



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Márcio José Martins Alves

Sistema Único de Saúde: de que sistema se trata?

Rio de Janeiro

2006

Márcio José Martins Alves

Sistema Único de Saúde: de que sistema se trata?

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Políticas, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: George Edward Machado Kornis

Rio de Janeiro

2006

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

A474 Alves, Márcio José Martins.
Sistema Único de Saúde: de que sistema se trata? / Márcio José
Martins Alves. – 2006.
208f.

Orientador: George Edward Machado Kornis.
Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Instituto de Medicina Social.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Teses. 2. Política de saúde –
Brasil – Teses. 3. Saúde pública – Brasil – Teses. 4. Teoria dos
sistemas – Teses. 5. Teoria da organização – Teses. I. Kornis, George
Edward Machado. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614.2(81)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Márcio José Martins Alves

Sistema Único de Saúde: de que sistema se trata?

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Políticas, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 30 de maio de 2006.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. George Edward Machado Kornis (Orientador)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Sulamis Dain
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Maria Teresa Bustamante Teixeira
Faculdade de Medicina – UFJF

Prof.^a Dra. Sueli Maria dos Reis Santos
Faculdade de Enfermagem - UFJF

Rio de Janeiro

2006

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado aos meus alunos e colegas de trabalho – do SUS/JF e da UFJF – com os quais partilhei, partilho e continuarei a partilhar as inquietações e esperanças que motivaram as questões aqui referidas.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, George Kornis, pela sensibilidade em perceber a complexidade do tema que eu pretendi abordar, e conseqüentemente, pelo respeito, diligência e talento de diretor de cinema, na condução da orientação deste trabalho.

Ao Ruben Araújo de Matos, que despertou o meu interesse pelas ciências sociais em saúde, através de suas críticas ao planejamento normativo nas atividades de preceptoria da residência em Medicina Preventiva e Social, nos anos 1989 e 1990, que provocaram uma verdadeira revisão de conceitos na minha cabeça então com uma fraca exposição aos métodos das ciências sociais, tão pouco discutidos na minha formação básica que ocorreu naqueles anos de ditadura militar...

À Teíta Bustamante, à Margarida Salomão, Á Sulamis Dain e à Auta Stephan Souza, que abriram sólidos caminhos para a Saúde Coletiva na Universidade Federal de Juiz de Fora.

À Teíta, à Sueli Santos, o Mário Sérgio Ribeiro e à Sulamis Dain, amigos com os quais compartilhei idéias e obtive sugestões sobre a condução deste trabalho.

Ao Mário Sérgio, pelo partilhar das afinidades nos aspectos filosóficos e metodológicos da verificação positiva dos fatos, não apenas com relação ao ato de pesquisar, mas também com a coerência dos atos do fazer e do falar. Nesse sentido, sou também tributário das posições epistemológicas da Anna Campos, do Ruben Mattos e da Roseni Pinheiro, que me introduziram na pesquisa qualitativa, e suas especificidades em relação aos fenômenos sociais.

Especialmente à Anna Campos, em relação às questões do modernismo e pós-modernismo nas teorias organizacionais, que tão bem casaram com as minhas idéias em gestação, sobre uma discussão pela via da teoria dos sistemas complexos, e que me despertou a curiosidade sobre o porquê da palavra “accountability” não ter uma tradução precisa na língua portuguesa.

À Sandra, ao Márcio e à Laura, que compreenderam que a dedicação ao trabalho e a concentração intelectual inevitavelmente disputam espaço com as relações familiares.

E a todos que, direta ou indiretamente, colaboraram para que eu pudesse concluir esta etapa de minha vida profissional.

As águas fluem unindo seus cursos porque estão todas sujeitas às mesmas leis. Assim também a sociedade humana deve igualmente manter-se unida através de uma comunidade de interesses que possibilite a cada um sentir-se parte do todo.

(I Ching)

Desde o advento da Revolução Industrial, o mundo tem visto um notável crescimento no tamanho e complexidade das organizações. (...) Uma parte essencial desta mudança revolucionária foi um tremendo aumento na divisão do trabalho e segmentação das responsabilidades de gerência nestas organizações. Os resultados foram espetaculares.

Entretanto, juntamente com suas glórias, este aumento de especialização criou novos problemas (...). Um dos problemas é a tendência de os muitos componentes de uma organização crescerem em impérios relativamente autônomos com suas próprias metas e sistemas de valores, perdendo, deste modo, a visão de como suas atividades e objetivos se entrosam com as da organização como um todo. O que é melhor para um componente, freqüentemente prejudica o outro. (...) Um problema relacionado é que à medida que a complexidade e especialização numa organização aumenta, torna-se cada vez mais difícil alocar seus recursos disponíveis às suas várias atividades do modo mais eficaz para a organização como um todo.

Hillier & Lieberman, em "Introdução à Pesquisa Operacional".

RESUMO

ALVES, Marcio José Martins. *Sistema Único de Saúde: de que sistema se trata ?* 2006. 208 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

Constata-se que a reforma sanitária brasileira representa um avanço na direção de uma concepção avançada de sistema de saúde. Entretanto o SUS, com toda a materialidade das reformas ao nível “macro” induzidas a partir dos avanços na legislação, a implantação da regionalização e hierarquização da assistência, e dos instrumentos de gestão, assim como todas as grandes organizações modernas, padece de problemas de coordenação na operação de suas ações. Este trabalho pretende discutir as possibilidades e limites das mudanças organizacionais induzidas pela implementação do SUS na configuração dos sistemas loco-regionais de saúde, à luz das experiências internacionais e das contribuições mais recentes das teorias organizacionais, no contexto da transição do fordismo à acumulação flexível. A partir do referencial da teoria dos sistemas, considera-se a contribuição das teorias organizacionais fordistas, pós-fordistas e pós-modernistas na especificidade do campo da saúde coletiva, para discutir a efetividade dos seus subsistemas cibernéticos do SUS: controle, avaliação, regulação, auditoria e vigilância em saúde, no complexo contexto da configuração do poder deste setor. Verifica-se que o SUS, constituído a partir de culturas organizacionais fordistas, do antigo INAMPS e da Saúde Pública tradicional, não tem obtido êxito em configurar estruturas organizacionais competentes, na medida em que reproduz os modelos tradicionais nos seus sistemas de controle. Esta dificuldade em parte deve-se ao momento histórico, que fez coincidir o momento dos avanços na legislação, em direção à ampliação do direito à saúde, com o momento das reestruturações dos aparelhos estatais decorrente da crise global do modo de produção fordista, e com as profundas transformações demográficas, epidemiológicas e da tecnologia da assistência médica. Por outro lado, a disponibilidade de soluções pósfordistas propicia um padrão para a conformação de novas regras e novos modos de regulação do sistema de saúde, que induzam a comportamentos auto-reguladores por parte dos prestadores de serviços de saúde, considerando as metas de equidade e de melhoria da saúde da população. Conclui-se que a necessária reforma do setor saúde demanda o fortalecimento de uma tecno-burocracia protegida contra injunções político-partidárias, que possibilite a incubação uma cultura organizacional profissional em todas as esferas de governo e níveis de gestão, que incentive um trabalho em saúde competente e moralmente comprometido com as finalidades do SUS nesse país.

Palavras-chave: Teoria dos Sistemas; Sistemas de saúde; Reformas do setor saúde; Pós fordismo; Pós-modernismo; Teoria da Complexidade.

ABSTRACT

The Brazilian Health Reform is a step ahead towards an advanced health system concept. However, despite the concrete legal progress achieved through the 1988 Constitution, expressed in reforms at the broader level, aiming to organize the assistance in a hierarchyzed services network, and the promulgation of norms for the decentralized system local management, the Brazilian Unified Health System (SUS), as other large modern organizations, experiences a lack of coordination in its operations. This work aims to discuss the possibilities and limits of the organizational changes induced by this implementation, in the very configuration of regionalized health systems from the viewpoint of international experience with health systems reforms, taking into account the most recent contributions of the organizational theories, considering the transitional context from fordism to post-fordism. From the theoretical perspective of systems, we consider the contribution of organization theories, regarding the specificity of the field of public health, to argue the effectiveness of its regulation subsystems: control and evaluation, regulation, medical audit, health Information and also the surveillance and disease control systems, within the complex configuration of political power in this sector, in Brazil. SUS, characterized by a mix of two fordist organizational patterns – the National Institute of Social Security (INAMPS) and traditional Public Health systems – fails to build competent organizational structures, since it reproduces traditional models in its controlling systems. These difficulties are due in part to historical determinants, which made the legal advances towards a more comprehensive health right coincide with State reforms arisen from the crisis of fordist regulation patterns, and also with worldwide deep societal transformations, like demographic and epidemiological transitions, and the high costs of medical technology. On the other hand, the availability of post-fordist organizational solutions provides patterns for new rules and ways for health systems regulation, which lead to self-regulated behaviors on the part of health care providers, considering the goals of equity and improvement of populational health. The author conclude that necessary health care reform in Brazil requires the strengthening technobureaucracy protected against political-partisan injunctions, allowing the incubation of a professional organizational culture in all government and managerial levels, fostering the competent health work, committed with SUS's purposes.

Keywords: Systems Theory; Health systems; Health Care Reforms; Post fordism; Post modernism; Complexity.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	12
1	TEORIA GERAL DOS SISTEMAS, SISTEMAS COMPLEXOS, SISTEMAS DE CONTROLE E TEORIAS ORGANIZACIONAIS: NOTAS TEÓRICO-CONCEITUAIS	51
1.1	A idéia de sistema na modernidade e a teoria geral dos sistemas	52
1.2	A teoria dos sistemas e as ciências sociais	56
1.3	Teoria da complexidade e sistemas autopoieticos	58
1.4	Os sistemas de controle nos paradigmas organizacionais	65
1.5	Teorias organizacionais	71
1.6	As teorias organizacionais e o Pós-Fordismo	78
1.7	As teorias organizacionais e o Pós-Modernismo	85
2	A COMPLEXIDADE EM SAÚDE: TÓPICOS PARA REFLEXÃO E DEBATE	90
2.1	A complexidade da Saúde e do Setor Saúde na sociedade contemporânea	92
2.2	A complexidade do trabalho em Saúde	99
2.3	A complexidade da implantação do SUS e de seus mecanismos de controle ...	106
3	AS REFORMAS CONTEMPORÂNEAS DO SETOR SAÚDE: TÓPICOS PARA REFLEXÃO E DEBATE	112
3.1	A emergência de novos vetores estruturantes das reformas do setor	113
3.2	Atenção primária e as reformas dos sistemas de saúde	122
3.3	As reformas dos Sistemas de Saúde na Europa	126
3.3.1	<u>Formação, certificação e educação continuada no Reino Unido</u>	131
3.4	As reformas preconizadas pelo BIRD para os sistemas de saúde dos países em desenvolvimento	134
3.5	As reformas nas empresas médicas Norte-americanas: assistência médica gerenciada (Managed Care)	135

4	REFORMA SANITÁRIA NO BRASIL: UMA REFLEXÃO CONTEMPORÂNEA	139
4.1	Planejamento, financiamento e instrumentos de gestão do SUS	141
4.2	Considerações sobre o processo de hierarquização, descentralização e regionalização do SUS	152
4.3	Considerações sobre os ‘sistemas cibernéticos’ do SUS	158
4.3.1	<u>Gestão de recursos humanos e educação permanente no SUS</u>	169
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	181
5.1	As contradições entre o SUS ideal e o SUS real remetem à questão dos paradigmas organizacionais?	185
5.2	Modernismo , pós-modernismo e o papel do centro nas organizações contemporâneas	186
5.3	Os “sistemas cibernéticos”, a educação permanente e a parceria universidade – SUS	189
5.4	O papel da ANS no SUS	196
	REFERÊNCIAS	198

INTRODUÇÃO

O setor saúde tem passado por grandes transformações nos últimos 30 anos, com mudanças radicais tanto na gestão quanto no modelo assistencial. Em linhas gerais, segue-se um movimento em direção à universalização da assistência, que coexiste com uma escalada de custos e fortes restrições de financiamento. Esse processo ocorre no bojo de um contexto de profundas transformações societárias, que se dão em escala mundial, decorrente dos espetaculares avanços tecnológicos que ocorreram ao longo de todo o século XX, e que produziram impactos importantes na saúde e na qualidade de vida da população humana. Que por sua vez decorreram de um outro conjunto de transformações que se operou na civilização ocidental, que teve seu início nos primórdios na Idade Moderna.

No Brasil isto se dá na singularidade de seu processo político também complexo e singular, mas também decorre da conjuntura mundial citada no parágrafo anterior. A conformação do setor saúde no Brasil remonta ao advento das grandes campanhas de Saúde Pública e aos avanços nas políticas sociais e de assistência à saúde aos trabalhadores, que em um dado momento histórico convergem para o movimento denominado “Reforma Sanitária”, cujas propostas foram amplamente incorporadas na Constituição Federal de 1988 (CF’88) – que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

O presente trabalho de investigação, apresentado como Tese de Doutorado em Saúde Coletiva foi elaborado sob a tutela do Departamento de Políticas, Planejamento e Administração em Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPAS / IMS-UERJ), e pretende discutir a organicidade do SUS à luz do conceito de Sistema. Afinal, quais são os sentidos, os significados envolvidos na idéia de sistema? E o SUS? De que sistema se trata? Pretende-se investigar essas questões tanto ao nível macro-estrutural, considerando as políticas de saúde, financiamento, as relações entre as esferas administrativas (federal, municipal, estadual) e a conformação das redes de serviços de saúde, quanto ao nível micro-estrutural, das relações entre as instâncias administrativas locais (de gestão, controle e avaliação) e os elementos operacionais sob sua jurisdição.

A relevância do tema se apresenta hoje na medida em que se percebe um certo descompasso entre os princípios enunciados na CF’88 e nas normas legais infra-constitucionais, e a efetiva operação do modelo assistencial resultante. Nesse sentido, poder estar reunindo e trazendo contribuições para o debate em torno desse descompasso, no complexo contexto em que o SUS está colocado, é o desafio que motiva o presente trabalho.

Sabendo que a aproximação do conceito de Sistema – apropriado de diferentes formas por disciplinas oriundas de diversos campos do conhecimento, no campo das ciências sociais é tarefa no mínimo problemática. O termo é polissêmico, veiculando sentidos os mais contraditórios, que vão desde o ecológico até o totalitário. Portanto, essa empreitada implica em buscar aportes fundados nas inter-relações dos campos epistêmicos que utilizam esse conceito, em praticamente todas as grandes áreas do conhecimento humano – das engenharias, especificamente a engenharia de sistemas, do conjunto das ciências sociais (especificamente a sociologia, a economia, as ciências políticas e a administração), e também da área biológica, especificamente do campo da biologia comportamental contemporânea. A explicitação das coincidências e diferenças entre os conceitos da teoria dos sistemas nesses vários campos epistêmicos será o foco metodológico da presente investigação, a partir dos quais as relações entre os aspectos macro e micro-estruturais do SUS serão abordados.

Nesse sentido, a temática vai girar em torno da questão do controle no SUS, ou seja, das definições e operações necessárias para que a concepção ampliada de saúde e os direitos instituídos na Constituição de 1988, e as correspondentes políticas públicas necessárias e dispostas na sua normativa, se efetivem “de fato” (desculpem o pleonasma).

A abordagem ao tema se dará a partir de um pano de fundo histórico-estrutural, para que se possa evidenciar a genealogia das principais características dos sistemas de controle nas organizações. A partir daí, será estabelecido o referencial teórico, por fim sistematizado com os conceitos-chave da Teoria dos Sistemas, aplicado nas modalidades de controle de organizações complexas. O pano de fundo colocado na introdução faz referência às questões da modernidade e contemporaneidade, considerando especificamente a transição do modo de regulamentação da economia: fordismo e pós-fordismo, segundo Robert Boyer. A intenção é relacionar as mudanças do setor com as grandes transformações contextuais que abalaram o projeto da modernidade na civilização ocidental.

O assunto começa com a discussão do projeto da civilização ocidental na modernidade, e em seguida relaciona este projeto com a evolução das políticas públicas e de saúde no Brasil, para definir o objeto e os objetivos desta tese. No primeiro capítulo será apresentada a proposta metodológica, a partir da concepção de Sistema segundo Ludwig Von Bertalanffy (1968), com foco nos sistemas sociais e mais especificamente, nos sistemas de controle institucional / organizacional. Nesse sentido, serão apresentadas algumas das apropriações dessa teoria na sociologia, e as respectivas críticas, através do diálogo entre o pensamento de Talcott Parsons, o intelectual orgânico do fordismo, e o de Charles Wright Mills, seu crítico mais contumaz. Para além dessas querelas, a teoria dos sistemas será

considerada nas suas concepções mais contemporâneas, enriquecida pelas contribuições da teoria da complexidade, destacando-se a singular apropriação pelo campo da biologia comportamental contemporânea, aqui representado pelo pensamento de Humberto Maturana. Em seguida, e sobre esta perspectiva, a tipologia dos mecanismos de controle nas organizações será evidenciada através do estudo das teorias organizacionais, considerando as características dos modos de regulamentação fordista e pós-fordista.

No segundo capítulo, à luz do referencial teórico proposto, a discussão estará centrada na análise da complexidade da saúde: do processo de saúde/doença, dos sistemas de saúde, dos processos de trabalho em saúde e das peculiaridades da implantação do SUS no Brasil.

No terceiro capítulo serão abordadas as complexas respostas do setor saúde à crise do fordismo, com ênfase na extensa e rica produção de saberes e práticas que têm conformado a especificidade do movimento das reformas contemporâneas do setor. Neste ponto, a análise dos dispositivos indutores de comportamentos sistêmicos será o foco da discussão: tanto no plano da macro-gestão (conformação de sistemas loco-regionais de saúde), quanto no plano da micro-gestão (os mecanismos de controle ligados à gestão do trabalho em saúde). Também no terceiro capítulo, serão tecidas considerações sobre as práticas gerenciais, que discutirão o relativo sucesso ou fracasso das principais inovações gerenciais implementadas nas últimas décadas, como a Assistência Médica Gerenciada (Managed Care) e as reformas dos sistemas de saúde em andamento em praticamente todos os países.

No quarto capítulo, finalmente, será travada a discussão em torno do objeto desta pesquisa, ao analisar a estrutura do aparato institucional de controle no SUS à luz de todos os elementos apresentados nos capítulos anteriores. Finalmente, nas considerações finais, procurar-se-á dar um fecho nos pontos levantados ao longo desta longa exposição e, na medida do possível e cabível, ensaiando algumas recomendações que possam apontar saídas para os impasses atuais do SUS.

O campo temático geral: a transição da modernidade ao mundo contemporâneo

A discussão se inicia a partir das grandes transformações ocorridas no mundo a partir de meados dos anos 1970. Essas transformações são caracterizadas por profundas mudanças tanto no ambiente sócio-econômico (manifestas na geopolítica mundial, na globalização da economia, na relação Estado / Sociedade e nas políticas públicas dela derivadas) quanto no plano cultural, considerando que a proposição de novos paradigmas científicos e societários aportaram importantes conseqüências, quer sobre o modo de apreensão da realidade, quer sobre as formas de intervenção sobre a mesma. Muitos autores (Lyotard, 1984; Boyer, 1990; Hobsbawn, 1995; Harvey, 2002) admitem que as intensas e profundas mudanças em escala planetária que estamos vivendo no mundo atual expressam o curso de uma transição de eras, entre uma **modernidade** que subsiste até os nossos dias, e uma **contemporaneidade** nascente, mas ainda mal definida, posto que ainda nos situamos na transição para um novo contexto, sobre o qual só podemos especular.

A idéia de Modernidade “refere-se a estilo, costume de vida ou organização social que emergiram na Europa a partir do século XVII e que ulteriormente se tornaram mais ou menos mundiais em influência” (Giddens, 1991 *apud* Camargo, 1999); nesse sentido, podemos então dizer que a modernidade corresponde ao período que se inicia a partir do Renascimento, quando ocorre na Europa, a emergência do pensamento iluminista¹. Em linhas gerais, o projeto iluminista foi um movimento cultural europeu que se consolidou nos séculos XVII, XVIII e XIX, tendo como principal característica a sua oposição ao modo de pensar medieval, teocêntrico e dominado pelo misticismo cristão, e que influenciou profundamente a matriz do pensamento ocidental moderno.

Com o intuito de colocar um pano de fundo adequado ao tratamento da questão do controle nas organizações sociais, abordaremos em seguida alguns fundamentos do contexto cultural vigente na modernidade. Esta abordagem se dará a partir da consideração (1) do legado prático (na medida em que fundamenta uma visão de mundo) dos grandes pensadores do período iluminista e dos fundadores da sociologia; (2) das transformações tecnológicas da I, II e III Revolução Industrial; (3) da caracterização do modo fordista de produção; (4) da caracterização do contexto pós-fordista, de suas crises epistemológicas e possibilidades

¹ O movimento iluminista tem a ver com a superação das características das organizações sócio-culturais medievais, que permitiram o florescimento de idéias antes reprimidas e restritas aos mosteiros: o legado da cultura grega, da antiguidade clássica, enfim, dos fundamentos da nossa cultura ocidental – moderna e contemporânea –, e o advento das grandes navegações, a invenção da imprensa por Gutemberg e a constituição do Estado Moderno.

tecnológicas, e finalmente (5) dos fundamentos epistemológicos da crítica pós-moderna como possibilidade de construção de um novo paradigma societário. Nesse sentido, uma grande ênfase será dada na percepção dos aspectos que permeiam a visão de mundo hegemônica (modernista), do paradigma da cultura ocidental, e nos aspectos emergentes que questionam essa mesma visão (pós-modernista).

O Contexto da Modernidade e o iluminismo

O século XVIII foi um século de mudanças paradigmáticas em grande escala. A Europa se transformou, de uma economia artesanal para uma economia industrial. De todas as mudanças, a mais influente foi a transformação epistemológica que nós chamamos de “Revolução Científica”, que fez com que já no século XIX, a matriz do pensamento europeu tenha se tornado completamente mecanicista – na medida que a filosofia natural de Isaac Newton era aplicada à vida individual, social, política, e econômica (Hooker, 1996). Esta mudança, talvez tenha sido a mais radical de todas as transições na história humana, como veremos a seguir. O senso comum associa esta revolução com os desenvolvimentos das ciências naturais e a mudança tecnológica, mas a Revolução Científica foi na realidade, uma série de mudanças na estrutura do próprio pensamento europeu: a dúvida sistemática, a verificação sensorial e empírica, a abstração do conhecimento humano em ciências separadas, e a visão de que o mundo funcionava como uma máquina. Esta modificação na visão de mundo pode também ser mapeada na pintura, na escultura e na arquitetura; pode-se depreender daí que os povos dos séculos XVII e XVIII já olhavam o mundo de um jeito muito parecido com o que convencionamos chamar de “moderno”.

As Transformações Tecnológicas e Sociais da Modernidade

A rápida propagação dessas idéias gerou as condições objetivas para a emergência da I Revolução Industrial no século XVIII, a partir da qual outro conjunto de grandes transformações vai ocorrer, desta feita, nos modos de produção e de organização da economia e da sociedade: a emergência do modo de produção industrial. De fato, a transformação de maior alcance, a mais influente da cultura humana desde o advento da agricultura há oito ou dez mil anos atrás, foi a revolução industrial do século XVIII na Europa. As conseqüências

desta revolução mudariam irrevogavelmente o trabalho humano, o consumo, a estrutura da família, a estrutura social, e mesmo a alma e os próprios pensamentos do indivíduo moderno (Hooker, 1996 2004).

Na medida em que percebiam as profundas transformações que ocorriam na sociedade moderna, os intelectuais e filósofos deste período passavam a tomar a questão social como objeto de estudo científico. A visão de mundo que vai se constituindo na Modernidade Clássica é caracterizada pela disponibilidade de um instrumental teórico-metodológico que é o método científico, mas também vem marcada pela difusão de um “subproduto ideológico”, ainda não muito claramente percebido, que Mendes Gonçalves denomina de “mitologia da ciência-verdade” (Gonçalves, 1994), e que pode ser definido pelo uso da ciência ou do discurso científico de forma alienada ou simplista, bem como pela sua apropriação, por parte de setores dominantes da sociedade, como forma de legitimação de seus interesses. Principalmente quando este discurso serve de justificativa para a imposição de regras ao conjunto da sociedade. É nesse contexto que se vê a sociologia e o socialismo se constituírem no campo das Ciências Sociais: enquanto campo científico com marcantes matizes ideológicos.

É importante destacar que os clássicos da sociologia, independente de suas filiações ideológicas, procuraram explicar as grandes transformações provocadas pela formação e desenvolvimento do capitalismo moderno; seus trabalhos forneceram preciosas informações sobre as condições da vida humana, sobre o problema do equilíbrio e da mudança social, sobre os mecanismos de dominação, sobre a burocratização e a alienação da época moderna. Marx, Comte e Durkheim viveram e responderam às questões de seu tempo, cujo contexto remetia às transformações tecnológicas da I Revolução Industrial. Já Weber presenciou o início da II Revolução Industrial, chegando a testemunhar o advento da revolução soviética de 1917, mas não viveu o bastante para presenciar outro grande conjunto de transformações cuja consideração também será importante para contextualizar a discussão que nos propomos a fazer.

A partir de 1860, um novo conjunto de transformações técnicas e econômicas produziram grandes mudanças no processo de industrialização e se estendeu até o início da 1ª Guerra Mundial. No contexto de se aumentar a produtividade do trabalho, surge o método de administração científica de Frederick W. Taylor, que se tornaria mundialmente conhecido como taylorismo. Este método pode ser considerado um dos fatores tecnológicos mais importantes da Segunda Revolução Industrial. Com a introdução do taylorismo nas linhas de

montagem da nascente indústria automobilística por Henry Ford, eleva-se a produtividade ao minimizar o tempo de deslocamento e redução nos estoques, onde a própria linha de montagem se transforma no controlador do ritmo de trabalho. Esse cenário leva à substituição de empregados por máquinas de forma a maximizar a produtividade. Com a expansão das escalas e dos ritmos de produção, o avanço da mecanização em sistemas dedicados se intensificaria também nas unidades fornecedoras de peças, nos fabricantes de matérias-primas e insumos e por fim, atingindo os demais setores da economia, como o de serviços e até mesmo o setor primário, com a mecanização da agro-pecuária.

Além disso, a busca de processos produtivos mais eficientes levava a uma profissionalização na gestão empresarial, pois é preciso assegurar, além de um eficiente sistema de produção, a maximização dos resultados em termos de compras, distribuição e marketing, que extrapola em muito a capacidade gerencial e financeira do empresário tradicional.

Alimenta-se na indústria a mística de lucratividade da ciência - onde empresas começam a financiar tanto a pesquisa básica como a aplicada. Ao contrário do empirismo tecnológico, totalmente dissociado da ciência, que caracteriza a primeira revolução industrial, a dinâmica tecnológica comandada pela grande empresa se associa com a ciência acarretando uma aceleração do processo de desenvolvimento científico e tecnológico. O campo das ciências humanas é envolvido nesse afã, com a atuação de psicólogos e sociólogos em pesquisas voltadas para o comportamento das massas: a motivação dos trabalhadores nas organizações, dos consumidores, e as tendências da opinião pública.

Além disso, novas oportunidades de investimento eram desenvolvidas, através da criação de novas demandas por um *marketing* agressivo, interiorizando a dinâmica de uma inovação programada por laboratórios de Pesquisa e Desenvolvimento (P&D), com o intuito de criar uma insatisfação organizada, dentro de uma estratégia que associa a baixa durabilidade com a obsolescência programada dos produtos industrializados, e que faz da escalada tecnológica um projeto para criar novos desejos para serem satisfeitos e novas demandas novos lançamentos do mercado, inaugurando a era da Sociedade de Consumo.

Se nos séculos XVIII e XIX ocorrera a consolidação de um projeto modernista, foi durante o século XX que ocorreu a sua radicalização, caracterizando o fenômeno que Harvey (2002) denomina de “compressão do espaço-tempo”. Essa radicalização acentua as suas tendências “positivas” e “negativas”, na medida em que tanto se viabiliza um progresso material sem precedentes – que culmina com a chegada do homem ao solo lunar, quanto

radicaliza um estado de “decadência moral” da civilização ocidental – que já era pressentido por Nietzsche desde o final do século XIX – na medida em que subordina todo esse desenvolvimento à lógica de um capitalismo que forja uma sociedade voltada para o consumismo.

De fato, as “revoluções industriais” envolveram muito mais do que a tecnologia. Na Europa, os séculos XII e XIII viram uma explosão do conhecimento tecnológico e uma mudança conseqüente na produção e no trabalho. Entretanto, foram as mudanças sociais profundas que as transformações tecnológicas induziram, que as caracterizam como fenômeno da Modernidade: na medida em que a Europa se movia de uma economia primariamente agrícola e rural para uma capitalista e de economia urbana, de uma economia doméstica baseada na família, a uma economia baseada na indústria (Hooker, 1996). Na visão de Polanyi (2000), ao longo da história humana, as regras de reciprocidade, redistribuição e obrigações comunitárias sempre foram muito mais frequentes do que as relações de mercado, e o capitalismo teria destruído estas regras milenares de um modo irreversível: para este autor, a “Grande transformação” da “Revolução Industrial” iria substituir completamente aquelas modalidades da interação por estas. Polanyi chega a afirmar que o capitalismo tem sido uma “anomalia histórica”, na medida que, enquanto os arranjos econômicos precedentes sempre "foram encaixados" nas relações sociais, no capitalismo a situação teria sido invertida: as relações sociais passaram a ser definidas pelas relações econômicas. O enfoque nos detalhes desta "ascendência" foi outra contribuição fundamental de Polanyi: longe de um resultado "natural" ou "necessário", o capitalismo teria evoluído das demandas colocadas para o Estado por um empresariado mercantil emergente que reivindicava proteção para os jovens empresários, cujo *status* social então era precário; na sua visão, os governos viraram “babás” do capitalismo, ajudando-o a avançar com a necessária legislação.

Toda essa escalada desenfreada se intensifica a partir da Segunda Revolução Industrial, sobre cuja base tecnológica se constitui a Sociedade de Consumo em toda a sua plenitude. A radicalização da modernidade encontraria nas grandes crises do século XX, como as guerras mundiais e as depressões e recessões econômicas, um campo propício à eclosão de uma nova matriz de pensamento, de uma nova *epistème*, que viria a questionar os fundamentos de uma visão de mundo linear e mecanicista. De fato, parece nunca ter havido tantas contradições em toda a história da humanidade, como na história do século XX, com tamanha disseminação do acesso aos bens de consumo, aí incluídos todos os bens materiais - que a indústria produzia em grande escala, como os carros e os eletrodomésticos de todos os

tipos, com destaque para o rádio e a televisão, e os bens não materiais – como a arte, a educação, a saúde, a universalização dos direitos humanos. Paradoxalmente, a massificação produz como efeito colateral, o sacrifício daquilo que havia de melhor no projeto iluminista. Os ideais iluministas dos *philosophes* do século XVIII, de melhoria da raça humana, convivem com dificuldade com a lógica de um modelo econômico competitivo, que patrocina a mediocridade, acentua a desigualdade, restringe de uma forma muito sutil a liberdade, e despreza a fraternidade.

O impacto do holocausto nos corações nas mentes das pessoas de mais sensibilidade fez com que a razão instrumental submissa a uma fé cega (seja em Alá, seja na ideologia do capitalismo e no progresso da raça humana, ou na superioridade da raça ariana) fosse seriamente questionada pelos pensadores do pós-guerra. A obra de Sigmund Freud vai ter uma importância capital nesse questionamento, na medida em que desvela o incomensurável inconsciente, e o coloca como determinante maior das condutas humanas. Muito do que pensávamos ser condutas racionais passa a ser denominado de racionalizações, processos mentais que justificam condutas ou comportamentos de base emocional. A razão pura está condenada, ou pelo menos seriamente questionada. Acentuando a tendência já percebida por Horkheimer e Adorno quando trataram da “indústria cultural”, o poder da imagem passa a tornar-se questão estratégica a partir dessa conjuntura e durante o século XX até os dias atuais, com o desenvolvimento de mídias de grande impacto, como a fotografia, o cinema, o rádio e a televisão.

A partir do pós II Guerra, a marcha da civilização ocidental para o progresso é apropriada por uma disputa ideológica entre Esquerda e Direita, sobre qual seja a melhor forma para a humanidade organizar as suas instituições, em nome dos valores iluministas da igualdade e da liberdade. Enquanto os capitalistas são em geral positivistas, defendendo a ordem e o progresso, os socialistas acham que o progresso depende da subversão da ordem atual, e propõem a revolução e a ditadura do proletariado. Desde essa época já existe uma “terceira via”, que tenta harmonizar as duas anteriores, que é representada pelo Estado do Bem Estar Social. De qualquer forma, é nítido que a geopolítica mundial se organiza em torno das categorias do Capitalismo X Socialismo, cada um dos quais com as suas razões. Este é o clima da Guerra Fria. A alternativa que nos restou ao totalitarismo de Hitler foi aceitar o totalitarismo das superpotências da modernidade, Estados Unidos e União Soviética, e a sua obstinação em impor seus estilos de vida padronizados ao resto da humanidade.

Durante a Guerra Fria, comunistas e capitalistas serviram-se dos meios de comunicação e de todas as formas de produção cultural para difundir seus ideais de vida em sociedade. O advento da bomba atômica anuncia o começo de um novo tempo para a humanidade. É uma era marcada pelo pesadelo da chamada "hecatombe nuclear", um receio generalizado de que o ataque de uma das superpotências iniciasse uma guerra cujo desfecho seria o fim da vida humana na Terra. A conquista do espaço sideral torna-se viável a partir dos desenvolvimentos tecnológicos obtidos na II Guerra Mundial, como a bomba V2. Estados Unidos e União Soviética disputavam quem obteria primeiro o maior domínio e conhecimento do espaço.

"A América para os americanos"

Esse slogan resumia a doutrina lançada em 1823 pelo presidente dos Estados Unidos, James Monroe. A doutrina estabelecia como prioridade, na política externa, a ampliação da influência de Washington sobre os países do continente americano. Essa hegemonia de fato foi garantida até a primeira metade do século XX. Mas, após a Segunda Guerra Mundial, os norte-americanos precisaram reformular a política externa para fazer frente à expansão do socialismo. Em 1959, a revolução cubana inaugurava a Guerra Fria nas Américas.

Fordismo e pós-Fordismo

Não é difícil verificar que as inovações tecnológicas e organizacionais de Ford eram mera extensão de tendências bem-estabelecidas. A forma corporativa de organização dos negócios já havia sido aperfeiçoada pelas estradas de ferro ao longo do século XIX, e absorvida por muitos setores (industriais e/ou comerciais) no início do século XX, particularmente naqueles onde havia ocorrido a formação de holdings, trustes e cartéis, e os princípios da administração científica já tinham uma longa ancestralidade (Harvey, 2002). A separação entre gerência, concepção, controle e execução (e tudo o que isso significava em termos de relações sociais hierárquicas e de desabilitação dentro do processo de trabalho) também já vinha ocorrendo desde há muito tempo, e já vinha sendo consolidada nos modos de produção modernos desde a I Revolução Industrial.

O que havia de especial em Ford era a sua visão, o seu reconhecimento de que a produção de massa significava consumo de massa – ele anteviu a conformação de um novo modo de regulamentação da economia, que afinal produziria um novo sistema de reprodução

da força de trabalho, uma nova política de controle e gerência do trabalho, uma nova estética e uma nova psicologia, em suma, um novo tipo de sociedade: democrática, racionalizada, modernista e populista. O líder comunista Antônio Gramsci, em seus ‘Cadernos do Cárcere’, observava que o americanismo e o fordismo equivaleriam ao “maior esforço coletivo para criar (...) um novo tipo de trabalhador e um novo tipo de homem”, e que os novos métodos de trabalho eram “inseparáveis de um modo específico de viver e de pensar e sentir a vida”. Na visão de Gramsci, as questões de sexualidade, de família, as formas de coerção moral, o consumismo e a ação do Estado estariam vinculados ao esforço de forjar um tipo particular de trabalhador “adequado ao novo tipo de trabalho e processo produtivo” (Harvey, 2002).

Nesse sentido, Harvey argumenta que o modo como o sistema fordista se estabeleceu constitui uma longa e complicada história, que se estendeu por quase meio século, sendo que este processo teria se dado em resposta às tendências de crise do capitalismo, particularmente a Grande Depressão dos anos 1930. As subseqüentes mobilizações das épocas de guerra também teriam contribuído para a tendência ao planejamento em larga escala, bem como para uma (quase) completa submissão à racionalização dos processos de trabalho².

Desta forma, tanto a esquerda quanto a direita desenvolviam as suas versões de planejamento estatal racionalizado, com todos os seus atavios modernistas. Se nos anos entre guerras ainda havia uma certa resistência a esse modo de produção no mundo capitalista (Harvey, 2002), foi a partir do término da II Guerra Mundial que se dá a adesão em massa ao keynesianismo – seja como parte do esforço de reconstrução, seguindo as diretrizes do Plano Marshal, seja na versão desenvolvimentista, como estratégia da política externa norte-americana para fazer face à ameaça do comunismo na América Latina, como foi o caso do plano da “Aliança para o Progresso”. As políticas keynesianas trouxeram o elemento que faltava, promovendo a solução política necessária para a conformação do fordismo enquanto um autêntico modo de regulamentação da economia como um todo (Boyer, 1990).

No plano internacional, o fordismo se ampliaria para fora dos Estados Unidos como decorrência natural de sua avidez por mercados que absorvessem sua crescente produção, além da busca por insumos e mão-de-obra mais baratos. Tudo isso se abrigava sob o guarda-chuva hegemônico do poder econômico e financeiro dos EUA, baseado no domínio militar e no acordo de Bretton Woods de 1944, que transformou o dólar na moeda-reserva mundial e vinculou com firmeza o desenvolvimento econômico mundial à política fiscal e monetária norte-americana (Harvey, 2002).

² Apesar dos temores dos trabalhadores e dos empresários em relação ao controle centralizado, era difícil para ambos recusar as racionalizações que melhoravam a eficiência numa época de total esforço de guerra.

Ainda de acordo com Harvey (2002), a administração científica de todas as facetas da atividade corporativa (não somente da produção, mas também das relações pessoais na empresa, treinamento no local de trabalho, marketing, criação de produtos, estratégias de preços, obsolescência planejada de equipamentos e produtos) tornou-se o marco da racionalidade corporativa burocrática moderna. As empresas do século XX aumentaram substancialmente seus controles técnicos, através de uma centralização dos processos gerenciais (burocratização das empresas) e de uma racionalização adicional do processo de trabalho com elevada especialização e mecanização da produção.

O crescimento se mantinha às custas de uma série de compromissos e reposicionamentos por parte de dos principais atores deste processo de desenvolvimento capitalista: o Estado, o capital corporativo e o trabalho organizado. O equilíbrio de poder – tenso, porém firme – que prevalecia entre esses atores sociais, garantia a estabilidade monetária e as políticas de proteção social e um certo nível de investimentos em tecnologia e capital fixo, bem como salários minimamente compensatórios que eram negociados entre patrões e representantes dos sindicatos³, com maior ou menor grau de interveniência do Estado. Os sindicatos tinham um papel essencial nesse modo de regulamentação, adquirindo e mantendo uma série de direitos e prerrogativas em troca da adoção de uma atitude cooperativa no tocante às técnicas fordistas de produção e às estratégias corporativas para aumentar a produtividade (Harvey, 2002).

O núcleo duro do regime fordista manteve-se intacto até 1973, quando uma aguda recessão abalou esse quadro, desencadeando um rápido processo de mudanças neste modo de regulamentação. (Hobsbawm, 1995). A crise do petróleo foi mais a gota d'água que faltava do que propriamente uma causa: a falência do fordismo vinha sendo gestada desde os anos 60, quando seu avanço para fora dos EUA começava a pressionar a lucratividade das empresas americanas. Diversos fatores se potencializavam, incidindo sobre o complexo equilíbrio entre Estado, capital corporativo, força de trabalho e sociedade de consumo. Pelo lado do Estado, os sistemas de proteção social atingiam um nível de maturidade onde a relação contribuinte / beneficiário se alterava na medida do envelhecimento populacional. A condição de fornecimento de bens coletivos por sua vez dependia da contínua aceleração da produção e da produtividade do trabalho no setor corporativo; somente assim o Estado keynesiano do bem estar social poderia ser fiscalmente viável. Na ponta do consumo, além de um crescente estado de descontentamento por parte dos excluídos, já havia uma crítica à baixa qualidade de

³ Em geral, representantes de uma “elite” de trabalhadores de setores que eram caros ao fordismo.

vida neste regime de consumo massificado de produtos padronizados. As críticas e práticas contra-culturais dos anos 60 surgiam em paralelo aos movimentos das minorias excluídas, e à crítica da racionalidade burocrática despersonalizada. Todas essas correntes de oposição começaram a se fundir, formando um forte movimento político-cultural, no próprio momento em que o fordismo como sistema econômico parecia estar no apogeu.

Deve-se acrescentar a isso todos os insatisfeitos do Terceiro Mundo, com o processo de modernização que lhes foi oferecido pelas nações mais ricas como condição para concorrer ao processo de desenvolvimento, mas que na prática só fazia promover a destruição das culturas locais, com muita opressão e outras formas de domínio capitalista, às custas de ganhos pífios e termos de padrão de vida e de serviços públicos, que quando muito atingiam as elites nacionais que decidiam colaborar ativamente com o capital internacional. Isso tudo fazia com que nesses países florescessem diversos movimentos populares em prol da libertação nacional – algumas vezes socialistas, mas com mais frequência, burgueses-nacionalistas – que mobilizavam a massa de insatisfeitos sob formas que pareciam bem ameaçadoras para o fordismo global (Harvey, 2002).

Apesar dos sucessos nas armas atômicas e na conquista espacial, a União Soviética perdia a corrida da eficiência tecnológica. Ademais, o planejamento de Estado era cada vez mais rígido e moroso, o que redundava em baixa qualidade dos serviços prestados pelo Estado, com evidentes impactos na qualidade de vida dos cidadãos comunistas, em flagrante contraste às facilidades de consumo desfrutadas pelos habitantes dos países capitalistas, na medida que não houvera oportunidade para modernizar o seu parque tecnológico industrial ou fazer avançar outros setores-chaves do desenvolvimento. Agregaram-se, aos problemas de ordem técnica, os de origem ideológica: a mística oficial do regime comunista não exercia mais qualquer entusiasmo na população, nem dentro nem fora da URSS. O cinismo virou uma segunda natureza dos cidadãos soviéticos. A rebelião do Sindicato Solidariedade na Polônia nos anos 70-80 mostrou que até a base histórica do movimento – os trabalhadores fabris – abandonavam em massa o comunismo, e que ele só se mantinha pelo uso da força.

Com relação ao contexto político e a guerra fria, a Queda do Muro de Berlim é o comemorativo que marca a falência do fordismo no Segundo Mundo. Os mesmos determinantes econômicos vigentes no ocidente, acrescidos à falência da burocracia estatal soviética, levaram à insolvência do regime socialista em vários países, o que culminou com a política da Glasnost e a Perestroika, que veio a produzir as profundas reformas estruturais na então União Soviética, culminando com a dissolução desse império, e deixando os Estados Unidos como a única grande potência imperialista do planeta. Estava configurado o novo

contexto geopolítico mundial, francamente favorável ao sistema capitalista, e a partir do qual um novo modo de regulamentação haveria de ser estruturado.

Não é difícil perceber que as profundas transformações às quais foi submetido o capitalismo no final do século XX provocaram um tremendo impacto nas políticas sociais em todos os países. No final da década de 70, o Thatcherismo e o Reaganismo impuseram uma mudança decisiva nas políticas de inflação baixa e desemprego elevado, inaugurando o modelo neoliberal. A elevada competição global e as crises políticas e econômicas anteriormente mencionadas trouxeram novas estratégias dirigidas para a redução da inflação, através de um crescimento mais lento, da redução do poder das organizações trabalhistas, da aceitação de níveis mais elevados de desemprego e dos cortes nos salários sociais. As políticas de intervenção do Estado que, no início, tinham sido consideradas o “carro-chefe” do crescimento do pós-guerra passaram, agora, a ser tratadas como as causas da retração econômica. Os críticos sustentavam que uma parte substancial do complexo institucional e ideológico do “Alto Fordismo” precisava ser desarticulado (Harvey, 2002). O receituário padrão do FMI e do Banco Mundial para os países devedores, via de regra absorve as diretrizes neoliberais, preconizando a privatização das empresas estatais e um “enxugamento” brutal das estruturas estatais. Enfim, o neoliberalismo vai ocorrer em todos os países, independente do grau de desenvolvimento e do matiz ideológico, o que vai causar importantes impactos nas políticas sociais em todos os países, na conjuntura pós-fordista.

As novas condições que emergiram a partir da crise do Fordismo vêm sendo agrupadas sob o conceito de “Pós-Fordismo global” (Antonio e Bonanno, 1996, e Bonanno e Constance, 1996 *apud* Bonanno, 1999)⁴. O aspecto mais marcante do Pós-Fordismo é a instituição de um modo de acumulação mais flexível em escala global, caracterizado por uma maior mobilidade de capital e a liberdade para colonizar e mercantilizar praticamente todas as esferas, destruindo-se as fronteiras sociais e espaciais relativamente fixas e gerando-se uma descentralização da produção e a globalização da economia. Empresas públicas estão sendo privatizadas e, cada vez mais, a disponibilidade dos serviços essenciais depende da capacidade de pagamento e/ou de lucro. As novas estruturas flexíveis prestam-se à proteção contra possíveis mudanças econômicas e à obtenção de mais vantagens através dos novos instrumentos financeiros e fiscais. A descentralização da produção continua com a maior

⁴ Aqui é importante destacar a nota do autor, que o conceito de Fordismo e de Pós-Fordismo global foram empregados como “tipos ideais” para ilustrar aspectos importantes dos ambientes sócio-econômico e cultural que caracterizaram a evolução das relações sociais nos períodos pós-guerra (Fordismo) e pós-“queda do muro” (Pós-Fordismo).

centralização no controle das finanças, das pesquisas e das informações. O desenvolvimento econômico Pós-Fordista e as políticas de livre comércio utilizam o Estado para aumentar a mobilidade de capital, corroendo os seus próprios instrumentos regulatórios em nível local, regional e nacional e reduzindo o poder de barganha e as influências do trabalho.

Na essência, o Pós-Fordismo não é simplesmente um sistema globalizado, mas um sistema de mobilidade global e de ações globais que opera em coordenação com as condições que se manifestam nos territórios loco-regionais. Neste novo modo de regulamentação da economia, o consumo dos mercados de trabalho locais é visto como recurso que pode ser incluído ou excluído dos circuitos globais de acordo com as necessidades das corporações, assim como as localidades são vistas como relações sociais capazes de se oporem ou favorecerem as estratégias das corporações transnacionais. (Harvey, 2002).

Pós-Modernidade e pós-Modernismo

Pode-se dizer que os avanços tecnológicos e a sua vertiginosa disseminação da 2ª metade do século XX não fizeram mais do que adiar a questão de uma “falência ética / moral” que já se evidenciava ao final do século XIX e início / meados do século XX, e que parece retornar com toda força na medida em que se desvanece o clima de “anos dourados” propiciado no período de expansão do fordismo. Nesse sentido, é relevante destacar que as semelhanças entre o contexto atual e o que se vivia antes do fordismo, nos anos anteriores à eclosão da I Guerra Mundial, ambos caracterizados por um aumento súbito da “compressão espaço-tempo” (Harvey, 2002). Se a crítica ‘pós-moderna’ tem sua emergência coincidente com o pós-fordismo, e portanto condicionada pela falência do projeto fordista-keyesiano, no discurso e nos aspectos epistemológicos ela vai se fundamentar mais na questão da já mencionada “falência do projeto iluminista”.

No final do século XX cada vez mais surgiam vozes argumentando que estaríamos no limiar de uma nova era, que se situa para além da própria modernidade. Giddens (1990) argumentava que antes de estarmos propriamente entrando num período de ‘pós-modernidade’, estaríamos alcançando um período em que as conseqüências da modernidade se tornavam mais radicalizadas e universais no seu alcance. Ou seja, para Giddens a pós-modernidade seria o pós-fordismo. Lyotard(1984), por outro lado, postulava que a ‘pós-modernidade’ se referiria a um deslocamento das tentativas de se fundamentar a epistemologia. Segundo Lyotard, no contexto pós-moderno as legitimações pelo discurso da racionalidade científica não teriam mais um lugar privilegiado. Caracterizando pela falência

da fé no progresso planejado humanamente e pela evaporação das *grand narratives*⁵, este autor reconhece que a emergência de uma pluralidade de reivindicações de conhecimento, propiciada pelas transformações nas comunicações que acontece a partir dos avanços da informática e da internet, postula o resgate de um ‘saber narrativo’ como alternativa legítima ao ‘saber científico’ convencional. Lyotard percebeu o vínculo social como fenômeno eminentemente lingüístico, argumentando que ele "não é tecido com um único fio", mas por um "número indeterminado" de "jogos de linguagem", de discursos que interagem como sinalizações das ações entre os sujeitos sociais⁶.

Deixando de lado as querelas sobre se estamos ou não na vigência de uma pós-modernidade (até porque essa idéia por si só já indica um comprometimento com a *grand narrative* do progresso histórico linear), para os fins do presente trabalho, admitir-se-á que o período contemporâneo guarda características especialmente novas, na medida em que está sendo atravessado por problemas de uma nova ordem, com os quais a institucionalidade vigente ainda não está preparada para enfrentar. Até porque se, como insistem alguns pós-modernistas, não pudermos aspirar a nenhuma representação unificada do mundo, também não poderemos mais pretender agir coerentemente diante deste mundo: como a representação⁷ e as ações coerentes são repressivas ou ilusórias (e, portanto, fadadas a ser auto-dissolventes), sequer deveríamos tentar nos engajar em algum projeto global. Ou seja, o pragmatismo se tornaria então a única filosofia de ação possível. E não é essa a nossa postura ética, nem a nossa intenção.

Após a caracterização deste pano de fundo mais geral, pretende-se focalizar em seguida, alguns aspectos das políticas e instituições de saúde no Brasil, no intuito de iniciar um paralelo entre o contexto geral apresentado, e a evolução das políticas públicas brasileiras em geral, e das políticas de saúde em particular. A partir dessas linhas mestras, se construirá o objeto teórico a ser discutido nesta Tese, como se verá no final desta seção.

Nesse sentido, e dando seqüência à caracterização do pano de fundo desta tese, é importante considerar que as origens das políticas de saúde no Brasil no início do século XX

⁵ Que seriam os “enredos dominantes” – construtos ideológicos segundo os quais somos inseridos na história como seres tendo um passado definitivo e um futuro previsível.

⁶ É importante ressaltar que essas argumentações, que inicialmente se baseavam no avanço do conhecimento sobre a linguagem obtido a partir de da análise estruturalista de Saussure e da análise de Wittgenstein, tem encontrado suporte na biologia comportamental contemporânea, como a teoria da auto-organização e a dos sistemas autopoieticos de Humberto Maturana, que por sua vez são coerentes com a idéia de sistemas complexos, como discutiremos no capítulo 1.

⁷ Idéia que concebemos do mundo ou de uma coisa; ato de desempenhar papéis em teatro, segundo Houaiss.

se dá a partir de determinantes econômicos e sociais induzidos pela necessidade de expansão do capitalismo industrial, no processo histórico da sua expansão para os países subdesenvolvidos.

O campo temático específico: a configuração do objeto da pesquisa

As Políticas Sociais e sanitárias no Brasil no fordismo e no pós-fordismo

Hobsbawn (1995) destaca que no contexto da expansão do fordismo, as ideologias, os programas, e mesmo os métodos e formas de organização política "ocidentais" eram sistematicamente emulados pelos países dependentes e atrasados, qualquer que fosse o pano de fundo cultural; a vida pública adotava as formas das sociedades burguesas européias: imprensa, partidos políticos, etc. Por outro lado, a incipiente industrialização que ocorria nos países periféricos no início do século XX era essencialmente financiada pelos países centrais e voltada para a montagem de uma infra-estrutura (transporte, comunicações, bancos, etc.) funcional a este modelo de "capitalismo para fora". Esta conjuntura propiciava o surgimento de movimentos sociais de trabalhadores urbanos em São Paulo, inspirados nos acontecimentos da época, particularmente no contexto das relações capital-trabalho, como por exemplo, a greve geral em 1917, que contou com a importante participação dos imigrantes anarquistas italianos que traziam frescos da Europa, os ares da revolução russa. Essas foram as origens das Caixas de Aposentadoria e Pensão, as instituições precursoras dos Institutos de Aposentadoria e Pensão da era Vargas, que evoluíram para os "famosos" INPS e INAMPS.

Da mesma forma, a motivação para as primeiras campanhas de Saúde Pública no Brasil passa pela necessidade de ampliar as fronteiras agrícolas, de sanear os portos, ou mesmo de afastar a peste que assolava os comboios de emigrantes europeus que atravessavam o Oceano Atlântico para trabalhar, primeiro na agricultura do café, descapitalizada de mão-de-obra pela libertação dos escravos, e depois na incipiente indústria nacional do início do século XX. O contexto econômico é, portanto, estruturante das políticas sociais e das políticas de saúde no Brasil.

No pós II Guerra há uma importante mudança no padrão desenvolvimentista: agora internacionalizado, ainda que sob a égide da democracia, está absolutamente comprometido

com a visão imperialista de então (pan-americanismo). É nesse contexto que se implanta a cultura do planejamento de Estado no Brasil, sob a égide da Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL). Neste contexto, a democratização e o clima de reconstrução colocava o desenvolvimento industrial brasileiro em plena marcha, agora na plena conjuntura da "guerra fria" e da "Nova Ordem Mundial". Havia grande dinamismo na economia internacional, principalmente devido à expansão do capitalismo industrial, e o clima da guerra fria propiciava as políticas de desenvolvimento econômico e social induzido pelo Estado, como forma de fazer face ao avanço do socialismo, nem que fosse copiando e adaptando as suas então bem sucedidas fórmulas⁸. Também havia uma grande oferta de financiamento no mercado internacional (dirigida por "agências internacionais": BID, BIRD, ONU/OMS/OPAS), e as demandas de investimento de então eram condicionadas à formulação de 'planos integrados de desenvolvimento econômico e social', como condição para a realização dos investimentos externos que - segundo a visão desenvolvimentista prevalente na época, embebida de um certo 'evolucionismo Darwiniano' - permitiriam aos países subdesenvolvidos percorrer as etapas supostamente já percorridas pelos países desenvolvidos que já alcançaram sua maturidade econômica e social, nesta ordem (Hobsbawm, 1995).

Na Conferência de Punta Del Este, conduzida pelo governo Kennedy em 1961 com o objetivo de promover cooperação internacional no âmbito das Américas, ministros de Estado dos países do continente americano reconheciam formalmente a importância do planejamento como ferramenta tanto da promoção do crescimento econômico quanto da promoção do bem estar social. Nessa reunião, foi estabelecido um amplo programa de auxílio financeiro internacional conhecido como "Aliança para o Progresso". Para se ter acesso a tais auxílios, os países latino-americanos necessitariam, segundo a "Carta de Punta Del Este", elaborar programas nacionais de desenvolvimento que contemplassem projetos tanto para a área econômica quanto para as áreas sociais (reforma agrária, habitação, educação e saúde). Os princípios da Carta são claramente políticos, e refletem a preocupação com as tensões sociais, de modo a conter a "ameaça" do comunismo (Mattos, 1993).

⁸ refiro-me aqui à bem sucedida expansão do industrialismo na União Soviética, reputado este sucesso às vantagens do planejamento centralizado da economia.

Neste contexto, onde o nacionalismo da era Vargas era substituído pelo desenvolvimentismo dos anos JK, a conjuntura propicia uma aceleração no processo de urbanização: ocorre nesse período uma intensificação do êxodo rural e o inchamento das "cidades pólo", metrópoles típicas do III Mundo, sem infra-estrutura adequada para atender esses novos contingentes populacionais (Hobsbawm, 1995). Todavia, os pesados investimentos previstos no Plano de Metas⁹ faziam com que o Governo gastasse mais do que arrecadava: neste período, o *deficit* público passava de menos de 1% do PIB em 1954, para 4% em 1957; em 1959 a inflação atingia a alta cifra de 39,5%. As autoridades econômicas de então chegaram a elaborar um plano de estabilização com o apoio do FMI, que, por razões eleitoreiras, não chegou a ser posto em ação.

No Governo subsequente, Jânio Quadros tomaria posse em meio à exacerbação da Guerra Fria (com a vitória da revolução cubana), o que alterava substancialmente os rumos da política externa dos EUA para a América Latina. Em termos da política financeira, este governo fez exatamente o que mandavam os credores do país e o FMI: lançou um pacote de estabilização com forte desvalorização cambial, contenção de gastos públicos e redução de subsídios. Entretanto, a renúncia de Jânio associada à rejeição do nome de Jango entre os militares, leva o país ao parlamentarismo, sob a alegação de razões de "Segurança Nacional". Ainda que enfraquecido, o governo parlamentar e a coalizão que o apoiava estava disposta a se comprometer com as reformas sociais. Chegou a elaborar uma proposta, o Plano Trienal¹⁰. Além da reforma agrária, o plano previa reformas nos setores administrativo, fiscal e outros. O primeiro passo seria uma redução dos gastos públicos, e os recursos não seriam obtidos com a emissão de papel moeda, e sim com o corte dos subsídios à importação de certos produtos e às indústrias estatais, e mediante o aumento dos impostos incidentes sobre os grupos de renda mais alta.

No Brasil, a ruptura institucional ocorrida em 1964 abortou o desenvolvimento dessas propostas avançadas, intensificando a reação ao componente social de nosso projeto desenvolvimentista, através dos processos de centralização e de privatização da conjuntura posterior - onde a tônica do projeto se afasta do popular, indo se localizar nos aspectos puramente econômicos, pretensamente legitimados pela tecnocracia. Assim foi elaborado o

⁹ Justificando a sua promessa de campanha de fazer "50 anos em 5", JK lançou este Plano, que possuía 31 metas, divididas em 6 eixos principais: energia (metas de 1 a 5), transportes (metas de 2 a 12), alimentação (13 a 18), indústria de base (19 a 29), educação (30ª meta) e a construção de Brasília.

¹⁰ Lançado por Celso Furtado e executado por San Thiago Dantas, o Plano Trienal pretendia combinar crescimento econômico, reformas sociais e combate a uma inflação que vinha num crescimento galopante: passou de 26,3% em 1960 para 33,3% em 1961 e 54,8% em 1962.

PAEG¹¹, baseado em três pontos: reduzir o *deficit* público, contrair o crédito privado e comprimir os salários. Os Estados (unidades da federação) não poderiam mais pedir empréstimos sem a autorização do governo central. O plano, implementado, produziu os resultados esperados; também o grave problema da dívida externa foi momentaneamente resolvido pela ajuda do programa 'Aliança para o Progresso'. Em decorrência desse quadro, o desenvolvimento acelera-se e diversifica-se no período do chamado "milagre econômico" (1968-1974). A disponibilidade externa de capital e a determinação dos governos militares de fazer do Brasil uma "potência emergente" viabilizavam a continuidade dos pesados investimentos em infra-estrutura.

As Políticas de Saúde no Brasil e o Fordismo: o sistema de saúde antes da Reforma Sanitária.

No tocante à relação saúde e desenvolvimento, o debate na época se polarizava em torno de duas posições, uma liberal, que postulava que o crescimento econômico contribuiria para a melhoria das condições de vida e de saúde, e que os recursos destinados às políticas sociais (incluindo o setor saúde) reduziam a capacidade de investimentos em projetos economicamente relevantes para o crescimento econômico, e uma outra, de cunho keynesiano, que previa impactos positivos dos gastos sociais sobre o crescimento econômico. No âmbito da CEPAL, havia um posicionamento favorável à idéia de que "a melhoria das condições de saúde [...] constitui um requisito essencial prévio ao crescimento econômico e deve formar, portanto, parte essencial dos propósitos de desenvolvimento da região" (Mello, 1967 *apud* Mattos, 1993).

