

Por um planejamento das práticas de saúde

For a health practice planning

Jairnilson Silva Paim¹

Identificar problemas, apresentar questões e desafios, formular perguntas, produzir conhecimentos e experimentar alternativas no ensino, pesquisa e extensão constituem os elementos centrais do trabalho acadêmico. A reflexão teórica, a elaboração de conceitos e a exploração de metodologias pertinentes a um dado objeto podem ajudar a responder as perguntas formuladas, além de contribuir para a produção de conhecimento técnico-científico e a fundamentação e derivação de tecnologias.

A planificação e gestão em saúde (P&G), enquanto área disciplinar do campo da saúde coletiva, não tem sido alvo de um estudo mais sistemático quer sobre o seu objeto, quer sobre os seus métodos e técnicas, tal como tem ocorrido com a epidemiologia no Brasil. Não obstante as contribuições teóricas individuais de autores brasileiros (Schraiber, 1990; Giovanella, 1990; Artman, 1993; Teixeira, 1993; Rivera, 1995; Gallo, 1995; Merhy, 1997), consideradas da maior relevância para tal estudo, ainda deverá ser feita uma reflexão epistemológica sobre a área.

O texto “Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde: Identificando Problemas”, preparado por profissionais do Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa, vinculado ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, registra tal lacuna e aponta a necessidade da realização de uma pesquisa histórico-epistemológica específica. Os autores, então, levando em consideração a delimitação provisória da área, a partir da produção brasileira sistematizada por Teixeira e Sá (1996), tematizam o planejamento, a gestão e a avaliação em saúde não pelos vazios teórico-metodológicos mas através de questões e perguntas geradas no cotidiano de um serviço de saúde destinado à atenção primária. Este esforço representa um exemplo do trabalho acadêmico no momento em que se revela enquanto prática científica: transformação de um conjunto de referenciais teóricos, pressupostos, hipóteses, observações, dados, relatos e informações em conhecimento científico.

Privilegiando a “ponta” do sistema

Ao se privilegiar a “ponta do sistema”, isto é, uma unidade básica de saúde voltada para a atenção primária, levanta-se uma série de questões objetivas sobre o trabalho de saúde realizado neste nível (bem como suas dimensões subjetivas e intersubjetivas) e as possíveis implicações para a área da P&G. Tal problematização é construída considerando-se os processos de trabalho produtores diretos da assistência e dos cuidados em saúde (p.1). Assim, o texto entende o próprio planejamento e a gestão para além da doutrina e das técnicas que lhes conformam, ou seja, como a produção de um trabalho, que implica a organização e a realização de outros trabalhos com vistas à racionalidade produtiva dos serviços em seus diversos fins (p.1).

Muitas dessas questões já foram discutidas pelo grupo nas duas últimas décadas, mas as novas indagações, levantadas pelas pesquisas e pela reorientação das práticas voltadas para o “projeto da integralidade de saúde”, permitem aprofundar a reflexão teórica sobre P&G. Isto porque os autores identificam, ao lado da integralidade das ações, um conjunto de questões que podem ser relacionadas como problemas para o trabalho gestor: interdisciplinaridade das técnicas, interação entre multiprofissionais no trabalho em equipe e garantia de qualidade resolutiva da assistência, tanto como eficácia técnico-científica quanto como adesão e intercomunicação na relação direta entre os diversos profissionais e destes com os usuários dos serviços (p.1).

Estas questões representam em um dos componentes fundamentais para a construção e reorientação de sistemas de saúde os modelos assistenciais ou de atenção que vêm sendo objeto de preocupação, estudo e experimentação por mais de uma década no Brasil. Desde a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS) em 1986, a questão dos modelos de atenção já era identificada como uma das áreas-problema da organização social dos serviços de saúde no país.

No relatório final desse evento, foram identificados alguns problemas e propostas soluções para enfrentá-los. No caso dos modelos de atenção destacavam-se os problemas referentes à desigualdade no acesso aos serviços de saúde, à inadequação dos serviços face às necessidades, à qualidade insatisfatória e à ausência de integralidade dos mesmos. Como

¹ Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia

possíveis soluções poder-se-iam identificar as seguintes: o reconhecimento da saúde como direito do cidadão, a universalização e a equidade, a continuidade e a melhoria da qualidade dos serviços, além da integralidade da atenção.

