adequado.

Dada a quantidade e riqueza do material empírico, optou-se por concentrar a análise nos planejamentos das Unidades Assistenciais: Moradores (pacientes crônicos e asilares), Internação de Agudos, Hospital-Dia e Núcleo de Oficinas de Trabalho. Estas Unidades concentraram os problemas mais complexos e tiveram, também, uma maior homogeneidade metodológica. Entendeu-se que investigar os planos das Unidades-meio (Lavanderia, Serviço de Alimentação, etc.) não traria diferenças significativas, e que só acrescentaria maior volume de dados. O que não foi considerado importante, por tratar-se, o presente estudo, de uma pesquisa qualitativa. Por outro lado, o propósito de avaliar o potencial de mediação de tecnologias, enfatizava a importância de se trabalhar com as "Unidades-fins", ou seja, aquelas que refletem diretamente, nas suas práticas assistenciais, as mudanças que tiveram lugar no modo "concreto" de organizar o trabalho e de lidar com os doentes.

Como em todas as oficinas de planejamento as equipes trabalharam definindo Imagens-objetivo, problemas e operações, optou-se por organizar o material empírico respeitando-se este formato.

- Analisaram-se as Imagens-objetivo construídas pelas equipes de cada Unidade Assistencial para cada ano. Sobre o caso particular do Cândido, em outro texto, temos analisado que:

"Trabalhou-se a missão de cada serviço utilizando-se do conceito de Imagem – objetivo... enquanto direcionalidade do projeto...No campo do planejamento estratégico, o conceito de Imagem- objetivo... poderia ser entendido como "o ponto de chegada". Isto implica assumir que existiria uma certa precisão a respeito desse status final ideal. Mario Testa também tem discutido esta questão, advogando trabalhar-se com margens maiores de liberdade na "chegada", e defendendo a priorização dos processos a serem desencadeados, mais no sentido de caminhos incertos mas de direcionalidade certa. A noção de missão...extrapolada para as instituições traz o componente do sentido do trabalho, enfatizando os fins últimos das tarefas realizadas e a idéia de responsabilização....Deve-se reconhecer, contudo, que este conceito, tal como tem sido utilizado, na verdade não foge da controvérsia teórica, mas produz uma síntese ao apropriar-se dos componentes que achamos mais importantes em Testa e Matus. Do primeiro explora-se a idéia de caminho nunca acabado de percorrer; do segundo, a noção de que algo deve ser precisado para se avaliar os resultados." (ONOCKO & AMARAL, 1997)

Consideramos que o espaço de formulação de Imagens-objetivo é um primeiro passo da mediação; ou seja, na enunciação do sonho, do futuro possível, algum saber, “algo” tem de ser imaginável para que uma equipe ouse sonhar, anunciando uma realidade futura – porém factível –, diferente.

As Imagens- objetivo tratam da enunciação do futuro projetado de um modo mais geral¹. Elas permitem uma reflexão mais “concentrada” sobre o posicionamento das equipes no tempo e também tanto em relação ao Projeto da Instituição Cândido como um todo quanto às diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

- A cada ano, as equipes das Unidades Assistenciais escolheram problemas e propuseram operações para resolvê-los. Nesta pesquisa os conjuntos “problema/operações” foram analisados em bloco.

¹ - Para Matus a Imagem-objetivo “é a situação geral escolhida como um objetivo de referência, situado além do horizonte de tempo do plano” (MATUS, 1993).

4) A MODO DE GLOSSÁRIO OU O QUE ENTENDEMOS POR TECNOLOGIAS DE PLANEJAMENTO:

Esta tese não se propõe a fazer uma exaustiva revisão das metodologias de Planejamento em saúde (tema que daria uma tese em si), mas achamos importante explicitar brevemente qual a leitura que fazemos destes corpos metodológicos; como também lembrar os significados que alguns termos utilizados no trabalho têm para o Planejamento Estratégico. Quando chamamos as diversas propostas dentro do planejamento de “corpos metodológicos” queremos ressaltar que não estamos considerando o Planejamento como um paradigma, e tampouco como tendo o status de uma teoria. O planejamento é técnica, que nasceu ancorado e se nutrindo em teorias diversas. Para Testa o Planejamento é “prática” (TESTA, 1995)

O Planejamento aparece na América Latina vinculado às idéias de desenvolvimento econômico e às políticas de substituição de importações vigentes desde fim da década de quarenta. O planejamento econômico irrompe então como aquele instrumento indispensável à racionalização do processo de substituição econômica e de acumulação nacional.

4.1- O PLANEJAMENTO EM SAÚDE:

Acompanha a lógica econômica desde a segunda metade da década de 50, quando a saúde da população passa a ser considerada um fator de produtividade e os recursos de saúde a serem tratados do ponto de vista dos modelos de custo-benefício.

Em 1961 se realiza a reunião de Punta del Este, na qual os governos da região comprometem-se a elaborar verdadeiros planos de saúde e a criar unidades de planificação que colaborem na formulação e promoção de planejamento em saúde.

Segundo alguns autores (ISAZA, 1976) tinha-se, naquele momento, uma noção de que o planejamento deveria contribuir para objetivos transcendentais de mudança nas estruturas econômicas e sociais dos países, porém carecia-se de um método que conseguisse dar homogeneidade ao processo e que uniformizasse a confecção dos planos nacionais de saúde. Na época tinha-se acordado que a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) daria assessoria aos países neste novo desafio.

Colocada a questão, a OPAS contrata os serviços do Centro Nacional de Desarrollo (Cendes) da Universidade Central da Venezuela, e convoca alguns técnicos, como Jorge Ahumada e Mario Testa que já vinham trabalhando na definição dum Método de Programação, baseado na transposição de princípios do planejamento econômico e, especificamente, no problema da quantificação. **A idéia central que preside este esforço é a da eficiência no uso de recursos escassos.** Surge daí o documento: *Problemas conceptuales y metodológicos de la programación en salud*, que ficara conhecido como método CENDES-OPAS (OPS, 1965).

É considerado "o" método de Planejamento Normativo em saúde. O texto analisa a necessidade de programar, os princípios básicos da programação e o processo programático. O tempo todo a análise é referida à economia, separa as decisões do espaço de programação (o programador seria um técnico que programa em

função das definições políticas). O plano é atribuição do nível nacional. A situação de saúde é a resultante de fatores associados ao desenvolvimento, determinado por influências recíprocas entre fatores culturais, ambientais, demográficos e sociais (modelo ecológico de explicação causal em epidemiologia). O método está baseado na idéia de eficiência na utilização de recursos, na intenção de operacionalizar seu cálculo (enquanto análise de custo-benefício) e auxiliar na definição de prioridades entre danos e grupos de população, e escolha de técnicas programáticas para avaliar as combinações de recursos.

A proposta incluía algumas categorias como o índice ACP (anos de capacidade produtiva), segundo o qual o custo de uma morte de uma criança menor de um ano (ou de um velho...) seria mais barata que a de uma pessoa de 15 – com maior capacidade produtiva - e fazia um esforço exaustivo para avaliar as políticas de saúde em termos de impacto, incluindo o econômico.

A crítica mais dura a este método foi feita pelo próprio Mario Testa em sua *Autocrítica*, na introdução do *Pensar em saúde*. Apesar de criticado pelo próprio Testa, há questões interessantes naquele trabalho: o esforço de sistematização e a preocupação em avaliar a programação por meio do impacto nos indicadores de saúde, enfim, alguns temas que parecem quase esquecidos hoje pela maioria dos planejadores.

A tentativa de aplicação do planejamento normativo revelaria às entidades envolvidas a sua ineficácia. Os esforços foram muito heterogêneos entre os diversos países, e o método fora criado para sua aplicação no setor público, sendo difícil operacionalizar, na prática, a esperada racionalização e hierarquização dos recursos. No campo político e econômico, desmanchavam-se as ilusões de

crescimento com equidade, e surgiam governos autoritários em toda América latina.

Apesar disso (ou por isso?), o pensamento progressista viu no planejamento um jeito de intervir sobre a realidade tentando manter em pauta a equidade e o crescimento com distribuição de renda.

Em 1973, se aprova, no Plano Decenal das Américas, o direito universal a saúde, e propõe-se uma ampliação da cobertura que incluisse o campo e a periferia urbana, por meio da atenção primaria. Recomenda-se também a coordenação ou integração das múltiplas instituições de saúde.

Para alguns autores, (URIBE, 1989) este Plano marca o resgate do componente político, definindo a necessidade de se estruturar um modelo de regionalização.

Em 1975, no documento *Formulação de Políticas de Saúde*, afirma-se o caráter abertamente político do planejamento, admitindo que a seleção de prioridades supõe a utilização de variáveis técnicas e políticas. A temática do conflito, faz aqui também, sua aparição, se bem que presa à visão de conflito negociável, quando referido a conflito institucional. Já em relação ao conflito social, o documento considera este o ponto de partida do processo de geração e implementação de políticas. Vários autores reconhecem neste documento as bases da planificação estratégica em saúde (CHORNY, 1990), (URIBE, 1989).

E importante reparar neste processo histórico, no sentido refletido por Uribe, o descompasso entre o pensamento sanitário progressista e o curso dos cenários políticos locais. Por um lado ocorria a queda dos governos democráticos e a introdução de novas políticas de governo, que apontavam para contenção da despesa social, a privatização da saúde e a racionalização administrativa

(qualquer semelhança com a realidade atual é pura imaginação...) e, por outro, simultaneamente, havia a produção, por um grupo de intelectuais da saúde de novas propostas ou até, como sustenta Uribe, de um novo paradigma dentro da planificação em saúde.

Contudo, este documento só reconhecia a potência do planejamento quando aplicado pelo Governo. Se os detentores do poder resolvessem não planejar racionalmente, não se planejava.

Para completar a análise histórica, resumindo muito, passaram-se mais ou menos uns cinco anos, para que, no começo da década de 80, Carlos Matus e Mario Testa, com uma produção em parte conjunta, em parte individual, um pouco depois até com polêmica a respeito de certos aspectos, "inventassem" o Planejamento Estratégico, para dar-lhe um nome genérico, e que algum tempo depois seria conhecido como Planejamento Estratégico Situacional (Matus) e Pensamento Estratégico (Testa).

4.2- O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO:

Quais os conteúdos desta nova proposta de planificação ?

Algumas categorias entram com muita força: Poder, Política, Conflito, Produção Social, Atores, História e Ação.

Resumindo mais de trinta anos de história do planejamento em saúde: passou-se de uma formulação normativa, tecnocrática, extrapolada da área econômica, a uma aproximação com as ciências sociais, e a integração da política e do planejamento com a gerência. Matus coloca que a planificação refere-se ao

presente e é inseparável da gerência. A planificação é uma forma de organização para a ação.

O PES é talvez o método de planejamento com uso mais freqüente no Brasil e em vários países da América Latina. Neste Método, Matus define quatro momentos no processo de planejamento:

1. Explicativo: as causas das coisas, antecipa o momento seguinte quando seleciona os problemas. Momento chave para motivar a participação.
2. Normativo: o deve ser. Situação objetivo. Eficácia direcional.
3. Estratégico: viabilidade. Os tipos de restrições: recursos de poder político, econômico, e capacidades organizativa e institucional. Em relação ao tempo aparece a construção de viabilidade.
4. Tático-operacional: é o momento da ação. Contem quatro sub-momentos: situação conjuntural, pré-avaliação das decisões possíveis, tomada de decisões e execução, pós-avaliação e apreciação da nova situação.

Para o PES os problemas poderiam ser classificados da seguinte forma:

A1- Estruturados: podem ser reconhecidos e apresentados com precisão, permitem que se desenhem alternativas para sua solução e escolha-se a alternativa ótima, entre as possíveis.

A2- Quase-estruturados: não são reconhecidos como problemas por todos os atores, e as soluções não são vistas como tal por todos (o que é solução para um ator pode ser problema para outro)

B1- Intermediários: são problemas vivenciados no cotidiano da instituição e que interferem na qualidade final do produto.

B2- Finais: são problemas vivenciados pelos usuários, e são o alvo do plano.

O domínio completo do método do PES exige um grande esforço de capacitação técnica, devido ao grande número de planilhas e a estrita definição de etapas, o que tem valido críticas de Mario Testa a Matus, no sentido de que este substituiria uma normatividade técnica por uma nova "normatividade política" (TESTA, 1989).

Os trabalhos de Testa, por outro lado, constituem uma profunda reflexão sobre os processos de mudança e o planejamento, e subsidiam, achamos, algo que planilha nenhuma poderá nunca substituir: a capacidade de desenvolver o exercício crítico de pensamento. Testa fala de poder, de lógicas encontradas e perdidas, tenta explicar e entender como as coisas se relacionam entre si. Contudo, devemos reconhecer que sua produção pouco se preocupa com o plano instrumental.

Entre os autores do LAPA, tem sido Luiz Cecílio, quem demonstrou maior preocupação em superar estes impasses colocados à aplicação sistemática de técnicas de planejamento em instituições. O seu objetivo: manter certo rigor metodológico, visando fazer acessível ao maior número de pessoas os "segredos" (as vezes quase talmúdicos) do Planejamento.

Em texto recente, sistematiza e publicita os acúmulos por ele desenvolvidos em longos anos de experiência em oficinas de planejamento em diversos lugares do Brasil.

Esta nova tecnologia de planejamento: "*PES modificado ou ZOOP enriquecido com PES*", e seu desenvolvimento tem visado dar conta de duas variáveis principais: "*O tempo como recurso escasso dos dirigentes e a necessidade de*

tornar acessível o manuseio de tais tecnologias a um número crescente de pessoas....O princípio básico tem sido... simplificar, sem amesquinhar, sem abrir mão do rigor com que certas categorias devem ser trabalhadas". Cecílio continua:

" A tecnologia que estaremos mostrando se alimenta de duas fontes principais, quais sejam, o PES e o ZOOP². Do primeiro incorpora elementos que falam da complexidade dos sistemas sociais, da incerteza e de condições de pouca governabilidade de quem faz o plano, mas principalmente a idéia de que é possível criar governabilidade. Do segundo incorpora uma certa simplificação metodológica que tem se mostrado muito útil em nossa experiência...O ZOOP é pouco potente para nossas situações de baixa governabilidade, na medida que sua lógica é construída a partir do pressuposto de que o ator que planeja já tem o controle de todos os recursos necessários para o sucesso do plano." (CECÍLIO, 1997)

Para Cecílio os passos a serem seguidos poderiam ser resumidos assim:

- Definir o ator que planeja
- Definir Missão
- Definir problemas
- Descrever problemas
- Definir causas de problemas
- Desenhar operações para enfrentar nós críticos.
- Analisar a viabilidade do plano
- Elaborar um plano operativo

² ZOPP é a sigla da denominação alemã "Zielorientierte Projektplanung" - Planificação de Projetos Orientada a Objetivos.

- Gestão do plano.

Detalhamos estes passos porque voltaremos a eles na hora de analisar a metodologia dos planejamentos no Cândido, desde que foi esta proposta metodológica, se bem que ainda não tão sistematizada em função da época que se tentava aplicar (o Cândido viveu o seu processo de planejamento simultaneamente ao desenvolvimento destas técnicas pelo LAPA).

5) LINHAS ANALÍTICAS:

Propomos uma série de linhas analíticas (conjunto articulado de conceitos e/ou categorias que ordenam as práticas segundo determinados sentidos e não outros) para realizar a leitura e interrogação do campo empírico estudado.

Propomos trabalhar com estas linhas analíticas em dois níveis diferentes de abstração:

5.1 – LINHAS DE DESCONSTRUÇÃO OU ANÁLISE: com as quais procuramos abrir (no sentido de fragmentar) e ordenar o campo. São aquelas ordenadoras da leitura do material empírico:

- Processo de trabalho em saúde.
- Conflito/ consenso.
- Campo/núcleo de responsabilidades e competências.

Quando propomos fazer a leitura e interrogação do campo de estudo através de linhas de análise não pretendemos, inicialmente, operacionalizá-las em categorias

mais empíricas, mas testá-las na abordagem do material de campo, assumindo que analisar significa fragmentar, dividir, para aprofundar o conhecimento. Elas constituirão as matrizes pelas quais propomos fazer o percurso da investigação, confrontando, permanentemente, com elas, os achados do empírico.

Como toda escolha de categorias, esta, supõe um certo “*a priori*” do investigador, mas admite algumas justificações.

As linhas que estamos propondo, para analisar os planejamentos do Cândido, fogem das categorias centrais trabalhadas pelo Planejamento. Neste sentido, estamos propondo analisar o Planejamento com categorias “alheias”, porém, não distantes, já que as linhas utilizadas estão compostas de categorias e conceitos que têm sido centrais no debate sobre as mudanças e impasses na Saúde Coletiva nos últimos anos, e que foram valorizadas na produção teórica do LAPA, revelando algumas das preocupações centrais dos autores desse núcleo de assessoria e pesquisa. Com isto queremos ressaltar que a escolha não foi “gratuita”. Consideramos que as linhas de análise propostas “carregam” as grandes questões colocadas no debate sobre mudança institucional no campo da saúde e achamos interessante confrontar os achados do planejamento com elas. Se o Planejamento se propõe e se declara potente para promover mudanças, ele tem que suportar ser confrontado com os desafios do momento.

Por outra parte, todas as linhas trabalhadas referem-se ao espaço de mediação, se bem, elas mesmas, têm graus variáveis de “aproximação” com o empírico.

Estas linhas, na verdade, são articulações de categorias e/ou conceitos mais o menos polares, que devem ser precisados.

- **Processo de trabalho em saúde:**

O processo de trabalho vem sendo considerado por alguns autores como o componente fundamental sobre o qual a gerência deveria atuar se desejasse produzir mudanças.

Há duas correntes bastante delineadas a respeito do processo de trabalho em saúde. Uma primeira ligada à continuidade do paradigma Flexneriano de organização do trabalho médico, com versões mais o menos *aggiornattas* e influenciando na organização do trabalho do restante das profissões na saúde (as quais, neste modelo, continuam sendo auxiliares); e outra grande corrente que defende a reflexão crítica sobre o processo de trabalho em saúde, visando – com diversas ênfases –mudar a centralidade do saber médico na determinação dos processos de trabalho em saúde.

O famoso relatório Flexner, apresentado à Fundação Carnegie em 1910, institucionalizou:

“ ...a paradigm of medicine which included the conception of the body as a series of unrelated parts which together make up the whole, and which emphasized research and therapy on machine breakdown and repair (pathology and cure). That this conception of the body is a reflection of the larger economic system is not to be considered an accident. Indeed, the interest of the industrial capitalists in scientific medicine can be seen as a need (a) to legitimate the existing social structure in light of the prevailing scientism present in the general social consciousness, and (b) to subordinate the means of reproduction of the productive sector of society (i.e. medical care institutions) to capital accumulation.” (BERLINER, 1975).

O paradigma médico de Flexner legitima a idéia da "qualidade pelo saber". Nesta linha, só os próprios médicos poderiam avaliar os médicos. O saber seria transmitido verticalmente (veja-se, até hoje, a lógica de funcionamento das residências médicas) e seria imutável, até quando um novo saber – científico e verdadeiro - entrasse em cena. A qualidade seria uma resultante "natural" desse processo de avaliação corporativa e a excelência a sua conseqüência mais importante. Esta concepção se vincula à administração científica do trabalho (Taylorismo), tendo raízes comuns com o desenvolvimento capitalista da época. Segundo Berliner, o informe teria dormido numa estante não fosse pela maciça quantia de recursos que foram destinados ao desenvolvimento das recomendações contidas no relatório (aproximadamente US \$ 220 milhões até 1934). Com esse peso todo, o informe Flexner vem influenciando o desenvolvimento das Escolas Médicas em quase toda América Latina.

Em nossos serviços, assistimos ao pior destes dois mundos, às vezes nem esses critérios "Flexnerianos" cumprem-se. A alienação dos trabalhadores da saúde - os médicos incluídos - chegou tão longe que a valorização do saber (tempos atrás cuidadosamente defendido pelos velhos clínicos) caiu em desuso. Outras vezes, a legitimidade dos saberes clínicos (no sentido mais restrito do termo) é tão hegemônica que a discussão sobre reformulação dos processos de trabalho esbarra nas fronteiras congeladas de uma clínica que só se confronta com "a" teoria, esquecendo-se dos sujeitos da sua ação, os usuários.

Campos (1997), tem proposto um novo conceito para lidar com estas questões: o de "*Clínica ampliada*", seria esta uma clínica singular, na qual "*cada caso é um caso...mas consegue dialogar e incorporar criticamente outros saberes e diretrizes*" incorporando assim, questões como o vínculo, a resolutividade e a

responsabilização. Este autor contrapõe este conceito de clínica ampliada aos de “clínica degradada” (a dos pronto-atendimento, funcionando na lógica da queixa-conduta) e “clínica tradicional” (a qual fazíamos referência no sentido de ser absolutamente auto-centrada nos seus saberes privativos – e também privatizados). Achamos que a discussão a respeito dos modelos clínicos esta profundamente imbricada com a questão do processo de trabalho no campo da saúde, e que o processo de trabalho em saúde tem a especificidade de só conseguir ser efetivamente transformado quando os paradigmas clínicos são questionados, reformulados e legitimados. Neste sentido, defendemos que a reflexão sobre processo de trabalho em saúde é sempre uma reflexão sobre o modelo assistencial proposto.

No caso em estudo, há interesse especial neste tema por se tratar de um campo no qual a reforma das práticas psiquiátricas deu-se a partir da crítica ao modelo clínico instituído (o da psiquiatria), gerando o que Foucault chama de “saberes sujeitos”³(FOUCAULT, 1996)

A corrente que vem realizando uma reflexão crítica sobre o processo de trabalho será analisada à luz de dois autores que têm se preocupado com o assunto: Ricardo Bruno Gonçalves (1988) e Emerson E. Merhy (1996).

Para Ricardo Bruno o processo de trabalho se resumiria em:

$$\square \Rightarrow \Delta$$

Processo durante o qual consome-se energia (E!)

³ Para Foucault os saberes sujeitos se constituem a partir da fusão de novos saberes acadêmicos com as práticas alternativas de quem trabalha na área. Ver op.cit.

Nesta fórmula :

\square : objeto da natureza que não é natural, delimitado por um olhar que contém um projeto e antevê nele um certo resultado potencial.

Δ : Potencialidade de \square . Existe uma relação de necessidade entre Δ e \square , sendo a necessidade definida como “carecimento animal”.

Para Ricardo Bruno são características fundamentais do trabalho humano a sociabilidade e a historicidade. Porém, para este autor, o trabalho está tão determinado que as possibilidades de mudança só estariam na política, e não no próprio processo de trabalho: preço pago em virtude de sua análise estruturalista. Contudo, detalha questões que continuam sendo instigantes, a despeito do autor não propor saídas. Por exemplo:

- se o processo pelo qual \square e Δ se determinam reciprocamente é determinado “de fora”, por carecimentos que obrigariam o ser humano ao trabalho, como sustenta este autor; o que haveria gerado esses carecimentos? No setor saúde houve grandes mudanças quanto as percepções sobre necessidades e direitos relativos à assistência médica. Então, por que considerar que só os carecimentos gerariam processos de trabalho? Já outros autores, defendem que os desejos e as representações dos diferentes sujeitos teriam um papel na formulação das suas demandas⁴, o que mudaria – a nosso ver – a perspectiva para repensar os processos de trabalho.

⁴ A respeito ver a concepção de necessidades como valor de uso, trabalhada por Campos em “Reforma da Reforma” (CAMPOS, 1992). Mario Testa também coloca a necessidade em relação ao valor de uso em “Pensamento estratégico e lógica de programação” (TESTA, 1995).

- Se, como sustenta Bruno, a capacidade de estabelecer mediação entre a intenção e o gesto é uma característica do trabalho humano, o que tal ocorreria por meio de uma teoria sobre o objeto de trabalho e sobre o próprio trabalho (ou seja a questão da finalidade); consideramos, ao contrário de Bruno, que caberia aos próprios trabalhadores da saúde repensar criticamente as teorias que estão por trás do seu trabalho e redefinir suas relações com seu objeto (os usuários e a produção de saúde).
- E seria também papel dos trabalhadores da saúde reavaliar o “resultado potencial” que antevêem nos seus processos de trabalho; ou seja, seria este o espaço para alocar uma nova clínica ampliada que superasse o degradado modelo da queixa-conduta.
- E, se o instrumento de trabalho é o mediador da ação da energia transformadora, como também defende Bruno, então, o papel dos agentes envolvidos seria central na escolha e priorização desses instrumentos.
- Se outra característica do trabalho humano é a capacidade de separar, no tempo e no espaço, o projeto da execução, deveriam existir mecanismos para subsidiar uma mudança nos processos, seja de planejamento ou de execução, que envolvessem os próprios trabalhadores.

Para Ricardo Bruno, a questão da divisão social e técnica do trabalho é central (e seria restritiva de mudanças, já que atuaria de forma **determinante**). Entre os tipos de trabalho diferenciados com a divisão social estaria o trabalho em saúde. Diferenciado por sua especificidade e por parecer algo mais do que trabalho.

Fariam parte da divisão técnica do trabalho o predomínio de um paradigma assistencial (clínico, com uma leitura das doenças como fatos “naturais”) ou social (preventivista, mas em que a especificidade da saúde estaria diluída, já que o único jeito de ser “social” na interpretação das doenças - para este autor - seria ter uma proposta de mudança radical da sociedade).

Segundo Ricardo Bruno, a técnica não existe isolada de sua apropriação diferenciada pelos médicos, que detêm o controle dos momentos mais intelectuais do trabalho, o que garantiria o controle dos médicos sobre **todo** o processo.

Os outros profissionais, “agregados”, da área da saúde entram em conflito com a clínica mas, segundo este autor, é esse um conflito estéril, pois estaria sempre “determinado pela divisão social do trabalho o triunfo dos médicos”.

O texto de Merhy (1997), “Micropolítica do trabalho vivo”, contribui em muito para a discussão destas questões colocadas. Para este autor, herdeiro da mesma tradição marxista que Ricardo Bruno, porém aberto às instigações do espaço micropolítico, os constrangimentos das macro-determinações não seriam impedimentos absolutos.

Ancorado nos conceitos principais de “trabalho vivo e morto”, este autor enfatiza a capacidade e potencialidade que os trabalhadores da saúde têm - até pela sua especificidade e controle das técnicas e saberes - de utilizar parcelas maiores de trabalho vivo, criativo, o qual, para ele, somente ocorreria **em ato**. Aquilo que para Ricardo Bruno são limitações, para Merhy, são potencialidades a serem exploradas. A ênfase deste autor na questão do trabalho em ato, permeia - ou seja, faz permeáveis - algumas questões que ficavam “fechadas” no texto de

Ricardo Bruno. De fato, parece como se Merhy pegasse todas as passagens “sem saída” de Bruno, teimando em abri-las.

O que queremos quando propomos situar o processo de trabalho no espaço de mediação? Merhy não fala em mediação explicitamente, porém, achamos que este tema estaria colocado quando ele fala do trabalho vivo em ato. É em ato que a mediação acontece, é no modo concreto pelo qual o processo se desenvolve que os saberes, os poderes, e as capacidades criadoras (ou alienadas) se manifestam.

Algumas das novas modalidades de gestão tentam - segundo Merhy - capturar, cada vez mais, o autogoverno dos trabalhadores para garantir o controle sobre a sua autonomia; seria a gestão a serviço do trabalho morto. O autor caracteriza a área da saúde como portadora de especificidades: consumo e produção simultâneos, por exemplo. Essa característica é comum à saúde e a todo o setor de serviços, concordamos. Mas é na saúde - e talvez seja um terreno partilhado somente com a educação - em que **o processo de trabalho se dá diretamente sobre o corpo e as mentes dos usuários**. Este fato, pouco explorado pelo autor, reforça as argumentações de Merhy, de que o trabalho em saúde tem uma potencialidade ainda inexplorada de liberação de trabalho vivo. O processo de trabalho na saúde é, e será sempre, singular. Ainda quando a gestão e o planejamento criem “linhas de produção”, elas operarão sobre o corpo, o psiquismo, e a dor de alguma pessoa concreta, única, irrepetível. E será em ato que qualquer processo de troca entre usuários e profissionais poderá acontecer. Ou que as vozes e as demandas dos usuários conseguirão aparecer. A interface equipe-usuário é sempre em ato: único, singular, irrepetível, impossível de ser

capturado e pautado na sua totalidade. Em ato. Somente em ação. As tecnologias de gestão "puras" (receitas prontas), os planejamentos desvinculados da reflexão sobre o dia-a-dia dos trabalhadores não consideram esta questão.

Merhy não se limita a anunciar a boa nova: "tem trabalho vivo aí, pronto para ser liberado". Nem cai na ingenuidade de achar que haverá geração espontânea a partir dos trabalhadores alienados. Ele propõe algumas tecnologias, ferramentas que poderiam subsidiar o processo de mudança. Analisadores, como ele os chama, para subsidiar o processo pelo qual os saberes e as tecnologias em jogo passariam a ser cada vez mais públicos e menos "privatizados", como patrimônio de tal o qual profissional. Dispositivos para propiciar a busca de linhas de fuga que permitiriam a aparição do trabalho vivo.

Merhy defende que os trabalhadores de saúde teriam uma potencialidade de utilização de cotas maiores de trabalho vivo, o que os colocaria numa posição estratégica fundamental para produzir mudanças e novos arranjos dentro dos processos de trabalho. O desafio estaria imposto, para este autor, em fazer mais transparentes - mais públicos - os espaços "privados" dos diversos saberes.

Será que o instrumental do planejamento teria potência para fazer esta mediação, estimulando a reformulação crítica do processo de trabalho? Permitindo avançar por cima dos corporativismos, fazendo mais públicos os saberes em jogo? Gerando saberes-sujeitos? Fugindo da centralidade "determinadora" do trabalho médico?

- **Conflito/ consenso:**

As tecnologias de planejamento que estão sendo pesquisadas haveriam conseguido articular estes dois pólos: conflito/ consenso? Estimularam a comunicação horizontal

ou vertical? Ampliaram os espaços de diálogo, e o número de interlocutores? Ou exacerbaram conflitos?

Para grande parte dos sanitaristas latino-americanos, o conceito de conflito pressupõe uma disputa de (e pelo) poder. Para A. Chorny, o ingresso da temática do conflito na área da saúde se deu no ano de 1975, no documento *Formulaciones de Políticas de Salud* "...el reconocimiento del conflicto es un primer punto común que caracteriza el paradigma de la Planificación Estratégica" (CHORNY, 1990). Tanto que o termo *estratégia*, para este autor, só teria sentido se houver conflito. Concordamos com Chorny, que o conflito fez sua entrada no discurso "oficial" sobre o Planejamento (da OPAS & Cols.) nessa data. Contudo, algumas outras correntes do pensamento, incluindo a análise institucional, já vinham tratando do tema do conflito em organizações sob outras óticas. Sem entrar numa revisão dessas diversas posições, preferimos ficar com o recorte de alguns autores que mereceram nosso interesse por analisarem essa temática sob a ótica da subjetividade.

Lechner afirma que o conflito:

"não é tanto uma luta entre sujeitos, mas uma luta pela constituição de sujeitos, uma luta por ser reconhecido como sujeito ..." (LECHNER, 1981).

Testa defende que o conflito *"não se expressa como discurso mas como ação"*, o que assinala os sentimentos - o sentido para ele - postos em jogo (TESTA, 1997).

Tentamos recuperar estas definições, pois parece-nos que são ricas em detalhes e que as instituições de saúde e as tecnologias de planejamento merecem ser analisadas à sua luz. Sendo um substrato teórico fundamental das metodologias de planejamento estratégico, o conflito é enxergado como inevitável. Nos textos de Matus, por exemplo, a ênfase dada à colaboração e cooperação é muito fraca e o

“outro” é visto sempre como um concorrente do jogo - no qual, por definição, alguns ganham e outros devem perder. Destarte, nos advém o questionamento sobre o quanto desta visão, o método do PES (e até o mesmo Pensamento Estratégico) “carrega” consigo para o interior das instituições, exacerbando conflitos. :

Por outro lado, nas teorias em voga sobre as conversações, o conflito inexistente. “Falai e resolvereis qualquer problema”. No espaço privilegiado das falas, os milagres aconteceriam. As pessoas esqueceriam os seus interesses corporativos, os seus medos mais legítimos, as diferenças políticas, etc. Contudo, consideramos que, descartando alguns fundamentalismos, estas teorias têm uma contribuição para a área do planejamento. Tanto Testa (1989) quanto Uribe (1989) têm tentado se aproximar das teorias de Habermas, dando ao espaço do planejamento um papel dialógico. Estes autores enxergam o planejamento, então, como uma ferramenta que poderia contribuir para construção de uma linguagem comum gerando alguns contratos fundamentais nos grupos.

- **Campo / núcleo de responsabilidades e competências :**

Nos últimos anos, tem sido incessante o crescimento das especialidades médicas e do uso de aparatos. Essas mudanças nos saberes e “nas tecnologias” empregadas nos cada vez mais diversificados processos de trabalho em saúde têm trazido grandes dificuldades para a administração dos serviços.

Campos & Cols. afirmam que a diferenciação de áreas de competência e de responsabilidades em campo e núcleo poderiam subsidiar uma série de negociações nas instituições de saúde. Para eles, **campo de competência** seria o espaço mais geral dos saberes de uma especialidade dada, “*um espaço de sobreposição de*

exercício... ou seja, campo de interseção com outras áreas”, e o **núcleo**, o mais específico, que *“incluiria as atribuições exclusivas”* da especialidade em questão...*”assim, o campo de competência teria limites e contornos menos precisos e o núcleo, ao contrário, teria definições as mais delineadas possíveis...”* (CAMPOS, CHACKOUR & SANTOS; 1997). Estes autores assumem que estes espaços seriam construídos mediante um jogo de negociações provisórias que, ineludivelmente, deveriam contemplar aspectos corporativos, técnicos e políticos em uma permanente reconstrução.

Propomos a utilização destes conceitos num sentido ampliado, já que os consideramos centrais, não só em relação à discussão das especialidades médicas, mas também às distintas disciplinas que compartilham “o fazer” em saúde. Temos esta questão como particularmente importante no tratamento dos problemas decorrentes da transformação do processo de trabalho, já que a mudança precisa desse diálogo/ negociação para acontecer. Estes conceitos são também particularmente interessantes de serem explorados em relação à área de saúde mental e ao caso em estudo, onde vêm se implementando equipes multiprofissionais vinculadas à Unidades de Produção desde 1990. A definição de Unidades de Produção obriga à lógica institucional a definição de “produtos” mais ou menos homogêneos, colocando a questão da definição de atribuições de cada uma delas, e dos papéis no interior dessas Unidades, no eixo central das discussões.

5.2 – LINHAS DE RECONSTITUIÇÃO:

São aquelas com as quais procuramos reconstruir uma certa totalidade interpretativa, voltar a reunir os pedaços, porém com uma compreensão

aprimorada do processo. Como categorias de reconstituição ou síntese propõe-se trabalhar com:

- Mediação
- Determinação/ condicionamento
- História/ tempo

Chamamos estas linhas analíticas de reconstituição, para distingui-las de reconstrução, que seria voltar a construir, o mesmo, igual ao que era: processo impossível, que paradoxalmente estaria negando a História que nos propomos a resgatar. Já com o termo reconstituição, pretendemos contribuir para recuperar, em parte, os sentidos históricos perdidos, as seqüências que passaram desapercibidas... Enfim, restituindo algum sentido que contribua para a formulação de um projeto de futuro.

- **Mediação:**

Alem da definição de mediação já desenvolvida na delimitação do objeto da pesquisa, enquanto categoria de reconstrução, propomo-nos a desvelar quais instâncias ou instrumentos dos pesquisados se constituíram em canais reais de articulação da mudança. Como o Planejamento haveria se articulado com a gerência, o que haveria ou não conseguido veicular; reconstruindo as redes dessa ponte que chamamos de mediação entre os espaços das políticas e as práticas.

- **Determinação/ Condicionamento:**

Trabalhar-se-á com a definição já defendida na construção do objeto, procurando-se formular uma análise crítica da linearidade clássica desses conceitos, tal como já foi colocado; tentando desvelar a malha de articulações entre espaços e a importância que tiveram as ferramentas de planejamento utilizadas.

- **História / Tempo:**

Os processos levam tempo. No objeto de nosso trabalho, essas categorias têm importância, dado que as tecnologias de planejamento requerem um certo prazo de aplicação, com o que entram em conflito com a concepção imediatista de tempo político vigente no nosso meio. As mudanças da cultura e da política institucional também "levam tempo". Mudar cabeças é um processo demorado. É freqüente que processos de mudança não consigam se estruturar, no tempo, em um projeto durável, então, como conjugar estas duas lógicas? Qual a contribuição que as tecnologias em estudo têm trazido neste sentido? Como mediarão o tempo e a história de fato?

Para Lechner, *"quem quiser fazer algo necessita de tempo"*. Para este autor, os processos se desenvolvem nessa dupla tensão *"duração-tempo"*, já que somente com tempo as ações humanas adquirem forma e as mudanças precisam se estruturar em uma ordem durável. Para Lechner, o tempo é objeto de decisão política e não somente condição prévia para qualquer ação política:

"...En nuestras sociedades, convulsionadas por una vertiginosa secuencia de acontecimientos, tal vez sea importante recalcar la importancia de la duración. No es que las rupturas y los cambios no sean relevantes. Pero serán fútiles si no contribuyen a desarrollar un orden durable. Sólo con tiempo

*la actividad humana adquiere formas...Crear orden es una forma de crear continuidad. Se trata de articular un sinnúmero de cambios (quién sabe si grandes o efímeros) de modo tal que puedan ser vividos como un proceso: pasado, presente, futuro. En esta tensión entre el acontecimiento y la duración se constituye el tiempo...Presumo que el tiempo no es sólo una variante externa o condición previa de cualquier acción política sino objeto de decisión política. **Hacer política implica estructurar el tiempo...** No existe un tiempo único; hay tiempos, tiempos sociales..." (LECHNER, 1990 - negritos nossos)*

Para este autor, quem detém o poder pode organizar o tempo dos outros, ou seja, estabelecer prioridades.

Para Testa, a história seria o tempo "estruturado" (num significado⁵ dado) e reconhece que a constituição de atores sociais é um problema histórico. Ele se faz a seguinte pergunta:

"Todo desarrollo a lo largo del tiempo es historia? Nuestra respuesta a esta pregunta retórica es no. Sin embargo, el problema de la constitución de los actores sociales sí es un problema histórico, de donde nos encontramos en presencia de dos categorías temporales: historia y tiempo, una de ellas - la segunda - contenida en la otra como implicación - historia implica tiempo - pero no al revés." (TESTA, 1997) .

⁵- Mario Testa vincula os termos *Sentido e Significado* a compreensão e explicação respectivamente. Para este autor " el desplazamiento de lo extencional a lo intencional es, al mismo tiempo, un desplazamiento del significado al sentido , de la lengua al habla, de la razón al sentimiento". Assim, a ciência explicita os significados e a interpretação hermenéutica põe de manifesto o sentido. Para maiores detalhes ver op.cit.

Para Matus, o tempo é um recurso, escasso, a que ele dá as seguintes dimensões: tempo humano (aqui e agora), tempo social (grande estratégia), tempo como ocasião ou oportunidade irreversível, tempo como critério de valoração econômico-financeira (MATUS, 1989).

Lechner posiciona o tempo em relação à história:

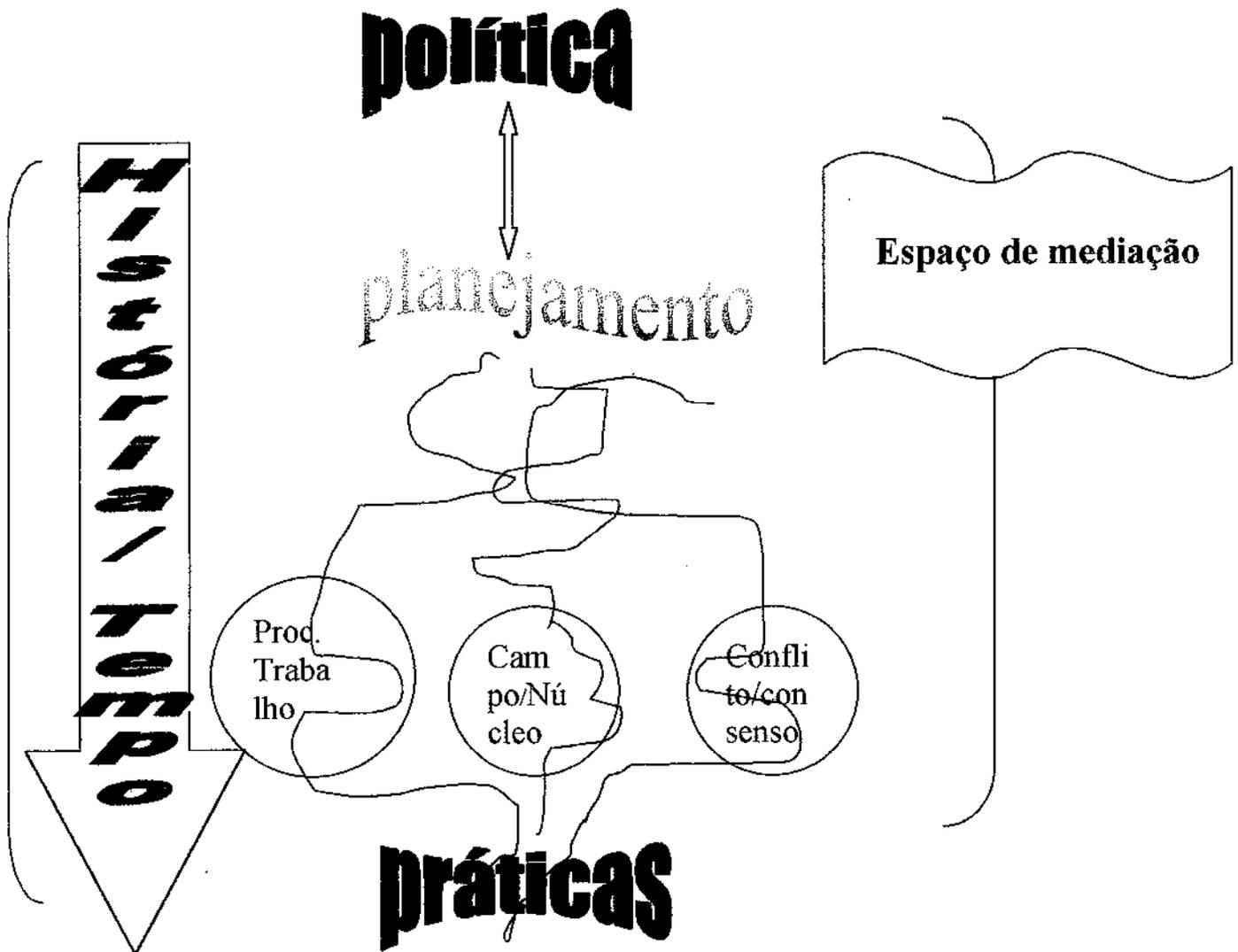
“El realismo es una cuestión de tiempo bajo dos aspectos: 1º- Como consciencia histórica acerca de la efectividad del pasado en el presente, y 2º - Como elección para qué actuar en un futuro abierto, de este modo la consciencia histórica ofrece día a día los criterios para anticipar el mañana...” (LECHNER, 1990)

Pensamos os conceitos de Tempo e História como um par, um constituindo o outro. Preferimos a idéia de Lechner, do tempo como *“objeto de decisão política”*, por considerarmos que esta definição amplia as possibilidades dos atores intervir no tempo (decidir, planejar sobre ele) diferentemente da concepção de Matus de tempo como recurso, o que só permitiria uma análise de eficiência ou eficácia sobre a sua utilização.

Quanto a História propomos pensá-la em relação à construção de significados – seguindo Testa: como conceitos, mais ou menos, apropriados, unanimemente, por um grupo de sujeitos –, o que teria mais a ver com as formulações de políticas e mudanças de cultura institucionais. No caso em estudo achamos que é esse um interrogante fundamental em relação as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Teria sido possível a constituição de um significado (a consciência do passado oferecendo os critérios para antecipar o futuro: ou seja, os “efeitos” da História) nos serviços públicos de saúde? E se foi possível, o quanto isso teria a ver com a

constituição de um sentido para os atores envolvidos? No caso em estudo: as diretrizes da Reforma Psiquiátrica haveriam conseguido se estruturar enquanto significado para o coletivo de trabalhadores do Cândido, construindo um sentido para as tarefas do dia-a-dia? E, se assim foi, quanto contribuiu o Planejamento nessa "construção histórica de sentido"?

6) - CARTOGRAFIA BÁSICA DA PESQUISA:



Neste gráfico tentamos mostrar qual a visão e distribuição de espaços e planos com que tentamos trabalhar. Como todo gráfico, ele tem as limitações de tentar representar, bidimensionalmente, uma realidade que assumimos como multidimensional, porém achamos que poderia ajudar na compreensão da nossa proposta de análise. Aclarando-se que as linhas de análise propostas têm graus

variáveis de aproximação com o campo das práticas e que o “emaranhado” de inter-relações é muito mais complexo que o aqui graficado, o mesmo valendo, inclusive, para as relações política-planejamento.

SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS EMPÍRICOS:

1. Os sonhos: Imagens- Objetivo das Unidades Assistenciais entre 1992 e 1996:

Moradores:

Na Unidade de Moradores, na formulação das Imagens-objetivo, passou-se de uma enunciação muito vaga sobre a “ressocialização dos pacientes”, em 1992, para acrescentar-se, nos anos seguintes, a especificidade da abertura de moradias protegidas. Acrescentou-se também proposta de trabalho com famílias e passou-se a almejar que a Unidade fosse espaço de formação para os profissionais de saúde. Em 1994 desapareceu do enunciado a frase: “*impossibilidade de sair*”, impedimento que estava colocado, como pressuposto, nas formulações anteriores, para um grupo de pacientes mais graves. Assim, parece que para essa equipe a colocação do desafio do futuro – se podemos pensar a Imagem-objetivo nesse sentido – “eliminou” do horizonte dos pacientes o destino, antes inelutável, da institucionalização. Em relação ao par *história/tempo*, então, poder-se-ia afirmar que no tempo, a possibilidade da desinstitucionalização adquiriu, para esta equipe, um significado como construção histórica que viabilizou a enunciação de uma mudança possível.

Agudos:

Nesta unidade a evolução das Imagens-objetivo foi semelhante à dos Moradores. Passou-se duma formulação muito vaga: “*Atender pacientes agudos de modo que o retorno à família e à sociedade seja o mais breve possível*”, a três definições mais precisas: o conceito de crise, a relação com a rede pública de saúde mental, e o perfil de sua clientela. Entre 1995 e 1996 detalharam-se alguns aspectos relacionados ao modelo tecno-assistencial, como aqueles vinculados à remissão rápida de sintomas, à inclusão das famílias no projeto terapêutico individual e ao propósito de se constituir como centro formador e de pesquisa em saúde mental. Parece que houve um salto de qualidade entre 1995-96. Estas referências poder-se-iam considerar relacionadas à questão do *Processo de trabalho*, como se esta equipe houvesse tentado decifrar, junto com a formulação do sonho, o “como fazê-lo”. Pareceria, neste sentido, que esta equipe era uma equipe constrangida a prestar contas, até dos seus sonhos!

Como agiu o tempo neste caso? Parece que o campo de ação da equipe se ampliou mas também se definiu mais claramente. Uma coisa é se dispor a tratar pacientes agudos e outra, distinta, seria enfrentar a crise. O reconhecimento da possibilidade de agudização e a definição de um modelo singularizado de assistência, com incorporação das famílias, refletem uma ousadia maior na tentativa de quebrar o circuito internação-cronificação, que não caiu na des-responsabilização. De novo, parece que o que mediou, como significação em relação à história, foi a apropriação, por parte da equipe, não só de algumas diretrizes antimanicomiais, mas, também de algumas diretrizes do Modelo em Defesa da Vida.

Núcleo de Oficinas de Trabalho:

Nesta Unidade a impressão é que se fez um caminho diferente. As primeiras Imagens-objetivo parecem mais ousadas que as últimas. Passou-se de querer ser um *“equipamento auxiliar do Cándido e da rede”* e uma *“empresa social”* com *“atuação direta dos participantes na gestão”*, a se propor oficinas específicas e prestação de serviços, que deveriam propiciar a conquista da cidadania pelos pacientes. Mas, agora, sem nada de empresa social nem de autogestão dos usuários. O NOT já não é auxiliar, nem do Cándido, nem da rede. No ano de 1995 se acrescentou a proposta de se tornar um centro formador. Que mudança foi essa? Autonomização do sentido do trabalho, perda de vínculo com a rede e com o SSCF, perda de ousadia em relação aos doentes que já não eram enxergados como possíveis gestores. De novo a história. A maior “perda” de conteúdo nas Imagens-objetivos deu-se entre 1992 e 1993. O que haveria feito a mediação acontecer neste sentido?

Hospital dia:

Nesta Unidade as mudanças foram mais sutis, porém com o mesmo sentido que as do NOT. A primeira Imagem-objetivo dava uma ênfase muito importante ao papel da Unidade como referência à rede básica e ao Cándido, como alternativa à hospitalização. Além disso, a Unidade se propunha a ser um auxiliar na reformulação do SSCF, criando uma nova cultura psiquiátrica. No ano de 1994, a Unidade queria fazer a transição dos pacientes do Cándido à vida comunitária e vincular as famílias aos centros de saúde. Já, em 1995, queria exercer o papel de

referência junto a rede básica e a Unidade de Agudos, no sentido de diminuir o tempo de permanência dos pacientes. Por outro lado, nesses anos mudou a redação das Imagens-objetivo num sentido instigante: passou-se de querer ser um *“espaço terapêutico alternativo à internação”* a *“espaço alternativo à internação psiquiátrica integral”*. Parece-nos não ser a mesma questão. Pelo menos em termos de radicalidade “anti” internação houve um enfraquecimento na posição desta equipe. Já não se pretendia ajudar ao Cândido como um todo, ou pelo menos a autoconfiança da equipe para exercer esse papel foi perdida. O que aconteceu com esta Unidade, que tinha tantos sonhos e potências, no percurso dos anos? Pareceria que sofreu o efeito inverso ao dos Moradores, como se as diretrizes antimanicomiais lhes tivessem sido desapropriadas. Igual que o Núcleo de Oficinas de Trabalho.

Discussão:

As Imagens-objetivos das diferentes Unidades mudaram no tempo. Tais mudanças, em geral, têm a ver com uma melhor definição das diretrizes para o atendimento clínico, como também com uma ampliação do nível de abrangência dos diferentes modelos tecno-assistenciais propostos.

Se pensarmos as mudanças ocorridas nas Imagens-objetivos como mudanças nos desejos, pareceria que estes cresceram nos Moradores e nos Agudos e decaíram no NOT e no Hospital Dia. As Unidades de Moradores e Agudos eram as que carregavam o peso do velho. As outras duas foram criadas logo após o Convênio de Co-gestão com a Prefeitura. Não existiam antes, no Cândido sanatório, não tinham o peso da história nas costas.

O que aconteceu com essas equipes para umas ousarem mais e outras recuarem? O que haveria mediado, de modo diferente, numa mesma instituição, na mesma época? O contexto macro era o mesmo, a alta gerência também.

Esta é uma questão que merece ser aprofundada, pois tem conseqüências na análise dos problemas e operações formuladas pelas equipes. Afirmamos que tiveram conseqüências porque, nas metodologias de Planejamento utilizadas, o conceito de Imagem-objetivo implicava em uma escolha de um lugar de "chegada" (e, no caso do Cândido, também em um dado caminho⁶), o que, de fato, tem a ver com uma primeira potencialidade mediadora em jogo: as dos saberes e paradigmas vigentes. Desta forma, para uma Imagem-objetivo ser "formulável", alguém tem que imaginar - projetar, considerar possível - um outro *status quo*. Esse outro *status quo* só é factível - como construção do novo - se algum novo saber, alguma nova tecnologia, houver entrado em cena. O próprio Castellanos fala a respeito da determinação: *"Conviene destacar la relevancia que en el proceso práctico de conocimiento tienen las teorías que sobre el objeto tiene el actor conocedor... y destacar además... la jerarquizada y dinámica complejidad de los procesos de determinación, la relevancia que la forma como los diferentes actores sociales perciben los objetos de conocimiento y transformación tiene para la praxis de dichos actores sociales y el carácter socialmente determinado que tienen estas formas de percepción"* (CASTELLANOS, 1990). No caso em análise,

⁶. Ver a citação colocada na metodologia (ONOCKO & AMARAL, 1997), aí analisamos a importância do conceito de *missão*, como conceito-síntese utilizado pelo LAPA. Conceito que consegue articular a idéia de caminho, como trajeto estratégico, mais próximo das elaborações do Mario Testa e algumas das questões colocadas por Matus, no sentido de que algumas projeções apriorísticas do "lugar de chegada" devem ser definidas para permitir a avaliação posterior.

o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, como contexto “supra”, sem dúvida, exerceu um certo poder de determinação como contribuição mediadora.

E a outra parte do contexto? No período 1993-94, a crise de relacionamento com a prefeitura foi intensa. Pela análise efetuada poder-se-ia supor que essa crise afetou mais as Unidades que nasceram “enlaçadas” à rede: o Hospital Dia e o Núcleo de Oficinas de Trabalho. Mais ou menos na mesma época, a grave situação financeira do SSCF levou o Colegiado de Gestão e o Conselho Diretor a fazer uma difícil escolha: foram aceitos pacientes vindos dum Hospital estadual, de Americana/SP, que fechara suas portas. De novo, o impacto dessa nova situação não parece ter sido uniforme nem linear. Como foi traduzida essa questão para o interior das Unidades? Para os Moradores esse foi um momento chave: uma Unidade que pretendia desinternar pacientes crônicos, recebia mais cinquenta e quatro! O “paradoxo” que aparece nas Imagens-objetivo é interessante. Na versão oral dos fatos conta-se que esta transferência provocara grande depressão na equipe, porém nos documentos das Imagens-objetivos isso se traduz em maior ousadia. Será que as dificuldades, os empecilhos da realidade ajudam a sonhar?

Por outro lado, para a Prefeitura, na época, praticamente, o único setor não prescindível do Cândido era o de Agudos: a Secretaria precisava de leitos psiquiátricos, e não tendo outro espaço na cidade onde comprá-los, se dispunha a pagar por eles ao SSCF. Assim sendo, pareceria que a Unidade de Agudos estava menos ameaçada que o restante da instituição.

Neste sentido, o peso de determinação da entrada de recursos financeiros deve ser considerado. De algum jeito, sendo as mais “manicomiais” das Unidades, os

Agudos e os Moradores garantiram a sobrevivência financeira da Instituição. Talvez isso explique a possibilidade de uma ousadia maior na formulação das Imagens-objetivos (para o Planejamento controle de recursos é poder). Contudo, estavam carregadas por uma desvalorização subliminar por se tratar de modalidades mais tradicionais de atendimento (neste sentido, apareciam como contraditórias com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica). Este fato reforça nossa posição de defender a análise dentro do espaço de mediação: constatamos que o peso das determinações não foi nem homogêneo e tampouco linear. Determinação e condicionamento se entrelaçando, numa complexa rede que “modulou” de forma diferenciada o impacto final sobre cada Unidade.

Mas, como leram esta nova situação as Unidades mais novas (NOT e HD)? Caberia imaginar que o futuro devia aparecer para essas equipes bastante ameaçador. A provável reação? Recuo estratégico, sonhos recortados. O projeto que inicialmente aglutinou as pessoas em torno do NOT e o HD era um projeto de Rede Pública de Saúde Mental, não um projeto de reforma institucional, simplesmente. E para tecer esse tipo de rede – como as aranhas – se precisa de vários pontos de apoio. Tendo sumido o suporte institucional da Prefeitura a partir de 1993, as Unidades mais novas ficaram flutuando no ar.

Ainda há mais. Nessa fase começaram em algumas Unidades as supervisões técnicas. Supervisões que não devem ser pensadas no sentido habitual taylorista, mas muito mais no sentido “psi”. Os supervisores sentam com as equipes, discutem o projeto, analisam questões de modelo assistencial, dinâmica grupal intra-equipes, etc. Seguindo nossa linha de análise, não se pode excluir a possibilidade de uma mediação chave, no sentido - que já colocáramos - de novos

saberes, advindo destas supervisões, impactando na formulação das imagens-objetivo.

Contudo, queremos ressaltar a impossibilidade de se fazer leituras reducionistas ao se avaliar tecnologias em sua potencialidade mediadora.

Em relação ao nosso par, *história/ tempo*, no Cândido, fica claro que a tradução histórica, num significado dado, e que nós vinculamos à diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, não teve uma capilaridade homogênea, muito pelo contrário, foi modulada de maneira diferente por questões de contexto e outros dispositivos intra-institucionais. O tempo cronológico foi o mesmo, os usos desse tempo foram variados e tiveram resultados diferentes. Sua tradução “à história” e na construção de grupos sujeitos também.

2. Indo ao coração do planejamento: análise dos problemas levantados nas oficinas de planejamento (1992-96)

A sistematização dos problemas levantados pelas equipes se constitui em material muito rico para análise. As primeiras oficinas têm um número maior de problemas do tipo estruturados: infra-estrutura, equipamento, etc. Isto talvez seja explicado pela etapa incipiente de mudança institucional e os anos de abandono e desinvestimento sofridos pela instituição. Nesses primeiros planejamentos também é maior a aparição de problemas de ordem mais geral, fora do âmbito de resolutividade da equipe - e até da própria instituição -, o que, provavelmente, se relaciona com o grau de maturidade incipiente das equipes mas, talvez, também com a metodologia empregada nesses anos (mais PES)⁷. Segundo Matus: “o plano é a mediação entre o saber e a ação” (MATUS, 1989). Assim, na escolha dos problemas e na elaboração das operações, somente serão reconhecidos como tais, aqueles problemas e aquelas operações que caibam no paradigma tecnológico vigente entre o grupo. O olhar dos atores é sem dúvida “determinado” pelo paradigma tecno-assistencial vigente; e esta questão não deve ser confundida com o conceito de cegueira situacional desenvolvido pelo mesmo Matus⁸. A questão que tentamos evidenciar aqui, é a da possibilidade de um *condicionamento*, no sentido vertical, de cima para baixo, desde o plano dos

⁷- No texto *Cândido Ferreira: experimentando uma mudança institucional*, analisamos os possíveis efeitos do PES no sentido que estimula se trabalhar com problemas “macro”.(ONOCKO & AMARAL, 1997)

⁸- Segundo Matus, a cegueira situacional é indistinguível do compromisso emocional, e é aquela parte da realidade que o ator não consegue enxergar porque esta fora do seu foco de atenção. (MATUS, 1989)

saberes em direção à formulação inicial do projeto, e obviamente do recorte inicial dos problemas. Voltaremos a aprofundar esta questão na reconstituição final.

Uma das constatações iniciais no material empírico foi a de que uma série de problemas reaparece com variações mínimas, repetindo-se ano após ano. É essa uma questão instigante. Tais formulações repetem-se até nas operações propostas em alguns casos. Deve-se reconhecer que estes problemas nem sempre aparecem da mesma forma. Às vezes a formulação muda de um jeito que sugere a apropriação dele por parte da equipe. Já não são “as famílias que não comparecem”, mas “a equipe não sabe como estruturar um programa para lidar com as famílias”. Porém, a teimosia desses problemas reverberantes é surpreendente. Será que o Planejamento havia virado rito da instituição? Alguém houvera se detido a perceber essa reverberação? Se não, ninguém teria reconhecido o percurso histórico dos planejamentos na instituição? E, se o Planejamento virara fetiche, quais foram os outros dispositivos de que se valeu o SSCF para viabilizar a mudança? Para abrir, por exemplo, os olhares a outras práticas, a outros modelos?

Analisando-se este material e mantendo em mente a questão da reiteração, optou-se por procurar a presença de problemas e/ou operações que remetessem às linhas de análise. Nesta primeira avaliação pretendeu-se, por um lado, testar as linhas propostas, na tentativa de avaliar se eram apropriadas. Se a maioria dos problemas não “coubesse” na matriz proposta, esta deveria ser reformulada. Procedeu-se, então, a uma primeira fase de quantificação: o quanto se falou sobre cada assunto, e em qual momento da instituição. Nesta etapa, se utilizou o *tempo*

como escala cronológica, visando recuperar a análise histórica na reconstrução qualitativa.

Na classificação dos problemas adotou-se o seguinte critério: foram divididos por Unidade e por oficina de planejamento, alocando-os, inicialmente, conforme fossem clara e facilmente identificáveis como referidos a *processo de trabalho, campo/núcleo* e/ou *conflito/consenso*.

Observou-se que um número muito pequeno de problemas não cabiam claramente nessa matriz (menos de 10 %) e eram, em sua maioria, referentes a compra ou investimento em infra-estrutura e contratação de pessoal ou serviços: esses problemas aparecem nos planejamentos como problemas estruturados e aparentemente tratados de um modo superficial (por exemplo: "faltam cadeiras: comprar cadeiras"). Mesmo assim, posteriormente, foram classificados como referidos a *campo e núcleo*, por se considerar que, na verdade, remetiam à questão da autonomia das equipes. Em alguns desses problemas, as operações propostas transpareceram que a falta de autonomia da equipe para resolver algumas questões estava relacionada com conflitos "potenciais" com outras Unidades, ou com as áreas meio, esses casos foram contabilizados, em forma dupla, como *campo/núcleo* e *conflito/consenso*. Estes critérios foram mantidos para a análise de todas as Unidades, em todos os anos.

O processamento realizado não constitui, então, uma taxonomia (na qual por definição os objetos classificados não poderiam "caber" simultaneamente em mais de uma classe) mas, um ordenamento qualitativo dos dados, visando subsidiar a análise dos mesmos.

A questão das linhas de análise:

Em nosso trabalho tentamos primeiro justificar teoricamente por que consideramos as linhas de análise propostas, *a priori*, apropriadas para estudar o espaço de mediação. Agora, após a avaliação empírica, consideramos legitimadas nossas matrizes pela análise dos dados dos planejamentos, desde que constatamos que, pelo menos 90% dos problemas e operações, fazem clara referência a elas, e o restante pode ser enquadrado nelas com relativa facilidade. Ou seja, de fato, nas cinco oficinas de planejamento pesquisadas, durante quatro anos de vida institucional, a problematização e o debate percorreram o tempo todo questões referidas ao *processo de trabalho*, ao *campo/ núcleo* de responsabilidade das equipes envolvidas e a resolução ou não de *conflitos*. O modo como transcorreu esse debate será recuperado na análise qualitativa dos conteúdos, e na análise dos problemas reverberantes.

TENTANDO REVELAR O RITUAL

- ANÁLISE DOS PROBLEMAS LEVANTADOS PELA UNIDADE MORADORES:

Análise de frequência relativa dos problemas:

Tempo	Março 92	Outubro 92	1993-94	1995	1996
Proc.de trabalho	4	2	15	79	8
Campo/ núcleo	5	2	10	63	21
Conflito/ consenso	2	0	9	16	11

Análise qualitativa:

A primeira impressão que se tem da leitura dos planejamentos é a de que se trata de um ritual "ridículo", reiterativo, linear, determinístico, e, óbvio, até o absurdo. Problemas que se repetem, operações que se repetem, ilusão mecanicista em supostas soluções e até alienação da realidade. Para exemplo talvez bastasse uma pérola: *"dificuldade de manipular pacientes com cadeira de rodas. Operação: investigar formas alternativas de manipulação"*. Pareceria que a potência atribuída ao Planejamento era de tamanha magnitude que se pretendia que ele conseguisse eliminar os mínimos empecilhos da vida...evidentemente, andar com cadeira de rodas é uma dificuldade!

Nesta Unidade o Planejamento chegou ao seu clímax no ano de 1995: inúmeros problemas, muito semelhantes entre si, separados por ala, mas, no fundo referidos às mesmas questões. Que potência era esperada de tanto esforço e detalhamento?

As nossas linhas de análise ajudam a abrir essa caixa preta, esse emaranhado de problemas e operações circulares. Apesar de se tratar de *processo de trabalho*, como se tratava dele? O que se questionava ou se assumia como imutável?

Processo de trabalho em saúde:

Durante o ano 1992 as questões vinculadas ao *processo de trabalho* aparecem formuladas de maneira muito geral, porém fazem referência, o tempo todo, à superação do modelo vigente: trabalho em equipe, proposta de atendimento singularizado, etc.

Nas oficinas dos anos 93-94 a problemática remete às dificuldades de implementação do que poderíamos chamar de superação do modelo flexneriano. Só para lembrarmos, a estruturação do SSCF em Unidades de Produção, e a constituição das equipes multiprofissionais já havia sido implementada, restando para as equipes organizar o seu processo de trabalho de acordo com esta nova lógica. Da leitura dos planejamentos depreende-se que as dificuldades já mencionadas foram priorizadas como problemas centrais nesses anos. Problemas tais como *“integração do trabalho em equipe”*, *“implementação dos projetos terapêuticos individuais”* (o que fala da intencionalidade de singularizar o atendimento, superando-se a visão massificada asilar) são freqüentes, percebendo-se, claramente, inclusive, a crítica ao modelo flexneriano (ex.: *“prontuários com informações só médicas”*). Contudo, na área de capacitação as propostas percebidas nas operações ainda se refugiam no paradigma Flexner. Em se tratando de enfermeiras, sempre era proposto *“maior supervisão”* e mais *“rotinas e normas”*.

Essa proposta *“taylorizante”* da enfermagem se manteve durante o ano de 1995, contudo, nesse ano as discussões sobre o *processo de trabalho* começaram a se misturar e a se superpor com as de *campo/núcleo* no interior da equipe, revelando um grau maior de aprofundamento dos debates sobre modelo assistencial (ex.: *“burocratização do papel do referência”*, *“superposição dos papéis dos profissionais”*). Apareciam problemas relativos aos papéis profissionais e a *“excessiva burocratização dos técnicos prejudicando a assistência”*, e, também, a necessidade de integrar o pessoal de apoio nas tarefas assistenciais. Dá-se a impressão de que a grande descoberta da equipe nesse ano foi reconhecer que a

especificidade, que o sentido do seu trabalho, estava nos pacientes, e que as outras questões e lógicas da instituição podiam e deveriam subordinar-se ao interesse deles. Este fato, é coincidente no tempo com a entrada da supervisão como um dispositivo regular, com o qual a equipe passou a contar.

Em 1996, essa perspectiva se manteve, porém com muito menor ênfase no *processo de trabalho*, sendo quantitativamente superada pela questão *campo/núcleo* (ex.: *“persistência da cultura manicomial”* ver quadro). As discussões à respeito mostram uma tentativa da equipe em avançar nas interfaces entre equipe técnica, de enfermagem e equipes das áreas meio, propondo-se até a intervir sobre o processo de trabalho em outras Unidades. Somente insinua-se a persistência do modelo Flexner em relação às prescrições médicas, onde, paradoxalmente, essa equipe, tão disposta a intervir sobre o processo de trabalho alheio, fica refém dos seus próprios médicos (ex.: *“prescrições médicas não atualizadas/ sistematizar revisão”*).

Conflito/ consenso:

Em 1992, as referências a *conflito* são mínimas e têm a ver com *“respeitar o estatuto da área”* (direitos e deveres da Unidade) e procurar parcerias (*consenso*). O mesmo panorama se manteve em 1993-94 com o questionamento implícito à falta de autonomia para a equipe implementar as Pensões Protegidas. Foi a partir de 1995 que o tema do *conflito* ganhou importância, se superpondo ao *Campo/núcleo* em relação as áreas meio e ao interior da equipe: conflitos de papéis (ex.: *“fazer que o pessoal de apoio participe da reabilitação psicossocial; horas técnicas coincidem com hora de banho...; falta determinar quem faz consulta clínica”*, etc.).

Essa superposição nos remete a repensar *conflito/consenso* em relação aos conceitos de autonomia e responsabilização. Esta equipe assumiu maiores responsabilidades, chamando para si quase tudo da vida dos doentes, até a “*esterilização dos cachorros de estimação!*” Neste percurso, entrou em conflito com as áreas meio que não compreendiam a proposta antimanicomial. No ano de 1996, todas as referências a conflito se superpõem com as questões de *campo/núcleo*, deixando mais clara ainda esta situação.

Campo/núcleo:

De 1992 até 1995 foi esta uma linha pouco analisada e quase sempre em relação ao externo à Unidade. Ou seja, a discussão estava mais para definir o *campo* da equipe em relação à sociedade e às outras unidades do Cândido, que o *núcleo* de competência de cada profissão no interior da própria equipe técnica. Foi em 1995 que fizeram entrada no interior da equipe a definição de papéis profissionais, conflito entre assistência e gerência, etc. É interessante que esta linha apareça quase sempre vinculada ou ao *processo de trabalho*, ou ao *conflito/consenso*. E quando aparece ligada ao *conflito* é, em geral, relacionado à falta de autonomia e de capacidade de resolver os problemas colocados.

História/ Tempo: a reconstrução. Explicando a reverberância

A leitura cronológica, à luz das linhas analíticas anteriores, permite uma reconstrução aproximada do processo histórico na Unidade de Moradores. A equipe foi conformando seu *campo*, sua especificidade na instituição e, também, internamente.

Se tentarmos “cruzar” esta análise com a dos problemas que se reiteraram teremos achados surpreendentes. Os problemas mais reiterados nesta equipe foram:

- Dificuldade de formular um projeto terapêutico individual para cada paciente.
- Vestuários inadequados.
- Sistematizar o trabalho de apoio às famílias
- Insuficiente integração do trabalho em equipe.

Aí está a história ! As questões derivadas da cultura manicomial: massificação da assistência, roupas inadequadas, perda do vínculo familiar, etc., persistindo, como marcas do velho, empecilho ao novo. A dificuldade em reestruturar o *processo de trabalho* (disso se tratava com a proposta do trabalho em equipe) como a grande aposta do novo.

Esta equipe parece ter avançado muito na sua construção como Sujeito, assumiu responsabilidades, foi propositiva em relação às outras Unidades e áreas meio. Apropriou-se de saberes. Os princípios da Reforma Psiquiátrica foram seu guia. Neste sentido, recuperando Testa, poder-se-ia falar de construção histórica, tanto do significado da luta antimanicomial como de Sujeitos coletivos. O movimento em direção da singularização do atendimento foi claro e evidente. Isto, indicaria uma melhor tradução para o campo das práticas – em ato – das diretrizes que defendem a reconstrução da cidadania? A detalhada problematização do *Processo de trabalho* parece testemunha disso.

Já o tempo político da instituição parece “atrasado” em relação ao tempo cronológico e de amadurecimento desta equipe. Porque o obstáculo persistente da

falta de autonomia foi resultado de uma construção coletiva. A equipe deveria ganhá-la, mas a instituição como um todo deveria cedê-la. Pareceria como se a equipe estivesse definindo seu campo e a instituição teimasse em estreitá-lo. Talvez isso mereça uma reflexão sobre o Cândido como um todo.

O que é que esses "crônicos" que persistem internados estariam financiando? (não só pensando nos repasses de AIH, mas também pensando neles).

- **PROBLEMAS LEVANTADOS PELA UNIDADE DE AGUDOS:**

Análise de frequência relativa dos problemas:

Tempo	Março 92	Outubro 92	1993-94	1995	1996
Proc. de trabalho	6	-	8	9	8
Campo/ núcleo	11	-	5	3	2
Conflito/ consenso	0	-	2	2	3

Análise qualitativa:

A primeira impressão que se tem dos planejamentos da Unidade de Agudos é de que são mais enxutos que os dos Moradores, porém altamente reverberantes.

Essa Unidade, não realizou oficina de planejamento em Outubro de 1992.

Processo de trabalho em saúde:

A preponderância de problemas referidos à necessidade de reformular o *processo de trabalho* é evidente nos documentos analisados. Em 1992, muitos problemas faziam referência à inexistência de um modelo terapêutico alternativo, e

ressaltavam as dificuldades advindas da especificidade da Unidade (ex.: “Alta agressividade dos pacientes”).

No ano de 1994, todos, exceto dois problemas, estavam relacionados à reformulação do processo de trabalho⁹ (ex.: “insuficiente capacitação da equipe; inexistência de rotina para lidar com pacientes de outras Unidades; deficiente integração dos estagiários...”). Ainda, nesse ano, nas operações propostas, quase a metade apostava na superação dos problemas por meio de um aprofundamento do modo flexneriano de organizar o trabalho (ex.: “estruturar sistema de supervisão sobre atendentes, atendimento de famílias e técnicos”). Contudo, esse olhar convivia com uma outra aposta no sentido de viabilizar a participação das famílias nos PTI (projetos terapêuticos individuais) e sistematizar as reuniões de profissionais de referência, o que revela a preocupação da equipe em estruturar um modelo de atenção mais singularizado, além dos moldes manicomiais.

Em 1995, não existiam problemas fora da questão da reformulação do *processo de trabalho*, todos os problemas levantados pela equipe se referiam a isso (e, simultaneamente, às outras linhas de análise. Ver quadro), com um caráter claramente inovador, persistindo as receitas “ao estilo Flexner” somente no que se refere a atendimento de enfermagem (sempre!) e qualidade dos prontuários. O que é interessante neste ano é que começam a aparecer, superpostos – no mesmo problema –, questões relacionadas a *campo e núcleo* e *conflito*.

Já no ano de 1996, a quantidade relativa de problemas relacionados ao *processo de trabalho* é menor e fazendo quase sempre referência às dificuldades de

⁹ - Nesse ano, os 5 problemas referidos a *campo/núcleo*, referem-se simultaneamente ao *processo de trabalho*. (Ver quadro).

implementação das mudanças propostas. Das operações propostas depreende-se que a aposta dessa equipe foi, nesse ano, fundamentalmente, na capacitação para subsidiar a reflexão sobre seu próprio processo de trabalho (ex.: “*elaborar proposta da participação de enfermagem na reunião de equipe; efetivar acolhimento dos pacientes*”).

Campo/ núcleo:

A maioria de questões vinculadas a *campo* e *núcleo* no ano de 1992 remetiam claramente à problemática da estruturação do campo de ação da equipe em relação ao fora da unidade, falta de autonomia para decidir a compra de materiais e adequação de infra-estrutura.

Já em 1994, os problemas alocados nesta linha têm a ver com a estruturação de um *campo* de responsabilidades. A equipe chamava para si a responsabilidade de trabalhar com as famílias, manter a limpeza da ala e negociar com as outras Unidades do Cândido. Quando esta linha se superpõe com a de *conflito*, neste ano ainda, o faz em relação a conflitos com os outros, o externo à Unidade. Não se estava falando ainda de conflitos de papéis no interior da equipe. Essa problemática de definição de papéis no interior da Unidade aparece no ano de 1995 em relação à enfermagem e, em 1996, como superposição de horários de atividades técnicas, questionando-se o relacionamento entre profissionais universitários e técnicos, e a sua responsabilidade em relação aos estágios na Unidade.

Pareceria haver um “deslocamento” das superposições das linhas, iniciando-se por uma superposição entre *campo/núcleo* e *processo de trabalho*, continuando

entre *campo/ núcleo* e *conflito*, mas visando o exterior da equipe para chegar, no fim, às discussões entre *campo/núcleo* e *conflito* em relação ao interior da equipe. Como se esse deslocamento obedecesse a um certo ganho de maturidade da equipe, que “precisou” passar por essas etapas descritas.

Conflito/Consenso:

As referências a *conflito* são escassas, e as relacionadas a *consenso* quase nulas. Como se essa equipe tivesse se sentido sozinha, não tendo nem com quem negociar.

Porém, quando aparecem nos planejamentos são altamente instigantes.

No ano de 1992, nada. Já em 1994 aparecem relacionadas com a necessidade de “*lidar com pacientes de outras Unidades*” e à falta de “*contrato das atividades do plantão noturno*”. Em 1995 foi em relação à enfermagem, persistiam problemas com o plantão noturno. Resulta interessante refletir sobre estas questões relacionando-as com o dentro/fora da unidade. A enfermagem não participava massivamente das oficinas de planejamento, como assim também o pessoal do plantão noturno, portanto poderia se afirmar que apesar de ser parte da Unidade, para o grupo que planejava, continuavam a ser parte dos “outros”.

Somente em 1996, esta equipe colocou problemas conflitivos no interior da equipe, entre os integrantes do grupo técnico, decorrentes de empecilhos para implementar mudanças no modelo assistencial.

Nesse ano aparecem dois problemas que estão especificamente falando de conflito – e de nada mais – e são referidos à falta de legitimidade da Unidade na instituição (“*menor valorização da Unidade em função de constituir modalidade*

terapêutica mais tradicional” e “setor é o mais deficitário, paira ameaça de desativação a despeito de sua importância para todo o sistema”). O mais interessante: não constam operações para enfrentar esses problemas!

História/Tempo: a reconstrução. Explicando a reverberância

A Unidade de Agudos, diferente dos Moradores, não lutou por sua autonomia. Seu olhar é virado para o interior, como se a própria equipe tivesse ficado presa atrás das grades que persistiram. No fim do período analisado expõe com crueza sua impotência: acha que não tem legitimidade, teme desaparecer, porém não consegue pensar nada a fazer com isso. O que significa para uma equipe assumir trabalhar segundo uma modalidade assistencial mais tradicional, numa instituição na qual mudança é a palavra do dia? Por que esta equipe não conseguia imaginar um jeito de enfrentar à crise sem ser “tradicional” ? O quanto de estéril tem a meticulosa e esforçada reflexão sobre o *processo de trabalho* quando era mantida atrás das portas fechadas, igual que os seus doentes?

O que consideramos neste trabalho como significado comum de construção histórica, isto é, a apropriação das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, parece haver-se constituído para esta Unidade não no motor de sua potência, como no caso dos Moradores, mas na sua “camisa de força”. A contradição é evidente, no discurso antimanicomial, os hospitais psiquiátricos deveriam acabar, qualquer arremedo deles traria de volta o asilo. A crise não deveria ser mais objeto de internação. Mas a Unidade foi nomeada de “Internação de Agudos”. Se propunha a tratar a crise. Por que não conseguiu, apesar dos esforços, propor a

desinternação da crise, porém chamando para si a responsabilidade e defesa da sua qualificação para fazê-lo?

Vejamos em que pontos esta equipe “reverberou”:

- falta de comunicação na equipe
- Insuficiente organização do trabalho/ rotinas inadequadas.

Novamente o olhar sobre o próprio umbigo. A falta de comunicação é da própria equipe entre si, nunca com o restante da instituição, quando dialoga com o olhar dos outros é para ficar impotente, sentindo-se sem legitimidade.

O detalhado processo de reflexão sobre o *processo de trabalho* é avaliado como persistentemente insuficiente...por isso volta, e volta, e..., no fim, há aposta em novas normas e rotinas.

A mensagem da Reforma Psiquiátrica nunca é claramente explicitada, nem questionada, será disso que a equipe não fala? Ou melhor, para que falar entre si dos problemas miúdos do cotidiano quando não se pode falar do referencial fundamental da Instituição na qual a Unidade está inserida?

Autonomização da impotência. Isolamento culpado, por considerar-se os herdeiros do manicômio. A constituição do grupo com saberes-sujeitos não aparece, a apropriação de novos conceitos só reforça o fantasma da própria destruição. A crítica histórica não consegue ser exercida em relação às diretrizes da Reforma: diretrizes soberanas, pesadas, abaixadas sobre a Unidade sem questionamento.

- **PROBLEMAS LEVANTADOS PELA UNIDADE HOSPITAL-DIA:**

Análise da frequência relativa dos problemas:

Tempo	Março 92	Outubro 92	1993-94	1995	1996
Proc. de trabalho	3	0	12	22	4
Campo/ núcleo	3	4	11	2	3
Conflito/ consenso	2	0	1	0	1

Análise qualitativa:

Processo de trabalho em saúde:

As referências ao *processo de trabalho*, são mínimas até o ano de 1994. Fato talvez explicável por se tratar de uma Unidade nova, em fase de implantação. No ano de 1994 aparecem como “faltas”; falta de avaliação, de capacitação, de comunicação, etc. As propostas de operações para resolver esses problemas são bastante normativas, visando aprimorar e sistematizar o existente, o que, neste caso, não quer dizer, precisamente, estar dentro do modelo flexneriano, pois se tratava mesmo de uma Unidade nova, que estava tentando aprender um novo modo de trabalhar (em equipe multiprofissional). Contudo, a crítica a este modelo inicial era quase nula.

No ano de 1995, os problemas relacionados ao *processo de trabalho* inundam o planejamento, foi o momento da equipe perceber o que não estava dando certo dentro do projeto almejado. Apesar da equipe se debruçar sobre problemas vinculados com o *processo de trabalho*, a grande dificuldade percebida pela equipe era a falta de padrão de comparação, a dificuldade em avaliar o novo, sugerindo uma grande insatisfação, porém certa resistência em questionar a estruturação decorrente do novo modo de fazer.

No ano de 1996, com um formato mais enxuto, são tratadas as mesmas questões; porém, na ocasião, começavam a aparecer críticas à falta de critérios de admissão e alta.

Chama a atenção, nesta equipe, a pequena superposição desta temática com outras, isso somente aconteceu em duas oportunidades, uma no ano de 94 e outra no ano de 95, superpondo-se à de *campo/núcleo* em relação ao externo da unidade.

Campo/ Núcleo:

No ano de 1992 o peso relativo desta linha foi maior. É interessante constatar que esta Unidade começou colocando este tema, não só em relação às outras Unidades mas também quanto ao externo do SSCF, em sua relação com a rede. Pareceria que a grande dúvida era onde acabava o Hospital-dia, misturava-se tanto com a rede municipal que a falta de outros equipamentos na cidade aparecia como problema da equipe. Quando apareceu em relação à própria Unidade referiu-se à dificuldade de lidar com as famílias, como se a equipe tivesse dúvidas a respeito da sua responsabilidade nessa abordagem.

Já em 1994, as discussões sobre *campo/núcleo* aparecem mais voltadas ao interior da instituição, às outras Unidades do Cândido, apesar de se manterem algumas referências à rede.

Em 1995, somente existem dois problemas relacionados a *campo/núcleo*, e estão vinculados a encaminhamentos da rede.

Será em 1996 que aparecerão sobreposições desta linha com outras como *conflito* e *processo de trabalho*. Pareceria que nesse ano a equipe percebeu a necessidade de redefinição de seu campo de intervenção.

Conflito/Consenso:

Aparecem duas referências a *conflito* no ano de 1992 (ex.: “*dificuldade na inter-relação com outras instâncias do sistema, internas e externas*”), e coincidem com *campo/núcleo*, uma em relação à rede, e outra a uma Unidade Meio (ex.: “*sistema de transporte não é adequado*”). No ano 1994, há uma referência a esta linha, também coincidindo com *campo/núcleo*, em relação a uma Área Meio (ex.: “*recepção não atende sem encaminhamento*”). Logo o *conflito/consenso* some dos planejamentos, para voltar a aparecer em 1996, junto com *campo/núcleo*, mas agora em relação à definição do próprio campo de ação (ex.: “*pressão exercida pela evolução dos pacientes, novas demandas assistenciais*”).

Dá-se a impressão de que esta equipe olha pouco para o Cândido, ou fica voltada para o mundo externo (a rede pública de saúde mental), ou fica olhando o próprio umbigo. Há pouca briga ou negociação com o Cândido em si. Quase nada pede ou demanda. Auto-suficiência ou isolamento?

História/Tempo: a reconstrução. Explicando a reverberância:

O Hospital-Dia nasceu com a encomenda de ser – um dia – parte da rede municipal de saúde mental, cogitando-se, com frequência, a possibilidade de sua saída da área física do Cândido e sua mudança para outra região da cidade. Nas próprias Imagens-objeto do começo aparece sua missão fortemente vinculada

ao resto dos equipamentos de saúde mental. Como pensou seus problemas uma Unidade inicialmente criada para funcionar como porta giratória, onde, supunha-se os pacientes entrariam – graves –, melhorariam – logo –, e seriam encaminhados – rapidamente? O que aconteceu com a proposta de ser alternativa eficaz à internação?

Reconstruindo este cenário, chama muito a atenção, não já a questão do olhar para fora (isso parece até “natural”), mas o fato de não aparecer nem grandes conflitos, nem dúvidas a respeito do campo de ação da equipe, como se esta resistisse em admitir que os tempos haviam mudado, e que dada a mudança de cenário político na Prefeitura pouco interessava o que eles podiam trazer como contribuição. A reflexão superficial sobre o *processo de trabalho* (sempre falta, mas falta do mesmo, não seria preciso mudar nada...) parece confirmar essa postura. Como se, tacitamente, essa equipe falasse: - nós estamos certos, se ninguém nos entende, eles que se danem !

E o que circulou, sem solução? Nesta Unidade os problemas que mais reverberaram foram:

- Dificuldade na inter-relação com outras instâncias do Sistema.
- Dificuldade de lidar com as famílias.
- Falta de comunicação intra-equipe.

O primeiro problema estava claramente destinado a reverberar. A equipe não definiu o problema dentro da sua capacidade de ação, nem pensou estratégias para agir fora. Se a rede, como um todo, não tinha mais interesse, se o Cândido não formulou uma estratégia particular de legitimar-se fora, se a equipe não

conseguiu imaginar nenhum dispositivo específico para mexer com estas questões, somente restava esperar que o cenário municipal mudasse.

A relação com as famílias dos pacientes é reiterada, e a este respeito a equipe muda a sua definição de competência e responsabilidade de tempos em tempos. Em 1992, existia uma dificuldade da equipe para trabalhar com familiares; já em 1994, são as famílias que não aderiam ao tratamento; para voltar, em 1995, a ser um problema da equipe, e que seria resolvido mandando-se convocatórias. Outra vez a abordagem inócua do problema. O que significa trabalhar com famílias para uma Unidade na qual os pacientes passam todo dia, uma certa quantidade de horas, e, depois, voltam para casa? Como poderia ser eficaz um modelo assistencial deste tipo se não conseguisse articular esta questão? Qual o papel da família como espaço produtor/ reprodutor do sofrimento mental? Quais seriam as intervenções para enfrentar esse fato?

A falta de comunicação interna na equipe foi enfrentada com propostas do tipo normativo (ex.: *“estruturar grade horária”*) ou tentativas de sistematizar as discussões e a supervisão. Porém, do que não se falava? Do destino da Unidade? Da cronificação dos pacientes que se imaginaram de alta rotatividade? Da divisão do trabalho vigente na qual parecia suficiente cada um fazer seu pedaço, e então, se cada um já fez sua parte para que falar com os outros (Eu estou protegido da troca atrás das grades horárias)?

A grande dificuldade desta Unidade parece ter sido a de enfrentar a necessidade de mudar, não já o velho; porém, o novo (a Unidade mesma). Nascida para ser o exemplo de equipamento “antimanicomial por natureza”, como poderia dar errado, ou ter problemas?

Nesse sentido, a reflexão na direção da *História* que tentamos vincular com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira parece ser fundamental. De novo as diretrizes oprimem, não libertam. Oprimem, excluem do espaço de negociação e de fala de uma equipe a possibilidade de serem questionadas e reformuladas; retraduzidas segundo as necessidades da conjuntura local.

Poderia se afirmar que nesta equipe as diretrizes tiveram um efeito de sujeição, igual ao acontecido entre seus colegas dos Agudos, com os quais já não podiam (nem queriam segundo mandavam as diretrizes?) conversar e trocar.

• **PROBLEMAS LEVANTADOS PELA UNIDADE NÚCLEO DE OFICINAS DE TRABALHO:**

Análise de freqüência relativa dos problemas:

Tempo	Março 92	Outubro 92	1993-94	1995	1996
Proc. De trabalho	1	2	10	41	5
Campo/ núcleo	2	5	11	7	6
Conflito/ consenso	1	0	0	0	2

Análise qualitativa:

Processo de trabalho em saúde:

Durante o ano de 1992, nas duas oficinas realizadas, as referências ao *processo de trabalho* são mínimas e relacionadas à implantação da Unidade. Operações do

tipo: “definir perfil”, “esquematizar procedimentos”, são freqüentes e talvez reflitam o grau de desenvolvimento incipiente do Núcleo de Oficinas de Trabalho.

Já no ano de 93 os problemas vinculados a *processo de trabalho* remetem à divisão e definição de tarefas, especificamente voltadas aos fins da Unidade. Como se a equipe tivesse aprimorado seu entendimento das dificuldades e descobrisse que não se estava tratando somente de “faltas”, mas de clarear melhor os porquês das tarefas. Passa-se de uma declaração quantitativa de problemas a uma qualitativa. Essas questões são aprofundadas e mais desenvolvidas – na mesma direção – em 1994. O eixo dos problemas poderia ser resumido assim: como deve se organizar o trabalho?

Em 1995, coincidindo com o processo observado nas outras Unidades do Cândido, o planejamento volta a ser “ocupado” pela questão do *Processo de trabalho*. É praticamente só sobre isso que transcorreu a problematização naquele ano. Detalhada e minuciosa. Cabe avaliar se tratou de uma seqüência provocada propositadamente pela assessoria de planejamento, no sentido de priorizar essa temática, ou se foi um processo de acúmulos coincidentes em todas as Unidades do SSCF (o que parece mais improvável).

No ano de 1996, as referências ao *Processo de trabalho* parecem ter uma relação maior com indefinições do projeto, no sentido de para quê modelo se organizaria o trabalho, empresa ou unidade terapêutica?

Campo/ Núcleo:

No ano de 1992, os problemas relacionados com *campo/núcleo* remetem claramente à falta de autonomia da equipe para resolver a problemática de um

espaço em formação. A falta de espaço físico, de materiais, etc. Mas, também, à delimitação de um campo de responsabilidades da equipe em relação ao dentro e fora do SSCF. A Unidade se incumbiu de olhar a rede pública de Saúde Mental, os problemas desta lhe são próprios. Em particular os problemas de financiamento são vistos como claramente vinculados aos possíveis parceiros fora do Cândia.

Já em 1993, parecia que os problemas vinculados à definição de um campo de responsabilização da Unidade eram mais voltados ao interior do Cândia, sem perder, totalmente, o olho na rede. Essa transição foi aprofundada em 1994, quando as demandas foram francamente colocadas no interior da instituição, assistindo-se a contradição semelhante a alguns momentos dos Moradores: a equipe assume responsabilidades que não tem autonomia para implementar (ex.: *"falta centro de convivência"*). Nesse ano esta linha se sobrepõe, em alguns problemas, com a de *processo de trabalho* (ex.: *"falta estruturar referências com outras Equipes"*), evidenciando, talvez, a articulação destas duas linhas na determinação destes problemas: para clarear o desenho de *processo de trabalho* se deve ter clareza primeiro do *campo e núcleo de responsabilidades e competências* assumido pela equipe.

Em 1995, as referências a *Campo/Núcleo* são poucas e "gritam" sobre a falta de autonomia dessa equipe (ex.: *"produção direcionada pelas doações"*), tanto em relação ao dentro como ao fora do Cândia.

Somente em 1996, *campo/núcleo* terão uma explicitação clara quando aparece coincidindo com *conflito* e *Processo de trabalho*. Aparecerão aí a *"excessiva dependência logística do Cândia"* e *"financiamento inadequado através de AIH médica"*. Até 1996 a discussão do *Campo/Núcleo* não conseguiu entrar

claramente no interior da equipe tendo ficado mais ou menos voltado para o externo da Unidade (seja no Cândia, seja na rede) .

Conflito/ Consenso:

Poucas referências a esta temática apareceram nos planejamentos do NOT. Em Março do 92, procurava-se *consenso* para a construção do projeto e, depois, somente em 1996, quando aparecem sobrepostas a *Campo/Núcleo*, na definição do perfil da Unidade (terapêutica ou empresarial) e às atribuições do Cândia sobre o NOT, percebidas como de “*excessiva dependência*”.

Com quem dialoga, briga, negocia ou acorda esta Unidade? Como conseguiram funcionar ao longo de quatro anos (de 1992-1996) sem problematizar *conflitos* ou *consensos*? Igual ao Hospital-dia caberia a pergunta: isolados ou arrogantes?

História/Tempo: a reconstrução. Explicando a reverberância:

O Núcleo de Oficinas de Trabalho partilha com o Hospital-dia o fato de ter sido criado logo após o Convênio de Co-gestão com a Prefeitura e de ter nascido para ser parte, um dia, da rede municipal de saúde mental. A seqüência de entrada de algumas linhas de análise é semelhante nas duas, porém, nesta Unidade o grau de incerteza derivada do novo parece maior. Como articular trabalho dos pacientes e ação terapêutica? É essa uma das questões que mais aparece e reverbera.

Fora os primeiros anos, quando parece que a equipe deu-se o direito de acreditar que essa articulação seria possível, somente “faltando”: tempo, recursos, saberes

para consegui-lo, nos outros anos, foi essa a pergunta central do NOT e permeou, amplamente, a discussão a respeito do *processo de trabalho* e de *campo/ núcleo*. Semelhante ao Hospital-dia, esta equipe também esperava... recursos, autonomia, saberes "ideais" e polifacéticos que dessem conta da sua tarefa. Mas que tarefa: ser empresa social ou unidade terapêutica? Seria possível delinear um *processo de trabalho* que desse conta das duas encomendas? Eficiência (empresa) ou eficácia (terapêutica)? Qual o modelo da eficácia eficiente – como perguntaria Mario Testa?

Pareceria que estas perguntas dormiam por trás da reiteração de problemas, da circularidade impotente. Os problemas que mais reverberaram foram:

- Falta de financiamento/ Financiamento inadequado
- Falta capacitação (formadores/definição de perfil)
- Indefinição do trabalho (terapêutico X profissionalizante, ou terapêutico + profissionalizante)

Uma Unidade nascida com uma dupla identidade, que não questiona essa duplicidade nem "provoca" a escolha na instituição como um todo. Talvez, por isso, entrou em *conflito* e fez *consenso* tão poucas vezes. O que ficou sobrando das perguntas recaiu sobre a própria equipe: ali não saberiam, faltaria capacitação, seriam ineficientes com os recursos. A escolha por parte do Cândido de um perfil mais assistencial, por ex., teria resolvido algumas questões: Unidade Assistencial custa e deve ser financiada de algum jeito. Empresa se autofinancia.

Qual a relação com a *História*, no sentido da apropriação das diretrizes da Reforma Psiquiátrica? Aqui a diretriz deixa manca a Unidade. A diretriz é vaga:

reinserção social, oficinas protegidas, a cura pelo trabalho ...Mas, e os remédios? E o olhar clínico? E a difícil encruzilhada do trabalho protegido, a dolorida aceitação de que alguns pacientes precisarão disto pela vida inteira?

Se quiséssemos resumir a relação do NOT com as diretrizes mencionadas poderíamos afirmar que, igual que o HD ou os Agudos, ficou refém de um molde de diretrizes, que foram abaixadas sobre a Unidade, pesadas demais para serem questionadas, recicladas sem tradução, de modo inoperante. Outra vez, o que foi inventado para libertar oprime, mas no caso desta equipe oprime em um outro nível. O NOT é impotente para sua própria defesa, porém, é corajoso na hora de mergulhar nas questões internas. A reflexão sobre o *processo de trabalho* foi meticulosa, não superficial. A falha do Planejamento como ferramenta é anterior. Assumir dupla função, sem dispor de duplos recursos, é, no melhor dos casos, um engano agradável. Pode-se afirmar que, neste caso, a instituição Cândido e a instituição Planejamento foram cúmplices e verdugos de uma equipe condenada a ser refém. A construção da equipe como grupo sujeito na luta pela sua autonomia foi abortada.

3. A lógica “planejante”: análise das Metodologias de planejamento empregada nas oficinas (1992-96):

A primeira análise dos dados faz-nos refletir sobre o método. Não é simples responder qual foi a metodologia empregada nas sucessivas oficinas; na verdade, foi uma mistura de PES e ZOPP, mais ou menos na linha desenvolvida por Cecílio e que já detalhamos. Não foram utilizadas exatamente as mesmas metodologias nos diferentes anos e as conseqüências dessas diferenças merecem um aprofundamento. Contudo, as mudanças de metodologias não obedecem a uma lógica facilmente identificável. Nem essas metodologias foram aplicadas em toda a sua complexidade. No Cândido, parece, a escolha do método foi sempre definida pela necessidade de fazer o Planejamento acessível ao maior número de pessoas possíveis. *“Priorizou-se mais a capacidade do coletivo apropriar-se do instrumental e construir sua autonomia de planejar do que o rigor metodológico”* (ONOCKO & AMARAL, 1997). Todavia, dever-se-á aprofundar sobre as conseqüências que estas simplificações metodológicas tiveram (se é que as tiveram...).

De início, pode-se dizer que a utilização de um instrumento novo para a instituição, o PES simplificado com a complementação do ZOPP (CECÍLIO, 1997), contribuiu mais no sentido de reunir as equipes e pensar os problemas do que para realmente resolvê-los.

Seguindo o roteiro proposto por Cecílio poderíamos fazer a seguinte análise metodológica:

- a- Definição do ator que planeja: não existe registro algum desse passo nas oficinas avaliadas. Supomos que se assumiu superficialmente que o

ator seria “a equipe”. O que não resolve a questão pois segundo Matus “*sempre pode-se identificar um ator na formulação dos planos*” (MATUS, 1993). No caso em estudo tentamos mostrar na análise dos problemas como esse ator “Equipe” não era um dado *a priori* e foi se constituindo – com diferentes velocidades – no percurso das oficinas de planejamento.

- b- Definir missão: ver análise precedente das Imagens-objetivo.
- c- Definir problemas: teve lugar no Cândido uma simplificação não defendida por Cecílio. Para o PES, a descrição e análise completa deve ser feita para cada problema escolhido, no nosso caso em estudo, cada oficina de planejamento processou - superficialmente?- inúmeros problemas. No Cândido parece que a vontade e a urgência de mexer com tudo não teria dado espaço à reflexão sobre os problemas mais complexos e menos estruturados. Aparecem misturados um grande número de problemas, estruturados e não estruturados, intermediários e finais, sem uma priorização clara. Será que o preço pago foi a reverberância?
- d- Descrever problemas: este passo só foi cumprido nas primeiras oficinas (ano 1992-93), sendo recuperado superficial e pontualmente numa oficina de 1995. Neste sentido, poderíamos concluir que a potencialidade do método proposto por Cecílio não foi testada.
- e- Definir causas de problemas: no caso em estudo, a evidência empírica de que o Planejamento não conseguiu a resolução de alguns problemas complexos subsidia a reflexão teórica sobre a linha metodológica utilizada.

Achamos que a aplicação simplificada do PES pode ter tido conseqüências no Cândido. O "Fluxograma Situacional" de Matus, implica, para a sua utilização, a apropriação de uma matriz explicativa complexa, mas que "qualifica" as questões em análise ao obrigar a equipe que planeja (o ator em situação) a inseri-las nas colunas de: regras, acumulações e fluxos. Estas categorias Matusianas, perdidas, poderiam ter carregado de maior potência os planejamentos do SSCF? A reflexão, e o tempo, que uma dada equipe dedica a um problema são, sem dúvida, diferentes se tem que qualificar as causas ou simplesmente empilhá-las quase intuitivamente (a árvore do ZOPP). O PES assume, no seu momento explicativo, uma rede de determinação causal, que entrecruza os espaços no sentido vertical e horizontal (ou seja, permite a vinculação de fluxos com fluxos, fluxos com acumulações, etc.), fazendo mais complexa a leitura da realidade e estimulando os atores a fugir da linearidade do senso comum. Para Matus, *"eludir a explicação das causas e ... meramente descrever os problemas"* seria um *"vício da planificação normativa"* (MATUS, 1993). O formato da árvore do ZOPP, pelo contrário, estimula a leitura "vertical" com as suas conseqüências de linearidade simplificadora.

Contudo, devemos reconhecer que a complexidade do PES original tem feito do método um procedimento de elite, longo e demorado; o que o torna inacessível a grandes grupos (obstaculizando o objetivo da democratização) e lento (entorpecendo a coerência – que defendemos como importante, concordando com Cecílio - com os tempos políticos).

- f- Desenhar operações para enfrentar os nós críticos: ao proporem demandas de operações de maneira pouco aprofundada, as equipes não se articularam para construir uma maior governabilidade, legitimando e viabilizando essas demandas. O desdobramento dos problemas e a mudança na metodologia de planejamento observados a partir de 1994, com a reflexão detalhada sobre o processo de trabalho, contribuiu, em parte, para clarear alguns problemas, mas continuaram aparecendo propostas de operações lineares para enfrentar problemas complexos.
- g- Analisar a viabilidade do plano: esta fase remete a questão da governabilidade. Este passo somente foi realizado em forma absolutamente superficial e rápida, por meio de uma planilha de análise de texto e contexto / positivo e negativo. Questionamos se este passo, bem aprofundado, não teria permitido às equipes aprimorar as propostas de soluções, suprimindo, em parte, a linearidade que nós questionamos sobre o momento explicativo (ao estilo Matus) perdido. Por outra parte, consideramos que é também o momento estratégico, um dos momentos chave para a constituição de um grupo. A maior parte da riqueza da produção de Mario Testa poderia ser resgatada neste momento: análise de questões vinculadas ao poder, ao exercício do pensamento crítico, à reflexão sobre a direcionalidade das ações propostas e à sua coerência, etc. Achamos que a exploração mais aprofundada deste momento gera nos grupos acúmulos críticos que vão além do plano, acúmulos que

começam, deste modo, a formar parte dos recursos de saber e capacidade analítica dos grupos.

No caso em estudo, tentamos evidenciar na análise das Imagens-objeto e dos problemas, como as equipes tiveram dificuldades em se constituir em Ator, ou como grupo potente, com clareza sobre o seu espaço de governabilidade. De fato, seria este o momento chave para a equipe se confrontar com a pergunta: quem somos? Quem são os outros? Estamos imaginando o mesmo futuro? Desejamos as mesmas coisas? Na análise qualitativa dos problemas tentamos mostrar o quanto “ficou faltando” deste tipo de análise na formulação das diferentes Unidades.

- h- Elaborar o plano operativo: pode-se afirmar que este passo foi formalmente cumprido na maioria dos casos. Contudo questionamos o jeito mecanicista com que este momento foi realizado na maioria dos planejamentos. Costumava-se brincar que, em geral, ficava responsável pela operação aquele que saiu cedo da reunião, sem considerar a motivação ou o sistema de prestação de contas que seria implementado. Mas isso nos leva ao ponto seguinte...
- i- Gestão do plano: Segundo Cecílio, *“Fazer uma boa gestão do plano significa conseguir, minimamente que seja sua inserção no sistema de direção adotado pela organização...Na nossa experiência ...alguns re-arranjos institucionais....deverão ser adotados para a execução do plano: a) Gestão colegiada do Plano..., b) organização das pautas de reuniões do Colegiado..., c) envolver as gerências formais com as*

operações que lhe são pertinentes...” Todos os pontos colocados por Cecílio estavam garantidos “estruturalmente”, *a priori*, no Cândido, porém afirmamos que o plano nunca chegou a “colonizar” a vida institucional.

A grande discussão sobre processo de trabalho constatada nas Unidades conviveu com um a agenda do Colegiado de Gestão que, prioritariamente, discutiu problemas da grande estratégia (a sobrevivência financeira do Hospital, por exemplo) ou problemas administrativos, tratados de um modo burocrático: demissões, contratações, etc.¹⁰ Voltaremos sobre estas questões na reconstituição final deste trabalho, já que o assunto extrapola a discussão metodológica.

Discussão:

Da análise precedente, depreende-se o fato da metodologia de planejamento no Cândido ter sido muito eclética e, poderíamos dizer, bem ritualizada: o Planejamento fetiche. Por um lado, a expectativa de onipotência, como analisáramos em relação aos problemas (propunha-se a resolver tudo, até o irresolúvel), por outro, superficial, como se a garantia de eficácia, fosse o fato de planejar em si, com um descompromisso com as formas e conteúdos metodológicos.

Vários passos defendidos por Cecílio como fundamentais para o sucesso do plano foram sistematicamente pulados, ignorados: não houve detalhe na descrição de

atores, não houve esforço em descrever os problemas, a análise de viabilidade foi quase sempre superficial, etc.

Uma outra questão que não deve ser esquecida na análise do processo de planejamento no SSCF é a da rotatividade das pessoas, membros das equipes, gerentes, etc. Este fato, deve ter dificultado a percepção da reiteração dos problemas, mais ainda quando nenhum dispositivo especial foi criado para lidar com isto; porém, nesse cenário, a simplificação metodológica deve ter facilitado a apropriação das técnicas de planejamento pelas equipes.

A metodologia proposta por Cecílio se dispõe, propositalmente, a lidar com a questão dos tempos políticos, e de fato, cria a possibilidade de se realizar, mais rapidamente e com um maior número de pessoas, numerosas oficinas; o que – teoricamente - poderia ter viabilizado uma análise mais histórica do percurso dos planejamentos tal como vinham sendo realizados.

Deve-se reconhecer, contudo, que o esforço metodológico esteve sempre, no caso em estudo, em função dos fins, ou seja em viabilizar a implementação das diretrizes da Reforma Psiquiátrica em uma instituição asilar (ver: ONOCKO & AMARAL, 1997), e as variantes experimentadas perseguiram sempre a finalidade de viabilizar o projeto e construir uma linguagem comum, o que, segundo Testa, seria um dos objetivos primordiais do planejamento.

Porém, em uma análise crítica do Planejamento - enquanto tecnologia -, em uma instituição concreta, é inevitável se perguntar sobre as conseqüências das decisões metodológicas adotadas. Em toda escolha, alguma coisa é ganha, e

¹⁰ Estes dados foram obtidos da leitura das Atas do Colegiado de Gestão desses anos.

outras perdem-se. Neste momento da análise é essa a questão que desejamos colocar.

No Cândido a escolha metodológica teve alguns impactos. Alguns desejáveis outros nem tanto, a nosso ver. Contudo, o que teria acontecido se o processo fosse conduzido de modo diferente é um enigma irresolúvel.

Atribuir potências retrospectivas resultaria ousadia demais, porém, ficam no espaço algumas perguntas:

- O Planejamento, poderia ter dado maiores frutos se outra metodologia tivesse sido utilizada? Ou, um formato mais complexo somente teria conseguido inviabilizar o exercício do Planejamento como uma atividade coletiva da instituição?
- A historicidade desses planejamentos poderia ter sido trabalhada de alguma outra maneira, que houvesse permitido a percepção da reverberância revelada por esta pesquisa e talvez subsidiado mudanças no rumo metodológico?

TENTANDO DESENVOLVER O EMARANHADO:

1- Os saberes "determinantes" e a dinâmica história/tempo:

Até aqui, analisamos o Planejamento, tentando entender como essa tecnologia foi inserida num contexto de mudança institucional.

Para Matus o Plano é a mediação entre o saber e a ação.

Perguntamo-nos, no caso em estudo, entre quais saberes e quais ações? Os saberes que direcionaram a mudança provinham fundamentalmente de dois campos: o da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que já caracterizamos como saber sujeito, nascido de novas propostas teóricas (em geral críticas) em encontro com práticas alternativas já em ação¹¹. Foucault mesmo, cita a reforma da Psiquiatria para exemplificar este conceito. Segundo Foucault:

"Incluso, hay como una extraña paradoja en el querer poner juntos, en la misma categoría de saberes sujetos, los contenidos del conocimiento teórico, metódico, erudito, exacto y los saberes locales, singulares...En ambas formas de los saberes sujetos sepultados estaba de hecho incorporado el saber histórico de las luchas..."(1996)

Agora, se esta questão aparece mais ou menos clara em relação à Reforma Psiquiátrica, achamos que se encontra menos evidente em relação a um segundo grupo de saberes, que também consideramos importante, como foi o surgimento

¹¹ Para os fins deste trabalho, utilizamos os saberes da Reforma Psiquiátrica representados pelas diretrizes que achamos hegemônicas no caso brasileiro. Contudo, alguns autores (AMARANTE, 1996) já demonstraram muito bem como este campo de saberes tampouco é homogêneo.

de um novo movimento na Saúde Pública Brasileira: o chamado Modelo em Defesa da Vida.

Já colocamos que o desenvolvimento da maioria dos conceitos centrais deste movimento foi simultâneo com as mudanças no Cândia. O livro de Campos, *“Saúde pública em defesa da vida”*, fora publicado em 1991. Sem a clareza conceitual de hoje, alguns conteúdos já se anunciavam naquela produção: uma proposta de Saúde Pública compromissada com seu objeto: a produção de saúde e o alívio a dor. Daí derivaram a revalorização e reconstrução da clínica, a apropriação crítica de instrumentos e ferramentas, a análise diferenciada do processo de trabalho e um modelo gerencial centrado na desalienação das equipes de saúde. Estas questões, hoje mais ou menos apropriadas por uma parte do movimento sanitário brasileiro, eram, na época, muito incipientes. Neste trabalho, simplesmente, sem esgotar esta análise, queremos ressaltar que este corpo de conhecimento em formação teve, também, um papel **determinante** nas mudanças propostas para o Cândia. Neste diálogo, as vezes difícil, entre estes dois grandes grupos de saberes (o da Reforma Psiquiátrica e o do Defesa da Vida), é que se deve procurar aquele primeiro saber a qual faz referência Matus; e que o plano, esperava-se, mediasse para a ação.

Contudo, desejamos mostrar como esse diálogo entre estes dois saberes foi difícil. Num certo sentido, a modelagem proposta para o Cândia tinha níveis de definição bem diferentes. Até aqui, sempre que nos referimos à Reforma Psiquiátrica Brasileira falamos de diretrizes. Derivadas da Carta de Caracas (1990), essas diretrizes são (tentamos mostrar isso na análise dos problemas do Cândia) muito genéricas em relação à modelagem, ou seja, dizem muito mais

respeito ao “que fazer” ou “ao que não mais fazer” do que ao “como fazê-lo”. Porém, elas são muito “potentes” (tentamos revelar na análise dos problemas como as vezes elas acabaram sendo “onipotentes”), decorrendo essa força toda, talvez, do fato de serem amplamente consensuadas e difundidas, não somente no Brasil, mas no mundo.

No Cándido, as diretrizes da Reforma Psiquiátrica mais enfatizadas foram¹²:

- Reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde (modelo SILOS, comunidade e redes sociais).
- Revisão crítica do papel do Hospital psiquiátrico.
- Recursos dirigidos a salvaguardar a dignidade pessoal e direitos humanos e civis, e propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário.
- Ajuste das legislações nesse sentido.
- Capacitação de Recursos Humanos nesse mesmo sentido.
- Compromisso das entidades e associações na luta pela reestruturação da assistência psiquiátrica.

Já as diretrizes do modelo em Defesa da vida se propunham, desde o princípio, a serem mais propositivas em relação ao como fazer: “o projeto reformista em saúde ainda é muito anti e pouco pro” reclamava Campos em 1994, sendo que ele mesmo já produzira no seu “Reforma da Reforma” (1992) muitas diretrizes de mudança bem “pro”¹³. Contudo, esses novos saberes careciam do peso e do consenso unânime das diretrizes da Reforma Psiquiátrica. A proposta de um

¹² Fonte: Declaração de Caracas, in: “Trancar não é tratar”, Conselho regional de Psicologia – 6ª Região/ SP/ 1997.

¹³ Neste texto já aparecem esboçadas algumas questões: a necessidade de ampliar a clínica e que desinstitucionalização não deveria significar desassistência. (CAMPOS, 1992)

modelo que tentava resgatar a clínica, em contradição com diretrizes nas quais a reinserção social era o eixo da cura, permeava, em grande parte, a numerosa referência a problemas sobre o processo de trabalho constatados no Cândido; e, também, algumas das mudanças nas Imagens-objetivo (i.e. no caso do NOT essa parece ser a grande questão até hoje: o trabalho sozinho cura?).

Resumindo, dessa síntese instável e mutante entre diversos saberes esteve conformado "o saber" que se pretendia fosse mediado pelo plano para a ação.

Estes saberes em pugna, defendemos, se articularam em um primeiro momento do Planejamento e mediaram a formulação das Imagens-objetivos. Em um certo sentido, as mudanças que já detalháramos nas Imagens-objetivo de cada Unidade, não só obedeceriam a diferentes modulações do contexto, que sugerimos na análise do material empírico, mas, também, poderiam ter estado refletindo as diferenças de hegemonia entre estes saberes nos distintos momentos da instituição.

Na nossa análise das mediações queremos alertar, com isto, a existência de linhas de *determinação* e *condicionamento* que se dão as vezes no mesmo plano, confirmando a nossa hipótese de que a determinação não só acontece na direção vertical e de cima para baixo, mas como rede que entrecruza espaços.

Em relação à nossa linha de reconstituição *História/Tempo* observamos como é mais fácil a estruturação de um significado histórico na instituição (e também de um dado sentido) quando referido a diretrizes potentes, consensuais e específicas, como as foram, no caso, as da Reforma Psiquiátrica, do que quando dizem

respeito a outras menos legitimadas e potentes (as do Modelo em Defesa da vida¹⁴).

Queremos, neste momento, trazer à reflexão, então, o papel das diretrizes em relação ao Planejamento e aos processos de mudança institucionais, além do caso singular em estudo. Sem dúvida, trabalhar com diretrizes é um recurso muito potente, no sentido de que elas permitem confrontar, a todo momento, o plano com “algum rumo”. O uso das diretrizes, desta maneira está, poderíamos dizer, mais para o Pensamento Estratégico do que para o PES, mais para direcionar projetos e processos – diria Testa – do que para propor receitas. Mais voltado à construção de sentido e mudança de cultura institucional do que à operacionalização instrumental.

Quando Matus coloca que o “*plano é a mediação entre saber e ação*”, ele está pensando em um saber homogêneo, ou pelo menos hegemônico para o grupo no governo, que é anterior ao plano, é um “dado saber”. Contudo, achamos que essa situação é rara nas condições mais freqüentes de intervenção institucional. As instituições estão atravessadas por saberes às vezes contraditórios ou até antagônicos; e esse é um problema que o Planejamento não se propõe a resolver. A proposta Matusiana desconhece esta condição, o mesmo não acontecendo, contudo, com o Pensamento Estratégico, desde que a Teoria é determinante do Método no Postulado da Coerência de Testa.

Apesar de considerarmos o Planejamento como um instrumento que visa a operacionalização de ações, consideramos que o uso de diretrizes dentro do

¹⁴ - Nos referimos ao fato das diretrizes do Modelo em Defesa da Vida, serem, naquele momento, não somente pouco hegemônicas no campo da saúde Pública como, também ainda, pouco carregadas de especificidade para a área de

processo de Planejamento poderia contribuir para a “coerência global” das propostas no marco da mediação de processos de mudança. Assumir esta questão significa também, portanto, questionar a onipotência tecnocrática do Planejamento e colocá-lo – no espaço de mediação – junto com outros grupos de dispositivos viabilizadores de mudança.

Para isso, se faz necessário uma “recolocação” do Planejamento, enquadrando-o como dispositivo, capaz de subsidiar a construção de subjetividade, de “abrir as possibilidades para a superfície de produção aparecer” – na linguagem dos institucionalistas - e não aceitar mais a sua tradicional posição de dispositivo de controle, destinado a enquadrar os trabalhadores. Quando explicitamos esta opção não pretendemos afirmar que os instrumentos são neutros, mas que a sua capacidade de agir numa ou outra direção pode ser intencionalmente dirigida pelos grupos e organizações que os aplicam. Não existem ferramentas progressistas ou reacionárias “em si”, mas no contexto de aplicação; o que reforça nossa idéia sobre a importância de se estudar estes dispositivos no espaço de mediação.

A apropriação de diretrizes pelos grupos, tentamos mostrar, é um processo demorado, reflexivo e, achamos, deveria sempre ser crítico; ou melhor: deveria pressupor sempre direito à apropriação crítica.

Só que, classicamente, esta é uma etapa anterior ao planejamento. Para Matus, o ator em situação antevê um projeto. Na vida real das organizações isto não é bem assim. Alguém formula um projeto, imaginemos, uma parte ou (no melhor dos casos) todo o grupo dirigente. Daí, à passagem a um consenso democrático da

maior parte das pessoas envolvidas em uma instituição, existe uma distância muito grande. E daí, à “tradução” dessas diretrizes para cada contexto singular, mais ainda.

O que defendemos, ancorados na evidência empírica do caso em estudo, é que o Planejamento, se saísse de seu enquadramento clássico, teria capacidade instrumental para subsidiar processos de “tradução de diretrizes”. Que queremos dizer com isto? Parece-nos evidente que, por exemplo, “vínculo” e “resolutividade” não podem significar o mesmo para uma Unidade de Agudos e para um Hospital-dia. Na primeira, o vínculo deveria ser muito enfatizado desde o acolhimento, já que não há tempo para longas construções de inter-subjetividades. Num Hospital-dia os tempos de vinculação com o serviço, mais longos, permitiriam outra abordagem. Numa Unidade de Agudos, a resolutividade tem de ser entendida como melhoria sintomática e encaminhamento eficaz, porque o contrário “cronificaria” a internação. Num equipamento do tipo Hospital-dia, a resolutividade deveria ter um compromisso maior com a eficácia, no sentido de melhorar – concretamente – o modo de andar a vida de seus usuários e ampliar a rede de ajuda social...Enfim, essas questões o Planejamento poderia contribuir muito para clareá-las, potencializando, com sua lógica mais operativa, a capacidade das Equipes intervirem no desenho das próprias Unidades.

Já tentamos, neste trabalho, denunciar o papel “pesado” das diretrizes da Reforma Psiquiátrica no caso em estudo. Peso que o Planejamento não parece ter conseguido diminuir. Se pensarmos o Planejamento como um dispositivo que deveria contribuir para gerar significados comuns, espaços de fala, nos quais seria possível encarar a construção coletiva do futuro (futuro dialógico, porém crítico),

parece-nos que, no presente caso, o Planejamento não conseguiu desempenhar este papel.

Mas, voltando à História, será que isso seria possível na desconstrução de um manicômio? Imaginemos um espaço de discussão como o que propomos em uma instituição que acaba de ser colocada em xeque por meio de uma intervenção. Nesse contexto, criticar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica poderia resultar em uma coisa muito semelhante ao suicídio. Poderes cristalizados, saberes rígidos, enfim: “a Psiquiatria” sendo cutucada com luvas de veludo? Colocamos aqui, então, a possibilidade de uma determinação dos Métodos pela História, o que parece uma contradição com o Postulado da Coerência de Mario Testa¹⁵. O que nos interessa, além da polêmica com Testa, neste momento, é reforçar nosso argumento de que as mediações não podem ser resumidas a “setas” e conceitos lineares (do tipo determinação/condicionamento), mas que devem ser analisadas na sua singularidade e multifacetismo. Redes emaranhadas em busca de um fio de Ariadne, e, no fundo, sempre um minotauro escondido.

Agora, se este constrangimento histórico era válido em 1992, não o seria mais em 1996. Em 1996, muita coisa já havia mudado no Cândido, e o fantasma do manicômio era quase que só isso: fantasma. Mas sabemos como é difícil, na vida, lidar com os nossos fantasmas, o quanto eles nos dirigem, às vezes sem que tenhamos real percepção disso. Pareceria que as instituições não são alheias a esse tipo de constrangimento. De novo, não parece que o Planejamento seja o

¹⁵ No Postulado da Coerência, Testa defende que a história determina a organização, e esta – a organização – condiciona os métodos. No nosso caso, ainda assumindo que a história determinou a organização e que foi esta que determinou o método, teríamos uma contradição com o postulado “testinano”, por se tratar de uma determinação (positiva) e não de um condicionamento (restritivo) da organização sobre o método.

melhor dispositivo para lidar com essas difíceis questões: a solidez das fantasias fantasmáticas.

2- A história das seqüências e as seqüências da História:

Quando analisamos as Imagens-objetivos tentamos demonstrar que houve, naquele momento, a “cristalização” de uma primeira fase da mediação. Desejamos voltar agora à reflexão sobre certa seqüência de aparição de nossas linhas de análise, já constatada no estudo do material empírico (problemas).

Em várias das Unidades, coincidentemente, comprovamos, a seguinte aparição cronológica de categorias:

- Uma primeira reflexão das equipes sobre os seus *campos/núcleos* de competência, de modo bastante genérico e, em geral, se sobrepondo parcialmente com a formulação das Imagens-objetivos. Como já colocamos, consideramos que, por uma parte, na definição de Imagens-objetivo se dá o primeiro passo para a definição do *campo e núcleo* de responsabilidades e competências das equipes; mas, enquanto mediação, as Imagens-objetivo têm a potencialidade de serem mais do que isso; de serem projeção de rumo segundo diretrizes dadas. A isso nos referimos como primeira fase de cristalização da mediação.
- Uma segunda fase, na qual as equipes apareciam quase que “naturalmente” se debruçando sobre o *processo de trabalho*. Parece coerente. Sabendo-se “o que fazer”, se passaria a pensar em “como fazê-lo”.

- Decorrente desse passo anterior, volta à reflexão a questão do *campo/ núcleo*; mas agora em relação a *conflitos* potenciais ou reais com os outros (o fora da Unidade),
- Para voltar sobre o *processo de trabalho*, repensando de novo o *campo/ núcleo*; agora em relação ao dentro da própria Unidade e à questão da multiprofissionalidade.

Desejamos fazer algumas reflexões a respeito desta seqüência empírica constatada. A primeira para alertar que o jogo de negociações provisórias, defendido por Campos & Cols., que daria lugar a definições mais precisas sobre *Campo/núcleo*, é um jogo complexo e demorado, e que requer, das equipes, para serem aprimoradas, um certo amadurecimento preliminar sobre o *processo de trabalho*. Dá-se a impressão de que as Equipes não conseguem fazer esse movimento sem antes acontecer uma certa estruturação do grupo como tal. Neste sentido, consideramos que o uso proposital dos conceitos *campo/núcleo* no processo de planejamento poderia contribuir para a própria constituição do grupo, com maior rapidez e clareza. Ou seja, sustentamos, que a definição de um objeto de trabalho comum (o qual, no sentido ampliado que estamos dando aos termos, seria o "*núcleo*" da Unidade), poderia ser um aliado na constituição dos grupos e também para viabilizar as primeiras discussões sobre o *processo de trabalho* na linha defendida por Merhy.

Neste primeiro momento, então, o uso dessas linhas ocorreria em um sentido ampliado, visando à construção do *núcleo* de intervenção de cada Unidade. O processo poderia ser considerado, até aqui, sobreposto com a formulação da

missão de cada Unidade, no sentido de que se tentaria definir quais produtos, para que usuários, etc.

Parece-nos que somente depois disso, as Equipes conseguiriam negociar os papéis dos seus integrantes no interior da Unidade, o que implicaria uma verdadeira abordagem da questão da multidisciplinariedade, agora, o que era o “núcleo” da Unidade se transforma em “campo” da Equipe, o que, voltando a Merhy, reposiciona a discussão dos saberes no sentido da sua heterogeneidade e permanente disputa. O espaço do trabalho vivo, acreditamos, só conseguiria aparecer se a equipe se defrontasse, generosamente, com os seus próprios saberes, discutindo-os a partir da sua especificidade (os *núcleos*: o que é que só o psicólogo sabe fazer?) e dos compromissos coletivos (os *campos*: o que é que todos devemos fazer partindo dos próprios saberes?). Este “a partir”, então, seria ponto de partida – e não de chegada. Partida, por outro lado, para o encontro e não para uma nova torre de Babel na qual ninguém mais entenderia o linguajar do outro. Partida na direção de um lugar no qual existiria espaço para a obra pessoal de cada um, e também, para montar a ópera completa, ainda que a harmonia não fosse perfeita.

Esta proposta de resgatar os *núcleos* dos saberes mais específicos, achamos, é muito interessante de ser explorada na área da saúde mental, tão tendentes a linhas e escolas, que ainda todas dentro da área “psi” travam lutas ferozes. O respeito e a valorização dos *núcleos* dos diferentes profissionais permitiria assim, que cada um mantivesse como atividade matricial um espaço de trabalho que respeitasse a sua linha ou corrente, sem comprometer os acordos coletivos que continuariam a ser negociados. A isto nos referimos como o espaço da obra

pessoal; a negociação sobre o *campo* (e sobretudo sobre o “como fazer” do *campo*) seria o espaço de montagem da obra coletiva (a ópera).

A segunda reflexão que trazemos, a partir destas evidências empíricas, quer alertar sobre a inutilidade de se tentar “forçar” esta seqüência em outra direção. No Cândido a tentativa de promover a discussão sobre o *processo de trabalho*, constatada a partir de 1995, não conseguiu evitar que grande número de problemas relacionados ao *processo de trabalho* continuasse reverberando e que a discussão sobre *campo/núcleo* voltasse à pauta. Este “abaixar” de uma tecnologia, de um modo uniforme para todas as Unidades, desconheceu a diferença de tempos “internos” e acúmulos diferenciados das equipes.

Assim, as dívidas anteriores ficaram “faltando”, reverberando, circulares, sem solução, como tentamos mostrar no caso do NOT ou do HD.

Sem receitas: debruçar-se sobre o *processo de trabalho* – diga-se de passagem, viés bem “Lapiano”- não resolve aquelas questões vinculadas a déficits na clareza sobre o rumo do projeto (diretrizes), ou de competência e responsabilização (*campo/núcleo*) nem a falta de constituição dos grupos como tais. Aliás, se novos saberes e propostas tecnológicas não mediarrem essa reflexão, somente será uma anti-reflexão, reflexão reprodutora do status quo, que age no nível das faltas, mas, faltas de “mais do mesmo” (neste sentido o caso do HD é paradigmático).

Deve-se reconhecer, contudo, que existe no Cândido uma outra característica que deve ter influenciado este “forçar” das seqüências (uma daquelas soluções que arregam problemas...), o fato do Assessor de Planejamento fazer parte do Colegiado de Gestão. Isto traz, sem dúvidas, algumas vantagens, como a de garantir um espaço de articulação para as questões levantadas pelas Equipes

locais. Porém, fazendo parte da “Alta Direção” da Instituição, perde-se a potencialidade de um olhar “de fora”, mais sensível às particularidades de cada grupo ou Unidade. Tratando-se de um período no qual o Cândido esteve em xeque pela difícil situação financeira, pode-se compreender porque pareceria que os esforços estiveram dirigidos mais à coerência externa, dimensão macro, do que aos aspectos micropolíticos.

Contudo, deve-se reconhecer que esse esforço realizado, em 1995, para estimular a reflexão sobre o *processo de trabalho* teve, provavelmente a finalidade de promover a discussão sobre o outro grupo de diretrizes, aquelas do Modelo em Defesa da Vida. O que questionamos aqui, é se, para essa finalidade, talvez, outros dispositivos, que não as oficinas de planejamento, poderiam ter trazido melhores resultados. Nesta linha, pensamos, as diretrizes do Modelo em Defesa da Vida foram se constituindo como significado em relação à *História*, em um ritmo mais demorado que as da Reforma Psiquiátrica, porém foram sendo apropriadas, gradualmente, por grande parte da instituição. Além ou aquém da crítica sobre se o Planejamento foi o dispositivo mais apropriado, se propôs esse objetivo e o conseguiu. Diretrizes como Vínculo, Responsabilização, Resolutividade, Acolhimento, etc., são hoje moeda corrente no Cândido. Há aqui uma mediação efetivamente cumprida! Mais um recurso – de saber – com o qual hoje as equipes podem contar.

Quando afirmamos, na avaliação metodológica, que o plano não conseguiu “colonizar” a instituição, nos referimos ao fato dos problemas relacionados ao *processo de trabalho* não terem entrado na Agenda do Colegiado de Gestão massivamente. Não que achemos que todos esses problemas deveriam entrar na

grande agenda da instituição, contudo, já analisamos como alguns precisavam de amarrações no nível macro da organização para serem resolvidos.

Porém, apesar disso, as equipes começaram a nomear como problemas questões vinculadas ao processo de trabalho e indefinição do Modelo Assistencial. O que mediou? Talvez tenha sido a insistência da Assessoria de Planejamento em colocar esses temas na pauta “local” das equipes, talvez o papel de algumas supervisões, cursos, debates internos, seminários.

Não tendo conseguido “ocupar” a pauta do Colegiado de Gestão, nem forçar algumas definições macro na organização, a mediação destas diretrizes ficou manca, perdendo as soluções pelo caminho: um número maior de problemas sobre o *processo de trabalho* foi detectado do que resolvido. A razão? Atribuímos uma parte, e somente uma parte, à questão metodológica, o restante, consideramos, deve-se à falta de uma análise mais histórica do processo vivido pela instituição e da sua re-significação para todo o coletivo da organização. A análise da complexidade foi perdida. E as Equipes ficaram em risco de se transformar em partes isoladas, “perversamente autônomas”.

Este “descolamento paradoxal”¹⁶ do Planejamento do espaço da macropolítica institucional, gerou, achamos, uma autonomia “perversa” das Unidades assistenciais. Tendo-se perdido os princípios de um sistema de petição e prestação de contas, assentado sobre critérios mais ou menos explícitos, as Unidades tiveram “toda” a autonomia para algumas coisas e nenhuma para outras. Assim, o Colegiado passou bastante tempo “apagando incêndios” para, a cada

tanto, acordar como pai autoritário e abaixar “a lei”, cobrando pesado “as faltas”. A insatisfação institucional percebida pela Unidade de Agudos, e que já detalhamos na análise do material empírico é, consideramos, prova disso. Se a Unidade de Agudos continuou nos moldes manicomial, pareceria que os culpados eram, somente, os membros da Equipe, como se a Instituição Cândido não tivesse responsabilidade nenhuma sobre isso, a não ser para falar, de vez em quando, que a Unidade poderia ser fechada.

Se bem concordamos com o intuito de estimular na linha da ação, movimentos nas equipes, achamos que existe no Lapa uma certa compulsão para o agir, marchar, ainda que sem saber muito bem para onde; o que, às vezes, se volta contra os próprios grupos, deixando “manca” a reflexão crítica. Perdendo também, parte do rigor metodológico no caminho, o que piora a situação.

Porém, o Cândido mudou. É outro. Se o Planejamento teve todos estes limites que estamos colocando, o que mais haveria mediado a mudança?

No caso em estudo, outros dispositivos tiveram lugar, sem dúvida, na hora de sustentar a mudança de modelo: gerência colegiada, equipes multiprofissionais, supervisões na linha da análise institucional, etc. Não dispomos de material empírico, neste trabalho, que nos permita avaliar a potência ou qualificar cada um desses outros dispositivos. Nas limitações identificadas no Planejamento, achamos as evidências – indiretas - de que houve outros dispositivos com potencialidade mediadora.

¹⁶ - Chamamos este descolamento de paradoxal pelo fato, já explicitado, do Assessor de Planejamento ser parte do Colegiado de Gestão na instituição. Porém, dá-se a impressão destas duas lógicas – a das equipes se debruçando sobre o processo de trabalho e o Colegiado sobre as questões macropolíticas – terem sido inconjugáveis.

A índole dos problemas reverberantes constatados é de tal complexidade que permite afirmar que nem o melhor dos planejamentos, nem provavelmente qualquer outra tecnologia, por si só, teria conseguido resolvê-los. Aceitar o contrário significaria assumir que a complexidade da vida - e da vida institucional em particular - cabe nos quadradinhos de um plano ou de qualquer outro dispositivo singular.

3- O Planejamento também tece sua teia:

... "Valeu a pena?"

Tudo vale a pena,

Se a alma não é pequena..."

Fernando Pessoa

Então, qual foi o resultado positivo do Planejamento?

Mesmo algumas das questões que criticamos têm seu lado positivo. Ao fim, a vida real esta composta de "dobras". Esta compulsão pelo agir, que criticamos quando constrangedora e limitante da reflexão, tem sido no Cândido, achamos, uma das chaves para quebrar a rigidez estrutural do manicômio.

Durante os anos analisados, o Planejamento constituiu o espaço deliberativo por excelência da instituição, contribuindo para "encher" as pautas iniciais dos colegiados das equipes locais. Numa organização que estava tentando instituir as Unidades de Produção, com equipes multiprofissionais, visando superar a lógica

verticalista e departamentalizada clássica das organizações de saúde, isto parece-nos fundamental.

Neste sentido, o Planejamento foi um dos dispositivos privilegiados para a participação:

*“Contudo, consideramos que o ganho mais importante no Cândido é a participação das equipes neste planejamento de modo regular. Assim, cerca de 210 profissionais constituem o órgão planejador. O planejamento não é só assunto de gerentes. Ele envolve a instituição na sua totalidade e isso gera um movimento de mudança **que nenhum método poderia, por si só, propiciar.** Além de uma riqueza e um potencial de criatividade insubstituíveis.”* (ONOCKO & AMARAL, 1997. Negrito nosso)

Para Testa, a crise do Planejamento está vinculada a duas questões: uma tendência hiper crítica sobre o próprio Planejamento, no sentido que este não serviria como ferramenta decisória nos países capitalistas, e de que ele próprio seria um instrumento de dominação ideológica da classe dominante. Segundo este autor, as duas teriam um pedaço de verdade, mas “as meias verdades são piores do que as mentiras completas”. Para Testa, o Planejamento possui outras funções, como as de estimular o crescimento e criar possibilidades de mudanças: *“outra coisa que ocorre com o planejamento é a busca de novos caminhos que lhe permitam exercer a ação positiva para a qual supostamente deve servir”*. Dialogando com Habermas, Testa prossegue: *“esta confusão leva à irracionalidade da história que contribuimos para fazer e que continuaremos fazendo (de maneira irracional), se tentarmos resolver o problema aumentando o controle da força central que planeja, em lugar de avançar cada vez mais para*

níveis superiores de reflexão, pela ação consciente do povo que luta por sua libertação. Em consequência disso, o plano adquire sentido à medida que proporciona uma linguagem e uma estrutura comunicativa, na qual o povo debate sua história e seu futuro.” (TESTA, 1992)

Concordando com este autor, é que consideramos que o Planejamento contribuiu significativamente para a mudança institucional do Cândido, criando, sem dúvida, uma estrutura comunicativa. Tendo-se perdido, talvez, no caso em estudo, fundamentalmente, o pé histórico deste processo proposto por Testa; pé que esperamos haver contribuído para restituir, com este trabalho, pelo menos em parte.

O Planejamento tal qual apostamos não é mais, então, uma receita pronta. Nem devedor de uma metodologia só. É dispositivo, agenciador, analisador, enfim, permanente movimento. Espaço de troca e de participação. De fala protegida e de organização. De operacionalização e também de reflexão crítica.

Não é determinista, casuísta, nem linear. É analítico. Mais pergunta que responde. Porém, não faz só perguntas ingênuas. Ele tem fins, sentidos. Faz perguntas dirigidas ao rumo das diretrizes e à transformação. Subsidiaria o crescimento e subverte a ordem de poderes estabelecidos. Mas, formula um “para quê” inicial, que o antecede. Tem propósitos explícitos. Presta conta e aceita prazos para os desafios, ou pelo menos, se desafia com prazos.

Ele detém uma certa capacidade de organizar os grupos para a ação. Não perde a sua potência instrumental, só que essa deixa de ser sua única lógica. Ele segue uma lógica intencional, mas também uma outra analítica, necessária para o amadurecimento e constituição dos grupos que planejam.

Como toda tecnologia, ele implica certos saberes. Contudo, o Planejamento que propomos inclui alguns saberes que estão além dos métodos prontos – chame-se PES ou qualquer outro - sem que com isto queiramos desconhecer a importância de se trabalhar competentemente com a ferramenta metodológica.

O Planejamento que propomos precisa ser "instituído" ainda. Das agências oficiais de governo até o menor dos Centros de Saúde, há muito plano linear e quadradinho, pretendendo dar conta – sozinho, onipotente – de questões complexas. Os famosos problemas quase estruturados que Matus se propõe a resolver, tendo elaborado para isso uma abordagem interessante - e também muito complexa, diga-se de passagem – são só uma parte da leitura da complexidade do mundo real. Eles são também "recortes". Esta proposta metodológica visa abordá-los a partir da racionalidade. Está aí o seu limite. Quando Testa polemiza com Matus sobre a necessidade de colocar o Método de Planejamento em situação histórica, abre o caminho para esta, nossa reflexão.

De Freud até hoje, já quase ninguém (ficam ainda alguns neopositivistas nas suas torres de marfim) acredita que o mundo, os problemas, as coisas, possam ser explicadas simplesmente pela razão. Vivemos em espaços subjetivos, permeados pelo encontro e desencontro de nossas subjetividades, valores, crenças. O Planejamento, por mais estratégico que se pretenda, não poderá dar conta nunca dessas questões desde certa linearidade racional (sem falar de que, às vezes, ele fica excessivamente linear, perdendo, aquela outra racionalidade, a dialética, que poderia muito bem ajudá-lo). Não que achemos que o Planejamento seja "a receita" para dar conta das subjetividades nas organizações, mas, acreditamos, que ele não pode mais continuar surdo a essa importante questão. O

Planejamento, como dispositivo que aqui estamos propondo, seria mais um espaço para a subjetividade aparecer. Quem assessora em Planejamento, em qualquer instituição, deveria incorporar entre os seus saberes, na sua caixa de ferramentas, a capacidade da escuta. Não só ouvir. Escuta aprimorada daquilo que, às vezes, fala em silêncio. Tampouco estamos propondo que este seja um mega assessor, nem que os planejadores viam psicanalistas. De novo, saber composto, dialógico, fragmentado e limitado, mas que vai ao encontro. O Planejamento que almejamos, então, não é mais um corpo “inteiro”, é escindido, fissurado, porém vivo e desejante. Contudo, ele descansa sobre o que tem de mais próprio: o domínio de certas técnicas que visam operacionalizar ações, potencializando os grupos para implementar suas mudanças.

Tentamos, com estas afirmações separá-lo (porém não isolá-lo) da análise institucional, por exemplo. Ele não se propõe a autogestão, mas constrói coeficientes crescentes de co-gestão. Não se propõe a acabar com as instituições, mas fazê-las lugares dignos de se percorrer. Espaços que facilitem “andar a vida”, não somente dos usuários, mas também a de todos aqueles que partilhem o “fazer saúde” e ousem sonhar com um mundo melhor.

4- O fio de Ariadne da pesquisa:

Tentamos, até aqui, colocar algumas conclusões da pesquisa no intuito de contribuir para uma reflexão que se pretende no campo do Planejamento, porém, possível de ser formulada somente a partir do caso singular em estudo.

Achamos que algumas das críticas formuladas ao Planejamento neste trabalho, poderiam ser igualmente levantadas pelo estudo de muitos outros casos singulares. Já é quase senso comum para grande número de nós, assessores de planejamento, que as oficinas produzem, o que já sabemos, ou queremos, que produzam em termos de “planos”. Então, para que fazê-las? Então, qual a importância do caso singular?

Por um lado, consideramos que isto reforça nossa teoria sobre o fato de que o mais importante produzido nas oficinas de planejamento não são somente planos. Coisas acontecem com as pessoas nesses encontros. Contratos se estabelecem. Prioridades são explicitadas. Até aí, este raciocínio reafirma as questões levantadas no ponto (3) anterior.

Agora, em relação à pesquisa, qual a importância do caso? Para que beber no empírico?

Desejamos ressaltar a riqueza analítica de se estudar tecnologias no espaço de mediação. As “falhas” do Planejamento detectadas no presente estudo só puderam ser percebidas quando colocadas num contexto histórico, metodológico e institucional singular. Qualquer planilha de planos do Cândido analisada isoladamente poderia subsidiar, no máximo, uma crítica à metodologia empregada. Seria essa, a análise dos quadradinhos dos planos no marco do quadro do Planejamento. Tentamos outra tarefa: deixar o Planejamento falar. E achamos que falou. Bastante.

O caso escolhido foi um facilitador neste sentido. São poucas as instituições que contam com o acúmulo de informações de tantos anos, rigorosamente guardadas.

Também são poucas as instituições que fazem da gestão democrática o desafio do dia-a-dia.

O caso do Cândido foi, também, facilitador por se tratar de um serviço de Saúde Mental. Não que achemos que as questões levantadas sejam específicas do Cândido ou da Saúde Mental, pelo contrário, já dissemos que consideramos potencialmente “extrapolável” a discussão final. Porém, há uma trajetória de crítica à clínica na área da Saúde Mental, que, pensamos, facilitou a “leitura” da questão dos saberes.

Paradoxalmente, há na área da Saúde Mental uma certa “candura” ao se aproximar de tecnologias e ferramentas vindas da Saúde Pública ou até das teorias de administração. Pareceria como se o pessoal fosse mais “mental” que “saúde” (eles mesmos se chamam de “mentales”). Outra dobra. Para algumas questões, uma aproximação mais ingênua pode ser formidável, para outras, formidavelmente perigosa. Os serviços de Saúde Mental têm muito a apreender com alguns acúmulos da área da Saúde Pública. Assumir que são parte da saúde, por exemplo, e como tais permeados pelas contradições e hegemonias da hora e do setor.¹⁷ Não adianta se aproximar somente encantados ou absolutamente desconfiados: está aí outro desafio para a troca. Por outra parte, a Saúde Pública tem muito a apreender com a Saúde Mental. A defesa da especificidade, por exemplo, a valentia para reinventar a clínica, a centralidade do papel dos usuários e o respeito pela sua subjetividade. Enfim, queremos defender que essas convicções, também são resultados deste trabalho, e foram possíveis de serem

construídas a partir do posicionamento – no espaço intermediário – que tentamos manter ao longo da pesquisa.

Espaço de mediação, espaço do devir dos processos, nos quais estaria escondido “o segredo da eficácia das atividades” – segundo Testa – e a possibilidade de perceber que, por fortuna, o mundo, ainda está cheio de segredos, de labirintos que esperam que nos internemos neles. E que os saberes, diversos, múltiplos, podem ser nosso fio de Ariadne provisório, se não nos esquecermos que no mundo também existem Medeias.

“El sol de la mañana reverberó en la espada de bronce. Ya no quedaba ni un vestigio de sangre.

- Lo crearás, Ariadna? – dijo Teseo -. El minotauro apenas se defendió.”

J.L. Borges

La casa de Asterión/ El Aleph

¹⁷ Alguns dos “riscos” explicitados por alguns autores (AMARANTE, 1992; NICÁCIO, 1989) para a Reforma Psiquiátrica (o viés preventivista ou o simples *aggiornamento* da psiquiatria tradicional) seriam na nossa opinião mais fáceis de serem enfrentados se esta ligação fosse explicitamente assumida.

“Nós passamos os anos da crise resistindo e não desistindo”.

Williams Valentini

Superintendente do S.S.C.F.

SUMMARY:

This work analyses the role of planning technologies in a changing institutional environment in which they are included, for studying purposes, as an intermediate space.

This is a qualitative study, in which planning technologies were faced with theoretical landmarks of the Public Health area. A Case- Study was performed, at the "Cândido Ferreira" Health Service, in Campinas, São Paulo State, Brazil, to attain this goal.

Results are presented in their relationship with the planning methodology used in this case, as well as in their institutional setting, as a tool to rebuilding the historic process in the studied period (1992-1996).

Conclusions are made as to propose a methodological approach trying to stimulate the use of planning technologies as an institutional changing agent.

The proposal includes methodological issues such as the use on purpose of directrices, an "input sequence" suggestion involving a few concepts (field/nucleus, working process, etc.) and the overcoming of the Planning instrumental logic, embodying an intentional logic and another one which is analytical. The focus is on the importance of Planning being able to set up a dialogue with other theoretical corpuses: institutional analysis, psychoanalysis, public health and so on.

BIBLIOGRAFIA:

- AMARANTE, Paulo. *O planejamento na desconstrução do aparato manicomial*. In: Planejamento criativo (Gallo, E. org.). Rio de Janeiro, Editora Relume-Dumará, 1992.
- AMARANTE, Paulo. *O homem e a serpente*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 1996.
- BAREMBLITT, Gregorio. *Compendio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro, Editora Rosa dos Tempos, 1992.
- BERLINER, Howard S. *A larger perspective on the Flexner report*. International Journal of Health Services, Volume 5, Number 4, 1975.
- BLOCH, Carlos & TESTA, Mario. *Estado y salud*. Buenos Aires, OPAS nº 5, 1988.
- BRUNO, Gonçalves Ricardo. *Processo de trabalho em saúde*. São Paulo, 1988.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Saúde pública em defesa da vida*. São Paulo, Hucitec, 1991.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo, Hucitec, 1992.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; MERHY, Emerson E. & NUNES, Everardo. *Planejamento sem normas*. São Paulo, Hucitec, 1994.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; CHAKOUR, Maurício & SANTOS, Rogério. *Notas sobre residência e especialidades médicas*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, dez, 1997.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa, *Reflexões sobre a clínica*, notas de aula: curso de pós-graduação, DMPS /FCM / Unicamp. Campinas, 1997.

- CASTELLANOS, Pedro Luis. *Sobre el concepto de salud/enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud.* OPAS, Boletín Epidemiológico, Vol.10, nº 4, 1990.
- CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira (org.). *Inventando a mudança na saúde.* São Paulo, Hucitec, 1994.
- CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. *Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental.* In: *Agir em Saúde* (Merhy & Onocko, orgs.) São Paulo, Hucitec, 1997.
- CHORNY, Adolfo. *Enfoque Estratégico para el Desarrollo de Recursos Humanos.* Educación médica y salud, Vol 24, nº 1, 1990.
- FOUCAULT, Michel. *Genealogia del racismo.* Buenos Aires, Ed. Altamira, 1996.
- GIOVANELLA, Ligia & AMARANTE, Paulo. *O enfoque estratégico do Planejamento em saúde e saúde mental.* In: *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica* (Amarante, org.) Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1994.
- ISAZA, P. A. *La planificación en salud en América Latina.* Revista de la escuela Nacional de Salud Pública, Vol 2, No 2. Medellín, 1976.
- LECHNER, Norbert. *La conflictiva y nunca acabada construcción del orden deseado.* Chile, Siglo XXI Editores, 1981.
- LECHNER, Norbert. *Los patios interiores de la democracia.* Chile, Editorial Fondo de Cultura Económica de Chile, 1990.
- MATUS, Carlos. *El plan como apuesta.* Venezuela, Fundación ALTADIR, 1989.
- MATUS, Carlos. *Política, planejamento & governo.* Brasília, IPEIA, 1993.

- MERHY, Emerson E. *Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil*. In: Razão e Planejamento (Gallo, org.) São Paulo- Rio de Janeiro, Hucitec - Abrasco, 1995.
- MERHY, Emerson E. *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo*. In: Agir em Saúde (Merhy & Onocko, orgs.) São Paulo, Hucitec, 1997.
- MINAYO, Maria Cecília. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, Hucitec-Abrasco, 1993.
- NICÁCIO, Maria Fernanda. *Da instituição negada à instituição inventada*. In: Saúdeloucura I (Lancetti, org.) São Paulo, Hucitec, 1989.
- NOGUEIRA, Roberto Passos. *Perspectivas da qualidade em saúde*. Rio de Janeiro, Qualitymark, 1994.
- ONOCKO, Rosana & Amaral, Márcia. *Cândido Ferreira: experimentando uma mudança institucional*. In: Agir em Saúde (Merhy & Onocko, orgs.) São Paulo, Hucitec, 1997.
- OPS. *Problemas conceptuales y metodológicos de la programación en salud*. Washignton, OPS. Publ. Científicas No 111, 1965.
- TESTA, Mario. *Salud pública: acerca de su sentido y su significado*. OPAS, Publicación Científica, nº 540, 1992.
- TESTA, Mario. *Pensar en salud*. Buenos Aires, Lugar Editorial, 1993.
- TESTA, Mario. *Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde*. São Paulo- Rio de Janeiro, Hucitec- Abrasco, 1995.
- TESTA, Mario. *Saber en salud*. Buenos Aires, Lugar Editorial , 1997.
- TESTA, Mario. Notas de aula, *Seminário sobre metodologia da pesquisa*, Campinas, 1998.

- RIVERA, Francisco Javier Uribe. *Agir comunicativo e planejamento social*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1995.