O Planejamento em Saúde na América Latina, no bojo das diretrizes cepalinas, responde às demandas colocadas quanto à formulação de planos integrados de desenvolvimento econômico e social, como condição para a realização de investimentos externos que, dentro da visão desenvolvimentista, permitiriam aos países subdesenvolvidos percorrer as etapas já percorridas pelos países desenvolvidos, que já alcançaram sua maturidade econômica e social. De fato, os ecos da Aliança para o Progresso encontraram, no interregno democrático dos anos 60 (período posterior à ditadura Vargas e anterior à ditadura militar), um terreno fértil para o florescimento de movimentos sociais, e até mesmo para esboços de políticas descentralizantes. A III Conferência Nacional de Saúde, em 1963, já

¹¹ Plano de Ação Econômica do Governo Castelo Branco, cujo ministro de planejamento era Roberto Campos e o da Fazenda, Gouvêia de Bulhões.

mobilizava atores sociais como a Igreja, Universidades, associações comunitárias, etc. – em torno de uma proposta de municipalização dos serviços de saúde (Paim, 1996). Mas essas intenções, sob o clima de anticomunismo de então, faziam com que as forças reacionárias a esse projeto¹² encontrassem respaldo nas instituições militares, que incorporavam o sentimento anticomunista dos americanos, e propiciaram uma nova e longa ditadura para o Brasil.

No tocante ao modelo assistencial de saúde brasileiro, é importante ressaltar que, em nosso país, as políticas de saúde se estruturaram de uma forma centralizada e dicotomizada desde as suas origens, o que se evidencia nas diretrizes do Sistema Nacional de Saúde (SNS), instituído pelo governo Geisel através da lei 6.299, de 1975:

“Do ponto de vista da formulação de políticas e propostas de ação, parecia aos defensores do antigo SNS que seria melhor dispor de um corpo de técnicos diferenciado para tratar de cada um desses tipos de necessidade de serviços de saúde. Assim, os técnicos da Previdência deveriam processar a demanda por atendimento médico, buscando viabilizar seu atendimento. Já os técnicos do Ministério da Saúde deveriam identificar aquelas necessidades mais típicas da saúde pública, (...) e organizar propostas de intervenção. Estas, seguindo uma tradição secular, eram pensadas de modo centralizado: isto é, os técnicos do Ministério da Saúde definiam as estratégias de enfrentamento de um problema de saúde pública e elaboravam normas sobre as atividades que deveriam ser empreendidas. Tais atividades eram executadas em serviços de saúde pública, e não no conjunto de serviços públicos de saúde”.
(Mattos, 2001, p.53).

Na vertente sanitaria, a política de saúde no início do século XX teve nas Campanhas de controle de doenças o seu modelo básico de intervenção, e na figura de Oswaldo Cruz a sua imagem legendária. É importante ressaltar que seu modelo de intervenção social é centralizador e positivista, baseado na força da autoridade da ciência e da tecnologia (Luz, 2000). O modelo sanitaria-campanhista toma esse nome de sua filiação etimológica aos esquemas belicistas, onde impera o caráter emergencial - que justifica e reforça as posições centralizadoras deste modelo, “profundamente marcados pela ideologia do progresso ligado à autoridade da ciência e da tecnologia”, onde “as autoridades ‘sabem o que fazem’, pois estão trabalhando pelo progresso da nação” (Luz, 2000). Sucedem às campanhas de saúde pública, a estrutura dos programas especiais. Paim (1998) classifica o modo de organização das

¹² As oligarquias que tradicionalmente se beneficiavam do Estado, desde o coronelismo que vem do colonialismo, passando pela política dos governadores e que sobrevivem mesmo com o fortalecimento do Estado Nacional instituído por Vargas, agora já eram contrárias à descentralização, na medida em que este movimento agora viabilizava a participação política de outros setores da sociedade, que se agrupavam em torno de partidos de esquerda.

tecnologias no modelo sanitarista em campanhas, programas especiais, e sistemas de vigilância (epidemiológica e sanitária), e conceitua 'programa' como um conjunto de recursos (humanos, materiais e financeiros) e de atividades visando a objetivos bem definidos; os programas especiais (também denominados 'programas verticais') de saúde pública geralmente se organizam para o combate de doenças específicas, e dispõem de uma administração única e centralizada - daí a imagem de verticalidade: focal e de cima para baixo.

Na vertente previdenciária, é importante ressaltar a filiação desse componente do nosso modelo assistencial com o trabalhismo de Getúlio Vargas, onde as relações do Estado com a sociedade civil acontecem de uma forma contraditória, tendo a participação patronal e sindical como norma constitucional, e onde o clientelismo teve o seu momento de maior enraizamento histórico (Luz, 2000). Segundo esta autora, o modelo previdenciário privilegia categorias específicas de trabalhadores, geralmente inseridos em setores estratégicos da economia, “tendo um caráter corporativo inegável, não assegurando a todos direitos sociais de cidadania ao estilo do *Welfare State* europeu” (Santos, 1979; Vianna, 1998 *apud* Luz, 2000). Além disso, “são instituições federais de gestão centralizada, embora com agências ou escritórios regionais, seguindo neste ponto o mesmo estilo centralista e verticalizado das instituições de saúde pública originárias da primeira república” (Luz, 2000, p. 299). Luz ainda avalia que a estrutura do poder público, e de suas instituições, diversificou-se e complexificou-se de maneira considerável no período Vargas, tendo o aparato estatal republicano brasileiro assumido funções que o Estado liberal da Primeira República negava-se a assumir, como a previdência, a saúde e a educação de massa.

Por outro lado, convém destacar haver-se constituído também nessa fase, uma burocracia com o espírito weberiano do *funcionário público*, na medida em que carreiras e concursos, inclusive no campo da saúde pública, eram instituídos através de um departamento de administração do serviço público, o DASP¹³.

Já na conjuntura militar, a concentração de poder nas mãos da Ditadura propiciou a unificação dos IAPs no INPS, diluindo assim a influência corporativa dos sindicatos na questão previdenciária.

¹³ Entretanto, Luz resalta no caso brasileiro uma peculiaridade, desse *funcionário* concebido como suporte do funcionamento do Estado não ter o espírito de um *servidor civil* (*civil servant*, empregando a expressão forte americana) mas sim de um ‘servidor do governo’, que estaria mais apto a defender a estrutura e as prerrogativas do estado do que os direitos do cidadão comum. Esta observação sagaz de Luz, acerca desta base original de formação do funcionalismo republicano brasileiro, dá conta de um dos aspectos principais da complexidade da questão das instituições de saúde em nosso país, como se verá no capítulo 2.

Pode-se dizer que o modelo dos Institutos (que chegou a gerar um montante financeiro apreciável e crescente) foi sendo objeto de cobiça por parte de sucessivos governos ávidos de recursos para os grandes investimentos desenvolvimentistas. Deste modo, o patrimônio desses Institutos era progressivamente dilapidado, na medida em que se tornavam importantes investidores do Estado nacional-desenvolvimentista. A busca de aumento da base de contribuição – como a expansão da cobertura para categorias antes excluídas (trabalhadores rurais, empregadas domésticas, autônomos), veio como resposta à crise do regime de capitalização (1945-60), gerada pela inadequada gestão destes fundos, pela via dos investimentos estatais de longuíssimo prazo e duvidoso retorno. A partir daí, o modelo de financiamento da nossa Previdência Social evoluiria progressivamente para um sistema de repartição simples – que teve na progressiva expansão da base de financiamento pela via da incorporação de crescentes contingentes de trabalhadores urbanos, a sua sustentabilidade (Fiori, 1994).

Além disso, é importante destacar a afinidade deste componente do nosso modelo assistencial com o paradigma Flexneriano¹⁴. De fato, a expansão da assistência médica da Previdência Social coincide com e alimenta a expansão da tecnologia médico-hospitalar e da especialização da medicina, na medida em que se torna o principal financiador de um setor econômico forte e em crescente expansão, que envolve a produção e o consumo de tecnologias sofisticadas, como são os produtos das indústrias farmacêutica e de equipamentos médicos, que era avidamente consumida pelos prestadores privados contratados. A consequência desse fenômeno também era danosa para os cofres da previdência, pois na medida em que a assistência médica da previdência social se expandia, a medicina se tornava cada vez mais cara.

Em 1973, enquanto o resto do mundo sentia o impacto da crise do petróleo, a economia brasileira apresentava resultados excepcionais, tendo havido poucos países a apresentar tal ritmo de crescimento: o Produto Interno Bruto (PIB) cresceu 14% e o setor industrial, 15,8%. Entretanto, em meados dos anos 70, a crise econômica mundial se faria sentir também em nosso país, com a alta internacional nos juros que desacelerava a nossa expansão industrial. Além disso, fatores políticos domésticos, como o fortalecimento da oposição ao governo no Congresso Nacional, e diante da já sentida crise da previdência, vai ser buscada a reordenação do setor saúde.

¹⁴ O termo deriva de Abraham Flexner, que foi responsável pelo Relatório que levou seu nome, sobre a situação do ensino da medicina nos estados Unidos e no Canadá, e que serviu de base para a reestruturação do ensino da medicina a partir da primeira metade do século XX.

O contexto pós-fordista, a Reforma Sanitária no Brasil e o SUS

A simultaneidade das crises previdenciária, econômica e política clamavam pelo aumento do controle e da eficiência do sistema, bem como pela busca da legitimidade do regime militar, pela via da continuidade da expansão da oferta assistencial. A necessidade de disciplinar o confuso arranjo institucional no setor saúde faz com que em 1975 fosse instituído o Sistema Nacional de Saúde (SNS – Lei 6229/75), definindo-se as competências do Ministério da Saúde, da Previdência Social e dos demais componentes do SNS (MEC, Ministério do Interior, Ministério do Trabalho, Estados e Municípios). Cristalizava-se assim um sistema de saúde baseado na dicotomia entre ‘saúde individual’ e ‘saúde coletiva’, onde caberia ao Ministério da Saúde “formular a política nacional de saúde e promover ou executar ações preferencialmente voltadas para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo”, enquanto o MPAS teria sua atuação “voltada principalmente para o atendimento médico-assistencial individualizado”, institucionalizando o caráter segmentado das políticas de saúde neste país. O SNS, em que pese sua inspiração na idéia de sistemas, ao buscar integração entre as partes e a racionalização dos recursos, apropriou-se desse conceito de uma forma acrítica, funcionalista, escondendo, por trás da fachada da dar racionalidade ao sistema, a sua real função de acomodar os interesses das diversas partes que o compunham (Oliveira e Teixeira, 1984). Na medida em que esse conjunto de reformas institucionais não foi capaz de garantir a necessária expansão da oferta, a crise da saúde continuava.

O fim do "milagre econômico" coincide com o esgotamento do modelo assistencial previdenciário – corroído pela corrupção, desumanizado pela “tecnologização” da medicina, e prejudicado tanto pela transição demográfica quanto pela maturidade do seu sistema de financiamento – na medida que aumentava a relação beneficiário/contribuinte. Por um lado, tudo isso era estímulo para que se continuasse a se ensaiar tentativas de racionalização do sistema.

Por outro lado, com a distensão política ao final da década de 70, a insatisfação generalizada (dos tecnocratas, empresários, políticos, trabalhadores da saúde e população) provoca, dentro do próprio INAMPS e do Governo Federal, a adoção de algumas iniciativas francamente opostas ao modelo hegemônico na saúde, mais especificamente, aos interesses

corporativos do setor hospitalar privado contratado. O sistema previdenciário passou a buscar novas parcerias: o MEC e seus hospitais universitários, as prefeituras, os governos estaduais e os sindicatos rurais. A partir de 1975 o atendimento médico de urgência e emergência foi estendido a toda a população, através do Plano de Pronta Ação (PPA), independente da condição de segurado ou não da Previdência. A legislação previdenciária também sofre alterações que cada vez mais a aproxima do modelo da seguridade social (Oliveira e Teixeira, 1985). Contudo, à disseminação de direitos não correspondeu uma estrutura capaz de assegurar o exercício dos mesmos, em que pesasse a expansão da oferta pela via dos convênios com hospitais e empresas médicas, MEC, estados, prefeituras e sindicatos.

As iniciativas de então já buscavam absorver as orientações da Organização Mundial de Saúde em prol da Atenção Primária em Saúde (APS) e dos programas integrados horizontalmente; entre elas, destacam-se o projeto Montes Claros, no norte de Minas, e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), do Ministério da Saúde (MS), em 1976. Nesses casos, os pressupostos básicos para a extensão de cobertura em áreas carentes foram a hierarquização dos serviços por níveis de complexidade, utilizando-se ademais da participação comunitária e técnicas simplificadas como forma de ampliar os recursos disponíveis (Oliveira e Teixeira, 1985). Em 1980 o Ministério da Saúde convocava a VII Conferência Nacional de Saúde, tendo como tema os "Serviços Básicos de Saúde". Com um plenário praticamente restrito aos técnicos da área de Saúde Pública e a alguns nomes pessoalmente expressivos da Medicina, a discussão é centrada sobre os programas de extensão de cobertura das "ações básicas de saúde", e produz um elenco de propostas, que incluía a necessidade de:

- clareza na definição das relações entre o setor público e o privado; coordenação interinstitucional (das instituições que operavam no setor saúde nos níveis federal - INAMPS, MS e MEC, estadual - SES e municipal - secretarias municipais de saúde (SMS) e/ou de bem estar social);
- integração entre os níveis hierárquicos: o emergente nível primário, com os demais níveis de complexidade do sistema, (secundário e terciário); descentralização - tanto assistencial quanto organizacional, e regionalização do atendimento por áreas e populações definidas.

O processo que gerou este elenco de propostas incorporava um outro conjunto de propostas racionalizadoras, estas defendidas tanto pelos organismos internacionais quanto pelos intelectuais orgânicos ao movimento já denominado de "Reforma Sanitária". O mais

importante acontecimento dessa conjuntura foi o Plano do CONASP¹⁵ em 1981 (Noronha e Levcovitz, 1994). A partir da implementação de suas propostas, foi instituído o sistema de Autorização de Internações Hospitalares (AIHs), que veio a substituir o antigo sistema de pagamento por unidades de serviço (US), pelo sistema de pagamento por grupos diagnósticos (DRG), o que veio a inviabilizar as fraudes por aumentos (fictícios ou não), das despesas com internações hospitalares. Também foi o plano do CONASP que desencadeou a política de Ações Integradas de Saúde (AIS), que veio a promover a almejada articulação entre as diversas Instituições que prestavam, de forma desarticulada, a assistência à saúde numa mesma região (rede INAMPS, Estado, HU / MEC, Município).

A Década de 1980 foi marcada por fatos de extrema importância para a caracterização tanto da Sociedade Civil, quanto das políticas e instituições de saúde no Brasil. Segundo LUZ (2001), esta década foi palco de uma progressiva movimentação social em torno das políticas públicas, principalmente a da saúde, que passou a ser vista como direito de cidadania. A retomada do projeto sanitarista desenvolvimentista, agora atualizado, é protagonizado pelos mesmos atores sociais do interregno democrático da conjuntura pré 64 (intelectuais da Saúde Coletiva, burocratas do INAMPS e Ministério da Saúde, trabalhadores da saúde), incorporando o projeto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), preconizado pelos organismos internacionais (OMS, OPAS). É importante ressaltar que a idéia de participação popular agora cresce em direção à sociedade civil mais ampla, aos "usuários" dos serviços, ou seja, a todos os cidadãos. De fato, o movimento da Reforma Sanitária organiza a VIII Conferência Nacional de Saúde, com ampla participação da sociedade organizada, inclusive usuários, que iria desenhar a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, a ser aprovada pela Assembléia Nacional Constituinte em 1988.

Sob esta égide caminha-se, na medida da 'abertura lenta e gradual' em direção à democracia, para a descentralização das diferentes instituições públicas dos vários níveis governamentais que operavam no setor.

De fato, o processo caracterizado pela ampliação dos convênios "Ações Integradas de Saúde" (AIS) para a massa dos municípios (grande parte deles, por conta deste processo passaram então a possuir uma secretaria municipal de saúde), a estadualização da gestão dos

¹⁵ O CONASP - Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária, de iniciativa do próprio MPAS, contava com o apoio de técnicos, profissionais de saúde e setores da população, bem como do setor privado - através do segmento representado pela ABRAMGE. Este plano, ao contrário do similar antecessor (o "natimorto" Prev-Saúde), contou com a legitimidade necessária à implementação de suas propostas.

serviços contratados e conveniados do INAMPS de então (SUDS), estava começando a mudar radicalmente a institucionalidade de um setor altamente centralizado.

Este período caracterizou o início da parceria do INAMPS com o setor público, o que desencadeou uma expansão sem precedentes nos serviços ambulatoriais. A política das AIS permitiu que, no prazo de cinco anos, mais quarenta milhões de consultas médicas fossem produzidas. A progressiva universalização teve o seu último passo em 1985, quando então todos os brasileiros, mesmo aqueles sem vínculo previdenciário, passaram a poder usufruir a assistência médica da previdência social. O seu financiamento, entretanto, continuava a se basear fundamentalmente na contribuição dos trabalhadores de carteira assinada.

Já a materialidade do SUDS¹⁶, caracterizada pelo repasse ao governo estadual das funções do antigo INAMPS, ocorre efetivamente com a transferência às unidades federativas, do poder das atividades técnico-administrativas centrais das superintendências regionais do INAMPS, que se expressou basicamente pela tomada, pelos estados, da gestão das unidades assistenciais da rede previdenciária – que incluiu a cessão de uso dos bens móveis e incluída a gestão de contratos, convênios e credenciamentos de serviços assistenciais por terceiros, e as funções de auditoria, acompanhamento, controle e avaliação do antigo INAMPS. Adicionalmente, o processo de estadualização permitiria a expressão de uma diversidade de padrões de relacionamento entre estados e municípios, desde uma radical descentralização até uma excessiva centralização estadual. Todavia, o processo do SUDS sofreria refluxo a partir da segunda metade da Nova República, quando o "Ministério Tancredo" é substituído pelo "governo Sarney" propriamente dito. A partir de 1988, com o fortalecimento dos atores políticos que resistiam à perda dos privilégios históricos (de que até hoje dispõem) no relacionamento com o Estado, acirravam-se as resistências às mudanças propostas, com sérias restrições ao movimento descentralizante do SUDS (Noronha e Levcovitz, 1994).

Com a Constituição Federal de 1988 é instituído formalmente o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Ao incluir a saúde no âmbito da seguridade social supera-se, no plano político-jurídico, o excludente conceito de seguro, que historicamente vigorou para o componente 'assistência médica' das políticas públicas no país. O artigo 194 define a Seguridade Social, "composta de um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da Sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à Saúde, à Previdência e à Assistência Social", destacando os seus objetivos: "universalidade, uniformidade e

¹⁶ Sigla para Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, etapa intermediária entre as AIS e o SUS, caracterizada pelo repasse da gestão das AIS às secretarias estaduais de saúde.

equivalência de benefícios e serviços, seletividade e distributividade, equidade, diversidade da base de financiamento e caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa". A CF'88 afirma a saúde como "direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação" (artigo 196), e institui um Sistema Único, integrado por uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada segundo as diretrizes de descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade (artigo 198).

A história do SUS praticamente se inicia com as Políticas de Saúde dos anos 1990, dando uma expressão mais concreta às disposições constitucionais, através de atos normativos que configuraram a legislação infra-constitucional: as portarias e as normas operacionais da Saúde na referida década. Essas Políticas fundamentaram uma nova e complexa institucionalidade na área de saúde no Estado brasileiro, extinguindo o INAMPS e promovendo a figura do gestor municipal, definindo novas modalidades de financiamento baseadas na lógica populacional, institucionalizando o controle social e o planejamento local, conforme detalharemos melhor no capítulo 2, quando trataremos da complexidade da implementação do SUS no Brasil.

Em seguida, delinaremos o objeto conceitual a ser discutido nesta tese, que vai tratar das instâncias de vigilância, controle e avaliação do SUS, para posteriormente discuti-lo à luz do referencial teórico a ser proposto no capítulo seguinte.

Os sistemas de controle no SUS

O objeto desta pesquisa é o controle do Sistema Único de Saúde no Brasil. Segundo Starfield (2002),

"... todo sistema de serviços de saúde possui duas metas principais. A primeira é otimizar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde. A segunda meta, e igualmente importante, é minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde".

O presente trabalho abordará os mecanismos que dirigem as ações desse sistema para as suas metas, e o seu desempenho. Trata-se do desempenho do SUS, mas, sobretudo, do desempenho dos seus sistemas de controle, esses últimos sendo tomados como determinantes do primeiro. Conforme será detalhado melhor no próximo capítulo, ao abordar o conceito de sistemas cibernéticos¹⁷ – em referência aos ‘mecanismos reguladores’, que dirigem as ações do sistema a partir de informações que ‘retro-alimentam’ os ‘mecanismos efetores’¹⁸ e que permitem a correção de suas ações, em função de suas metas.

Nesse sentido, a presente pesquisa se propõe a tratar dos sistemas de controle dentro do SUS, que vêm se conformando historicamente em ambas as vertentes do nosso modelo assistencial, a partir das categorias da teoria dos sistemas. Desta forma, identifica-se na cultura inampiana a conformação de uma tecno-burocracia e sistemas de informação voltados para o controle da prestação de serviços médico-assistenciais por terceiros, enquanto na matriz sanitária temos um *corpus* semelhante, mas voltado para o controle das incidências de doenças e agravos à saúde, assim como de seus determinantes. Em seguida apresentaremos em linhas gerais, alguns dos principais componentes dos sistemas cibernéticos do SUS, agrupados nas categorias ‘controle, avaliação e auditoria’, ‘vigilância em saúde’, ‘sistemas de informação’, ‘regulação’ e ‘controle social’.

Controle, Avaliação e Auditoria

A Lei Orgânica da Saúde (LOS – Lei 8.080, 1990) utiliza uma série de palavras diferentes para identificar avaliação – como fiscalização, controle, avaliação, etc. Em 1984 um grupo de trabalho da ONU fez um esforço para sistematizar a terminologia, adaptando as seguintes definições de controle e avaliação. Segundo este grupo, ‘controle’ (vigilância, fiscalização) é a vigilância contínua e periódica da implementação de uma atividade (nos seus distintos componentes) a fim de assegurar que “as entradas (*input*), o processo de trabalho e a produção prevista (*output*) e outras ações necessárias funcionem conforme previsto”;

¹⁷ Segundo Houaiss, cibernética é a ciência que estuda os mecanismos de comunicação e de controle nas máquinas e nos seres vivos; no mesmo dicionário, define-se o termo “cibernetização” como o controle automático de um processo ou operação (p.ex. fábri) por meio de computadores.

¹⁸ Toda essa terminologia, derivada da teoria dos sistemas, será apresentada de uma forma sistemática no próximo capítulo.

‘avaliação’ já seria um processo que tenta determinar o mais sistemática e objetivamente possível a relevância, efetividade e impacto das atividades, tendo em vista seus objetivos; uma ferramenta orientada para a ação e aprendizagem, um processo organizativo que visa tanto melhorar as atividades em andamento quanto planejar o futuro e orientar a tomada de decisões (Silver, 1992). É fácil depreender que tais conceitos têm referências claras na idéia de sistema, que afinal de contas é objeto de especial atenção deste trabalho.

Na matriz inampiana, o significante ‘controle e avaliação’ é usado para denominar os setores responsáveis pelos sistemas de programação física e orçamentária, e processamento das contas médicas e ordenação dos respectivos pagamentos. Com o SUDS, essas funções antes centralizadas nos escritórios regionais do INAMPS é descentralizada para as diretorias regionais das secretarias estaduais de saúde. Com o SUS, os municípios passam a assumir essas funções.

O Sistema Nacional de Auditoria – SNA / SUS, previsto no art. 16, inciso XIX, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, foi instituído pelo art. 6º da Lei 8.689, de 27 de julho de 1993 e regulamentado pelo Decreto 1651, de 28 de setembro de 1995. Segundo o Manual de Auditoria Técnico-Científica do SUS, o SNA “desdobra-se nos três níveis de gestão que compõem o SUS - Federal, Estadual e Municipal. Ele se reveste das atividades de auditoria, suplementando outras instâncias de controle e subsidiando o processo de planejamento das ações de saúde, sua execução, gerência técnica e avaliação qualitativa dos resultados obtidos”, e tem por finalidade “o acompanhamento da aplicação dos recursos transferidos e da execução das ações de saúde programadas e seus resultados, propondo medidas preventivas, corretivas e saneadoras, visando o fortalecimento do SUS” (Saúde, 2001). Por outro lado, “tendo como objetivo maior a obtenção da qualidade das ações e serviços prestados no campo da saúde, a ação de auditoria se caracteriza em atividades de verificação analítica e operativa, consistindo no exame sistemático e independente de uma atividade, elemento ou sistema, para determinar se as ações de saúde e seus resultados, estão de acordo com as disposições planejadas e com as normas e legislação vigente (Saúde, 2001). É importante notar a referência da Auditoria em Saúde do SUS à sua matriz inampiana, focada auditoria das contas médicas, modelo este que subsiste também nas auditorias do setor privado de assistência à saúde, ou seja, dos planos de saúde brasileiros.

Vigilância em Saúde

As ações de Vigilância em Saúde também se enquadram no objeto aqui configurado. Seja na suas formas tradicionais, como a Vigilância Epidemiológica¹⁹ e a Vigilância Sanitária²⁰, seja na forma dos “novos modelos tecno-assistenciais”, como a própria ‘Vigilância em Saúde’ e as ‘Ações Programáticas em Saúde’, entre outros (Drumond Júnior, 2001). De fato, a idéia de vigilância em saúde evolui a partir dos modelos de saúde pública, é uma evolução da idéia de erradicação e controle das doenças transmissíveis (DT). Com a transição epidemiológica, as doenças não transmissíveis (DNT) passam a ocupar uma importância maior no contexto da saúde / doença, sendo que o controle epidemiológico destas condições demanda estratégias diferenciadas, basicamente voltadas para o controle dos fatores de risco e o rastreamento de doentes em fase assintomática. Os fatores de risco das DNT, por sua vez, são múltiplos e sua cadeia causal é complexa. Basicamente, as estratégias de controle desses fatores incidem ou nas condições gerais de vida, ou na modificação de estilos de vida.

Percebe-se aqui o referencial da Epidemiologia, identificando a sua importância no “subsistema” da Saúde Pública, no que tange à propriedade de controle do Sistema de Saúde referida ao componente “sanitarista” do SUS. De fato, os modelos de planejamento em saúde utilizados no Brasil nas últimas décadas forneceram as bases para a demanda pelo desenvolvimento e a utilização da epidemiologia nos serviços de saúde, elegendo-a como a definidora por excelência das ‘reais necessidades de saúde da população’. Com efeito, sua importância nesse sentido é reconhecida pela lei 8.080/90.

A Epidemiologia é definida por Rouquayrol (1993, *apud* Goldbaum, 1996) como a “ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle, ou erradicação de doenças, e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde”. Torna-se importante realizar essa discussão considerando o

¹⁹ Como define a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), a vigilância epidemiológica é "*o conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer, a qualquer momento, o comportamento ou história natural das doenças, bem como detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes, com o fim de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas e eficientes que levem à prevenção e ao controle de determinadas doenças*".

²⁰ Conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

processo de descentralização da gestão do SUS, ou mais especificamente, como já foi discutida, a municipalização. Nesse sentido, Goldbaum (1996) discute a importância da epidemiologia nos serviços de saúde, ressaltando a necessidade de se superar a distância entre seu relativo desenvolvimento teórico-conceitual enquanto disciplina, e a absoluta escassez de estrutura para a sua aplicação no contexto da descentralização do sistema de saúde brasileiro.

Sistemas de Informação

Sistemas de Informação (SI) são componentes fundamentais para os sistemas cibernéticos, na medida em que permitem a mensuração de variáveis de controle em Saúde Coletiva. Tecnicamente, são dispositivos de registro e armazenamento de dados e de recuperação de informações. Enquanto instrumentos de mensuração de variáveis de controle, viabilizam processos de tomada de decisão baseados em evidências. No setor saúde, os dados dos usuários do sistema de saúde são armazenados em prontuários, que servem para o registro da identificação e história clínica dos pacientes, das prescrições e procedimentos realizados, permitindo a continuidade do processo de assistência dos indivíduos. As informações das atividades realizadas também são de interesse para o gerenciamento no nível agregado, seja para o controle da produção ou para o monitoramento das ações programáticas (produtividades, concentrações e coberturas assistenciais), ou mesmo para o monitoramento das incidências de doenças e agravos de interesse epidemiológico. Desta forma, os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) tanto podem produzir relatórios operacionais para o serviço, quanto permitem construir indicadores úteis para os processos de controle e avaliação da produção e do desempenho das atividades, assim como para as ações de vigilância em saúde.

Os modelos assistenciais precursores do SUS (INAMPS e o antigo Ministério da Saúde) nos deixaram como legado os sistemas de informação que vêm sendo utilizados até os dias de hoje. Assim, pelo lado da matriz inampiana, temos dois sistemas cuja lógica era controlar o pagamento dos prestadores conveniados, o Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) – com uma base de dados de internações individualizada por internação, a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) – com uma base de dados agregada, através de o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA). Posteriormente, o controle da alta complexidade ambulatorial reclamou o desenvolvimento de um sistema de base individualizada aos moldes do SIH-SUS, tendo sido então criado o sistema APAC (Autorização para Procedimento de Alta Complexidade). Posteriormente os dados de capacidade (rede física, recursos humanos), parcamente

alimentados na Ficha de Programação Orçamentária (FPO) dos sistemas SIA e SIH-SUS, foram integrados ao sistema CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, cuja base de dados é a FCES (Ficha de cadastro dos estabelecimentos de Saúde). O sistema CNES tradicionalmente tem sido alimentado pela Vigilância Sanitária, que também tem por atribuição a concessão de alvarás de funcionamento aos estabelecimentos de saúde. Os demais sistemas da vertente inampliada tem sido alimentado pelos órgãos de controle e avaliação, e usados também pela Auditoria.

Mais recentemente, mas não em caráter obrigatório, o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) tem disponibilizado programas para gerenciamento de unidades ambulatoriais básicas (SIGAB), especializadas (SIGAE) e hospitalares (HUSPUB). Também de caráter não obrigatório, e dentro da idéia de regulação assistencial, o DATASUS desenvolveu um programa para a marcação de consultas especializadas e exames complementares (CMC), que também controla as cotas estabelecidas pelas Programações Pactuadas e Integradas (PPI) que posteriormente, com a inclusão de uma central de vagas em leitos hospitalares, evoluiu para o SISREG, um programa específico para o gerenciamento e operação das Centrais de Regulação.

Na vertente sanitária, temos o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), o Sistema de Informações de Agravos de notificação (SINAN) e o sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI), implantados nos municípios a partir de 1995. Posteriormente, com as reformas neoliberais, veio a passagem da jurisdição da Atenção Básica para a jurisdição da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), o braço sanitária do Ministério da Saúde, que até os dias de hoje alberga a anacrônica estrutura remanescente dos programas verticais, e junto com a implantação do Programa de saúde da Família veio o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB). Posteriormente, as demais “áreas técnicas” da SPS reclamaram também os seus sistemas de informação, e aí veio o SISPRENATAL, o HIPERDIA, o SISCOLO, e o SISVAN. Com o advento dos programas assistenciais iniciados no final da gestão Serra e ampliados no governo Lula, vieram os sistemas de cadastramento de usuários, o CADSUS (este previsto desde a NOB 96), e a reboque deste, o Bolsa Escola, Fome Zero e congêneres. Na vertente da programação orçamentária e financeira, vieram o SIS-PPI e o SIOPS.

A profusão de sistemas de informação é decorrente dos avanços na micro-informática, mas também reflete a extrema fragmentação das ações de saúde e funções administrativas nos serviços públicos de saúde, que necessitam ser controladas. No capítulo 4 retomaremos essa questão. Por ora, o objetivo é apenas configurar o objeto a ser discutido.

Regulação

O termo “regulação” tem sido muito usado nos últimos anos, geralmente associado a uma releitura do papel do Estado moderno, que tem sido cada vez mais questionado no seu papel de provedor direto de serviços, especialmente nestes tempos de neoliberalismo. No contexto do SUS, podemos identificar três usos distintos desse termo, o que muitas vezes passa despercebido a um leitor menos atento e, portanto, passa a ser potencial fonte de “ruídos” de comunicação. Temos, pois, (1) a regulação enquanto um novo nome para o processo de planejamento; (a) regulação assistencial, ou micro-regulação, enquanto um conjunto de mecanismos de ajuste em tempo real da oferta de serviços às necessidades ou demandas dos usuários, e (3) o sentido utilizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar do SUS (ANS), que tem por missão

... promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais - inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores - e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no País.
(ANS, 2006).

O uso do significante ‘regulação’ no jargão da tecno-burocracia do SUS, teria surgido a partir da edição da NOB 96, com a regionalização do financiamento das ações de saúde, e tem como significado a idéia de organizar o acesso, “a partir de acordos prévios entre gestores municipais, unidades de saúde vinculadas ao SUS e representantes da comunidade, visando promover a integralidade e equidade do atendimento à saúde em todos os níveis, respeitando os princípios de regionalização e hierarquização, facilitando o acesso adequado de forma responsável e ágil aos recursos assistenciais necessários para cada demanda, com critérios regulatórios pactuados e transparentes” (Magalhães Júnior, 2002). Nesse sentido, termo tem sido usado para significar a estruturação dos setores de controle e avaliação dos prestadores privados contratados, bem como dos processos autorizativos dos serviços privados, nos municípios em gestão semi-plena. Neste uso do termo, regulação significa o controle dos recursos públicos, no sentido de racionalizar progressivamente a utilização do sistema regionalizado e hierarquizado. A outra entrada do termo “regulação” na cultura do SUS veio da experiência com os serviços de atendimento médico de urgência (SAMU), uma histórica marca do sistema de saúde francês, que criou neste país, há mais de 30 anos, a figura das “centrais de regulação” de urgência, com a instituição formal dos chamados “médicos reguladores”. Aqui, o termo toma uma conotação nitidamente assistencial: as centrais de regulação de emergência e pré-hospitalar têm o papel de fazer a interface entre as demandas e

as ofertas assistenciais disponíveis, permitindo a otimização da utilização dos recursos disponíveis naquele momento, dando resposta com brevidade às demandas mais graves, pela priorização do atendimento e o melhor ordenamento do fluxo dos usuários dentro do intrincado sistema de saúde, contribuindo assim sobremaneira para a sua humanização (idem).

Controle Social

A Constituição de 1988 ressalta a importância dos conselhos de saúde e das conferências de saúde como instâncias institucionais de controle das iniciativas do estado, para garantir a implementação de políticas condizentes com os princípios do SUS. Para lutar pelos seus direitos, os cidadãos podem e devem atuar sobre estes e outros instrumentos do âmbito do estado, do governo e da sociedade. A Lei 8.142/90 institui o controle social definindo os conselhos de saúde, de composição paritária (50% de representantes dos usuários, 25% de representantes dos trabalhadores de saúde e 25% de representantes do governo) e de caráter deliberativo, cabendo a eles aprovar os planos de saúde e relatórios de gestão, sendo estes pré-requisitos para a qualificação da gestão descentralizada do SUS.

Desta forma, o SUS propicia o surgimento de novos ‘atores sociais’ no cenário das Políticas de Saúde: os “conselheiros de saúde”, cuja atuação destaca-se, na conjuntura dos anos 90, sobretudo na arena das Conferências Nacionais de Saúde. Nesses espaços, estes atores sociais evoluíram de uma visão corporativa para uma mais democratizante, e portanto mais universalista, passando a ter uma interlocução com a sociedade civil organizada e advogando a sua participação no planejamento e na gestão dos serviços de saúde, através dos respectivos conselhos (municipais, estaduais e nacional). Nos Conselhos de Saúde, profissionais e burocratas encontram novos espaços de atuação, para além das instituições corporativas, produzindo um movimento de desconcentração de poder. As Conferências de Saúde chegaram nos anos 90 a uma movimentação em nível municipal com grande participação de delegados das esferas institucionais, ou eleitos nas comunidades locais, representando organizações civis (muitas partidárias ou religiosas), demonstrando o interesse popular na descentralização das políticas de saúde.

Pressupostos, hipóteses, objetivos e a proposta metodológica

A opção pela abordagem do tema do controle no SUS da forma como é colocada no presente trabalho, decorre de basicamente dois fatores, e não é inconveniente tornar a explicitar. Ela tem a ver com a singularidade da trajetória pessoal (acadêmica e profissional) do autor desta tese, a partir de sua dupla inserção profissional, na Academia e no serviço de saúde. Na Academia, como professor de Saúde Coletiva, com pós-graduação e pesquisa nas áreas de planejamento e epidemiologia, discutindo o tema dos sistemas de saúde em salas de aula, permanentemente acessando e acompanhando o crescimento da produção científica desse campo; e no Serviço de Saúde, como médico auditor do SUS com habilidades em informática, particularmente em bancos de dados, o que propicia uma estreita aproximação com os Sistemas de Informação em Saúde (SIS). Esta perspectiva aguça a percepção de que as decisões dos gestores da saúde, na experiência em questão, não estão sendo tomadas em função das informações propiciadas pelos sistemas de informação, ou seja, os processos decisórios vêm acontecendo a partir de informações de uma outra ordem.

Um dos pressupostos subjacentes a este trabalho é que, embora a institucionalização do SUS aparentemente caminhe na direção de alguns de seus princípios²¹, as mesmas não estariam sendo acompanhadas das necessárias providências no que tange aos investimentos na sua estrutura e nas inovações das formas de gestão, especialmente que concerne à conformação de sistemas integrados e regionalizados de saúde, com seus necessários dispositivos de planejamento, investimento, logística, controle e avaliação²².

Foi possível vislumbrar, de um modo bem sucinto, que as enormes transformações que o mundo vem sofrendo nos últimos dois séculos, e em particular, nas últimas décadas, em especial nas tecnologias gerenciais e de informação, já produzem impactos no mundo do trabalho e na forma das organizações. E isso já é visível nas empresas privadas, grandes e pequenas, e também nas organizações públicas. Por outro lado, e especialmente no caso do Brasil, com suas peculiares relações entre Estado e Sociedade, são temerosos os impactos negativos que as iniciativas de reforma administrativa do contexto neoliberal estão

²¹ Como é o caso da descentralização e do financiamento ‘per capita’ instituídos a partir das Normas Operacionais, portarias e demais dispositivos legais nos anos 1990...

²² aqui as palavras “controle e avaliação não estão sendo usadas no sentido definido nas NOBs, mas num sentido mais geral.

produzindo na capacidade de organização do Estado, na medida em que o setor Saúde é extremamente sensível a esse aspecto.

De fato, não é difícil perceber, não só no Serviço Público de Saúde, mas também na Universidade Pública e no serviço público em geral, um aparelho burocrático decadente, onde prevalece uma dissociação do fazer cotidiano em relação a uma retórica de “objetivos e metas institucionais”, o que faz parecer que na prática este sistema funciona “à deriva” dos acontecimentos fortuitos do dia-a-dia. Na modesta opinião deste autor, esse problema vai além da questão da “falta de recursos” e dos “baixos salários”, que se explicam razoavelmente pelos impactos da conjuntura pós-fordista nos serviços públicos em geral, se colocando basicamente como um problema de ética e de sentido existencial. Nas palavras de Durkheim, trata-se do fenômeno da anomia; no jargão marxista, da alienação. É bom deixar claro que não se está aqui a defender o argumento de que o problema de falta de recursos não exista nesse contexto, mas sim que pretendemos tratar de outra ordem de fenômenos, dando vazão à percepção de que o problema maior não seja simplesmente “falta de recursos”. Isso fica evidente quando se constata de forma cabal que, para além da falta de recursos, os recursos disponíveis vêm sendo em grande parte, mal utilizados, ou seja, que o SUS vem operando com ineficiências de grande monta.

Os autores acreditam que a empreitada proposta se justifica pela relevância do tema da eficiência do sistema de saúde. O princípio econômico advoga que a otimização de aplicação dos recursos no setor pode causar impactos na efetividade e equidade das ações sanitárias, o que significa obter melhores resultados, ou seja, salvar mais vidas humanas considerando a finitude de recursos disponíveis. Nesse sentido, pretendem realizar uma análise que permita relacionar as tais ineficiências à questão da “falta de sistematicidade” do SUS, apontando pontos críticos sobre os quais se possa propor soluções de maior efetividade.

A discussão a ser apresentada reconhecerá a existência de distintos discursos e práticas, sobre “o que fazer” e “como fazer” nos sistemas de saúde. Discursos e práticas que embora possam se referir a ‘concepções ideais’, tanto sobre o conceito de saúde quanto àquelas sobre como se administrar organizações modernas, têm como pano de fundo um singular contexto histórico-institucional de embates entre atores sociais com diferentes interesses em torno de como gerir ou gerenciar essas instituições, como também de como organizar a sua composição tecnológica. É sabido que estes discursos e práticas são por sua vez informados pelos interesses dos atores sociais envolvidos, como também pelos padrões vigentes (modos de regulamentação) em determinados sistemas sócio-culturais; sabemos também que esses fatores interagem entre si.

É, portanto, um pressuposto fundamental desta tese, que as proposições de solução para essa “falta de sistematicidade do SUS” devem levar em conta o fato de que, em sendo essencialmente um setor de prestação de serviços, é fortemente dependente (qualitativa e quantitativamente) do desempenho dos recursos humanos em suas operações. E que estes aparentes “problemas” (falta de organização e falta de sentido) por sua vez, são expressões de “estruturas discursivas” – portanto, simbólicas – que guardam correspondência com uma “institucionalidade oculta” (expressão factual dessa “estrutura discursiva”) que de fato informa a ação e a gestão no sistema. Para esta institucionalidade, não existem problemas, tudo está bom como está.

Uma outra – positiva – decorrência desse pressupostos básicos, é que a partir deles, pode-se admitir que esses impasses afetam pessoas de ambos os lados dos espectros tradicionais que geralmente definem os que são a favor e os que são contra as reformas do sistema de saúde neste país, confundindo até mesmo a percepção dos interesses dos diversos atores sociais envolvidos. Na medida em que a conjuntura contemporânea esvaziou o conteúdo de velhas dicotomias, que em décadas passadas eram o cerne das divergências, como é o caso da diáde ‘privatização vs estatização’, a argumentação se dará no sentido de que a discussão sobre a possibilidade de superação paradigmática, simbólica portanto, possa ter um caráter potencialmente eficaz no sentido de tornar viável a construção de um sistema de saúde eficiente e equitativo. Nesse sentido, o presente trabalho pretende trazer alguma contribuição para a formulação de concepções operativas mais apropriadas para uma configuração mais eficaz do sistema de prestação de serviços de saúde neste país, ao permitir especular sobre possíveis “reencaixes” das tecnologias e dos modos de produção e troca de bens e serviços, que possam ser viáveis e interessantes para todas as pessoas com legítimos interesses neste setor.

Pretende-se discutir, no decorrer deste trabalho, algumas possíveis razões que determinam em algum grau, o descompasso entre os propósitos, métodos e a configuração deste sistema, especialmente em relação à sua gestão e controle. Uma questão importante seria: **a gestão, tal como está colocada, é baseada em informação? Os Sistemas de Informação da Saúde (SIS) estão adequados para isso? Há ligação ente informação e decisão?** Essa questão tem sido objeto de recentes estudos acadêmicos e de investigações operacionais, que evidenciaram por um lado uma plethora de softwares e bancos de dados desenvolvidos pelo DATASUS, e por outro, a fragilidade do *link* informação – decisão no contexto do SUS (Moraes, 1999), especialmente no contexto dos sistemas municipais, seja

nos pequenos (Baêta, 2005) ou naqueles municípios com mais de 100 mil habitantes (Drumond Junior, 2002).

Nesse sentido, um aspecto central da questão diz respeito à “ergonomia” dos SIS, da ‘não-conformidade’ dos SIS com a lógica daqueles que produzem os dados que os alimentam. Sua estruturação centralizadora, que somente é possível de ser compreendida a partir de sua determinação histórica, dificulta em muito a produção de informação oportuna e útil para o gestor das unidades descentralizadas. Ou seja, tudo indica que a estrutura dos SIS não está pensada no sentido de subsidiar os processos de mudança de modelo assistencial e de tomada de decisão a nível local e municipal.

Em resumo, pretende-se discutir os aspectos “cibernéticos” do sistema de saúde brasileiro, considerando suas características “sistêmicas” à luz do pensamento contemporâneo, tomando todos os cuidados para evitar os problemas com as más interpretações que tal discussão possa vir a suscitar. A proposta metodológica será a abordagem dessa questão pela leitura das formas institucionais de controle e avaliação, ancorada na idéia de sistemas. Esta abordagem, na sua originalidade e também devido à inerente operacionalidade das concepções derivadas da teoria sistêmica, propiciará o descortinamento de interessantes possibilidades de intervenção.

**1 TEORIA GERAL DOS SISTEMAS, SISTEMAS COMPLEXOS,
SISTEMAS DE CONTROLE E TEORIAS ORGANIZACIONAIS:
NOTAS TEÓRICO-CONCEITUAIS**

Nesse capítulo pretendemos discutir a teoria dos sistemas, e as aplicações dessa teoria aos sistemas sociais. Esta teoria foi sistematizada pelo biólogo alemão naturalizado canadense, Ludwig Von Bertalanffy, em sua obra intitulada “Teoria Geral dos Sistemas” (1975) – cujos conceitos-chave foram amplamente apropriados por diversos campos do conhecimento, desde a biologia até as ciências sociais. A Teoria Geral dos Sistemas (TGS) é apresentada por Bertalanffy como uma ferramenta para abordar totalidades complexas cujos componentes reúnem aplicações de conhecimentos de diversas especialidades. Nesse sentido, a TGS é apresentada como “uma concepção operatória (que)... anuncia uma nova compreensão do mundo”, “destinada a superar a ultra-especialização corrente” (prefácio à edição de 1968), através de uma linguagem comum que supere a extrema fragmentação e os jargões dos diversos campos de conhecimento (Bertalanffy, 1975).

Embora tendo obtido sucesso nas aplicações tecnológicas e na biologia, a TGS não foi acolhida com unanimidade no contexto das ciências sociais. Nesse contexto, suas aplicações mais relevantes se situam no campo das teorias organizacionais. Na sociologia, sua aplicação mais famosa foi o funcionalismo de Talcott Parsons, que obteve grande sucesso nos setores mais conservadores das ciências do comportamento. Essa discussão já evoluiu bastante, sendo que os principais argumentos nesse sentido partem justamente da crítica ao funcionalismo, como veremos adiante.

Todavia, não se pode deixar de considerar a apropriação desta teoria para a abordagem do problema que nos propusemos a discutir, que é a questão do controle dos sistemas de saúde. Como essa abordagem talvez seja inusitada para o tratamento do objeto que aqui se aborda, acreditamos que a comunicação eficaz das idéias que iremos discutir demanda uma apresentação paulatina da teoria dos sistemas, desde os conceitos-chave compilados por Bertalanffy até os desenvolvimentos mais recentes onde se incorpora a teoria da complexidade.

1.1 A idéia de sistema na modernidade e a teoria geral dos sistemas

O princípio cartesiano, da decomposição em partes, da análise das partes e das estruturas elementares, tornou-se uma norma geral – epistemológica e tecnológica, na civilização ocidental moderna. A partir da separação fundamental, entre as coisas materiais e as coisas espirituais operada por Descartes, o conhecimento da realidade tangível foi sendo decomposto e estruturado em partes: as disciplinas, as repartições nas organizações, o corpo biológico, etc. Ao método cartesiano associou-se a pesquisa empírica, e a física newtoniana se

torna o paradigma das ciências naturais. Este modelo é estendido à química e à biologia, e até mesmo à sociologia, vista como o estudo do “organismo social”. Na Modernidade, as tecnologias e os processos de trabalho também sofrem o mesmo processo de decomposição.

O mundo moderno é tributário desse passado, que nos legou uma realidade extremamente complexa e fragmentada, sendo que muitos dos problemas com que nos deparamos na contemporaneidade são decorrentes da necessidade de se recompor essas partes fragmentadas. A Teoria dos Sistemas, como sistematizada por Ludwig Von Bertalanffy, vem de encontro a essa necessidade.

O conceito por detrás de todos os significados que o significante “sistema” carrega, é a idéia de organização, de partes que compõem um Todo. Bertalanffy apresenta a TGS como um corpo teórico que se propõe como alternativa paradigmática para os vários campos do conhecimento. Os acontecimentos que predispuseram ao sucesso do enfoque sistêmico no século XX foram predominantemente relacionados à revolução tecnológica da segunda metade do século XX, “à passagem da engenharia de produção (...) para a engenharia de controle” e aos desenvolvimentos matemáticos exigidos pela complexidade dos 'sistemas' na tecnologia moderna, nas relações entre o homem e a máquina, na programação, e em outras considerações que não eram sentidas na tecnologia do passado recente, mas que se tornaram imperiosas nas complexas estruturas tecnológicas e sociais do mundo moderno. Destacando os avanços nesse sentido, apresenta o enfoque sistêmico como a grande tendência geral do pensamento científico do século XX, assim como foi o mecanicismo para a ciência do século XIX.

Ressalta que o desenvolvimento das tecnologias da informação, dos computadores, dos mísseis teleguiados, das missões espaciais, tornaram possível a elaboração dos conceitos-chave da teoria dos sistemas, e a demonstração da eficácia de seu enfoque no plano tecnológico sem dúvida contribuiu para a sua aceitação nas comunidades científicas. O paradigma sistêmico, diferente da abordagem cartesiana, tem por objeto a abordagem de totalidades complexas, através do estudo das interações, das partes do sistema entre si e dele com o ambiente externo, propondo a noção de sistemas abertos, em oposição aos sistemas fechados da mecânica clássica. Também fazem parte do repertório conceitual da teoria dos sistemas, enquanto noções incompatíveis com o mecanicismo, as noções de crescimento, diferenciação, ordem hierárquica, dominância, controle, competição, etc. Estas são características que estão presentes nos sistemas biológicos e também nos sociais. Essas noções se opõem ao conceito de entropia (dissipação de energia, medida da desordem de um

sistema físico, tendência natural dos sistemas fechados), que é um conceito chave da mecânica Newtoniana. Bertalanffy destaca que a teoria dos sistemas aceita, desta forma, a existência de sistemas finalísticos, sem precisar recorrer às superadas concepções vitalistas do século XIX e anteriores, sobre as quais o mecanicismo de então triunfara.

Bertalanffy também propôs a abordagem sistêmica na educação, como uma linguagem comum às várias disciplinas. Ressaltando a necessidade de uma abordagem para enfrentar o problema da demasiada especialização estreita, ele preconizava a formação de “generalistas científicos”, ou seja, de “homens que praticassem a Ciência, e não apenas uma ciência em particular”. Nesse sentido, a teoria dos sistemas viria a contribuir para o desenvolvimento de princípios básicos da interdisciplinaridade.

Os ‘conceitos-chave da teoria dos sistemas’ como já foi dito, advieram dos campos da engenharia de sistemas e da biologia (especialmente da fisiologia), a partir da observação dos aparatos / máquinas que apresentam comportamento auto-regulador. Ele utiliza o exemplo das “máquinas auto-controladas”, como o termostato e os mísseis teleguiados da II Guerra Mundial, para ilustrar a interação conceitual de energia, informação e retroação. Essas máquinas possuem um ‘sub-sistema auto-regulador’, que compreende primeiramente um receptor, ou “órgão sensorial”; a mensagem - que quando muito, envolve pequenas quantidades de energia - nesse caso seria a temperatura captada; em seguida há um “centro” que compara as mensagens recebidas com suas regras internas (teleológicas), e transmite ordens a um “órgão efetor” - que responde à mensagem recebida de tal maneira que há saída de alta energia. Finalmente, o funcionamento do efetor é enviado de volta ao receptor e controlado por ele (retroação, ou retroalimentação - *feedback*), o que torna o sistema como um todo auto-regulado, isto é, garante a estabilidade ou a direção da ação. Citando a teoria da comunicação (um dos ramos da teoria dos sistemas), Bertalanffy pondera que assim como a energia está para a física, na teoria dos sistemas é a informação que tem o papel mais fundamental. Em suma, os sub-sistemas efetores lidam com energia (ação), enquanto que os sub-sistemas reguladores lidam com informação – que retroalimentam os sistemas efetores.

Há um grande número de fenômenos biológicos que correspondem a esse modelo, entre os quais destacamos os mecanismos de homeostase. Assim, uma grande variedade de sistemas, na tecnologia e na natureza viva, segue o esquema da retroação.

Para Ian McWhinney, médico de família canadense que utiliza a teoria sistêmica como base para a proposição de um método clínico mais integral, uma das contribuições mais

importantes da TGS foi a separação conceitual entre os processos reguladores e os processos dinâmicos dos sistemas:

“Uma vez que a informação é a chave para a regulação, isto é o mesmo que separar informação de energia. Para o cientista do século XVIII, o mundo era constituído por objetos passivos, que eram estimulados para entrar em atividade pelo impacto de objetos que se deslocavam. Presentemente os cientistas vêem o mundo como centros de energia interligados e interagindo mutuamente. A regulação destas interações depende do processamento da informação, o que requer muito pouca energia”.

A distinção entre ‘sistemas dinâmicos’ e ‘sistemas processadores de informação’ pode ser observada no corpo humano. O sistema musculo-esquelético funciona por trocas de energia; os sistemas nervoso, endócrino e imunitário lidam com processamento de informação. A informação processada tem a forma de percepções sensoriais no caso do sistema nervoso e de moléculas no caso dos sistemas endócrino e imunitário. Tanto o sistema nervoso quanto o imunitário têm capacidade de aprendizagem. O sistema nervoso aprende a lidar com os dados sensoriais, tanto no estado natural como simbólico. O sistema imunitário aprende a lidar com antígenos estranhos.

A distinção entre informação e energia ajuda-nos a ver como grandes efeitos dinâmicos podem ser estimulados pelas pequeníssimas quantidades de energia necessárias para processar a informação. Um sinal eletrónico pode fazer explodir uma bomba. Interromper um circuito elétrico pode abrir uma enorme porta de metal. A ingestão de uma quantidade pequeníssima de antígeno pode levar a uma anafilaxia fatal num indivíduo sensibilizado. Uma pequena contrariedade pode despoletar uma depressão numa pessoa predisposta pela hereditariedade ou por experiências de vida. Em todos esses casos a informação atua liberando energia que já existe no sistema. A distinção entre processos reguladores e dinâmicos dos sistemas tem implicado no nosso julgamento sobre as causas dos acontecimentos. A causa de um choque anafilático é não só a hiperssensibilidade do indivíduo, mas também o antígeno que provoca a resposta anafilática.”
(McWhinney, 1994, p.55).

Teleologia é um conceito também problemático, mas fundamental na TGS, e seu sentido relaciona-se com a idéia de finalidade. Bertalanffy fala de teleologia estática (adequação estrutural), significando que um arranjo (forma, organização) parece ser útil para um certo “fim”. Teleologia dinâmica significa o caráter direcional dos processos (função). Em geral, a idéia de teleologia na TGS pressupõe que um determinado arranjo estrutural executa um processo específico para alcançar um certo resultado. Os conceitos de informação, retroação e teleologia nos processos controlados, que são o objeto ‘*par excellence*’ da teoria dos sistemas, aludem à idéia de Cibernética. Norbert Wiener, quem primeiro propôs este termo, apresenta a cibernética como uma teoria que procura mostrar que os mecanismos de natureza retroativa são a base do comportamento teleológico ou finalista nas máquinas construídas pelo homem, assim como nos organismos vivos e nos sistemas sociais (Bertalanffy, 1975).

McWhinney afirma que nenhum sistema pode ser explicado / compreendido pelo estudo de suas partes, que o Todo é diferente da soma das partes, e que todos os sistemas vivos são

sistemas abertos, na medida em que trocam energia e informação através das superfícies de contato ou limites do sistema. Cada sistema existe em estado de equilíbrio dinâmico interno entre suas partes e num estado de equilíbrio externo com os sistemas que conformam o seu ambiente. A interdependência mútua das partes de um sistema é um outro conceito básico na teoria dos sistemas. Sendo assim, qualquer alteração numa parte produz modificações no Todo – que pode se propagar ao longo da toda a hierarquia do sistema. Essas modificações não podem ser decompostas em seqüências causais simples sem se incorrer no risco de simplificar grosseiramente o processo. Nos sistemas auto-regulados, quando o equilíbrio é perturbado, existem forças corretoras que atuam no sentido de restabelecer este estado de equilíbrio (feedback negativo), ou de buscar uma nova configuração de equilíbrio (feedback positivo).

1.2 A teoria dos sistemas e as ciências sociais

Tanto nos sistemas biológicos quanto nos sistemas desenvolvidos pelo Homem, identifica-se todas as características anteriormente citadas. Todavia, enquanto os organismos biológicos decorrem de fenômenos determinados pelo processo evolucionário (mutações casuais e seleção natural, segundo Darwin), no caso das estruturas feitas pelo homem, estas ou são projetadas, ou seja, planejadas para as diversas finalidades que o seu criador concebeu (sistemas mecânicos / eletrônicos / mecatrônicos / homem-máquina), ou são fruto de desenvolvimentos históricos das coletividades humanas. De fato, todos os sistemas sociais poderiam ser classificados num *continuum* entre estes dois tipos ideais polares. Existem organizações sociais que são projetadas, ou seja, concebidas intelectualmente e programadas em todos os seus elementos (homens, máquinas e processos), como por exemplo, o processo de trabalho em uma fábrica. Também a utopia comunista, e a ‘sociedade controlada’ em nome da “ordem e progresso”, são exemplos de uma sociedade deste tipo. Por outro lado, as organizações sociais reais são em grande medida do tipo “não projetadas” - que seriam o resultado de um desenvolvimento histórico “espontâneo”, como por exemplo, o sistema capitalista, se situando em algum lugar, mais para lá ou para cá, do meio do caminho entre esses dois “tipos ideais” polares.

No que tange aos mecanismos de regulação, a questão da manutenção de uma determinada configuração de ordem, que alude à idéia da manutenção de níveis homeostáticos (feedback negativo), é um processo essencial à sobrevivência dos sistemas biológicos, já não é essencial para a existência dos sistemas sociais. Estes, ao contrário dos primeiros, são

sistemas capazes de modificar sua estrutura e buscar uma nova configuração de equilíbrio. Este é o ponto a partir do qual as considerações de Wright Mills, Walter Buckley e Talcott Parsons tomarão parte nessa discussão.

Talcott Parsons talvez tenha sido o sociólogo que mais se embebeu da “sintaxe” da teoria dos sistemas. Tributário das idéias de Durkheim, Parsons atualizou o positivismo à luz da teoria dos sistemas, donde veio a surgir o funcionalismo, enquanto abordagem metodológica das ciências sociais aos problemas de conservação da ordem. Parsons evitou deliberadamente a discussão da transformação social, tendo se preocupado basicamente com a manutenção da sua estrutura: o controle social a serviço da manutenção do *status quo*.

Sem desmerecer a importância da obra parsoniana, As críticas de Wright Mills e Walter Buckley apontam importantes caminhos para resolver alguns impasses teóricos deixados por este autor. Mills aponta o fato de Parsons não questionar a legitimidade de uma estrutura social dominante e dominada por valores simbólicos, referenciados em “conceitos ideais”, “valores eternos”, negando o conflito de interesses entre a elite do poder e o resto da humanidade (Mills, 1965). Já Buckley, o outro sociólogo americano que tomou Parsons como referência, vai apontar a inadequação da metáfora organísmica para descrever os sistemas sociais. Contrapondo aos sistemas organísmicos, que têm por característica a manutenção de uma ordem predeterminada geneticamente, este autor propõe a metáfora de sistemas sócio-culturais, sistemas cuja principal característica seria a capacidade de modificar sua estrutura como condição de manter a sua viabilidade no ambiente (Buckley, 1971).

De fato, os partidários da idéia de um mundo cientificamente controlado freqüentemente recorrem aos conceitos da teoria dos sistemas, e esse recurso é buscado tanto pelos reformistas quanto pelos revolucionários. Nesse aspecto, pode-se perceber um tom de totalitarismo em ambos os lados (esquerda e direita), na medida em que vêem o indivíduo como mera peça, engrenagem de um sistema maior a ser configurado. Segundo Gonçalves (1994), um mundo assim só poderia se dar em dois contextos: ou no totalitarismo, ou na democracia radical. Citando a Hobbes, Bertalanffy (1975, p. 81) afirma que *o Leviatã da Organização não poderá engolir o indivíduo, sem selar sua própria e inevitável ruína*.

Em qualquer caso, e sem pretender aprofundar a questão suscitada, ressalta-se o entendimento de que nos sistemas desenvolvidos pelo Homem, a adequação e o trabalho teleológico das máquinas e organizações propiciam a emergência de uma inteligência planificadora que operam nas estruturas complexas definindo a FUNÇÃO GERENCIAL, ou a administração. No modelo gerencial tradicional, há uma nítida separação, e uma ascendência

hierárquica, entre os gerentes (que planejam, decidem e ordenam), e os operadores do sistema, que executam o plano e obedecem.

Contemporaneamente se tem apontado, como superação dialética desse modelo, para a idéia de ‘coletivos inteligentes’ (Costa, 2003). Esta passagem guarda estreita correspondência com a mudança das concepções de sistemas mecânicos, lineares, para a dos ‘sistemas complexos’ ou circulares / recursivos, que por sua vez tem importantes conexões com a abordagem que pretendemos realizar, com o ponto de vista que utilizaremos para discutir a organização das empresas contemporâneas em geral, inclusive a organização estatal, e a do SUS em particular. Por outro lado, uma vez que o sistema de saúde é uma organização social, e que as organizações necessariamente exercem formas de controle sobre o trabalho individual e coletivo, que podem ser modeladas pela TGS, também abordaremos nesse capítulo os paradigmas organizacionais, considerando os mecanismos de controle que os caracterizam. Acreditamos que tal abordagem fornecerá a moldura para discutir a questão do controle no SUS dentro de uma perspectiva promissora no sentido de apontar saídas para os impasses colocados pelas crises do setor.

1.3 Teoria da complexidade e sistemas autopoieticos

A complexidade é colocada como desafio fundamental ao programa linear tradicional na ciência como um todo, a partir do reconhecimento dos limites da ciência, compreendidos no uso do formalismo matemático linear em descrever o mundo. A complexidade, nesse sentido, seria uma afirmação do holismo, e também uma rejeição da tradição de uma lógica em que a ordem e a desordem são dicotômicas e opostas. Pelo contrário, a teoria da complexidade as recoloca como par dialético, não mais como estados antagônicos e fixos, mas sim como estágios em um processo de vir a ser dinâmico e transformacional (Byrne, 1997 2006).

É importante ressaltar que as implicações desta reformulação lançam um desafio à demarcação do social em relação às demais ciências, na medida que evidenciam que o ‘quantitativo’ também pode ser tomado como algo inerentemente ‘qualitativo’, que a ciência nunca poderá estabelecer leis não-contextuais e gerais, e que a explicação quantitativa em si própria é um modo simples, e muito útil, de descrever contextos locais e transformações dos sistemas como um todo. A idéia de que os sistemas são ‘não-lineares’ significa exatamente

que as mudanças que acontecem neles são descontínuas e representam transformações qualitativas. Nesse sentido, as descrições quantitativas locais de tais pontos de bifurcação seriam medições históricas de tais transformações qualitativas de estado (*idem*).

A extensão do conceito de sistemas complexos para as ciências sociais não ocorre descolada da mesma extensão para o campo das ciências biológicas. Ambas se valem da perspectiva holística da teoria sistêmica, já que os sistemas sociais humanos se constituem como superestruturas que se realizam a partir de indivíduos humanos, que por sua vez possuem uma infra-estrutura biológica. Visto assim, o social e o biológico fazem parte de um mesmo *continuum*, que dissolve as demarcações entre Natureza e Sociedade. Esta nova visão é uma autêntica mudança de paradigma, e talvez a dissolução do último bastião do antropocentrismo, o qual tem se ocultado numa insistência em se tratar o social como algo distinto do natural (*idem*).

Pode-se dizer que a idéia de sistemas cibernéticos é o ponto chave da superação de um pensamento linear que não nega a linearidade, mas a supera. Ou seja, admite a sua utilidade instrumental, mas reconhece que a linearidade pode estar contida na circularidade (ou recursividade). Esse é o principal movimento do pensamento complexo. Uma concepção mais abrangente, portanto, deve considerar que **os efeitos retroagem sobre as causas e as realimentam** (Marioti, 2005 2006). O *feedback* é um fator de equilíbrio dinâmico. Os sistemas cibernéticos são circulares e auto-reguladores. Seu funcionamento se dá pela constante adaptação ao ambiente, que por sua vez (no caso de seres vivos) se adapta a eles. A circularidade (ou *feedback*) traduz a capacidade de um sistema para adaptar-se às variações do meio.

No caso das relações interpessoais, o *feedback* tem um papel essencial. Para que tais relações se estabeleçam, é necessário que as pessoas troquem informações entre si. Esse intercâmbio define, estrutura e estabiliza os comportamentos e com eles o clima grupal. Se a conduta de alguém fugir ao modelo consensual de convivência, seus companheiros podem dar-lhe *feedback* sob a forma de críticas, aconselhamento ou atitudes semelhantes (*feedback* negativo), ou mesmo aproveitar o estímulo do elemento perturbador para atingir novas estruturas, que permitam lidar melhor com essas perturbações (*feedback* positivo).

Os sistemas sociais são provavelmente os sistemas mais adaptáveis e os mais persistentes em nosso planeta. Buckley explica que os sistemas mecânicos são relativamente fechados e entrópicos: na sua busca inexorável pelo equilíbrio, perdem tipicamente a estrutura, indo para uma condição da energia livre mínima. Os sistemas homeostáticos são

abertos e negentrópicos (consomem energia para produzir ordem); a principal característica dos sistemas homeostáticos é a de funcionar para manter uma dada estrutura do sistema dentro de limites preestabelecidos: eles têm dois circuitos de retroação com seu ambiente, de energia e de informação, mas são atrelados à auto-regulação, buscando incessantemente a manutenção da sua estrutura. Já os sistemas adaptáveis complexos são também abertos e negentrópicos, mas estão abertos internamente tanto quanto externamente: o intercâmbio entre seus componentes pode resultar em mudanças significativas na própria natureza dos seus componentes. Verdadeiros laços de retroação fazem não somente a auto-regulação possível, mas a auto-direção. Na adaptação aos ambientes em mudança, o sistema pode mudar ou elaborar sua estrutura como uma condição da sobrevivência ou de viabilidade (Buckley, 1971).

Uma decorrência importante desta elaboração pode ser ilustrada pela visão da biologia comportamental contemporânea, quando esta distingue estrutura de organização. Nesse sentido, uma interessante descrição de sistemas adaptativos complexos que têm a possibilidade de modificar sua estrutura, quando a mesma já não atende de forma competente à manutenção de sua organização, é a noção de ‘sistemas autopoieticos’, de Humberto Maturana, apresentada no próximo parágrafo. Pretende-se argumentar aqui que as considerações de Buckley e Maturana se estendem e se aplicam de forma particularmente útil aos sistemas sociais. Nesse sentido, suas proposições abrem alas para as discussões que pretendemos realizar, acerca dos sistemas de controle nas organizações (empresas) em geral, e no SUS em particular.

O trabalho de Humberto Maturana se destaca como uma contribuição fundamental do campo da biologia comportamental, às premissas da epistemologia contemporânea. Sua obra é considerada por Mariotti (2001 2006) como uma das críticas mais avassaladoras ao *representacionismo*²³, que tem sido um dos pressupostos epistemológicos da visão de mundo chamada moderna, desde a antiguidade clássica, a partir de Sócrates, até o final do século XX, com amplas repercussões na nossa noção de “objetividade”, como será apontado nesta seção.

Este original biólogo chileno iniciou sua pesquisa nos fenômenos cognitivos a partir do estudo do sistema nervoso e dos fenômenos da percepção em modelos fisiológicos. Um experimento em particular, realizado com o giro do olho da salamandra, ilustra bem como

²³ Representacionismo é a noção de que nós capturamos, através dos sentidos, um mundo que é dado de antemão, com relação ao qual nossos esforços devem ser de descoberta, desvendamento, revelação do que está oculto.

uma casual descoberta conduziu à perspectiva original que caracteriza a obra desse autor. Este experimento mostrou que a salamandra modificada lançava a sua língua para o lado errado ao tentar capturar a sua presa; Maturana então concluiu que o ato da salamandra não era um ato de apontar para um objeto externo, mas sim o de fazer uma correlação interna. A partir de sua teoria, ele questiona a idéia da existência de um mundo real externo a nós, de objetos com existência independente da nossa percepção (Maturana, 2001).

Etimologicamente, ‘autopoiese’ quer dizer ‘autoprodução’. A palavra surgiu pela primeira vez na literatura internacional em 1974, num artigo publicado por Varela, Maturana e Uribe, para definir os seres vivos como sistemas que produzem continuamente a si mesmos.

Segundo Maturana e Varela (Ramos 1996 2006), os seres vivos são determinados por sua estrutura. A esse conceito, eles chamam de ‘determinismo estrutural’. O fato de os sistemas vivos estarem submetidos ao determinismo estrutural não significa que eles sejam predeterminados. Maturana e Varela observam que o sistema vivo e o meio em que ele vive se modificam de forma congruente, que o meio produz mudanças na estrutura dos sistemas, que por sua vez agem sobre ele, alterando-o, numa relação circular. A esse fenômeno, eles deram o nome de ‘acoplamento estrutural’. Com efeito, se a estrutura muda constantemente e em congruência com as modificações aleatórias do meio (aí está o conceito de ‘deriva’, também muito utilizado por Maturana), não é possível falar em predeterminação e sim em circularidade, como explicado no conceito de acoplamento estrutural.

A grande “sacada” de Maturana e Varela, é que a interação entre os seres vivos ocorre num domínio lingüístico. Por isso, **é importante ter sempre em mente que o domínio consensual resultante do acoplamento estrutural de sistemas autopoieticos é um contexto de linguagem.**

Eles definem a linguagem e o fenômeno da comunicação de um modo diferente da “mera transmissão de informação”. A comunicação seria um tipo especial de comportamento, e logo como em todo comportamento, seria possível distinguir entre a comunicação intuitiva e a aprendida, ou entre as ‘formas filogênicas’ (desenvolvimento da espécie) e as ‘formas ontogênicas’ (desenvolvimento individual) de comunicação. Para esses biólogos, os comportamentos que são adquiridos ontogenicamente na dinâmica comunicativa de um meio social e que são estáveis por várias gerações são chamados **comportamentos lingüísticos**. Já o entendimento da origem evolucionária de uma “linguagem natural” requereria o reconhecimento de uma função biológica básica na mesma. Segundo esses autores, este entendimento tem sido impossível porque a linguagem tem sido considerada como um sistema denotativo e simbólico para a transmissão de informação. Mas, se ao invés de ser considerada como denotativa a mesma fosse considerada como conotativa, e se fosse

também considerado, como sua função, **orientar o organismo dentro do seu domínio cognitivo, e não, apontar para entidades independentes**, a origem “não lingüística” da linguagem começaria a aparecer nas interações aprendidas e orientadas. Nesse sentido, Maturana e Varela afirmam que as interações lingüísticas orientam, mas não especificam, o curso da conduta, pois, a função da linguagem não é a transmissão da informação nem a descrição do universo, mas a criação de um domínio de comportamento consensual entre os sistemas lingüisticamente interagentes, através do desenvolvimento de um domínio de interações cooperativas.

Entre as muitas implicações epistemológicas desta teoria, está a sua singular interpretação da objetividade. Segundo Maturana, o mundo em que vivemos é o que construímos a partir de nossas percepções, e é nossa estrutura que permite essas percepções. Por conseguinte, nosso mundo é a nossa visão de mundo. Se a realidade que percebemos depende da nossa estrutura — que é individual —, existem tantas realidades quantas pessoas percebedoras. Eis porque o chamado conhecimento puramente objetivo é inviável: o observador não é separado dos fenômenos que observa. Se nós somos determinados pelo modo como se interligam e funcionam as partes de que somos feitos (ou seja, pela nossa estrutura), **o ambiente só desencadeia em nós o que essa estrutura permite**. Assim, não podemos garantir que exista a objetividade da qual tanto nos orgulhamos. Para Maturana, quando alguém diz que está sendo objetivo, na realidade está afirmando que tem acesso a uma forma privilegiada de ver o mundo e que esse privilégio lhe confere alguma autoridade, que pressupõe a submissão de quem não é objetivo. Essa é uma das principais críticas de Maturana à argumentação lógica tradicional.

A argumentação de Maturana e Varela sustenta que a chave para o entendimento de toda a fenomenologia biológica é o entendimento da organização individual. Eles afirmam que o desenvolvimento da teoria evolucionista de Darwin teve um impacto que foi além da explicação da diversidade dos sistemas vivos e da origem das espécies. Segundo esses autores, esta teoria, ao sustentar modelo de sociedade competitiva, também justificaria a subordinação do destino dos indivíduos a valores transcendentais supostamente incorporados em noções como humanidade, Estado, Sociedade etc. É verdade que sob as leis da seleção natural os indivíduos mais aptos sobrevivem, e é óbvio que os que não sobrevivem não contribuem ou contribuem menos para o destino da espécie. Isto parece dar bases à lei do mais forte. Mas esta visão do mundo animal como egoísta seria equivocada, na medida em que existiriam evidências de instâncias de comportamento altruísta no mundo natural.

Argumentam que a contradição entre o ponto de vista filogenético, onde pode parecer que o indivíduo seja irrelevante, e o ponto de vista ontogenético, onde seria mais relevante a sobrevivência do indivíduo é apenas aparente. Exemplificam com o comportamento do antílope jovem, cujo comportamento de se colocar atrás do grupo em fuga para defendê-lo é altruísta considerando o grupo e, ao mesmo tempo, é egoísta, pois resulta do seu acoplamento estrutural ao ambiente que **inclui** o grupo, donde expressa a sua busca de sobrevivência individual. Maturana diz que o antílope é, ao mesmo tempo, “altruisticamente egoísta e egoistamente altruísta”.

Ter claro o papel do observador na explicação do fenômeno foi outra preocupação básica da perspectiva epistemológica proposta que permitiu aos pesquisadores concluírem que cumpriram a tarefa de construir uma teoria do conhecimento que mostra como o próprio conhecimento gera uma explicação do conhecimento. O propósito dos autores foi encontrar um meio termo entre o representacionismo e o solipsismo²⁴: entender a regularidade do mundo que o homem experimenta a cada momento, mas sem qualquer ponto de referência independente dele mesmo (Ramos, 1996 2006).

São as interações recorrentes entre os sistemas autopoieticos que constituem um sistema social, e para que tais interações ocorram é preciso uma estabilização biológica das estruturas. Segundo Maturana, nos seres humanos o fator de estabilização básico é fenômeno do amor, entendido como a visão do outro como parceiro em alguma dimensão da sua vida. Assim, a escolha por um particular meio de vida seria uma escolha ética, cujo problema fundamental seria a justificação das relações particulares de subordinação, de autonomia e da individualidade que ele demanda para ele próprio e para os outros membros da sociedade, e que ele gera e valida com a sua conduta.

Um sistema social seria portanto, um sistema essencialmente conservativo, que na medida em que opera como um sistema homeostático, estabiliza as relações que o definem como um sistema social de um tipo particular, e isto se dá porque ele é gerado pelas interações entre seus componentes, para os quais constitui as possibilidades de mudanças estruturais ontogênicas. Uma mudança nas relações que definem uma sociedade como um particular sistema social, pode somente ocorrer a partir de uma mudança nas propriedades dos componentes que a tornam real. Ou seja, numa sociedade humana as

²⁴ Anglicanismo. De acordo com o Oxford Dictionary, ‘solipsism’ significa ‘teoria que propõe que só existe o conhecimento de si mesmo’. De acordo com a Wikipedia, o solipsismo é a consequência extrema de se acreditar que o conhecimento deve estar fundado em estados de experiência interiores e pessoais, não se conseguindo estabelecer uma relação direta entre esses estados e o conhecimento objetivo de algo para além deles.

mudanças só podem ocorrer na medida que as condutas dos homens mudem. As interações entre as unidades participantes de uma sociedade devem confirmar as relações que a definem, noutro caso o organismo que interage deixa de ser componente da mesma. Daí que a criatividade na geração de novas relações sociais sempre implica interações fora da sociedade, e gera novos modos de conduta que, ou mudam as relações definidoras da sociedade ou separa os indivíduos criativos da mesma.

Maturana e Varela concluem que nem todo ser humano apanhado pela malha de relações geradas num sistema social, participa do mesmo como um ser social. Se sua participação não envolver a sua autopoiese como uma característica constitutiva do mesmo, este ser humano estará sendo usado pelo sistema social, mas não será um dos seus membros. Estas reflexões permitem concluir que a autopoiese, tal como proposta por Maturana e Varela, resolve o problema da fenomenologia biológica e a define com clareza, permitindo discutir a fenomenologia social a partir de uma fenomenologia biológica, porque a sociedade é constituída de seres vivos.

Termina aqui esta incursão à teoria dos sistemas, onde particularmente nos interessou colher subsídios para a sua aplicação à compreensão do funcionamento dos sistemas sociais. A partir deste ponto, fica mais claro o porquê de termos explicitado o ponto de vista de duas das apropriações dos conceitos da TGS, diferenciando as suas posições epistemológicas, que podemos denominar de moderna e contemporânea (ou pós-moderna). Pode-se dizer que primeira guarda referência com o paradigma mecanicista, e a segunda, com o paradigma da complexidade. A partir dos esclarecimentos fornecidos pelos conceitos da teoria da complexidade e dos sistemas autopoieticos, indagar se o SUS é ou não é um sistema passa a ser uma falsa questão. A questão que se torna pertinente à luz desses conceitos, não é se o SUS (que SUS? O ideal ou o real?) funciona, se “corrige seus erros”, ou se toma decisões de alocação de recursos com base em avaliações baseadas nas “informações” produzidas pelos seus diversos sistemas de informação. Mas sim, que tipo de informação está de fato informando a ação dos sujeitos responsáveis pelo controle e regulação do SUS. Desta forma, o debate acerca da proposição melhorias nas instâncias de Controle do SUS vai se colocar numa outra perspectiva, considerando-as na amplitude dos determinantes que orientam as ações dos sujeitos ‘individuais-sociais’ no âmbito desse sistema.

Em seguida, ainda a título de preparar o terreno para a discussão sobre os sistemas de controle no SUS, pretende-se em seguida recuperar a arqueologia dos sistemas de controle

nos paradigmas organizacionais. Abordaremos o assunto desde a emergência história dos dispositivos de controle disciplinar e dos seus pressupostos, passando pelo taylorismo e a divisão do trabalho nas organizações fordistas, terminando por apresentar as características das organizações pós-fordistas, e a tendência pós-modernista das Teorias Organizacionais, que se posiciona a partir das transformações socio-econômicas e epistemológicas da contemporaneidade, e que tomaremos como um referencial mais fundamental desta pesquisa.

1.4 Os sistemas de controle nos paradigmas organizacionais

A questão do controle nas organizações tem a ver com a constituição de uma subjetividade racional que remonta à Antiguidade Clássica, como pode ver demonstrado na cena mítica de Ulisses e o canto das sereias. Merece destaque também a questão da ideologia ascética e da ética do trabalho, presentes já na organização dos monastérios medievais, e consideradas como fatores decisivos para a emergência do controle disciplinar nas organizações modernas. Adorno e Horkheimer (1985) afirmam que a construção do sujeito racional tem seu núcleo na mesma necessidade básica do mito: sobrevivência, autoconservação e angústia (*Angst*). Para estes autores, é o medo, o medo da morte, da destruição, medo mítico da perda do próprio “eu”, em um mundo que ameaça a sobrevivência, que está na raiz do desejo de dominar a natureza. Na *Dialética do Iluminismo*, consideram que a viagem metafórica de Ulisses na Odisséia é aquela que a humanidade necessitou realizar para o “despregamento vitorioso da *ratio*”. Ulisses teria escapado ao canto das Sereias submetendo-se voluntariamente à sua tortura, organizando a identidade do sujeito frente às forças da natureza. E a razão é o seu instrumento: ela abstrai, procura compreender por meio de conceitos, reduzindo o concreto à identidade, liquidando a alteridade e organizando a diversidade, a fim de controlar as forças naturais externas. A dominação do homem sobre si mesmo, é inevitavelmente uma realização paradoxal: envolve a mutilação do sujeito a serviço do qual ela é efetivada. Nessa auto-negação em nome da auto-afirmação, segundo Horkheimer e Adorno, estaria o núcleo de toda a racionalidade civilizatória ocidental moderna.

Campos, em comunicação pessoal acerca de artigo de Alfred Kieser²⁵, ressalta o acontecimento, nos mosteiros medievais, de uma transição valorativa em que a acumulação de bens ganha supremacia sobre o ascetismo, quando os grilhões da religião teriam sido substituídos pelos da burocracia: a partir daí o Trabalho ganharia uma nova dimensão, como base para a subsistência e a caridade, e a obediência a regras teria se tornado também um ideal ascético²⁶. Três séculos depois, São Bento defenderia o trabalho como o caminho para a paz (interior e exterior), o auto-conhecimento e a compreensão do amor a Deus. Seguindo essa ética, os beneditinos fundaram vários mosteiros para os quais criaram um conjunto de regras. Do desenvolvimento das regras para a vida ascética resultou a criação um padrão de estrutura racional: uma proposta arquitetônica (construções muradas para preservar a pureza), práticas de exame para a entrada e preparação, a adoção de novos trajes e novos nomes, regras para organização do trabalho e para os cerimoniais. Mais tarde, esse auto-controle (observância das regras intrinsecamente motivada) seria substituído pelo controle externo, a observação e a vigilância, e a partir daí a humildade teria que estar refletida em posturas observáveis²⁷. Complementava tal controle um sistema de punições²⁸, que teria feito do mosteiro medieval o primeiro exemplo de instituição total, laboratório para produzir pessoas laboriosas e confiáveis.

Michel Foucault, por sua vez, em sua obra “Vigiar e Punir” (1975) vai constatar duas formas de dominação características do mundo ocidental, a **tradicional** – relacionada à punição espetacular e a ameaça de castigo em público, e a **disciplinar** – relacionada à vigilância continuada, ao estabelecimento da rotina e o controle da mente, da alma e da vontade, através de formas sutis de punição. A metáfora do modo disciplinar de dominação é o Panóptico, modelo de instituição carcerária moderna projetado por Jeremy Bentham a partir das idéias iluministas de Cesare Beccaria²⁹, como capaz de promover uma observação

²⁵ From Asceticism to Administration of Wealth: medieval monasteries and the pitfalls of rationalization. Organization Studies .1987 8/2 p.103-123

²⁶ O autor aponta aqui um deslocamento da referência (antes dentro) para fora da pessoa (regras). A dominação do ego (antes via auto-flagelo) passou a ser via obediência a regras.

²⁷ O controle externo era apoiado em três formas de punição: *venia* (auto-acusação perante os pares); *correctio fraterna* (reprimenda por um dos pares); e *proclamatio* (anúncio da violação a todos os irmãos).

²⁸ Variáveis de castigos leves a raros casos de castigo físico, passando por perda de refeição, isolamento por 7 dias a pão e água.

²⁹ Cesare Beccaria (1738-1794) foi um proeminente filósofo iluminista italiano, cujo livro “sobre os crimes e as punições” (1764) mudou radicalmente a visão européia da justiça e do sistema penal. Beccaria discutiu que o sistema judicial não devia ser usado para a *punição*, mas preferencialmente para proteger a sociedade. O encarceramento do criminoso impediria que este cometesse outros crimes enquanto estivesse preso, mas somente vigiando-os de perto, e os treinando quando encarcerados, ensinando-lhe os valores morais e sociais é que se impediria que voltasse a cometer crimes uma vez que estivessem liberados. Para Beccaria, todas as formas de

individualizada e contínua, sem a possibilidade de ser observado. Foucault pesquisa a mudança do considerado ‘enfoque tradicional’ para o ‘disciplinar’, na legislação da época e em documentação referente aos procedimentos nos dispositivos carcerários europeus a partir da 2ª metade do século XVIII. Estes basicamente deixavam de ser meramente punitivos, para serem instrumentos corretivos, de recuperação de delinqüentes. Por outro lado, a concepção iluminista do corpo humano como uma máquina trouxe a possibilidade deste vir a ser alvo de manipulação e treinamento. A partir desse ponto, a disciplina, como forma de manipulação dos corpos para torná-los mais eficientes e eficazes, se estende para além das instituições carcerárias, se projetando para outras instituições disciplinares, como as militares e as de educação, alcançando detalhes mínimos da vida de quem a elas se está submetido.

Com o desenvolvimento do bio-poder e de suas técnicas, abre-se a possibilidade não só de controle dos indivíduos, mas de populações inteiras. Este conjunto de técnicas têm como alvo a própria sexualidade, considerada em seus dois eixos: o da a vida do corpo e o seu controle; a vida das espécies, sua regulação e dominação. A sexualidade como alvo do controle levou à proliferação de discursos voltados para o sexo³⁰. O bio-poder com o tempo se desloca das organizações tradicionais (hospitais, prisões³¹, manicômios, casernas, escolas, universidades) para outros arranjos sociais que se tornam “organizados”.

Para Foucault, o poder não reside nas coisas, mas numa teia de relações sistematicamente interconectadas. O poder disciplinar é discreto, regular, contínuo e generalizado. O poder não tem origem fora de uma organização; ele se constitui nos próprios processos (de manufatura, de educação, de terapia etc) e é filtrado do mais alto ao mais baixo nível das organizações (sejam escolas, hospitais, prisões, cortes etc). O poder disciplinar está investido (em), é transmitido e reproduzido por todos os seres humanos ao longo de suas atividades quotidianas. O poder disciplinar não é um poder negativo, ou seja, não se traduz apenas numa série de limitações que proíbem ou desencorajam atividades de membros da organização. O poder disciplinar cria: focaliza o corpo e suas possibilidades, tornando-o dócil

punição, principalmente a punição corporal e a pena capital, eram excessivas (compreenda que Beccaria escreveu isto numa época em que as execuções eram um espetáculo público comum). O livro de Beccaria mudou completamente a fisionomia da sociedade européia: quarenta anos depois, a maioria dos países europeus havia abolido a tortura e a mutilação assim como foi reduzido severamente o número dos crimes puníveis pela morte. Além disso, as prisões mudaram para refletir a nova mentalidade em relação aos prisioneiros. A prisão transformou-se um lugar onde a proposta era que os prisioneiros interiorizariam o comportamento social apropriado.

³⁰ A **Norma** que determinava os “desviantes” era estabelecida por um variado conjunto de **profissionais** (médicos, profissionais de saúde, professores, demógrafos, religiosos, que observavam e classificavam o corpo e a alma da população). Tentativas de “normalizar” o comportamento da população fizeram o indivíduo parte de um corpo social homogêneo e elegeram alvos de ações repressoras: a mulher histérica, a criança que se masturba, o casal mathusiano e o adulto perverso.

³¹ A prisão é a forma mais extrema, mas o poder disciplinar não está confinado a seus muros.

e útil. Não só os subordinados, mas também os superiores assimilam o poder disciplinar em todas as suas atividades. Foucault localiza esta forma de poder na micro-física da vida social; nas profundezas da sociedade (sempre em ação e sempre em tensão). Neste nível micro reside a globalidade da disciplina: “pervasiva na operação, ubíqua na localização; parte integrante da vida diária do corpo do indivíduo e do corpo político” (Campos, 2004).

Desta forma, Foucault aponta o controle disciplinar como uma característica fundamental das sociedades moderna e contemporânea, pelo caráter totalitário de sua influência, na medida em que introjeta mecanismos sutis de controle externos, tão sutis que nem sequer são percebidos como tal, pois são introjetados em cada indivíduo pelas instituições familiares e educacionais desde a mais tenra idade, se situando numa região inconsciente, no âmago do ser, constituindo o ‘superego’ freudiano. Esta programação inconsciente funciona como uma “instalação alienígena”, um “software-virus” que atua sobre a mente do homem ocidental moderno, sendo que esse fenômeno social é ativamente produzido e reproduzido, em benefício do funcionamento das organizações sociais modernas.

É interessante também discutir o nosso objeto a partir de uma outra referência histórica, tomando a cena da fábrica de alfinetes descrita por Adam Smith n’A Riqueza das Nações, publicada em 1776 e referida por Hammer e Champy (1994) no livro em que apresentam a “reengenharia”. Smith haveria reconhecido que a tecnologia da I Revolução Industrial criara oportunidade para os fabricantes aumentarem a produtividade dos trabalhadores numa escala considerável, quando comparada à do trabalho artesanal. Nesta obra, Smith explicaria o “princípio da divisão do trabalho” pela descrição de uma pequena fábrica de sua época, empregando dez pessoas, cada uma realizando apenas uma ou duas das 18 tarefas especializadas envolvidas na fabricação de alfinetes (esticar, endireitar e cortar o arame; fazer a ponta, esmerilhar o topo, fazer a cabeça, etc.). “Essas dez pessoas eram capazes de produzir, conjuntamente, mais de 48 mil alfinetes por dia. Porém, trabalhando separada e independentemente, e sem ter sido educada nessa atividade peculiar, cada uma delas certamente não conseguiria produzir vinte, ou nem mesmo um alfinete ao dia”. Ou seja, a divisão do trabalho aumentava a produtividade dos alfineteiros em centenas de vezes. A vantagem – escreveu Smith – “deve-se a três diferentes circunstâncias: primeira, ao aumento da destreza de cada trabalhador individual; segunda, à economia de tempo normalmente perdido na passagem de uma espécie de trabalho para a outra; e finalmente, à invenção de um grande número de máquinas que facilitam e abreviam o trabalho e permitem a um homem realizar o trabalho de muitos”.

Afirmam que as atuais organizações – sejam industriais ou de prestação de serviços, inclusive os órgãos do aparelho de Estado, foram construídas em torno desta idéia de ‘divisão do trabalho’, difundindo um ‘modo de produção’ caracterizado pela especialização da mão-de-obra e fragmentação dos processos de trabalho. E que quanto maior uma organização, mais especializados são os seus trabalhadores e mais fragmentados são os seus processos. Relatam que a ferrovias norte-americanas, na década de 1820, foram das primeiras organizações a colocar em prática os princípios de Smith, como tecnologia de gestão empresarial, assim inventando a moderna burocracia empresarial, que afirmavam ser uma inovação significativa naquele tempo, e “essencial se a organização quisesse crescer além do raio de controle de uma só pessoa”. Essas empresas teriam “inventado” a formalização dos procedimentos operacionais e a estrutura e os mecanismos organizacionais para levá-los a cabo, programando os trabalhadores para agirem somente de acordo com as regras, “a única forma conhecida pela gerência para tornar os sistemas de linha única previsíveis, funcionais e seguros”, segundo Hammer e Champy. Concluem afirmando que programar as pessoas para se conformarem aos procedimentos estabelecidos continua sendo, até hoje, a essência da burocracia.

De fato, é relevante destacar como um dos fatores tecnológicos mais importantes da chamada Segunda Revolução Industrial, o método de administração científica proposto pelo norte-americano Frederick Taylor (1856-1915), em sua obra “Shop Management” (Gerência de Fábrica). Lançado em 1903, o livro teve uma repercussão enorme nos meios acadêmicos e empresariais. A obra de Taylor, junto com a do também engenheiro grego naturalizado francês Henri Fayol (1841/1925), “Administracion Industrielle et Generale”, publicada em 1916, lançam as bases da abordagem clássica da administração moderna. O Taylorismo se baseia na pesquisa dos métodos ótimos de trabalho feita por experimentações sistemáticas de tempos e movimentos. Uma vez descobertos, os métodos seriam repassados aos trabalhadores que transformavam-se em executores de tarefas pré-definidas.

Pode-se dizer que o fordismo, enquanto modo de organização do processo de trabalho industrial, tenha sido um aperfeiçoamento do método desenvolvido por Taylor, aplicado na então nascente indústria automobilística por Henry Ford. Ford inovou de duas formas: ao lançar o conceito de produto único, vai intensificar as possibilidades de economia de escala no processo de montagem e se obter preços mais baixos, e com a introdução das linhas de montagem, elevar a produtividade ao minimizar os tempos de deslocamento e movimentos no processo de produção, onde a própria linha de montagem se transforma no controlador do ritmo de trabalho. Ao decompor a montagem de carros em uma série de tarefas elementares e

levar o trabalho ao trabalhador através das linhas de montagem, Ford tornou os próprios serviços infinitamente mais simples, porém o processo de coordenar os seus executantes e de combinar os resultados de suas tarefas em um carro inteiro tornou-se bem mais complexo.

O maior parcelamento do trabalho exige conhecimentos de caráter globalizador, que visa a reorientação do modo de operar de cada uma das etapas do processo de trabalho, redefinindo-lhe o conteúdo no sentido de aprimorar o processo de trabalho como um todo, otimizando sua capacidade de produção. Este modo “moderno” de articular saber e prática no trabalho, possui as seguintes características / “marcas históricas” (Schraiber, 1990s):

- a) *Emergência histórica a partir das necessidades de um “novo” processo de trabalho, que demanda um “novo instrumento de organização”.*
- b) *Identifica-se com uma divisão do processo de trabalho: manual / intelectual.*
- c) *A Gerência é a atividade que detém o domínio intelectual sobre o processo de trabalho, mas não executa nenhuma etapa de produção direta (atividade-meio).*
- d) *A Gerência é atividade de controle do processo de trabalho – tem como atribuição garantir que a execução siga de acordo com um determinado projeto.*
- e) *A Gerência encontra-se em posição intermediária entre os trabalhadores e os proprietários, servindo de anteparo aos conflitos entre essas duas classes.*
- f) *Identifica-se, em sua emergência, com o projeto social dos proprietários dos meios de produção.*

Considerando essa visão, a gerência seria, portanto, um trabalho intelectual, intermediário (atividade-meio), cuja função é traduzir tecnologicamente os princípios políticos gerais e as normas institucionais, em uma proposta operacional a ser estabelecida pelo trabalho-fim, e deste modo, conseguir que esse trabalho realize o projeto político geral e os objetivos institucionais. Nela, em que pese os ganhos de produtividade da divisão do trabalho, ocorre um efeito indesejável, qual seja, a alienação do processo de trabalho. O que de forma alguma impediu que o modelo taylorista-fordista se desenvolvesse historicamente nas organizações.

Sloan, o sucessor do fundador da General Motors, foi quem teria criado o protótipo do sistema gerencial demandado pelo sistema fabril desenvolvido por Ford. Criou uma estrutura organizacional composta por divisões menores e descentralizadas, que os gerentes podiam supervisionar de uma pequena sede administrativa, simplesmente monitorando indicadores de produção e financeiros.. Na visão de Sloan, os altos executivos não precisavam dominar especificamente engenharia ou fabricação; especialistas poderiam supervisionar essas áreas funcionais; eles precisavam era de perícia financeira, de examinar números (vendas, lucros, perdas, níveis de estoque, participação no mercado, etc.) gerados pelas diferentes divisões da empresa para descobrir se seu desempenho era satisfatório; se não, deveriam solicitar as ações corretivas apropriadas. Os novos especialistas em marketing e gerentes financeiros exigidos

pelo sistema de Sloan complementaram o quadro de engenheiros da empresa. Ou seja, Sloan aplicou na gerência o mesmo princípio da divisão do trabalho que Ford aplicava na produção.

Conforme já foi abordado anteriormente, o fordismo teve sua expansão durante o grande ciclo de prosperidade macro-econômica mundial, que aconteceu do final da 2ª Guerra Mundial até a década de 1960, alimentado pela demanda crescente do capitalismo em expansão. Nos anos 50 e 60, a preocupação básica dos executivos era com o atendimento dessa demanda sempre crescente. Para ajustar o ritmo de produção e de expansão, as empresas desenvolveram sistemas ainda mais complexos de orçamento, planejamento e controle: “mediante elaborados exercícios de planejamento, a alta gerência determinava as atividades que suas empresas desempenhariam, quanto capital alocariam para cada uma e que retornos os gerentes operacionais dessas atividades deveriam trazer para a empresa. Grandes quadros de fiscais, planejadores e auditores agiam sobre o desempenho divisional e intervindo para ajustar os planos e as atividades dos gerentes operacionais”. A estrutura organizacional em pirâmide, comum na maioria das organizações, adequava-se bem a este ambiente de rápido crescimento, primeiro porque era ajustável: caso uma empresa necessitasse crescer, bastava adicionar à base do organograma os trabalhadores necessários e depois preencher os níveis gerenciais acima; além disso, era ideal para o controle e planejamento. Os orçamentos eram aprovados e monitorados por departamento, e os planos eram gerenciados da mesma forma.

1.5 Teorias organizacionais

As transformações tecnológicas nos processos de gestão empresarial que ocorrem no século XX são acompanhadas pela constituição de um campo de conhecimento específico, que reclama o seu lugar ao lado das demais disciplinas do conhecimento moderno. A constituição das “ciências administrativas” se dá através da Teoria Geral da Administração, que resultou de uma imensa produção de livros sobre Administração produzidos ao longo do referido processo tecnológico de gestão empresarial. A Teoria Geral da Administração (TGA) corresponde, portanto, a um compêndio das várias visões da gestão empresarial que surgiram a partir da Revolução Industrial. A formação deste campo de conhecimento sobre administração de empresas parte do conceito de administração científica proposto por Taylor e Fayol, conformando as bases da TGA com a assim chamada Teoria Clássica da Administração.

A hegemonia da mentalidade taylorista teria suscitado entre os trabalhadores uma insatisfação crescente com as condições desumanas de trabalho. A Teoria das Relações Humanas foi basicamente um movimento de reação e de oposição à Teoria Clássica da Administração. Esta abordagem surgiu nos Estados Unidos como consequência imediata das conclusões obtidas na Experiência em Hawthorne, desenvolvida por Elton Mayo e seus colaboradores³². A experiência em Hawthorne permitiu o delineamento dos princípios básicos da Escola das Relações Humanas que veio a se formar logo em seguida. Com o advento da Teoria das Relações Humanas, uma nova linguagem passa a dominar o repertório administrativo: Fala-se agora em ‘motivação’, ‘liderança’, ‘comunicação’, ‘organização informal’, ‘dinâmica de grupo’, etc. Os princípios clássicos passam a ser duramente contestados, o engenheiro e o técnico cedem lugar ao psicólogo e ao sociólogo. A ênfase nas tarefas e na estrutura é substituída pela ênfase nas pessoas. Todavia, após o domínio da Teoria das Relações Humanas por cerca de mais de uma década, ao final dos anos 50 ela entrou em declínio, passando a ser intensamente criticada, a tal ponto que suas concepções passaram a ser profundamente revistas e alteradas.

A descoberta da obra de Max Weber pelos teóricos da TGA marca o advento da abordagem estruturalista nas teorias organizacionais, com a teoria burocrática das organizações³³. Nos anos 40, o arcabouço teórico constituído até então era insuficiente para responder à maior parte das dificuldades encontradas na gestão empresarial, principalmente em face ao crescente aumento de tamanho e de complexidade das grandes empresas. A gerência científica de Taylor reduzia tudo a uma questão de realizar de maneira ótima as tarefas; a abordagem humanística só tinha olhos para o aperfeiçoamento das relações sociais no trabalho, em prejuízo de todos os demais aspectos. Entretanto, a teoria burocrática da administração fez uma leitura errada da descrição de burocracia weberiana: ao tomá-la como um tipo real, e não como tipo ideal, fez com que este conceito analítico se desfigurasse numa proposição, que apenas permitia que se pudesse falar em “desburocratização”.

³² Na década de 1920, Mayo, professor da Universidade de Harvard, reuniu um grupo composto por estudiosos de administração, sociologia, psicologia e outras áreas afins, para estudarem as influências do ambiente de trabalho sobre a produtividade, tendo escolhido como campo de pesquisa a indústria Hawthorne da Western Electric, onde trabalhavam cerca de 30.000 pessoas.

³³ Segundo a teoria burocrática da administração, um homem pode ser pago para agir e se comportar de certa maneira preestabelecida, a qual lhe deve ser explicada com exatidão, muito minuciosamente e em hipótese alguma permitindo que suas emoções interfiram no seu desempenho. A Sociologia da Burocracia propôs um modelo de organização e os administradores não tardaram em tentar aplicá-lo na prática em suas empresas.

A **abordagem neoclássica da administração**, também chamada de Escola Operacional, Escola do Processo Administrativo ou ainda Abordagem Universalista da Administração, se posicionaria contra a enorme influência da ciência do comportamento no campo da Administração, que teria ocorrido em detrimento dos aspectos econômicos e concretos que envolvem as organizações. Os princípios da Administração que os clássicos utilizavam como “leis” científicas foram retomados pelos neoclássicos como critérios mais ou menos elásticos para a busca de soluções administrativas práticas, agora redimensionados e reestruturados de acordo com as circunstâncias de sua época, dando-lhe uma configuração mais ampla e flexível (Wikipedia, 2006).

A Teoria Neoclássica dá uma nova roupagem às funções do administrador definidas por Fayol (Prever, organizar, comandar, coordenar e controlar): ela as define como planejamento, organização, direção e controle. O desempenho dessas quatro funções básicas formaria desde então o chamado “processo administrativo”. Ela é quem vai dizer pela primeira vez que o planejamento estratégico é um item muito importante dentro de uma empresa. O planejador estratégico seria aquele administrador capaz de moderar a sua tara pelo lucro do trimestre, e gastar parte do seu tempo imerso num processo reflexivo, sobre como se antecipar às tendências sociais e fazer as coisas acontecerem sob a menor incerteza possível. Assim, a teoria neoclássica propõe a valorização do administrador, idealmente um elemento eclético capaz de catalisar fundamentos de outras teorias e visualizar com clareza, na sua ação, as dimensões da *eficiência* e da *eficácia*.

É importante ressaltar a apropriação dos conceitos-chave da TGS por esse ‘planejamento estratégico’: num primeiro plano define a *missão* da empresa; depois estabelece os *objetivos*, que são programas de trabalho para indicar o que será feito, quando e onde e por fim as *metas*, com a quantificação da produção planejada e do lucro esperado. Assim, a administração por objetivos (APO) seria um processo de entendimento dos [objetivos](#) de uma organização, de maneira que a [administração](#) e seus [funcionários](#) orientem seu desempenho em função desses objetivos e que os compreendam. Também é a partir daí que se ressalta a necessidade de [Sistemas de Informação gerenciais](#) confiáveis, pois estes são necessários para estabelecer objetivos relevantes e monitorizar as taxas de sucesso, sob o ponto de vista dos objetivos.

Entre as críticas que se fizeram à Escola de Relações Humanas, uma era a de que o seu caráter predominantemente prescritivo tirava-lhe o *status* de uma ciência social substanciada por um rigor experimental aceitável. Vários psicólogos, dentre os quais pode-se citar Lewin, Maslow, Herzberg, McGregor, desenvolveram diferentes abordagens para explicar o

comportamento humano no trabalho. Por volta de 1960, a escola behaviorista já havia dado novos contornos à teoria das relações humanas, mostrando que era possível, por meio de experimentos científicos na área da psicologia organizacional, mapear as relações sociais dentro de um grupo de indivíduos. Assim teve origem a abordagem comportamental das organizações.

A Teoria Comportamental da Organização inclui a Teoria do Desenvolvimento Organizacional (D.O.), que é considerada como a fusão de duas tendências no estudo das organizações: o estudo da estrutura de um lado, e o estudo do comportamento humano nas organizações de outro, integrados através de um tratamento sistêmico. Os diversos modelos de D.O. consideram basicamente quatro variáveis: 1) o meio ambiente, focalizando aspectos como a turbulência ambiental, a explosão do conhecimento, a explosão tecnológica, a explosão das comunicações, o impacto dessas mudanças sobre as instituições e valores sociais, etc.; 2) a organização, abordando o impacto sofrido em decorrência da turbulência ambiental e as características necessárias de dinamismo e flexibilidade organizacional para sobreviver nesse ambiente; 3) o grupo social, considerando aspectos de liderança, comunicação, relações interpessoais, conflitos, etc.; e 4) o indivíduo ressaltando as motivações, atitudes necessidades, etc. Os autores salientam essas variáveis básicas de maneira a poderem explorar sua interdependência, diagnosticar a situação e intervir em variáveis estruturais e em variáveis comportamentais, para que uma mudança permita a consecução tanto dos objetivos organizacionais quanto individuais.

O conceito de Desenvolvimento Organizacional está intimamente ligados aos conceitos de mudança e de capacidade adaptativa da organização à mudança. Segundo esta teoria, organização é a coordenação de diferentes atividades de contribuintes individuais com a finalidade de efetuar transações planejadas com o ambiente. Toda organização atua em determinado meio ambiente e sua existência e sobrevivência dependem da maneira como ela se relaciona com esse meio. Assim, ela deve ser estruturada e dinamizada em função das condições e circunstâncias que caracterizam o meio em que ela opera. Os autores do D.O. adotam uma posição antagônica ao que eles consideram o “conceito tradicional” de organização, salientando as diferenças fundamentais existentes entre os Sistemas Mecânicos (típicos do conceito tradicional) e os Sistemas Orgânicos (abordagem do D.O.). Vejamos o quadro 1 a seguir.

Quadro 1. Sistemas Mecânicos e Orgânicos nas abordagens administrativas.

Sistemas Mecânicos (Abordagem Tradicional)	Sistemas Orgânicos (Abordagem do D.O.)
<ul style="list-style-type: none">• A ênfase é exclusivamente individual e nos cargos• Relacionamento do tipo autoridade e obediência• Rígida adesão à delegação e à responsabilidade dividida• Divisão do trabalho e supervisão hierárquica rígidas• Tomada de decisões centralizada• Controle rigidamente centralizado• Solução de conflitos por meio de repressão, arbitragem e/ou hostilidade	<ul style="list-style-type: none">• A ênfase é nos relacionamentos entre e dentro dos grupos• Confiança e crença recíprocas• Interdependência e responsabilidade compartilhada• Participação e responsabilidade multigrupal• A tomada de decisões é descentralizada• Amplo compartilhamento de responsabilidade e de controle• Solução de conflitos através de negociação• Conceito de Cultura Organizacional

Fonte: Wikipedia, 2006.

O conceito de ‘cultura organizacional’ admite um sistema de crenças e valores, tradições e hábitos, uma forma aceita e estável de interações e de relacionamentos sociais típicos de cada organização. Todavia, a cultura de uma organização não seria estática e permanente, mas sofreria alterações ao longo do tempo, dependendo de condições internas ou externas. Algumas organizações conseguem renovar constantemente sua cultura mantendo a sua integridade e personalidade, enquanto outras permanecem com sua cultura amarrada a padrões antigos e ultrapassados. A única maneira viável de mudar uma organização seria a partir da mudança a sua cultura, isto é, os sistemas dentro dos quais as pessoas vivem e trabalham. Além da cultura organizacional, os autores do D.O. põem ênfase no ‘clima organizacional’, que constitui o meio interno de uma organização, a atmosfera psicológica característica em cada organização. O clima organizacional está intimamente ligado ao moral e à satisfação das necessidades humanas dos participantes. O clima pode ser saudável ou doentio, pode ser quente ou frio, pode ser negativo ou positivo, satisfatório ou insatisfatório, dependendo de como os participantes se sentem em relação à sua organização.

É importante ressaltar que os autores do D.O. já reconhecem que o mundo moderno se caracteriza por um ambiente em constante mudança, que o ambiente que envolve as organizações é extremamente dinâmico, exigindo delas uma elevada capacidade de adaptação como condição básica de sobrevivência. O processo de mudança organizacional começaria com o aparecimento de forças que criam a necessidade de mudança estrutural e comportamental, e que podem ser endógenas (provenientes da tensão organizacional: tensão nas atividades, interações, sentimentos ou resultados de desempenho no trabalho) ou exógenas (provenientes do ambiente, como as novas tecnologias, mudanças em valores da sociedade e

novas oportunidades ou limitações do ambiente - econômico, político, legal e social) à organização. O Desenvolvimento Organizacional é necessário sempre que a organização concorra e lute pela sobrevivência em condições de mudança. A tendência natural de toda organização seria a de crescer e desenvolver-se. O desenvolvimento é visto um processo lento e gradativo que conduz ao exato conhecimento de si próprio e à plena realização de suas potencialidades. A eficiência da organização se relacionaria diretamente com sua capacidade de sobreviver, de adaptar-se, de manter sua estrutura e tornar-se independente da função particular que preenche.

Na Abordagem Sistêmica da Administração, a empresa é vista como um organismo vivo, cuja inércia o impele para o desaparecimento e a morte. Mesmo na sua fase ascendente, suas energias, idealmente, são despendidas para garantir-lhe a sobrevivência. Daí que a idéia de intervenção na organização trazida pelo D.O. acabou associada a uma tentativa de desvendar a crise permanente que acompanha a organização desde o seu surgimento. A partir desse ponto, as Teorias Organizacionais começam a considerar explicitamente as empresas como sistemas abertos, que fazem parte de um ambiente mutante, constituído de outros sistemas, e que ela, a empresa, constitui-se de subsistemas. Um sistema mantém seu funcionamento enquanto é capaz de processar entradas, produzindo saídas. Para isso, deve ser capaz de utilizar os resultados de seu próprio desempenho como informação auto-reguladora, ajustando a si mesmo como parte do processo em andamento. De uma forma extremamente rápida, o jargão da TGS foi amplamente disseminado em várias áreas do conhecimento gerencial.

A difusão do uso do computador na empresa é erroneamente associada à vertente “sistêmica” das T.O. Esse fenômeno não teria importância maior se o computador não tivesse se tornado uma entidade meio divinizada depois de seu uso ter sido difundido em nível massivo. Em outros tempos, a mercadoria, a máquina, e o automóvel tornaram-se fetiches, agora seria a vez do computador e da teoria dos sistemas.

A Teoria Contingencial teve origem em alguns estudos seminais desenvolvidos no início dos anos 60, mas já a partir do início dos anos 50 surgem efetivamente as primeiras abordagens contingenciais desenvolvidas sobre tópicos específicos de liderança e tomada de decisão de pequenos grupos. A tecnologia também é um conceito caro à teoria contingencial, sendo a variável que influenciaria as características organizacionais, podendo estar ou não incorporada a bens físicos. A tecnologia é por sua vez considerada como variável ambiental, ou como variável organizacional – na medida em que faça parte do sistema interno da organização. O impacto da tecnologia seria de fundamental importância, na medida em que

ela teria a propriedade de determinar a natureza e o comportamento organizacional das empresas, já que é em última análise, o determinante maior da eficácia e da eficiência empresarial.

A Teoria da Contingência é citada por alguns como uma espécie de “estado da arte” atual da Administração (Raymundo, 2002). Ela pretende contemplar todas as bandeiras que surgiram desde o taylorismo, e dar um conformação ao estilo administrativo em função de cada realidade específica. A abordagem contingencial enfatiza o ambiente e a adequação da empresa a ele. Este é um imperativo básico nesta abordagem. Adaptar-se ao ambiente, entre outras graves implicações, exige eventualmente mudanças na estrutura da empresa, que demandam mexer com gente. E isso é complicado. Por outro lado, é possível que para se tornar mais ágil seja necessário dar mais responsabilidade e autoridade aos escalões inferiores, isto, por sua vez, pode acarretar perda de poder e insegurança aos gerentes e demais pessoas que exercem cargos mais altos dentro da empresa. Os postulantes da Teoria Contingencial afirmam que não há um método ou técnica geralmente válido, ótimo ou ideal para todas as situações. Verifica-se nas teorias administrativas, desde as propostas apresentadas por Taylor, uma evolução para modelos mais elaborados, para uma busca de conceitos que contemplem a organização em toda a sua complexidade. A teoria dos sistemas representaria um passo decisivo nesse sentido.

Do ponto de vista epistemológico, pode-se dizer que a Teoria da Contingência ainda se assenta nos fundamentos do funcionalismo parsoniano. O funcionalismo estrutural, por sua vez, preconiza que as estruturas das organizações devem ajustar-se ao que há de contingente no ambiente. A ênfase é, portanto, no processo adaptativo, a palavra chave talvez seja adequação. Por pressuposto, desta maneira, as organizações adaptadas ou adequadas ao seu ambiente institucional tendem a superar as inadequadas.

Todavia, Arbage (2006) vislumbra uma semelhança (porquanto ambas destacam a importância do ambiente nos processos organizacionais) e uma diferença importante entre a “Teoria dos Sistemas da Administração” e a “Teoria Contingencial”, ressaltando que a “Teoria dos Sistemas da Administração” pressupõe uma estruturação organizacional que se reproduz em toda a organização como um conjunto de sub-sistemas funcionalmente inter-relacionados³⁴. Segundo este autor, nesse aspecto a abordagem contingencial seria menos ingênua, ao admitir que não existe necessariamente uma estruturação organizacional que se reproduz em toda a organização como um conjunto de sub-sistemas funcionalmente inter-

³⁴ Portanto, é fácil verificar que a Teoria Sistêmica da Administração é também considerada tributária do funcionalismo parsoniano.

relacionados. Ao contrário, a abordagem contingencial sustenta a necessidade de se preocupar com o processo de ‘coordenação interdepartamental’, por conta das diferentes formas estratégicas e estruturais contingenciadas pelo ambiente, que pode ser distinto em diferentes áreas da empresa, e que podem ocasionar conflitos na organização.

1.6 As teorias organizacionais e o Pós-Fordismo

Considerando o retrospecto das T.O. feito na seção anterior, identifica-se nas abordagens clássica, humanística, estruturalista e neoclássica, uma estreita correspondência com os princípios vigentes no alto fordismo. É importante notar que, em paralelo com o advento da TGS de Ludwig Von Bertalanffy, o conteúdo das teorias organizacionais começa a enfatizar que as organizações são sistemas abertos e, portanto, dependentes do ambiente. Essa influência é clara nas argumentações dos postulantes das teorias do Desenvolvimento Organizacional, sistêmica e contingencial. Todavia, a apropriação da TGS por estas teorias organizacionais parece ser mais afeita a um modelo funcionalista e evolucionista. É também nessa época que estão dadas as condições tecnológicas que irão propiciar as condições que definirão a Terceira Revolução Industrial.

Um pouco depois se começa a observar os primeiros sinais da falência do fordismo como modo e produção e de gestão. De fato, necessitava-se de teorias que levassem em conta os fatores do ambiente, porque o mesmo começava a dar sinais de que estava a mudar, e de uma forma que ameaçava a estabilidade das relações fordistas de produção. É nesse contexto que se delineiam as formas de gestão típicas do contexto pós-fordista, cujas características são apresentadas a seguir.

O sistema de produção em massa disseminou-se da indústria automotiva para outras indústrias e se tornou padrão incontestado em todo o mundo como a melhor maneira de conduzir os assuntos empresariais e comerciais. Enquanto o "método americano" desfrutava de um sucesso irrestrito nos mercados mundiais nos anos 50, uma empresa automobilística japonesa, lutando para recuperar-se da II Guerra Mundial, experimentava uma nova abordagem à produção – cujas práticas operacionais eram tão diferentes daquelas da produção em massa, quanto esta era dos primeiros métodos artesanais de produção. A empresa era a Toyota e seu novo processo gerencial era denominado de produção enxuta.

O princípio básico da produção enxuta foi combinar novas técnicas gerenciais com máquinas cada vez mais sofisticadas para produzir mais com menos recursos e menos mão de obra. A produção enxuta se difere tanto da produção artesanal quanto da produção industrial.

Na produção artesanal, trabalhadores altamente qualificados, usando ferramentas manuais, fabricam cada produto de acordo com as especificações do comprador. Os produtos são feitos um de cada vez. Na produção em massa, profissionais especializados projetam produtos que são fabricados por trabalhadores não qualificados ou semi-qualificados operando equipamentos caros e específicos. Estes produzem produtos padronizados em grandes quantidades. Na produção em massa, a maquinaria é tão cara que o tempo ocioso precisa ser evitado a todo custo. Como resultado, a gerência acrescenta uma "reserva" na forma de estoque extra e de trabalhadores para garantir a disponibilidade de insumos ou para que o fluxo de produção não seja desacelerado. Finalmente, o alto custo do investimento em máquinas impede a sua rápida adaptação para a fabricação de novos produtos. O consumidor beneficia-se de preços baixos em prejuízo da variedade.

A produção enxuta, ao contrário, além de combinar a vantagem da produção artesanal e de massa, evitaria o alto custo da primeira e a inflexibilidade da última. Para alcançar esses objetivos de produção, a gerência reúne equipes de trabalhadores com várias habilidades em cada nível da organização, para trabalharem ao lado de máquinas automatizadas, produzindo grandes quantidades de bens com variedades de escolha. O modo japonês da produção enxuta começa com a eliminação da tradicional hierarquia gerencial, substituindo-a por equipes multiqualificadas que trabalham em conjunto, diretamente no ponto da produção. O modelo clássico de Taylor de administração científica, que defendia a separação do trabalho mental do trabalho físico e a retenção de todo o poder de decisão nas mãos da gerência, é abandonado em favor de uma abordagem de equipe cooperativa, projetada para aproveitar a capacidade mental total e a experiência prática de todos envolvidos no processo de produção.

Um outro conceito importante é o aperfeiçoamento contínuo (chamado de kaizen), considerado a chave do sucesso dos métodos japoneses de produção. Ao contrário do antigo modelo americano, no qual as inovações eram feitas raramente e, em geral, de uma só vez, o sistema de produção japonês é constituído para encorajar mudanças e aperfeiçoamentos constantes, como parte das operações diárias. Para alcançar o kaizen, a gerência aproveita a experiência coletiva de todos os seus trabalhadores e valoriza a solução de problemas em conjunto.

Em resposta às pressões da crise pós-fordista, empresas americanas e européias também começaram a introduzir suas próprias modificações na estrutura organizacional de suas empresas, seguindo alguns ditames: de um lado, procurando adotar características do modelo da produção enxuta dos japoneses; de outro, acomodando as novas tecnologias da informática. Sob o título amplo de reengenharia, as empresas estão achatando suas

tradicionais pirâmides organizacionais e delegando, cada vez mais, a responsabilidade pela tomada de decisão às equipes de trabalho responsáveis pelas atividades-fim. A reengenharia preconiza uma revisão fundamental no modo como os negócios são conduzidos e nos processos de trabalho. Enquanto os trabalhos não qualificados e semi-qualificados continuam a ser cortados com a introdução de novas tecnologias de informação e de comunicação, as posições da hierarquia corporativa intermediária também estão sendo ameaçadas de extinção.

Hammer e Champy (1994) discutem as características das tecnologias de gestão vigentes no fordismo. Eles enfatizam a necessidade de se encontrar novas formas organizacionais para fazer face às transformações ditadas pela instituição do capitalismo globalizado. Observaram que no Fordismo, por conta do crescimento das grandes organizações e do aperfeiçoamento das tecnologias de produção em economia de escala, o número crescente de pessoas nos escalões intermediários do organograma das empresas foi um dos preços pagos pelos benefícios da divisão do trabalho e de sua organização hierárquica, assim como a crescente distância entre a alta gerência e os consumidores dos produtos ou serviços.

Todavia, reconhecem que as empresas modernas fragmentaram os seu processo de trabalho em tarefas sem sentido, porque outrora a eficiência era alcançada dessa forma; se difundiram o poder e a responsabilidade através de imensas burocracias, é porque essa era a única forma possível de se controlar os empreendimentos dispersos. E se hoje há resistências a abandonar esses princípios, é porque eles deram certo durante décadas. Segundo esses autores, a crise global já não mais se afiguraria como um ciclo de depressão, dentro de uma tendência secular de constante expansão, como acontecia antigamente, mas sim como uma crise estrutural.

Hammer e Champy afirmam que as empresas que fazem a reengenharia estão procedendo a compressão de várias funções em processos únicos, eliminando fronteiras com a reorganização dos funcionários em redes ou equipes de trabalho, porque o computador tornou tudo isso possível. Eles argumentam que o computador possibilita novas formas de controle e de coordenação das atividades, que podem ser exercidos rapidamente nos níveis mais baixos de comando que estão "mais próximos dos acontecimentos". Na medida em que a **introdução das tecnologias baseadas em computador permite que a informação seja processada horizontalmente ao invés de verticalmente**, ela torna praticamente obsoleto o modelo burocrático e a tradicional pirâmide corporativa, possibilitando a articulação dos processos em redes com as mais variadas arquiteturas.

Eles acreditam que no contexto pós-industrial as novas empresas deverão ser fundadas e construídas em torno da idéia de reunificação das tarefas especializadas em torno de processos coerentes, numa estrutura organizacional onde os antigos cargos e repartições (departamentos, divisões, seções, etc.) tendem a perder a importância. Para além dos departamentos funcionais, o foco estaria nos processos – entendido o processo como um conjunto de atividades que produzem um resultado de valor para o cliente. É importante destacar que a revolução da reengenharia atingiu alguns de seus sucessos mais marcantes no setor varejista. Sistemas de resposta rápida estão reduzindo tanto o tempo quanto a mão-de-obra de todo o processo de distribuição. O código de barras permite que as informações sejam coletadas por scanners diretamente no ponto de venda, e as transmite pelo intercâmbio eletrônico de dados diretamente aos gerentes de suprimentos, que por sua vez decidem de forma mais ágil sobre os itens que devem ser repostos e em que quantidades. Os fornecedores por sua vez enviam os produtos diretamente para as lojas, sem passar pelo depósito. O processo elimina pedidos de compra, conhecimentos de embarque, grandes estoques e reduz custos administrativos com a eliminação da mão-de-obra necessária em cada etapa do processo tradicional para manusear pedidos, despachos e armazenagem. Há também grandes mudanças ocorrendo nos escritórios (na burocracia), transformando as operações de processamento de papel em processamento eletrônico. Agora, à medida que a economia transforma-se pela Terceira Revolução Industrial, o escritório estaria evoluindo para melhor coordenar e controlar o fluxo acelerado da atividade econômica.

A Gestão da Qualidade Total – GQT, talvez seja a principal representante no âmbito das correntes pós-fordistas do pensamento gerencial. Segundo o Dr. William Edwards Deming, consultor americano que fez carreira prestando consultoria para as empresas japonesas nos anos 50 e precursor das idéias contidas na proposta de Gestão pela Qualidade Total (GQT), o funcionamento real da produção enfrenta entraves criados por velhos vícios, entre os quais ele cita: a busca do lucro em curto prazo; a burocratização e a alienação do processo de trabalho; a falta de adequação tecnológica dos meios de produção; a inapropriada capacitação da força de trabalho, etc. – que afastaram e bloquearam o ajuste da produção ao mundo do consumo. E que a rígida divisão técnica do trabalho herdada do taylorismo / fordismo ergue obstáculos ao desejado ajuste entre a produção e o consumo, por uma série de razões, todas elas relacionadas com a alienação dos trabalhadores em relação ao seu trabalho:

- ✓ o planejamento está distanciado da produção;

- ✓ os trabalhadores realizam tarefas fragmentárias e não têm uma imagem do produto final ou da finalidade do serviço em seu todo e portanto não têm como se orgulhar do que fazem;
- ✓ a supervisão vertical dissemina neurose e infunde medo de dar opinião;
- ✓ os trabalhadores não são estimulados a participar dos processos de gestão técnico-operacional.

Deming afirmava que os dois pilares essenciais na GQT seriam (1) o papel do consumidor como avalista da qualidade, e (2) a problematização pedagógica do significado da qualidade. Nesse sentido, a GQT seria a instituição de um processo gerencial de longo prazo, que visasse criar entre todos um espírito de grupo que tivesse um traço em comum: o orgulho pelo que se faz. Ele também afirmou que gerar um tal espírito de corpo na produção em série seria como tentar repor os elementos psicológicos que o capitalismo havia subtraído aos trabalhadores quando promoveu o industrialismo taylorista. De fato, sua idéia retoma o tema do trabalho alienado, propondo uma filosofia e um método alternativo de gestão. Ademais, Deming postulava que seu método concorreria para o aumento da produtividade e da taxa de lucro, razão pela qual a GQT teria feito tanto sucesso entre as corporações capitalistas (Nogueira, 1993).

Segundo Deming, o método da GQT pode ser empregado tanto na indústria como no setor dos serviços, e o que unifica as funções da indústria e dos serviços, para efeito das análises da GQT, são os conceitos de PRODUTO (valor de uso final) e PROCESSO (as diversas atividades técnicas e administrativas necessárias para dar origem aos produtos)*. É básico na metodologia de CQT, apreender como os processos parciais se articulam entre os clientes internos para produzir algo que satisfaça ao cliente externo.

É relevante para a presente discussão destacar que, ao lançar mão dos métodos estatísticos como ferramenta preferencial de controle, Deming propõe a sua utilização de um modo diferenciado, quando comparado ao uso que se fazia da estatística nas metodologias tradicionais de gestão. Basicamente, a diferença do controle estatístico na GQT em relação à gerência tradicional é que, enquanto esta fixava os padrões admissíveis, naquela os dados estatísticos funcionariam como instrumento para auxiliar no processo educativo da coletividade de trabalhadores, técnicos e gerentes.

* conceitos-chave da TGS.

Além da reengenharia e da GQT, Alves Peixoto (2004) identifica mais 10 práticas consideradas ‘inovadoras’ em termos de tecnologia de gestão: terceirização, parceria na cadeia de suprimentos, cultura de aprendizagem, *empowerment*, trabalho em equipe, manutenção produtiva total, engenharia simultânea, tecnologia integrada baseada em computador, célula de produção, produção “*just in time*”. Já McNamara (2006) identifica, além da reengenharia e da GQT, uma série de abordagens à melhoria do desempenho empresarial, advertindo que certamente existem outras além das duas primeiras e das demais abaixo listadas, e que a vasta maioria delas consistem de formas altamente customizadas à natureza das respectivas organizações e, portanto, não formalizadas na literatura especializada. A maioria delas se configura como iniciativas de melhoria de qualidade e de desempenho organizacional.

- ISO9000: é um padrão de qualidade internacionalmente reconhecido, e o método inclui diretrizes para alcançar este padrão. As organizações se aplicam espontaneamente para serem auditadas por este padrão, e caso o atinjam, recebem um certificado ISSO 9000, que representa uma espécie de “selo de qualidade”.
- Learning Organization: literalmente, significa “organizações que aprendem”. O que diferencia uma ‘learning organization’ das demais é sua condição de reagir prontamente às mudanças, antecipando-as ou, ela mesma, promovendo a necessidade de mudar. Inclui o uso extensivo dos princípios da Teoria dos Sistemas de Bertalanffy. Sua efetividade reside em estimular o desenvolvimento de mecanismos cibernéticos de feedback, de modo que a organização passe a buscar atingir as suas metas de uma forma proativa, aprendendo e desenvolvendo as habilidades necessárias para atingir os seus objetivos.
- Continuous Improvement: foco na melhoria da satisfação do usuário através de melhorias contínuas e incrementais dos processos, incluindo a remoção de atividades e variações desnecessárias.
- Mudança Cultural: é uma forma de mudança organizacional, de um modo radical e fundamental, envolvendo a mudança de valores básicos – normas, crenças, etc., entre os membros da organização.
- Gestão do Conhecimento: focaliza a aquisição e gestão de conhecimento crítico numa organização, para aumentar a sua capacidade de alcançar resultados. Esta abordagem pressupõe o uso intensivo da tecnologia computacional. Em si mesma, não se filia à família dos processos de melhoria de qualidade e de desempenho. Sua efetividade em alcançar resultados globais para a organização depende de como este conhecimento é aplicado na organização.
- Avaliação Baseada em Resultados: método específico para as organizações não lucrativas, para avaliar o impacto dos seus services e produtos em suas comunidades-alvo. O processo inclui a identificação dos resultados a serem alcançados em determinado Mercado-alvo, indicadores associados como medidas para cada um desses resultados, e então a tomada das medidas para avaliar a extensão do alcance desses resultados.

- Avaliação de Programas: é usado para uma variedade de aplicações e processos referidos a programas, para aumentar a sua eficiência, e também avaliar se as suas metas foram atingidas ou não. Trata-se da boa e velha programação, tão conhecida do pessoal da saúde pública tradicional. Existe uma versão mais sofisticada, o PERT/CPM, que utiliza técnicas de pesquisa operacional (otimização de redes).
- Planejamento Estratégico: processo organizacional que visa identificar a direção estratégica, incluindo a visão, missão, valores e objetivos gerais. A direção é obtida através da implementação de planos de ação associados, incluindo metas em múltiplos níveis, objetivos, cronogramas e responsáveis. No jargão do planejamento em saúde latino-americano, trata-se do bom e velho planejamento normativo.
- Administração por Objetivos: almeja definir metas e subordinar a elas os objetivos em toda a organização. Idealmente, os empregados são fortemente induzidos a identificar seus objetivos, prazos para atingi-los, etc. Inclui monitoramento e *feedback* nos processos para atingir os objetivos. Parece se tratar de novo nome para o velho planejamento normativo, com uma certa ênfase na motivação e na definição clara dos objetivos para o cumprimento da missão organizacional.
- Balanced Scorecard (BSC): método baseado na mensuração de quatro indicadores, focalizam (1) a perspectiva do consumidor, (2) os processos internos de negócio, (3) aprendizado, crescimento e (4) finanças, para monitorar o progresso em termos dos objetivos estratégicos da empresa. Trata-se de uma ferramenta muito interessante para o planejamento estratégico, na medida em que facilita a percepção dos objetivos e metas e de seu cumprimento em todos os níveis da organização.
- Benchmarking: usa medidas padronizadas em um serviço ou indústria para comparação com outras organizações para obter a perspectiva do desempenho organizacional. Por exemplo, existem padrões emergentes para universidades, hospitais, etc.

Esta profusão de métodos e técnicas de melhoria do desempenho empresarial tem de fato sustentado um lucrativo mercado de consultorias empresariais. Muitas têm obtido resultados, como elas mesmas anunciam enfaticamente. Todavia, para o ponto de vista da presente discussão, pode-se dizer que toda esta parafernália resume-se em variações sobre o mesmo tema, ou seja, todos esses métodos utilizam os conceitos-chave da TGS, e de um modo geral, há fortes razões para supor que as diversas apropriações ocorrem a partir de uma perspectiva bastante funcionalista. O que conduz a uma conclusão parcial de relevância para a discussão das teorias organizacionais: em que pese a marcante orientação para a Teoria dos Sistemas, nem sempre é claro o posicionamento em relação à natureza do paradigma que inspira essas diversas iniciativas de reforma administrativa empresarial. Torna-se proveitoso, portanto, abordar este assunto sob o prisma epistemológico, que é o que vai fazer a corrente pós-modernista das teorias organizacionais.

1.7 As teorias organizacionais e o Pós-Modernismo

Esta corrente retoma a discussão do conceito de ‘cultura organizacional’, também abordado pelas teorias do desenvolvimento organizacional (D.O.), todavia, a partir da ótica dos paradigmas, de acordo com a conceituação proposta por Thomas Kuhn (Aldrich, 2002 *apud* Alves Peixoto, 2004). Destaca-se nesse sentido a produção de Burrell e Morgan (1979), que partem do pressuposto de que todas as T.O. são baseadas numa filosofia das ciências e numa teoria societária, que configuram uma certa “visão de mundo”, cada paradigma apresentando um conjunto próprio de possibilidades de análise social. Aldrich (1992) também teria dito que cada paradigma apresenta em seu centro uma metáfora, que por sua vez convoca não somente um âmbito analítico da imaginação, mas também capacidades emocionais e estéticas. Para este autor, a compreensão da mudança organizacional seria proposta dentro deste referencial a partir de três abordagens distintas: ecológica, institucional e representativa.

Para Aldrich, a abordagem ecológica seria uma versão do darwinismo social para as teorias organizacionais, na medida em que enfatiza os aspectos da variação (inovação), seleção, retenção e competição, enquanto a abordagem institucional seria a herdeira das tradições da pesquisa sociológica, tributárias do funcionalismo parsoniano. De acordo com Alves Peixoto, a abordagem representativa da mudança organizacional entra em cena no momento em que precisamos compreender mais especificamente o ‘papel do ator’ no contexto organizacional. Esta abordagem, por seu turno, teria sido construída em torno de três diferentes visões de organização e de mudança cultural: a da integração (a visão unitária), a da diferenciação (a visão multicultural), e a visão da ambigüidade. A visão unitária é aquela que assume a existência de consensos amplamente disseminados na organização, onde os elementos culturais apresentam uma única e consistente interpretação, que usualmente é fornecida pela alta gerência. Nessa visão, a mudança seria originada externamente, em função de grandes variações ambientais, ou internamente, em função da modificação da orientação dos gestores.

Os autores da corrente multicultural admitem a heterogeneidade de consensos entre as diferentes partes de uma organização, onde as distintas manifestações culturais tenderiam a ser incompatíveis umas com as outras, na medida em que houvesse choques de interesses. Nessa perspectiva, a mudança teria sua origem nos conflitos entre grupos, em função das modificações nas alianças e interesses dos indivíduos. Já a terceira variação do paradigma interpretativo (a visão da ambigüidade) vai argumentar que as manifestações culturais são ambíguas e que o consenso é efêmero, deslizando por entre os temas, indivíduos e ciclos da

vida organizacional. Assim, dentro dessa perspectiva, a mudança é considerada permanente e inevitável, sendo os sentidos constantemente negociados entre seus membros.

Ressalta-se a importância, na presente discussão, da perspectiva epistemológica na abordagem do controle nas organizações. Nesse sentido, tratar da dialética ‘reducionismo *versus* complexidade’ como opostos complementares, não antagônicos, se destaca como um importante referencial de análise neste trabalho. De fato, por detrás dessa díade se colocam questões fundamentais para a adequada apropriação da idéia de sistemas. Por exemplo, o reducionismo operado em tratar um sistema social ou biológico como mecânico pode muitas vezes ser de grande utilidade, como é o caso da abordagem da medicina frente aos problemas ortopédicos e às obstruções das artérias coronárias, ou como no caso do Leviatã de Thomas Hobbes, quando propõe a rigidez de certos princípios de Lei como estruturantes da vida social. Todavia, reconhecer as vantagens eventuais do reducionismo não pode nos levar diretamente à afirmação da existência de “leis universais”. Modelos lineares podem ser úteis para estabelecer relações entre duas variáveis em cadeias causais curtas, mas quase sempre não funcionam adequadamente em contextos mais complexos.

Como já vimos anteriormente, o pensamento modernista (iluminista) supõe que através da observação e da razão é possível apreender as características de um mundo que existe objetivamente “lá fora”. Decorre desta epistemologia que é possível representar a realidade objetiva através da linguagem, e também que podemos desenvolver e testar teorias cada vez mais acuradas sobre todos os aspectos da realidade observável. Também já pudemos observar que o ideário iluminista, baseado no mecanicismo newtoniano e na lógica linear, acredita ser possível desvendar os fundamentos da “grande máquina do universo”, projetar e construir a sociedade ideal, reverenciando as “grandes narrativas”, como o Progresso, a Razão e a Ordem. Em contraste com os argumentos modernistas, o pensamento pós-modernista é aberto à complexidade da realidade, onde ordem e desordem não são mais vistas como antagônicas. Segundo Campos e Costa (2003), sua visão de mundo pode ser resumida em três argumentos inter-relacionados:

- substituição do Real pelo Representacional;
- representação como um artefato comunalmente construído;
- auto-reflexão irônica.

O primeiro argumento opõe-se à visão modernista de que existe uma realidade objetiva externa ao indivíduo, que é capaz de conhecê-la e transmiti-la objetivamente através

da linguagem, vista simplesmente como ferramenta de representação. Para os pós-modernistas, tudo o que existe seriam representações, ou **discursos** sobre a realidade, sendo o conhecimento científico apenas uma das formas de discurso (Lyotard, 1984). Assim sendo, mesmo este conhecimento seria influenciado por interesses diversos, por processos sociais e pelas próprias regras de formação da linguagem. Essa perspectiva confere ao processo de investigação empírica uma característica totalmente nova, na medida em que ele partiria de pressupostos, valores, discursos e interesses já compartilhados dentro da comunidade científica. A investigação empírica funcionaria, então, como aparato de reificação de posições já assumidas - ou seja, uma profecia auto-realizável. Em outras palavras, o processo de construção do conhecimento seria também um processo político.

O segundo argumento sustenta a linguagem não como produto de uma mente individual que através dela expressa seus pensamentos. Ao contrário, a linguagem só adquiriria sentido e significado dentro das trocas sociais: o significado seria construído coletivamente. Como corolário dos dois primeiros argumentos, surgiria a auto-reflexão, que na perspectiva pós-modernista significa a suspeita crítica das próprias posições teóricas. Isto se deve ao fato de que as proposições pós-modernas acabam por levar a algumas situações paradoxais. Por exemplo, a idéia de que não existem “grandes narrativas” pode se tornar, também, uma “grande narrativa”. Essa percepção exige dos pós-modernistas uma certa humildade em relação à construção do conhecimento.

Em suma, a posição pós-modernista admite que, na medida em que é percebido como temporário, circunstancial e limitado, o conhecimento não pode ser encarado como transcendental, livre da contaminação das emoções, dos valores ou das expectativas dos cientistas. Daí a preferência dos pós-modernistas pelas “pequenas narrativas”, pelo uso de formas de linguagem lúdicas, pelo envolvimento pessoal na realidade estudada. Como Cooper e Burrell³⁵ alertam, embora haja alguma razão para crer que modernismo e pós-modernismo sejam fundamentalmente irreconciliáveis, pode ser mais estimulante tomar essa visão também como mera aparência. Ou seja, considerando a visão que as toma como irreconciliáveis, como sintomática do “velho paradigma”.

Ainda quanto à questão do pós-modernismo e as T.O., é relevante para a presente discussão recuperar a perspectiva apresentada por Campos (2005), sobre a emergência do controle disciplinar nas organizações modernas, quando comentou a dissertação de Gibson

Burrell sobre o pensamento de Michel Foucault, referente às teorias organizacionais. Segundo este autor, duas questões são centrais no texto de Foucault: homogeneidade X heterogeneidade e o modo disciplinar de dominação. A primeira questão diria respeito à possibilidade de fazer generalizações sobre as organizações; a segunda, ao caráter despótico do poder disciplinar embutido na essência da sociedade contemporânea, ou seja, à existência humana constrangida num mundo de organizações³⁶. Uma terceira questão diria respeito à expansão do uso das tecnologias de informação.

Em relação à questão da homogeneidade *versus* heterogeneidade, sua proposta seria a de **transitoriedade**: as organizações como manifestações episódicas e imprevisíveis de um jogo de dominação. Nesse sentido a análise das organizações teria como foco a multiplicidade de fatores envolvidos na descrição da vida e dos eventos organizacionais, e enfatizaria a complexidade, a contingência e a fragilidade das formas organizacionais transitórias, refletindo a transitoriedade das manifestações das relações de domínio-subordinação, bem como das relações de forças subjacentes. Em outras palavras, a heterogeneidade e a homogeneidade seriam complementares e indispensáveis: enquanto uma enfatiza a particularidade da forma como cada organização lida com a contingência, a outra realça as manifestações de uma característica comum, qual seja a “vontade de saber”³⁷. Em um dado ponto no tempo e no espaço, todas as organizações seriam diferentes no nível superficial, mas iguais em termos da dinâmica subjacente.

A segunda questão remeteria à possibilidade de fugir às regras disciplinares, “mas as prisões são parecidas com as fábricas, escolas, quartéis, hospitais que, por sua vez, são parecidas com prisões” (Campos, 2005). Como indivíduos, portanto, nos vemos encarcerados dentro de um mundo feito de organizações, e seria nesse sentido que Foucault (o modo disciplinar de dominação) se aproxima de Weber (o modo burocrático de dominação). Quanto à questão das tecnologias de informação e a engenharia do conhecimento, elas argumentam que o avanço desses recursos para as práticas gerenciais também podem sugerir outras questões, tais como a utilização das novas tecnologias de microprocessamento e as redes de computação tomadas como versões atualizadas do Panóptico.

³⁵ Cooper, R. e Burrell, G. Modernism, postmodernism and organizational analysis: an introduction. **Organization Studies**, vol.9, no.1, 1988.

³⁶ Não vivemos em instituições carcerárias, mas estamos inevitavelmente encarcerados em um mundo de organizações: “the institutional organization of our lives is total”: Para GB, esta idéia se relaciona à denúncia de Max Weber sobre a gaiola de ferro da burocracia. Ao mesmo tempo, GB critica Giddens que em sua análise supõe o indivíduo fazendo parte de uma única organização, da qual “sai e entra”.

³⁷segundo as autoras, no sentido Nietzscheano (will to knowledge).

Todavia, pode-se sustentar que a informática é um dado fundamental à eventual hegemonia dos futuros modos de regulação, quer venham a assumir aspectos ‘totalizantes’, como adverte o texto do parágrafo anterior, ou ‘emancipadores’ – na medida que possibilitaria, pelo menos em tese, a solução dos problemas decorrentes da alienação inerente à extrema fragmentação dos processos de trabalho nas organizações complexas.

Ao Finalizar esse capítulo, convém ressaltar que a perspectiva pós-modernista, tomada a partir do paradigma da complexidade, nos permite tecer algumas conclusões gerais, ainda que provisórias. Destaca-se a aparente contradição entre o modo disciplinar e uma vida natural e saudável, causando o ‘mal estar na civilização’ (Freud, 1969 1997). Quanto a esse aspecto, a presente discussão sustenta que a perspectiva onde a disciplina é vista como excludente de uma forma de vida natural e saudável, se dá a partir de um paradigma clássico, de uma lógica aristotélica. E postula que, ao se tomar como referência o paradigma da complexidade³⁸, a perspectiva pós-modernista, no caso das teorias organizacionais, pode abrir interessantes possibilidades para a análise e implementação das novas abordagens à mudança organizacional disponíveis no mercado. É essa a perspectiva que animará a discussão das questões do controle no SUS, nos próximos capítulos.

³⁸ Onde a rejeição da tradição de uma lógica em que a ordem e a desordem são dicotômicas e opostas recoloca as oposições não mais como estados antagônicos e fixos, mas sim como estágios em um processo de vir a ser dinâmico e transformacional.

2 A COMPLEXIDADE EM SAÚDE: TÓPICOS PARA REFLEXÃO E DEBATE

Como já pudemos considerar, o mundo mudou drasticamente em muitos aspectos no século XX. As mudanças tecnológicas, epidemiológicas e demográficas e culturais, expressas nos fenômenos da urbanização e globalização, bem como os avanços nos direitos humanos, caracterizaram uma transição sem precedentes na história da humanidade. O resultado disso é que o final do século XX e o início do século XXI são caracterizados por um contexto inteiramente novo, cujas características provavelmente perdurarão por muitos outros séculos, na melhor das hipóteses, a menos que ocorra alguma tragédia de proporções globais (o que é um acontecimento pouco provável, mas não impossível).

O legado da civilização ocidental “pós-moderna” é caracterizado pela exaustão de um modelo de crescimento ilimitado, conforme apontamos na apresentação do presente trabalho, em cujo contexto se configuram os problemas do setor saúde da contemporaneidade. O desafio para esses novos tempos é a busca de um novo ponto de equilíbrio, um novo modo de regulação na dinâmica da intensa compressão do espaço-tempo que caracteriza os modos de vida e de produção contemporâneos (Harvey, 1989). Os novos tempos demandam a instauração de um novo modelo societário, mais pautado por relações de cooperação do que de exploração. O mundo já foi todo mapeado, a natureza desvendada e explorada, e agora precisa ser cuidada, protegida.

Os avanços tecnológicos que obtivemos faz, por exemplo, com que gastemos em média, mais tempo na sala de espera dos aeroportos do que dentro do avião. De fato, agora precisamos mais das tecnologias integradoras, ‘soft’, que nos permita lidar adequadamente com as poderosas tecnologias “hard” que desenvolvemos. Precisamos, de agora em diante, mais do que nunca, de utilizar de forma racional os recursos limitados de que dispomos, de buscar mais equidade e menos desperdício, ou seja, distribuir melhor os benefícios da civilização de um modo sustentável. Precisamos de uma nova ética para o novo milênio, por uma questão de sobrevivência da vida no planeta.

No que concerne à questão da saúde, pode-se dizer que a “nova era” se inaugura quando a OMS recomenda que os serviços de saúde tenham cobertura universal e equitativa, e para que isso seja viável, preconiza a adoção de um modelo de organização racional do sistema de saúde, baseado na atenção primária, para que a oferta universal se dê a custos suportáveis.

A verdade é que nós não tínhamos a menor noção de como nos organizarmos para atender a esses objetivos. Em que pese a existência de sistemas de saúde com essa

conformação desde o início do século XX, como os sistemas inglês e sueco, é somente a partir dos anos 1990 que começa a surgir, de uma forma mais sistemática, um conjunto sistemático de saberes e práticas voltados para a gestão de organizações complexas, e mais especificamente no campo da saúde, focados na efetividade das tecnologias sanitárias.

Além disso, precisamos estabelecer, antes de adentrarmos na discussão da administração de serviços de saúde, o reconhecimento de que estamos a tratar de objetos complexos, e que o processo saúde-doença é muito mais complexo do que a capacidade do ‘setor saúde’ para lidar com eles. O ‘setor saúde’, por sua vez, enquanto complexo institucional público e privado, se define como um conglomerado heterogêneo de instituições com as suas determinações históricas, com motivações variadas e com atuação em diversos campos, que cuidam basicamente da questão da assistência à doença e à saúde, envolvendo diversos setores do Estado e do mercado ligados ao complexo médico-industrial. Este por sua vez, é pesadamente dominado pela categoria profissional dos médicos, que tradicionalmente detêm a legitimidade dos discursos sobre o que fazer em relação às “reais necessidades de saúde da população”.

2.1 A complexidade da Saúde e do Setor Saúde na sociedade contemporânea

Tratar do conceito de saúde não é o foco deste estudo; entretanto, uma vez que pretendemos discutir sobre gestão da saúde, não podemos de evitar a explicitação de alguns pressupostos em relação a este tema. Segundo Starfield (2002), a região europeia da Organização Mundial da Saúde propôs que a saúde fosse definida como a medida em que um indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar aspirações e satisfazer necessidades e, por outro, de lidar com o meio ambiente. A saúde seria, portanto, um conceito positivo, vista como um recurso para a vida diária, não o objetivo dela. O modelo saúde-doença proposto por Starfield trabalha a partir de uma configuração conceitual onde a estrutura genética determina em última análise, os limites dentro dos quais os serviços de saúde podem alcançar na melhora da saúde; os outros determinantes da saúde – ambiente social e físico, comportamentos individuais e serviços de saúde (prática médica), se superpõem à estrutura genética neste modelo conceitual.

Mesmo evitando aprofundar na questão da complexidade do processo saúde-doença, haveremos de ressaltar que há uma interação entre esse processo e os processos de organização dos serviços de saúde. De fato, o processo saúde-doença é obviamente um dos

fatores que impactam o setor saúde, além de, como Starfield indica, das ações deste setor serem uma categoria de seus determinantes.

Esse último aspecto merece uma cuidadosa consideração. Até pouco tempo atrás, não haviam evidências do impacto agregado dos serviços de saúde sobre os níveis de saúde da população. Estudos de correlação ecológica produzidos na década de 1980 enfatizavam a influência maior dos determinantes socio-econômicos – a relação entre a taxa de desemprego e acidentes de trabalho entre trabalhadores industriais de San Diego e Los Angeles (Catalano 1987, *apud* Alves 1995); a relação entre renda, desemprego e fatores comportamentais (consumo de álcool e cigarro) e as taxas de mortalidade na Inglaterra (Brenner 1983, *apud* Alves 1995); a relação entre a estrutura agrária e a taxa de mortalidade infantil em micro-regiões do interior do Rio Grande do Sul (Victora e Blank 1980, *apud* Alves 1995); a relação entre o analfabetismo e a taxa de natalidade, do PIB per capita e do acesso à água limpa, com as taxas de mortalidade infantil em 37 países em desenvolvimento (Almeida e Attinger 1989, *apud* Alves 1995); a relação entre o analfabetismo, a estrutura agrária e a relativa inocuidade da variável ‘leitões por habitante’ nas taxas de mortalidade infantil de 53 municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes (Alves, 1995) – no estado de saúde da população.

Na década de 1990 já surgem estudos que exploram o impacto da distribuição de renda nos níveis de saúde da população. Starfield (2002) destaca os trabalhos de Wilkinson em países com níveis médios de renda semelhantes (1992, 1996, 1997) mostrando que a equidade na distribuição de renda influenciava na expectativa de vida; em dados de 50 estados dos EUA, Kennedy *et al* (1996) mostraram uma relação bastante notável entre os índices de desigualdade de renda nos estados e várias taxas de mortalidade, enquanto que o estudo de Kaplan *et al* (1996) mostrou uma maior desigualdade de renda associada a maiores taxas de baixo peso ao nascer.

Starfield (2002) também aponta estudos que visaram explorar o impacto dos serviços de saúde no processo saúde-doença. A tese que esta autora defende é que a organização e a oferta dos serviços de saúde têm um potencial de impacto, tanto na questão da equidade de acesso, quanto no seu papel de melhorar os níveis de saúde da população. Mas esse impacto somente ocorrerá quando o sistema de saúde estiver, como um todo, orientado para a Atenção Primária em Saúde (APS). Para melhor compreender esse argumento, ela vai definir o que é APS e propor uma metodologia para avaliar o atingimento dos aspectos que ela define como característicos desse modelo de atenção – que é baseado no referencial de Donabedian (1996), que por sua vez adota os conceitos da TGS de estrutura, processo e resultado. Como resultado de sua pesquisa, ela concluiu que os países mais orientados para a APS ao mesmo tempo são

mais eficientes, ou sejam gastam menos e melhor os seus recursos, e mais eficazes, ou seja, obtêm melhores resultados em termos epidemiológicos, e também maior acesso e satisfação de seus usuários (Starfield, 1994).

Starfield aponta outros estudos que corroboram esses achados, como o estudo de Farmer e colaboradores (1991), que foram os primeiros a demonstrar taxas de mortalidade específicas por idade consistentemente mais baixas em condados com proporções mais altas de médicos de atenção primária para a população, mesmo quando esta variável era controlada pelas taxas de pobreza. O estudo de Shi, em 50 estados norte-americanos (1994, *apud* Starfield 2002) teria estendido esta abordagem, ampliando o leque das taxas de mortalidade e da composição da oferta de serviços de saúde à população (especialistas *versus* generalistas), bem como controlando a influência das variáveis de estilo de vida além da renda, tendo chegado às mesmas conclusões, corroborando os já conhecidos efeitos da renda e dos fatores ambientais (poluição), comportamentais (estilos de vida) e socio-culturais (pertencimento às minorias étnicas), e o efeito independente e consistente das variáveis de composição da oferta de serviços de saúde. Já o estudo de Welch e colaboradores (1993, *apud* Starfield 2002), explorando as variações geográficas nos gastos com médicos em pessoas com mais de 65 anos de idade, mostraram que embora esses gastos não estivessem correlacionados com a variação geográfica na proporção geral de médicos por habitante, eles eram menores em áreas com uma proporção maior de médicos de atenção primária, mesmo após o controle dos efeitos adicionais das taxas de admissão em hospitais e dos preços dos procedimentos.

Entretanto, o senso comum ainda hoje vê a APS como uma medicina “de pobre para pobre”. Com o intuito de desconstruir essa imagem para então apontar outras características interessantes desse modelo assistencial, Starfield discute a questão da especialização da medicina, e a partir daí estabelece um referencial de análise, propondo uma estrutura para mensurar características de orientação para APS dos sistemas de saúde, que por sua vez irá permitir a realização de futuras pesquisas, que correlacionem aspectos da organização dos serviços relativos à orientação para APS com resultados mensuráveis em termos econômicos e epidemiológicos.

Convém destacar alguns outros fatores importantes do contexto epidemiológico, demográfico e sócio-cultural do mundo contemporâneo, pois eles impactam diretamente nos fenômenos que iremos abordar. Primeiro, o contexto demográfico-epidemiológico (as transições epidemiológica e demográfica) impacta não apenas no setor saúde, mas também em

toda a dinâmica relacionada à sustentação do regime previdenciário e/ou de seguridade social. O segundo fator é a crescente expansão dos direitos humanos e do direito à saúde, que no século XX obteve o *status* de direito humano fundamental e universal. Em terceiro lugar destaco o aumento dos custos, independente do nível de acesso: a escalada tecnológica na assistência à saúde. Em quarto lugar, mas não em importância, a crise do fordismo-keynesianismo detona a capacidade dos aparelhos estatais em garantir os orçamentos na área social. Todo esse contexto – demográfico, epidemiológico, econômico e tecnológico, assim como a questão dos direitos individuais e de cidadania, configura a complexidade na especificidade do setor saúde, que não podemos deixar de considerar.

Essas complexas questões têm motivado a produção de saberes e práticas das quais nos interessa aqui destacar, aquelas do campo das teorias organizacionais em geral, e as da Saúde Coletiva, em particular. Trata-se da abordagem de temas que se configuram como respostas à crise do setor. Nesse sentido destacamos, entre os diversos temas concernentes ao planejamento, à administração, regulação, controle e avaliação de sistemas de saúde, publicados na literatura internacional a partir dos anos 1990, a discussão da Qualidade em Saúde (Donabedian, 2005; Nogueira, 1993), da Avaliação Tecnológica em Saúde (Banta e cols, 1981; Panerai e Pena Mohr, 1989), e a da Medicina Baseada em Evidências – MBE (Sacket, Rosemberg, e cols, 1996). O mesmo se dá com o tema das reformas dos sistemas de saúde (Saltman e Figueras, 1998; Starfield, 2002; Médici, 2003). Já se fala também numa “saúde pública baseada em evidências” (Victora, Habitch e Bryce, 2004), que segundo Santos e Victora (2004), se distinguiria da MBE na medida que os fenômenos da saúde coletiva se caracterizariam justamente pela complexidade das cadeias causais envolvidas na determinação dos seus resultados.

Destaca-se também a produção, no campo da gestão de organizações (altamente) complexas, dos autores latino-americanos da área de planejamento, políticas e administração em saúde: Souza Campos, Merhy e Nunes, 1989; Testa, 1992; Mendes Gonçalves, 1994; Nogueira e Paranaguá de Santana, 1997; Schraiber, e colaboradores, 2000; Dain e Araújo, 2001; Paim, 2003; Pestana e Vilaça Mendes, 2004, não apenas por serem mais específicas do contexto dos países latinos, mas também porque estes autores evidenciam interessantes pontos de contato com a literatura internacional. É interessante notar que os temas tratados por esses autores se imbuem tanto dos aspectos gerais, comuns às reformas de todos os sistemas de saúde, quanto os específicos, dos problemas concernentes às raízes históricas latino-americanas.

No justo limite da pertinência ao assunto que nos propusemos a abordar, iremos discutir em seguida, a temática desses autores. Por ora, apenas ressaltando que as discussões se colocam a partir do contexto das profundas mudanças (sócio-culturais, demográficas, tecnológicas) da contemporaneidade, e a necessidade de mudanças igualmente radicais, “paradigmáticas”, para enfrentar esse contexto. Como iremos verificar, a questão dos Recursos Humanos é de capital importância na presente discussão, notadamente a formação do pessoal de saúde e a Educação Permanente. Ela não só é inerente ao objeto abordado, mas faz parte do problema e da sua solução – na medida em que as propostas mais atuais, em termos de mudança organizacional, se alinham com a perspectiva de gestão do trabalho. Esse aspecto será introduzido a seguir, quando trataremos da complexidade do trabalho em saúde, e discutido nos capítulos 3 e 4, quando trataremos respectivamente das reformas internacionais e do SUS em particular.

Como já vimos na introdução, os avanços tecnológicos incorporados nas práticas de saúde no século XX significaram a adesão dessas práticas ao modo fordista de produção, conformando um complexo sistema de prestação de serviços de saúde, um verdadeiro “complexo médico-industrial”. Um sistema complexo que envolve interesse públicos e privados, de usuários, prestadores e governos. Nesse sentido, Souza Campos e colaboradores (1989) enfatizam a dimensão política nos processos de gerência e gestão. Afirmando que os processos gerenciais são instrumentos necessários, mas não suficientes, à implementação de políticas, ele considera que “urge que a questão da gerência dos serviços de saúde seja repensada criticamente”, numa perspectiva transformadora e reformista, atuante no jogo das forças sociais. Estas são elaboradas a partir de um processo social que está longe de ser um processo consensual, isento de conflitos, e que envolve interesses diversos, ou até mesmo contraditórios, de ‘atores sociais’ vinculados, de um lado, à produção de serviços (empresas médicas, sindicatos e associações corporativas, professores, intelectuais e cientistas) e insumos para o setor (indústrias de equipamentos e insumos médico-hospitalares, indústria farmacêutica), e de outro lado, pelos usuários dos serviços de saúde, que também se articulam socialmente de várias formas (associações de usuários, conselhos de saúde, etc.). Em qualquer contexto político, na interface entre esses grupos de interesse se situa o aparelho de Estado, com os seus burocratas, os partidos políticos e os governantes de plantão.

A partir da abordagem de sistemas, uma questão central pode ser a de se definir qual é o ‘sistema real’, utilizando para isso as noções de limite do sistema e condições de contorno (boundaries) e a explicitação de quais objetivos e metas a que este sistema serve. Administrar pessoas é complicado, mas seria simples planejar, se fosse possível identificar os sujeitos que compartilham de um determinado projeto político / tradução operativa (os aliados), bem como os seus opositores. É nesse sentido que localizamos as diferenças entre o ‘planejamento estratégico’ (Rivera, 1989) em relação ao planejamento normativo – que supõe o consenso em torno dos objetivos institucionais, e o processo gerencial, reduzindo o planejamento a uma questão meramente técnica de programar insumos para processos que visam resultados mensuráveis.

Nesse sentido, Mário Testa enfatiza a importância do poder dos técnicos, mas como apenas uma força a mais naquele jogo de interesses, mas que pode, em determinados momentos, numa situação democrática, convencer e vencer o jogo político. É interessante notar a clara filiação do enfoque estratégico do planejamento, conforme discutido por este autor, e a teoria da complexidade (Testa, 1992). Para este autor, “os processos sociais se desenvolvem a partir de sua própria capacidade estruturante, a qual pode levar à conformação de estruturas de tipos diferentes, quanto à permanência e função” (*op. cit.* p. 47), e que nesse sentido, “todo fenômeno (função) possui uma estrutura que o sustenta” – que por sua vez é gerada por fenômenos que ocorrem num outro nível. Esta última assertiva de Testa alude à idéia de fractais, ou de níveis hierárquicos – tanto é assim que mais adiante, ele vai definir especificamente a idéia de níveis fenomênicos, ao dizer que ‘um nível é superior ao outro quando ele tem como componentes, elementos (totalidades) do nível inferior’ (*idem*). Define a determinação e o condicionamento enquanto efeitos da estruturação, e, portanto, campos de forças historicamente determinados; estes por sua vez determinam os fenômenos de um certo nível operativo.

Testa ainda reconhece que existem níveis do sistema cujos componentes permitem sua auto-estruturação (ou auto-organização, ou ‘autopoiese’). Afirma que a complexidade de um fenômeno tem a ver com o fato do mesmo se processar simultaneamente em vários níveis, e destaca que seus componentes podem ser classificados em duas grandes categorias, os que possuem e os que não possuem a capacidade de gerar estruturas novas, ou dar origem a outros níveis de organização. Sendo os primeiros denominados de componentes ‘geno-estruturais’, e os segundos, de ‘feno-estruturais’, dando a entender que os mesmos existem nos vários níveis.

Nesse sentido, pode-se concluir que Testa corrobora a idéia de que os sistemas sociais são ‘estruturas auto-geradoras’. Aqui, é importante reconhecer que ele menciona as

características da **rigidez** (forças estáticas, conservativas, de controle e manutenção da ordem existente) e da **plasticidade** (capacidade de se adaptar a novas situações, de modificar a sua estruturas para permanecer viável enquanto sistema) dos sistemas sociais. Definindo a plasticidade como “inteligência, sensibilidade e auto-aprendizado”, afirma que as ‘praxias’ e ‘gnosias’, que são estruturas de práticas e de saberes, são determinadas tanto pela cultura, quanto pelo *background* genético e natural. Uma vez que os processos sociais são históricos, Testa argumenta, a sua estrutura é a **institucionalidade**. Instituição, por sua vez, seria “um espaço social formal”, materialmente definido e submetido a uma normativa que rege o comportamento de seus atores.

A classificação de Buckley (1971), pela qual os sistemas sócio-culturais se diferenciam dos sistemas mecânicos e organísmicos, se mostra útil para apresentar a figura do **ator social**, definição crucial para Testa, como sendo o componente específico dos sistemas socio-culturais: “um ser (institucional, ou institucionalizado), dotado de intencionalidades historicamente determinadas”. Tal distinção nos parece ser fundamental para poder atribuir aos ‘sistemas sociais’ os conceitos-chave da TGS, sem incorrer nos erros dos primeiros sociólogos que ousaram utilizar esta teoria, como foi o caso de Parsons, a saber, a idéia de funcionalismo. Ou seja, pode-se concluir que a distinção de Buckley pôde ser útil para revelar a imagem conceitual de sistema à qual Mário Testa se refere, ao propor o conceito de planejamento estratégico em oposição ao planejamento normativo. Enquanto esse último tem atrás de si um referencial cartesiano-newtoniano, reducionista, de sistema mecânico ou quando muito organísmico (o sistema social como uma máquina ou um organismo diferenciado, que tem o planejador como o cérebro, que comanda a ação dos comandados, os ‘órgãos efetores’), o planejamento estratégico se vale dos conceitos de plasticidade, complexidade, processo histórico e institucionalidade, tendo o **ator social** como componente ‘geno-estrutural’ e ‘feno-estrutural’ atuante em diferentes níveis operativos dos sistemas sócio-culturais. As distinções na verdade reforçam o ponto de vista da TGS contemporânea, orientada pela idéia de complexidade.

Todavia, é interessante notar que no início do mesmo capítulo da obra referida, Testa se refere literalmente à ‘teoria dos sistemas’ enquanto paradigmática de um método analítico reducionista, que separa sujeito e objeto, típico dos “padrões fixados pelas ciências naturais” (*op. cit.* p. 33); neste aspecto, pôde-se depreender que este autor, em certa medida, partilha da velha crítica dos sociólogos à teoria dos sistemas, contra a qual procuramos nos resguardar no desenvolvimento das idéias aqui apresentadas.

Acreditamos ser importante relacionar o conhecimento acerca de alguns dos conceitos da teoria dos sistemas (como controle e avaliação, eficácia, eficiência e efetividade) com os temas que orientam os novos modelos assistenciais (necessidades de saúde, equidade, integralidade, universalidade). Ou seja, defendemos a tese que a compatibilização dessas abordagens conceituais seja essencial para a abordagem da complexidade dos sistemas de saúde.

Em seguida, aprofundaremos a discussão iniciada nessa seção, sob o aspecto do trabalho em saúde. Nesse sentido, procuraremos elementos que permitam a apreciação das respostas sistêmicas às transformações do contexto pós-fordistas (capítulo 3), para uma posterior discussão sobre as saídas para os impasses atuais do SUS, que iremos travar no capítulo 4.

2.2 A complexidade do trabalho em Saúde

O tema da gestão do trabalho em saúde vem sendo tratado por autores brasileiros sob uma perspectiva peculiar, que mistura elementos marxistas com aportes do campo das teorias organizacionais. A contribuição desses autores aponta aspectos importantes para a presente discussão, na medida em que possibilitam, e mesmo apontam para a necessidade de um deslocamento no foco das medidas de controle que possibilitarão produzir impacto em termos da mudança do modelo atual para um modelo integrado e baseado em APS. Nogueira (1997) analisa o processo de trabalho em saúde enquanto uma modalidade especial de “prestação de serviço”, chamando atenção para o fato dele ser um tipo de serviço que se funda numa inter-relação pessoal muito intensa. Ele destaca dois aspectos, que têm a ver com as peculiaridades do trabalho médico.

O primeiro é o fato da direcionalidade técnica do trabalho em saúde ser controlada a partir da autoridade técnica e social da categoria dos médicos. Mesmo quando não são proprietários dos meios de produção, os médicos teriam a prerrogativa de comandar o ato técnico em saúde, no que se diferenciam dos demais trabalhadores. A outra particularidade tem a ver com a integração entre os aspectos intelectual e manual do trabalho em saúde. Ao contrário de outros processos de produção, na saúde (especialmente no trabalho dos médicos,

enfermeiros e dentistas) quem detém a direcionalidade técnica também ‘põe a mão na massa’, ou seja, participa diretamente do ato técnico final. Nogueira também pondera que a direcionalidade técnica do trabalho em saúde encontra-se tremendamente dividida e fraturada na contemporaneidade, tanto do ponto de vista do trabalhador como do consumidor, destacando que “a vivência do consumidor diante desse monstro que é o aparato de assistência médica torna-se ainda mais dramática na medida em que se espera que ele preste informações, siga ordens, execute certos atos e se esforce em vários atos colaborativos”. Nesse sentido, conclui que os serviços de saúde geram um enredo de alienação que muito tem a ver com as situações clássicas abordadas por Marx no século passado e que hoje já não são tão peculiares do trabalhador produtivo.

Uma outra característica do trabalho em saúde tratada por Nogueira é que, por se tratar de uma prestação de serviços – de um tipo de serviço que tipicamente aplica seus conhecimentos ao particular, ao caso, numa forma de inter-relação em que o usuário fornece alguns valores de uso e também participa ativamente do processo – o seu “produto” não é um objeto acabado, mas sim uma série de efeitos úteis, observáveis ou presumidos, em um determinado período de tempo. Por outro lado, o que se compra e o que se vende, como em qualquer prestação de serviços, são os atos que supostamente contribuem para esses efeitos úteis. Ou seja, deve-se pagar pelo custo de cada uma das mercadorias envolvidas nessa prestação – medicamentos, matérias diversas, equipamentos etc. – dentro do conjunto de distintos processos de trabalho envolvidos no diagnóstico e terapia. Ressalta que do ponto de vista da lógica econômica dos serviços, não interessa se esses atos, em sua multiplicidade fragmentada, terão um efeito final efetivamente útil ou não. De qualquer forma, o usuário (ou outro alguém) pagará pelo valor dos bens materiais utilizados e pelo uso da força de trabalho preparada segundo os padrões correntes. Só que nesse caso, não é muito claro se o serviço prestado efetivamente vai produzir o efeito desejado. Ou seja, se paga pelo efeito útil presumido, na medida em que se confia no prestador (no médico, que em última análise lhe assegura da necessidade de realizar esse ou aquele exame, esse ou aquele procedimento). Nesse momento, é selado um pacto de cientificidade com a medicina moderna e seus prestadores, que legitima todo o conjunto de ações demandadas.

Nogueira também levanta a questão de que, quando o pagamento por esses atos múltiplos e variados é efetuado via seguro privado ou social, surge daí uma outra questão, que se relaciona com o problema do controle e da auditoria. Neste caso, a utilidade não pode ser meramente presumida: ela deve se adaptar a certas normas técnico-científicas e

administrativas estabelecidas pelo contratante. Ressaltando que é extremamente complicado regular a produção desses serviços quando cada ato é uma aproximação ao particular, há sempre um razoável desvio a partir da média, e o controle tem que ser igualmente particularizado. O controle da fragmentariedade dos atos médicos requer, assim, um grau de inteligência e de habilidade técnica muito grande. Ele conclui esse texto com a constatação de que a questão da remuneração pelos serviços é um dos maiores problemas atuais das empresas de saúde, sejam privadas ou públicas.

Estabelecer modalidades *clínicamente* justas de remuneração dos serviços seria então um desafio, e que existem algumas possíveis soluções para continuar remunerando os serviços de saúde dentro de normas que não prejudiquem esse pacto de cientificidade firmado com o usuário que espera ver restabelecida sua saúde. Ele destaca uma das tentativas recentes, que é a construção dos chamados Grupos Relacionados com o Diagnóstico (*Diagnostic Related Groups*), nos Estados Unidos e na Europa. Finaliza dizendo que administrar saúde (seja uma unidade hospitalar ou uma rede de serviços contratados por seguro) não é tarefa simples, não só devido à já mencionada fragmentariedade dos atos técnicos, com sua implicação no nível econômico, mas também porque a direcionalidade técnica desses atos depende em si mesma do comportamento de uma categoria profissional que usualmente faz um uso corporativo desse poder.

Schraiber e colaboradores (2000) abordam a complexa questão do trabalho em saúde pela ótica das teorias organizacionais, destacando as condições históricas da emergência da gerência nos serviços de saúde, tomada enquanto “deslocamento tecnológico” específico que se assenta nas transformações ocorridas na organização do trabalho. Chamando atenção para a configuração do campo da administração hospitalar, ressalta que as primeiras institucionalizações do processo gerencial em estabelecimentos de saúde provavelmente iniciaram-se nas Santas Casas, administradas por freiras, mas logo no início da 2ª metade do século XX. No campo da Saúde Pública, destacam o planejamento das campanhas de erradicação e controle de doenças a nível nacional, e dos programas verticais, remontando aos tempos de Oswaldo Cruz.

Assim como Nogueira, Schraiber destaca que para os serviços de saúde, ficam postas duas dimensões distintas de organização e controle: (1) a referente à operação administrativa da máquina institucional, das atividades-meio que dão sustentação às atividades-fim; e (2) a mais intimamente relacionada à execução do produto final.

A primeira dimensão diz respeito às ações gerenciais de suporte, que permitem o funcionamento das operações dos serviços de saúde tal como vêm funcionando, sem questionar a essência da estrutura e dos processos de trabalho em saúde. São exemplos dessa dimensão, a garantia dos insumos necessários para o “funcionamento da máquina”: medicamentos, equipamentos, RH, etc. Essa tem sido a classicamente apropriada pelas aplicações da TGA no campo da saúde, notadamente a administração hospitalar, sem que se deixe de perceber que ainda hoje em dia, muitas secretarias de saúde tendem a ver o processo de gestão da saúde apenas sob esse aspecto.

A segunda dimensão diz respeito à gestão dos processos de trabalho intrínsecos do setor saúde, ou seja, daqueles processos nos quais o administrador tradicional, não profissional de saúde, não se mete: o dimensionamento da rede de serviços, a organização do atendimento, as condutas frente aos casos clínicos e/ou epidemiológicos, a definição de parâmetros de utilização e conseqüentemente, a determinação dos tipos de insumos e equipamentos necessários a uma assistência de qualidade. Estes autores também destacam um ponto importante para a presente discussão, que tem a ver com o fato de serem os profissionais de saúde quem definem não só os parâmetros de operação do sistema, mas que determinam na prática o seu funcionamento. Schraiber & colaboradores ressaltam que, especialmente no momento histórico em que nos encontramos – de um sistema que busca alterar os seus modos tradicionais de operação –, é nesta segunda dimensão onde tende a ocorrer a maior tensão entre a gerência, no seu afazer de conciliar as normas organizativas da instituição, e a operação do trabalho-fim.

Assim como Nogueira e Schraiber, Paranaguá de Santana (1997), também destaca que é fundamental reconhecer esta singularidade das organizações do setor saúde: que elas dependem, de modo radical, “de seus operadores, em primeiro lugar”; que elas são “organizações profissionais”, onde “o saber e as habilidades são formalizadas através do processo de formação e as normas definidas pelas associações profissionais”. Reconhecendo que os dirigentes têm um papel muito limitado no desempenho final da organização (restringindo-se apenas à mobilização dos recursos e das condições mais adequadas possíveis para o seu funcionamento), ressalta que quem decide a indicação de medicamentos, equipamentos e outros insumos, quem administra o seu uso (os médicos) é quem efetivamente pode controlar sua aplicação adequada e econômica.

Uma outra característica ressaltada por Paranaguá de Santana em citação a Dussault, é que “os serviços produzidos atendem as necessidades multidimensionais e são difíceis de

avaliar”. Essa questão vem adquirindo renovado interesse na era atual devido a (1) a elevação da consciência individual e coletiva com relação a tais necessidades, e (2) o avanço dos direitos sociais quanto ao seu atendimento. Destaca a importância do papel do usuário – seus interesses passam a ser considerados de uma forma nova, especialmente porque vêm sendo assumidos pelos próprios usuários, que conquistaram importantes espaços numa arena outrora dominada pelos médicos, reduzindo um pouco a hegemonia da intermediação histórica dos médicos, que sempre se julgaram os árbitros de seu interesse. No que se refere à avaliação dos serviços, ressalta que mesmo a metodologia assentada nos enfoques epidemiológico e estatístico não estará livre de críticas, na medida que não contemplarem (1) a sua adequação às necessidades objetivas e específicas dos usuários, ou (2) a sua utilidade para a prática cotidiana dos profissionais, no que diz respeito às decisões clínicas. O desencontro, ou falta de sintonia, entre as necessidades de saúde e a oferta de serviços (que muitas vezes se expressa em conflito usuário-prestador), seria consequência dessa “multidimensionalidade” das necessidades e das formas de atendê-las.

Em seguida, Paranaguá corrobora a argumentação de praticamente todos os autores nacionais do campo da gestão de serviços de saúde, citados ou por citar no presente estudo: a de que os cuidados de saúde se configuram como prestação de um serviço público. Por ser um serviço (implicados estão as dimensões de consumo e produção), ele destaca que essa realização é função de múltiplos interesses, de um lado aqueles da clientela motivada pelo seu consumo, e de outro lado, de todos os agentes envolvidos na sua produção (principalmente profissionais e gestores). E pelo fato de serem ofertados pelo poder público, quando, ainda no dizer de Dussault, “dependem em maior grau do que os demais” (organizações de prestações de serviços de saúde), do ambiente sócio-político: seu quadro de funcionamento é regulado externamente à organização, sofrendo interferência tanto das diretrizes políticas quanto da burocracia governamental – além da regulação dos conselhos de classe e mais contemporaneamente, dos movimentos sociais e conselhos populares legitimados por lei. Essa peculiaridade merece ser ressaltada, pois ajuda a entender as limitações ou dificuldades específicas para o desempenho gerencial nos estabelecimentos públicos.

Souza Campos (1989) também enfatiza a dimensão política nos processos de gerência e gestão, afirmando que os processos de gestão e gerência são instrumentos necessários, mas não suficientes, à implementação de políticas públicas. Ele considera que “urge que a questão da gerência dos serviços de saúde seja repensada criticamente”, numa perspectiva transformadora e reformista, atuante num jogo das forças sociais, que é elaborado a partir de

um PROCESSO SOCIAL que está longe de ser um processo consensual, isento de conflitos. Nesse sentido, destaca a complexidade do contexto onde este jogo se desenvolve, com a diversidade, a relevância e o peso específico dos “atores sociais” que defendem interesses via de regra contraditórios e com variados graus de legitimidade e “eticidade”, do lado da produção (indústrias de equipamentos, indústria farmacêutica, sindicatos e órgãos de classe), da intermediação (planos de saúde e congêneres, governo) e do consumo (associações de usuários, órgãos de defesa do consumidor e do cidadão) de produtos e serviços relacionados à saúde, além de outros com interesses indiretos no setor – como os partidos políticos, os sindicatos de funcionários públicos, os intelectuais, cientistas e educadores de diversos segmentos da saúde coletiva e seus saberes correlatos, e da biomedicina.

Não é difícil concluir que a demanda por capacidade de gestão de sistemas de saúde envolverá a busca por novas práticas, destacando-se aquelas que lidam com a dimensão política, mas também com as questões da mudança organizacional e, principalmente, com a dimensão dos Recursos Humanos (RH). De fato, este recurso é crítico no sistema de saúde, e sua adequada gestão demanda a adoção de técnicas gerenciais apropriadas, mas não sem uma profunda revisão de paradigmas, desconstruindo noções arraigadas e reconstruindo novas práticas. E tampouco, sem levar em conta as especificidades do setor. Também podemos concluir que o fato das argumentações de Nogueira, Schraiber, Souza Campos e Paranaguá convergirem para evidenciar esta série de peculiaridades do setor saúde no Brasil, indica que se as mesmas não forem levadas em consideração na elaboração das reformas no setor, fatalmente não se tocará o âmago da questão. Ou seja, se não se tocar na autonomia dos médicos sobre as decisões de ordenar exames e prescrever terapias, ou (o que é a mesma coisa, mas vista por um outro lado) não se questionar a lógica da remuneração pelos serviços prestados, ou ainda, se não se enfrentar os evidentes problemas ligados ao fato da saúde ser um serviço público, normatizado centralmente e executado localmente, não se produzirão efeitos consistentes sobre a efetividade dos serviços de saúde nesse país.

Um outro aspecto da complexidade do trabalho em saúde que merece ser ressaltada é questão da especialização da medicina. Em especial no caso da medicina, a questão da qualificação profissional, extremamente baseada no cientificismo biomédico, se coloca como elemento crítico para as reformas do setor. Nesse sentido, destaca-se o impacto da reforma do Ensino Médico, ocorrida em 1910 nos Estados Unidos e Canadá a partir do relatório Flexner, que definiu as bases para constituição de um projeto educativo para o setor orientado para um modelo de base hospitalocêntrica, marcado por forte incorporação tecnológica, que alicerça

toda força regulatória da corporação médica sobre o setor: sua tendência à medicalização (Barbosa, 2000). Convém ressaltar também que a motivação para a reforma na época vinha da extrema diversidade observada nas instituições de ensino médico. Segundo Flexner, as faculdades surgiam como que por geração espontânea, independentes de vínculos com universidades e desprovidas de equipamentos. Havia cursos de até um ano de duração e inexistiam pré-requisitos definidos para matrículas. O ensino da medicina era uma "... aventura privada, mercantilizada no espírito e no objeto" que carecia, sobretudo, de bases científicas".

É importante destacar a influência da reforma flexneriana nos sistemas de saúde do mundo inteiro, até porque ela fazia par com os desenvolvimentos tecnológicos e a especialização da medicina. Com o esgotamento desse modelo, no contexto complexo que já mencionamos, surgem novamente movimentos, da corporação médica principalmente, voltados para a necessidade de uma nova reforma no ensino da medicina, agora para sanar os problemas derivados da extrema especialização e tecnificação. É nesse contexto que surge, em escala mundial, o movimento da Medicina Baseada em Evidências (MBE), entre outras propostas alinhadas com a mudança de paradigma do ensino, como veremos no capítulo 3.

Nesse sentido, é importante destacar a complexidade das diferenças entre a atenção primária e a medicina especializada. Starfield (2002) evidencia alguns aspectos nesse sentido, ao tecer uma série de considerações que colocam em relevo a importância de se ter uma formação e uma qualificação profissional diferenciada para esse nível de atenção.

Em primeiro lugar, ela observa que o processo de diagnóstico as intervenções dos especialistas são basicamente orientadas para processos fisiopatológicos. Na atenção primária, ao contrário, a entrada no sistema é dada pelo paciente, que em geral apresenta queixas muito pouco específicas e vagas. Nesse nível de atenção, o fundamental é a elucidação do problema do paciente e a obtenção de informações que levem à escolha do manejo mais apropriado, sendo que muitas vezes não se faz um diagnóstico de doença. Por outro lado, os médicos da atenção primária lidam com uma variedade mais ampla de problemas, tanto com pacientes individuais como com a população com a qual trabalham. Starfield observa que por estarem mais próximos do ambiente do paciente do que os especialistas, os médicos de atenção primária estariam em uma posição melhor para avaliar o papel dos múltiplos e interativos determinantes da doença e da saúde.

Ela argumenta também que a atenção especializada é mais cara porque ela é mais focada no desenvolvimento e uso de tecnologia cara para diagnóstico e tratamento de doenças graves, enquanto que a atenção primária dá mais ênfase aos programas de prevenção de

enfermidades ou redução do desconforto causado pelas doenças mais comuns, que não ameaçam a vida. Ou seja, comparada à medicina sub-especializada, a atenção primária é menos intensiva, tanto em capital como em trabalho, e menos hierárquica em sua organização. Portanto, em que pese a assistência especializada ser mais adequada para a abordagem de algumas doenças específicas, Starfield argumenta que a atenção primária é inerentemente mais flexível, adaptável e capaz de responder melhor às necessidades sociais de saúde em mudança.

Além disso, ela percebeu que um sistema de saúde orientado para a sub-especialização ameaça os objetivos de equidade, na medida em que sendo mais cara, compete com os recursos necessários para oferecer serviços básicos. Aliás, este argumento foi utilizado pelo autor do presente trabalho, quando em sua tese de mestrado que utilizou técnicas de análise multivariada para o estudo de determinantes de saúde (Alves, 1995) encontrou uma correlação significativa e positiva entre o indicador de leitos hospitalares por habitante e taxas de mortalidade infantil (quanto mais leitos, maior a mortalidade infantil), em um estudo ecológico sobre um conjunto de 53 municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes.

2.3 A complexidade da implantação do SUS e de seus mecanismos de controle

É importante ressaltar a contraditoriedade do momento em que o SUS é implementado. Um texto constitucional avançado, baseado num conceito de Seguridade Social de características *beveridgeanas*, é promulgado num momento histórico de inflexão de paradigmas e transformações de alcance planetário, que traz em seu bojo, como já apontamos, rupturas em diversos aspectos do contexto sócio-cultural: a crise do modo de produção capitalista, a crise das concepções de Estado, e também, não menos importante no caso do SUS, a crise do modelo de assistência à saúde (Levcovitz, 1997; Luz, 2000; Cordeiro, 2001).

A Constituição Federal de 1988 institucionaliza o SUS, ao tornar Lei a imagem-objetivo de um sistema único, universal, integral, equitativo e socialmente controlado, que tem por finalidade cumprir as metas descritas no primeiro parágrafo. Todavia, a construção da nova institucionalidade do SUS no Brasil tem sido um processo complexo e contraditório, caracterizado pela tensão entre uma imagem-objetivo inovadora, de um sistema mais flexível, dirigido às necessidades de saúde, operado de forma descentralizada e integrada, e uma herança institucional informada por modelos assistenciais de vertentes distintas, que têm referência a organizações essencialmente ‘fordistas’ de combate às doenças. No que tange aos

aspectos organizacionais, ambos os modelos (sanitarista e previdenciário) se caracterizam historicamente pela centralização, a nível nacional, dos seus processos de planejamento, organização e gestão.

A convivência destes dois modelos nos serviços públicos de saúde no Brasil – que inicialmente operavam em instituições distintas, é elevada ao grau de coexistência espaço-temporal a partir das Ações Integradas de Saúde (AIS) – que viabilizaram os primeiros convênios do antigo INAMPS com as secretarias municipais e estaduais de saúde, dessa forma iniciando um processo de reversão da estrutura do gasto público do setor. No que concerne aos processos de trabalho, desse ponto em diante as unidades ambulatoriais públicas passam a operar com as lógicas de ambas as instituições. Esta coexistência de modelos de lógicas assistenciais distintas, sem que ainda se tenha suporte teórico-conceitual para uma prática que as integre num plano mais abrangente, vem produzindo reflexões por parte de diversos pesquisadores da área de Saúde Coletiva (Schraiber, Nemes *et al.*, 2000). Esses autores vêm buscando alternativas teórico-conceituais para a construção da viabilidade dessa integração, que é um fator que certamente produzirá um avanço importante para a Reforma Sanitária no Brasil.

Após a aprovação das leis Orgânicas da Saúde, inicia-se a implementação de uma nova configuração de poder no sistema de saúde brasileiro. É importante ressaltar que estas leis regulamentam, para as três esferas de governo, a participação popular através da conformação das conferências e dos conselhos de saúde – que aprovariam os planos de saúde, e os dispositivos que viabilizariam as transferências dos recursos financeiros federais e estaduais para os municípios, através da conformação dos fundos de saúde. Estes dispositivos mais gerais determinados pelas Leis, em seguida seriam regulamentados em maior detalhe através de atos normativos ministeriais (portarias), denominadas Normas Operacionais Básicas (NOBs). Do ponto de vista formal, as NOBs "são portarias do Ministério da Saúde que reforçam o poder de regulamentação da direção nacional do SUS", instrumentos que "definem os objetivos e diretrizes estratégicas para o processo de descentralização da política de saúde, e contribuem para a normatização e operacionalização das relações entre as esferas de governo, não previstas nas leis da Saúde" (Levcovitz e cols, 2000). As NOBs vieram basicamente para ordenar o processo de descentralização do SUS; ao longo da década de 90, foram editadas quatro dessas normas - as NOB 01/91, NOB 01/92, NOB 01/93 e NOB 01/96.

A NOB 01/91, do governo Collor, veio praticamente como um anexo a uma "enxurrada de portarias "inampianas", pouco acrescentando ao que diziam as Leis Orgânicas da Saúde (LOS), recém-editadas: na prática, não as respeitava; além disso, o repasse de

recursos se referia apenas aos recursos do INAMPS, segundo mecanismos convencionais. Contudo, é a partir dessa NOB que as instâncias subnacionais de governo passam efetivamente a operar os sistemas nacionais de pagamento (SIA-SUS e SIH-SUS) por produção, tendo havido nessa época, movido pela relutância em descentralizar e com a finalidade de viabilizar o exercício de um certo controle do nível central, uma uniformização dos instrumentos nesses sistemas nas unidades públicas e privadas, contratadas e conveniadas, doravante sob a gestão das esferas locais. A NOB 01/92 foi praticamente uma reedição da anterior, mais "aperfeiçoada". De um caráter eminentemente médico-assistencial, as duas primeiras NOBs foram praticamente omissas nas questões da saúde pública tradicional, como a vigilância sanitária e epidemiológica, elementos que poderiam estar completando a visão da integralidade das ações de saúde enquanto preceito constitucional. Além disso, a forma de financiamento adotada privilegiou a alocação de recursos pela capacidade instalada, reforçando a iniquidade da distribuição da oferta assistencial.

As NOBs 01/93 e 01/96 "foram resultantes de processos de negociação progressivamente mais intensos entre os atores setoriais, particularmente no âmbito da Comissão Intergestora Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde." (Souza, 2001). Instituída ainda durante a existência do INAMPS, a NOB 01/93 foi marcada pelo avanço da municipalização propiciada pelas NOBs anteriores, com um expressivo envolvimento dos secretários municipais de saúde na sua formulação. A NOB-93 além da tripartite e nos mesmos moldes, orientou a criação, em cada estado, das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs), com representação estadual e municipal - esta, através dos conselhos estaduais de secretários municipais de saúde (COSEMS), institucionalizando um pacto vitorioso, legitimador das instâncias municipais de gestão. As Comissões Intergestores Bipartites (de âmbito estadual) e Tripartite (nacional), se constituem como importantes espaços de negociação, pactuação, articulação e integração entre gestores nessa conjuntura.

Seriam portanto gestores do SUS, os secretários municipais e estaduais de saúde e o Ministro da Saúde, representando respectivamente os governos municipais, estaduais e federal. Diferentemente das NOBs anteriores, onde os municípios eram muito mais gerentes do que gestores³⁹, as NOBs 93 e 96 definiram formas de gestão municipais e estaduais

³⁹ Scotti (1998) ressalta a colocação no jargão tecno-burocrático do SUS, a partir da NOB 93, da diferença entre "gestão" e "gerência", conceituando-se esta última como a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação, etc) que se caracterizam como prestadores do Sistema; enquanto "gestão" seria a atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional) exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.

(incipiente, parcial, semiplena e plena, segundo a NOB 93; plena da atenção básica e plena do sistema de saúde, de acordo com a NOB 96). Segundo Scotti, A NOB – 93 desencadeou um processo de municipalização da gestão com habilitação dos municípios nas condições de gestão criadas (incipiente, parcial e semiplena), criando as transferências regulares e automáticas (fundo a fundo) do teto global da assistência para municípios em gestão semiplena, habilitando aos municípios como gestores, criando assim a terceira instância gestora do SUS. Contudo, apesar de ter mantido frágil a definição do papel dos estados, estes mesmo timidamente, também passaram a assumir seu papel de gestor do sistema estadual de saúde. A NOB 96 vai resgatar o papel da antiga Programação e Orçamento Integrada (POI) do tempo do SUDS, na medida em que cria a Programação Pactuada e Integrada (PPI), instrumento de programação instituído com a finalidade de viabilizar relações entre municípios no que tange à programação dos recursos para todos os cidadãos, em todos os níveis de complexidade do sistema.

Em 2001 é editada a NOAS, que vai tentar promover a conformação de sistemas loco-regionais de saúde, através da proposição de instrumentos mais apropriados à gestão de redes de serviços de saúde regionalizadas que produzam o acesso a serviços resolutivos e integrais, em todos os níveis de complexidade. É importante ressaltar que os sistemas regionais de saúde, ao transcenderem o plano municipalista, necessitam para sua efetivação, da construção de instâncias gestoras supra-municipais também resolutivas e responsivas. Fica clara a importância que joga aí o papel das unidades federativas, e a NOAS vai procurar fortalecer o papel da coordenação estadual nesse novo arranjo institucional.

Em suma, pode-se afirmar que o processo da implantação do SUS através de seus principais atos normativos (CF'88, Leis Orgânicas da Saúde, NOBs e NOAS) é complexo e contraditório. Em todos os casos, tem implementado algumas propostas avançadas, que teoricamente, a médio e longo prazo tendem a minar a lógica inampiana. Embora a NOAS não seja uma proposta forte dentro do Ministério da Saúde, percebe-se que o momento atual é importante para o projeto estratégico da Saúde Coletiva no país.

No que concerne aos mecanismos de controle, o aspecto mais sensível se localiza no conflito entre uma herança histórica do SUS, representada pelo conflito entre a necessidade de se configurar um novo modo de regulamentação em função de um novo modelo que se deseja implantar, e uma cultura organizacional dos velhos modelos assistenciais sanitária e

previdenciário. O modelo sanitaria traz em seu bojo a idéia de controle de doenças epidemiologicamente relevantes, que se operacionaliza com o apoio de sistemas de informação de vigilância epidemiológica, que são sistemas voltados ao monitoramento da freqüência de doenças. Já os sistemas de controle no modelo previdenciário têm a lógica da precaução contra as cobranças indevidas por parte de seus prestadores de serviço conveniados (clínicas, hospitais, médicos credenciados) e próprios, que continuam a receber por serviços prestados. Para tal, desenvolveram ao longo de décadas, sistemas de auditoria técnica e financeira, apoiados por sistemas de informação baseados na lógica do controle físico-orçamentário e de pagamento a terceiros. Optamos por relacionar na introdução, as características desses “sistemas cibernéticos do SUS”, uma vez que precisávamos colocar a questão para então poder propor um marco teórico para a discussão. Contudo, é pertinente ressaltar aqui a complexidade dada pelo conflito entre a necessidade de se configurar um novo sistema de controle no SUS, adequado aos objetivos inspirados em seus princípios finalísticos e organizacionais, a partir daquilo que nos foi legado, em termos de cultura organizacional e sistemas de informação, que foram por sua vez estruturados em um processo histórico, em torno de instituições, saberes e práticas cujas lógicas não se coadunam com facilidade, dada por um lado pela rigidez dos princípios fordistas ainda remanescentes, e por outro lado, pelo conjunto de interesses consolidados em torno do complexo médico-industrial.

De fato, temos um problema altamente complexo, que já foi antecipado por vários autores da saúde coletiva no início dos anos 90, como Paim, Levcovitz e Vilaça Mendes, que é a forte tendência à inampização do sistemas municipais de saúde observada principalmente nos municípios pólo, que ao mesmo tempo eram sede dos escritórios regionais das secretarias estaduais de saúde e do antigo INAMPS. Nestes municípios, a cultura “inampiana” (*locus* institucional onde se desenvolveram as instâncias de controle e avaliação) tem se reproduzido em departamentos, divisões ou seções responsáveis pelos agendamentos de procedimentos e exames para a rede privada conveniada ao SUS, nos setores de faturamento e de auditoria médica. Já a cultura “sanitaria” nessas SMS, tende a povoar os departamentos de epidemiologia, que via de regra absorveram as ações de vigilância e os sistemas de informação de controle de doenças, bem como a gestão da Atenção Básica. Entretanto, alguma mesclagem dessas culturas a nível central destas SMS tem ocorrido, particularmente através de certos “casamentos” bem sucedidos entre serviços especializados do antigo INAMPS, cujas especialidades são afeitas aos respectivos programas do Ministério da Saúde, como é o caso dos programas da área materno-infantil com os serviços de pediatria, ginecologia e obstetrícia; dos programas de controle de certas doenças transmissíveis como a

AIDS, a tuberculose e a hanseníase com os serviços “inampianos” de infectologia, pneumologia e dermatologia; programas de controle de doenças não transmissíveis como o câncer com os serviços de oncologia; programas de controle de hipertensão arterial e diabetes com os serviços de cardiologia, nefrologia e endocrinologia; e os programas de saúde mental com os serviços de psiquiatria. É interessante notar, todavia, que a dupla, às vezes tripla jornada de trabalho típica dos médicos neste país, tem feito com que sejam as mesmas pessoas a trabalhar nestes serviços e programas, mesmo antes da institucionalização do SUS.

Acreditamos que as soluções para o caso brasileiro devam considerar toda a complexidade da questão, com os aspectos políticos e a herança institucional mencionados, assim como as questões que são comuns às reformas dos sistemas de saúde de todos os países, o que faremos no capítulo 3. E no capítulo 4, voltaremos ao caso do Brasil, com novos subsídios.

**3 AS REFORMAS CONTEMPORÂNEAS DO SETOR SAÚDE:
TÓPICOS PARA REFLEXÃO E DEBATE**

3.1 A emergência de novos vetores estruturantes das reformas do setor

Os imperativos do contexto pós-fordista conduzem para uma situação bastante complexa. De um lado, o desafio de constituir e manter sistemas de saúde universais, mantendo ou ampliando direitos sociais, entre os quais o direito à saúde, a custos suportáveis. Por outro lado, os sistemas de saúde de mercado, movidos pela intenção do lucro na lógica do pré-pagamento, querem reduzir custos sem prejuízo da qualidade, ou reduzir os riscos de seus segurados. Em ambos os casos, a racionalização da oferta de serviços de saúde se impõe. Nesse sentido, todos os países, independente da orientação ideológica, estão começando a adotar a Atenção Primária em Saúde (APS) e colocando ênfase no controle da ação do profissional da ponta operacional do sistema, para a adoção de ações custo-efetivas. Uma questão importante é pesquisar os mecanismos de controle, ou de incentivos, que eles utilizam para obter esses efeitos.

A idéia é fazer com que os profissionais de saúde garantam o acesso aos serviços em função das necessidades dos usuários, e que uma vez acessados, estes sejam prestados de forma custo-efetiva, garantindo assim uma equidade horizontal e vertical, com eficiência e efetividade. No tocante à micro-regulação⁴⁰ do trabalho em saúde, Os dispositivos de gerenciamento de que fazem parte desse grupo se fundamentam (1) nos mecanismos de controle corporativos, ou seja, na regulação exercida pelas associações profissionais, pela via da regulamentação da excelência e da ética profissional⁴¹, (2) o gerenciamento através do monitoramento dos processos e produtos dos profissionais de saúde, e (3) dos incentivos de mercado às práticas custo-efetivas. No terceiro caso, trata-se de explorar o potencial dos mecanismos típicos de mercado, como a competição e a remuneração, como instrumentos de indução às práticas desejadas.

O controle corporativo sobre a excelência profissional remonta ao tempo das corporações de ofício medievais. Na modernidade, o papel de reprodução da força de trabalho tende a ficar a cargo das universidades, mas as chamadas profissões liberais mantêm os esquemas corporativos de licenciamento profissional. Hoje em dia, as corporações de

⁴⁰ É importante destacar que os dispositivos de micro-regulação têm por finalidade fazer com que a conduta dos profissionais de saúde se pautem por valores que coincidam com os objetivos institucionais dos sistemas de saúde, quais sejam, melhorar a saúde das pessoas de uma forma equitativa.

⁴¹ Maynard (1999) afirma que na União Européia a tarefa da regulação profissional da medicina tem sido tradicionalmente colocada a cargo da corporação – que tem voz ativa na determinação dos conteúdos da graduação e na certificação de especialistas, e também na questão da recertificação e educação continuada.

profissionais de saúde têm tido ampla participação na definição das políticas de formação profissional, incluindo os conteúdos de aprendizado na graduação e pós-graduação, nas universidades e nos demais centros de ensino e pesquisa. Nesse sentido, também houveram mudanças no campo da certificação profissional, como já observamos, sendo que muitos países atualmente têm acolhido as mudanças no sentido da limitação no tempo, da validade dos diplomas enquanto licença para o exercício profissional. No Reino Unido, o licenciamento do médico depende de um período probatório de treinamento em serviço, aos moldes da residência médica, havendo uma forte integração dos órgãos de classe com o sistema universitário e o governo nesse sentido (Atun, 2002).

Gostaríamos de destacar nesta seção, alguns importantes movimentos em resposta à necessidade de contenção de custos no setor saúde, que configuram novos núcleos de saberes e práticas voltados para a adequação dos sistemas de saúde ao contexto atual. Entre estes novos saberes, destacam-se pesquisas voltadas para a análise da eficácia e segurança (Medicina Baseada em Evidências, Avaliação Tecnológica em Saúde) e da eficiência, ou custo-benefício (Avaliações de econômicas de custo-efetividade e custo-utilidade) dos procedimentos médico-assistenciais, que floresceram no período 1980-90.

A Avaliação Tecnológica em Saúde (ATS) surge nos anos 70 no âmbito, do escritório de Avaliação Tecnológica do Senado norte-americano (OTA), em resposta às crescentes demandas por aprovação de inovações das indústrias farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares, junto ao rígido FDA (Food and Drug Administration), órgão de vigilância sanitária do governo norte-americano. Um outro fator determinante do advento da ATS foi a escalada de custos no setor: os gastos de saúde como percentual do PIB norte-americano dobraram, de 4,5% em 1959 para 9,1% em 1978. Especificamente nos Estados Unidos, este aumento foi atribuído muito mais às mudanças na composição tecnológica dos “pacotes de serviço” fornecidos pelos médicos e hospitais, do que a qualquer aumento na utilização desses serviços (Hanf e cols, *apud* Banta e cols, 1981).

O OTA vai congrega uma série de técnicos importantes e financiar uma série de estudos avaliativos acerca da segurança e eficácia das tecnologias em saúde – desde medicamentos, equipamentos, até estratégias de saúde pública e medicina preventiva, assim como a avaliação do impacto do uso dos sistemas de informação em saúde (Banta, Behney e Willems, 1981). É interessante destacar nestes estudos, a absorção de metodologias de pesquisa operacional, como a aplicação das cadeias de Markov para modelar transições na história natural de doenças como o câncer de colo uterino, com o intuito de estimar a melhor

relação custo/efetividade para o intervalo de tempo da repetição do *screening* (exame papanicolau) para essa doença.

A Avaliação Tecnológica em Saúde (ATS) participa do movimento da Medicina Baseada em Evidências (MBE), adotando os mesmos princípios e valorizando assim a epidemiologia (um saber da saúde coletiva) como um guia mais confiável para a prática clínica (um saber da saúde individual). Todavia, a ATS se diferencia da MBE por se dirigir a uma audiência de pagadores e consumidores. A MBE é mais dirigida para os provedores de cuidado, como veremos no final desta seção.

Avedis Donabedian (2005) postula uma definição de Qualidade em Saúde que se diferencia da abordagem tradicional da qualidade aos produtos e processos de prestação de serviços, na medida em que a sua definição, ao adotar os conceitos-chave da TGS, propõe que se olhe de forma independente para os aspectos de estrutura, processo e resultado. A partir desse referencial, qualidade em saúde seria a capacidade que um ‘serviço, programa ou tecnologia em saúde’, tem de produzir uma mudança positiva no estado de saúde de um indivíduo ou comunidade. Donabedian critica as avaliações tradicionais, ao afirmar que estas pecariam por concentrar o seu foco na estrutura. Todavia, ao reconhecer que a saúde é um objeto complexo, reconhece que atribuir a uma tecnologia um determinado resultado é uma questão complexa, e portanto, recomenda que as avaliações em saúde se concentrem nos aspectos de processo, ou seja, no desempenho de tecnologias comprovadamente eficazes. Em um interessante artigo publicado em 1988, Donabedian explora as semelhanças de sua abordagem com a ATS, argumentando que apesar da ATS e a avaliação de qualidade terem muito em comum, elas se diferenciariam em ênfase: enquanto a ATS julgaria a tecnologia em si mesmo, a abordagem da qualidade em saúde examinaria a extensão à qual uma tecnologia seja utilizada adequadamente em vários cenários.

Panerai e Peña Mohr (1989), por outro lado, discutem as aplicações da ATS para países em desenvolvimento, destacando que nesses países estes estudos deveriam focar menos em eficácia, segurança e custo de tecnologias individuais (como era tradicionalmente o foco destes estudos nos países desenvolvidos nos anos 80-90), e mais na efetividade de programas preventivos e tecnologias de gestão. Ou seja, naquelas tecnologias com impacto nos efeitos agregados da alocação de recursos em saúde e na eficiência dos processos, posto que nesses países muitos dos problemas de assistência à saúde derivam mais de uma incorporação tecnológica inadequada, e da má alocação desses recursos em relação às necessidades de saúde da população.

O campo da Economia em Saúde é o correspondente acadêmico europeu da ATS. A produção desse campo começa a partir das pesquisas do departamento de economia da Universidade de York, na Inglaterra, sob a demanda do sistema de saúde inglês (NHS).

A Medicina Baseada em Evidências (MBE) se coloca como uma proposta de mudança radical do comportamento dos médicos em relação aos momentos fundamentais da prática clínica: de tomada de decisões sobre diagnóstico (como a seleção de informações clínicas relevantes, hipóteses diagnósticas e decisões sobre ordenamento de testes), tratamento e realização de prognósticos (Sackett, Rosenberg e cols, 1996). O termo teria surgido a partir de formulações de um grupo de professores canadenses, no início da década de 80, como a proposição um novo paradigma assistencial e educacional, contrapondo-se à educação médica tradicional. A MBE, ao contrário da educação médica tradicional, propõe que toda intervenção médica seja orientada por evidências obtidas a partir de experimentos científicos bem conduzidos. Nesse sentido ela se diferencia do antigo paradigma, que fundamenta suas intervenções nas deduções a partir do conhecimento dos mecanismos fisiopatológicos, e nas opiniões de médicos proeminentes.

Enquanto abordagem sistemática baseada em provas, a MBE guarda estreita correspondência com o empirismo e o ceticismo do século XIX, e nesse sentido traduz um resgate do ideário iluminista. Mas o fato deste movimento ressurgir com força no seio da corporação médica contemporânea, articulando interesses convergentes de vários atores sociais da área de saúde (interesses de alguns médicos e professores de medicina, dos planos de saúde e dos financiadores do setor público), também guarda relação com o contexto Pós-fordista. Portanto, a MBE também se configura como uma resposta complexa à crise do fordismo, pela via do combate à ininterrupta escalada de custos da assistência médica.

Basicamente, a MBE é uma aplicação de modelagem probabilística aos processos de decisão frente a incertezas (teoria das decisões, que é uma aplicação de pesquisa operacional, portanto uma contribuição do campo da engenharia dos sistemas), que utiliza parâmetros epidemiológicos (incidência, prevalência) aplicados às decisões clínicas. Na MBE, se propõe a substituição de um processo de decisão sobre ordenação de exames diagnósticos e opções de tratamento, que antes era baseado em condutas padronizadas e legitimadas pela “autoridade clínica de médicos de renome”, por um processo modelado pela evidência empírica de estudos epidemiológicos bem delineados, e validados do ponto de vista estatístico.

Este aspecto guarda correspondência, ao nível dos modelos explicativos dos processos de doença, com a inversão da importância atribuída aos modelos teóricos, fisiopatológicos, biomecânicos (bio-eleto-químicos, genéticos) num sentido mais amplo, com os modelos

empíricos, probabilísticos, do tipo “caixa preta” (Susser, 1998). Os proponentes da MBE afirmam que os modelos fisiopatológicos são importantes, mas insuficientes para orientar a prática clínica, colocando um peso maior nas evidências empíricas de estudos de causa-efeito do tipo caixa preta (input = fator, output = efeito), com efeitos orientados para o paciente (qualidade de vida e sobrevivência), ao invés do que era valorizado anteriormente, os efeitos fisiopatológicos. Quanto aos estudos de enfoque diagnóstico, assinalam a importância da prevalência das doenças como fator decisivo para a apreciação dos valores preditivos dos testes diagnósticos. Esse tipo de consideração é fundamental para a avaliação de custo-efetividade das estratégias de *screening* de doenças, ao lado das considerações de custo, eficácia e logística dos programas de prevenção.

Enquanto método voltado para a seleção de evidências relevantes para a prática clínica, a MBE também oferece uma série de técnicas para uma eficiente abordagem de uma vasta literatura médica oferecida. Nesse sentido, ela se coloca como um filtro à pleora de publicações, assim como uma forte e eficiente reação às estratégias mercadológicas do complexo médico-industrial, que utiliza um *marketing* agressivo que vai desde o municiamento dos representantes de laboratório com “pseudo-estudos científicos” que comprovam a superioridade de seus produtos, até o financiamento de congressos em *resorts* paradisíacos para médicos de renome.

Em relação às suas características de ‘mecanismo de controle’, a MBE se filia a um tipo “pós-moderno” de controle, uma vez que sua intenção seja subsidiar decisões mais conscienciosas por parte dos médicos no seu cotidiano, oferecendo-lhes informações relevantes para as decisões individualizadas sobre os problemas dos seus pacientes em seus ambientes e considerando as limitações dos recursos, para que se obtenha a maximização dos benefícios para a Sociedade. Mas ela também pode ser coerente com um processo fordista de controle, na medida em que também fornece normas, padrões a serem seguidos. Mais uma vez, a questão subjacente a tudo isso é: independente do uso (bom ou mau), é importante a considerar a utilização dos métodos de controle nas empresas. Identificar maniqueisticamente o controle com o mau, com a opressão, e a liberdade e a emancipação com a falta de controle, é uma operação mental típica do velho paradigma que se quer superar.

Enquanto ‘paradigma educacional’, a MBE também segue as orientações “pós-fordistas”, no sentido de se alinhar com a reprodução de uma força de trabalho mais flexível, e de adotar mais ênfase nas habilidades e competências. Nesse sentido, ela oferece um instrumental privilegiado para o auto-aprendizado contínuo e o aprendizado baseado em

problemas, que permite deslocar o foco do ensino-aprendizado em saúde, do quadro negro e dos livros, para o atendimento, para o serviço e para a pesquisa.

Em paralelo ao movimento acadêmico de produção de conhecimentos específicos em resposta às transformações do contexto pós-fordista, que em última análise visaram à busca de evidências sobre a validade das tecnologias em saúde, ocorre nos anos 90 um movimento, fomentado pelas agências internacionais (OMS, BIRD) de reestruturação dos sistemas de saúde de praticamente todos os países. De fato, a agenda da OMS nos anos 90 tratou basicamente da questão das reformas dos sistemas de saúde, como pode ser visto no conteúdo das suas publicações neste período. É interessante notar que também nos Estados Unidos, no âmbito de seu sistema privado de prestação de cuidados de saúde, ocorreram transformações bem semelhantes em sua essência, àquelas patrocinadas pelos governos dos países europeus. Neste país, a conformação de práticas gerenciais de contenção de custo, como é o caso da assistência gerenciada (*managed care*), surge no âmbito das empresas de medicina de grupo, sendo que essas reformas procuram justamente colocar limites na autonomia dos médicos em ordenar exames e prescrever tratamentos. É também interessante notar que essas empresas tipicamente controlam o acesso aos seus serviços pela eleição da APS como porta de entrada e filtro para o acesso aos serviços de maior densidade tecnológica. Além disso, utilizam pesadamente a medicina preventiva como forma de controlar os riscos de seus segurados.

Em qualquer um desses contextos, as novas práticas gerenciais guardam muitas semelhanças entre si, como veremos a seguir, quando procuraremos destacar os aspectos de gestão típicos de um contexto onde a contenção de custos é um imperativo irremovível. Por ora, podemos dizer que elas são fomentadoras e consumidoras da produção de conhecimentos como os estudos de avaliação de tecnologias já mencionados, destacando-se as avaliações das forças-tarefa americana e canadense sobre a efetividade dos serviços preventivos (U.S. Preventive Services Task Force, 2006; Canadian Task Force on Preventive Health Care, 2006), produzidos por associações de beneficiários de planos de saúde, e também são responsáveis pela popularização dos ‘protocolos clínicos’ (*clinical guidelines*), diretrizes para diagnóstico e tratamento de doenças elaborados a partir de estudos epidemiológicos dirigidos para desfechos clínico-epidemiológicos, ou seja, “baseados em evidência”.

O outro vetor estruturante das reformas do setor é a utilização de mecanismos típicos do mercado para a regulação do trabalho em saúde. Starfield destaca duas tendências nesse sentido: (1) tornar a competição mais operativa nos serviços de saúde, e (2) a utilização de

formas de remuneração que induzam a comportamentos mais custo-efetivos. Por exemplo, a livre escolha do médico de Atenção Primária associada ao pagamento por capitação. Sob competição, os profissionais e as organizações de serviços ficariam livres em relação a decidir como, e com quem, fornecerão os serviços. Em muitos países as organizações recebem um nível definido de financiamento e são cobradas pela responsabilidade do fornecimento dos serviços. Outra tendência difusa seria a privatização. Essas abordagens são indicadas para diminuir a burocratização e aumentar a probabilidade de resposta dos consumidores. Uma terceira tendência consiste na imposição de uma estrutura administrativa entre o pagador e o profissional dos serviços de saúde, que visa reduzir os custos por meio do monitoramento do desempenho, seja da boa prática ou da utilização desnecessária dos serviços.

Starfield também reconhece que as abordagens racionalizadoras propostas nas reformas do setor podem ser catalogadas em dois tipos principais: o controle da demanda e o controle da oferta. Segundo esta autora, as abordagens do primeiro tipo se baseariam na imposição de desestímulos para a busca de serviços, enquanto que as do segundo tipo se dariam pela limitação dos recursos que são disponibilizados para sustentar um sistema de serviços. Entre as abordagens relacionadas à demanda, ela destaca a opção de plano do tipo “ponto de serviço”, onde as exigências ou tarifas são maiores se o usuário não optar pelos prestadores da lista do plano. As barreiras de acesso organizacional (dificuldades para agendamento, por exemplo) também se enquadrariam dentro desse primeiro tipo. Entre as abordagens relacionadas à oferta, assim como Saltman e Figueras (1998), Starfield também refere a colocação de limites globais orçamentários aos prestadores, e as estratégias de reembolso dos médicos. Ressalta que em certos contextos, a imposição de limites orçamentários globais numa estrutura onde ainda predominam os serviços especializados, pode gerar uma tendência competitiva desfavorável aos serviços de atenção primária.

Quanto às estratégias de controle da oferta baseadas na remuneração dos médicos, Starfield assinala que os especialistas comumente têm sido pagos por salários, particularmente quando trabalham basicamente em hospitais, enquanto que a remuneração dos médicos de Atenção Primária nos países europeus tradicionalmente têm se baseado no sistema de capitação. Ela destaca que na América do Norte, mudanças recentes levaram a um rápido aumento na proporção de médicos de Atenção Primária que são pagos por capitação e por salário. O pagamento por taxa de serviços estimula a realização de exames e procedimentos; já a capitação tende a desestimular o uso de exames e procedimentos desnecessários, mas também, às vezes, os necessários; entretanto, facilita o estabelecimento de boas relações com os pacientes e encoraja a prevenção e a atenção precoce para evitar o gasto posterior de mais

recursos. Já o salário tende a ser um desestímulo para a produtividade; além disso, como implica uma relação empregado-empregador, pressupõe e predispõe a uma estruturação burocrática dentro do serviço de saúde; todavia, elimina qualquer incentivo para fornecer serviços a mais ou a menos.

Ela também assinala que recentemente tem surgido combinações de diferentes formas de remuneração, na tentativa de encontrar um meio termo entre as relativas vantagens e desvantagens das diferentes formas de pagamento, destacando que o restabelecimento de taxas por serviço para médicos de Atenção Primária visa estimular a produtividade dos procedimentos de medicina preventiva. Por outro lado, a aceitação da capitação para alguns especialistas (especialmente aqueles envolvidos em atenção especializada de longa duração), pode reduzir a tendência de pedir exames e de realizar procedimentos.

Starfield ainda afirma que mesmo em países em que os médicos de Atenção Primária têm servido como ligação para outros serviços especializados, tem havido pouco controle tanto sobre os custos como sobre a natureza da atenção prestada, porque uma vez que os pacientes eram encaminhados, o médico de Atenção Primária não teria mais influência sobre o teor ou extensão dos cuidados prestados. Nesse sentido, merece destaque um interessante sistema de controle, que foi adotado no Reino Unido, denominado “retenção de fundos” (fundholding). Nesse sistema, os generalistas (grupos de atenção primária) recebem orçamentos para o pagamento por serviços, e então passam a ser responsáveis por contratar hospitais e especialistas para os seus pacientes.

Por outro lado, o gerenciamento dos médicos por gerentes passa a ser viável a partir do advento das tecnologias de informação, onde há disponibilidade de dados que permitam traçar o perfil da prática dos médicos e compará-los com outros para determinar padrões de desempenho em relação a vários aspectos, como produtividade, resolubilidade, taxa de encaminhamentos e de pedidos de exames, bem como os padrões de cobertura de serviços preventivos de seus pacientes. Se os médicos parecem não cooperar podem não ter os contratos renovados, ou podem ter seus ganhos reduzidos por falharem em atingir metas preestabelecidas; alternativamente, podem ser recompensados por manter a utilização e os custos baixos entre os pacientes pelos quais são responsáveis. Essas recompensas podem ter várias formas, incluindo a divisão dos lucros acumulados pelas organizações com fins lucrativos.

No tocante à auto-regulação da conduta dos médicos, o movimento, do âmbito das Práticas Baseadas em Evidência, que tem tido muita divulgação ultimamente tanto pelos gerentes quanto pela própria corporação médica, é a normalização e divulgação de diretrizes clínicas baseadas em evidência. Quando essas diretrizes são baseadas em evidências de efetividade, podem melhorar os resultados, embora não necessariamente os custos. Quando são baseadas em estudos de custo-efetividade podem adicionalmente ter um impacto, ou na redução de custos ou na extensão da oferta. Todavia, Maynard (1999) pondera que a adoção de diretrizes custo-efetivas é freqüentemente problemática para os médicos acostumados na tradição hipocrática, que querem oferecer o melhor tratamento para os seus pacientes individuais, e que aí ele localiza o conflito entre uma ética individual (a hipocrática) e uma ética coletiva (utilitarista) de base econômica, que postula que uma conduta custo-efetiva beneficiará um número maior de pessoas, dada a limitação dos recursos disponíveis. Sackett, Rosemberg e colaboradores (1996) também discutem esse aspecto normativo da MBE, rebatendo as críticas justamente a esses aspectos de controle disciplinar, defendendo-a com o argumento de que as diretrizes não devem “engessar” o comportamento dos médicos, mas sim serem integradas às habilidades clínicas individuais, sem as quais a prática corre o risco de ser tiranizada pela evidência, reconhecendo que sem essa integração, mesmo a melhor evidência pode ser inapropriada para um paciente individual.

Maynard acrescenta a essa complexa questão, da gestão das decisões clínicas, o reconhecimento de um outro tipo de conflito de ordem ético-moral, quando pondera que os seres humanos, se por um lado têm um “senso de dever” derivado de seus sentimentos morais, por outro lado possuem uma tendência natural a governar suas ações em função de seus interesses pessoais, mesmo quando estes se realizem às expensas do “interesse público”. No caso dos médicos, isso se torna especialmente problemático, quando os incentivos provenientes das formas de remuneração não são coerentes com as práticas desejadas. Não estamos aqui a criticar a “falta de ética” dos médicos que eventualmente entrem no “esquema”, mas sim a “falta de ética” dos indivíduos com poderes de decisão sobre mecanismos de remuneração no setor saúde, na medida em que são omissos sobre a consideração do poder de indução de comportamento que tais mecanismos possuem. E que reputamos como fundamentais na discussão acerca da gestão do trabalho em saúde, pelo conjunto de razões que acabamos de discutir, referente ao comportamento dos sistemas sócio-culturais enquanto sistemas autopoiéticos, como também à luz das tendências das teorias organizacionais contemporâneas e das experiências com as reformas do setor.

Vivemos numa sociedade que ainda defende a democracia como um valor universal, e mais do que isso, a centralidade do consumidor, do usuário, do paciente, do cidadão, também é um imperativo dos modos de regulamentação da economia nos dias atuais. Isso tudo faz com que seja importante discutir também as questões de custo / efetividade de tecnologias em saúde sob o ponto de vista do usuário. Nesse sentido, a discussão acerca do direito à saúde no contexto atual vai expressar posições contraditórias, ao vocalizar o repúdio aos efeitos das reformas para a adoção de modelos mais eficientes, na medida em que levam a restrições do consumo de tecnologias. De fato, os usuários enfrentam, da mesma forma os médicos, os dilemas relacionados à escassez de recursos no setor, e tendem para uma perspectiva individualista ao analisar as complexas questões da otimização de acesso no sistema de saúde (Saltman e Figueras, 1998; Maynard, 1999).

3.2 Atenção primária e as reformas dos Sistemas de Saúde

Um primeiro aspecto dessa questão é a recomendação da OMS para que todos os sistemas de saúde adotem a arquitetura dos sistemas dawsonianos⁴². Para os países que já tinham esse modelo implantado, como foi o caso dos países no norte europeu, com sistemas de saúde universais desde o início do século XX, que aliás serviram como inspiração para as recomendações de Alma Ata, seguir essas recomendações não era problema. Para o restante dos países, com sistemas de saúde centralizados, especializados e baseados em hospitais, adotar o modelo dawsoniano teria implicações muito complexas do ponto de vista dos investimentos necessários e das resistências corporativas contra uma verdadeira inversão de modelo. Todavia, os imperativos da contenção de despesas e ampliação da cobertura forçavam a todos a considerar essa possibilidade. Para a presente discussão, interessa reter o conceito de sistema aqui proposto, que definirão os seus respectivos mecanismos ou dispositivos de controle. No caso da APS, a configuração estrutural dos sistemas dawsonianos, ao mesmo tempo em que dificulta o acesso aos procedimentos especializados, mais caros, propicia a otimização tanto do acesso geográfico quanto da equidade do acesso a serviços de saúde de alta complexidade.

⁴² conforme foi observado anteriormente, o “Relatório Dawson” apresentou uma estrutura macro-organizacional para o sistema de saúde inglês, baseada em diferentes níveis de atenção, sendo a mais básica o centro de atenção primária à saúde, apoiado por um nível secundário, consistindo de especialistas que forneciam atenção por consultas que, por sua vez, era apoiado por um nível terciário baseado em hospitais-escola para atenção às doenças mais incomuns e complicadas

A APS surge como modelo assistencial em 1920, oito anos após a instituição do seguro nacional de saúde na Grã-Bretanha, a partir do relatório Dawson, que tratava da organização dos serviços no Sistema Nacional de Saúde inglês – o NHS (Starfield, 2002). Nesse relatório, o Lord Dawson propôs uma divisão hierárquica dos serviços de saúde, distinguindo, em termos da densidade tecnológica, três níveis principais: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola. Foram propostos vínculos formais entre os três níveis e foram descritas as funções de cada um. Esta formulação hierárquica vem junto com o conceito de regionalização, conformando uma macro-estrutura espacial, um sistema organizado para responder aos vários níveis de necessidade de serviços médicos da população, de uma forma otimizada, partindo de um pressuposto econômico facilmente verificável, a Lei de Pareto, que na saúde se expressa mais ou menos assim: “umas poucas doenças comuns respondem pela maioria dos problemas de saúde, e podem ser resolvidas com pouca tecnologia”. Assim, a APS resolve com pouca tecnologia, a um custo relativamente baixo, cerca de 80 a 90% dos problemas de saúde; o que a APS não resolve, encaminha-se para os níveis de maior complexidade.

Este arranjo forneceu, posteriormente, a base para a reorganização dos serviços de saúde em muitos países, os quais agora possuem níveis claramente definidos de atenção. Em 1977, em sua trigésima reunião anual, a Assembléia Mundial de Saúde decidiu por unanimidade que a principal meta social dos governos participantes deveria ser “a obtenção por parte de todos os cidadãos do mundo de um nível de saúde no ano 2000 que lhes permitirá levar vida social e economicamente produtiva”. Os princípios da APS foram enunciados na Conferência Internacional de Atenção Primária em Saúde, realizada em Alma Ata, no Cazaquistão (antiga União Soviética), de 6 a 12 de setembro de 1978. O consenso lá alcançado foi confirmado pela Assembléia Mundial de Saúde em sua reunião subsequente, em maio de 1979, que definiu a atenção primária à saúde como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.
(OMS, 1978).

A APS foi reconhecida como uma parte integral, permanente e onipresente do sistema formal de atenção à saúde em todos os países, não sendo apenas uma coisa “a mais”. A

conferência de Alma Ata especificou que os componentes fundamentais da APS eram educação em saúde; saneamento ambiental, especialmente de águas e alimentos; programas de saúde materno-infantis, inclusive imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição; e medicina tradicional.

Entretanto, até pouco tempo atrás esse reconhecimento era uma questão de fé. Embora os princípios da APS tenham tido forte apelo e encontrado condições favoráveis à sua disseminação, a reboque das medidas de extensão de cobertura, a efetividade da APS enquanto modelo assistencial era, até pouco tempo atrás, objeto de controvérsia, sendo que muitos a viam apenas como uma opção barata de serviços de saúde pra populações marginalizadas. Foi somente na década de 1990 que surgiram as primeiras evidências empíricas da efetividade desse modelo de organização de serviços de saúde (Starfield, 2002).

A lógica subjacente à idéia da APS como um sistema eficiente, efetivo e equitativo, e a relação entre essa idéia e a conformação de uma rede assistencial “dawsoniana” (descentralizada e hierarquizada) é a lógica econômica das economias de escala e de escopo: a ampla oferta de serviços de atenção primária garante a economia de escopo, ao oferecer serviços de maior flexibilidade com maior variedade, perto dos usuários e a um custo relativamente baixo; a oferta regulada de serviços especializados garante economias de escala para os serviços de maior densidade tecnológica e conseqüentemente maior custo operacional.

É importante ressaltar aqui que esses aspectos não são excludentes, e que a otimização dessa estrutura implicaria, por exemplo, em adequar o tamanho das unidades de atenção primária e o tamanho e a distribuição geográfica dos serviços de referência, de modo a se obter o máximo compromisso entre economias de escala e economias de escopo. É possível desenvolver modelos matemáticos baseados na teoria do caos para otimizar essas funções de economia, desde que se forneçam os dados necessários, de distribuições espaciais das necessidades e estimativas apropriadas das funções de capacidade dos serviços. Nesse sentido, seria admissível unidades básicas menores e mais flexíveis em regiões mais distantes dos grandes centros, que operassem com uma eficiência relativamente menor, em prol da economia de escopo; já nos grandes centros, as unidades básicas poderiam ser maiores e com uma oferta menos abrangente em variedade e mais abundante em termos quantitativos, com ganhos em economia de escala em prol do acesso a uma população mais numerosa e concentrada.

Quanto à macro-gestão dos sistemas dawsonianos, Vilaça Mendes e Pestana (2005) afirmam que existem vários modelos, sendo que num sistema dawsoniano típico (que possui serviços em praticamente todos os níveis de complexidade, cuidadosamente dimensionados para garantir um acesso universal e equitativo à população de uma dada “loco-região”), a instância de gestão é exercitada sobre esta meso-região sanitária como um todo. Ele denomina esse tipo de gestão como regionalização autárquica, sendo que esta gestão loco-regional funciona como financiadora e reguladora, e exercita de fato e de direito a função de compra de serviços públicos de saúde. Nesse modelo, o papel dos municípios inexistente, ou é secundário, limitando-se a algumas ações de saúde pública (*op.cit*). Ele apresenta os casos da “Autoridade Sanitária” no Reino Unido, e do “County Council” na Suécia, como exemplos de autoridades exercidas por órgãos federais regionalizados. Há também países em que essa autoridade é exercida por órgãos estaduais regionalizados, como é o caso dos distritos sanitários canadenses, da *Azienda* italiana e na experiência espanhola.

É importante ressaltar que a experiência internacional é dominada pelo paradigma da regionalização autárquica, do qual o Brasil fugiu ao optar por uma devolução municipalizada na organização do SUS. Vilaça Mendes e Pestana concluem dizendo que *“nosso país é um caso singular de organização municipalista de um sistema público de serviços de saúde, o que fez estruturando o paradigma da municipalização autárquica somente adotado, em algum momento, pela Finlândia, mas depois abandonado”*. (Bengoa 1998, apud Vilaça Mendes e Pestana 2005).

Ainda de acordo com estes autores, o paradigma da municipalização autárquica brasileira, a gestão do sistema de serviços de saúde, no âmbito local, é responsabilidade maior dos municípios, ainda que com algumas competências concorrentes com a União e os Estados. Ela ressalta que esse modelo, ainda que apresente algumas vantagens, é um sistema que no limite transforma cada município num sistema fechado, o que leva a deseconomias de escala, fragmentação dos serviços e perda de qualidade.

3.3 As reformas dos Sistemas de Saúde na Europa

A maioria das nações europeias tem uma longa tradição de luta em direção à equidade e solidariedade. Portanto, desde há muito tempo que os sistemas de saúde europeus, particularmente aqueles da vertente socialista ou social-democrática, que conformam a cobertura de seus serviços de forma universal, já adotam os princípios da APS. Em reconhecimento às crescentes iniquidades sociais e de saúde em quase todos os países, a divisão europeia da OMS adotou um conjunto de princípios para construir a base da atenção primária dos serviços de saúde. Conhecida como a Carta de Ljubljana (1996, apud Starfield, 2002), ela propõe que os sistemas de atenção de saúde deveriam ser:

- dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional;
- direcionados para a proteção e promoção da saúde;
- centrados nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade por sua própria saúde;
- focados na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade;
- baseados em financiamento sustentável, para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo; e
- direcionados para a atenção primária.

A Comunidade Europeia legitimou esses princípios em 1996, (BMJ, 1996), embora nem todas as nações concordassem com eles. Desde Alma Ata, praticamente todos os demais países vêm adotando, em graus variados, os conceitos da APS. Diversos tipos de resposta à crise do setor nos sistemas de saúde de várias partes do mundo, se deram a partir da adoção dos princípios da APS enunciados em Alma Ata.

Saltman e Figueras (1998) fizeram uma interessante revisão sobre as recentes reformas nos sistemas de saúde europeus, focalizando questões muito similares às nossas, como o grau de regulação governamental e/ou intervenção que seria adequado para o bom desempenho de um sistema de saúde. Propondo, como no presente trabalho, uma abordagem integral e complexa desses sistemas, com a consideração de aspectos epidemiológicos, sociológicos, de comportamento organizacional e as evidências gerenciais disponíveis, além dos aspectos tradicionais de contenção de custos e financiamento. Estes eminentes autores, professores eméritos de universidades americanas e europeias, e também consultores da OMS, da OCDE e do Banco Mundial, líderes de projetos de avaliação das reformas de saúde nos países europeus nessas instituições, observaram que os debates em políticas de saúde compõem um

complexo coquetel de evidências válidas, misturadas com presunções e ideologias. Definindo o termo ‘reforma’ como um processo intencional, sustentado e sistemático de mudanças estruturais, em um ou mais ‘sub-sistemas maiores’ do setor, Saltman e Figueras remetem as reformas ao contexto pós-fordista, chamando atenção para a finalidade de todas elas ser a produção de respostas adequadas às pressões da conjuntura pós-fordista, pela eficiência do gasto social.

Destacam que na Europa, a partir dos anos 90, mais especificamente, a partir da queda do muro de Berlim, muitos formuladores de políticas de saúde começam a focalizar seus interesses em questões como flexibilidade administrativa e empreendedorismo, procurando adicionar micro-eficiência às instituições de saúde, uma vez que estas já haviam atingido um certo grau de macro-eficiência ao final dos anos 80. Analisando o conjunto destas reformas, estes autores identificaram uma variedade de estratégias e intervenções políticas, e os padrões de respostas políticas (às demandas colocadas pelo pós-fordismo) encontrados foram agrupados em termos de duas grandes categorizações. A primeira diz respeito a quatro grandes ‘temas de reforma’: Estado e Mercado; Descentralização; Direito dos pacientes e o papel da Saúde Pública. A segunda consiste também de quatro categorias, que representam tipos de estratégias políticas adotadas: confrontar a escassez de recursos; financiar o sistema com equidade; alocar recursos com efetividade, e dispensar serviços com eficiência. Em seguida, apresentamos os resultados desta revisão.

Em relação à temática ‘Estado e Mercado’, destacam que muitos governos europeus têm reexaminado a estrutura de governança dentro do setor; os autores observaram que na prática este tema é muito mais complexo do que se pode apreender a partir da visão linear ‘Estado *versus* Mercado’. Ponderando que não existe um conceito unívoco de mercado que possa ser adotado com precisão na complexa configuração do sistema de saúde, por outro lado destacam que nesses sistemas operam uma variedade de dispositivos típicos de mercado – como a livre escolha de serviços pelos usuários, contratos negociados e concorrência, que possuem um potencial de controle no financiamento, na alocação de recursos e na produção de cuidados. Ressaltam que a maioria dos sistemas de saúde lança mão desses dispositivos, observando-se um aumento do uso de incentivos típicos de mercado com a propriedade pública dos meios de produção. Essa abordagem híbrida tem recebido várias denominações, como quase-mercado, mercado interno, competição pública. O desenho e implementação desse tipo de ‘mercado planejado’ tem jogado um importante papel nas reformas da Suécia,

Reino Unido, Finlândia, Itália e Espanha, assim como em vários países do centro e do leste europeu.

O tema da descentralização também tem sido freqüente nas reformas do setor nos países europeus. A descentralização administrativa, e também da autoridade sanitária para níveis mais locais, tem sido visto como uma resposta às ineficiências e falta de responsividade das grandes organizações altamente centralizadas. Todavia, os autores ponderam que descentralizar é um processo delicado, advertindo que o sucesso da descentralização requer o desenvolvimento de capacidade administrativa e gerencial no nível local, clareza dos objetivos e metas a serem alcançados e uma predisposição para aceitar os fundamentos filosóficos dos sistemas descentralizados. Destacam a experiência acumulada nesse sentido, que mostra que quando esses pré-requisitos não são satisfeitos, a descentralização produz o enfraquecimento da função regulatória do sistema, com a fragmentação dos serviços, o aumento da iniquidade e a ‘manipulação política’ dessas funções. Além disso, Saltman e Figueras destacam que há evidências de que em certas áreas o poder decisório não devia ser descentralizado, como seria o caso das definições macropolíticas, das decisões estratégicas de investimento e desenvolvimento de recursos, da regulação da segurança pública (vigilância sanitária), e as atividades de monitoramento, avaliação e análise da saúde da população e da qualidade dos serviços.

O tema da centralidade do usuário também reproduz os traços gerais dos modelos organizacionais pós-fordistas. Ainda não existe um forte consenso entre os países europeus sobre a questão da livre escolha ou do papel da atenção primária como “porteira” do sistema. Nos países onde há a livre escolha, o estímulo à concorrência tem causado problemas com a equidade, devido às dificuldades em conceber fórmulas adequadas para ajustes dos valores *per capita* em função dos riscos individuais, e as experiências em andamento não apresentam grandes vantagens em termos de ampliação da oferta.

Os esforços para fortalecer o papel da Saúde Pública também têm recebido destaque nas reformas do setor nos países europeus, na medida em que as disparidades epidemiológicas, demográficas e sócio-econômicas entre os países do leste e do oeste europeu passam a ser problemas da Comunidade Européia. Mesmo nos países mais ricos, as questões relativas à promoção da saúde e prevenção de doenças têm sido cada vez mais entendidas na sua complexidade, e portanto reclamando soluções do tipo das ‘políticas públicas saudáveis’ – o que significa a coordenação de esforços entre os vários setores com impacto nos níveis de

saúde, como ambiente, emprego, habitação, agricultura e educação. Segundo Saltman e Figueras, as reformas que levam à separação entre as funções de provimento e financiamento, à descentralização e ao reconhecimento da potencialidade de controle através dos dispositivos de mercado descortinam, para os órgãos de saúde pública, interessantes possibilidades de intervenção, como a sua participação na definição de cláusulas contratuais e na implementação de mecanismos de monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços.

No que concerne ao segundo grande grupo, referente às estratégias de intervenção, os autores reconhecem que a principal delas tem sido as medidas de contenção de despesas globais. Apresentam dados que mostram reduções do orçamento da saúde nesses países, como percentuais do PNB, entre 1980 e 1995, da ordem de 10 a 20% em média. Observam que essas estratégias são também classificadas em duas grandes categorias, em função da sua incidência no lado da demanda ou no lado da oferta. As duas estratégias que incidem do lado da demanda são controversas, como é o caso das estratégias de co-pagamento e as definições de “pacotes básicos” de serviços definidos pela relação custo/efetividade, a serem financiados publicamente. Os autores ressaltam o caso da Holanda e de Israel, onde a postura governamental contra a restrição de acesso fez com que cerca de 95 a 100% de todos os serviços fossem rotulados como básicos. Quanto às estratégias de contenção de gastos pelo lado da oferta, os autores destacam uma série de medidas, como a redução programada da produção dos médicos e dos leitos hospitalares, o controle das tabelas de pagamento e remuneração dos serviços prestados, o estabelecimento de tetos orçamentários para os provedores, as mudanças na remuneração dos profissionais de saúde, a pré-autorização de procedimentos por médicos reguladores, as variadas formas de otimização do uso de tecnologias, como as mudanças para padrões mais eficientes e efetivos de dispensação de cuidados, que possibilitam um certo grau de substituição de cuidados intra-hospitalares por assistência ambulatorial e cuidados domiciliares. Segundo estes autores, as evidências indicam que de um modo geral, o estabelecimento de contratos com tetos orçamentários e definição de metas para os provedores está entre as mais efetivas medidas de contenção desse sub-grupo.

Quanto às estratégias para alcançar mais equidade no financiamento, os autores ressaltam que os países com um estilo beveridgeano de financiamento têm em comum a vantagem da cobertura universal, com justiça distributiva, o que leva a uma melhor aceitação, por parte dos usuários, das limitações de acesso determinadas pelas medidas de contenção de despesas. Por outro lado, os países com um estilo ‘bismarckiano’ de financiamento (como a

França e a Alemanha) diferem substancialmente quanto ao aspecto da equidade. Praticamente todos eles são regulados pelo governo, que tem tido uma crescente preocupação com os aspectos de equidade e solidariedade social. A opção de se contratar coberturas além daquela financiada publicamente é possível apenas em alguns países europeus.

As estratégias para aumentar a eficiência e a efetividade na alocação os recursos também se agrupam em duas categorias: contratação e mudanças na forma de remuneração. A primeira reflete o movimento pós-fordista de retirada do Estado das funções de provimento direto de serviços. Saltman e Figueras ressaltam que separação as funções de financiamento e provimento de serviços permite negociações sobre preços e qualidade e assegurando a adesão dos contratados aos termos do contrato. Nesse sentido, essa modalidade de acordo entre partes, típica do capitalismo liberal, tem sido vista como uma forma de controle alternativa às tradicionais “linhas de comando”. Neste modelo, autoridades públicas podem funcionar como compradores, representando os interesses dos cidadãos que irão utilizar os serviços contratados. Embora os contratos sejam instrumentos tradicionais de gestão nos sistemas de saúde de estilo bismarckiano, a novidade é que atualmente eles têm sido usados como um meio para assegurar o alcance de metas de eficiência e efetividade. Um refinamento muito interessante desse modelo vem acontecendo em países do norte europeu, onde grupos de atenção primária recebem dotações orçamentárias para negociar com os hospitais os cuidados secundários para encaminhamento de seus clientes, como é o caso na Inglaterra, dos “primary care groups”.

Quanto às mudanças nas formas de remuneração, a tendência também é de reconfigurá-las para modalidades relacionadas ao desempenho. Os autores apresentam dados que mostram a variedade de abordagens usadas para provedores de atenção primária na Europa, que combinam de forma diversificada pagamentos por salário, capitação e por serviços prestados. Embora as tendências nas formas de pagamento acompanhem os estilos de financiamento, havendo uma certa preferência pelo pagamento por serviços prestados nos países de estilo bismarckiano e do pagamento *per capita* nos países de estilo beveridgeano, muitos desses países têm optado por combinações destas três formas, buscando uma combinação de incentivos mais apropriados. Como por exemplo, pagando somente os procedimentos preventivos na base de ‘fee for service’. Tendência similar pode ser observada nas mudanças da remuneração dos provedores hospitalares, os quais caem em duas grandes categorias: orçamentação prospectiva e pagamento baseado em serviço. Em todas essas formas de remuneração, contratação e financiamento, a idéia é melhorar a *performance* do

sistema, agregando às medidas de contenção de despesas, dispositivos que estimulem o provedor a dispensar cuidados e serviços com mais eficiência e efetividade.

Na categoria das estratégias focadas diretamente no aumento da eficiência na dispensação de cuidados, Saltman e Figueras relacionam os esforços de melhoria da qualidade, de reestruturação interna e externa de hospitais, o reforço da capacidade da atenção primária, incluindo aí as reestruturações entre níveis de atenção⁴³ e as contribuições da avaliação tecnológica em saúde e das práticas baseadas em evidência.

Em muitos países a hierarquia tradicional entre autoridades de saúde e provedores, caracterizada por uma rígida separação entre a produção e a função gerencial, está sendo substituída por arranjos gerenciais mais descentralizados. Todavia, os autores advertem para a necessidade da descentralização de funções gerenciais para as instituições provedoras ser acompanhada pelos necessários esforços de desenvolvimento gerencial dessas instituições.

3.3.1 Formação, certificação e educação continuada no Reino Unido

Tive a oportunidade de assistir uma conferência em Fortaleza (CE) em abril de 2001, sobre a questão do desenvolvimento de RH em saúde no Reino Unido, na Holanda, no Canadá, na Espanha e nos Estados Unidos. De longe, a experiência que mais me encantou foi a do Reino Unido (Inglaterra). Partindo do reconhecimento da centralidade da Atenção Primária na conformação de sistemas de saúde universais, eficientes e equitativos, o Dr. Rifat Atun, representando o sistema de saúde inglês (NHS) enquanto membro do programa de gestão em saúde do Imperial College, diretor associado da pós graduação em medicina da família da Universidade de Londres, e consultor técnico em projetos de reforma de sistemas de saúde na Geórgia, no Usbequistão e no Chile, discorreu sobre o assunto da formação, certificação e educação continuada, enfatizando que o conceito agora é “desenvolvimento profissional contínuo”.

Na sua conferência, ele começou por descrever a graduação em medicina, enfatizando que 30 a 40% do programa é realizado fora do hospital. Uma vez concluída essa etapa, o

⁴³ Há um movimento de mudança no padrão da organização dos cuidados entre os níveis de atenção, que é propiciado pelo surgimento de tecnologias micro-invasivas que permitem que vários procedimentos que antes só podiam ser realizados no ambiente hospitalar, possam ser realizados sem maiores problemas em casa ou no ambulatório, o que possibilita reduzir os custos e riscos relacionados à permanência hospitalar.

médico recém-formado obtém um registro provisório no Conselho Geral de Medicina, e faz um ano de estágio sob a supervisão de um médico experiente acreditado pelo NHS. Somente então obtém o registro definitivo. Entretanto, o médico no Reino Unido só pode trabalhar independentemente depois de completar o programa de treinamento na especialidade⁴⁴. Nesta residência os conteúdos são estabelecidos pelo Royal College e pelo Joint Committee on Post Graduate Training for General Practice⁴⁵. Atun ressalta que este comitê é um corpo independente e muito poderoso, que reúne os reitores de pós-graduação, a associação de departamentos universitários de MF/GP, o Joint Consultant Committee (chefes de departamentos dos hospitais) mais dois membros representantes de usuários escolhidos pelo Conselho Geral de Medicina.

A acreditação da residência também é feita pelo Joint Committee, sendo que os instrutores devem ser recertificados a cada 2 ou 3 anos. Nenhum serviço pode ser campo de prática antes de ser avaliado. É interessante notar que essas avaliações levam em consideração fatores como volume de atendimento, qualidade, oportunidade de continuidade da atenção e relevância do perfil de atendimento para a formação do MF.

No tocante ao processo de educação continuada (EC), ressalta que este é um imperativo para a atualização médica, mas principalmente, para a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários. Atun conta que o programa de EC é compulsório desde 1990 e faz parte do contrato dos médicos com o NHS. O programa é regionalizado e conduzido pelas reitorias de pós-graduação, que acreditam cursos e também colocam em prática atividades educacionais, o que as tornam auto-sustentáveis. Consórcios de Educação⁴⁶ elaboram as estratégias de EC para o distrito, através de um planejamento em função das necessidades de educação e desenvolvimento dos profissionais de saúde do distrito.

A descrição da evolução do processo de formação e educação permanente no Reino Unido visa destacar alguns pontos que consideramos fundamentais para o controle de um sistema de saúde, dentro da perspectiva que postulamos, de superação dos modelos disciplinares modernistas. Primeiro, o enfrentamento da questão do *status* do médico de

⁴⁴ Atun descreve em maiores detalhes o processo de residência, enfatizando a proporção de um supervisor para cada residente, que juntos elaboram um plano de aprendizagem sob medida, sendo que a avaliação se dá por um processo misto, a avaliação formativa (questionários de aferição de atitudes e observação das habilidades nos atendimentos), e a avaliação somativa (provas de conhecimentos e competências para resolução de problemas).

⁴⁵ Instituição estabelecida por Lei, este comitê foi criado em 1976 pelo Royal College e pelo comitê de General Practitioners da Associação Médica Britânica.

⁴⁶ incluem um representante da reitoria, um representante do NHS, da autoridade regional de saúde e dos hospitais da região, representante dos grupos de estudo, dos grupos de diretrizes clínicas, do treinamento dos enfermeiros, dos departamentos acadêmicos e de outros profissionais de saúde.

família é um aspecto crucial, na medida em que até no Reino Unido a imagem do médico de família (MF/GP) era confusa, e associada a baixos salários e precariedade dos locais de prática. Nesse sentido, a liderança ativa do Ministério da Saúde e das associações profissionais no sentido de reformular essa imagem foi fundamental, e incluiu a instituição de um plano de carreira e salários com incentivos para treinamento e incentivos financeiros apropriados, tanto para os profissionais quanto para a excelência dos serviços. Instituiu-se um verdadeiro *marketing*, com padrões de qualidade (*practice charters*), melhores remunerações e pagamentos baseados no desempenho.

Quanto à questão da educação continuada, Atun destaca evidências de que este processo é de valor limitado se for implementado como uma mera sucessão de treinamentos, cursos ou capacitações, ao sabor dos interesses dos alunos ou dos professores. Pelo contrário, ele precisa fazer parte de uma cultura de aprendizagem e ser realmente baseado nas necessidades dos serviços, no bojo um processo integrado com a avaliação desses serviços, e com resultados mensuráveis. A ênfase é na assistência baseada em evidências, e esse processo é, atualmente no Reino Unido, apoiado por estruturas nacionais, que produzem orientações que servem de base para a elaboração de diretrizes locais. Outro pressuposto é o conceito de ‘governança clínica’, que propõe responsabilizar o médico (a equipe de saúde) não apenas pela qualidade individual dos seus serviços, mas também pelo desempenho desses serviços enquanto organização. Segundo Atun, isso tem contribuído para a mudança de um padrão fragmentado para um mais integrado às necessidades individuais e organizacionais. Ressaltando o grande impulso em prol da constituição dos ‘grupos de atenção primária’ (*primary care groups*), Atun afirma que tudo isso tem deslocado o foco dos profissionais no Reino Unido para o desempenho organizacional com qualidade, e não tanto mais na atividade, como era no passado.

Este modelo pressupõe a integração do processo educacional com os processos de avaliação de desempenho. Atun também destaca que essa concepção se baseia num princípio de auto-regulação profissional. Ele afirma que a mensagem passada é que “se vocês não estiverem oferecendo serviços de alta qualidade, talvez nós devêssemos regular vocês”, provocando nos profissionais a vontade de mostrar capacidade de auto-organização, sem que sejam necessários controles administrativos externos. O processo educacional se encaixa, portanto, dentro de um ciclo contínuo de melhoria da qualidade, levando em consideração os padrões estabelecidos e as avaliações de desempenho. A partir desses dados, se constroem os planos de desenvolvimento da prática profissional – baseados nos achados da auditoria clínica, que identifica pontos fracos e áreas de deficiência na qualidade, como também nos

objetivos nacionais e locais, também expressos nesses planos. O impacto da implementação desses planos é checado por indicadores de qualidade em saúde e pela auditoria, mantendo o ciclo em continuidade, e dirigido à correção dos problemas detectados.

Atun conclui sua fala dizendo que a mudança de nome, de ‘educação continuada’ para ‘desenvolvimento profissional contínuo’ reflete uma mudança conceitual, significando essa integração entre as prioridades nacionais e locais de saúde, as avaliações do serviço, as práticas baseadas em evidência e o custo / benefício. Ele também fez questão de ressaltar que para se alcançar tudo isso existem agora no NHS estruturas de suporte apropriadas. O Instituto Nacional de Excelência Clínica desenvolve diretrizes nacionais baseadas em evidência, com uma dimensão de avaliação econômica, que servem de base para as diretrizes locais a serem propostas e implementadas pelos serviços, e as ‘comissões regionalizadas de melhoria da saúde’, com plenos poderes para entrar em qualquer unidade e questionar suas diretrizes, seus indicadores de desempenho e seus planos de desenvolvimento. Há também uma estrutura de avaliação a nível nacional, que realiza uma pesquisa junto aos usuários. Todo ano, cerca de 1 milhão de pessoas são entrevistadas para se verificar sua satisfação com o NHS e para se saber onde se deve fazer mudanças que atendam às suas necessidades.

As reformas preconizadas pelo BIRD para os sistemas de saúde dos países em desenvolvimento

Em 1993, em seu Relatório para o Desenvolvimento Mundial (World Development Report), o Banco Mundial enuncia uma série de critérios para balizarem as reformas do setor, especificamente dirigidas aos países “em desenvolvimento”. Colocados dentro da categoria de contenção de custos pelo lado da demanda, como apontado por Saltman e Figueras⁴⁷, no espírito das políticas neoliberais de redução do Estado, revigora o discurso da focalização dos investimentos em saúde, o que para o Brasil significou novo alento para os velhos “programas verticais” de saúde pública, assim como a visão da APS como medicina “para pobres”, reforçando o velho cisma prevenção X cura, e fortalecendo políticas favoráveis à segmentação do setor. Infelizmente, os impactos das recomendações do BIRD para os países em desenvolvimento foram além da exortação à adoção prioritária de políticas custo-efetivas.

⁴⁷ As prescrições do World Development Report para os investimentos em saúde adotam explicitamente o critério de custo / utilidade, produzindo recomendações para que os países em desenvolvimento financiem apenas um pacote básico de ações com grande potencial de impacto em termos dos “anos de vida ajustados por incapacidade”, indo de encontro a todo um ideário contido nos preceitos da Constituição Federal de 1988, que preconizava a universalidade e a integralidade das ações e serviços de saúde no Brasil. Para além disso, o cidadão deveria contratar um plano de saúde privado.

Pois na medida em que essas reformas se alinham com as demais prescrições “neoliberais” de redução do aparelho de Estado, que têm como substrato ideológico o (pré)conceito amplamente em voga na conjuntura, da baixa eficácia das burocracias estatais e da superioridade dos mecanismos de mercado de proverem serviços com maior eficiência. Essa ideologia tende a fortalecer a imagem de um estado ineficiente que opera uma atenção básica (APS e saneamento básico) para todos, mas principalmente para os mais pobres, coexistindo com um mercado eficiente operando uma assistência sofisticada para os que a podem pagar, e se possível não o atrapalhando. Ademais, e principalmente nos países em desenvolvimento, vai produzir um desmantelamento do aparelho de Estado em todas as esferas, o que com certeza contribui para o atual quadro de sucateamento dos sistemas de prestação de serviços públicos nesses países.

É importante ressaltar aqui que não estamos a criticar o critério de eficiência para alocação dos recursos. Apenas, que não se pode abrir mão de alguns valores universais, como o Direito à Saúde, em nome da “saúde econômica” de um país. Nesse sentido, engrossamos o coro dos que protestam contra as receitas do FMI.

3.5 As reformas nas empresas médicas Norte-americanas: assistência médica gerenciada (Managed Care)

A assistência médica gerenciada (AMG) surge na primeira metade do século XX como um novo modo de regulamentação dos planos de saúde norte-americanos. Desde o início do surgimento desse mercado ela vem trazendo, segundo André César Médici (2003), uma série de reações, positivas e negativas, entusiasmadas e indiferentes, confiantes e descrentes, por parte dos vários atores sociais com interesses no setor, sendo que muitos se referem a ela sem saber exatamente seu sentido ou significado. Segundo Médici, “a imprensa especializada reconhece que a AMG surge com resposta aos problemas que o setor saúde vem apresentando desde os anos 70 nos países desenvolvidos: (i) aumento de custos sem aumento da capacidade resolutiva dos serviços; (ii) restrições crescentes ao acesso, em função da elevação dos preços, no caso dos serviços privados, e (iii) queda da qualidade, no caso dos serviços públicos, uma vez que os orçamentos governamentais, por mais que aumentem a parcela destinada à saúde, não conseguem acompanhar a escalada de custos”. Por outro lado, ela também vocaliza as críticas dos consumidores, que reclamam das limitações ao consumo desses serviços e das novas responsabilidades que passam a ter com a realização de exames preventivos como pré-requisitos para manter as condições pactuadas nos contratos. Também vocaliza a posição dos

médicos, que tendem a perder sua autonomia em prescrever exames e medicamentos sem o compromisso com a redução da relação custo-efetividade.

Mas o fato é que os planos de AMG continuam se expandindo, não somente nos EUA, onde nasceram, mas também na Europa, Ásia e América Latina, sendo que boa parte das reformas do setor saúde adota um ou mais de seus princípios ou práticas. Segundo Médici, essa expansão é produto de seus efeitos positivos sobre a capacidade de gerenciar melhor a saúde, ao mesmo tempo garantindo qualidade e reduzindo custos. Por outro lado, o rebaixamento dos custos em sistemas de capitação tem intensificado a concorrência neste mercado, levando a uma queda da taxa de lucro e mesmo a eliminação das empresas menos eficientes.

Médici discorre sobre este assunto, procurando dar respostas a questões relevantes para a nossa pesquisa, a partir da problematização da administração tradicional no setor saúde. Ele define a administração tradicional como aquela que organiza os serviços pelo lado da oferta, argumentando que esse modo de regulamentação fica complicado a partir do momento em que a capacidade de pagamento define uma seletividade, segundo a renda dos pagadores ou a tarifa dos prestadores nos diversos níveis de atenção. Para ele, os sistemas regidos pela oferta se caracterizam por (a) uma baixa competitividade que reduz a qualidade do atendimento; (b) pelo multi-emprego dos médicos e profissionais de saúde; (c) pelo baixo grau de prevenção; (d) pela incorporação acrítica de tecnologia; (e) por uma iniquidade em função dos custos, e (f) pela ausência de qualidade do atendimento. Os serviços de saúde regidos pela oferta não seriam sensíveis a esses aspectos, uma vez que a redução do uso / consumo de bens e serviços é contrária aos interesses de quem os oferece. Ressalta que o mesmo fenômeno ocorre tanto no setor privado quanto no público, já que este opera unidades próprias assim como regula a prestação das unidades conveniadas, sendo que nesse caso, os recursos concorrem com as ações preventivas ou de Saúde pública, que também estão ao seu encargo.

Ressaltando que a AMG desde o seu início está associada ao atendimento das necessidades de assistência a empregados de grandes empresas e suas famílias, isso faria com que essas empresas se regessem “pela demanda”, desenvolvendo modos de regulação semelhantes aos esquemas de seguro social tripartites dos Estados da social-democracia europeia, só que no caso da AMG tal fenômeno se daria sem a participação direta do Estado como co-financiador. Entretanto, isso não significa que houvesse uma total ausência de regulamentação nesse mercado ou interesse por parte do Estado. Em 1973 o governo norte-

americano estabeleceu o “Federal HMO⁴⁸ Act” que estabelecia regras pelas quais as empresas com determinado tamanho deveriam oferecer planos médicos para seus trabalhadores, baseados em estratégias de seguro. Segundo Médici, entre os principais atributos deste Ato estariam (a) garantir recursos e facilidades de empréstimos para a expansão das HMOs; (b) não permitir o funcionamento de HMOs não credenciadas, e (c) garantir uma oferta de assistência de qualidade. A partir desse ato, as HMOs deveriam satisfazer a uma série de requisitos como (i) um plano mínimo de benefícios contendo um pacote de serviços definidos de forma padrão; (ii) demonstrar que a rede de provedores de serviços era adequada ao cumprimento desse plano mínimo de benefícios; (iii) ter um sistema de garantia de qualidade e ser acreditada por uma instituição externa; (iv) apresentar padrões de gerência financeira sustentável a longo prazo; (v) ter sistemas de processamento de queixas e reclamações dos consumidores adequados e processar satisfatoriamente os pedidos encaminhados. Vale destacar que os principais sistemas públicos norte-americanos: o *medicare*, que oferece atenção médica à população de maiores de 65 anos, e o *medicaid*, voltado para os pobres (pessoas com uma renda *per capita* abaixo de US\$9.000 / ano), também adotaram os princípios da AMG, o que fazia com que seus efeitos fossem bem conhecidos pelo governo, e portanto a AMG passa a ser defendida tanto pelos democratas, que viam na AMG a possibilidade de expandirem a cobertura para além dos pobres e dos idosos, quanto pelos republicanos, que simpatizavam mais com os seus efeitos na contenção das despesas do setor.

A AMG atinge a sua maturidade como sistema de gerenciamento de serviços de saúde nos EUA nos anos 90, sendo que em 1994 cerca de 65% dos planos americanos adotavam essa modalidade gerencial, além dos programas governamentais. Também é digno de nota que o processo de acreditação de HMOs passou a criar uma demanda por sistemas de mensuração de desempenho dos serviços a partir da emissão periódica de indicadores de desempenho em informes especializados. O gerenciamento com base nos custos (*cost management*) foi também uma inovação gerencial que promoveu uma verdadeira reengenharia dos hospitais norte-americanos, com o aumento da participação do atendimento a pacientes externos e redução do tempo médio de internação, acompanhando o desenvolvimento de tecnologias micro-invasivas apropriadas para internações de curta duração.

⁴⁸ “Organizações de Manutenção da Saúde” ou Health Maintenance Organizations (HMO), são modalidade de planos de saúde dirigidos à assistência médica a empregados de grandes empresas, que guardam semelhanças com os esquemas de proteção social europeus, já que operam em regime de pré-pagamento e têm interesses na manutenção do desempenho de uma força de trabalho – quanto menos estes empregados adoecerem, menos custos com medicina e mais lucros para as empresas.

Enquanto modelo de gestão, a AMG contemporânea tem sido capaz de induzir os serviços a se organizarem a partir da APS, como porta de entrada para o sistema e filtro para o acesso aos níveis de maior complexidade tecnológica. Médici destaca mudanças nesse sentido ocorrendo nas redes gerenciadas pela AMG, seja pela implantação de ambulatórios com médicos generalistas nos hospitais, seja através da conformação de redes de medicina familiar, lideradas por médicos que se submetem a contratar risco com o recebimento de parte das “capitações” das HMOs. Há casos em que os médicos de família passam a assumir a responsabilidade integral (*global capitation*) pela gestão financeira do sistema, passando a se constituírem no principal pagador de outros médicos especialistas e hospitais. Nesse caso, os incentivos econômicos passariam a ser (a) para a resolutividade local do médico de Atenção Primária, bem como para a cobertura das medidas preventivas, sendo que (b) com os recursos sendo gerenciados dessa forma, o médico de família (MF) controla a relação custo/efetividade dos serviços secundários, terciários ou quaternários, e contribui para a melhoria qualidade e do fluxo das informações no processo de referenciar pacientes.

Médici não deixa de destacar que quando fala do médico de família no contexto da AMG, não está se referindo “a um médico de pés descalços chinês, nem mesmo ao médico de quarteirão cubano, mas sim de uma estratégia integrada em todos os níveis de atenção, tecnologicamente balanceada e com muito conteúdo de prevenção e educação sanitária, onde o indivíduo tem aumentada a sua responsabilidade no cuidado de sua saúde”. Ressalta que essa forma de atenção, ainda que tenha na MF o micro-gerenciamento dos recursos, está macro-gerenciada por empresas de AMG, que procuram gerenciar os incentivos e aprimorar os mecanismos de informação e de controle, e garantidas por empresas seguradoras administradoras de riscos de saúde (ARS), que cobrem os eventuais riscos catastróficos que possam eventualmente ocorrer.

4 REFORMA SANITÁRIA NO BRASIL: UMA REFLEXÃO CONTEMPORÂNEA

Neste capítulo, procurar-se-á relacionar os aspectos da Reforma Sanitária no Brasil e da implantação do SUS, já levantados na introdução e retomados no capítulo 2, com os aspectos das reformas contemporâneas dos sistemas de saúde, típicas da conjuntura pós-fordista (abordados no capítulo 3), a partir da perspectiva da teoria dos sistemas complexos. Desta forma, se procederá à recolocação de alguns temas para análise, na medida em que importam para a presente discussão. Assim, serão focalizados os temas do planejamento, financiamento, descentralização, e o conjunto de dispositivos que denominamos de “subsistemas de controle” do SUS.

Argumentar-se-á a partir das ‘evidências’ propiciadas pela discussão sobre as tendências nas teorias organizacionais e nas reformas contemporâneas do setor, que indicam que as questões do desempenho e da sobrevivência em longo prazo das organizações complexas no mercado contemporâneo dependerão cada vez mais da existência efetiva de uma ‘cultura organizacional’ instrumentalizada por especialistas (*experts*) em gestão e tecnologia de informação. De fato, esta tese se propõe a defender o argumento da necessidade da conformação de uma estrutura organizacional, no âmbito do SUS, competente para utilizar as ferramentas pós-fordistas de gestão (qualidade total, administração por objetivos, etc.) como pré-requisito fundamental para o atingimento de patamares aceitáveis em relação aos princípios da universalidade, integralidade e equidade na assistência à saúde dos brasileiros.

Da fundamental necessidade de conformação de estruturas capazes de propiciar direcionalidade aos processos que acontecem nos complexos ambientes de negócio do setor saúde (*business process*), promovendo, cotidiana e estrategicamente, os necessários ajustes e reajustes nestes processos, para que o sistema se mantenha na busca dos objetivos e metas almejados, de curto, médio e longo prazo. Parte-se do pressuposto que reconhecer a complexidade desses processos significa reconhecer a necessária complexidade, e a decorrente fragilidade, das respectivas estruturas de gestão e controle.

As considerações via de regra indicarão a relevância de dois aspectos: os de ordem motivacional, e os da ordem da competência técnica, como fundamentais ao desempenho dos profissionais de nível central, que cuidam da “macro-regulação”, e os da ponta do sistema, que operam a “micro-regulação”. Em ambos aspectos, o tema da formação e do desenvolvimento de Recursos Humanos se evidenciará como fundamental, e nesse sentido será considerada a centralidade do papel das Universidades Públicas na formação e no desenvolvimento da força de trabalho em saúde.

Os pressupostos já discutidos autorizam considerar a legislação do SUS e as suas normas operacionais, como uma complexa estruturação de incentivos, intencionais ou não, à conformação de sistemas autopoieticos nos diversos níveis de estruturação dos processos sociais. Também nesse sentido se coloca como fundamental o tema da carreira no SUS, especialmente diante da complexidade, e a decorrente fragilidade, das suas estruturas organizacionais frente à cultura de ocupação de cargos públicos pelos políticos nesse país. Desta forma, a leitura desses temas pela ótica aqui proposta deverá considerar a possibilidade de se engendrar dispositivos normativos que induzam a conformação de sistemas autopoieticos realizadores dos princípios do SUS em cada nível de governo, em cada unidade de saúde, e em cada encontro entre profissional e usuário.

4.1 Planejamento, financiamento e instrumentos de gestão do SUS

O processo, na Reforma Sanitária brasileira, de integração interinstitucional das ações de saúde – que se iniciou com as AIS, prosseguiu com o SUDS e convergiu para a concepção e institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), teve relevante expressão no bojo das Políticas de Saúde dos anos 1990. Dando uma expressão mais concreta às disposições constitucionais de descentralização da gestão do sistema, através das portarias e das NOBs na referida década, essas Políticas fundamentaram uma nova institucionalidade na área de saúde no Estado brasileiro, extinguindo o INAMPS e criando a figura do ‘gestor municipal’.

Definindo novas modalidades de financiamento baseadas na lógica populacional, institucionalizando formalmente o Controle Social e o Planejamento da Saúde nos diversos âmbitos municipais, todavia, destaca-se o fato de um texto constitucional avançado, baseado num conceito de Seguridade Social de características beveridgeanas, ter sido promulgado no contexto mais geral da crise do modo de produção fordista, que se fez acompanhar de uma crise radical das concepções de Estado, num momento de inflexão de paradigmas, no bojo do qual se destaca a hegemonia das políticas neoliberais. Referindo-se a este complexo contexto, importantes autores do campo da saúde coletiva no Brasil apontaram as contradições da conformação do SUS e do seu modelo assistencial nos anos 1990 (Levcovitz, 1997; Luz, 2000; Cordeiro, 2001).

A interpretação desses autores destaca a ocorrência de um processo eminentemente normativo e normatizador, pautado pela emissão de portarias ministeriais muitas vezes confusas e fragmentárias, institucionalizando os poderes locais (especificamente, municipais)

de uma forma mais pautada pela desconcentração do que propriamente pela descentralização (Vilaça e Pestana, 2004). Não é difícil perceber nesse processo uma propensão a reproduzir em menor escala, a pesada estrutura organizacional do novo Ministério da Saúde, agora com a incorporação da ainda mais pesada estrutura do antigo INAMPS, configurando assim uma verdadeira ‘inampização sanitária’.

Assim, à medida que um novo pacto se estabelecia entre as esferas de governo, as formas de municipalização se sucederam. A fase 1990-93 é marcada pelo modelo da prestação de serviços (municipalização onde não há transferência de gestão, nem mudança de modelo assistencial), é a chamada ‘inampização’ (Levcovitz e cols, 2001; Carvalho, 2001), processo caracterizado pelo estabelecimento direto de convênios entre municípios e governo federal. Em que pese o caráter centralizador da municipalização convenial, da inampização propiciada pelas portarias expedidas antes da extinção do INAMPS, Levcovitz (1997) ressalta a ampla adesão dos secretários municipais de saúde a estes convênios (1072 municípios os assinaram até o final de 1993), explicando-a como expressão da insatisfação com o relacionamento privilegiado entre as secretarias estaduais de saúde e o INAMPS no período do SUDS.

Acrescentaríamos que esta aceitação é também explicada pela permanência da cultura organizacional inampiana, mesmo após a extinção deste Instituto, no governo Itamar. É importante ressaltar que o modelo anterior de transferência de recursos segundo a Programação e Orçamentação Integradas (POI) utilizado no período do SUDS, não fora substituído por novos mecanismos de integração de recursos públicos, o que ocasionou a perda das funções de pactuação, existentes nas antigas Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS), por um longo período. A perda deste poder por parte da instância estadual propiciou um refluxo no projeto das redes assistenciais regionalizadas, hierarquizadas e integradas, promovendo uma distorção em relação às novas conformações requeridas pelo SUS, ou seja, da conformação de sistemas dawsonianos⁴⁹. Por outro lado, Levcovitz ressalta que "os convênios representaram, para muitos municípios, a primeira aproximação real com as questões técnico-operacionais do SUS", no sentido de que houve, apesar de tudo, um avanço proporcionado pelas portarias inampianas do governo Collor (NOBs 91 e 92). Ele assinala ainda, “que os secretários estaduais de saúde não foram capazes, técnica e politicamente, de promover uma articulação apropriada para propor outro modelo de relacionamento e financiamento” (Levcovitz, 1997).

⁴⁹ Como já apontamos, esse adjetivo é derivado do célebre relatório Dawson, de 1920, que instituiu a conformação do NHS inglês, como uma rede regionalizada e hierarquizada de unidades de saúde.

A segunda das formas de gestão municipalizada vai se delinear a partir das NOBs 93 e 96. Nesta fase, que efetivamente se inicia em 1998, há uma evolução da figura do gestor municipal. A NOB 93 desencadeia processo de municipalização da gestão com ‘habilitação’ dos municípios nas ‘condições de gestão’ criadas (incipiente, parcial e semiplena), e institui a transferência regular e automática (fundo a fundo) do teto global da assistência para os municípios em gestão semiplena, desta forma “habilitando” esses municípios como gestores, com poderes bem mais amplos em relação ao modelo anterior. Em que pese a frágil definição do papel das esferas estaduais, estas também foram “habilitadas” como gestores de sistemas estaduais de saúde.

A NOB 96 pretendeu promover e consolidar o “pleno exercício”, por parte do poder público municipal, da função de gestor da atenção à saúde de seus habitantes, com a explicitação das responsabilidades dos Municípios, dos Estados e da União, caracterizando a “responsabilidade sanitária” de cada gestor, diretamente ou garantindo a referência, e também descentralizando aos municípios a responsabilidade pela gestão e execução direta da “Atenção Básica” de saúde (Scotti, 1998). Nesta fase, os sistemas de pagamento (SIA e SIH-SUS) já são operados pelos gestores municipais habilitados na gestão semiplena (NOB 93) ou plena do sistema de saúde (NOB 96), bem como são instituídos sistemas municipais de auditoria nos municípios qualificados com a gestão plena do sistema de saúde (NOB 96). É importante ressaltar que o pagamento aos prestadores contratados ou conveniados é feito pelo gestor do município onde estão localizados os prestadores, ou excepcionalmente pelo estado ou Ministério da Saúde, quando o município não estiver habilitado na gestão plena.

Quanto ao financiamento do SUS, interessa discutir os aspectos que dizem respeito à sua potencialidade de produzir incentivos para a conformação de sistemas autopoieticos que busquem realizar os princípios finalísticos do SUS, ou ainda, verificar em que medida esse mecanismo propicia a indução aos seus princípios organizativos. Ou seja, das possibilidades de promover uma efetiva descentralização e mudança de modelo, e não apenas desconcentração com reprodução do modelo que se quer superar. Nesse sentido, a análise permite depreender que ainda é relevante o peso da concentração dos recursos nas mãos do governo federal no Brasil.

A atual composição das receitas públicas na área de saúde provém de duas bases, que são as receitas gerais dos impostos arrecadados, e as receitas setoriais representadas pelas contribuições sociais. A primeira base, cujos recursos provêm da receita tributária, conforma o orçamento fiscal, destacando-se os seguintes tributos: Imposto de Renda (IR) pelo governo

federal, Imposto sobre o Valor Agregado (IVA, que é a fusão dos antigos ICMS, IPI e ISS), e os impostos de licenciamento de veículos (IPVA) pelos governos estaduais, e os impostos territoriais e de transferências de bens (IPTU, ITBI) pelos governos municipais. As receitas setoriais constituem a segunda base, e as suas receitas provêm das ‘contribuições sociais’, que vão para o orçamento da seguridade social; elas consistem de vários tributos que incidem basicamente sobre as folhas de pagamento dos trabalhadores formais (COFINS, PIS-PASEP), e sobre as movimentações financeiras de pessoas físicas e jurídicas (CPMF).

A concepção de proteção social da CF’88 pretendia integrar estes dois padrões de financiamento em dois orçamentos, o orçamento fiscal e o da seguridade social (Dain, 2000). Sem pretender entrar em detalhes nessa complexa engenharia financeira, e na medida que nos interessa abordar tão somente os seus efeitos no processo de centralização-descentralização, ressaltamos a retenção de fundos que o governo federal está operando no orçamento da seguridade social. A emenda constitucional (EC) 20/1998 veda a utilização destes recursos para a realização de despesas distintas do pagamento de benefícios do regime geral de previdência social; por outro lado, o artigo 208 inciso VII garante o financiamento de programas suplementares para atendimento ao educando, de material didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde; além disso, houve a desvinculação de 20% da receita orçamentária (DRU) pela EC 42/2003. Tudo isso faz com que os efeitos da EC 29 aumente apenas no componente estadual dos recursos, diminuindo a parcela federal da receita fiscal e trazendo para o âmbito do governo federal grande parte do poder de alocar recursos para os programas sociais, saúde inclusive, através dos programas vinculados às contribuições sociais. Isso cria problemas, na medida em que os grandes programas sociais sob o controle estrito do Governo Federal, como o Fome Zero e o Bolsa Escola, consomem esses recursos com ações assistencialistas, com prejuízo para a execução de políticas públicas integradas. Repete-se assim o velho figurino dos programas verticais, contradizendo toda a concepção de seguridade social e descentralização do SUS.

Chama atenção o refluxo às matrizes ideológicas dos modelos anteriores que ocorreram ao longo dos primeiros anos da implantação do SUS, como a verticalização (centralização) dos programas sociais mencionada no parágrafo anterior. Um outro tipo de refluxo é o retorno às dicotomias que se pretendeu superar, que são chamadas hoje de ‘segmentações’, ou ‘focalização’, e que são claramente opostos aos princípios da integralidade e da universalidade. De fato, as mudanças nas políticas e no foco dos investimentos em saúde nos anos 1990 com a hegemonia da ideologia neoliberal e as receitas

do banco Mundial, fizeram refluir para uma leitura que remete às célebres dicotomias informadas pelos ‘velhos’ modelos assistenciais⁵⁰. Esse refluxo ocorre no contexto de um movimento que, a pretexto de aumentar a eficiência do gasto em saúde, reintroduziu a focalização⁵¹ dos investimentos estatais nos pobres. Entra em voga o significante “Atenção Básica”, que parece mais reforçar aquela concepção da atenção primária enquanto “atenção primitiva de saúde” (Testa, 1992), concepção esta já anacrônica frente à evolução do conceito de Atenção Primária em Saúde no plano internacional (Starfield, 2002). A focalização das políticas sociais na ‘Atenção Básica’ reforçando a segmentação, acentua a velha tendência à “americanização” do sistema de saúde brasileiro (Bahia, 2001). Junto com a falta de uma política para os demais níveis de atenção que só faz aprofundar esta segmentação, vai ferir gravemente os princípios finalísticos do SUS, da universalidade de acesso e da integralidade das ações de saúde com equidade.

Quanto ao financiamento da assistência ao nível dos municípios, destaca-se a institucionalização do Piso da Atenção Básica (PAB), pela NOB 96. A diferença do PAB em relação ao financiamento dos procedimentos de média e alta complexidade é que nestes, os repasses permanecem condicionados à apresentação de produção, enquanto que no PAB os repasses independem da produção realizada ou da rede pré-existente.

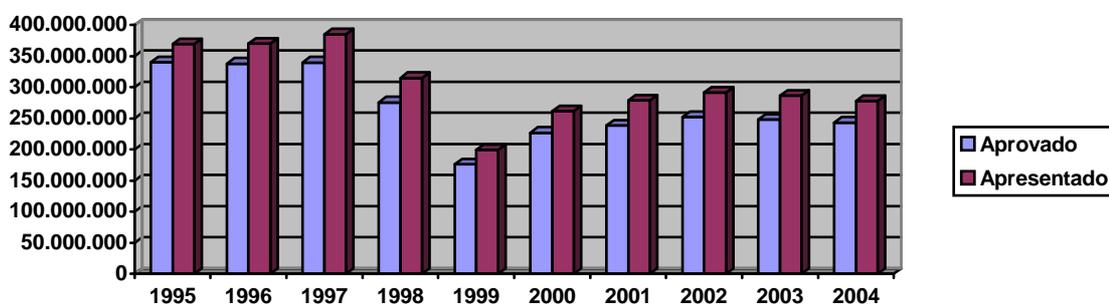
Entende-se que os formuladores de políticas de então viam com bons olhos a modalidade de financiamento *per capita*, muito utilizada em vários países com um sistema de saúde baseado na atenção primária. Tradicionalmente no SUS, por herança do antigo INAMPS, se tem trabalhado com repasses por serviços prestados, ou por meio de convênios pontuais para execução de programas especiais, por herança do modelo sanitarista. Teoricamente, o financiamento *per capita* tende a promover a equidade, na medida em que o recurso não vai mais se pautar pela distribuição da rede pré-existente. Todavia, não há evidências de que o PAB esteja produzindo incentivos para a Atenção Básica, como se pode

⁵⁰ É importante ter clareza de que os velhos modelos acomodam interesses solidamente constituídos: das empresas médicas e da corporação médica especializada, que têm o seu ganha-pão na produção de procedimentos diagnósticos e terapêuticos isolados e centrados na doença e na especialidade (‘atos biomédicos’), e dos loteamentos políticos das áreas técnicas do governo federal.

⁵¹ O ideário proposto pelo Banco Mundial postula medidas focais para problemas sistêmicos, a pretexto de aumentar a eficiência do gasto social. Na nossa opinião, políticas públicas integradas seriam mais eficientes do que programas focalizados, só que essa idéia não se sustenta numa lógica linear simples, mas sim no paradigma da complexidade. Assim como a medicina integral se diferencia da medicina da supressão dos sintomas. Entretanto, a focalização e a segmentação foram preconizadas pelo Banco Mundial, para os sistemas de saúde dos países em desenvolvimento, como pode ser visto no World Health Report de 1993.

estimar a partir dos dados de produção da Atenção Básica, mostrados no gráfico 1. Se pensarmos no financiamento *per capita* como um possível dispositivo de incentivo à conformação de equipes de saúde que constituam sistemas autopoieticos realizadores do princípio da universalidade do acesso ao SUS, era de se esperar um aumento na produção deste nível da atenção. Na tentativa de verificar empiricamente o impacto do PAB na produção das ações médicas básicas, foi obtida a série temporal apresentada no gráfico a seguir.

Gráfico 1. Produção Ambulatorial do SUS – Brasil – 1995-2004
Ações Médicas Básicas



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Na verdade, não se deve levar em conta a magnitude dos dados da série (pode ter havido mudança na composição dos procedimentos que compõem cada uma das definições – antes e depois de 1999), mas sim a inclinação de sua tendência. Os dados parecem sugerir uma estabilidade, o que nos leva a uma grande probabilidade de que nada tenha mudado no volume da produção da atenção básica, antes e depois de 1999, que foi a época da efetivação desta nova lógica de financiamento e poder.

Se tomarmos o caso de Juiz de Fora e do estado de Minas Gerais como representativo de regiões onde tradicionalmente tem havido uma consolidação dos interesses das empresas médicas, as evidências apontam para a mesma direção, ou seja, da ausência de efeitos no sentido do incremento da produção da atenção básica. A análise dos dados da produção ambulatorial do SUS nesses lugares mostra que tanto os números absolutos, quanto os percentuais de procedimentos da atenção básica relativos ao total de procedimentos ambulatoriais, realizados entre 2001 e 2005, vêm decrescendo (com um percentual de 50,7% e 68,8% em 2001, e de 32,9% e 56,0% em 2005, respectivamente em Juiz de Fora e Minas Gerais), de acordo com os dados do DATASUS (2006).

Por outro lado, se considerarmos os dados globais de empregos médicos na atenção básica como evidência do impacto do PAB como indutor de incentivos à ampliação do mercado na atenção básica, parece que se chega na mesma conclusão. Nesse caso, os dados imediatamente disponíveis são os da pesquisa AMS/IBGE (1992, 1999 e 2002), referente aos empregos de médicos em unidades de saúde ambulatoriais, nas chamadas ‘especialidades básicas’.

Tabela 1. Pesquisa Assistência Médico-Sanitária - Brasil - Recursos Humanos – Médicos generalistas em unidades sem internação

Região	AMS 1992 (*)	AMS 1999 (**)	AMS 2002 (**)
Norte	2026	3953	2309
Nordeste	12918	23048	13258
Sudeste	40540	59010	14472
Sul	12172	18799	9577
Centro-Oeste	4033	5867	3817
TOTAL	71689	110677	43433

Fonte: IBGE

(*) Empregos Médicos - Categoria Unidade: Geral

(**) Pessoal p/vínculo por Ocupação: Cirurgião Geral, Clínico Geral, Gineco-obstetra, Médico de família, Pediatra

Deve-se levar em conta que as diferenças observadas entre as pesquisas AMS 1999 e 2002 (tabela 1) podem ser devidas à mudança de metodologia, ou ao aumento da precarização do trabalho médico, uma vez que a produção ambulatorial parece que se manteve estável nesse período. Todavia, pode-se argumentar que tanto a composição de empregos médicos quanto a produção associada a essa força de trabalho, não se alteraria de forma sensível com o PSF, pelo fato deste ser um modelo substitutivo, na medida em que houve uma conversão da especialidade dos médicos declarada nas fichas cadastrais do SIA-SUS - de clínicos gerais, pediatras, gineco-obstetras, etc. para ‘médicos de família’ – ficando, portanto, na mesma categoria de agregação de dados.

Diante dos dados apresentados, pode-se dizer que não há evidências de que o PAB (fixo ou variável), enquanto dispositivo de incentivo, tenha produzido incremento na produção da Atenção Básica. De acordo com o nosso ponto de vista, a ausência desse efeito se dá pelo fato deste sistema de financiamento não implicar necessariamente na transferência de sua lógica de incentivo (*per capita*) para a remuneração dos trabalhadores de saúde na ponta do sistema.

Como já foi apontado no capítulo 3, vários países têm utilizado o pagamento por capitação como incentivo⁵² na remuneração dos profissionais, e não somente nos repasses entre níveis de gestão, como tem ocorrido no Brasil.

Em termos de seus efeitos na alocação de recursos no sistema, o financiamento *per capita* teoricamente propicia uma redistribuição favorável aos municípios com menores redes assistenciais, ao redistribuir numa base *per capita* o financiamento de uma produção estadual agregada. A resultante geral teoricamente propicia uma inversão na distribuição dos recursos em favor dos municípios que tinham anteriormente uma menor rede assistencial. Entretanto, como esta base de cálculo é dada pela média histórica dos procedimentos da atenção básica nos agregados estaduais, ela é, portanto, insuficiente face à baixa participação deste nível assistencial na composição histórica do gasto estadual. Além disso, a separação entre ‘PAB fixo’ e ‘PAB variável’ – essa última condicionada à adesão aos programas federais, como o PSF – faz com que a adesão aos programas como o PSF passe a ser quase que compulsória, sob pena do município perder ainda mais recursos.

Por outro lado, a idéia de condicionamento do financiamento por programas estratégicos, constante do PAB variável, vai se difundir também para os procedimentos de alta complexidade, tendo sido a gestão Serra pródiga na transposição da lógica campanhista para o contexto inampiano – como foram as campanhas de cirurgias de catarata, de hérnia inguinal, de prevenção do câncer de colo uterino e de mama, de detecção de hipertensos e diabéticos, entre outras. Sem questionar a sua relevância, ressalta-se o caráter extremamente centralista destas ações, que via de regra se acompanharam de contingenciamentos orçamentários que cada vez mais restringiam os graus de liberdade do nível local.

As Normas Operacionais do século XXI (as NOAS) procuraram também ampliar o leque de procedimentos da Atenção Básica, incluindo no Piso da Atenção Básica (PAB) procedimentos que garantissem ao município operar uma Atenção Básica que ‘desse conta’ de um conjunto de ‘ações estratégicas mínimas’ para a consecução de um plano de metas, que é o ‘Pacto da Atenção Básica’ (Saúde, 2001, 2002). Também há muito que comentar em relação a esse aspecto. Ainda é grande a distância entre um discurso que enaltece o papel da Atenção Primária como modelo assistencial capaz de resolver mais de 80% da demanda assistencial no nível da Atenção Básica, bem como atender à cobertura dos programas de controle de doenças relacionados neste Pacto – e aquilo que é efetivamente oferecido em termos de produção de ações de assistência à saúde por parte deste nível de atenção. Nesse

⁵² Quando usado como base de remuneração, o sistema de capitação promove incentivos para ações preventivas, e desincentivos para os excessos nas ações assistenciais.

sentido, é fácil constatar uma flagrante incompatibilidade numérica entre os parâmetros do PSF, em termos de famílias por equipe, e os parâmetros assistenciais disponibilizados pela SAS/MS nas respectivas populações e as equipes mínimas a elas relacionadas.

Além disso, a maioria dos indicadores do Pacto da AB são indicadores epidemiológicos (taxas e coeficientes de mortalidade e internações) que todos sabemos que no Brasil dependem muito mais de variáveis socioeconômicas do que das de oferta de serviços de saúde; outras variáveis desse pacto estão sujeitas a vieses importantes, como é o caso dos indicadores de morbidade baseados em internações do SUS, que sofrem a influência da oferta no seu desempenho, e dos problemas de evasão e invasão de internações e óbitos, agravados pelas exigências de comprovação de domicílio municipal impostas pelo financiamento *per capita* – o que induz à falsificação do domicílio para se obter acesso, ou mesmo a indução a um padrão de migração diferenciado, que torna insuportavelmente e verdadeiramente elevadas as prevalências das doenças que dependem da alta tecnologia, como a insuficiência cardiovascular, o câncer e a insuficiência renal crônica, nos municípios pólo. Para completar esta argumentação acerca da inadequação dos indicadores escolhidos para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica, invocamos a argumentação de Donabedian, que adverte para a questão da plausibilidade na atribuição dos impactos epidemiológicos às ações de saúde. Seria muito mais adequado monitorar os processos, e não os resultados da atenção básica, já que os programas e as tecnologias utilizadas não carecem de comprovação de sua eficácia.

Concluindo este tópico, seria conveniente tecer algumas considerações sobre programação em saúde. Destaca-se o fato de que até pouco tempo atrás (primeiros anos do século XXI) não havia uma clara preocupação com tradução operacional desses pactos, nem tampouco com a programação das ações nas unidades prestadoras de serviço do SUS. Nesse sentido, destacam-se as primeiras referências, a partir de 2005, a uma ‘programação intramunicipal’, que certamente irá corrigir essa grave omissão. Nesse sentido, destacamos abaixo alguns trechos de documentos oficiais mais recentes da SAS, que apontam o resgate do sentido da programação enquanto técnica, no âmbito do CONASEMS e Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle.

No que se refere ao processo de programação faz-se necessário enfatizar a necessidade de fortalecimento da programação municipal permitindo ao município definição de prioridades e parâmetros a serem adotados, bem como a desagregação da programação municipal até o estabelecimento de saúde (PPI intra municipal) (Saúde, 2005).

É evidente que parâmetros assistenciais baseados unicamente em séries históricas de produção podem reproduzir os desvios já existentes, porém não se pode cair no equívoco de

desprezá-los. Para possibilitar que se tenha outra fonte de parâmetros que signifique um avanço, são necessários determinados ajustes nas aberturas programáticas que permitam a incorporação de novos parâmetros construídos a partir das áreas prioritárias do MS, levando-se em conta os protocolos e consensos existentes. Assim as aberturas programáticas devem estar em coerência com a tabela (...), com flexibilidade no seu nível de desagregação permitindo uma adaptação às necessidades de cada gestor.
(Saúde, 2006)

Parece que finalmente a ‘nova era’ está sendo inaugurada na história do SUS no Brasil. Será necessário, todavia, desenvolver programas de capacitação em massa para desenvolver as habilidades das tecno-burocracias estaduais, municipais e gerências locais para operar as ferramentas de gestão, e as ferramentas que a informática nos propicia, como os gerenciadores de bancos de dados, e as planilhas eletrônicas.

Resta saber se haverão ‘incentivos’ para as equipes locais realizarem e buscarem cumprir as suas programações, ou se isso será apenas ‘mais um papel’ a ser ‘burocraticamente’ preenchido.

Enfim, cabe ressaltar que existe sim, uma aparência de que se esteja num caminho coerente com as reformas preconizadas, “*up-to-date*” com as mais recentes novidades do mercado das tecnologias de gestão, como a ‘pactuação de metas’ para os municípios, planos de regionalização e incentivos à conformação de redes assistenciais a partir da Atenção Básica. Na prática, entretanto, nada disso parece acontecer de uma forma harmônica, coerente e ajustada, na medida em que toda essa normatização, com seus planos, pactuações e sistemas de informação, parecem não estar produzindo ainda os desejados efeitos úteis na ponta operacional do sistema, e nem mesmo o alienado cotidiano das burocracias do setor parece se alterar, apesar de nessa altura já existirem microcomputadores em praticamente todas as seções administrativas, e em muitas unidades prestadoras de serviços.

Por outro lado, é importante destacar que essas primeiras iniciativas de implementação dos instrumentos de gestão do SUS nas secretarias municipais ainda são muito recentes. Já tivemos oportunidade de comentar que as inovações propostas pela NOB 96 entraram em vigor somente a partir de 1998. As inovações das NOAS 2001 e 2002, como os Planos Diretores de Regionalização e as iniciativas de fortalecimento da Atenção Básica, como o PAB ampliado e a expansão do Programa de Saúde da Família, ainda são muito recentes.

Enfim, identifica-se que o processo de conformação de uma institucionalidade minimamente adequada para o SUS parece começar a se consolidar somente a partir de 2001. Se foi a partir de 1998 que se retoma, com o PSF, o processo de extensão de cobertura de Atenção Primária, iniciado em 1980, o processo de estruturação de instrumentos formais de

gestão e controle tem início somente a partir de 2002. Assim, pode-se dizer que as iniciativas para se conformar sistemas integrados de saúde ainda estão muito incipientes em nosso país.

Isso ajuda a explicar o fato de ainda termos uma “Atenção Básica” e um PSF de qualidades duvidosas, fazendo crer que o descuido com as suas condições operacionais independe dos repasses financeiros – que têm sido explicitamente direcionados para a Atenção Básica desde 1998. É razoável supor que tal fato esteja acontecendo em maior escala, além do campo de observação deste autor, na medida em que as causas em discussão operam em escala nacional, onde ainda prevalecem condições de gestão desfavoráveis.

A solução para esse problema precisa necessariamente de considerar a questão da habilitação para a gestão. Se os gestores municipais fossem submetidos a uma supervisão mais efetiva, onde a competência técnica nos seus quadros se constituísse em pré-condição para a qualificação da gestão, isto poderia se constituir num incentivo efetivo à conformação de tecno-burocracias mais qualificadas. Quanto a esse aspecto, é importante ressaltar que desde as Leis Orgânicas da Saúde (1990), são colocadas algumas condições para o repasse dos recursos aos municípios. A habilitação à gestão plena é instituída pelas NOB 93 e 96. A NOAS complementa essa regulamentação instituindo os ‘instrumentos de gestão’ e a adesão ao ‘sistema nacional de auditoria’, este último sendo pré-requisito para a ‘gestão plena do sistema de saúde’, junto com o processamento dos SIS. Não é difícil perceber que exigência de condições para a qualificação da gestão – a existência do Plano Municipal de Saúde, a alimentação dos bancos de dados do SUS, o “bom desempenho” dos indicadores da atenção básica do ano anterior e o pacto de melhoria desses indicadores, assim como a demonstração da capacidade de assumir as responsabilidades mínimas definidas por esta NOAS, têm assumido um caráter meramente formal, documental. Assim, ‘cumpre-se a lei’ e pode-se então se fazer o que se quer. E que a ligação entre plano, orçamento, gasto, execução e prestação de contas é fraca e meramente formal.

Conclui-se que programas de qualificação para a gestão só serão efetivos se houver uma ênfase na permanência dos quadros técnicos treinados na instituição. Portanto, a discussão acerca da importância da constituição de uma carreira profissional se coloca em novas bases, dentro da lógica do fomento de culturas organizacionais e da conformação de sistemas autopoieticos perseguidores dos princípios do SUS nas tecnoburocracias do conjunto de estados e municípios com atribuições de gestão do sistema de saúde. Esse tema será retomado ao final desse capítulo.

4.2 Considerações sobre o processo de hierarquização, descentralização e regionalização do SUS

Em qualquer sistema, o desempenho depende de sua extensão e complexidade, que determinam o grau de centralização / descentralização do controle de suas operações. Numa rede de serviços de saúde, combinações estruturais de centralização / descentralização com diferentes configurações de divisão de trabalho conformam diferentes relações de economia de escala e de escopo. Esta é a lógica por trás da idéia dos sistemas dawsonianos, cuja configuração é proposta para otimizar essas economias, propiciando assim a possibilidade de se ofertar serviços de saúde a todos, em todos os níveis de complexidade, de acordo com a necessidade. Não é difícil perceber que, dada a diversidade dos municípios brasileiros, a conformação de sistemas dawsonianos deverá envolver uma complexa pactuação entre municípios de diferentes portes e composições tecnológicas de redes assistenciais.

Ao discutir essa questão no SUS, é fundamental que se considere a singularidade do Federalismo brasileiro: a Constituição Federal de 1988 produziu neste país um tipo muito singular de federalismo, caracterizado por uma ‘municipalização autárquica’ (Silva e Mendes, 2004), com desmesurado poder para os municípios, uma indefinição do papel do ente estadual (Cordeiro, 2001) e uma relutância do ente federal em descentralizar recursos.

É importante destacar que as NOBs do século XXI (as NOAS 2001 e 2002) foram incisivas no apelo para a conformação de sistemas de saúde funcionais, regionalizados e hierarquizados, em que pese sua ênfase na questão da assistência médica. É interessante ressaltar também o caráter impositivo e verticalizante das NOAS, que diferente das duas NOBs anteriores, refletem mais uma correlação de forças dos secretários estaduais de saúde do que a posição do CONASEMS. De fato, até o final do ano de 2005, ainda não se havia conseguido fazer valer o princípio da conformação dos sistemas dawsonianos.

Do nosso ponto de vista, é importante reconhecer a maior complexidade desta última transição, pois é justamente nessa etapa que se localiza o cerne da superação de paradigma: o difícil processo de criação e consolidação de novos pactos, de novas práticas mais consistentes com as novas concepções de sistema de saúde, avançando-se assim de uma simples reforma administrativa, uma mera desconcentração que não afeta a hegemonia dos velhos modelos (pelo contrário, reforça essa hegemonia na medida que os reproduz na escala municipal), para uma verdadeira reforma assistencial. Certamente, a conformação de sistemas

loco-regionais de saúde está, digamos, fora do eixo da disputa municipalista; entretanto, ela é necessária, e reclama a interveniência do ente estadual nesse processo.

Corroborando com esse ponto de vista, Paim (1994) já advertia para alguns riscos potenciais, aos quais o processo da instituição dos distritos sanitários estaria exposto, enquanto proposta contra-hegemônica que vai de encontro a interesses corporativos solidamente implantados (tão mais solidamente quanto maior for a magnitude de uma rede de serviços pré-existente nos diversos espaços loco-regionais):

"a politização da saúde (...) resultante desse processo de luta, tanto pode contribuir para a redefinição de técnicas (meios de trabalho) no sentido de sua efetividade e democratização como, eventualmente, embotar tais iniciativas pela ação de forças voltadas para o ranço do corporativismo e para os aconchegos do senso comum, do clientelismo e do partidarismo".

Na mesma obra, citando a Gonçalves, advertia sobre a "faca de dois gumes" que um processo de descentralização poderia representar, em função do âmbito da institucionalidade vigente:

"o fortalecimento do poder local, implícito queira-se ou não na proposta de regionalização (descentralização) das ações de saúde, pode em uma sociedade significar o fortalecimento (...) de mecanismos mais democráticos de convivência política (...) e em outra sociedade significar o fortalecimento (...) de formas clientelísticas e 'corporativas' de organização do poder, atomizando as formas de consciência social".

Também corroborando essas ponderações, Vilaça Mendes e Pestana (2004) discutiram recentemente os problemas decorrentes da municipalização autárquica, ressaltando que as NOAS, ainda que não tenham conseguido produzir os efeitos práticos desejados, “devido à sua complexidade e à fragilidade de seus fundamentos, (...) deixam entrever que os problemas da municipalização autárquica foram detectados e incorporados na normativa federal do SUS”, resgatando a idéia de conformação de instâncias organizacionais meso-regionais, entre as esferas estadual e municipal, como espaço privilegiado de articulação entre os municípios. Eles também reconhecem os riscos que a conjuntura brasileira atual tem propiciado. Tomando a tipologia utilizada por estes autores, das quatro dimensões⁵³ da crise do Estado brasileiro (Silva e Mendes, 2004) pode-se dizer, relativamente à discussão dessa tese, que a dimensão da crise do aparelho de Estado⁵⁴ tem sido a principal responsável pelas ineficiências do SUS, na

⁵³ Segundo essas autores, as 4 dimensões da crise do Estado brasileiro nos anos 1980 são: a crise fiscal, a crise da forma de intervenção do Estado na economia, a crise do aparelho de Estado, e a crise política.

⁵⁴ definida como o “enrijecimento burocrático” (aspas nossas) extremado e a apropriação clientelista e corporativa das instituições públicas.

medida em que a rigidez desse aparelho vai postergar os necessários ajustes, propiciando a auto-reprodução caótica de instâncias burocráticas fragmentadas nas secretarias municipais, os sistemas fragmentados de saúde da contemporaneidade.

Um aspecto interessante de análise é o das relações de poder nas políticas de saúde. Nesse sentido, Levcovitz e colaboradores (Levcovitz, Lima *et al.*, 2001) apontam a descentralização como ponto de convergência nas propostas da reforma sanitária com as do ajuste neoliberal. Também é válido levar em conta a diferenciação mencionada por Vilaça Mendes (Mendes, 1993) entre descentralização - enquanto "transferência de poderes de uma autoridade central a outra, de uma área ou de uma função especializada, com distinta personalidade jurídica" - e desconcentração - que é "delegação de atribuições administrativas, sem a transferência do poder decisório, mantida a personalidade jurídica da mesma instituição", afirmando que o projeto neoliberal vai optar pelo modelo da desconcentração. De fato, este modelo tem sido a marca das políticas de saúde neste país, há quase um século (Luz, 2000). Esta autora afirma que “na história das políticas de saúde em nosso país freqüentemente, sobretudo na segunda metade do século, verificou-se uma sutil divisão entre a prestação (‘administração’) de serviços e sua ‘gestão’ (controle de recursos), tendente a manter o caráter centralizador das políticas públicas brasileiras através do controle do gerenciamento dos recursos no nível federal”, mas também pondera que na saúde, “tal concentração encontrou um limite no final do século, nos anos noventa, com a entrada da execução da política municipalista do Sistema Único de Saúde (SUS), através da regulamentação das Normas Operacionais Básicas (NOBs)”. Pode-se observar a expressiva e decisiva participação desses novos atores sociais, os ‘secretários municipais de saúde’, nos processos de discussão e construção em torno do conteúdo dessas NOBs.

Levcovitz em 2001 já afirmava que a implantação do SUS está caracterizada pela “formação de sistemas municipais isolados, sem a articulação e a integração necessárias à constituição do modelo sistêmico do SUS, isto é, sem as articulações necessárias para a criação dos fluxos de referência regionais e estaduais e para a harmonização dos sistemas municipais ainda em gestação”. Vilaça Mendes denomina de municipalização-inampização, "uma prática social com origem na cultura inampiana que, através da administração paramétrica da atenção médica e da ‘liturgia do controle e avaliação’, ao longo do tempo, vem exercitando um papel de intermediação das relações clientelísticas e cartoriais entre Estado e Sociedade", e que "esses padrões tradicionais de relação Estado-Sociedade, já consagrados nos governos federal e estadual, podem ser perfeitamente ‘municipalizados’ através de sua reprodução a nível local", promovendo assim o "milagre evangélico da

multiplicação: ao invés de um INAMPS nacional passar-se-ia a ter milhares de INAMPS espalhados pelos municípios brasileiros". Também esse autor coloca um certo otimismo, ainda que com uma dose de ceticismo: quando afirma que "não se deve negar que a inampização, numa visão de processo, pode representar um avanço em relação à prestação de serviços, pelo fato de que institui o mando único municipal e determina uma multiplicação dos lugares decisórios" (*op cit*). Nessa fase, os sistemas de pagamento (SIA e SIH-SUS) ainda não eram operados pelos gestores municipais, nem a auditoria (municipal) existia nos municípios.

É importante ressaltar que no atual modelo de gestão ainda vigora o processo de 'inampização', que tem levado à conformação de 'sistemas municipais de saúde', conformando o que Pestana e Vilaça (2004) discutem como o 'paradigma da municipalização autárquica'. O equacionamento das demandas entre municípios, instituído na fase da NOB 96, é instrumentalizado com a Programação Pactuada e Integrada (PPI). Enquanto "... instrumento negociado entre gestores, (a PPI) traduz as responsabilidades, objetivos, metas, referências intermunicipais, recursos e tetos orçamentários e financeiros, em todos os níveis de gestão, expressando a garantia de acesso universal aos serviços de saúde, diretamente, ou por referência a outro município, sempre por intermédio da relação gestor-gestor" (Scotti,1998). Ainda segundo este autor, "seu processo de elaboração deve ser ascendente, com base municipal respeitando a autonomia de cada gestor; envolve todas as atividades do SUS, buscando a integralidade das ações; observa critérios definidos nas comissões intergestores bipartites (CIB) e comissão intergestores tripartite (CIT) e são aprovadas nos respectivos Conselhos" (*idem*).

O papel jogado pela PPI na municipalização autárquica é inegável. As negociações da PPI vêm ocorrendo predominantemente em fóruns de secretários municipais de saúde (CIBs estaduais e regionais), onde quase nunca prevaleceram os critérios técnicos. Na ausência da lógica da programação, e na medida que a PPI não legitimava a liderança da esfera estadual nas negociações, estas eram determinadas predominantemente pelas correlações de força municipalistas que se estabeleciam nos fóruns de negociação (CIBs), e que favoreciam aos municípios menores, mais numerosos, em detrimento dos interesses dos municípios pólo.

Novamente, identificamos que o ponto crítico nesse modelo é a falta de cultura de gestão na saúde, tanto nos escritórios regionais das secretarias estaduais de saúde (SES) quanto na burocracia da maioria dos municípios brasileiros – que de uma hora para outra passaram a receber encargos e recursos com os quais não estavam acostumados a lidar. A

baixa densidade técnica nesses lugares institucionais tem feito com que prevaleça, na visão unilateral destes gestores, apenas a idéia da maximização da captação dos escassos repasses financeiros do SUS, e a da minimização do ônus de prestar atendimentos, em cada município. Como a relação entre os municípios e a mediação da esfera estadual não está clara na PPI, os arranjos que se estabeleceram tenderam a prejudicar tanto o adequado financiamento aos procedimentos de maior complexidade quanto o acesso e a qualidade relativos a este nível de atenção.

A formatação da PPI, assim como a da antiga POI, tem a marca da lógica inampiana: a persistência da lógica racionalizadora da produção e consumo de procedimentos médicos; entretanto, na POI o papel das SES era mais claro. Após a implementação da NOB 96 (em 1998), os recursos deixam de ser repassados por produção de serviços, e passaram a ser vinculados às séries históricas estaduais, transformados em parâmetros aplicados às populações municipais. Ao serem programados por critério populacional, aparentemente se aumenta a equidade em favor dos municípios sem rede assistencial de média e alta complexidade. Mas isso vem ocorrendo de uma forma distorcida, posto que se toma por base uma regionalização administrativa, burocrática, definida pelas Secretarias Estaduais de Saúde⁵⁵. Desta forma, os municípios-sede de redes de alta complexidade - que em geral atendem a uma população bem maior que a das macro-regiões de saúde a que oficialmente pertencem, passaram a sofrer significativas reduções nos seus tetos orçamentários, o que afinal prejudica o acesso dos cidadãos usuários de todos os municípios.

É importante destacar que as modificações propostas a partir da NOAS 01/2001 vieram para procurar sanar algumas dessas deficiências. Esta NOB teve a intenção de resgatar o papel do ente estadual, que perdera espaço e poder diante do que ficou estabelecido pelas NOBs anteriores. Desta forma, a NOAS veio resgatar a importância da conformação dos sistemas dawsonianos, da regionalização da assistência, da hierarquização do sistema de saúde em bases regionais, como forma de garantir maior equidade no acesso aos recursos assistenciais em todos os níveis de complexidade.

A NOAS procurou induzir a conformação de uma base territorial de planejamento em saúde que levasse em conta as características demográficas, sócio-econômicas, sanitárias, epidemiológicas, bem como a oferta de serviços e as relações entre os municípios, através da proposição de instrumentos de gestão denominados ‘Plano Diretor de

Regionalização’ (PDR) e ‘Plano Diretor de Investimentos’ (PDI). Os PDR definiram os “Módulos Assistenciais”, procedendo uma revisão técnica na conformação das “microrregiões” e “macrorregiões” de saúde, na qual se resgata a visão das redes pré-existentes sob o prisma da hierarquização e regionalização, procurando organizar regionalmente as redes assistenciais de resolubilidade crescente. Esta NOB também propôs estabelecimento de mecanismos de regulação dos fluxos (Centrais de Regulação) de usuários dentro dessas redes. Quanto aos PDI, pouco se avançou, na medida em que o período foi pautado pela escassez de recursos de investimento.

Finalizando as considerações quanto à regionalização da assistência, é importante ressaltar que os problemas relacionados com as diferenças entre as abrangências oficiais (sobre as quais se faz a programação) e as reais, que determinam efetivamente os fluxos de usuários na rede de serviços, relacionam-se à falta de um sistema de identificação que dê conta de eventuais compensações entre regiões e estados, dentro desse sistema de programação. Neste aspecto, o fato do Cartão SUS não ter tido ainda a adesão esperada também se explica, para além dos interesses individualistas dos municípios pequenos, pelo contraste entre a complexidade das operações envolvidas nesse tipo de controle, e a baixa capacitação técnica das estruturas organizacionais loco-regionais de saúde.

⁵⁵ Os recursos são repassados prospectivamente baseado na aplicação de parâmetros assistenciais à população dessas regiões, e não há uma compensação entre esses agregados regionais, já que o sistema de informação ainda não identifica o usuário segundo o seu domicílio municipal.

4.3 Considerações sobre os 'sistemas cibernéticos' do SUS

Em seguida, abordaremos as instâncias 'cibernéticas' do SUS no contexto da presente discussão. Veremos que a visão contemporânea da auditoria em sistemas de saúde no Brasil também assimila o discurso das inovações pós-fordistas, como a acreditação de estabelecimentos, a gestão pela qualidade, administração por objetivos e uso de indicadores, técnicas de negociação, ferramentas de regulação e modelos de remuneração, tecnologia em saúde, gerenciamento de custos, a medicina baseada em evidências – basta ver os conteúdos dos cursos de especialização ofertados pelas escolas de pós graduação do ramo (FGV-SP, 2006; UNIMED-MT, 2006; Enfermagem – UFBA, 2006). Na prática a coisa é bem diferente.

A própria NOAS 2001 reconhece que em geral não existe avaliação rotineira e sistemática do desempenho dos órgãos gestores e de monitoramento da implementação das atividades previstas nos instrumentos de gestão do SUS (os Planos Municipais e Estaduais de Saúde, as PPI, os relatórios de gestão). Segundo o texto da NOAS, os processos de controle e a auditoria da prestação de serviços por terceiros e dos conseqüentes faturamentos apresentam fragilidades e descontinuidades, e que tanto o Ministério da Saúde (MS), quanto a maior parte das Unidades da Federação, não dispõem de diagnósticos analíticos suficientemente precisos do funcionamento dos sistemas estaduais e municipais de auditoria, para o desenvolvimento mais adequado de estratégias e iniciativas de cooperação técnica e decisões de investimento (NOAS 2001).

Nas secretarias municipais e nas estaduais em gestão plena do sistema de saúde, os setores que respondem pelas funções de 'controle e avaliação', via de regra, se resumem a alimentar os sistemas SIA e SIH e proceder a folha de pagamento aos prestadores privados, enquanto que a 'auditoria' se resume às atividades de apuração de denúncias e visitas de fiscalização às unidades próprias e conveniadas, para verificar se as condições de funcionamento se adequam às normas e portarias que as regem. Em geral, as atividades de 'controle, avaliação e auditoria' acontecem no mesmo espaço, e as recentes determinações da SAS para a sua separação têm sido cumpridas com um certo desconforto por parte dos municípios e estados. Raramente se observa formas de apoio e cooperação técnica dos estados em relação aos municípios. Essas observações são corroboradas por pesquisas sobre a estrutura organizacional desses setores, entre as quais as realizadas por técnicos do Ministério da Saúde (MS-SAS, 2002; Silva, 2002) e uma tese de mestrado em engenharia de produção (Remor, 2002). Esta última, que analisou entrevistas com pessoas dos setores de 'controle,

avaliação e auditoria’ em várias secretarias estaduais e municipais, destaca a falta de precisão na utilização desses três conceitos, destacando que o seu uso remete aos afazeres tradicionais dos setores do ex-INAMPS que possuíam essas mesmas denominações.

“Outra situação também comum, é o emprego do termo ‘Auditoria’, sinonimizado ao Controle e Avaliação, tomados em conjunto, como se esse conjunto incluísse a Auditoria. Por outro lado, às vezes, conformam um conjunto com os termos ‘Controle e Avaliação’ indiferenciando-os entre si. Assim, ficam confusos os três conceitos. Podemos notar que os autores, e por vezes até as leis e normas, ora juntam, ora separam os conceitos de Controle, Avaliação e de Auditoria.”
(Fernandes, Santos *et al*, 2003)

Na verdade, percebe-se uma incorporação acrítica de resquícios da cultura organizacional do antigo INAMPS, nada muito além da mera formalidade. Na verdade, a implantação dos sistemas de auditoria municipais, assim como foi o caso do processo de habilitação para a gestão plena, não se pautou por critérios técnicos. Na década de 1990, os setores de controle, avaliação e auditoria, tradicionais do antigo INAMPS, foram maciçamente descentralizados para os municípios em gestão plena do sistema de saúde, sem que houvesse uma preocupação em dotá-los da necessária competência técnica para a implementação das mudanças de modelo assistencial que o SUS reclamava.

Fica patente, em função de tudo o que já foi exposto, que a questão do equacionamento das funções de controle e de avaliação é vital para qualquer reestruturação dos sistemas de saúde. Retomaremos essa questão nas considerações finais, quando iremos discutir as possibilidades e limites de reformas desses aspectos no sistema de saúde brasileiro.

No tocante ao tema da “regulação”, deve-se considerar a polissemia deste termo, que tem sido amplamente utilizado nos recentes discursos de técnicos e gestores na área de saúde, sendo que nesse campo seu uso comporta pelo menos três significados. Magalhães Júnior ressalta que a “macro-regulação” do sistema de saúde pode se estabelecer em várias bases, tanto a social-pública defendida pela Reforma Sanitária e inscrita nos postulados legais do SUS, como também em bases políticas menores (corporativas, tecnocráticas, ou baseadas em interesses privados do mercado). Nesse aspecto, afirma reconhecer que inexistente sistema ou situação sem regulação – a diferença estaria nas bases que predominam na orientação da regulação existente. É possível reconhecer nessa fala a idéia de planejamento estratégico, no sentido postulado pela corrente do planejamento em saúde na América Latina (Rivera, 1989). Nada de novo, poderia-se dizer, apenas uma nova roupagem para conceitos amplamente discutidos por intelectuais da área da Saúde Coletiva, no campo do Planejamento em Saúde.

Todavia, a diferença estabelecida entre a macro e a micro-regulação é o foco no cotidiano com que se procura caracterizar a ‘micro-regulação’.

Magalhães Junior conceitua a ‘regulação assistencial’ como a tradução para o cotidiano das operações do sistema, das regras gerais estabelecidas na ‘macro-regulação’, ao caracterizar a articulação operacional, em tempo real, dos recursos disponíveis em cada momento às necessidades concretas e imediatas dos usuários, gerindo e avaliando o que foi planejado nos vários recortes da assistência, dotando essas operações de uma ‘inteligência regulatória’ operacional, na lógica do interesse público e consoante com as decisões dos gestores. Magalhães Junior destaca esse último aspecto como um novo conceito estruturante para a construção de um sistema regulado de atenção à saúde, onde todo usuário ao adentrar a rede de serviços, passa a contar com a responsabilização (*accountability*) do sistema na solução mais adequada para o seu problema.

A ação prévia, em tempo real, dos gestores do sistema (reconhecendo aí o papel de gestor que cada trabalhador da saúde desempenha nesse processo regulador) na definição do fluxo assistencial na rede de serviços é proposta pela estruturação de ‘complexos reguladores’ como um conjunto de estratégias e ações definidas no plano da regulação assistencial, para todos os níveis do sistema, visando a organização efetiva de uma rede pública articulada, como forma de enfrentar a brutal fragmentação da assistência hoje percebida. Na visão de Magalhães Júnior (2002), esses ‘complexos reguladores’ congregariam as centrais de regulação – de urgência e emergência, obstétrica e neonatal (pré-hospitalar e portas de entrada fixas), de oncologia ou de toda a alta complexidade, dos transplantes, do conjunto das internações, das especialidades, do apoio diagnóstico, da Atenção Básica, etc. – conjunto esse responsável pela ‘micro-regulação’ do sistema de saúde.

Nesse sentido é perceptível que a idéia de ‘regulação assistencial’ traz em seu bojo uma orientação aos princípios de universalidade, equidade e integralidade. De fato, a “inteligência regulatória” transpõe para o campo operacional a discussão das ‘necessidades de saúde’ da população, substituindo a falta de inteligência da ordem de chegada dos usuários pela inteligência das evidências clínico-epidemiológicas e da percepção humanizada das necessidades, traduzidas em ‘trabalho vivo em ato’, em cada encontro singular entre trabalhador de saúde e usuário. Essa transposição do macro para o micro, do geral para o particular, caracteriza uma tendência inovadora no conjunto da normativa do controle no SUS.

Infelizmente, isso também parece não estar acontecendo de uma forma sistemática, apesar do muito que se esteja falando em acolhimento do usuário. Ainda que esteja acontecendo o acolhimento do usuário em muitas unidades assistenciais, a falta de retaguarda e de ferramentas de integração faz com que os esforços individuais dos trabalhadores que estão na ponta operacional do sistema, não atinjam os objetivos pretendidos. Isso remete ao planejamento, e à complicada questão das tecnologias de informação e comunicação no SUS, assim como às dificuldades políticas inerentes ao nosso processo de descentralização, que dificulta o estabelecimento de redes regionalmente integradas de regulação. Um exemplo dessa falta de integração pode ser dado pelos fatos freqüentemente noticiados pela imprensa sensacionalista, de perda de órgãos de doadores potenciais por falta desses mecanismos de integração.

É importante também ressaltar que a idéia de regulação assistencial se fundamenta no adequado dimensionamento da capacidade resolutive das redes assistenciais, sem a qual a sobrecarga nas emergências e nos hospitais não se resolve. Nesse sentido, destaca-se a importância da qualificação da Atenção Primária, que poderia e deveria resolver pelo menos 80% dos problemas nesse nível de atenção, assim como da conformação dos fluxos de usuários entre os níveis de atenção, o que pressupõe a conformação e o adequado dimensionamento de sistemas loco-regionais de saúde.

A NOAS/2001 normaliza a implementação de novos padrões de regionalização funcional no SUS e muda os critérios de habilitação dos municípios e micro-regiões. Embora normalizando a regulação da assistência de uma forma incompleta (sic), nos seus artigos 40 e 41 explicita que os “complexos reguladores devem congrega unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, das consultas, dos leitos e outros que se fizerem necessários”. Ela também institui “a delegação de autoridade sanitária ao médico regulador, para que exerça a responsabilidade sobre a ‘regulação da assistência’ instrumentalizada por protocolos técnico-operacionais”.

Ao analisar a evolução do conceito de regulação na fala dos gestores, Magalhães Junior reconhece a idéia de planejamento, ao considerar que a ‘regulação na saúde’ pode ser vista de duas maneiras, a macro-regulação e a micro-regulação, atribuindo à macro-regulação o significado de planejamento: “articulação e prática de mecanismos mais estratégicos de gestão, tais como o estabelecimento de planos pluri- anuais de saúde, de projetos prioritários de determinada gestão, da relação com o controle social, as definições orçamentárias e critérios para alocação de recursos, os planos de investimento, a relação com as outras

políticas sociais (...), a política de recursos humanos e o estabelecimento de regras para as relações com o setor privado na saúde (...)."

Todavia, este autor chama a nossa atenção para um fato curioso no texto da NOAS, que esta, ao determinar a “definição das interfaces da estratégia da regulação da assistência com o processo de planejamento, programação, e *outros* instrumentos de controle e avaliação” teria enfatizado o “equivoco de se considerar o planejamento e a programação como itens do controle e avaliação” (Magalhães Júnior, 2002). Aliás, ao longo das pesquisas realizadas para este trabalho, pudemos verificar que vários outros autores que estudaram o assunto, também chamaram a atenção para a profusão de imprecisões semânticas nos textos normativos das portarias do MS que tratam desse tema (auditoria, controle, avaliação, regulação, etc.).

Quanto à questão da Vigilância em Saúde, apesar da Lei 8.080/90 legitimar a Epidemiologia como ferramenta de gestão, indicando a sua utilização “... para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática”, é evidente a sua fraca apropriação por parte dos técnicos das secretarias municipais de saúde. Essa evidência surgiu a partir da pesquisa de Drumond Júnior (2001), que visitou os setores de epidemiologia e controle de doenças de 10 secretarias de saúde de municípios de grande porte, onde se assumia que houvesse um maior desenvolvimento institucional da epidemiologia em serviços de saúde. Drumond acabou por constatar “... um uso incipiente dessa ferramenta, mesmo em municípios de grande porte ou com tradição forte na administração pública”.

No tocante à descentralização das ações de vigilância em saúde e a sua integração às ações da Atenção Básica, pouco se avançou, mesmo em termos normativos. Já foi observado que o foco na assistência das políticas de saúde nos anos 90 preteriu muitos dos necessários avanços institucionais nesse setor. A idéia de se atuar nos micro-espacos por meio dos agentes comunitários de saúde parece ser uma coisa muito distante dos afazeres desse profissional no PSF. Os quadros profissionais da antiga SUCAM, embora municipalizados, continuam não-integrados a esse programa. Quanto à vigilância dos fatores de risco e programas de rastreamento das doenças crônicas não transmissíveis, sua vinculação ao PSF e à Atenção Básica é correta, mas como veremos nos próximos parágrafos, ao tratarmos dos sistemas de informação, a crônica falta de investimento em qualificação da infra-estrutura para esse nível de atenção novamente conspira contra a efetividade desses programas.

No tocante ao Controle social, os novos ‘atores sociais’ representantes dos usuários no sistema de saúde têm vindo de vários lugares institucionais, como as associações de moradores, associações de doentes crônicos e de seus familiares, sendo que há evidências de correlação entre o nível de engajamento político desses grupos e os avanços dos respectivos programas de saúde que os beneficiam. O exemplo maior é o programa da AIDS, mas outras situações de maior transcendência também se beneficiam, como é o caso do câncer e das doenças emergentes.

Há também um tipo de argumentação que precisamos analisar, desconstruir, a que oculta um sentido ‘neoliberal’ por trás das muitas exortações ao papel dos usuários como ‘voluntários’ colaboradores, ‘amigos da escola’, ONGs, etc. Tivemos a oportunidade de ouvir, por diversas ocasiões, em sala de aula e em congressos, as inflamadas colocações de Soares (2004), sobre este tipo de participação da sociedade, como argumento para o desinvestimento das funções do Estado em atividades essenciais, como a educação e a saúde.

Em suma, acreditamos que a questão do controle social é inerente ao debate democrático, dizendo respeito às formas de se controlar os excessos da burocracia, mas não acreditamos numa especificidade da saúde nesse aspecto, assim como a questão da burocracia também não é específica da saúde.

Todavia, não se pode deixar de reconhecer que a concepção do SUS é fruto de movimentos sociais que historicamente têm encontrado espaço de negociação nas Conferências Nacionais de Saúde (CNS). De fato, as deliberações da VIII CNS foram a base para os textos da CF’88 e das Leis Orgânicas da saúde, que por sua vez deram o tom das normas operacionais da saúde. Para ressaltar o seu caráter deliberativo, destacamos o contexto das duas outras Conferências Nacionais, a IX e a XI CNS.

A IX CNS ocorre durante o processo de *impeachment* do presidente Collor; sua temática "Municipalização é o Caminho", expressa a força do movimento municipalista na saúde nesta conjuntura: os ditos "municipalistas do CONASEMS" foram convidados pelo então ministro Jamil Haddad a ajudar na nova administração, e compuseram o Grupo Especial de Descentralização (GED), que elaborou o documento-proposta intitulado "Municipalização das ações de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir as leis" - que por sua vez deu o tom à portaria da NOB-93. Neste documento, destacam-se os pressupostos: "descentralização como processo envolvendo redefinição de papéis, reorganização institucional, reformulação de práticas das três esferas de governo com estabelecimento de novas relações entre eles e o

controle social; como processo que pressupõe diálogo, negociação e pactuação; implantação imediata do controle social; o processo não comporta rupturas entre as velhas e novas práticas: necessita de transição" (Carvalho, 2001).

A 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2000 em Brasília, que aconteceu sob o tema "Efetivando o SUS - Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social", procurou demonstrar que a participação popular é hoje, no Brasil, uma realidade inequívoca. A Carta Final desta Conferência tanto constata os avanços no processo de construção do SUS, destacando a criação do arcabouço jurídico-institucional ocorrida, quanto reconhece que "a verdadeira municipalização ainda não é uma realidade para todo o país, embora tenha ampliado significativamente o acesso da população a serviços de saúde com maior qualidade, diferenciando o modelo de atenção e qualificando a gestão descentralizada", e que "o processo de estruturação do SUS pode ser considerado como um movimento contra-hegemônico a um modelo político econômico predominantemente excludente". Abordando o conjunto das medidas de prescrição neoliberal, a carta destaca que o ajuste fiscal impacta duplamente o setor de saúde, seja pela indisponibilidade de recursos financeiros e materiais, seja pelo aumento da demanda da população", apresentando algumas repercussões importantes, como o retorno às intervenções de saúde de cunho campanhista, a desarticulação dos diversos níveis do sistema de saúde, e a precariedade no acesso ao SUS pela pressão da demanda, favorecendo o crescimento dos Planos e Seguros de Saúde frente a insuficiente regulação governamental, com ampliação da renúncia fiscal para esse setor.

A XI CNS pontuou uma série de recomendações no sentido de reafirmar os princípios do SUS, como também defendeu a necessidade de regulamentação do financiamento, através da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 29, a fim de atender a demanda de recursos financeiros que viabilizem o Sistema. No tocante à política de recursos humanos, a XI CNS reafirma na necessidade de uma política de Recursos Humanos para o SUS. Nesta perspectiva, destacou a imprescindível implantação da NOB de Recursos Humanos e das mesas nacional, estaduais e municipais de negociação do SUS. Por outro lado, observa-se a moção de repúdio e recomendação da suspensão e proibição de quaisquer contratos e convênios substitutivos da gestão pública, a exemplo de organizações como o PAS de Paulo Maluf e assemelhados. Enfim, que a efetivação do SUS fosse alicerçada nos princípios constitucionais e na legislação infraconstitucional para que normas e procedimentos não extrapolassem os dispositivos legais e se respeitem as competências de cada uma das esferas de Governo e, portanto, exigindo que todos os níveis de gestão, Federal, Estadual e Municipal cumprissem a legislação e apresentassem para apreciação e deliberação dos Conselhos, os

Planos Anuais de Saúde, que deveriam ser sempre discutidos amplamente com a sociedade como o caminho de efetivação do SUS.

Gostaria de chamar a atenção para um aspecto dos discursos das Conferências Nacionais de Saúde. Esses documentos via de regra expressam os valores inalienáveis representados pelos princípios do SUS. Contudo, é perceptível nesses textos a coexistência de aspectos muitas vezes contraditórios entre si. Isso é inerente ao processo democrático; entretanto, algumas recomendações expressam um viés totalitarista, na medida em que se revestem de uma normatividade excessivamente verticalizante, que tolhe qualquer possibilidade de soluções criativas por parte da periferia do sistema. Refiro-me aqui à mal sucedida versão brasileira, o PAS na gestão Maluf do governo do Estado de São Paulo, que tem servido para rechaçar essa interessante possibilidade para o nosso sistema de saúde, como é o caso dos arranjos de “primary care groups” no NHS britânico. De fato, Campos e Costa (2003), ao discutirem a NOB-RH-SUS sob as lentes do pensamento modernista e do pensamento pós-modernista, reconhecem essa contradição, expressa na coexistência entre os “discursos e práticas dominantes na administração pública (modernismo), e uma sensibilidade quanto às questões tais como diversidade, necessidade de participação das várias esferas de governo nas políticas públicas, abertura à participação da sociedade e estímulo ao controle social”.

Com relação aos conselhos de saúde locais, municipais e regionais, verifica-se a necessidade do fortalecimento dessas instâncias de controle social, na medida em que estes em geral não possuem infra-estrutura, assim como os seus conselheiros não têm a mesma articulação daqueles que atual a nível estadual e federal, e pouca clareza dos objetivos e funções a serem desempenhados. Quanto aos trabalhadores de saúde e sua participação nos conselhos, Lopes e Almeida (2000) observam que esse envolvimento se dá, muitas vezes, de forma puramente burocrática geralmente por imposição das chefias e sem maior compromisso ou responsabilidade social. Porém, alguns trabalhadores demonstram uma profunda inserção na dinâmica social local, e é possível observar que, em consequência, muitos deles vêm sendo remanejados para outros locais ou serviços de saúde. A crônica falta de participação dos gestores nos conselhos locais e regionais, bem como a ausência do secretário municipal de saúde nas reuniões do Conselho Municipal permite inferir que o gestor municipal típico não tenha um perfil de comprometimento com o desenvolvimento comunitário. Demonstra ser centralizador e, a exemplo do que historicamente sempre aconteceu no país, permite a participação popular naquilo que não modifica estruturalmente o cenário. Ou seja, a

população até interfere, porém naquilo que é permitido pelo poder público. Essa postura precisa ser revista, considerando-se que é contrária à preconizada pelo SUS e seus princípios.

Outro fator abordado por Lopes e Almeida (*op cit*) é que as ações realizadas pelos serviços de saúde são geralmente impostas, definidas sem a anuência dos principais envolvidos, de forma fragmentada e desvinculada da realidade. Com relação à participação das Instituições de Ensino Superior (IES), que deveriam contribuir consideravelmente para o envolvimento e capacitação da comunidade em geral, os autores notam que, apesar de um discurso progressista, na prática essas instituições parecem permanecer arraigadas aos velhos paradigmas.

“As prioridades e o conhecimento a ser dividido ainda continuam sendo estabelecidos pelo gosto dos profissionais das IES, sem levar em consideração as razões e interesses da população. Não se tem partido do cotidiano das pessoas como forma de identificação das reais necessidades.”

Os autores finalizam dizendo que todo este contexto nos leva a refletir que ainda estamos distantes de uma efetiva participação social nos processos decisórios e de um controle social nos moldes preconizados pela Lei nº 8142/90 e que é necessário reconhecer que o controle social também carece de capacitação para desempenhar a sua função de co-gestor do sistema de saúde, podendo contribuir de maneira sistematizada na inversão do modelo assistencial vigente.

De fato, temos um quadro também complexo no tocante à participação popular. No extremo do centro, ela tem sido posta como um componente de legitimação das ações normativas do SUS. No extremo da periferia, observa-se com mais clareza as posições ideológicas prevalentes no cotidiano do jogo de forças entre os representantes dos usuários, dos profissionais de saúde e dos gestores locais. Em ambos os casos, os atores se vinculam à lógica tradicional dos movimentos políticos e sindicais, em que pese a abertura para os novos movimentos sociais e a participação das IES nos municípios que sediam universidades públicas. Finalizando este tópico, pode-se dizer que a implantação do SUS é revestida por uma retórica de valorização do gerenciamento a nível municipal e local, mas pouco tem sido feito para a descentralização efetiva do processo gerencial. Há um processo de repasse de atribuições para os municípios, mas a lógica centralizadora e a fragmentação dos processos gerenciais nos níveis centrais (municipal, estadual e federal) ainda prevalecem, o que dificulta a organização do modelo assistencial.

Para concluir esse tópico dos ‘sistemas cibernéticos do SUS’, não podemos deixar de considerar a centralidade da questão dos Sistemas de Informação do SUS. Almeida (1998) faz uma resenha dos sistemas de informação em saúde (SIS), reconhecendo que na época em que foram criados os SIS, estes apresentavam a produção, análise e disseminação de informações centralizados a nível nacional ou estadual, como reflexo da capacidade tecnológica e da organização dos serviços de saúde existentes. E que com o avanço do processo de municipalização dos serviços de saúde e com a concomitante introdução da microinformática, a descentralização dos sistemas de informação tornar-se-ia viável e necessária, de modo a ampliar o uso das informações na definição de prioridades e atividades de acompanhamento e avaliação no nível local. Assim, a proximidade da captação e tratamento dos dados com a ocorrência dos eventos permitiria a introdução de rotinas de aprimoramento da coleta, propiciando implementar o uso das informações em ações de vigilância à saúde, as quais só podem ser desencadeadas pelo nível local. O papel dos órgãos responsáveis pelas informações no nível nacional e estadual seria então o de normatização dos sistemas, e de assistência técnica aos municípios, destacando-se a importância de capacitação dos seus recursos humanos e os das instâncias regionais das secretarias de saúde.

Todavia, o fluxo das informações no SUS tem permanecido da forma como era antes, ou seja, os dados continuam sendo consolidados manualmente e digitados no nível central, para serem enviados às esferas estadual e federal, que vêem o nível local como mero executor de ações determinadas e normalizadas de forma centralizada. Além disso, as informações produzidas não estão sendo usadas pela gestão local ou regional, para dar *feedback* aos processos produtivos. Essa afirmativa provém da observação da realidade em vários níveis, mas essas conclusões também vêm à tona em vários momentos, conforme tivemos oportunidade de publicar em congressos, a partir do material levantado nos SIS para as atividades de campo da disciplina “Atenção Primária em Saúde”, voltada para a discussão do processo de gestão das unidades básicas de saúde (Alves, Guimarães e cols, 2003; Alves, Santos e cols, 2004), como também na pesquisa sobre o processo de informatização das UBS em Juiz de Fora, quando indagamos sobre a forma com que os profissionais lidam com esses SIS (Alves e cols, 2005)⁵⁶. Também transparece nos resultados da avaliação do programa de Expansão e Consolidação Saúde da Família (PROESF), da qual estamos tendo a oportunidade de participar (trabalhos ainda em andamento).

⁵⁶ É importante ressaltar que essas pesquisas são frutos de um esforço conjunto entre o MEC e o SUS para a reestruturação do ensino de graduação na área de saúde, através do PROMED (programa de incentivo às mudanças curriculares nos cursos de medicina).

De fato, a relação dos profissionais da assistência no SUS com os seus SIS é muito complicada, e isso é o que pretendemos discutir em seguida. O advento da micro-informática e a disseminação dessa tecnologia geraram uma proliferação de sistemas de informação, que seguem a lógica fragmentada dos modelos assistenciais anteriores ao SUS, da produção ambulatorial e hospitalar e dos programas verticais, com os seus processos gerenciais independentes e centralizados, com o seu séquito de formulários a serem preenchidos pelas unidades assistenciais. Assim temos os SIS que seguem a lógica do antigo INAMPS (o Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA-SUS e o Sistema de Informações Hospitalares - SIH-SUS), coexistindo com os sistemas de acompanhamento dos programas, que seguem a lógica verticalizante da antiga Saúde Pública campanhista (Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN; Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN; Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização - PNI; Sistema de Informação do Programa de Controle da Hipertensão e do Diabetes - Hiper-Dia; Sistema de Informação do Controle do Câncer de colo uterino - SISColo; Sistema de Informação do Programa de Controle Pré Natal - SIS-PreNatal).

Mesmo com o advento do Programa de Saúde da Família, com o seu discurso de modelo substitutivo (Saúde, 1997) e a implementação do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, não se escapou à lógica centralizadora do Ministério da Saúde, nem mesmo à fragmentação, posto que esse sistema de informação veio apenas a se superpor aos demais já existentes.

Na prática, essa situação tem gerado um excessivo tempo despendido com documentos a serem preenchidos, sem que isso signifique que esses dados estejam sendo úteis para os processos decisórios, seja em nível local, seja em nível central. Com isso, o que se vê na ponta do sistema é, além de um aumento das atribuições sem correspondente aumento de investimento em infra-estrutura (as unidades assistenciais, especialmente as da Atenção Básica, além de operacionalizar os programas verticais nas suas áreas de abrangência, têm que resolver 80 a 90% da demanda) têm também de alimentar os respectivos sistemas de informação – que se multiplicam e complexificam, uma vez que a adição / adoção de novos programas, supostamente mais integradores e integrados, como o PSF, não ocorreram / decorreram de uma integração das estruturas dos níveis da administração central – federal, estadual ou municipal. Assim, por exemplo, o advento do SIAB não desobrigou o pessoal das unidades de atenção básica, de alimentar o SIA-SUS, o PNI, etc. Ou seja, as unidades de saúde do SUS, além de atender à demanda dos pacientes e alimentar os sistemas de informação da produção assistencial, operacionalizam os diversos programas do Ministério da

Saúde, e alimentam os respectivos sistemas de informação, cada qual com suas metas e a lógica de seus respectivos programas verticais. É óbvio que elas não dão conta disso tudo, até porque ainda não estão dimensionadas para tal. Como já dissemos pouco atrás nesse capítulo, a programação dos recursos dentro das unidades assistenciais, é uma atividade cuja importância só vem sendo considerada a partir de 2004-2005. Podemos facilmente evidenciar essa impossibilidade, na medida que a aplicação dos parâmetros assistenciais às populações das UBS, quando confrontadas com a sua composição em termos das capacidades potenciais dos recursos humanos, calculadas a partir da aplicação de parâmetros de produtividade, evidencia a total inadequação da estrutura dessas unidades frente ao que lhes é atribuído.

É importante destacar que a fragmentação dos programas e sistemas de informação dentro de uma unidade de saúde, em que pese a intenção de controle inerente aos sistemas de informação, não tem contribuído para o aumento do controle; pelo contrário, tem levado a uma excessiva “burocratização” (no mau sentido do termo) e conseqüentemente, a uma alienação na forma com que as pessoas lidam com esses sistemas de informação. Pois se por um lado a “não alimentação” implica em punições como o corte de repasses financeiros federais, a sua alimentação não tem resultado em sua utilização como *feedback* para os processos gerenciais.

4.3.1 Gestão de recursos humanos e educação permanente no SUS

O mesmo acontece com as estratégias de desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde (RHS), hoje atualizadas pelo conceito ‘gestão do trabalho em saúde’, cujas elaborações ganham corpo nos anos 90, destacando-se nesse sentido os trabalhos da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) e as experiências inovadoras em gestão que aconteceram em administrações municipais e estaduais progressistas nesse período. Com o apoio da rede UNIDA, o trabalho da CINAEM culminou na elaboração do conceito de Educação Permanente, que contém propostas de reforma curricular nos cursos de graduação na área de saúde, assim como de capacitação dos profissionais do SUS para a gestão e a assistência. Com o aprofundamento do diálogo entre MEC e MS decorrente dos trabalhos desta Comissão, tem início uma efetiva institucionalização do papel ordenador da formação de RH em saúde pelo SUS, prerrogativa esta garantida desde a promulgação da lei 8.080/90, cujos primeiros efeitos ocorreram na reformulação das diretrizes curriculares do MEC para o ensino de graduação na área de saúde

em 2001, e com a inversão de recursos do SUS para capacitação, buscando-se a parceria das universidades de abrangência regional, através da conformação de pólos de educação permanente (pólos de DST/AIDS e pólos de Saúde da Família, no governo FHC, o PROMED e os pólos de Educação Permanente do governo Lula) processo este que também acontece partir do final da década de 1990. Este processo se institucionaliza com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) no organograma do MS.

Pode-se concluir que a questão da gestão de pessoas é o vetor principal da presente discussão. Por um lado, dada a sua centralidade nas teorias que buscamos para balizar as nossas análises: a teoria dos sistemas sócio-culturais (auto-organizadores, autopoieticos), e as teorias organizacionais, especialmente as do contexto pós-fordista. Por outro lado, dado que na gestão da saúde em particular, o tema tem se revelado especialmente importante: não poderemos deixar de assinalar as contribuições de Nogueira (1993, 1997), Schraiber e cols (2000), Paranaguá de Santana (1997) e Souza Campos (1989), que chamaram a atenção para a importância das medidas de micro-gestão voltadas para a adoção, por parte dos profissionais de saúde (os médicos, principalmente), de comportamentos e atitudes que redundassem em ações sanitárias mais eficientes, eficazes e equitativas. Foram também os autores nacionais citados quem destacaram o outro aspecto central para esta pesquisa, qual seja, o problema da fragilidade das relações entre serviço público e política partidária neste país – corporificada pelo aparelho administrativo das secretarias de saúde em todas as esferas administrativas, que assumem as funções de macro-gestão do sistema de saúde.

No decorrer da pesquisa, outros autores (Maynard, 1999; Starfield, 2002; Médici, 2003) nos levaram a reforçar a percepção da centralidade das relações humanas tomadas no referencial sistêmico que adotamos – e que nos forneceu o vislumbre de uma nova metáfora de sistema sócio-cultural, que por sua vez guarda coerência com as teorias organizacionais alinhadas com a perspectiva pós-modernista (Burrell e Morgan, 1979; Campos e Costa, 2003). Em última análise, a centralidade da fenomenologia individual, o reconhecimento das legítimas diferenças e alteridades entre os sujeitos atuantes nos contextos sociais em geral e nas organizações em particular, da linguagem enquanto processos de construção de sentidos e dos jogos de linguagem enquanto processos de negociação permanentes desses mesmos sentidos apontam para uma nova dinâmica de interação entre sujeitos que tem substrato biológico nas teorias mais contemporâneas da biologia comportamental, como as da auto-organização e da autopoiese.

No tocante aos processos de formação e Educação Permanente de Recursos Humanos em Saúde no Brasil, hoje referida como Gestão do Trabalho em Saúde, a compreensão do processo de formação de pessoal como elemento determinante do modelo assistencial tem levado à formulação dos projetos de integração ensino-serviço, como forma de aproximar o aparelho formador do complexo processo de produção de serviços. Na década de 70, surgiram os projetos de integração docente assistencial (IDA), a partir de iniciativas de docentes dos departamentos de medicina preventiva, e profissionais de saúde comprometidos com a mudança no ensino na área de saúde, que desenvolveram, com o apoio da Fundação Kellogg, a implementação de projetos extensionistas de aumento de cobertura, dirigidos à rede básica de serviços.

É importante ressaltar que essas iniciativas partem de setores contra-hegemônicos que também existem no seio das corporações. No caso brasileiro, esses setores se situam dentro dos departamentos de medicina preventiva e saúde pública, das universidades escolas de graduação em saúde. As dificuldades em desenvolver e institucionalizar um projeto de formação de pessoal de saúde vinculado às novas abordagens na forma de organização dos serviços, levou à proposta de formação de uma rede constituída por estas iniciativas, com a finalidade de desenvolver colaboração técnica e material que promovesse a visibilidade e maior capacidade de influência do enfoque defendido por estes projetos. Este movimento desembocou no que ficou conhecido, hoje, como Rede UNIDA (Barbosa, 2000, *apud* ARAUJO, TEIXEIRA e RANGEL, 1996). Destaca-se também como importantes movimentos corporativos nesse sentido, embora com diferentes tendências facilmente compreendidas pelo viés de suas origens, o movimento da defesa da medicina de atenção primária como especialidade médica, que fundou a Medicina Geral e Comunitária nos anos 80, hoje agrupado na Sociedade Brasileira de Medicina Familiar e Comunitária, devidamente reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina, e o movimento da Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO).

As corporações profissionais da área de saúde e as Universidades, a partir da CF'88 e das Leis Orgânicas da Saúde, passam a contar com os gestores do SUS como novos parceiros, uma vez que a Lei atribui a este sistema a co-responsabilidade pela formação dos recursos humanos em saúde. A partir daí, os trabalhos da Rede UNIDA encontram um terreno fértil para os seus projetos. De fato, a atuação da Rede foi decisiva para a instituição da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico no Brasil (CINAEM), cujos trabalhos culminaram na aprovação das Diretrizes Curriculares do Conselho Nacional de Educação, para os cursos de graduação na área de saúde. Essas diretrizes enfatizam a

formação de profissionais mais afeitos às necessidades de saúde da população, resgatando a importância de uma formação generalista mais humanizada, crítica e reflexiva, na perspectiva da integralidade da assistência e responsabilidade social, e o desenvolvimento nos graduandos, de competências de comunicação, tomada de decisões custo-efetivas, liderança, administração e gerenciamento, e habilidades de auto-aprendizado e educação permanente (CNE/MEC, 2001). As Diretrizes Curriculares também enfatizam a utilização dos serviços vinculados ao SUS como cenário preferencial de ensino e treinamento, e em contrapartida, a colaboração das faculdades no processo de educação permanente dos profissionais dos serviços.

É importante ressaltar que muitos dos avanços no âmbito corporativo-universitário têm sido conquistados em cenários de poder tradicionalmente ocupados pela corporação médica especializada. No tocante à política de pós-graduação, especificamente as modalidades de treinamento em serviço (residências), tem havido grandes resistências à redistribuição das vagas e bolsas do MEC, que historicamente tem seguido uma distribuição territorial e numérica que reproduz o modelo hospitalocêntrico especializado. Neste cenário, destacam-se os avanços obtidos na integração entre o MEC e o SUS a partir do projeto CINAEM, tanto no sentido de redistribuir as vagas de residência, quanto no de retirar do âmbito exclusivamente médico essa discussão, ampliando-a para as demais profissões da área de saúde.

Essas iniciativas se pautam pela importância de fortalecer os setores corporativos alinhados com a reforma sanitária, e vêm tomando ares de macro-política a partir da criação da SGTES⁵⁷, que tem por objetivo o fortalecimento do SUS, através de iniciativas para motivar e propor a mudança na formação técnica, de graduação e de pós-graduação e desencadear um processo de educação permanente dos trabalhadores da saúde a partir das necessidades de saúde da população. Além disso, ela pretende “valorizar e fortalecer a participação e a democracia nas relações de trabalho, estabelecendo propostas de desprecarização do trabalho em saúde, de um Plano de Carreira para o SUS com definição de vínculos e carreiras que assegurem direitos dos trabalhadores e a presença do Estado na condução das políticas de saúde” (SGTES, 2003). Esse segundo aspecto – a questão da carreira para o SUS – será discutido em maiores detalhes a seguir, e nas considerações finais deste trabalho.

⁵⁷ A Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde foi inserida no organograma do Ministério da Saúde no governo Lula.

Também é importante ressaltar a importância dos Recursos Humanos nos dois âmbitos das relações entre sujeitos no contexto dos sistemas de saúde, que se definem pela separação das funções gerenciais e operacionais: os atores sociais relevantes nos macro-processos de oferta de serviços de saúde – os sujeitos administrativos (os gestores e o corpo de funcionários tecno-burocráticos) que macro-gerenciam as redes de serviços e, no tocante ao micro-gerenciamento dessa oferta, os sujeitos operacionais – principalmente os médicos.

Ao adentrar esse assunto, é importante ressaltar de antemão a estreita interdependência desses dois âmbitos de regulação. Até o presente momento, fomos por demais enfáticos em ressaltar a importância da micro-regulação como determinante da utilização dos serviços, mas cabe aqui ressaltar também, a importância fundamental de uma adequada macro-regulação para a construção da viabilidade do sistema de saúde que se micro-regula como pretendemos. Ou seja, a existência de um sistema que sabe como promover desenvolvimento de ações administrativas para engendrar uma estrutura para o sistema de saúde, que saiba como executar uma programação de recursos baseada num planejamento a partir das necessidades, e garantir de forma contínua, a provisão de insumos e a manutenção de equipamentos, um sistema capacitado para a gestão dos recursos humanos na rede (incluindo seleção de pessoal, treinamento, avaliação e educação permanente), e para o monitoramento e avaliação de seu desempenho, através de sistemas de informação adequados, que dêem suporte para os processos de controle, avaliação, auditoria e vigilância em saúde (epidemiológica, sanitária e ambiental). Sem esses fatores, que viabilizam a integração do sistema em toda a sua complexa extensão, os trabalhadores na ponta operacional do sistema dificilmente terão condições de atingir um desempenho satisfatório. Portanto, a existência de uma sofisticada “máquina administrativa” e o seu adequado desempenho, é condição essencial para o sistema ‘funcionar’ a contento. O objetivo em ambos os casos (micro e macro) é tecer considerações tendo em conta a perspectiva ‘fordismo, pós-fordismo e pós-modernismo’, para nas considerações finais do presente trabalho, discutir algumas questões relevantes para o SUS. É o que iremos fazer a seguir.

O contexto pós-fordista exige formas organizacionais mais flexíveis, mais adaptáveis a um mercado cada vez mais exigente, onde o equilíbrio entre economia de escopo e economia de escala exige um novo tipo de trabalhador. A utilização intensiva das tecnologias informatizadas de gestão tende a “enxugar” a hierarquia gerencial que separava rigidamente o trabalho mental do trabalho físico e retinha todo o poder de decisão nas mãos da gerência, em favor de um novo processo de trabalho mais cooperativo, onde todos produzem e tomam

decisões responsáveis, e se encoraja a constante reflexão sobre os resultados, que por sua vez estimula mudanças e aperfeiçoamentos constantes nos processos de trabalho como parte das operações diárias.

Nesse contexto, as abordagens mais recentes das teorias organizacionais ressaltam a importância da “cultura organizacional” como determinante do desempenho empresarial, e sua atuação consiste em ‘reparar os estragos’ produzidos pela cultura da administração científica, baseada num modo de produção baseado em ‘sujeitos dóceis’. De fato, no cenário atual das organizações flexíveis, a busca de vantagem comparativa através da inovação e da eficiência exige não mais os corpos dóceis da administração científica, mas as mentes ativas de trabalhadores pró-ativos e auto-organizadores. Nesses ambientes, maiores margens para decisão e criatividade não podem ser mais considerados obstáculos, mas sim recursos fundamentais a serem mobilizados (Campos e Costa, 2003).

Por outro lado, ao levarmos em conta os pressupostos de Burrell e Morgan (1979), assim como as observações de Souza Campos (1989) e Paranaguá de Santana (1997), verificamos que o setor saúde possui uma configuração onde a diversidade dos atores sociais nele inseridos fazem coexistir diferentes visões de mundo que representam interesses frequentemente contraditórios, o que configura um cenário complexo, onde os sentidos são constantemente negociados entre os atores envolvidos (prestadores, usuários, financiadores, fornecedores). É nesse ponto que as abordagens “pós-modernas” têm uma maior potencialidade em relação às práticas pós-fordistas convencionais. Ao postular que não se pode deixar de reconhecer a diversidade dos pontos de vista dos atores sociais que atuam nesse cenário, a proposta de um processo permanente de negociação de projetos viáveis e que contemplem os legítimos interesses dos sujeitos envolvidos, se afasta mais radicalmente dos paradigmas típicos de uma cultura institucional centrada em relações de poder baseadas na dominação.

Acreditamos que as organizações de saúde, tanto quanto ou até mais que as demais empresas atuais, possam se beneficiar das tecnologias pós-fordistas de gestão. O seu trabalhador, portanto, deve ser estimulado a trabalhar em equipe, dominar as tecnologias de informação, se auto-avaliar e a controlar ele próprio o seu desempenho, o que por sua vez será determinante na regulação do desempenho das outras partes do sistema. Todavia, a crítica pós-moderna às T.O. vai também nos advertir para a realidade das “reformas administrativas” em curso em muitas das organizações atuais, sugeridas por consultores alinhados com as mais “novas tendências” das teorias organizacionais. Nelas, em que pese a adoção dos novos conceitos como a administração por objetivos e a gestão da qualidade, a “burocracia” parece

permanecer incólume, como pode ser finamente representado através do personagem Dilbert, das tirinhas de Scott Adams, que vivencia cenas pitorescas nas grandes empresas americanas contemporâneas.

Figura 1. Cartoon de Scott Adams



Quanto à primeira vertente da questão que nos propusemos a discutir (a questão dos RH na macro-regulação) cabe antes de mais nada, fazer alguns reparos à utilização do termo “burocracia”, que em muitos pontos desse texto utilizamos sem mais rigor, e quase sempre, com um significado semelhante ao veiculado por vocalizadores de um discurso que em geral o tomam num sentido depreciativo, como um mal a ser expurgado, típico dos serviços públicos. Portanto, vale a pena resgatar nesse momento, a análise clássica de Weber sobre as burocracias nas sociedades modernas.

Primeiro, apontando o equívoco de se considerar que a burocracia seja apenas mais uma entre as diversas opções de arranjo organizacional, um modelo entre vários a serem escolhidos, como pode parecer se tomamos o discurso das Teorias Organizacionais como referência. Uma leitura mais atenta da obra de Weber vai evidenciar que a sua descrição de burocracia refere-se não a um tipo empírico, mas sim a um “tipo ideal”, que por sua vez se trata de um artifício metodológico que este autor utiliza para analisar, por contraposição, os sistemas sociais reais.

Segundo, apontando o equívoco que associa o termo a uma estrutura pesada e ineficiente. Enquanto descrevia a burocracia como “tipo ideal”, Weber destacou, além dos aspectos que ele definia como a essência da burocracia, alguns aspectos dominantes da tecnologia organizacional de sua época, que ele caracterizava como uma maquinaria pesada, mas que não necessariamente a definiam. Se tomamos a burocracia como expressão da racionalidade das organizações, que impõe regras gerais de controle sobre o funcionamento das empresas sejam elas públicas ou privadas, e assumimos que o contexto atual não

prescinde de racionalização⁵⁸, pelo contrário, clama por mais racionalização, portanto as organizações continuam a ser, em essência, burocracias. E mais, com a ampliação das possibilidades de documentação e controle dos processos de negócio pelas tecnologias de informação (T.I.), podemos dizer que quanto mais “pós-fordistas”, mais “hiper-burocráticas” serão as organizações. Desta forma, as burocracias pós-fordistas podem ser ‘mais leves e mais enxutas’, com uma amplitude hierárquico-gerencial bem menor, ou seja, com menos divisões e departamentos, como tem sido proposto pelos arautos pela reengenharia.

Seria importante agora reinterpretar o significado da burocracia. O ponto de vista de Weber, que reputamos como essencial, é o que considera a burocracia como indispensável em qualquer sociedade moderna, porque a sua existência é uma imposição de justiça distributiva (Passos Nogueira e Paranaguá de Santana, 2000). Nesse sentido, materializa uma solução fundamental de justiça numa sociedade democrática e sua estrutura é regulada por princípios (iluministas) que se conformam com o ideal geral de igualdade. De fato, a burocracia no sentido weberiano é, sobretudo, uma forma de fazer justiça através da igualdade de oportunidade no acesso dos funcionários aos postos e cargos das organizações estatais. Este acesso é fator importante de desigualdades de *status* e de propriedade entre os membros da sociedade, sendo freqüentemente alvo de cobiça por parte dos que detêm o poder, merecendo ser, portanto, regulado por critérios de justiça, sendo que em muitos países têm sido definidos como matéria constitucional.

Nesse sentido, a nossa opinião é que, a burocracia seja não um impecilho, mas exatamente o contrário: uma pré-condição para a conformação de organizações mais eficientes, na medida em que a seleção impessoal de pessoas aos cargos determine uma seleção de pessoas mais preparadas e capazes para os cargos-chave, com a conseqüente melhoria do desempenho gerencial da organização.

Paranaguá de Santana e Nogueira ressaltam que a tão criticada impessoalidade visava banir as formas personalistas de nomeação para esses postos e cargos, que em sociedades pré-modernas resultavam do arbítrio do soberano, em benefício de seus protegidos e de um modo geral, dos poderosos. Referem-se à pesquisa de Croisier (1981), que através de um minucioso estudo da burocracia em algumas instituições francesas estabeleceu evidências de que a famosa rigidez burocrática era vista menos um estilo gerencial de predileção dos funcionários, e muito mais como uma estratégia pessoal de defesa contra os abusos de poder por parte dos

⁵⁸ Aqui entendermos a racionalização no sentido de organizar os meios, via de regra, recursos escassos, para se atingir determinados fins.

chefes, servindo, portanto, para conservar espaços de liberdade que se inexistentes tornaria insuportável a vida nessas organizações.

Entende-se que as diferenças criadas entre os membros da sociedade devido à distribuição de cargos e postos de trabalho são justas quando o acesso a esses bens é feito de acordo com procedimentos que assegurem coisas tais como amplo conhecimento público, isenção e probidade no processo seletivo, uniformidade dos exames aplicados, etc. A intenção da regulação social do trabalho nos setores públicos e privados é de preservar o sentido da justiça meritocrática: quem tem maiores qualidades pessoais deve ser contemplado com as melhores posições e mais alta remuneração. Sendo essa uma característica das organizações nas sociedades democráticas, pode-se afirmar que daí resulta uma racionalidade de regras próprias da burocracia, que não podem ser contornadas ou flexibilizadas, sob pena dos administradores terem de responder perante os tribunais.

Essa argumentação revela que, embora se reconheça que a burocracia seja culturalmente mutável, susceptível de evolução e transformação, esses critérios de justiça – por se tratarem de aspectos essenciais do termo conforme definido pro Weber – não podem ser atacados em nome de uma ‘flexibilidade’ abstrata, que vocaliza *slogans* que apenas escondem a ignorância quanto às regras gerais que presidem a organização da sociedade (Passos Nogueira e Paranaguá de Santana, 2000). Esses autores, ao examinar a burocracia com um olhar sensível ao que ela representa como cultura e como manifestação de justiça, concluem dizendo que toda e qualquer organização, civil ou militar, pública ou privada, pré ou pós-fordista, segue as seguintes regras:

- Procedimentos internos definidos de maneira mais ou menos uniforme;
- Relações de autoridade hierárquicas;
- Controle de processos;
- Registros arquivados de comunicações, iniciativas e resultados obtidos.

A questão, portanto, não é defender ou rechaçar incondicionalmente a racionalização e a burocracia, como muitas vezes se faz na polêmica ‘modernismo *versus* pós-modernismo’, mas sim, indagar qual é o tipo de racionalização que se está a adotar, e a quem ela serve. Como vimos, a ‘impessoalidade burocrática’ pode tanto ser usada para o bem (ao garantir a equidade de acesso aos cargos e postos) como para o mal (legitimar a dominação), sendo que ela deve ser constantemente aperfeiçoada par limitar esse segundo aspecto.

Como exemplos dessas ‘boas características da burocracia’ no contexto das reformas do setor saúde, pode-se mencionar a menção ao conceito de meritocracia nos processos de concessão de títulos profissionais. Sob esse aspecto, a novidade é que muitas sociedades avançadas vêm evoluindo no sentido de limitar no tempo a validade da qualificação formalmente definida por exames ou títulos. Desta forma, os novos dispositivos de avaliação, acreditação e recertificação agem contra o pressuposto tradicional de que um título representa, para sempre, saber e poder. Segundo Nogueira e Paranaguá, isto exemplifica a mudança de uma concepção de equidade simples para uma de equidade complexa, compensando-a a enriquecendo-a com outros critérios de justiça para que não dêem lugar a privilégios abusivos.

A partir desse esclarecimento referente à idéia de burocracia, é possível compreender melhor a dedicatória que consta em uma das obras consultadas (Banta e cols, 1981), a Daniel Zwick, “que nos ensinou através do exemplo, que a palavra ‘burocrata’ pode ser (uma referência) honorífica”. É preciso, portanto, recontextualizar o impacto que as reformas neoliberais produziram nos aparelhos de Estado, principalmente dos países em desenvolvimento, à luz dessas considerações.

No início dessas reformas nos anos 90, os “reformistas do Estado” atacavam a burocracia, que para eles correspondia a um estilo ultrapassado de administração. Essa visão foi responsável por grandes equívocos nos processos em andamento de reestruturação dos aparelhos de Estado, que vêm sendo detectados mais recentemente. Assim, os excessos das posições reformistas sob a ideologia do “quanto menor o Estado, melhor”, levaram a um excessivo “downsizing” do aparelho burocrático estatal. Estes autores apontam que a orientação que corresponde à experiência histórica acumulada, é que “quanto melhor o Estado, melhor”. Mencionam o caso dos EUA, onde recentemente tem havido um aumento das demandas para que o Estado realize intervenções inteligentes na regulação dos mercados e na prestação de serviços essenciais – vejam os episódios recentes do 11 de setembro em Nova York e da tragédia do furacão Katrina em Nova Orleans. Esses episódios são ilustrativos de um flagrante falta de operacionalidade nas instituições de governo, devido ao *deficit* de servidores públicos e uma total falta de talentos nessas instituições.

Além disso, recentes avaliações das políticas de ajuste fiscal (que constituem o eixo das reformas neoliberais prescritas pelo FMI) vêm chamando a atenção para o impacto desfavorável que essas reformas têm produzido na distribuição de renda e nos indicadores de bem estar social dos países em desenvolvimento (Nogueira e Paranaguá de Santana, 2000 *apud* Stiglitz, 1998). A experiência das reformas econômicas mostrou que muitos países, após

a promoção dos seus ajustes, não se viram mais em condições de realizar os investimentos necessários para que pusessem em prática medidas ulteriores como (a) uma regulação eficiente dos novos mercados, (b) o desenvolvimento do capital humano, (c) o provimento de serviços de infra-estrutura; (d) por conseqüência, uma ampla distribuição dos frutos do progresso (Nogueira e Paranaguá de Santana, 2000 *apud* Ocampo, 1999).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao tecer as considerações finais dessa discussão, vale a pena recapitular os passos que nos levaram até esse ponto. Partindo da constatação de um contexto de crise mundial, buscou-se na História os elementos para entendê-la. A constituição da visão de mundo moderna, o iluminismo, a crise da modernidade e a crise do fordismo enquanto modo de regulamentação da sociedade capitalista contemporânea. Ao analisar a discussão diversos autores, destacaram-se as idéias de Lyotard (1984) e de Harvey (2002) acerca da condição pós-moderna. Pôde-se apoiar a argumentação com base nessas leituras, de que a superação da crise que se afigura como desafio para o próximo milênio, demanda novos modos de regulamentação da economia e da sociedade.

Como já foi discutido anteriormente, a crise epistemológica da modernidade tem sido associada à falência da pretensão de universalidade dos modelos mecanicistas e lineares, e de sua qualidade de legitimadores de projetos societários de controle da natureza e da sociedade. Pode-se concluir que estes modelos falharam na medida em que abordaram o indivíduo e a sociedade como se fossem máquinas - projetáveis e manipuláveis, descontextualizadas de suas dimensões histórica e biológica. De outro lado, a teoria da complexidade a idéia da complexidade dos sistemas abertos em alternativa aos modelos lineares da mecânica clássica (Bertalanffy, 1968; McWhinney, 1994). Doravante, nem mesmo a física iria resistir às evidências da complexidade, desde que Einstein demonstrou que as leis de Newton não eram fixas e universais, e que sua fixidez, como por exemplo, a constância da velocidade da luz, se limitava a uma determinada escala dos fenômenos. A Teoria Geral dos Sistemas (TGS) como apresentada por Bertalanffy (1968), foi aqui assumida como ferramenta adequada para descrever e lidar com sistemas complexos, de eficácia amplamente demonstrada nas aplicações tecnológicas que marcaram o século XX.

No campo das ciências sociais, foi apontado que a TGS tem sido equivocadamente associada com o funcionalismo Parsoniano, que percebe os sistemas sociais de um ponto de vista organicista estrito. De fato, a indústria cultural utiliza com maestria os conhecimentos oriundos deste tipo de sociologia e psicologia, que por sua vez subsidiam as técnicas de *marketing* agressivo (Adorno e Horkheimer, 1985) que sustentam, desta forma, o padrão de consumo das massas – que por sua vez sustenta o funcionamento do capitalismo contemporâneo.

Todas as argumentações apresentadas levaram a crer, que o fulcro da polêmica acerca do entendimento das organizações contemporâneas, se localiza no âmbito da ética e da

epistemologia, ou seja, nos processos dialógicos de construção dos sentidos e significados entre sujeitos.

Foi destacado que tanto as velhas como as novas concepções de controle social⁵⁹ evidenciam a necessidade de se reconhecer a fenomenologia individual, ou seja, a necessidade de cada indivíduo ter de compartilhar os seus valores com os demais, e de ter consciência de sua contribuição individual para o resultado final do sistema. Como diria Parsons, uma organização requer que os distintos valores e motivações sejam levados em consideração, e compatibilizados por uma estrutura normativa maior que os contenha e os harmonize, de modo que cada um busque cumprir o seu papel dentro do sistema (Parsons *apud* Mills, 1965).

Entretanto, a teoria contemporânea da biologia comportamental indica a pertinência de se levar em consideração a fenomenologia individual ao se tratar dos ‘sistemas socio-culturais’. Estes sistemas, ao contrário dos modelos organísmicos de sociedade imaginados por vários sociólogos (Saint-Simon, Comte, Durkheim e Parsons, entre outros), são capazes de modificar a sua estrutura para permanecerem viáveis como sistema (Buckley, 1971; Maturana, 2001). De fato, a concepção de sistemas complexos e autopoieticos, sustenta a argumentação a favor de novas formas de controle que, ao contrário das formas tradicionais, exploram mais as motivações e os interesses dos sujeitos (atores sociais) como dispositivos de adesão dos indivíduos às ‘regras do sistema’. Ela nos mostra que, sobretudo, é importante superar a alienação, enquanto epifenômeno inerente às formas tradicionais (modernas) de controle social e divisão de trabalho.

Ao se retomar a questão – que é título desta tese: ‘de que sistema se trata o SUS?’, seria conveniente parodiar ao Jairnilson Paim (2003), quando propõe a diferenciação acerca do SUS ideal, do legal e do real. Mais do que isso, se pode acrescentar: ‘que SUS real?’ Existe uma diversidade de configurações singulares de ‘SUS reais’: cidades pólo, cidades satélites, pólos micro e macro-regionais etc. O percurso metodológico seguido, ao lançar mão da abordagem de sistemas, mandava considerar as condições da realidade às quais este conceito era aplicado, utilizando para isso as noções de limite do sistema e condições de contorno. Desta forma, cada um destes ‘sistemas’ pode ser visto de forma singular, com elementos e condições de contorno específicas: as diversas conformações dependem das condições histórico-estruturais específicas, das diversas correlações de força determinadas

⁵⁹ No sentido sociológico. Não se trata do “controle social” como descrito na legislação do SUS, sobre a atuação dos conselhos de saúde.

histórica e geograficamente, pelo equilíbrio dinâmico dos interesses diferenciados em cada lugar e tempo, em cada realidade social específica.

A questão central passaria a ser a definição, em cada singularidade, do sistema real, e a quais objetivos e metas a que ele serve. Nesse ponto, foi possível salientar o alinhamento dos pressupostos dessa pesquisa como os do Planejamento Estratégico em Saúde na América Latina (Rivera, 1989). Também foi possível ressaltar a natureza caótica (no sentido da teoria do caos) dos sistemas de saúde, na medida em que o comportamento de seus agentes é condicionado por uma variedade de interesses, e que a cada momento se (re)estruturam em alianças ou oposições. No planejamento estratégico a esfera de atuação do planejador é relativizada, transcendendo o espaço dos escritórios centrais de planejamento e localizando-se nos interstícios das organizações, no cotidiano dos serviços, em arenas políticas difusas, configurando estruturas que correspondem a uma verdadeira ‘microfísica do poder’. Mario Testa enfatiza e relativiza a importância do poder dos técnicos, como uma força a mais nesse jogo de interesses, ressaltando a possibilidade dele, como qualquer outro, em determinados momentos, numa situação democrática, poder convencer e vencer o jogo político.

Ao se ter como âncora, ao longo desse trabalho, os conceitos-chave da Teoria dos Sistemas (informação, retroação, teleologia, organização e diferenciação), foi possível formular as seguintes questões, que já tivemos oportunidade de apresentar:

- Será que a *organização* das unidades operativas do SUS, enquanto *partes* que compõem o *Sistema de Saúde*, está *adequada* para a *meta* de garantir os princípios do SUS: universalidade, equidade e integralidade das ações de saúde?
- Que *informação* temos desse processo?
- A informação que temos tem *retro-alimentado* os processos decisórios, promovendo os necessários *ajustes* no funcionamento do sistema?

Foi possível argumentar que essas questões são discutidas nas Teorias Organizacionais, especialmente nas correntes pós-fordistas tributárias da TGS. Nesse sentido e nesse momento, vale a pena resgatar os argumentos de Nogueira acerca de uma delas, talvez a mais representativa de todas: a gestão pela qualidade total (GQT). Mais especificamente, as considerações sobre a sua aplicação nos serviços públicos de saúde. Nogueira afirma que não é difícil contra-argumentar às objeções à implementação da gestão pela qualidade total (GQT) na ‘Saúde Pública’; todavia, este autor prefere enfatizar que a instauração de um processo de GQT deve ser tomado como um processo pedagógico, de longo prazo, de problematização da realidade no cotidiano. Ele destaca ser fundamental difundir a consciência de que a prestação

de serviços de saúde é composta por processos de grande diversidade, alguns deles bastante similares aos que se dão em todos os setores econômicos, outros não. Se os grupos chegarem a implementar esse processo de trabalho, as discussões da GQT ajudarão a esclarecer as estratégias a serem adotadas para alcançar a qualidade como resultado.

Neste ponto, cabe explicitar alguns posicionamentos, como é o caso frente àqueles que ao veicularem um discurso ‘pela qualidade’, se agarram às críticas aos métodos quantitativos, sob a alegação de que a quantidade não importa, e sim a qualidade. Esta forma maniqueísta e simplista de pensar a qualidade dos serviços tem servido apenas para evitar o enfrentamento das questões operacionais dos serviços de saúde. Defendemos a argumentação que a qualidade como resultado pode igualmente ser julgada sob a forma de determinadas “metas a serem alcançadas”, com feições quantitativas. É importante sublinhar que, com processos e produtos “transparentes”, a qualidade não equivale a uma mera intenção, que há efeitos objetivos (e mensuráveis) que se obtêm com base no esforço persistente e coletivo, esforço este que numa organização complexa, deve se estender a toda a unidade / empresa. É a expressão objetiva dos aspectos subjetivos da qualidade. Tais condições subjetivas devem se traduzir em resultados mensuráveis de produção e produto coletivo, e em última instância, numa nova forma de divisão do trabalho e de trabalho em equipe.

Além disso, a ‘qualidade como resultado’ significa que qualidade não é mais algo dado, pressuposto nos agentes (devido p.ex. ao seu alto nível de formação ou de qualificação), mas algo que se busca incessantemente. Concluindo, Nogueira destaca que para saber se determinada unidade de saúde está ou não no caminho da qualidade, incorporando-a no seu cotidiano, deve-se estar atento a alguns sinais, como a existência de canais de expressão para os usuários, a contribuição dos profissionais para identificar causas do mau desempenho dos serviços, e a consideração pela gerência das soluções apontadas.

Esse breve retrospecto teve o intuito de recuperar vários sentidos importantes, acerca do controle nas organizações, para as considerações finais do presente trabalho. Retomando as considerações tecidas no capítulo 4, sobre os sistemas de controle do SUS, resta relacioná-las a esses aspectos mais gerais, de cunho epistemológico ou filosófico. É o que se pretende fazer em seguida.

5.1 As contradições entre o SUS ideal e o SUS real remetem à questão dos paradigmas organizacionais?

Ao adentrarmos na discussão do SUS, partimos do reconhecimento de que a sua conformação tem se caracterizado pela impotência em superar uma tensão permanente entre modelos concorrentes de assistência e de gestão, a saber, entre um (novo) conjunto de diretrizes que se quer implantar e as (velhas) forças que resistem a essa implantação. Ao longo desta dissertação procuramos caracterizar os aspectos das reestruturações nas organizações em geral, decorrentes das transformações no contexto econômico a nível mundial. Estas transformações têm afetado a todos os setores empresariais, públicos e privados, como pudemos ver ao longo desse trabalho. Na saúde em particular, os aspectos gerais e específicos dos problemas que se colocam, têm produzido respostas que convergem tanto para uma fecunda produção de conhecimentos voltados para a avaliação das tecnologias em saúde, quanto para práticas inovadoras de gestão e de regulação. Pudemos abordar esses aspectos nos capítulos anteriores, através da menção a vários movimentos de produção de saberes e práticas voltados para temáticas de distintas vertentes da saúde coletiva (da pesquisa em serviços e tecnologias de saúde, da epidemiologia e a medicina baseada em evidências, da formação e regulamentação profissional, da assistência médica gerenciada, etc.).

Com relação à implantação do SUS, foi possível verificar que temos um Sistema Único de Saúde de abrangência nacional que, apesar dos muitos avanços, na prática não absorveram as novas tecnologias de gestão, ainda conservando as estruturas organizacionais dos modelos assistenciais que lhe deram origem. Observamos a reprodução da lógica inampiana e a da saúde pública tradicional nas secretarias de saúde por todo esse país. Apesar do muito poder de gestão que foi transferido para os municípios, esse SUS nacional permanece ao mesmo tempo fragmentado e altamente centralizador, mantendo o modelo verticalizante e ditador de regras. No meio, temos um nível estadual que ainda não conseguiu encontrar o seu lugar entre o nível federal centralizador e fragmentado, e um nível municipal com poderes desmedidos e ao mesmo tempo, sobrecarregado de atribuições definidas por esse nível federal centralizador e fragmentado.

5.2 Modernismo , pós-modernismo e o papel do centro nas organizações contemporâneas

Foi possível depreender que a perspectiva pós-modernista produz uma análise que parte da crítica aos dispositivos de controle disciplinar (que dizem respeito à educação formal, à formação profissional e à gestão de pessoas nas empresas), que conformam um campo de saberes e práticas de controle social voltados para a produção de sujeitos dóceis, conformados às instituições produtivas da sociedade. O controle disciplinar, amplamente discutido por Foucault (1987), se constitui como um conjunto de técnicas elaboradas com o intuito de moldar o Homem para que ele se comporte “adequadamente” no âmbito das organizações. Embora seja inegável que o sistema capitalista se valha desses dispositivos de controle, é bom ter em mente que as alternativas apresentadas pela esquerda tradicional também se valem dos mesmos princípios, que associamos aqui à idéia de modernismo, ou fordismo. De fato, no delineamento do contexto apresentado no capítulo 1, tivemos a oportunidade de ressaltar as duas vias que se estabelecem a partir do iluminismo (esquerda e direita) apelam para os controles disciplinares como o único modo de conformar sujeitos dóceis para operar as respectivas estruturas institucionais de seus modelos societários, e que Max Weber foi quem primeiro localizou a “gaiola de ferro”, mas tomando-a, assim como Freud o fez no final de sua vida, como um “mal necessário”. A idéia de “gaiola de ferro”, recorrente em toda a obra de Weber, representa a opressão que a burocracia exerce sobre os indivíduos, em qualquer posição da sua ordem hierárquica. Fenômeno de caráter quase universal, que se manifesta onde quer que haja uma grande organização, essa opressão é magistralmente representada na obra de Franz Kafka “O Processo”, que retrata a impessoalidade alienada e alienante da burocracia sobre um anônimo cidadão, que é levada aos limites extremos do *nonsense* em sua fantástica narrativa.

Nesse sentido, pode-se dizer que Foucault abre a perspectiva pós-moderna, na medida que sua abordagem procura desconstruir pressupostos modernistas, que via de regra desconsideram a fenomenologia individual, postergando-a em prol de certas realizações transcendentais⁶⁰, como a ordem e o progresso, os “objetivos da empresa”, considerando o

⁶⁰ Se por um lado parece viável vincular Foucault às "Luzes" – na medida que suas obras privilegiam o mesmo universo temático (ciência, razão, liberdade etc.), contudo, há consistência na concepção que separa Foucault do Iluminismo, pelo fato do mesmo ter realizado uma crítica vigorosa à idealização de uma civilização, tal como ocorreu nos séculos XVIII e XIX. Uma abordagem possível para esta questão aparece na afirmação de Foucault: "As 'Luzes' que descobriram as liberdades inventaram também as disciplinas". Esta afirmação demonstra, no mínimo, a ambivalência das "luzes", suas realidades subterrâneas e, no limite, uma posição crítica na qual Foucault apresenta-se pelo menos desconfiado em relação aos progressos da razão moderna, ou em relação aos sucessos do Esclarecimento.

indivíduo como uma mera engrenagem de uma máquina, ou célula de um organismo. Desta forma, Foucault procurou desconstruir as descrições históricas convencionais ou oficiais (em geral construídas de forma linear e coerente com uma meta-narrativa de progresso), desvendando, através de sua pesquisa nos interstícios e nas discontinuidades dessas narrativas, a arqueologia do saber e a genealogia do poder, provando então que a construção desses dispositivos obedecia muito mais às disputas de poder cotidianas, entre poderosos e oprimidos. No caso do controle disciplinar, ao localizar a sua emergência nos monastérios medievais, ele mapeia a sua apropriação por parte dos filósofos iluministas proponentes das reformas da sociedade, e o seu firme enraizamento cultural propiciado por um capitalismo industrial também emergente, que demandava sujeitos dóceis e disciplinados para operar os sistemas de produção e reprodução desta nova sociedade.

Prosseguindo na mesma linha de raciocínio, destaca-se a progressiva “naturalização” das técnicas de controle disciplinar nas sociedades ocidentais modernas – que tem em Parsons a mais perfeita tradução de um modelo orgânico de sociedade, cuja coesão é baseada em princípios totalitaristas, como foi ressaltado por autores de ficção científica da época, como George Orwell e Adous Huxley, que tão bem retrataram a cena do que seria uma sociedade total e cientificamente controlada. É importante resgatar a crítica de Wright Mills a Parsons, que também se reveste de uma tonalidade tipicamente “pós-moderna”: ao expor o conceito parsoniano de “ordem normativa” como um fetiche, advertia para o perigo de considerar que os “símbolos mestres de legitimação” possuíssem uma existência transcendental e autônoma dentro da sociedade. Mills foi competente ao revelar que a relevância destes símbolos se situa tão-somente na sua utilidade para justificar ou contrariar as configurações de poder dentro da sociedade.

Quanto às teorias organizacionais, é relevante observar que as abordagens voltadas para a gestão de pessoas (ou de “Recursos Humanos”, como preferirem), são marcadas pela entrada da área “psi” no campo das T.O. No contexto fordista, é importante destacar a teoria das relações humanas, que trata de questões como liderança, moral e atitude dos trabalhadores (persistência, impulso e iniciativa), organização informal e dinâmicas de grupo, surgiu num contexto onde o acordo entre capital e trabalho era forte, nos anos 50, e que ela foi posteriormente criticada por seu caráter manipulativo. A teoria das relações humanas cede o seu lugar para a abordagem comportamental dos anos 60, com forte ênfase behaviorista, que por sua vez é seguida pela abordagem do D.O. (desenvolvimento organizacional), considerado como desdobramento prático e operacional da Teoria Comportamental a caminho da abordagem sistêmica da administração, que em termos da nomenclatura de

Buckley, ainda utiliza uma metáfora organísmica de sistema social, em que pese a ampliação da visão da empresa enquanto sistema aberto, dependente do ambiente.

Cooper e Burrell (1988) afirmam que no paradigma pós-moderno, as organizações tendem a ser menos vistas como a expressão de um pensamento planejado e de uma ação calculada, e mais como uma reação defensiva às forças intrínsecas ao corpo social, as quais constantemente ameaçam a estabilidade da vida organizada. Campos e Costa ponderam que as posições pós-modernistas são extremamente críticas em relação a qualquer movimento normalizador ou disciplinador, uma vez que quanto mais minuciosa for a intenção disciplinadora, mais inibidora de iniciativas localizadas a norma será.

Nesse sentido, Campos e Costa (2002) postulam que o papel da gestão, particularmente daqueles que se situam nos centros administrativos, deve se deslocar da prescrição de regras e controle de sua obediência, para o de incentivadores de uma rede de aprendizagem, onde mecanismos de identificação e mapeamento de experiências diversas permitam visualizar o desempenho organizacional, de tal forma que os desvios da norma possam ser apreciados tanto como “erros” a serem corrigidos, quanto como adaptações criativas às condições peculiares dos ambientes. Desta forma, através do fomento às práticas de avaliação multi-referenciadas, estimular as trocas de experiências e a divulgação do conhecimento entre os componentes do sistema, em prol da potencialização dos processos produtivos, na direção dos objetivos e metas que são por sua vez democraticamente estabelecidos e pactuados.

O texto de Nogueira e Paranaguá de Santana (2000) também traz um exemplo muito interessante de como deveria ser uma “norma pós-moderna”, quando eles citam o exemplo da Austrália. Segundo estes autores, neste país está ocorrendo um processo de transformação institucional do setor público que ocorre com forte ênfase em valores de relevância social que são inculcados tendo por referência os recursos humanos do setor público, ou seja, os servidores públicos. Embora, como noutros lugares, lá também tenha havido privatizações e inúmeras outras formas de flexibilização típicas do contexto pós-fordista, o que é singular na sua experiência é a tônica dos valores. Ou seja, busca-se ensejar uma mudança da mentalidade e da forma de agir dos servidores públicos com base em valores profundamente regulados e divulgados. O que bem atesta a força política dessa “orientação para o serviço público” é que o governo australiano transformou em letra de lei um código de conduta dos servidores, e detalhou o princípio do mérito no trabalho, os quais têm de ser honrados e implementados pelas agências autônomas. Eles mencionam as seguintes características que são ditadas pelo governo central australiano (Australian Public Service – APS: *Employment reform – a*

summary; *People & Performance in the APS: a Guide for Managers and Staff*) como sendo constitutivas de uma boa gestão de RH (*apud* APS, 1999):

- *All staff understand and are committed to the goals and values of the organization.*
- *Meeting the needs of government, clients and the community is a primary focus of all staff.*
- *Decisions on managing people are ethical and transparent.*
- *Staff are encouraged to find innovative ways to enhance organizational performance.*
- *The work environment reflects a respect for a healthy balance of work and personal life.*
- *The diverse backgrounds, cultural values, skills and knowledge of employees are viewed positively and used effectively to add value to business outcomes.*
- *Staffing practices incorporate equal employment opportunity, natural justice, privacy and elimination of unjustified discrimination.*
- *Recognition and rewards are values and performance based.*

De fato, parece estar havendo uma reconfiguração da questão da atuação dos servidores públicos na Austrália, com base em padrões éticos, políticos e legais, fazendo com que a ênfase nos dispositivos de justiça relativos a mérito e equidade de acesso aos cargos e postos do serviço público, correspondam a uma ênfase nos elementos da missão institucional e na busca de resultados (Nogueira e Paranaguá de Santana, 2000). Vale a pena citar *ipsis literis* um trecho desses autores:

“O conceito de diversidade humana e cultural é usado nesse contexto para indicar uma capacidade humana, cultural e étnica do conjunto dos trabalhadores, mas que se presta a ajudar no alcance da missão institucional. Por outro lado, tanto os esquemas de cooperação de grupos de trabalho (cooperativas) como os de negociação coletiva por local de trabalho são claramente incentivados. As agências autônomas, tendo em vista certos parâmetros nacionais, são encorajadas a adotar iniciativas próprias, o que abrange acordos coletivos com os servidores públicos para remuneração e condições de trabalho, organização do processo de trabalho, definição de diretrizes para recrutamento, seleção, promoção, e assim por diante.”

5.3 Os “sistemas cibernéticos”, a educação permanente e a parceria universidade - SUS

Em que pese toda a normativa (Constituição, leis e portarias) do SUS ser coerente com os avançados princípios consubstanciados nas Constituição e nas Leis Orgânicas, e a “relativa correção” dos arranjos de financiamento⁶¹, diagnosticamos que esse grande aparato ainda não produz os efeitos desejados por uma série de razões estruturais. Entre as principais, destacam-

se a falta de capacitação técnica das secretarias municipais de saúde, e a resistência à mudança – alimentada por setores que tradicionalmente têm ganhado dinheiro com a prestação de serviços ao sistema público de saúde.

Durante toda a concepção deste estudo, foi possível identificar o principal problema que o SUS deve enfrentar, para que se obtenha, de forma eficaz, eficiente e efetiva, a busca incessante do cumprimento dos seus princípios. O problema mais fundamental situar-se-ia na falta de estímulos efetivos e eficazes para a conformação de sistemas cibernéticos e autopoieticos coerentes com a missão institucional. Foi possível chegar à conclusão de que, sendo esse o principal problema, a sua solução vai depender, em grande parte, de arranjos estruturais (normas, dispositivos de controle, sistemas de financiamento e remuneração, outros incentivos ou ‘desincentivos’) que viabilizem a consolidação de um *corpus* técnico-burocrático e operacional altamente qualificado nas secretarias de saúde em todos os níveis de atenção e esferas de governo. A partir do atendimento a esse pré-requisito, é razoável supor que o sistema se auto-organizará.

As modernas tendências em gestão de sistemas de saúde têm como pressupostos básicos o gerenciamento da assistência através da análise quase que em tempo real do padrão de utilização dos serviços e consumo de tecnologia, e a gestão de incentivos para a auto-organização, e o desenvolvimento profissional contínuo, em parceria com as universidades, associações profissionais e representantes dos usuários, como foi visto no capítulo 3. Sem a constituição de um *corpus* tecno-burocrático eficiente e capacitado para lidar com as tecnologias de informação, e em dia com as inovações gerenciais do contexto pós-fordista, será impossível desencadear as necessárias mudanças – na gestão e no modelo assistencial. Portanto, seria altamente recomendável o fomento à constituição de uma carreira típica de Estado com essas características, como a solução mais importante e fundamental que o SUS deverá investir para dar conta de suas complexas tarefas.

Dada a complexidade do tema e a necessária sofisticação das operações necessárias para fazer face aos impasses que se colocam para o setor, não se pode deixar de destacar o impacto negativo das reformas neoliberais nas capacidades administrativas dos serviços públicos em geral, e nos de saúde em particular. Não poderia ter tido um efeito mais devastador, tendo contribuído muito mais para demolir o que já havia de sólido em termos de cultura organizacional, do que para construir uma nova em seu lugar. Pelo contrário, a cultura que floresceu nesse meio foi a da apropriação do aparelho estatal pelos asseclas dos políticos

⁶¹ Preferimos não entrar no mérito da (in)suficiência dos recursos; entretanto nos parece que a sua distribuição tem sido mais equitativa.

de plantão. E na medida em que reconhecemos a existência, na cultura política brasileira, do fenômeno dos “anéis burocráticos”⁶², é forçoso identificá-la com o já mencionado ‘principal problema que o SUS enfrenta’, como um dos determinantes da nossa “crise do aparelho de Estado”. Pôde-se verificar que a permanência da verticalização das antigas estruturas nos organogramas do Ministério da Saúde e sua replicação nas Secretarias Estaduais e Municipais faz parte da estratégia de sobrevivência de grupos de interesse historicamente consolidados e baseados numa autopoiese perversa que se configura em torno de interesses clientelísticos de políticos e de alguns representantes do setor privado de saúde, e que se traduz na ocupação de cargos-chave nas estruturas administrativas.

Também fica claro, a partir dos argumentos veiculados nesta Tese, que nos serviços públicos e na saúde em especial, a questão da gestão de Recursos Humanos tem despontado como um fator crítico, sem que os demais percam a sua importância (financiamento, descentralização, tecnologia da informação). No caso do Brasil, percebe-se claramente os efeitos devastadores da ausência de uma política de RH em todos os níveis, esferas e setores da administração pública – que se vê loteada segundo os interesses excusos das disputas de poder no jogo político-partidário. A falta de “accountability” (Campos, 1990) decerto tem profundas relações com a falta de estabilidade dos serviços públicos (veja bem: do serviço, não do servidor!) nesse país. De fato, a democracia moderna se constituiu contra a ‘opressão da burocracia’ de um estado inicialmente absolutista. Hoje em dia, os nossos algozes são os políticos, cujo acesso ao poder se viabiliza justamente a partir de um discurso ‘democrático’... Nesse sentido, o que se precisa agora é defender a Burocracia deles, para melhor defender os direitos da cidadania.

Retomando a discussão de Nogueira e Paranaguá de Santana (2000), no ponto em que observaram que diferentemente dos demais setores, na área de saúde não vem ocorrendo o “downsizing”. Pelo contrário, o emprego público nesse setor tem até crescido. No setor saúde, especialmente nos países em desenvolvimento, o efeito das políticas neoliberais nos empregos públicos tem implicado sobretudo na precarização dos contratos de trabalho. Esse fenômeno vem acontecendo em larga escala, sendo apontado em recentes pesquisas do Observatório de RH patrocinadas pelo escritório brasileiro da OPAS, sobre a terceirização de serviços

⁶² É um conceito da sociologia política, proposto por Fernando Henrique Cardoso, e que permite reconhecer a existência de mecanismos ‘informais’ que privilegiam o acesso de determinados grupos econômicos às decisões e aos recursos estatais, induzindo formas institucionais baseadas em centros decisórios situados na cúpula do sistema estatal e bastante fechados às pressões e influências ‘externas’, e que tem como protótipos no Estado

hospitalares (Girardi e colaboradores, 1999), sobre o emprego médico (SINMED-MG, CRMSP) sobre as contratações no PSF (Carvalho, Girardi e colaboradores, 2002), que mostram o contraste entre cerca de 90% dos contratos entre os profissionais do PSF celebrados com as prefeituras, com apenas cerca de 10% deles considerados empregos formais, de acordo com a legislação trabalhista; sobre contratos terceirizados de Unidades Hospitalares, Ambulatoriais e Serviços de Diagnóstico e Terapia do Sistema Único de Saúde, e inclusive nas Unidades da Administração Direta do Ministério da Saúde. Não é preciso ser um gênio para perceber que essa situação conspira contra qualquer tentativa de se estabelecer um clima, uma cultura organizacional que dê conta de levar adiante uma estratégia complexa e sustentada de mudança de modelo assistencial.

Para além da logística, uma política efetiva de pessoal implica uma agenda diferente, que contemple temas como a motivação, a participação, a relação entre mercados de trabalho privado e público, o desenvolvimento planejado e contínuo dos recursos humanos, a aceitação por parte dos profissionais de saúde, da lógica epidemiológica e do custo-efetividade, etc. E que considere o papel central dos profissionais na vida da organização – o que implica no plano institucional, numa administração participativa, em âmbito do processo de trabalho, na abertura para a iniciativa do próprio trabalhador, substituindo o “controle do desempenho por outrem” pela responsabilização (*accountability*) para com os objetivos e as práticas institucionais. Nesse sentido, é necessário reconhecer a importância do resgate dos mecanismos regulatórios da autonomia e do corporativismo dos profissionais, como forma inclusive de controlar o excesso de autonomia dos gestores da saúde, assim como de ampliar o conceito de controle social. Isto demanda ações que extrapolam as fronteiras dos serviços de saúde, re-situando o embate no campo das negociações entre as estruturas do Estado e as organizações corporativas dos trabalhadores, reconhecendo a legitimidade de seus interesses na medida em que possam coincidir com a missão do SUS.

Já foi exaustivamente destacada a importância do fortalecimento de uma “burocracia” estável que garanta o acúmulo e a manutenção do CAPITAL DE CONHECIMENTO sobre a máquina administrativa, de modo a manter a continuidade do desempenho do sistema em níveis adequados e a perseguição dos objetivos de médio e longo prazo, em benefício dos usuários. Acreditamos que sem um processo de EDUCAÇÃO PERMANENTE, com

brasileiro, a administração paralela no período JK e, mais recentemente, o modelo burocrático instituído pelos governos militares.

MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO e os INCENTIVOS apropriados, não há chances de se avançar no projeto da Reforma Sanitária neste país.

Fekete e Almeida (1999) apontam que o principal problema do processo de planejamento em saúde no Brasil é a inadequação de seus instrumentos para orientar a execução e a tomada de decisão, transformando a elaboração de planos em mera formalidade, desarticulada dos problemas concretos da ação e das necessidades de saúde da população. Eles argumentam que sem instrumentos adequados é praticamente impossível adotar qualquer modalidade de incentivo à motivação dos trabalhadores que vise a melhoria da qualidade dos serviços. Eles argumentam que o enfoque desta questão, a partir de uma perspectiva estratégica, coloca em evidência a necessidade de promover profundas alterações no campo da gestão de Recursos Humanos, a partir do reconhecimento de que os modelos tradicionais de planejamento e gestão de RH não guardam correlação com os sistemas de controle e com a complexidade dos problemas existentes. Concordamos com estes autores, na medida que todas essas questões precisam ser consideradas quando da implantação de um sistema de incentivos. E principalmente, há que se articular a metodologia do incentivo com os processos de avaliação de desempenho.

Figura 2. Esquema propositivo dos aspectos relativos à gestão do trabalho no setor saúde.



Fonte: Fekete e Almeida, 1999.

A convergência da argumentação desses autores com os da presente discussão é relevante, sendo que eles também perceberam que a concepção de co-administração democrática e de responsabilização dos gestores descentralizados do SUS tem sido bastante

obstaculizada em função da permanência dos mecanismos tradicionais e processos rígidos de controle do trabalho.

No tocante à forma que um sistema de incentivos deveria assumir no SUS, Fekete e Almeida defendem um enfoque que incorpore os mecanismos financeiros, pelo fato da remuneração não representar apenas uma importante variável econômica, mas sobretudo, ser um símbolo das recompensas psicológicas que os indivíduos buscam em seus ambientes de trabalho. Ainda segundo esses autores, grande parte das críticas aos sistemas de incentivo são dirigidas ao uso dos cálculos de produtividade⁶³ como critérios de premiação. Eles argumentam que estas críticas procedem quando os sistemas de incentivo adotados têm por base, exclusivamente, o uso do critério de produtividade. Todavia, e para além desse critério, Fekete e Almeida destacam a necessidade de se criar dispositivos pensados a partir da perspectiva da compatibilização entre as expectativas dos trabalhadores e a missão organizacional, com os pressupostos da qualidade do cuidado em saúde.

Fekete e Almeida convergem ainda mais para as argumentações deste trabalho, ao apontar uma das características das instituições públicas de saúde, cujo reconhecimento é fundamental para a reorientação das práticas de planejamento, que é a presença de diferentes interesses na produção e no consumo de serviços de saúde. Consideram que a existência de distintas esferas de governo e prestadores de serviços, portadores de diferentes culturas institucionais, propicia um complexo arranjo de forças sociais que tendem a resistir às propostas de reorganização do setor, caso as vejam como ameaçadoras às posições já consolidadas de satisfação dos seus interesses.

Diante disso tudo importa considerar que a avaliação de desempenho deva guardar estreita relação com os objetivos organizacionais e, portanto, com o planejamento, como pode ser visualizado no esquema proposto por estes autores e apresentado na figura 2 acima.

Como reforço às argumentações aqui apresentadas, é importante destacar também os trabalhos de Hartz e Contandriopoulos (2004) e de Bonet (2005), que respectivamente nos

⁶³ Relação entre produção e a capacidade produtiva; é uma medida de eficiência. De forma sucinta, estes autores relacionam uma síntese sobre os principais pontos negativos em relação a este tipo de incentivos (Kohn, 1991 apud Fekete e Almeida, 1999): de terem um efeito temporário, promovendo mudanças apenas quando presentes; que pagar não implica em obter melhores resultados; que o prêmio prejudica o relacionamento no trabalho na medida que estimula a competição entre os empregados; que os incentivos limitam o aparecimento de soluções criativas pois direcionam as ações ao mero cumprimento de metas; que o prêmio pode ter caráter punitivo por ser desmoralizante para aqueles que não alcançam os resultados esperados; e que a implantação de incentivo requer a instituição de mecanismos de controle que acabam por limitar a motivação.

níveis macro e micro-estrutural, ressaltam a relevância do problema da fragmentação e a importância da integração das partes nos seus vários níveis, desde o trabalho em equipe na unidade assistencial, que por sua vez integram os cuidados e são integrados funcionalmente por sistemas de informação, gestão e financiamento, que por sua vez são integrados normativamente por um sistema coletivo de representações e valores, em prol da integralidade.

Finalmente, é importante relacionar essas idéias com a potencialidade do papel ordenador do SUS na formação de RH na área de saúde. Quanto a esse aspecto, o aperfeiçoamento de pólos de Educação Permanente aos moldes do que está acontecendo hoje no NHS pode ser uma solução interessante. Acreditamos nesse modelo para o Brasil, na medida em que se reconheça que a atuação das Universidades permita não somente a viabilização da disseminação dos saberes e práticas gerenciais – de pesquisas diagnósticas e avaliativas, ferramentas de programação, monitoramento e avaliação, propiciando um autêntico processo de desenvolvimento profissional contínuo das atividades-meio e atividades-fim do sistema de saúde, e assim vinculando de um modo firme os sistemas cibernéticos do SUS a estes processos.

É importante ressaltar a importância estratégica da Universidade Pública como elemento de agregação e equilíbrio de forças políticas. Enquanto instituição mais estável e estruturada por uma lógica menos susceptível às injunções político-partidárias locais, pode funcionar como intermediadora e facilitadora das relações entre gestores municipais do SUS, gestores estaduais, associações corporativas dos profissionais de saúde e representantes de usuários. Nesse sentido, seria estratégico estimular o desenvolvimento gerencial daqueles municípios que são ao mesmo tempo pólos regionais de serviços e sede de universidades públicas, cuidando particularmente para que tivessem um corpus tecno-burocrático eficiente e efetivo. Isso poderia ser feito mediante fomento à pesquisas ou projetos dinamizadores da gestão em saúde. Desta forma, as formas singulares de organização e modos de regulação emergiriam e seriam objeto de estudos, pesquisas, estimulando uma produção de conhecimentos e tecnologias passíveis de serem difundidos para os demais municípios e níveis do sistema.

É igualmente importante resgatar o aspecto do controle corporativo, enquanto legítimo representante do controle social no SUS, na parceria Universidade-SUS. E nesse sentido, ressaltar a potencialidade da parceria com o movimento social dos médicos de família, que

apenas recentemente (2004) se estruturaram institucionalmente enquanto sociedade médica reconhecida pela AMB. É importante reconhecer que os interesses dos médicos de família apresentam uma especial convergência para a viabilização de novos acordos e negociações, que contemplem incentivos de mercado mais apropriados para induzir mudanças de comportamento assistencial, no sentido da conformação de sistemas autopoieticos dirigidos para o maior protagonismo da Atenção Primária no sistema de saúde. A Universidade Pública, assim como as secretarias municipais de saúde, precisam entender a relevância do seu povoamento por profissionais de saúde com formação em saúde coletiva, saúde da família, gestão de sistemas de saúde, assistência baseada em evidências, etc., propiciando acesso privilegiado e estimulando estratégias de pós-graduação *stricto sensu* para essa clientela.

5.4 O papel da ANS no SUS

Por fim, é relevante considerar uma outra questão fundamental, que diz respeito ao equilíbrio entre os Poderes instituídos: até que ponto pode o Poder Executivo ele mesmo avaliar o seu próprio desempenho. Nesse sentido, a idéia de agências reguladoras independentes, tributária das transformações pós-fordistas do Estado Moderno, poderia ser um modelo bastante interessante para o SUS. No Brasil, foi criada uma Agência Nacional de Saúde, mas a mesma tem restringido sua atuação aos aspectos da normalização dos contratos de seguros privados de saúde. Poderia-se argumentar aqui a favor de uma interveniência da ANS no SUS, no sentido dessa agência o assumir, e incorporar os sistemas municipais de auditoria e vigilância sanitária, criando uma rede de escritórios regionalizados independentes da gestão operacional, que integrassem funcionários de todos os níveis governamentais. De qualquer forma, a atuação de uma eventual ANS reengendada nesse sentido, não excluiria de modo algum o reconhecido protagonismo das Universidades, dos serviços, da comunidade e das corporações profissionais. Sem mais delongas, ficamos por aqui apenas com a convicção da inocuidade do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) conforme ele está hoje implementado.

Por fim, gostaria de encerrar comentando alguns aspectos de uma aula de Michel Foucault publicada na *Microfísica do Poder*, sobre a questão da ‘governamentalidade’ (Foucault, 1979), por tratar de uma questão que nos é notória, a saber, a plethora de normatizações do processo de implementação do SUS. Nesta conferência, Foucault propõe

que pensemos sobre a obediência às leis, não como imposição de soberania, mas como modo de disposição das coisas, mais como tática, dispositivos que façam por vários meios, que os fins sejam atingidos, oferecendo-se como instrumentos práticos, ou seja, como dispositivos de controle.

Nesse sentido, e conjugando as considerações feitas sobre o controle e avaliação do SUS com as do controle social, concluimos que um outro “gargalo”, ou “nó crítico” do SUS se situe no entendimento sobre a utilidade das leis, normas e portarias. Se as utilizássemos mais como dispositivos e menos como enunciados transcendentais ou bravatas de soberania, talvez pudéssemos começar a nos desembaraçar desse emaranhado normativo, desse ‘lixo ocidental’, e começar a recompor os nossos aparelhos de governo. Recupero aqui o exemplo da legislação australiana sobre o acesso aos cargos públicos, citada anteriormente, que interpreto como sendo um perfeito exemplo de utilização da Lei como dispositivo de controle.

Concluo destacando a fala de Gilson Carvalho, ao se referir jocosamente às “normas, norminhas e normões, que nem os próprios auditores conhecem todas”, afirmando duvidar “que aqueles que as ditam e fazem, conheçam profundamente as suas e as pérolas de um e outro” (Carvalho, 2001, apud Remor, 2002).

REFERÊNCIAS

Adorno, T. W. e M. Horkheimer. *Dialética do esclarecimento: fragmentos filosóficos*. Rio de Janeiro: Jorge Zaar Editor. 1985

Almeida, Márcia Furquim. *Descentralização de Sistemas de Informação e o Uso das Informações a Nível Municipal Informe Epidemiológico do SUS. Volume 7, nº 3, julho, agosto e setembro de 1998*

Almeida, M.J. e Lopes, M.L.S. *PARTICIPAÇÃO POPULAR E CONTROLE SOCIAL: A EXPERIÊNCIA DE LONDRINA. Espaço para a Saúde. Publicado em maio de 2000; consultado em 26/02/2006, em <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n2/doc/control.htm>*

Almeida Filho, N. *Epidemiologia sem números*. Ed. Campus, 1989.

Alves, M. J. M., Infantsi A. F. C., Almeida, R.M.V.R. *Análise Multivariada no Estudo da Dinâmica de Determinantes de Saúde. Dissertação (Mestrado em Engenharia Biomédica – COPPE - Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1995.*

Alves, M. J. M. Guimarães, M.A.M.B. Ferreira, D.C. Fonseca, K.M. *Características operacionais de unidades básicas de saúde nos serviços do SUS sob a ótica de alunos do 1º ano de medicina. In: Anais do 6º Congresso Brasileiro de Medicina de Família & Comunidade. Rio de Janeiro, 2004.*

Alves, M. J. M. Santos, S. M. R. Ferreira, D.C. Oliveira, L. N. Mendonça, J.G. Souza, R.M.B. Alves, S.T. Duarte, V.G. *Experiência de avaliação de serviços de atenção básica no município de Juiz de Fora. In: VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2003, Brasília. Ciência e Saúde Coletiva - Livro de resumos. Rio de Janeiro : ABRASCO, 2003. v. 8. p. 523-523.*

Alves, M. J. M. Gebrim D. G. Vieira F. A. Curzio, G. M.; Ricci Júnior, J. E. R. Finotti, K. F.; Canaan, M. M.; Gasparoni Jr M. P.; Meireles, R. A. C. *INFORMATIZAÇÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM JUIZ DE FORA. In: VI Congresso Nacional da Rede Unida, 2005, Belo Horizonte, MG. Anais do VI Congresso Nacional da Rede Unida, 2005.*

Alves, M. J. M. Nazareth, A. P.; Benicá F. G.; Raymundo I. T.; Mendonça J. G. Lisboa, L F M; Vassali, L. C.; Guimarães M. A. M. B.; Gasparoni Jr M. P.; Nardelli.P. Rocha *REFLETINDO SOBRE OS ASPECTOS OPERACIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA GRADUAÇÃO. In: VI Congresso Nacional da Rede Unida, 2005, Belo Horizonte, MG. Anais do VI Congresso Nacional da Rede Unida, 2005.*

Alves Peixoto, A. L. **O uso e a efetividade de modernas práticas de gestão do trabalho e da produção: um survey compreensivo da indústria brasileira.** Dissertação de Mestrado. Orientador: prof. Antônio Virgílio B. Bastos. Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia, 2004. Obtida pela Internet.

Anderson, P. **As origens da pós-modernidade.** Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

Arbage, A.P. *Teoria da Contingência estrutural. Publicado em 18/05/2000, disponível em*

http://gestor.adm.ufrgs.br/adp/tcontigenciaestru_adp014_2000_1.html . Acessado em 02/02/2006.

Atun, R. “A experiência da Grã Bretanha” In Médico de Família: Formação, Certificação e Educação Continuada. Conferências do Seminário Internacional sobre Saúde da Família. Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza, 2001.

Augusto, P.O.M. Organizações pós-modernas: possibilidades e considerações. Proceedings do Congresso “Management in Iberoamerican countries: current trends and future prospects. December, 2003. Cultura Organizacional e Simbolismo. FGV-EASP, São Paulo, SP.

Baêta, F. Tese de doutorado IMS/uerj, 2005

Bahia, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. Ciência & Saúde Coletiva, v.6, n.2, p.329-339. 2001.

Banco Mundial. World development report 1993: investing in health.
www-wds.worldbank.org/servlet/WDS_IBank_Servlet?pcont=details&eid=000009265 . Consultado em 2006.

Banta, H. D. Behney, C. J. and Willems, J. S. **Toward Rational Technology in Medicine: Considerations for Health Policy**. Springer series on health care and technology, vol. 5. New York, Springer, 1981.

Barbosa, N. B. Estudo de um caso de implantação de Projeto de Redução da Mortalidade Infantil e seu papel. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social / UERJ, 2000.

Batschelet, E. **Introdução à matemática para biocientistas**. São Paulo: Interciência EDUSP, 1978

Bertalanffy, L. V. Teoria Geral dos Sistemas. Petrópolis: Editora Vozes. 1968. 351 p.

Bobbio, N. **Direita e Esquerda. Razões e significados de uma distinção política**. São Paulo, UNESP, 2001.

Bonanno, A. A GLOBALIZAÇÃO DA ECONOMIA E DA SOCIEDADE: FORDISMO E PÓS-FORDISMO NO SETOR AGROALIMENTAR. Capítulo do livro **GLOBALIZAÇÃO, TRABALHO, MEIO AMBIENTE: MUDANÇAS SOCIOECONÔMICAS EM REGIÕES FRUTÍCULAS PARA EXPORTAÇÃO** (organizado por Josefa Salete Barbosa Cavalcanti). ABET/ PUC-Minas, 1999. Pesquisado em <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/pernambuco/05.doc>. Consultado em 2006.

Boyer, R. **A teoria da regulação – uma análise crítica**. São Paulo, Nobel, 1990.

Brasil, [Ministério da Previdência Social](#). Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923: Lei Elói Chaves.

Brasil. Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília, Senado Federal, 1988.
_____. Leis Orgânicas da Saúde: Lei 8.080 e Lei 8.142, 1990.

_____. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. / NOB SUS 96. Gestão Plena com Responsabilidade pela saúde do Cidadão. Brasília, Ministério da Saúde, 1997.

_____. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição, CNE/MEC, 2001.

_____. MANUAL DE AUDITORIA TÉCNICO-CIENTÍFICA. Brasília, Ministério da Saúde / DENASUS, 2001.

_____. Portaria nº 1886/GM. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Brasília, Ministério da Saúde, 1997.

_____. Relatório de Gestão 1998-2001. Brasília, Ministério da Saúde / Secretaria de Assistência à Saúde, 2002.

_____. Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001). Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Pesquisado em <http://www.ans.gov.br/portal/site/aans/missao.asp>, em 25 de fevereiro de 2006.

_____. Ministério da Saúde / DATASUS, 2006. Pesquisado em www.datasus.gov.br

Buckley, W. A Sociologia e a moderna Teoria dos Sistemas. São Paulo: EDUSP. 1971. 307 p.

Byrne, D. Complexity Theory and Social Research. Social Research Update, issue 18, 1997. Disponível em www.soc.surrey.ac.uk/sru/SRU18.html. Consultado em abril de 2006.

Camargo, Paulo Roberto. AS CONTRADIÇÕES ENTRE AS CONCEPÇÕES DE PROGRESSO E VIDA NA MODERNIDADE. Psicologia: Teoria e Prática 1 (1) : 43-49, 1999.

Campos, A. M. S. M. Accountability: quando poderemos traduzi-la para o português. Revista Brasileira de Administração Pública, v. 24, n. 2, p. 47-56, 1990.

_____. A contribuição de Michel Foucault segundo Gibson Burrell. (texto divulgado aos alunos da disciplina “Metodologia de Pesquisa”, para doutorandos em Saúde Coletiva do IMS/UERJ, em 2004).

_____. Apresentação Pós-Modernismo. Resenha da Revista RAP / EBAPE, sobre o número dedicado ao tema Modernismo, pós-modernismo e análise organizacional.

_____. Modernismo, pós-modernismo: preliminary peanuts. (texto divulgado aos alunos da disciplina em 2004).

Campos, A. M. S. M. Costa, I.A. Modernismo, pós-modernismo e política pública: uma leitura sobre a normalização dos recursos humanos no SUS. Revista Brasileira de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, p. 539-550, 2003.

_____. Teorias de Organização, além da Modernidade. Revista de Administração Pública, v.3. 2003.

Campos, G. W. S.; Merhy, E. E., e Nunes, E. D. **Planejamento sem Normas**. Saúde em Debate – série didática. São Paulo, HUCITEC, 1989.

[Chiavenato, Idalberto](#). **Introdução à Teoria Geral da Administração**. 4. ed. São Paulo: Makron, 1993.

CONASS e CONASEMS. Resumo executivo da Reunião de Cuiabá – MT. Pauta - Pacto de Gestão. 2005.

Cooper, R. e Burrell, G. Modernism, postmodernism and organizational analysis: an introduction. *Organizational Studies* 9(1), 1988.

Cordeiro, H. As empresas médicas. Rio de Janeiro: Graal, v.9. 1984 (Biblioteca de Saúde e Sociedade)

_____. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.6, n.2, p.319-328. 2001.

Costa, R. **Laboratório de Inteligência Coletiva**. Disponível em: <http://www.pucsp.br/linc/blog/>. Acesso em: 15 de abr. 2006.

Canadian Task Force on Preventive Health Care. Consultado em www.ctfphc.org/, em 17/02/2006, atualizado em 2005.

Dain, S. Do Direito Social à Mercadoria. Tese apresentada ao Concurso Público de Títulos e Provas para Professor Titular, na área de Economia e Financiamento do Setor Público, do Departamento de Planejamento e Administração em Saúde do Instituto de Medicina Social da UERJ, realizado de 17 a 21 de julho de 2000.

Donabedian, A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*. 2005; 83(4):691-729. Reedição do *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), parte 2, pp 166-203, 1966.

Donabedian, A. The assessment of technology and quality: a comparative study of certainties and ambiguities. *Int J Technol Assess Health Care*. 1988;4(4):487-96.

Drumond Júnior, M. *Epidemiologia e Saúde Pública: reflexões sobre os usos da epidemiologia nos serviços do Sistema Único de Saúde em nível municipal*. (Doutorado). Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

Fekete, M.C. e Almeida, M.J. SISTEMAS DE INCENTIVO AO TRABALHO EM SAÚDE. Artigo baseado na dissertação de mestrado para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva em 1999, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina. Espaço para a Saúde – versão on line. Consultado em <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n1/SITS.htm> em 2006.

Fernandes, M. A. O. D. C., Santos, C. E. V. et al. DENASUS - A GESTÃO DA AUDITORIA FEDERAL E O SNA: Mudanças no Componente Federal, rumo à Efetivação do Sistema Nacional de Auditoria: Problemas, Ações e Resultados. Ministério da Saúde. Brasília: 27/03/2003. 2003

Feuerwerker L.C.M. Impulsionando o movimento de mudanças na formação dos profissionais de saúde. *Olho Mágico*, 8 (2), 2001.

Fiori, J. L. O nó cego do desenvolvimentismo brasileiro. *Novos Estudos*. CEBRAP, São Paulo, n. 40, novembro de 1994, pp. 125-44.

Foucault, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro, Graal, 1982.

_____. **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Vozes. 1987

Francelin, M. M. A epistemologia da complexidade e a ciência da informação. *Ci. Inf.*, Brasília, v. 32, n. 2, maio/ago. 2003.

Freud, S. O mal estar na civilização. Rio de Janeiro, Imago, 1997.

Fundação Getúlio Vargas - GVPEC. Administração da Saúde. Auditoria na Gestão de Planos e Sistemas de Saúde. Consultado em <http://pec2006.fgvsp.br/auditoriaSaude.cfm>

Giddens, A. As consequências da modernidade. 1990

Girardi, S. N; Carvalho, C. L; Girardi Jr., J. B. FORMAS INSTITUCIONAIS DA TERCEIRIZAÇÃO DE SERVIÇOS EM HOSPITAIS DA REGIÃO SUDESTE DO BRASIL: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO. Observatório OPAS-RH, OPAS, Dezembro de 1999.

Goldbaum, M. Epidemiologia e serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v.12, n.2, p.95-98. 1996.

Gonçalves, R.B.M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo, Hucitec / Abrasco, 1994.

Guimarães, F. B. Os fluxos de informação no sistema único de saúde do Brasil: uma proposta de readequação. Tese (Doutorado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Instituto de Medicina Social, 206 f., 2005

Guimarães, R. e Tavares, R. (Org). **Saúde e Sociedade no Brasil – Anos 80**. Relume Dumará, Rio de Janeiro, 1994.

Hammer, M. e J. Champy. **Reengenharia: revolucionando a empresa em função dos clientes, da concorrência e das grandes mudanças da gerência**. Rio de Janeiro: Campus. 1994

Hartz, Z.M.A. e Contandriopoulos, A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 Sup. 2:S331-S336, 2004.

Harvey, David. **Condição pós-moderna – uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural** (11ª Ed). São Paulo, Loyola, 2002.

Hobsbawm, Eric. **Era dos extremos – o curto século XX: 1914-1991**. São Paulo, Companhia das Letras, 1995.

Hooker, R. The European Enlightenment: World Civilizations Home Page ©1996. Consultado em <http://www.wsu.edu/~dee/ENLIGHT/ENLIGHT.HTM>, em 15 de agosto de 2004).

Juvella, S. **Teoria da contingência**. Consultado em <http://www.geocities.com/sjuvella/TeoriadaContingencia.html>, em 3 de fevereiro de 2006.

L'Abbate, S. A análise institucional e a saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.8, n.1, p.265-274. 2003.

Lebrun, G. O que é poder. Coleção Primeiros Passos, Ed. Brasiliense

Levcovitz, E. Transição X Consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS. Um estudo sobre as reformas da Política Nacional de Saúde - 1974/1996. (Doutorado). Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

Levcovitz E, Lima L.D. e Machado C.V. 2001. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel da Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2):269-291.

Levcovitz E. e Garrido N.G. Saúde da família: a procura de um modelo anunciado. *Cadernos de Saúde da Família*, 1 (1), 1996.

Lopes, M.L.S. e Almeida, M.J. PARTICIPAÇÃO POPULAR E CONTROLE SOCIAL: A EXPERIÊNCIA DE LONDRINA. Espaço para a Saúde, atualizado em maio de 2000, acessado em <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n2/doc/controle.htm> em 2006.

Luz, M. T. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.5, n.2, Agosto de 2000, p.293-312. 2000.

_____. Práticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil urbano atual. PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs). "Integralidade". Rio de Janeiro, UERJ/ABRASCO/CNPq/2001 pp. 17 a 37.

Lyotard, J.-F. **The Postmodern Condition: A Report on Knowledge**. Manchester: Manchester University Press. 1984

Magalhães Júnior, H. M. REGULAÇÃO ASSISTENCIAL: a busca de novas ferramentas no SUS para enfrentar o desafio de garantir a assistência com equidade. *Política Social*, Fevereiro/Abril, p.7-11. 2002.

Mariotti, H. Autopoiese, Cultura e Sociedade. Pesquisado em 2005 em <http://www.geocities.com/pluriversu/autopoies.html>, página atualizada em 1999.

Mariotti, H. **Os** operadores cognitivos do pensamento complexo. Disponível em <http://www.geocities.com/pluriversu/operadores.html> Pesquisado em 2006. Página atualizada em 2005

Mariotti, H. Outro olhar, outra visão. Disponível em <http://www.geocities.com/pluriversu/arvore.html> Pesquisado em 2006. Página atualizada em 2001.

Martins, C.B. O que é sociologia. Coleção Primeiros Passos, São Paulo, Brasiliense, 2004 (61ª reimpressão da 1ª edição de 1982).

Mattos, R. A. 1993

Maturana, H. **Cognição, ciência e vida cotidiana**. Belo Horizonte: Editora UFMG. 2001. 203 p.

Maynard, A. Rationing health care: an exploration. Health Policy. 1999;49:5-11.

McNamara, C. Basics About Quality Management. Pesquisado em 2006, em <http://www.managementhelp.org/quality/general/general.htm>.

McWhinney, I. R. **Manual de Medicina Familiar**. Lisboa: Inforsalus. 1994

Médici, A. C. Tendências da gestão em saúde ao nível mundial: o caso da Assistência Médica Gerenciada (AMG). Fórum de Saúde Suplementar: abrangência da regulação. Brasília, 2003. Pesquisado em www.ans.gov.br/portal/site/forum_saude/abrangenciadaregulacao.asp em 2006.

Mendes, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80; a conformação da reforma Sanitária e a construção de hegemonia do projeto neoliberal. In: (Ed.). Distrito Sanitário: o processo de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde: HUCITEC / ABRASCO, 1993 p.19-91.

Mendonça, G. A. S. Tendências da investigação epidemiológica em doenças crônicas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(3):697-703, mai-jun, 2001

Merhy EE, Magalhães Jr, HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. **Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

Merhy, E. E. e R. Onocko. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC. 1997

Mills, C. W. A Grande Teoria. in A imaginação sociológica. Tradução de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Zahar, 1965.

Moraes, I.H.S. **Política, tecnologia e informação em saúde: a utopia da emancipação**. Salvador, Casa da Qualidade, 2002

Nogueira, R. P. O trabalho em serviços de saúde. In: (Ed.). GERUS - Especialização em gerência de unidades básicas do SUS. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1991. O trabalho em serviços de saúde

_____. **Perspectivas da Qualidade em Saúde**. Rio de Janeiro: QualityMark, 1993.

Nogueira, R. P. e Paranaguá de Santana, J. Gestão de Recursos Humanos e Reformas do Setor Público: Tendências e Pressupostos de uma Nova Abordagem. Documento elaborado sob encomenda do Programa de desenvolvimento de Recursos Humanos na OPAS, para o *Workshop on Global Health Workforce Strategy*, promovido pela OMS em Annecy, França, 2000.

Noronha, J. C. e Levcovitz E. AIS, SUDS, SUS: os caminhos do direito à saúde. In: Ims/Uerj (Ed.). **Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. AIS, SUDS, SUS: os caminhos do direito à saúde.

Noronha J.C. e Soares L.T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001.

Oliveira, Evonir P. ECO 461 - HISTÓRIA ECONÔMICA II. (Consultado em <http://www.ufv.br/dee/evonir/46104.htm>, em 25 de setembro de 2005).

Oliveira, H. e Minayo, M.C.S. A auto-organização da vida como pressuposto para a compreensão da morte infantil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.6, n.1, 2001.

Oliveira, J. A. A. e Teixeira, S. M. F. **(IM) PREVIDÊNCIA SOCIAL : 60 anos de História da Previdência Social no Brasil**. Ed. Vozes e ABRASCO, Rio de Janeiro, 1988.

Oliveira, L. A. A Natureza Inacabada: Caos, Acaso, Tempo. A Crise da Razão. Rio de Janeiro, 1995. p.

Organização Mundial de Saúde. Conferência Internacional de Atenção Primária em Saúde. Alma Ata, 1978.

Paim, J. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: M. Z. Rouquayrol e N. Almeida Filho (Ed.). *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde.

Panerai, R. B. & Peña Mohr J. **Health Technology Assessment: methodologies for developing countries**. Pan American Health Association, 1989.

Paranaguá de Santana, J. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. Documento apresentado no Painel Gestão de Recursos Humanos, na II Conferência Nacional de recursos Humanos na Saúde, Brasília, 1993. In: *Desenvolvimento gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde*. OPAS/OMS – Representação do Brasil, Brasília, 1997.

_____. *Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)* ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1997. p. (Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos).

Pereira Filho, L.T. Iniciativa privada e saúde. In *Dossiê Saúde Pública: Estudos Avançados* 13 (35), 1999.

Pestana da Silva, M. V. C. e Vilaça Mendes, E. Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Dezembro de 2004, p.80. 2004

Polanyi, K. A Grande Transformação: as origens da nossa época. 2ª Ed. Rio de Janeiro, Campus, 2000.

Raymundo, P. R. **O que é administração**. São Paulo: Brasiliense, 1992 (Coleção Primeiros Passos).

Ramos, E. M. F. Análise ergonômica do sistema hiperNet buscando o aprendizado da cooperação e da autonomia. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1996. Disponível em <http://www.inf.ufsc.br/%7Eedla/tese/tese.htm>. Acesso: 15 de abr. 2006.

Remor, L. C. **CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: Atividades de Regulação e Fiscalização**. Tese de Mestrado em Engenharia de Produção. Orientador: Prof. Francisco Antonio Pereira Fialho - Dr. Ing. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Outubro/2002

Ryder, M. Cybernetics, Systems Theory and Complexity. 2004 2004.

Sackett D. L.; Rosemberg W. M. C.; Gray J.A. M.; Haynes R. B. & Richardson W. S. Evidence Based Medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996; 312:71-72.

Saltman R.B. and Figueras J. Analysing the evidence on European Health Care Reforms. Health Affairs, March-April, 1998.

Santos, I.S. e Victora, C.G. Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup. 2:S337-S341, 2004.

Schilling, Voltaire. **Talcott Parsons e o funcionalismo estrutural**. Disponível em <http://educaterra.terra.com.br/voltaire/cultura/2002/07/08/001.htm> . Acesso: 15 de abr. 2006.

Schraiber, L. B., Nemes M. I. B., Gonçalves R.B. Saúde do Adulto - Programas e Ações Na Unidade Básica. Saúde em Debate – série didática. São Paulo, HUCITEC, 2000. 323 p.

Scotti, R. F. Informações sobre a NOB-96: um novo modelo de gestão do SUS. 1997 1996. Pesquisado em <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/nob-info.html>, em 26 de fevereiro de 2006.

Silver, L. **Planejamento Criativo: Novos Desafios em Políticas de Saúde**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará. 1992

[Shortell SM](#), [O'Brien JL](#), [Carman JM](#), [Foster RW](#), [Hughes EF](#), [Boerstler H](#), [O'Connor EJ](#). Assessing the impact of continuous quality improvement/total quality management: concept versus implementation. [Health Serv Res](#). 1995 Jun;30(2):377-401.
[Soares, Laura Tavares Ribeiro](#). [Ajuste Neoliberal e Desajuste Social na América Latina](#). UFRJ, Rio de Janeiro, 1999.

Soonis, A. **Atención de la Salud, in Medicina Sanitária e Administración de Salud**. Buenos Ayres: El Ateneo, v.2. 1984

Souza, R.R. 2001. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2):451-455.

Starfield, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO / Ministério da Saúde, 2002.

Stiglitz J 1998. More Instruments and Broader Goals: Moving Toward the Post-Washington Consensus. The 1998 WIDER Annual Lecture (Helsinki, Finland).

Susser, M., 1998. Does risk factor epidemiology put epidemiology at risk? Peering into the future. *Journal of Epidemiology Community Health*, 52:612-613.

Terceira Revolução Industrial e a Reengenharia. Consultado em 15/01/2006, em <http://www.ime.usp.br/~is/ddt/mac333/projetos/fim-dos-empregos/tercRevInd.htm> (autor desconhecido).

Testa, M. **Pensar em Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas / Abrasco, 1992

UFBA - Escola de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem. CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM AUDITORIA DE SISTEMA E SERVIÇOS DE SAÚDE.

Consultado em <http://www.pgenf.ufba.br/auditoria.asp>, em 8 de março de 2006.

UNIMED – Federação Mato Grosso. Pós Graduação Latu Sensu - Auditoria em Saúde.

Cuiabá, 2006. Consultado em <http://www.unimedmt.com.br/DesktopDefault.aspx?tabid=195>

US Preventive Services Task Force (USPSTF). Consultado em www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm, em 17/02/2006, atualizado em 2006.

Victora CG, Habicht JP, Bryce J. Evidence-Based Public Health: Moving Beyond Randomized Trials. *AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH*, 94(3):400-5, 2004.

Von Zuben, M.C.A.C. O Ensino da Ética Médica e o Horizonte da Bioética. Pesquisado em <http://www.portalmedico.org.br/revista/bio1v4/ensino.html> em 4 de março de 2006.

World Population Information. U.S. Census Bureau, Population Division, International Programs Center. 2005 2004.

Pesquisas em Websites:

A Sociologia de Talcott Parsons. <http://ssr1.uchicago.edu/PRELIMS/Theory/parsons.html>

THE HISTORY OF ECONOMIC THOUGHT WEBSITE.

<http://cepa.newschool.edu/het/profiles/polanyi.htm>

<http://geocities.yahoo.com.br/jonhassuncao/durkheim.htm>

A Sociologia de Durkheim. Consultado em 28 de setembro de 2005 em <http://www.culturabrasil.pro.br/durkheim.htm>

Teorias da Administração. WIKIPEDIA.

<http://pt.wikipedia.org/wiki/Administra%C3%A7%C3%A3o>

Referências ainda não publicadas

Estudo de Linhas de Base do PROESF – lote sudeste. IMS/UERJ e NATES/UFJF, 2005