

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

com aquelas que dizem respeito ao trabalho no conjunto de unidades de saúde. O exercício dessa função requer o reconhecimento sensível de projetos políticos e projetos sociais dos profissionais prestadores de serviços, de governo, da população e das forças sociais que a representam.

O conhecimento e a discussão desses temas são especialmente necessários nos dias atuais. Convém lembrar que, entre janeiro e dezembro de 1998, a partir da implantação dos requisitos da norma ministerial de 1996 que trata da descentralização, 88% dos municípios se habilitaram. Nesse processo, os gestores de sistemas municipais de saúde assumem em graus diversos a responsabilidade sobre a rede de unidades e serviços que se encontrava sob gestão estadual. Novas e mais complexas funções são incorporadas ao elenco de tarefas de organizar sistemas locais, melhorar sua qualidade e oferecer serviços que atendam necessidades coerentes com o quadro epidemiológico e as condições de vida da população.

Para contribuir com o debate dessas questões, coloca-se aqui, inicialmente, que ao exercer funções de governo, gestores em saúde participam de momentos de decisão, nos quais as diretrizes políticas presidem o exame de problemas e situações e definem as possibilidades de intervenção e ação. Na dinâmica do estabelecimento dessas diretrizes e da sua constante adequação aos desdobramentos políticos, atuam forças sociais que modulam a formulação de planos e programas e a disponibilidade de recursos com que conta o gestor para implementá-los. Nesses espaços e tempos, o exercício da gestão do sistema encontra os desafios de fazer o conhecimento sobre a situação em saúde dirigir forças sociais e influenciar decisões. Dessa forma, põe-se a questão das relações entre o conhecimento sobre as condições de saúde, sobre as tecnologias, práticas de ação e cuidados e o exercício de poder em governo.

O enfrentamento do desafio da apropriação do conhecimento necessário e suficiente às decisões pelo gestor, e do desafio de articular esses conhecimentos às diretrizes de governo, ou de torná-las coerentes aos conhecimentos disponíveis, exige do gestor mais do que seu posicionamento como técnico ou profissional em saúde. Seu potencial em conhecer e comunicar fatos da realidade não se encontra somente em requisitos técnicos, mas na habilidade de promover interações que resultem

em compromissos dos atores do processo decisório com o reconhecimento e o atendimento de necessidades em saúde.

Nesse ponto se colocam as questões da disponibilidade e qualidade das informações de interesse em saúde, da sua análise e interpretação, e de que maneira as informações circulam nos momentos de análise da situação em saúde e de avaliação de resultados. Os aspectos abordados, que dizem respeito ao significado que essas informações têm para os que se dedicam ao cuidado direto, para gerentes e gestores, oferecem a medida das dificuldades que se enfrentam para fazer com que as informações relevantes componham o conteúdo das interações e das ações comunicativas para a decisão.

Além disso, avaliar de que forma e sob que condições o conhecimento é apropriado por usuários dos serviços de saúde, e por representações sociais diversas, que mantêm diálogo com núcleos decisórios de governo, torna-se condição para obter a visibilidade necessária dos problemas e situações de saúde que induza decisões.

Inserir-se também aqui, a reflexão que os autores apresentam sobre o papel do saber técnico-científico nas relações entre saber e trabalho e entre trabalho e os “modos de construção da vida social.” A condição de gestor apresenta o desafio de articular e direcionar intencionalidades. Visto de outra forma, trata-se de direcionar e aproximar a intencionalidade do saber técnico inserido no projeto social dos profissionais que o detém com o projeto social da comunidade a que servem.

É necessário examinar também que relações, a natureza e profundidade, os profissionais da unidade de saúde estabelecem ou mantêm com os usuários dessa unidade. E mais do que isso, trata-se de avaliar como essas relações se fundamentam, seja assumindo usuários como um conjunto de pessoas que individualmente procuram e necessitam dos serviços, seja no estabelecimento de um sentido de coletividade, em que seja possível reconhecer no conjunto de usuários um conjunto maior e mais complexo, que tem identidade sócio-cultural e perfil identificável de condições de vida e saúde. E, alargando os horizontes dessas relações, se poderia questionar se o gestor da rede de serviços identifica situações-alvo e trabalha no contexto das relações entre o sistema local de saúde e a comunidade a que serve.

Profissionais e gestores, estes na condição de técnicos em saúde, tendem a restringir a

identificação e a superação de problemas próprios da organização do trabalho nas unidades de saúde, as exigências da satisfação das intenções da técnica e do saber que dominam e das intenções políticas que têm, onde também se inserem seus saberes. O desafio posto aos gestores, portanto, no exercício de suas funções de governo local, é colocar as questões da organização do trabalho na perspectiva das intenções de satisfação de necessidades da população, de aspirações por qualidade de vida, para as quais o trabalho profissional é um dos instrumentos de realização.

O trabalho em unidades de saúde, entre aquelas que se organizam mais tradicionalmente pela assistência e cuidado individual direto, tem se modificado. Essas modificações são impulsionadas pela busca de modelos de atenção que adotem a promoção da saúde como eixo orientador de práticas e ações de atenção coletiva. Aos gestores que se mobilizam na direção da melhoria das condições de saúde da população, se colocam os desafios de inserir as expectativas de realização do trabalho profissional de natureza clínica no conjunto de ações e serviços orientado para a modificação do perfil de riscos de agravos e seus determinantes.

Para se colocar no limiar dessas mudanças é preciso reexaminar criticamente o cotidiano do trabalho nas unidades de saúde, na perspectiva de uma reflexão sobre sua constituição formal tradicional. É necessário indagar sobre o que significa a unidade de saúde, ou qual a sua destinação, por mais óbvia que pareça a questão, para superar as dificuldades de gestão que surgem de necessidades colocadas pela lógica de sua própria constituição. Nesse âmbito se colocam as questões do seu múltiplo significado, como espaço de trabalho profissional para o exercício do saber específico, como parte de um conjunto que se organiza em rede de serviços e como instrumento de realização de necessidades sociais. Recriar as práticas de serviços para responder a essas necessidades, alcançar resultados com os limitados recursos que se dispõem e promover a ação profissional criativa são os desafios de profissionais e gestores que têm compromisso com a transformação da realidade das condições de saúde.

Em busca de novos projetos coletivos

Towards new collective projects

*Ruben Araujo de Mattos*¹

Tomando como ponto de partida o processo de trabalho dos produtores diretos de assistência e cuidados em saúde, Lilian Schraiber e colaboradores foram muito felizes em indicar questões altamente relevantes para a nossa área. Dentre elas, selecionei duas ou três sobre as quais farei comentários pontuais, mas o farei a partir de um ângulo distinto.

Primeiramente, um ligeiro comentário sobre as mudanças no campo do planejamento, tal como o vejo. Do ponto de vista da docência, há algum tempo as disciplinas de planejamento de nossas instituições de saúde coletiva, deixando de lado a figura do planejador, vêm tentando capacitar políticos e gestores a aumentar sua capacidade de governo. A influência de Carlos Matus nesse sentido foi marcante e produziu a ênfase no planejamento feito por atores sociais, que governam ou tem a perspectiva de governar (planeja quem faz). Podemos decodificar o pressuposto básico deste modo de conceber o planejamento: dado um ator social e seu projeto de intervenção social (ambos supostamente claramente definidos e reconhecíveis), e dado um certo grau de controle deste ator social sobre certas variáveis chaves (um grau de governabilidade), podemos ampliar a sua capacidade de governo através de um certo enfoque de planejamento, como, por exemplo, o enfoque situacional. Nesta perspectiva, pelo menos alguns de nós temos nos empenhado em desenvolver e adaptar algumas ferramentas (tomadas ou não deste enfoque situacional) às práticas de formulação de políticas e de gestão pública de sistemas de saúde, e, em menor medida, de gerência de unidades públicas, ao mesmo tempo em que treinamos políticos, gestores e (em menor medida) gerentes. Parecia-nos, pelo menos em certo momento, ter se constituído uma clara coalizão política (diga-se de passagem, bastante heterogênea) que se engajou em um projeto comum – projeto esse definido em termos da imagem objetivo, necessariamente genérica, do sistema de saúde que se queria cons-

¹ Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro