

SUBJETIVIDADE E ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL: CONSIDERAÇÕES SOBRE MODOS DE GERENCIAR O TRABALHO EM EQUIPES DE SAÚDE

Gastão Wagner de Sousa Campos

(Publicado no livro "Agir em Saúde", editora Hucitec, 1997; org: Emerson E. Merhy e Rosana T. Oncko)

1- O PARADOXO ENTRE A ATRIBUIÇÃO INSTITUCIONAL DE RESPONSABILIDADE E A AUTONOMIA PROFISSIONAL:

Um dos principais segredos para assegurar qualidade em saúde estaria na adequada combinação de autonomia profissional com certo grau de definição de responsabilidade para os trabalhadores. Ou seja, haveria que se inventar modos de gerenciar que nem castrassem a iniciativa dos trabalhadores nem deixassem as instituições totalmente `a mercê das diversas corporações profissionais.

Autonomia pressupõe liberdade, mas para que o trabalho autônomo seja eficaz pressupõe-se também capacidade de responsabilizar-se pelos problemas de outros. A autonomia-responsável somente aconteceria quando houvesse interesse e envolvimento dos agentes com uma certa tarefa. Em tese, o trabalho autônomo quase dispensaria chefia e demandaria, quando muito, coordenação, avaliação externa e supervisão para indicar correções de rumo eventualmente necessárias.

O trabalho em saúde está sempre sujeito a imprevistos. Há regularidades, padrões que se repetem, tendências que podem ser identificadas; mas chega-se a afirmar, também, e com alguma razão, que na clínica "cada caso é um caso". E isso não apenas na clínica. Foucault afirmava que cada "epidemia é uma nova epidemia", casos singulares (Foucault, 1979). E essa variabilidade aconteceria até mesmo naqueles casos clínicos ou epidemiológico em que a doença de fundo fosse a mesma.

Ora, para se enfrentar o inesperado exige-se improvisação, criatividade e incitava. Uma epidemia de cólera na África teria comportamento e projeto terapêutico diferentes de uma outra no sul da Itália. A AIDS em Nova York e na África têm histórias e exigem medidas distintas. O mesmo ocorreria com o cuidado clínico: duas gestantes com a mesma idade e com sinais vitais muito semelhantes podem demandar diferentes processos de cuidado a depender da gravidez ser ou não desejada, de uma delas ser mãe-solteira e pobre e viver na periferia das grandes cidades brasileiras, etc.

Concluindo, o trabalho em saúde para ser eficaz e resolutivo dependerá sempre de certo coeficiente de autonomia dos agentes responsáveis pelas ações clínicas ou de saúde pública.

Em que medida as instituições de saúde poderiam funcionar assentadas principalmente na atuação autônoma dos seus profissionais? Ou seja, não seria sempre necessário algum tipo de controle gerencial ou, até mesmo, social para que os serviços de saúde cumprissem com sua missão precípua de produzir saúde?

Muito tem sido estudado sobre a tendência corporativa dos profissionais de saúde, sobre as várias modalidades de degradação da medicina de mercado e sobre a burocratização de inúmeras organizações estatais. Todos, processos que limitam a capacidade de resolver problemas por parte dos serviços de saúde. A alienação, o descompromisso com a cura e com promoção de saúde não são mais exceções à regra e se constituem quase que em marcas da medicina moderna e dos serviços de saúde em sentido mais geral.

Por diferentes motivos, instituições públicas e privadas têm subordinado o interesse da clientela a outros interesses, muitas vezes até também legítimos em tese, mas que, ao assumirem dominância, terminam degradando o próprio trabalho em saúde. Assim, a ganância financeira de profissionais ou de empresas na área privada; a burocratização, as intermináveis disputas de poder e a acomodação inercial dos trabalhadores no setor estatal, têm diminuído em muito a capacidade dos serviços de saúde produzirem qualidade de vida. Além dos mais, a predominância destas outras lógicas tem agravado em muito o fenômeno dos custos crescentes em saúde.

Ou seja, não é possível operar sistemas de saúde sem certo grau de controle institucional. E daí o paradoxo. Como combinar liberdade com controle? Trabalho autônomo com atribuição de responsabilidade? Note-se que a delegação de responsabilidade, por mais democrático sejam os mecanismos de definição e de distribuição de encargos, sempre ocorre com algum grau de externalidade em relação aos agentes implicados.

As duas grandes vertentes da Administração de Recursos Humanos em Saúde têm se demonstrado incapazes de realizar a articulação dessas duas diretrizes, em princípio, contraditórias.

Em um extremo, velhos ou novos liberais sugerem radical autonomia para os hospitais, para as empresas seguradoras e para os médicos (às vezes, chegam a incluir na receita outras categorias com formação universitária). No fundo, supõem que o compromisso ético individual e o estímulo da concorrência acabariam por concertar interesses de pacientes, profissionais, empresas de saúde e, portanto, em decorrência, da sociedade como um todo.

Há, hoje em dia, inúmeros defensores dessa solução. Para eles, somente se debelaria a ineficácia e baixa produtividade das organizações públicas com a introdução de regras abertas que

estimulassem a competitividade.¹ Na prática, todas estas propostas têm no pagamento por produção o principal mecanismo regulador do trabalho. Ou seja, o pagamento por produtividade é a pedra-de-toque de todos esses projetos.

Há estudos comprovando que, se por um lado, o pagamento por produção costuma aumentar a produtividade; por outro, quase nunca logra articular o trabalho a ser executado a compromissos sólidos com a cura e recuperação de doentes. A capacidade de definir e de cobrar responsabilidade destes modelos de gestão é, portanto, muito pequena. Terceirização do atendimento a clientes, compra de serviços à cooperativas, pagamento de honorários calculados a partir da produção ou apenas da produtividade, todas estas lógicas organizativas geram superprodução de atos desnecessários mas rendosos e, ao mesmo tempo, subprodução de atos necessários porém pouco remunerados.

Em outro pólo, antigos e modernos taylorismos administram acumulando as equipes com normas administrativas e com padronizações técnicas. Na verdade, supõe-se a possibilidade da gerência controlar e regulamentar toda e qualquer possibilidade imaginável de trabalho. Com isso, termina-se retirando do trabalhador a responsabilidade pela criação autônoma e desregulamentada.

Na realidade, as pretensões discursivas dessas metodologias de recorte mais tecnocrático quase nunca se concretizam na prática. No cotidiano, grande parcela de trabalhadores, particularmente, aqueles com maior poder de barganha, como, em geral, é o caso dos médicos, consegue burlar normas e trabalhar de acordo com sua própria consciência. Infelizmente, na prática, esses coeficientes preservados de autonomia têm sido mais utilizados para defesa de interesses corporativos do que para inventar projetos terapêuticos eficazes.

Empregando conceitos cunhados por Guattari e Deleuze poderíamos afirmar que processos de trabalho estruturados segundo a diretriz da autonomia profissional tenderiam para o pólo esquizóide das organizações sociais. E que a atribuição de responsabilidade pelas instituições representaria a outra polaridade com características mais paranóicas. (Deleuze, G. e Guattari, F. , 1972.)

Ou seja, a organização mais livre do trabalho fundaria instituições com esquemas mais horizontais de distribuição de poder. A delegação de responsabilidade corresponderia a momentos de verticalização das linhas de mando. Ainda quando o contrato de trabalho resultasse de discussões democráticas, sempre haveria o momento de "imposição" do programa acordado ao conjunto de uma

¹Ver exemplos do projeto de saúde da Prefeitura de São Paulo/SP - Documento Oficial, PAS, PMSP, 1994; e do modelo de contratação de médicos do Hospital da Posse/RJ.

dada organização. E então, mesmo nestes casos, estar-se-ia fazendo uso de esquemas verticais de direção e de cobrança de resultados.

Em princípio, não haveria por que considerar alguma destas alternativas superior a outra. Por outro lado, valeria a pena enfatizar que o equilíbrio não necessariamente representaria o ponto ideal de funcionamento. Guattari sugeria a necessidade de se buscar ou de se construir, em cada momento, **linhas de transversalidade** entre os pólos paradoxais das instituições. Ele falava em múltiplos arranjos para os diversos graus de verticalidade e de horizontalidade das organizações, aqui se acrescenta a necessidade de se descobrir **múltiplas combinações de graus de autonomia e de responsabilidade** atribuídas aos profissionais.

Entretanto, essa solução - valer-se de múltiplos desenhos institucionais -, quando aplicada à gestão de recursos humanos, termina, por sua vez, gerando outros problemas bastante complicados. A saber, em que critérios apoiar-se para escolher os ângulos de transversalidade entre diretrizes tão contraditórias: qual o grau de liberdade profissional a ser praticado? qual o limite para a definição de responsabilidade? que democracia organizacional implantar? qual o papel da direção? onde terminaria o autoritarismo e começaria a omissão?

Ou seja, não haveria uma combinação aprioristicamente ideal. Haveria que se buscar, em cada contexto, arranjos singulares que assegurassem o cumprimento de pelo menos três critérios, aqui considerados como balizadores das combinações realmente praticadas em cada situação. A saber:

a- O primeiro e principal critério para validar um dado arranjo institucional seria a **capacidade de produzir saúde** do serviço ou da equipe em questão. Ou seja, se um certo contrato de trabalho está assegurando os objetivos de um programa de saúde não haveria por que criticá-lo. Em caso contrário, seria sempre omissão condenável não apontar caminhos e alternativas de mudança. Não buscar novos arranjos institucionais em situações de falência da capacidade de produzir saúde seria violação da ética sanitária. Isso seria válido ainda quando as condições objetivas de trabalho não fossem as melhores possíveis. Retomar-se-á essa discussão adiante.

b- Outro critério, mais pragmático, porém essencial, seria a **viabilidade técnica, financeira e política dos projetos ou arranjos acordados**. Corresponderia a uma aplicação imediata e adaptada do "princípio de realidade" freudiano à vida institucional e política. Combinar projetos, desejos e projeção de necessidades com os dados de realidade: há dinheiro?, haveria armação político-institucional para a empreitada?; e, finalmente, haveria saberes e meios para concretizar o projetado?

c- Por último, dever-se-ia considerar também **a realização profissional e financeira dos trabalhadores de saúde**. Os serviços deveriam se constituir em espaços onde os agentes de saúde pudessem se reproduzir como sujeitos de sua própria existência. Os temas da **obra e da sobrevivência** articulados.

Note-se que se havia importante grau de antagonismo entre autonomia e responsabilidade, certamente estes três critérios sugeridos jamais apagarão ou resolverão a contradição apontada. Ao contrário. Percebe-se que estes critérios apresentam também importante nível de antagonismo entre si. Em geral, na maioria das situações concretas verifica-se conflito entre eles. Ou seja, a viabilidade, o interesse dos clientes e o dos trabalhadores nem sempre caminham no mesmo sentido. E não necessariamente haveria também uma combinação ideal a ser seguida em hospitais e centros de saúde no que se refere a estes três critérios sugeridos.

A utilização destas diretrizes não elimina, portanto, o paradoxo em discussão. Talvez apenas o qualifique. Talvez apenas o torne mais explícito e detalhe aspectos importantes para a gerência em saúde. Na prática, haveria que se procurar sempre arranjos singulares que assegurassem a máxima realização possível de cada um destes critérios tomados e analisados de forma conjunta. Um contra e a favor do outro, sempre e ao mesmo tempo. Um limitando e potencializando o desenvolvimentos dos outros. Sempre, os três ao mesmo tempo: o máximo de eficácia, de qualidade e de produção de saúde; o máximo de produtividade, de eficiência e de viabilidade possíveis; e o máximo de satisfação profissional.

2- O TEMA DA OBRA E DA SOBREVIVÊNCIA, OU SOBRE A IMPORTÂNCIA DA CONDIÇÃO DE SUJEITO NA GESTÃO DE PESSOAL.

Como inserir o **tema da Obra** no trabalho excessivamente parcelado das modernas instituições de saúde? Por Obra entenda-se aqui o reconhecimento, tanto por parte do trabalhador, quanto do cliente e da sociedade, do resultado do trabalho. Ou seja, esta seria a primeira condição necessária, mas não suficiente, para pensar-se em realização profissional e existencial dos profissionais de saúde. E por que valorizar tema tão abstrato na gestão de pessoal em saúde?

A organização parcelar do trabalho em saúde e a conseqüente fixação do profissional a determinada etapa de um certo projeto terapêutico produzem alienação. Na verdade, se o profissional não se sente sujeito ativo no processo de reabilitação ou na trajetória de invenção de programas para debelar um problema sanitário mais coletivo, se isso não ocorre, ele não somente perderá contato com elementos potencialmente estimuladores de sua criatividade, como tenderá a não se responsabilizar pelo objetivo

final da própria intervenção, ou seja, pela recuperação do paciente ou pela promoção da saúde de uma comunidade. Nestes casos, a tendência, no melhor dos sistemas gerenciais, será comprometer o profissional apenas com a realização adequada de algum procedimento e ponto final. Realizou-se a consulta médica, procedeu-se a cirurgia, realizou-se o diagnóstico epidemiológico e assim por diante.

As perguntas - o paciente se recuperou? a epidemia foi controlada? o trabalho foi eficaz e eficiente? -, antes bastante concretas; hoje, foram se transformando em questões abstratas, resgatáveis apenas em investigações externas e estranhas às instituições de saúde.

Ora, se este estilo de alienação prejudica a clientela, seus danos não são menores para os próprios trabalhadores. A fixação da inteligência e da disciplina em fragmentos do processo de reabilitação ou de promoção de saúde, não somente embrutece o profissional, como o aborrece. Concentrar-se em atos esvaziados de sentido, ou cujo sentido depende de uma continuidade que o trabalhador não somente não controla como até desconhece, tudo isso termina produzindo um padrão de relacionamento com o saber e com a prática profissional altamente burocratizado. **Não há vocação que resista a repetição mecânica de atos parcelares.** Trabalhar em serviços de saúde assim estruturados costuma transformar-se em suplício insuportável.

O trabalhador encontra-se, portanto, separado de sua **Obra**.

Costuma-se citar que aos verdadeiros artistas importaria muito mais a Obra do que o justo pagamento pelo trabalho e esforço empreendido. Exageros idealistas à parte, a uma certa dose de verdade nestas lendas. Na saúde é necessário reaproximar os trabalhadores do resultado de seu trabalho. É recomendável voltar-se a valorizar o orgulho profissional pelo esforço singular realizado em cada caso.

Não se trata de uma diretiva romântica. Mas sobrevive-se mais facilmente e mais gostosamente quando se sente criador de Obras dignas da admiração e do respeito público.

Há várias maneiras práticas de implementar essa diretriz. Uma mais genérica se refere a criação de mecanismos que permitam o envolvimento de todos os participantes de uma equipe com a elaboração de novas maneiras de fazer uma instituição funcionar. Tornar a **reinvenção** uma possibilidade cotidiana e garantir a participação da maioria nesses processos são maneiras de implicar trabalhadores com as instituições e com os pacientes. Nesse sentido, a **Gestão Colegiada** de serviços de saúde pode servir como um **dispositivo desalienante**. Um modo de comprometer trabalhadores com a missão e com os projetos institucionais.

Restaurar a ligação dos trabalhadores com a Obra implicaria em estimular, ao mesmo tempo, a liberdade criadora e a delegação

ampliada de responsabilidade aos profissionais. Neste sentido, em relação ao trabalho clínico, não haveria como valorizar-se a Obra sem um processo de trabalho que garantisse **os maiores coeficientes de Vínculo entre profissional e paciente.**

A recuperação da prática clínica assentada no Vínculo é a maneira prática de combinar autonomia e responsabilidade profissional. O médico, o psicólogo, o fisioterapeuta, todos passariam a ser responsáveis por um determinado número de casos. Integralmente responsáveis. Responsáveis, inclusive, pela busca externa de apoio: interconsultas, internação, exames complementares, intervenções terapêuticas mais pontuais, etc.

Ao mesmo tempo, cada um desfrutaria da maior autonomia possível para a invenção de mecanismos de cuidado necessários a cada caso. Reconher-se-ia a Obra em cada um dos clientes acompanhados. Ao mesmo tempo, à gerência seria muito mais fácil avaliar a Obra considerando o estado da arte e as condições de trabalho disponíveis em cada contexto.

Na realidade, com a organização do atendimento clínico segundo o princípio do Vínculo tornar-se-ia possível um controle eficaz sobre o trabalho descentralizado de milhares de profissionais. Controle institucional - os resultados do trabalho de cada um seriam facilmente identificáveis -, e também controle diretamente realizado pela clientela. A ligação um pouco mais estável e duradoura entre profissional e paciente permitiria que o último exercesse melhor seus direitos de cidadania. Afinal, ele conheceria o nome, o posto e as atribuições dos responsáveis pelo seu cuidado.

Participação democrática na Gestão e trabalho clínico assentado no Vínculo seriam, portanto, modos de, ao mesmo tempo, organizar serviços onde houvesse grande autonomia profissional e onde cada um soubesse com muita clareza de suas atribuições.

Ademais, somente nessa situação criar-se-iam espaços onde a realização profissional fosse possível. Trabalhar anos e anos em situações onde a própria organização do processo trabalho impede ou dificulta o efetivo exercício da clínica, significa produzir trabalho e trabalhadores alienados e descompromissados. Significa produzir pessoas sem auto-respeito e com auto-estima muito pequena. Significa lidar com pessoas obrigadas a realizar um trabalho mecânico e que somente será cumprido à custa ou de vigilância controladora ou de estímulos econômicos, do estilo pagamento por produtividade. Nunca se garantirá atenção de qualidade exclusivamente a partir destes instrumentos de gestão.

Ora, a Obra somente realiza-se quando as pessoas conseguem alçar-se à condição de sujeitos habilitados a lidar com os constrangimentos do contexto para, a partir desses limites impostos pela realidade, construir algo de que se orgulhem. No

caso da saúde, **o processo de reabilitação ou de produção de saúde reinventado a cada dia.**

Se na prática da Clínica o Vínculo poderia ser usado como dispositivo promotor de desalienação, no caso da Saúde Pública a coisa se complica um pouco mais. Além da Gestão Democrática, que outros mecanismos poderiam ser acionados para religar equipes de saúde com a Obra? Também no trabalho mais coletivo há fragmentação e burocratização. A Epidemiologia está cada vez mais separada da Saúde Pública, do Planejamento e da Gestão dos serviços de saúde. Os Sistemas de Informação estão cada dia mais desarticulados das linhas reais de intervenção. Sabe-se localizar casos de Dengue até por domicílio, mas não se sabe o que fazer com essas informações. Classificam-se óbitos por causas externas (causas violentas) segundo inúmeros e variados critérios, somente se desconhece o que fazer no cotidiano dos serviços com isso.

Talvez, nestes casos, fosse conveniente a adoção de **sistema de trabalho por compromissos especificamente assumidos pelas várias equipes de Saúde Pública.** Adaptar à gerência cotidiana mecanismos semelhantes àqueles empregados nos denominados **Contratos de Gestão.** Ou seja, a partir do diagnóstico de necessidade e de riscos e das condições técnicas, definir-se programas de intervenção com prazos e metas previamente acordados entre direção e equipes. O resultado desse trabalho seria permanentemente acompanhado por instâncias técnicas e de participação democrática, como o são os Conselhos de Saúde.

Quem sabe, com isso, diminuísse a tendência à burocratização e à imobilidade verificada na Saúde Pública brasileira.

Mas e o tema da **Sobrevivência?** Em tese, ele também tanto apresenta pontos de contato quanto certo grau de antagonismo com o diretriz acima nomeada como **Obra.**

A realização das pessoas depende também das recompensas financeiras que recebem em troca do trabalho realizado. Não há como alterar isso. E qual seria a remuneração adequada? Aquela que permitisse satisfação ao trabalhador. Sabe-se que essa noção de satisfação é social e historicamente definida. Estar-se-á ou não contente com os proventos a depender de quadros mais ou menos cambiantes e sob influência de determinantes muito gerais. Isso, às vezes, complica muito a situação. Por exemplo, no Brasil, os setores público e privado remuneram profissionais de saúde de maneira muito heterogênea. Em geral, médicos ganham mais na medicina de mercado e o estado paga melhor aos demais profissionais do que o faz a iniciativa privada. (Denise Pires, 1996)

De qualquer modo, nota-se que o desempenho desses profissionais nem sempre guarda uma relação direta com o valor da remuneração. Inúmeros especialidades médicas têm pretensões financeiras tão elevadas que nunca aceitam os salários do setor

público. Seria o caso, hoje, de radiologistas, anestesistas e diversos outros especialistas melhor colocados no mercado nacional.

Por outro lado, há inúmeras Secretarias de Estado ou de Município pagando salários quase simbólicos e, portanto, sem condições políticas e gerenciais de interromper a degradação e desagregação do atendimento. No entanto, verificou-se em outros casos que a elevação de honorários sem o estabelecimento de novos contratos de responsabilidade não necessariamente implicou em melhoria do desempenho profissional.

Ou seja, não há como fugir ao estabelecimento negociado de pisos mínimos histórica e socialmente definidos. A gerência de pessoal fica sempre prejudicada quando as instituições não respeitam esses pisos. No entanto, além disso haveria que se implementar outros recursos existentes no arsenal disponível para gestão de pessoal. Tem se mostrado eficaz combinar salários fixos com outras formas variáveis de pagamento. Já foi aqui criticado o critério exclusivo da produtividade. Contudo, negociar gratificações conforme o cumprimento de metas previamente negociadas tem se demonstrado alternativa capaz de alterar positivamente a subjetividade dos trabalhadores de saúde.

3- AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO, FORMAS DE PAGAMENTO E A PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE ENTRE OS TRABALHADORES DE SAÚDE:

O dinheiro fala, explica e convence. Mentalidades são destruídas e formadas conforme os modos de circulação e de distribuição do dinheiro. Isso é verdadeiro tanto para pessoas mergulhadas em situações típicas de mercado, quanto para outras vinculados a instituições teoricamente antagônicas à racionalidade do lucro.

Um serviço público de saúde que remunere de maneira idêntica ao desleixado e ao cuidadoso, ao dedicado e ao egoísta, ao produtivo e ao improdutivo, é um serviço que retransmite, todo o tempo, mensagem de teor claro: todos terão igual remuneração porque a ninguém interessa o resultado de trabalhos tão distintos e heterogêneos; ou seja, não valeria a pena esforçar-se. Por outro lado, pagar por produção fala e estimula a todos a produzirem atos por si mesmo, sem necessária conexão com o objetivo final do serviço.

O pensamento crítico nunca se autorizou a pensar com frieza e de modo conseqüente sobre este tema. O dinheiro produz subjetividade conforme o desenho do seu fluxo. Como utilizar essa linguagem nos serviços de saúde sem degradar os trabalhadores a objetos de compra e venda?

Até agora tratou-se de alguns eixos operativos úteis para potencializar o trabalho em saúde: falou-se do jogo entre autonomia e responsabilidade, de gestão participativa e mudança de aspectos dos modelos da clínica e da saúde pública.

Caberia analisar agora o tema dos modos de remuneração. Ou seja, **como avaliar o trabalho em saúde e como transformar essa avaliação em recompensa para os trabalhadores?** Ou seja, neste sentido adquire centralidade a invenção de indicadores, avaliadores de desempenho, e uma posterior e conseqüente retribuição financeira pelos resultados verificados.

Se salários independentes do desempenho tendem a produzir desinteresse e burocratização, indicadores de desempenho são ferrões com os quais se pode cutucar a inércia de uma equipe empacada (em caso de dúvida quanto aos termos, consultar dicionário de terminologia dos Gerais Mineiros e Goianos, um dos dialetos mais ricos em significados e significantes da face da terra).

A pedra de toque da qualidade total(corrente, de certa forma incluída no rol dos estilos gerenciais neotayloristas) assenta-se na descoberta de que é possível abrir as portas das empresas, trazendo a concorrência do mercado para o dia-a-dia das relações de trabalho. Para operacionalizar isso, trataram de comparar o empenho de um trabalhador com o do outro. Nessas circunstâncias, passaria então a vigir a lei do perde-ganha também no microcosmo das organizações. As comparações se registram por indicadores de produtividade e, de vez em quando, de qualidade. Para que esta geringonça funcionasse tiveram que ampliar os espaços de autonomia de cada equipe. Senão, ninguém tomaria iniciativas para superação do status quo. O resto são lantejoulas. Qualidade total é isto.

Bem...

Em que pontos uma proposta de combinar salário-base com remuneração variável por desempenho se diferenciaria deste espírito pragmático da qualidade total?

Em inúmeros..., certamente. Embora, no momento, só se consiga apontar um ou dois.

Bem, aqui se sugere **que os indicadores sejam construídos dentro das regras da gestão participativa.** Ou seja, advoga-se a realização de verdadeiros contratos de gestão, entre trabalhadores, dirigentes e representantes de usuários, quando os houver. Num fluxo ascendente e descendente contínuo, haveria que se negociar metas governamentais com outras das equipes locais,

realizando-se, em seguida, consolidações e compatibilizações dos objetivos contratados, sintetizados sempre em Planilhas de resultados esperados.

A teoria é interessante, mas sua operacionalização é difícil. Em geral, as planilhas são construídas nos estratos superiores de direção; aplicadas, e, em reação, em geral, se pronunciam os trabalhadores.

Observa-se que estas planilhas, ao cutucar os que trabalham, ao evidenciar problemas no desempenho das equipes, têm provocado ruídos ensurdecedores. E haver-se-ia de reconhecer que em boa parte dos serviços públicos o silêncio da impunidade, da burocratização e da desumanização é tão grande, que uma boa sacudidela sempre algum bem faria.

No entanto caberia perguntar, teriam as instituições sistemas participativos tão estruturados a ponto de canalizar todos estes ruídos para ampliar a capacidade de auto-análise e autogestão dos grupos, ou estariam mesmo servindo como agulhão para empurrar profissionais em um sentido que interessaria às direções?

Por outro lado, qualquer conjunto de indicadores, por mais bem construído esteja, nunca conseguirá refletir integralmente os objetivos situacionais de um certo modelo. Como o próprio nome indica, apenas indicará tendências. Assim, particularmente quando há retribuição financeira conforme se comportem os indicadores, haveria o risco de substituir-se um padrão de alienação por outro. Se não há adesão prévia dos trabalhadores, se não têm um modo adequado de "responsabilizar-se", pode acontecer deles deslocarem, no processo de trabalho, a centralidade usualmente focada em procedimentos parciais para dirigi-la para a soma de pontos estipulada pelos indicadores. E, o tão sonhado envolvimento autônomo das equipes com a integralidade com que os problemas de saúde se apresentam, pode não acontecer. Exemplo, ao invés da equipe se envolver com o combate à tuberculose e com a cura dos tuberculosos, pode desandar a solicitar baciloscopias sem justificativas lógicas. Nestes casos, sempre poder-se-ia inventar outro indicador para fiscalizar distorções no primeiro, até quando os trabalhadores encontrassem mecanismos de produzir resultados com o segundo e já, então, necessitar-se-ia de um terceiro avaliador para controlar os outros dois e...

Além do mais, a parcialidade das planilhas pode atrapalhar aqueles trabalhadores já comprometidos em inventar novos recursos para enfrentar as mil faces dos processos saúde-doença. Para estes, seguir planilhas significaria retrocesso ou tão-somente o cumprimento de tarefa burocrática para acalmar dirigentes ansiosos ou desconfiados.

Valeria também analisar-se os múltiplos desdobramentos da entrada de dinheiro no circuito? Sem dúvida, tal iniciativa

aumentaria muito a governabilidade sobre recursos humanos, mas e a produção de sujeitos? Haveria modo de se introduzir pagamentos diferenciados dentro de um processo mais amplo de redefinição dos padrões de alienação e de responsabilizar-se das equipes?

Socorrer-se destes dois expedientes, avaliação de desempenho e pagamento proporcional a resultados, não indicaria uma certa desistência do lento e penoso processo que é investir na produção de sujeitos? Seria um atalho justificável pelo tempo político das administrações? Seria uma pressa legítima tendo em vista a ineficácia dos serviços públicos de saúde e a quantidade de mortes evitáveis que ocorrem sob o olhar indiferente de uma sociedade com traços de barbárie? Seria o reconhecimento de que os interesses e a força corporativa de algumas categorias (médicos, por exemplo) os tornariam resistentes a qualquer projeto de defesa da vida mais conseqüente?

O quanto haveria de preconceito em todas estas considerações? Preconceito em relação a utilização deliberada da circulação de dinheiro como máquina produtora de subjetividade. Seria menos ética a transmissão aos trabalhadores de diretrizes técnicas e políticas sinalizando rumos com a opacidade do dinheiro?

4- revisando conceitos de alienação e de transferência para melhor aplicá-los à gerência de pessoal em saúde:

Não é possível definir-se um sujeito apenas a partir dele mesmo. Na realidade, classes sociais, agrupamentos e indivíduos se constituem pela rede de relações, de constrangimentos e de conflitos em que estão imersos. Marx e Freud, entre outros, cansaram de repetir este tema. Não obstante, inúmeros analistas teimam em esquecer as implicações desta constituição relacional quando teorizam sobre o trabalho humano.

Neste sentido, falar de recursos humanos em geral é pura bobagem e perda de tempo. Não há o médico em si: nem para o bem, nem para o mal.

Os trabalhadores de saúde são produtos do sistema de relações em que estão mergulhados mas são, ao mesmo tempo, produtores deste mesmo sistema. Sujeito e objeto, no mesmo momento e em todo o tempo.

Enquanto objetos produzidos pelo mercado, pelas políticas governamentais, pelo saber estruturado em disciplinas, pelas leis e pelos valores culturais de cada época, os trabalhadores tendem a sofrer passivamente os efeitos destas máquinas sociais. Refletem momentos alienados, e são mais coisas do que agentes de seus próprios destinos.

No entanto, os profissionais de saúde participam da construção dos saberes e disciplinas do seu campo, influenciam políticas e também participam da estruturação do mercado da doença e são os principais tradutores dos princípios gerais de cada política para modelos de atenção mais operativos (Campos, 1992). Além do mais, interagem com a sociedade contribuindo para a definição de determinado valor de uso para a vida. Ou seja, os trabalhadores de saúde operam com relativo grau de autonomia apesar dos constrangimentos a que estão sempre submetidos.

Em conseqüência, **o grau de alienação dos trabalhadores em relação ao objetivo (missão), objeto e meios de trabalho dos sistemas de saúde pode variar conforme a conjuntura e conforme a sua própria atuação enquanto atores sociais que são. A alienação não é um dado exclusivamente estrutural, portanto.**

Talvez a evidência mais marcante da alienação dos trabalhadores de saúde seja seu grau de afastamento do movimento em defesa da vida. O império de **agir sempre em defesa da vida marcaria a especificidade identificadora do ser ou não ser trabalhador de saúde.** Futuro do pretérito - marcaria - porque, em grande medida, médicos e outros profissionais perderam esta característica distintiva. Não obstante viessem construindo outras formas de identidade, perdeu-se o vetor louco da ação primeiro orientada para a produção de saúde. A identidade dos médicos, hoje, é assegurada mais pelo diploma, pelo uniforme branco da indiferença e pelo fechamento dos seus saberes ao comum dos leigos.

No entanto, **defender a vida é o que assegura valor de uso ao trabalho em saúde,** e, portanto, a ética dos profissionais de saúde não poderia estar fundada em outro princípio que não fosse o de defesa da vida. Depois viria o resto, o interesse econômico, as conveniências políticas, as normas burocráticas, etc.

Evidência concreta, ao mesmo tempo, da alienação e do poder que ainda desfrutam médicos e outros profissionais é o modo como se estruturam as relações transferenciais nos serviços de saúde hoje. Os pacientes, para um número crescente de técnicos, acabam reduzidos à condição de objeto, ou de algo muito mais próximo ao estado de coisa do que ao de sujeito.

Este movimento de redução do outro a estado de objeto somente é possível em situações de grande desequilíbrio de poder. Ou seja, apenas porque médicos e alguns outros profissionais conservam grande poder diante da impotência do "paciente", torna-se realizável a repetição da manobra de reduzir o cliente à condição de objeto.

A liberdade ilimitada, tendente ao absoluto, leva a maioria ao jugo, à subordinação. Reduzir alguém a objeto implica em eliminar qualquer vestígio de solidariedade ou de piedade pelo oponente. Esta era a técnica recomendada por Sade para a elite de

gozadores lograr aproveitar-se ao limite do corpo de outras pessoas reduzidas à condição de vítima. (Camus, 1996)

A medicina não chega a esse absurdo, mas o tangencia quando inventa técnicas para apagar qualquer traço de subjetividade presente na relação médico-paciente. Os métodos semiológicos, os regulamentos de hospitais e da prática clínica em geral, todos procuram assegurar a repetição regular deste padrão asséptico de relação. Apoiando-se nestes regulamentos os profissionais poderiam afogar qualquer vestígio de solidariedade que teimasse em aparecer durante a convivência obrigatória a que estão condenados terapeutas e enfermos. Até a imposição de sofrimento ao outro é admissível porque estaria se dando, sempre, em benefício da vítima. Trata-se de um poder incomensurável, trata-se de um poder forte o suficiente para retirar a humanidade do objeto a ser tratado. E o curioso é que esta retirada se daria em nome dessa mesma humanidade subtraída. Na verdade, os médicos foram perdendo compromisso direto com o cliente e a moralidade da prática se daria em função de uma honra profissional abstrata, de regras de boa conduta profissional. A medicina teria compromisso com a saúde em geral, com a humanidade em geral, com o saber médico em geral, mas não necessariamente com nenhum paciente em particular ou com nenhuma parcela real da população de uma região.

A saúde pública esteriliza as relações entre clientes e profissionais com ainda maior facilidade. Para isto basta considerar o objeto de trabalho como sendo uma "população", ou uma "coletividade". Pessoas sem nome, sem histórias ou culturas singulares. A saúde coletiva se autoriza a intervir em nome do risco dos outros morrerem ou adoecerem, sem nunca perguntar a estas supostas vítimas o quanto elas mesmos encontram-se carnalmente implicadas com aquele risco.

Com essas manobras, teoricamente, médicos e outros conseguiriam mascarar a transferência negada, embora existente: o outro é significado como coisa, não como pessoa, e como tal é manipulado.

Para realizar este percurso analítico foi inevitável exorbitar o conceito de transferência proposto por Freud. Para os psicanalistas mais ortodoxos, transferência e contratransferência somente fariam parte de relações estabelecidas no processo específico de terapia psicanalítica (Birmann, 1971).

Aqui, estar-se-ia atribuindo maior generalidade ao conceito de transferência, ou seja, transferência seria aquele algo, aquela imagem, aquela representação que técnicos e pacientes colocariam sempre no lugar realmente ocupado pelo outro. Transferência, portanto, sempre aconteceria em qualquer relação entre profissionais e pacientes. Colocando de outra maneira, transferência seria o modo como um sujeito significa e representa - sempre se utilizando, em alguma medida, do recurso do

deslocamento - o outro com o qual se relaciona. Na verdade, cada pessoa busca no imaginário construído no passado explicações que enquadrem ou expliquem fatos e sujeitos a que se estiver obrigado a conviver. Isso seria transferência. Evitar-se-a, com isso, a armadilha de valer-se sempre de referenciais da primeira infância para interpretação dos estereótipos construídos e tendentes à cristalizarem-se conforme se prolonguem certas práticas terapêuticas. Um profissional que aprendeu a tratar seus pacientes como objeto totalmente manipulável tenderá a repetir tal atitude em inúmeras situações. Nesta perspectiva, estereótipos construídos durante práticas terapêuticas deveriam ser interpretados segundo referenciais mais amplos do que aqueles do triângulo edipiano. (Guattari e Deleuze, 1972)

Ou seja, buscar na formação médica, no imaginário das camadas sociais a que pertencem os profissionais de saúde e, particularmente, na cultura predominante em cada instituição, os referenciais utilizados pelos profissionais para representar os seus clientes. Caberia ao analista-gerente descobrir as maneiras de cada equipe ou de cada profissional representar sua clientela. Descobrir e trabalhar estes achados na medida em que sejam inconvenientes ao estabelecimento de uma relação terapêutica equilibrada e madura.

Como são encarados os clientes? Coitadinhos, ignorantes e carentes; ou como consumidores exigentes? Seriam vistos e manipulados como se fossem doenças desencarnadas de pessoas concretas; ou ainda como clientes a serem cativados por interesse econômico; ou como figuras culpadas pela própria enfermidade, desleixados que por descuido, lascívia ou imprevidência contraíram moléstias?

Na há como alcançar qualidade em saúde sem enfrentar este tema. Analisar e reconstruir relações entre profissionais, instituições de saúde e população.

Na verdade, observa-se nas instituições a existência de padrões mais ou menos fixos de imagens por meio dos quais as equipes ou os indivíduos representam a clientela. Concluindo, poderíamos dizer que as formas de representar o outro obedecem a padrões decorrentes ou da história singular de cada um destes sujeitos, ou de pressões e de constrangimentos das instituições ou da sociedade em sentido mais geral.

Assim, transferência, aqui, será entendido como o modo do paciente ou do usuário de um serviço de saúde significar ou o profissional que o atende, ou a equipe que lhe dá suporte ou o serviço que o acolhe. Contratransferência teria o sentido recíproco: ou seja, o modo como o trabalhador, ou a equipe, ou a instituição, significam o paciente usuário. Em certo sentido, seria uma aplicação focalizada à relação profissional-paciente do

conceito freudiano mesclado com o de imaginário de Castoriadis (Castoriadis,1975).

Em todas estas situações, observa-se uma tendência dos distintos sujeitos congelarem uma determinada forma de representação ou de significação do outro. Esta tentativa de congelamento, esse movimento de cristalização é o principal suporte do processo de alienação, porque ao se estabelecerem estereótipos fixos perde-se qualquer possibilidade tanto de distinguir a singularidade de cada caso, quanto de compreender a dinâmica do processo saúde-doença-intervenção em jogo.

Portanto, quebrar estas formas de relacionamento consolidados pelo jogo institucional é tarefa central em qualquer modelo de gestão que pretendesse envolver trabalhadores com a produção de saúde. O silêncio sobre estes mecanismos encobre acordos opressores para os mais fracos - em geral, clientes - e cronifica a alienação dos profissionais.

O resgate e a reforma da clínica dependem da adoção de dispositivos simples que possibilitassem aos trabalhadores analisar, no cotidiano, o sentido das relações transferências estabelecidas entre os distintos sujeitos implicados em processos terapêuticos.

5- EQUIPE DE SAÚDE:entre a especialização e a polivalência.

Franco Basaglia combateu duramente a rigidez da especialização nos serviços de saúde mental. Sua equipe demonstrou que junto com o suposto aumento do saber do especialista viria sempre o monopólio do conhecimento, o argumento de autoridade e, mais nocivo ainda, a fragmentação do processo terapêutico segundo lógica estranha às necessidades dos enfermos. (Basaglia, 1985)

Nota-se, contudo, em muitas experiências filiadas a estas escolas mais críticas uma tendência a perda de identidade profissional. Todas as profissões e todos os especialistas se transformariam em técnicos polivalentes, em agentes terapêuticos com atribuições muito semelhantes, perdendo-se, na prática, a especificidade e, portanto, os motivos razoáveis para a formação de tão variada gama de profissionais e de especialistas.

Sem dúvida, a crescente especialização de médicos, psicólogos, fisioterapeutas e enfermeiros vem diminuindo a capacidade de resolver problemas e aumentando a alienação desses profissionais em relação ao resultado de suas práticas. Na medida em que cada especialista se encarrega de uma parte da intervenção - seja ela de ordem diagnóstica ou terapêutica - ninguém poderia,

em tese, ser responsabilizado pelo resultado global do tratamento. Perda de eficácia e custos crescentes, o prolongamento indefinido da linha de atendimento para casos antes resolvidos por um ou dois profissionais. Em muitas universidades, em nome de um suposto cuidado integral ao paciente, tem-se lhe imposto consultar-se com cinco ou seis profissionais distintos que intervêm de maneira excessivamente focal. Um hipertenso que passasse com um clínico, com um cardiologista, que o encaminhasse a um nutricionista, que o derivasse a um psicólogo, que o orientasse a procurar um educador físico, que, por sua vez o devolvesse ao cardiologista, que solicitasse um parecer ao oftalmologista, que sugerisse uma avaliação com um nefrologista e a vida se esvairia nessa ridicularia inócua mas resistente a qualquer mudança por mais racional sejam os argumentos arrolados contra essa lógica.

Em conseqüência, em todo o mundo, constata-se progressiva perda de eficácia das práticas clínicas e da saúde pública. Diminuição da capacidade de cada profissional resolver problemas, tendência das áreas mais básicas funcionarem cada vez mais como triadores, como avaliadores de risco que outros iriam trabalhar. Os processos de intervenção são cada vez mais longos, mais extensos, mais e mais especialistas são envolvidos, os custos se elevam, mais e mais sofrimento e restrições são impostos aos pacientes e, nem sempre, com melhores resultados. Na maioria dos casos, perde-se a visão integral do caso e as decisões são tomadas de maneira mecânica, a partir do diagnóstico inicial e de protocolos considerados adequados.

As receitas contemporâneas para debelar este problema têm pecado ou pela ingenuidade ou têm-se demonstrado inócuas. Argumenta-se a favor da retomada de generalistas, médicos, enfermeiros, etc. A constituição de equipes multiprofissionais tem sido outra recomendação freqüente. Imagina-se que estas equipes, milagrosamente compensariam a desresponsabilização e a fragmentação que a especialização excessiva cria, autoriza e legitima.

Não que a exigência de uma dada polivalência para todos os profissionais fosse pretensão equivocada, ou que a proposta de trabalho interdisciplinar não estivesse essencialmente correta. Na realidade, ainda nos faltam ferramentas conceituais e operacionais para que, no cotidiano, se tornasse possível outro padrão de gerenciamento destes processos de trabalho tão estilhaçados e custosos. Em geral, difunde-se um senso comum de que o trabalho em saúde seria quase inadministrável.

De modo genérico, poder-se-ia afirmar que há dois modelos polares para a organização dos processos de trabalho em saúde.

De um lado, em contextos mais tradicionais ou em organizações mais hierarquizadas, observa-se uma agregação vertical de profissões ou de grupos homogêneos de especialistas.

São os famosos organogramas verticais que criam departamentos de enfermagem, serviço social, médico - corpo clínico, em geral, ainda mais subdividido em miríade de especialidades sem contato entre si -, entre outros setores.

Nestes casos, mais freqüentes e mais de acordo com a tradição da administração sanitária, há profundo desentrosamento entre as várias linhas de trabalho e cada categoria profissional elabora seus próprios regulamentos, objetivos e normas. O trabalho, nesse contexto, tende a burocratizar-se. Cada um sente-se responsável por fazer apenas aquilo estritamente ligado a sua própria área técnica ou especialidade. Nesta situação, costuma-se apelar para protocolos e programas normativos de conduta que deveriam realizar a mágica de integrar o desarticulado em si mesmo. Com o tempo, costuma ocorrer exacerbação de conflitos entre as equipes de trabalho e entre estes e suas chefias. Há disputa de competência e empurra-empurra na atribuição de responsabilidades não estritamente previstas nas rotinas. Na realidade, observa-se certa falência destes protocolos e constata-se que alguma das categorias de técnicos termina se impondo às demais, determinando a real divisão de responsabilidade e criando justificativas e proteções para as omissões cristalizadas.

Em outro extremo, há experiências mais radicais de horizontalização dos organogramas, com distribuição mais homogênea de poder. Nestas situações é comum igualar-se de modo artificial todos os profissionais. Todos fariam tudo e ninguém seria pessoalmente responsável por nada em particular, já que a responsabilidade pelo projeto terapêutico seria sempre coletiva.

Além da resistência natural da maioria dos trabalhadores a essas diretivas - afinal, sugere-se que abandonem qualquer identidade profissional -, percebe-se que a maior e melhor parte deles termina se transformando em agentes promotores de saúde, com alta capacidade para realizar ações de integração social dos pacientes, ou para amparar mobilização em prol de demandas coletivas ou individuais - o que sem sombra de dúvida, é fundamental -, mas, por outro lado, verifica-se diminuição da capacidade destes agentes executarem procedimentos típicos de cada especialidade ou profissão, mesmo quando eles fossem supostamente necessários.

Mais uma vez, tratar-se-ia de combinar características polares e antagônicas, inventado-se modelos organizacionais que mais potencializassem a produção de saúde. Neste caso, **o desafio seria combinar graus de polivalência com certo nível necessário e inevitável de especialização.**

Especializar-se implica sempre em recortes verticais no saber (área de competência) e na prática (área de responsabilidade). Portanto, caberia à gerência lidar com os

limites da competência e da responsabilidade operacional de cada profissional e de cada equipe.

Sugere-se aqui uma aplicação dos conceitos de **Campo** e de **Núcleo** ao se planejar seja a formação, ou a prática profissional em saúde. Trabalhar-se com os conceitos de **Campo de Competência e de Responsabilidade** e o de **Núcleo de Competência e de Responsabilidade**.

Por Núcleo entender-se-ia o conjunto de saberes e de responsabilidades específicos à cada profissão ou especialidade.

Ou seja, o Núcleo marcaria a diferença entre os membros de uma equipe. Os elementos de singularidade que definissem a identidade de cada profissional ou especialista, conhecimentos e ações de exclusiva competência de cada profissão ou especialidade, a isto se convencionaria denominar Núcleo.

Por Campo ter-se-iam saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades. Todo o saber básico, por exemplo, sobre processo saúde-doença; conhecimentos sobre o funcionamento corporal, sobre relação profissional-paciente, sobre risco epidemiológico e regras gerais de promoção e de prevenção. Pertenceriam também ao Campo noções genéricas sobre política, organização de modelos e do processo de trabalho em saúde.

Tomando um exemplo, um especialista em gineco-obstetrícia teria como Núcleo todo o conjunto de saberes e de práticas relativas à saúde da mulher: diagnóstico e tratamento de enfermidades específicas, prevenção de risco, etc. No entanto, como profissional de saúde teria como Campo noções sobre clínica em geral, tratamento da hipertensão arterial, por exemplo; além de técnicas relativas à relação médico-paciente ou à organização de programas ou serviços de saúde voltados para o cuidado à mulher, etc.

Assim, em um programa de atenção integral à saúde da mulher, caberia ao médico o diagnóstico e tratamento clínico de patologias. O cuidado de gestantes gravemente deprimidas caberia a psicólogos ou psiquiatras. Já a abordagem de aspectos subjetivos ou sociais de uma gestação estaria a cargo de todos os integrantes de um equipe, sem distinção.

No entanto, defende-se, mesmo reconhecendo a superioridade do trabalho em equipe, a definição precisa e inequívoca de responsabilidades individuais diante de cada caso. É fundamental identificar-se claramente quem dentro de cada equipe encarregar-se-ia de administrar cada caso. Ou seja, trabalhar-se com conceito de vínculo definido e adscrição individual de clientela. Neste sentido, o profissional responsável pelo caso deveria, inclusive, solicitar apoio de outros membros da equipe ou de outros serviços de saúde.

Em princípio, saber conduzir casos deveria fazer parte do Campo de todo profissional de saúde. Conforme as características centrais da intervenção seria designado o responsável. Com certeza, ele seria obrigado a socorrer-se da ajuda e do apoio de outros técnicos, que atuariam de forma matricial. Atuando focalmente, conforme a solicitação e a necessidade, sem, contudo, descaracterizar a responsabilidade anterior pelo caso.

O mesmo tipo de raciocínio poderia ser aplicado a problemas coletivos. Equipe, mas com definição clara de responsabilidade.

Na realidade, imagina-se que estas duas categorias poderiam substituir, em larga medida, o papel dos protocolos e normatizações. Ao invés, da impossível tarefa de programar todos os processos de trabalho imagináveis, buscar-se-ia jogar com a definição negociada de Campos e Núcleos de Competência e de Responsabilidade. Com essa técnica preserva-se maior autonomia para profissionais e equipes - haveria liberdade para novas definições de Campo e de Núcleo para cada um, dentro do contexto de cada equipe - e, ao mesmo tempo, não se deixaria de atribuir responsabilidade muito bem definidas para cada grupo tarefa.

Ou seja, estes conceitos permitiriam certa abertura no paradoxo da autonomia e definição de responsabilidade, e também no da polivalência e especialização.

6- DEFESA DA VIDA: como eixo estruturante das práticas de saúde.

As práticas sanitárias têm particularidades que as distinguem de muitos outros ofícios.

No centro da ação do médico, do enfermeiro, do psicólogo ou do sanitarista sempre há um outro diretamente implicado. Cruzamento de subjetividades em um contexto especial: momento singular e angustiante para aqueles objetos da atenção e corriqueiro e previsível para os primeiros encarregados do tratamento. No trabalho em saúde sempre há uma outra subjetividade diretamente implicada. Proximidade carnal, interferência sobre o corpo e a vida de um outro. Às vezes, até ouve-se o arfar, sente-se o suor, percebe-se o medo, ou o desespero, ou a indiferença do objeto cuidado. Vislumbres da linguagem corporal ressoam no espírito objetivo e treinado do técnico. O trabalho em saúde assenta-se sobre relações interpessoais, todo o tempo.

Constatação óbvia e antiga. No entanto, esta característica não tem sido devidamente considerada quando se pensa em administração de serviços de saúde. Sequer a clínica e a saúde pública valorizam esse elemento capital do trabalho sanitário. Ao

contrário, tanto a prática clínica quanto a coletiva têm inventado técnicas para objetivar os meios de expressão dos sujeitos a serem cuidados. Paciente e população são abstraídos como se fossem conjuntos homogêneos, semelhantes uns aos outros, passíveis todos de receber cuidados semelhantes. A hipervalorização de técnicas de objetivação e, portanto, de uniformização arrefeceu em muito a preocupação dos saberes em saúde com a subjetividade e com a cultura dos seus clientes.

Em certa medida, passa-se até a impressão de que o trabalho clínico ou sanitário seria passível de automatização. Um desenrolar de procedimentos em grande medida independente do agente executor e do paciente sofredor ou da população em risco de adoecer. É muito difundida a idéia de que o resgate das práticas sanitárias passaria pela elaboração de minuciosos protocolos reguladores de procedimentos conforme o problema em foco. Crescem adeptos de métodos gerenciais assentados em detalhados programas de condutas diagnósticas ou terapêuticas. Sem negar o valor de síntese e de difusão rápida de conhecimento inerente a estes documentos, o que se pretende é chamar atenção para o fato de que a motivação criativa e o empenho improvisador têm sido desvalorizados, quando não absolutamente desconsiderados, ao se pensar métodos de gerência em saúde.

Motivação criadora e empenho improvisador, sem estas posturas o trabalho sanitário tende a perder capacidade de resolver problemas de saúde, tende a se embaralhar na complexidade e desorganização dos complexos sistemas de saúde e tende a se submeter aos pesados constrangimentos do meio socio-econômico-político de cada contexto.

Neste sentido, tanto o processo de formação, quanto a experiência institucional dos profissionais exercem um duplo efeito sobre suas subjetividades: não somente os treinam a se relacionar com sujeitos degradados à condição de objeto, como reforçam sua alienação e desmotivação. Agentes produtores burocratizados, com baixo grau de compromisso e de responsabilização.

Ora, suponha-se um pintor que não se interessasse por qualquer imagem. Um escritor que tivesse preguiça e má-vontade com a língua na qual escrevesse. Haveria técnicas gerenciais ou programas que compensassem estas indisposições básicas? Um computador com redator de texto, dicionário e enciclopédia, contrabalançariam esse tipo de indiferença assegurando a produção de um livro?

Um médico que clinicasse ou por imposição burocrático-administrativa ou por interesse exclusivo na remuneração, no dinheiro. Um sanitarista que bocejasse esmagado diante dos imensos empecilhos existentes se se pretendesse controlar uma epidemia. Produziriam saúde, estes personagens? Algum fiapo de reabilitação,

alguma migalha de cura? Ou alguma redução de taxas de incidência? Talvez? Nem sempre o gesto mecânico é inócuo. Para o bem ou para o mal, também ele produz algum efeito, não há como não admiti-lo. Contudo, de qualquer forma, estes gestos mecanizados certamente estariam longe de esgotar toda a potência sanitária da clínica e da saúde pública, forçoso reconhecer. E afinal a eficácia de uma prática não deveria ser avaliada tendo em consideração as potencialidades prometidas pelo estado-da-arte de cada período? Desejar a potência máxima de reabilitação, de prevenção e de promoção, não seria condição *sine qua non* para se pensar a utopia da "saúde para todos".

Figuras semelhantes aos dois personagens acima caricaturados - o escritor e o pintor alienados -, infelizmente, não são aparições raras. Ao contrário, na saúde, por exemplo, são encontráveis aos montes. Poder-se-ia, inclusive, afirmar que são estes os profissionais mais numerosos exatamente por serem os mais comumente produzidos pelas instituições da área. A mecânica deformadora das escolas, o funcionamento burocratizado dos serviços e a dinâmica individualista da sociedade, três instâncias aliadas para alienar o trabalhador do seu apego à obra. Três máquinas unidas em desmotivar, em desvalorizar o artesanato, em desconhecer mérito no resultado finalístico do trabalho sanitário. Importa, cada vez mais, o sucesso financeiro ou o cumprimento burocrático de algumas normas endeusadas conforme a moda do período.

Valoriza-se cada vez mais a realização de procedimentos - deificação dos meios - e verifica-se cada vez menos se a mobilização destes meios produziu ou não saúde, se redundou ou não em reabilitação, em reparação ou em prevenção de danos e se isso se efetivou com o menor custo e com a menor imposição de sofrimento e de desconforto às pessoas.

Este trabalho defende a tese de que não haverá solução para o "problema dos recursos humanos" sem enfrentamento deste padrão de subjetividade e de prática hoje predominantes. Ou seja, a **defesa da vida deveria constituir componente obrigatório do Campo de responsabilidades** de todo e qualquer profissional de saúde. A gerência teria o direito e o dever de cobrar esta disposição de todo e qualquer profissional de saúde.

A invenção de novos dispositivos institucionais - gestão colegiada, vínculo, contrato de gestão, etc -, de novas maneiras de ensinar, de avaliar e de supervisionar o trabalho em saúde, cumpririam a função de retirar essa discussão do campo exclusivamente moral e ético. Criar dispositivos concretos que reforçassem a construção de um novo tipo de compromisso entre técnicos e a produção de saúde.

Advoga-se uma profunda reforma das instituições de saúde objetivando alterar o relacionamento entre agentes produtores e a

população dependente de serviços de saúde. Não somente discursos sobre ética e exortações morais, mas novos arranjos organizacionais, novos padrões de compromisso e nova definição dos Campos de competências e de responsabilidade para os profissionais de saúde.

Entretanto, não há como fugir ao tema: a degradação moral do trabalho em saúde deve ser enfrentada e derrotada.

Em um artigo denominado "Determinação e Liberdade" Jean-Paul Sartre chamou a atenção para o papel paradoxal dos valores éticos imperativos. Se, por um lado, representam algo imposto ao sujeito pela tradição, pelo passado; por outro, uma vez interiorizados, permitiriam ao indivíduo resistir às dificuldades do contexto histórico. Ou seja, estes valores imperativos tanto restringiriam, quanto ampliariam a liberdade de um sujeito em situação.

"...o imperativo ... não conhece a conjuntura, isto é, o nexos de determinações anteriores. Seria melhor dizer que ele não quer conhecê-la; em todas as épocas a literatura traduziu estes casos-limites em que o imperativo procura negar todas as determinações externas e que, todavia, ele se cumpre... Esta recusa incondicionada das determinações do exterior equívale a reconhecer no agente, além da exterioridade, uma determinação na interioridade." (Sartre, 1982).

Saltando para o espaço da saúde: seria possível a produção de saúde sem que os trabalhadores estivessem imbuídos de um imperativo moral que os constrangesse a defender compulsivamente a vida dos indivíduos e coletividades sob sua responsabilidade?

Ou seja, haveria sistema gerencial potente o suficiente para compensar a ausência deste princípio? Haveria mecanismo de controle capaz de substituir a vontade de curar dos agentes sanitários? Haveria recompensa monetária forte o suficiente para comprar empenho, criatividade e responsabilidade dos profissionais de saúde?

Defesa da vida deveria ser um traço distintivo dos serviços de saúde. Uma marca que os distinguisse dos estabelecimentos de comércio, ou de educação ou mesmo da área política. A especificidade, a diferença que mais falasse, que mais esclarecesse sobre a identidade dos profissionais de saúde.

Produzir saúde é a missão das instituições de saúde, o traço que as legitimaria socialmente. O "valor de uso" do trabalho sanitário, o objetivo maior de todo e qualquer sistema de saúde.

Entretanto, sabe-se que os sistemas de saúde são também atravessados por outras lógicas. Múltiplas determinações que modificam o resultado final de suas ações. Porém quase todas estas outras influências, ao final, estariam vinculadas a dois ramos ou linhagens principais de determinantes: o interesse econômico dos

produtores e a disputa pelo poder. Estes dois vetores "contaminam" o cotidiano dos serviços alterando os resultados e criando, na prática, objetivos adicionais que, em muitos casos, acabam por pesar mais do que a defesa da vida.

Guattari, apoiando-se em Sartre, trabalhou os conceitos de grupo sujeito e de grupo assujeitado. Este último se caracterizaria pelo imobilismo e pela incapacidade de modificar o instituído, tendo em vista sua subordinação passiva às determinações do contexto interno e externo às organizações.

Os primeiros seriam aqueles virtualmente implicados com processos de mudança. Contudo, este autor reconhece nos "grupos sujeitos" um apego paranóico a algum projeto. Apego que os animaria tanto a pensar criticamente os espaços institucionais, quanto a inventar brechas por onde insinuar-se até novas posições. Entretanto, esses traços paranóicos criariam propensão ao próprio fechamento em seitas ou em igrejinhas (Guattari, 1981).

Apesar deste autor apontar que nenhum grupo conseguiria assumir integralmente qualquer destas polaridades - existiriam, no concreto, deslocamentos entre um e outro extremo -, em saúde o projeto compulsivo que salvaria os sujeitos da alienação seria o apego desmesurado à missão de curar, reabilitar, prevenir e promover saúde, sempre procurando estender ao máximo o limite imposto pelas circunstâncias.

Como exemplo analisador valeriam considerações sobre um caso concreto em que se apostou, deliberadamente, na concomitante reforma moral dos trabalhadores e também na reforma da organização dos serviços de saúde. A diminuição dos coeficientes de alienação dos trabalhadores foi um objetivo explicitamente definido e buscado pela direção da Secretaria de Saúde de Campinas durante o período 1989/91.²

A principal consigna daquele governo era "em defesa da vida". Palavra de ordem aparentemente banal, mas que a equipe dirigente tomava com a máxima radicalidade. Um destino e um desafio que se cumpririam melhor do que a medicina de mercado ou do que a saúde pública tradicional. Com esta tese-guia o corpo diretivo enfrentou, orgulhoso, a aridez e as dificuldades do cotidiano.

Refletindo com mais cuidado hoje, percebe-se que nesse ponto esteve a força e a fraqueza daquela experiência.

O que significava a diretriz "em defesa da vida" para o grupo dirigente daquela instituição?

Desde o primeiro instante, indicou um critério balizador das negociações entabuladas com todas as outras lógicas ou interesses em jogo.

²Fui secretário municipal de saúde no período de janeiro de 1989 à junho de 1991. Na ocasião, articulou-se uma equipe de dirigentes bastante vinculada ao movimento sanitário brasileiro. O governo se dizia democrático e popular.

Primeiro viria a defesa da saúde, depois o resto. Quase sempre, decidia-se voltado para a missão principal da Secretaria: os serviços de saúde deveriam ser reorientados para aumentar sua capacidade de produzir saúde, curar e reabilitar pessoas.

Por estes motivos, muitos consideraram ingênuos ou intransigentes os responsáveis por esta política. Não se concedia primazia às conveniências partidárias, ou aos interesses corporativos ou a conflitos de ordem pessoal. Também não se transigia com a inércia burocrática. A busca da saúde justificava os inúmeros rompimentos que foram provocados. Neste sentido, aqueles dirigentes sanitários foram tidos como sendo ETs dentro da máquina estatal.

No entanto, apoiados nesse mesmo impulso conseguiram legitimidade junto a distintos segmentos da sociedade. Muitos não simpatizavam com a origem, com as convicções ou com as fidelidades daqueles governantes, mas eram obrigados a reconhecer o empenho com que reformulavam o aparelho de saúde municipal. Com aquela linguagem de radicalidade sanitária alcançaram reconhecimento e apoio para além do Partido dos Trabalhadores, majoritário na composição do governo municipal. Imprensa, opinião pública, setores do funcionalismo, todos eram obrigados a concordar que se governava em prol da saúde.

Neste aspecto residiu a força da referida experiência.

Entretanto, talvez por estas mesmas razões, não se soube, ou não se pôde, conservar o poder. Do ponto de vista do resultado pouco importa não-saber ou não-poder, pois o fato concreto foi que a equipe dirigente se auto-imolou à imagem construída.

Aí, esteve, portanto, também a debilidade daquele projeto.

Apesar dessa constatação, seria precipitado julgar que não se dispunha de estratégia para sustentar as mudanças pelas quais lutavam todos. Na realidade, procurou-se reforçar o poder popular. Estimulou-se a criação de Conselhos, a participação de usuários e o diabo-à-quatros. Além do mais, por obsessão específica dos dirigentes da saúde, cuidou-se de fortalecer o envolvimento dos trabalhadores de saúde com a gestão.

De qualquer maneira, o que se pretende destacar com essas lembranças são as dificuldades de um governo que claramente priorizasse a colocação de pedaços do aparelho de estado à serviço da saúde da maioria. Infelizmente, este traço é raro. Poucos foram os governos, socialistas ou conservadores, que, ao longo da história, sustentaram essa marca na prática. Em geral, quando isso aconteceu, deveu-se à conjugação de circunstâncias políticas que praticamente obrigavam os detentores do poder a proteger setores do estado de efeitos paralisantes produzidos pelo próprio poder dominante. No Brasil, são escassos os exemplos de eficácia social de políticas públicas. Talvez se pudesse citar o caso da Saúde Pública no começo do século como exemplo parcial destas

circunstâncias. Mais recentemente, houve inúmeros municípios que ousaram fazer valer políticas amplas de saúde.

Contudo, não se poderia considerar que, no Brasil de hoje, haja esse tipo de conjugação de determinantes que praticamente obrigaria qualquer governo a fazer a educação ou a saúde pública funcionarem. Ao contrário.

Analisando, a potência política dos principais atores envolvidos com a produção de projetos ou de fatos inovadores no cenário da saúde, estar-se-a obrigado a reconhecer a crônica debilidade de quase todos eles.

De qualquer forma, reconstrói-se estes eventos reconhecendo como o imperativo - defesa da vida - facilitou a tarefa governamental de implantar o Sistema Único de Saúde (SUS). No caso, o ator social implicado foi uma equipe de governo. A reflexão principal deste artigo, contudo, concentra-se no estudo da possibilidade de outros sujeitos coletivos - trabalhadores de saúde, centralmente - envolverem-se com a produção de saúde.

Trabalhadores, equipes, serviços e sistemas de saúde deveriam (verbo impositivo que indica uma ação valorativa) comprometer-se radicalmente com a produção de saúde.

Em certa medida, este "deve ser" transcenderia as limitações objetivas de cada conjuntura? No fundo a questão colocado seria: haveria que se levar junto com a aparente neutralidade asséptica das metodologias gerenciais esse mandamento fundamentalista?

Submeter os serviços de saúde centralmente à produção de saúde e, portanto, à defesa da vida. Por outro lado, caberia a pergunta: esta diretriz serviria como pré-requisito para classificar aliados ou indicaria mais um objetivo a ser construído?

Como avaliar antecipadamente o grau de adesão potencial de cada um destes segmentos, ou atores sociais, à noção de defesa da vida? Ou seja, qualquer governo, ou qualquer grupo de profissionais ou o povo organizado em qualquer situação, poderiam ser igualmente "trabalhados" mediante o uso de uma metodologia adequada para seu maior comprometimento com a defesa da vida?

Um clínico não poderia recusar terapia a um sujeito que demandasse seus serviços, em que medida a ética política ou gerencial se assemelharia a essa quando avaliasse o potencial transformador de um dado ator ou de seu projeto?

Poderia haver coeficientes de defesa da vida, graus de envolvimento com a produção de saúde? Não seria um objetivo estratégico e permanente do trabalho sanitário procurar sempre dispositivos que aumentassem a implicação de governos, trabalhadores e de setores organizados da sociedade, com a defesa da vida? Ou ainda, a noção de produção de saúde não estaria, em todos os momentos, orientando a leitura que se faz das prioridades, ou a eleição e processamento de problemas, ou a

elaboração e implementação de projetos, e isso não seria verdadeiro para cada um dos atores implicados?

Poderia ser diferente? Valeria a pena ser diferente?

A guisa de conclusão: com certeza, a defesa da vida é muito mais um caminho, com inúmeras partidas e chegadas, do que um lugar onde um sujeito possa estar todo o tempo cheio de certezas e de furor **curandis**.

Entretanto, a defesa da vida deveria funcionar como um eixo estruturante do projeto de construção de um sistema público de saúde, base sobre a qual os sujeitos poderiam apoiar-se para enfrentar as contingências e determinações histórico-estruturais. Note-se, que nunca seria o único eixo estruturador das práticas sanitárias. Há também outros interesses, o dinheiro e a busca de poder indicando sentido para a ação das pessoas.

7- CONTROLE SOBRE TRABALHADORES DE SAÚDE VERSUS DEMOCRATIZAÇÃO INSTITUCIONAL:

Como arrancar o conceito de direito à saúde do abstrato mundo das leis e trazê-lo para o concreto da vida cotidiana?

Há dois eixos básicos supostamente capazes de realizar tal empreitada. O primeiro diz respeito à construção de sociedades justas e saudáveis: distribuição de renda, emprego, trabalho, meio-ambiente salubre, habitação, lazer e educação. O segundo são os próprios serviços de saúde com sua capacidade limitada, porém real, de também produzir saúde.

Nos últimos anos, No Brasil, mobilizou-se um conjunto de recursos, inventou-se métodos e desenhos institucionais orientados para a reformulação dos serviços de saúde e a criação de um novo sistema, o SUS. Este sistema estaria centralmente fundado na democratização, descentralização, modernização da gestão e reformulação dos modelos de atenção à saúde.

Um dos instrumentos propostos para este fim seria o controle social do sistema por segmentos organizados da sociedade. Não tem sido grande a teorização e, conseqüentemente, a inovação no campo da participação popular. Até agora tem prevalecido a tradição de esquerda: formar e fazer funcionar Conselhos de Saúde, preparar quadros para o exercício da participação, etc (se é que há etecétera).

Há poucos estudos sobre o relativo insucesso prático dessa tão charmosa teoria de participação popular. Por diversos motivos os Conselhos não têm logrado impor aos governos políticas sociais de caráter mais amplo e tampouco tem conseguido impedir o desmonte

de experiências locais bem sucedidas. Sem dúvida, a ação destes Conselhos pouco tem influenciado os métodos de gestão ou o desempenho do trabalho em saúde. O controle social por meio dos Conselhos não tem atingido, de forma contundente, o cotidiano dos serviços e, portanto, não vem servindo como dispositivo de negociação com os interesses corporativos dos trabalhadores de saúde.

Não seria por estas constatações que se poderia concluir pelo fracasso ou inutilidade do sistema de Conselhos. Ao contrário, tratar-se-ia, muito mais, de aprimorá-los. De buscar formas de fortalecê-los, de estruturá-los e de dotá-los de maior poder político e de maior competência técnica. Atribuir, de fato, aos Conselhos a definição do planejamento mais genérico dos sistemas de saúde. A eleição de prioridades, planos de investimentos e de expansão da rede deveriam sempre contar com aprovação destes Conselhos.

Contudo, por mais autônomo e por mais independência política desfrutam os Conselhos, verifica-se que nunca poderiam substituir a gerência no cotidiano dos serviços de saúde. Quando muito conseguiriam exercer algum tipo de fiscalização sobre o trabalho em saúde, apontando limites para comportamentos e posturas corporativas ou clientelistas.

Recentemente, das linhas mais ortodoxas de avaliação de serviços de saúde (Donabedianos entre outros) e da qualidade total roubou-se a idéia de ouvir a clientela por meio de pesquisas de opinião - os famosos satisfatômetros -; devolvendo-se, depois, os resultados à direção e equipes de saúde. Em tese, estes indicadores deveriam orientar reformulações no funcionamento dos serviços de saúde. Um dos componentes das planilhas de indicadores seriam coeficientes de satisfação levantados junto à população adscrita a um serviço. Sem dúvida, trata-se de mecanismo útil e potencialmente elucidativo para a gestão em saúde.

Na verdade, valeria também a pena defender-se a generalização de outros micro-mecanismos de controle social que se efetivariam por meio de padrões mais explícitos de vínculo entre profissionais de saúde e pacientes ou clientes ou usuários, ou seja lá qual for a denominação politicamente correta para nomear-se cidadãos quando não integrados em estruturas coletivas de poder popular.

Infelizmente quase que nenhum serviço público, no Brasil, experimentou implementar esse tipo de dispositivo. Assim, haveria ainda que se agarrar à defesa teórica dessa diretriz, tão desprezada pela esquerda e tão repudiada por governos e profissionais que reconhecem na definição explícita de mecanismos institucionais de vínculo recurso que ameaçaria a relativa liberdade com que vêm manejando seus interesses particulares.

Na verdade, termina-se atribuindo à gerência o grosso da função de controle sobre os processos de trabalho. No entanto, se sabe que há uma tradição brasileira em gerenciar o trabalho em saúde segundo regras tayloristas, normatização burocrática, supervisão direta e controle de horário e de produtividade.

Este estilo é dominante exceto quando se refere aos médicos, neste caso costuma-se deixá-los quase livre de qualquer controle.

Mesmo assim, há experiências bem estruturadas de democratização institucional. Experiências concretas e teorização concomitante: gestão colegiada, horizontalização de organogramas em hospitais e centros de saúde, reestruturação multiprofissional de equipes, planejamento local e ascendente, negociação permanente de indicadores de desempenho e de metas, e ampliação da autonomia das equipes de trabalhadores. (Campos, 1992)

Todas estas mudanças se justificariam principalmente por serem meios potencializadores de outras mudanças; estas, sim, substantivas e finalísticas, porque referentes aos modos de produzir saúde. Os novos modelos deveriam assegurar acesso, acolhimento, aumento da capacidade resolutiva, inclusive com ampliação do grau de autonomia do usuário, etc e etc.

Por onde começar os processos de reforma nesse emaranhado? Pela participação da sociedade civil, ou pela mudança das diretivas governamentais, ou pela mudança no envolvimento dos profissionais, ou pelo desenho dos modelos de atenção, ou ainda pela alteração do modo de gerenciar serviços de saúde?

Por qualquer lugar por onde fosse possível ou conveniente, seria a resposta ciente de que há relação dialética de condicionamento e determinação entre todas estas linhas de mudança.

Esta resposta inteligente não deveria, contudo, ocultar o paradoxo implícito na polaridade controle social ou gerencial dos profissionais e democratização institucional.

O desenho institucional democratizado acima sugerido - Conselhos deliberativos, gestão colegiada, horizontalização de organogramas, etc - é incompatível tanto com a tradição autoritária dos aparelhos estatais, como com aquela das empresas capitalistas. Esta contradição se reflete na ojeriza que a Gestão Colegiada provoca entre as diversas escolas de administração e ou de planejamento.

Na realidade, a democratização de serviços de saúde pressupõe uma certa concentração de poder político suficiente para abrir canais de participação ou, pelo menos, para garantir espaços abertos, de baixo para cima, pelas bases.

Nos últimos anos algumas organizações de saúde conseguiram democratizar-se. Em todas elas constatou-se uma combinação de concentração de poder e, portanto, um certo grau exacerbado de

controle sobre o sentido do trabalho em saúde, com reforma de organogramas e das relações de poder, objetivando dotá-las de maior horizontalidade. No Serviço de Saúde Cândido Ferreira, em Campinas/SP, desde 1992 vem ocorrendo processo semelhante. No Hospital Municipal de Volta Redonda/RJ não está sendo diferente e em Betim/MG ocorre algo parecido. Em todas estas experiências há poder concentrado, de governo, empurrando, estimulando, quebrando resistências, em um movimento de cima para baixo, de maneira a assegurar o prosseguimento da democratização. Com o tempo, contudo, espera-se uma inversão da tendência; ou seja, que a base, de trabalhadores e de cidadãos ligados aos serviços, pudesse auto-estimular a continuidade destas experiências.

Contudo, fica a pergunta: há na história muitos episódios de doação ou de cessão de poder? Não, não há.

Haveria, portanto, de fato, entre estas duas diretrizes, um certo paradoxo: para se democratizar o poder institucional exige-se concentração de poder. Alguém - governo?, movimento?, grupos de trabalhadores? - que banque o processo. Para a manutenção e prosseguimento das experiências de participação também parece ser indispensável a presença ativa de garantidores: novamente, governos, ou movimentos, que preservem o conquistado. Talvez até leis ou regulamentos que dificultassem a destruição dos dispositivos democráticos conquistados parece ser também indispensável à continuidade desses projetos, já que tem resultado muito caro e difícil atribuir apenas a movimentos sociais a garantia de tais processos. Ninguém agüenta pelejar o tempo todo contra desmandos governamentais.

Habermas e habermasianos em geral acreditam que só haverá democracia quando se espraiasse por toda a sociedade uma certa disposição comunicativa, superior aos anseios imediatistas de instrumentalizar os outros para o próprio lucro. Vontade comunicativa, essa, também maior do que os desejos estratégicos de dominar os outros em proveito próprio. Um grande acordo entre franciscanos de primeira hora. De primeira hora é conveniente insistir, porque já os da segunda geração conservaram o hábito mas caíram na gandaia habitual ao comum dos mortais.

Essas oposições entre democratização, mudança e centralização de poder aparecem claramente quando se compara as doutrinas do planejamento e da administração - qualquer um delas - com aquelas da análise institucional - em qualquer de suas versões.

Bastante influenciada pela psicanálise, a análise institucional tem um compromisso radical com a produção de sujeitos. Seu objetivo declarado é o de aumentar a capacidade de auto-análise e de autogestão de grupos organizados (Baremblit, 1992). O cumprimento da missão institucional seria um objetivo decorrente dos dois primeiros.

Aparentemente, poderia não haver contradição entre produzir sujeitos e produzir saúde, por exemplo. Contudo, na prática, brotam conflitos entre técnicos e clientela como brota capim na época de chuva. O tempo, na análise institucional, por exemplo, é regulado pelo tempo quase terapêutico necessário para os sujeitos - equipe de saúde - examinarem e recomporem suas identidades e projetos. O tempo dos pacientes será sempre o de ontem, o do imediato e o da angústia que é tentar escapar da morte e do sofrimento.

No mundo da política, do qual o planejamento estratégico situacional procura se aproximar, se passa exatamente o contrário. Primeiro há a questão do poder, da concorrência no mercado, do cumprimento de diretivas governamentais e etc. O desenvolvimento dos recursos humanos - até a linguagem é outra! - passaria agora a efeito colateral, a objetivo secundário. Hoje em dia, sem dúvida, há maior valorização da gerência de recursos humanos; mas quase nunca, de fato, a produção de sujeitos é um fim em si mesmo para as várias escolas da administração.

A análise institucional declara-se competente para fazer o percurso entre produção de sujeitos e jogo político, entre autogestão e cumprimento de metas institucionais. Pretende compatibilizar determinações gerais - econômicas, ideológicas, culturais e políticas - com outras moleculares. Contudo, creio que nenhuma de suas correntes conseguiu concretizar tal travessia. Muitos autores vêm ciscando dos dois lados, mas sempre terminam privilegiando um destes pólos. Em geral, não têm um projeto de estado ou de governo. Sugerem redes microscópicas de autogestão e de reconstrução de subjetividades. Mas os governos, a economia, a cultura, vão refazendo com agressividade e paciência, afinal estão armados com poderosas máquinas de produção de modos de subjetivação, o que os grupos alternativos tardaram anos em produzir.

De qualquer maneira, caberia dedicar-se a compreender melhor quem são os sujeitos com os quais se pretende refazer o mundo das instituições de saúde. Dar mais tempo à destilação de obsessões e de ressentimentos entre médicos, enfermeiras, e demais profissionais de saúde. Descobrir mecanismos de levar a fala e demandas dos usuários até o cotidiano dos serviços e, sobretudo, subordinar dinâmicas políticas de governo à missão de cada instituição. Para isso, a análise institucional tem recursos que as teorias administrativas não têm.

Além do mais, analisando-se com cuidado as diversas teorias de gerência ou de planejamento constata-se que priorizam, todas elas, o fortalecimento das equipes de governo ou de gerentes. E que estes, por sua vez, em geral, têm tido dificuldade em aplicar, com radicalidade, o espírito da democratização institucional.

Há explicações para isso. As direções das secretarias de saúde, de hospitais e de projetos lidam com demandas específicas ao âmbito governamental, ou seja, em geral, priorizam a sua própria capacitação, o aumento de sua capacidade de governo e de sua governabilidade. Porém, quando houver junto movimento em prol da democratização institucional e de mudanças no modelo, torna-se viável articular estes dois objetivos.

O que se pretende ressaltar aqui, contudo, é que freqüentemente o "objeto de trabalho" da administração e do planejamento quase nunca inclui a produção de sujeitos sociais como um dos seus objetivos; ou seja, há uma tradição maior de controlar o pessoal do que outra de estimulá-lo a se produzir enquanto sujeitos autônomos e responsáveis.

A combinação de métodos de gestão e de planejamento com estratégias originárias da análise institucional podem combinar estas duas lógicas, tornando possível tanto o cumprimento da missão dos serviços de saúde, quanto assegurar um tempo e um espaço institucional para o real desenvolvimento do pessoal de saúde. Seria, portanto, necessário, fabricar-se espaços onde fosse possível trabalhar, juntos, dirigentes, equipes de saúde e movimentos populares.

8- A GERÊNCIA, OS TRABALHADORES E A SOCIEDADE EM PROCESSOS DE MUDANÇA.

Aqui nos deparamos com o velho tema da externalidade dos projetos políticos. Há mudança sem vanguarda que a propague e a defenda? Relação entre vanguarda e massas. O que seria autoproduzido e o que viria de fora?

Defender a vida com radicalidade pressupõe mudanças no modelo vigente de atenção à saúde. Cada grupo recriaria, do zero, ou apenas de sua própria experiência, novos processos de trabalho?

Haveria produções originais? Ou, partindo para o extremo oposto, dever-se-ia embutir as mudanças pretendidas em programas ou em normas, assegurando assim sua mais rápida e segura propagação?

Está em moda trabalhar-se com problemas indicados pelas equipes de saúde, inúmeros métodos de planejamento adotam procedimentos semelhante. Estimula-se grupos a levantarem, eles mesmos, problemas considerados mais relevantes. Em seguida, busca-se processá-los. Caberia a pergunta: por que, mesmo partindo-se de pontos díspares, as soluções e diretrizes produzidas tendem sempre a ser tão semelhantes?

Estar-se-ia induzindo, com métodos diretivos, desenhos operativos preestabelecidos. Ou será que poderia haver uma tendência a reprodução de padrões organizacionais consagrados, sendo muito raro o aparecimento de novas descobertas também nos modos de produzir serviços de saúde? Quantos anos tomaria inventar quatro ou cinco novas maneiras de acolher a demanda, ou de avaliar serviços, ou de organizar um hospital? Não seria idealista a pretensão de que cada equipe reinventasse a roda a cada ciclo de planejamento?

Certamente os famosos paradigmas kuhnianos funcionam também fora da esfera das ciências e, com certeza, os profissionais de saúde tendem habitualmente a atuar presos a uma certa rede de conceitos e de valores que limita sua capacidade de invenção.

Neste sentido, serão os analisadores propostos pela análise institucional, ou os ruídos das teorias comunicacionais, suficientes para desencadear processos de mudança do modelo?

Quando e de que maneira dever-se-ia trazer às equipe novos saberes e práticas já vivenciados em outros recantos do planeta?

E mais, partindo-se de um certo paradigma, não haveria também miopia desde o momento da própria eleição de problemas? Essa cegueira seria apenas situacional ou poderia ter raízes muito mais profundas e, portanto, ser totalmente resistente às evidências produzidas mesmo por uma boa árvore explicativa?

Como trazer à baila problemas não eleitos pela equipe, mas que fossem considerados fundamentais à lógica de defesa da vida? Como sugerir alterações quando propostas sabidamente restritas estiverem sendo implementadas?

Diante da onipresença da modelo médico tradicional, e da pobreza do discurso alternativo da saúde pública, em geral restrito à idéia de que a implantação de distritos, em um certo território, com um certo grau de participação comunitária e com ênfase em técnicas de vigilância à saúde, seria capaz, por si só, de produzir saúde, diante destes dois paradigmas tão arraigados, como proceder? Calar-se mesmo sabendo que uma destas duas alternativas quase sempre vão aparecer como soluções carimbadas? Mesmo conhecendo as distorções medicalizantes do modelo privatista e os limites operacionais e a pobreza de impacto do modelo vigilância à saúde, dever-se-ia esperar que cada equipe descobrisse o já conhecido por experiência própria?

Guattari chama atenção para o fato de que a produção de novas subjetividades depende de uma certa abertura dos sujeitos a novos referenciais. Como produzir estas "aberturas"? Não é tarefa fácil despertar nas pessoas a necessidade de conhecer novos mundos. De qualquer forma, produzindo-se estas brechas haveria que haver contato com outros referenciais. Os paradigmas hegemônicos da clínica, da saúde pública, da política e da administração são

muito pobres. E o são principalmente quando se pretende a criação de novas instituições, de novos profissionais e de novas formas de fazer política adequadas à defesa da vida.

Assim, haveria algumas reflexões a serem praticadas com as equipes antes da eleição e processamento de problemas.

Que categorias trazer para discussão? Como escapar da receita pronta? A escolha destes conceitos para debate deveria variar conforme a história de cada instituição, mas, certamente, há alguns pontos que aparecerão com muita frequência.

A noção de "responsabilizar-se" pelo paciente ou pela comunidade, por exemplo. Que implicações, que desdobramentos, haveria se se adotasse o critério de "produção de autonomia entre os clientes como avaliador de qualidade"? Discutir o modo alienado e fragmentado com que se faz atenção à saúde, a centralidade dos procedimentos, em geral, desligados da discussão mais ampliada de projeto terapêutico. Outro tema cabeludo é o do papel dos profissionais de saúde e da equipe, trabalhar melhor as idéias de campo e de núcleo de responsabilidades profissionais. Outro assunto poderia ser o da gestão participativa. Outro, o do papel da clínica e da saúde pública, como integrá-las na prática. Outro ainda, sobre a delimitação dos objetos de trabalho das equipes, isso da doença envolver dimensões sociais, subjetivas e biológicas, que conseqüências isso traria para a prática e formação dos profissionais. Valeria ainda redefinir as noções do que seria fazer política em saúde. Lembrar que além da luta parlamentar e social mais geral, há lutas políticas que se espraiam pelo cotidiano, envolvendo médicos, dentistas, fisioterapeutas, técnicos, usuários, opinião pública, instituições científicas e formadoras de quadros, governos e seus representantes, etc.

Entre todas estas linhas, poder-se-ia destacar como central à mudança de modelo a noção de vínculo. Modificar os padrões da relação profissionais de saúde-clientela, objetivando ampliar os coeficientes de vínculo deles com pessoas portadoras de problemas concretos dentro de um certo contexto existencial. Esta seria a pedra de toque de qualquer projeto que pretendesse mudar os modos de atenção. Conciliar com a má-vontade com a qual este tema tem sido encarado, é conciliar com a permanência de padrões intoleráveis de alienação dos trabalhadores de saúde e com a ineficácia da clínica e da saúde pública.

Há pouco tempo definiu-se modelo de atenção:

"... como um conceito que estabelece intermediações entre o técnico e o político. Como uma dada concretização de diretrizes de política sanitária em diálogo com um certo saber técnico. Uma tradução para um projeto de atenção à saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, socio-culturais e da leitura de uma determinada conjuntura epidemiológica e de um certo desenho

de aspirações e de desejos sobre o viver saudável. Modelo, portanto, seria esta coisa tensa, que nem é só política e tampouco só tecnologia." (Campos, 1994)

Concluindo, é importante trazer para os espaços cotidianos de gerência estas discussões em todas suas dimensões e com todas suas implicações. Se o tema é rede básica, há que se discutir o papel da clínica neste contexto, como reformulá-la?, e o da prevenção?, e o trabalho comunitário, como seria organizado?, etc e etc. Ao mesmo tempo, tentar, iluminando-se pela política do SUS, pelo perfil epidemiológico da região, por dados extraídos da demanda, pela ética, e pelo que seria uma clínica de qualidade, redefinir papéis, responsabilidades e processos de trabalho. Ou seja, trazer para o concreto de cada serviço desenhos que levassem em conta todas estes temas, mas que o fizesse de forma prática e operacional.

BIBLIOGRAFIA:

- Basaglia, F. - A instituição Negada - Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1985.
- Birman, J. - Enfermidade e Loucura - Rio de Janeiro, Ed. Campus, 1980.
- Campos, G.W.S. - Reforma da Reforma: Repensando a Saúde. São Paulo, Ed. Hucitec, 1992.
- Camus, A. - O Homem Revoltado - Rio de Janeiro, Ed. Record, 1996.
- Castoriadis, C. - A Instituição Imaginária da Sociedade. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1982.
- Deleuze, G. e Guattari, F. - O Anti-Édipo. Rio de Janeiro, Imago Ed., 1972.
- Foucault, Michel - Microfísica do Poder. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1979.
- Guattari, F. - Psicoanálises y Transversalidad. Buenos Aires, Ed. Siglo XXI, 1976.
- Guattari, F. - Revolução Molecular. São Paulo, Ed. Brasiliense, 1981.
- Paim, J. S. - Recursos Humanos em Saúde no Brasil: Problemas Crônicos e Desafios Agudos. São Paulo, Fac. de Saúde Pública/USP, 1994.
- Pires, Denise - Processo de Trabalho em Saúde no Brasil. Campinas, tese doutorado IFCH/UNICAMP, 1996.

- Sartre, J. P. - Determinação e Liberdade - In: Moral e Sociedade, edição Instituto Gramsci. Rio de Janeiro, Ed. Paz e Terra, 1982.