Não obstante o caráter genérico de tais proposições, o entendimento de que a radicalidade da proposta da reforma sanitária residia nessa questão fez com que certos sujeitos sociais refletissem sobre os modelos assistenciais e desenvolvessem propostas alternativas com diferentes denominações: distritos sanitários, ações programáticas em saúde, oferta organizada, vigilância da saúde (Visau), etc. (Paim, 1999).

A teoria do processo de trabalho em saúde

É possível que muitas das propostas apresentadas estivessem vinculadas a noções construídas pela práxis diante da necessidade de se resolverem os problemas de saúde; porém, demonstravam potencial para se transformar em conceitos articulados à teoria do processo de trabalho em saúde (Mendes-Gonçalves, 1994). Esta teoria poderia facilitar a articulação dessas práticas sanitárias com as formas de organizar e gerenciar o conjunto dos trabalhos em saúde.

No texto sob exame, os autores avançam nessa teoria ao conceberem o trabalho como processo produtivo e como interação. Desse modo, procuram levar em conta *as articulações entre as ações de saúde, pelo que representam de ações estratégicas para a produção de cuidados e assistência, bem como as relações intersubjetivas, pelo que representam de ações comunicativas e partilhas de decisões* (p.1).

A intenção dos autores parece responder à crítica feita por Rivera (1995) ao enfoque estratégico do planejamento situacional porquanto Carlos Matus (1987) utilizaria a retórica comunicativa habermasiana, embora submetida a um agir estratégico que seria o cerne de tal abordagem. Por outro lado, procuram analisar a micropolítica do trabalho vivo em saúde, considerando a advertência de Merhy (1997) sobre a necessidade de se estudar a organização do processo de trabalho observando-se a discussão da subjetividade humana e as conseqüências das tecnologias “leves” e “leves-duras” para a planificação e gestão em saúde.

Paralelamente, o texto nos leva a pensar sobre as ações de saúde, ou seja, o conteúdo substantivo do sistema de saúde e não apenas o seu continente (estabelecimentos, rede de serviços, organizações, etc.), apesar de focar o planejamento, gestão e avaliação em saúde. Portanto, *as questões fundamentais são questões assistenciais bem próprias, como as da promoção da saúde e prevenção primária, relativamente a outros níveis de prevenção, e tratamentos de recuperação clínica básica, relativamente a outros níveis de intervenção médica* (p.3). Este ponto de vista diverge daqueles apresentados em outros textos e reflexões sobre P&G no Brasil que privilegiam “objetos-meio” como recursos financeiros, materiais, “informativos”, etc., em vez de “objetos-fim” (intervenção, assistência, acolhimento, cuidado, etc.).

Na realidade, a ênfase dada à questão assistencial pelo grupo da USP reflete a expressão concreta de um trabalho acadêmico que, ao tomar como referencial teórico o processo de trabalho em saúde, possibilita transitar pelas interfaces entre o planejamento e a gestão. Se o processo de trabalho em saúde realiza-se sob determinadas relações sociais (processo de produção), o sujeito está presente em distintos momentos desse processo (objeto, meios/tecnologias e trabalho propriamente dito); assim, permite recuperar o agente das práticas de saúde como “sujeito-agente” capaz de interagir comunicativamente com outros sujeitos portadores de necessidades de saúde.

Ao questionar a atenção primária como medicina da pobreza e a tecnologia apropriada como “intervenção sem saber e sem ciência”, o texto privilegia o primeiro nível de atenção do sistema de saúde; destacando a revalorização deste nível de atuação profissional, geralmente desqualificado como exercício da profissão em saúde para médicos, enfermeiros, assistentes sociais, odontólogos, nutricionistas, etc.

Muitos dos estudos publicados pelo grupo do Centro de Saúde Samuel Pessoa revelam faces distintas deste enfoque e encontram-se em condições de contribuir para a superação de certos obstáculos vivenciados pelos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família (PACS/PSF) e na implantação da vigilância da saúde (Visau); porém, os autores afirmam que não pretendem trabalhar novamente a proposta da ação programática e sim levantar as questões que a experiência lhes suscitou.

Da programação ao planejamento das práticas de saúde

A proposta de trabalho programático em saúde foi sistematizada sob a forma de teses apresentadas no II Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva em 1989 (Schraiber, 1990) em pleno ocaso das experiências dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS). Algumas dessas experiências conseguiram problematizar a questão da integralidade da atenção com a implantação de distritos sanitários (Paim, 1993; Teixeira & Melo, 1995); em outros casos aprofundou-se a dicotomia entre os programas especiais e a assistência médica individual (programação versus “consulta”) verificada desde a implementação das Ações Integradas de Saúde (AIS) a partir de 1983.

Como exemplo, o ocorrido no estado de São Paulo parece-me exemplar na medida em que o projeto reformista de Saúde Pública, desencadeado por Walter Leser na década de 70, promoveu a expansão do modelo assistencial sanitário centrado na programação, na qualificação e na criação da carreira do sanitário, bem como no preenchimento de cargos de direção da Secretaria Estadual de Saúde por este especialista. Posteriormente, com a absorção da demanda espontânea dos pacientes do Inamps pelos centros de saúde constatou-se uma falência desse modelo sem que fosse viabilizado um modelo tecnológico alternativo. Para além do confronto de posições ideológicas entre “inampianos” e “sanitaristas”, a tese de doutorado de Mendes-Gonçalves (1994) estabelecia a fundamentação teórica para a busca de alternativas.

Na Bahia tal confronto não se fez de forma evidente. Em primeiro lugar, nunca tivemos um modelo assistencial sanitário plenamente implantado e com bons resultados. Em segundo lugar, os centros e postos de saúde sempre atenderam à demanda espontânea por assistência médica, mesmo antes das AIS. O que realizávamos de trabalho programático normalmente era a reprodução acrítica dos programas verticais do Ministério da Saúde, diversificados a partir da segunda metade da década de 70. Portanto, a questão da integralidade posta pela implantação dos distritos sanitários em 1987 passou menos por confrontos ideológicos e mais pela resistência e luta política na organização dos processos de trabalho nas unidades de saúde. Nesse sentido, o estudo de Mendes-Gonçalves (1994) foi funda-

mental para a compreensão daqueles processos (Paim, 1996) que não se esgotavam nas questões de planejamento e gestão de recursos.

Atualmente, a Visau pode representar o modelo assistencial alternativo, ou seja, uma combinação de tecnologias voltadas para o enfrentamento continuado de danos, riscos e determinantes de problemas de saúde selecionados. Pode representar a possibilidade de intervenção, além da análise e monitoramento dos perfis de morbi-mortalidade e de riscos, bem como de seus determinantes. Tal como a *ação programática em saúde*, tende a levar o planejamento para a intimidade das práticas de saúde incidindo sobre o seu núcleo central: o processo de trabalho em saúde e o conjunto das relações sociais que o constituem.

O estudo de Vilasbôas (1998) reitera a necessidade de se examinarem as interfaces entre gestão e processos de trabalho em saúde, como proposto pelos companheiros da USP nos anos 80. A sua potencial expansão através do *Projeto VIGISUS – Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde* do Ministério da Saúde pode beneficiar-se da reflexão sistematizada neste texto em discussão.

A expressão vigilância em/à/da saúde representa, a prática de um conceito (Althusser, 1978) que reivindica um trabalho teórico para elevá-lo à condição de conceito para auxiliar na compreensão dos limites e possibilidades de sua incorporação no cotidiano dos serviços de saúde e de outras organizações; desse modo, poderia engendrar distintas ou inovadoras práticas articuladas a projetos político-ideológicos voltados para a totalidade social. Esse esforço, entretanto, deve ter o propósito de delimitar os componentes mais ideológicos da proposta da Visau para que não se torne uma doutrina ou seita pretensamente iluminista, com certo apelo retórico porém com pouca efetividade prática. Não se pretende com isso recusar o movimento ideológico subjacente à proposta que pode ter relevante dimensão estratégica, mas sim registrar o interesse de não se limitar a defender posições em vez de produzir conhecimentos que contribuam efetivamente para reorientar os modelos de atenção à saúde e para resolver problemas da realidade e não meros esquemas, desejos e abstrações.

A produção científica do grupo da USP sobre o trabalho programático em saúde refletida no texto em questão aponta alternativas para os que investem no desenvolvimento da

vigilância da saúde como um tipo de planejamento capaz de capilarizar-se pela intimidade das práticas de saúde. Conseqüentemente, tanto a ação programática quanto a Visau colocam-se para o gestor como opções tecnológicas para exercer a “boa prática” em saúde. Esta pode ser *operada segundo um modo de prestar os serviços que cumpra tanto com as expectativas de consumo das sociedades estruturadas na forma mercado, quanto com as expectativas políticas e éticas da máxima distribuição deste benefício que constitui a assistência à saúde e das conquistas do direito à saúde com base na reforma sanitária brasileira* (p.5).

Os desafios atuais do gestor público da saúde são de grande complexidade, como acentuam os autores. Se entre 1950 e 1975 podia-se considerar o “administrador em saúde pública” gerindo unidades de saúde, nos últimos 25 anos no Brasil vem se plasmando a figura do gestor da rede de unidades públicas de saúde em articulação com o setor privado. Para obter alta resolutividade e boa qualidade técnico-científica das ações o gestor público em saúde passa a requerer uma competência específica: *...incorporar todo o conhecimento científico já produzido e operado, hoje, nas diversas tecnologias de intervenção em medicina e saúde pública, porém, com crítico discernimento – de técnico e gerente – tal como necessário (e como convém) para fazer frente à sua específica qualificação profissional. Esta, além de compreender as decisões quanto à intervenção apropriada nos processos saúde-doença nas duas esferas que agora se entrecruzam (individual e populacional), deve contemplar a administração da oferta e consumo dos serviços, no formato demanda individualizada por cuidados e outros serviços e que, ainda mais, se dispõe como consumo de bens em mercado* (p.6).

Aspectos metodológicos

O texto destaca certos movimentos da área de planejamento-gestão-avaliação no sentido de abordagens mais processuais das organizações, trazendo a interatividade e a comunicação dos sujeitos como objetos de reflexão e ação. Esse é um dos tópicos de fronteira da P&G registrados no texto que pode relativizar a ênfase na administração das coisas e criar tecnologias leves (Merhy, 1997) na condução de processos de trabalho em saúde. O trabalho, desse modo, passa a ser considerado analiticamente em sua dupla dimensão de ação

social: ação produtiva (racionalidade estratégica dirigida a fins) e ação comunicativa (interação social voltada para o entendimento).

No primeiro caso, os autores distinguem o “saber operante” (que orienta a aplicação da ciência) em relação ao “saber prático” (que, na atividade do trabalho, enriquece o saber tecnológico ou operante). O que na medicina é aceito como ciência e arte, na saúde coletiva passa a ser entendido como distintos saberes recriados no ato do trabalho (Schraiber et al., 1996). O caráter reflexivo desse trabalho em saúde tende a se afirmar, ainda mais, na área de P&G. *Recriar, assim, é sempre fato do âmbito prático e o saber prático fornece esse tipo de conhecimento que, se pode até mesmo corrigir o conhecimento teórico, vai mostrar outros caminhos da ação, que o saber tecnológico sistematiza, garantindo a ‘technicalidade’ do ato de trabalho.*

Ao planejamento do trabalho e sua gestão caberá, pois, lidar também com este componente do trabalho, ao mesmo tempo que deve zelar pela qualidade do produto objetivo do trabalho, lidando com a racionalidade técnico-científica de sua operação. Articular esses componentes do trabalho em saúde no momento que é processo particular e concreto em serviços dados é um dos problemas da gestão: conhecer melhor essas relações será, sem dúvida, uma questão (p.11).

No segundo caso, ressaltam a natureza ético-política da técnica e do trabalho, enquanto respostas a necessidades humanas e, simultaneamente, formas de sociabilidade: intenção técnica, ética e política em ato. Ao se examinarem os sujeitos em ação e em comunicação é possível vislumbrar a interação social e valorizar a intersubjetividade na explicitação de conflitos e na busca de entendimento. Este, ao meu ver, é um campo aberto a pesquisa em saúde coletiva, particularmente na apreensão da dialética entre o “saber operante” e o “saber prático” na área do planejamento-gestão-avaliação em organizações de saúde.

Os autores concluem que *a esfera própria do planejamento e gestão está, pois, em articular o político com o técnico-científico na produção dos cuidados assistenciais em saúde* (p.13). Acrescentaria que, além de uma “tecnologia de poder” e de uma técnica que ajuda a dispor, arranjar e processar outras técnicas, o planejamento pode ser um meio de auxiliar a interação entre os sujeitos (entre os profissionais de saúde no trabalho em equipe e entre estes e os cidadãos-usuários) no sentido de viabilizar um dado projeto ético-político para a saúde.

No caso do trabalho cotidiano de uma unidade de saúde, *a construção de um 'projeto assistencial comum' a todos os agentes que compõem a equipe de trabalho por meio de uma prática comunicacional, requer tolerâncias às diversidades e a permeabilidade ao novo, às mudanças, às críticas, o que, por sua vez, requer que os profissionais conheçam o trabalho do(s) outro(s) agente(s) e participem dos distintos momentos do processo de trabalho – planejamento, execução e avaliação* (p. 18). Todavia, nem sempre os formuladores de políticas públicas e os responsáveis pela elaboração de programas especiais de saúde têm dedicado atenção a tais aspectos. Ao contrário, vêm prescrevendo o trabalho de equipe como se fora uma panacéia capaz de solucionar, por si mesma, os problemas decorrentes da complexidade do processo saúde-doença em indivíduos singulares e no âmbito populacional.

Comentários finais

O texto finaliza discutindo as possibilidades existentes no tratamento de informações e em atividades de avaliação no sentido de favorecer a interação e o agir comunicativo nos serviços de saúde. Embora muitos pontos levantados ainda se constituam temas de investigação, ou mesmo objetos de experimentação, face ao estágio de desenvolvimento dos serviços públicos de saúde no Brasil, o propósito que orientou a elaboração deste número da Revista deve ser reiterado no sentido de acolher novas experiências e confrontá-las com o “estado da arte” da P&G.

Algumas palavras finais foram dedicadas às tendências atuais das políticas públicas, particularmente em função das novas relações entre Estado e sociedade no que concerne à regulamentação e a prestação direta de serviços, bem como as possíveis conseqüências éticas e políticas. Evidentemente essas tendências estão influenciando o planejamento, a gestão e a avaliação em saúde no Brasil, sobretudo no que se refere à crescente desobrigação do Estado em relação à saúde, com a busca de “alternativas” de gestão com denominações diversas: descentralização, privatização e organizações sociais. Entretanto, os autores apenas deixam o convite para o debate.

Mesmo sem pretender, nesse momento, aprofundar a discussão, registro que essas representam temáticas de alta relevância para a compreensão do “drama estratégico” (Testa,

1995) no que se refere ao processo da reforma sanitária brasileira. No caso da política de descentralização, por exemplo, verifica-se uma produção de estudos sobre a “municipalização da saúde”, não obstante o predomínio de enfoques descritivos, com reduzidos esforços analítico e explicativo. O privilégio analítico dado aos sujeitos sociais na implementação dessas políticas constitui um enfoque relativamente novo em termos de pesquisas sobre políticas de saúde, face ao predomínio de trabalhos voltados para questões consideradas mais estruturais como o papel do Estado, a acumulação capitalista, o financiamento, o repasse de recursos, etc., que praticamente ignoravam a possibilidade de os homens e mulheres tomarem iniciativas e, dentro das circunstâncias, fazerem História.

Do mesmo modo, o “SUS real”, seguramente distante do SUS democrático proposto pelo projeto da reforma sanitária brasileira, precisa ser melhor investigado, não para reiterar fundamentalismos como acusam uns, mas para distinguir estrategicamente os *programas de avanço* em relação aos *programas de abertura e de manutenção* (Testa, 1987); somente assim se justifica trabalhar tecnicamente com o possível, sem se perder a referência política quanto ao **necessário**.

Entendo que os profissionais de saúde, enquanto servidores do Estado, submetidos a determinados processos de trabalho, são capazes de elaborar representações sociais que interferem nas suas práticas e nas políticas de saúde. A questão teórico-metodológica a ser considerada é se o pesquisador vai submeter-se docilmente às aparências, expressas pelas consciências dos sujeitos produtores de discursos, ou se vai buscar a essência da sua ideologia (saber e prática) nas acomodações/reacomodações de sua práxis, articuladas ao extra-discursivo, ou seja, no conjunto estruturado de práticas sociais – econômicas, políticas e ideológicas. Mesmo reconhecendo que as representações sociais fazem parte do cotidiano, não creio que a pesquisa científica deva prender-se às suas redes de evidências. Pelo contrário, deve problematizar e explicar a lógica de organização dessa rede nos processos de planejamento, gestão e avaliação em saúde.

Inúmeras outras questões – teóricas, epistemológicas, metodológicas, técnicas, éticas e políticas – poderiam ser lembradas em relação ao presente tema, porém não foi objetivo

do texto, nem de meus comentários, exauridas. O esforço empreendido pelos autores atendeu, na minha opinião, ao propósito do convite dos organizadores deste número da Revista *Ciência & Saúde Coletiva*. Apontar os problemas constitui-se em um passo fundamental para o seu enfrentamento e superação. Docentes, pesquisadores, gestores, profissionais e trabalhadores da saúde estão convidados a percorrer esse caminho.

Referências

- Althusser, L. *Sobre o trabalho teórico*. Biblioteca de Ciências Humanas, 2ª Edição, 1978, p.63.
- Artmann, E. *O planejamento estratégico situacional: a trilogia matusiana e uma proposta para o nível local de saúde (uma abordagem comunicativa)*. Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1993. 222p.
- Gallo, E. (org.) *Razão e Planejamento. Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade*. HUCITEC/ABRASCO. São Paulo-Rio de Janeiro, 1995, 154p.
- Giovanella, L. Planejamento Estratégico em Saúde: uma discussão da abordagem de Mario Testa. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 6 (2): 129-153:1990.
- Matus, C. *Política, Planificación y Gobierno*. OPS, Washington D.C., 1987. 772p.
- Mendes-Gonçalves, R.B. *Tecnologia e organização das práticas de saúde: Características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo, Hucitec-Abrasco, 1994.
- Merhy, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E.E. & Onocko, R. (org.) *Agir em saúde: um desafio para o público*. Hucitec-Lugar Editorial. São Paulo-Buenos Aires, 1997 p.71-112.
- Paim, J. S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, E. V. (org.) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. Hucitec/Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro, 1993 p. 187-220.
- Paim, J.S. Processo de trabalho e Saúde Coletiva: A propósito de algumas das contribuições de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves para a Reforma Sanitária. *Divulgação Em Saúde Para Debate*, 14:10-12, 1996.
- Paim, J.S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: Rouquayrol, M.Z. & Almeida Filho, N. de. *Epidemiologia & Saúde*. 5ª ed. Rio de Janeiro MEDSI, 1999 p. 473-487.
- Rivera, F.J.U. *Agir Comunicativo e Planejamento Social (Uma Crítica ao Enfoque Estratégico)*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995. 253p.
- Schraiber, L.B. (org.) *Programação em saúde, hoje*. HUCITEC, São Paulo, 1990, 226p.
- Schraiber, L.B.; Nemes, M.I.B.; Mendes-Gonçalves, R.B. (org.) *Saúde do Adulto. Programas e ações na unidade básica*. HUCITEC, São Paulo, 1996 290p.+anexos.
- Teixeira, C. F. Planejamento e Programação Situacional em Distritos Sanitários: Metodologia e Organização. In: MENDES, E. V. (org.) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. HUCITEC/ABRASCO, São Paulo-Rio de Janeiro, 1993. p. 237-265.
- Teixeira, C.F.; Melo, C. (org.) *Construindo distritos sanitários. A experiência da Cooperação Italiana no Município de São Paulo*. HUCITEC/COOPERAÇÃO ITALIANA EM SAÚDE. São Paulo-Salvador, 1995, 107p.
- Teixeira, C.; Sá, M.C. Planejamento & Gestão em Saúde: situação atual e perspectivas para a pesquisa, o ensino e a cooperação técnica na área. *Ciência e Saúde Coletiva* 1(1): 82-103, 1996.
- Testa, M. Estrategia, coherencia y poder en las propuestas de salud. (1a. parte) *Cuadernos Medico Sociales* 38: 3-24, 1987.
- Testa, M.. Estrategia, coherencia y poder en las propuestas de salud (segunda parte). *Cuadernos Medico Sociales* 39: 3-28, 1987.
- Testa, M. *Pensamento estratégico e lógica de programação. O caso da saúde*. Hucitec/Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro, 1995, 306p.
- Vilasbôas, A.L. *Vigilância à saúde e distritalização: a experiência de Pau da Lima*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Salvador, 1998. 114p+anexos.

Desafios à gestão de sistemas locais de saúde

Challenges to management of local health systems

Eduardo Mota ¹

Ao abordar aspectos relevantes do “planejamento, gestão e avaliação em saúde”, Schraiber et al., apresentam um texto denso em que pontuam problemas considerados “desafios práticos e possíveis dilemas técnicos, éticos ou políticos” sob a perspectiva da gerência de unidades básicas e do cotidiano dos serviços na “ponta do sistema.” A contribuição dos autores, situada na interface entre processos de gestão e processos de trabalho assistencial, refere-se às inter-relações entre trabalho gestor e trabalho produtor direto de serviços. Dessa perspectiva, o debate do tema requer que se exponha e se analise adicionalmente alguns desafios da gestão da rede de serviços. Nesse nível, a função gestora se amplia para articular, mais especificamente, funções de governo

¹ Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia