

NESC/OSWALDO CRUZ
BIBLIOTECA

DEU 07.11.25

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COMUNITÁRIA
NESC/PE

CURSO DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA PREVENTIVA E SAÚDE
MULTIPROFISSIONAL

A DESCENTRALIZAÇÃO E A
GERÊNCIA NO SETOR SAÚDE;
UM RECURSO PARA O S. U. S.

JOSÉ LEDES ROQUEIRA

CONSULTA

NESC/FIOCRUZ
BIBLIOTECA

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
NESC/PE
CURSO DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
MULTIPROFISSIONAL

A DESCENTRALIZAÇÃO E A
GERÊNCIA NO SETOR SAÚDE:
UM RECURSO PARA O S. U. S..

ALUNO: JOSÉ LOPES NOGUEIRA

ORIENTADORA: LUCI PRACIANO DE LIMA

Monografia apresentada à coordenação do curso de Residência em Medicina Preventiva e Social Multiprofissional, a nível de pós-graduação, para obtenção do título de Sanitarista.

Este trabalho é dedicado a:

M^a Goretti de Godoy Sousa
Fernando Henrique Torres
Pedro Antônio C. de Oliveira
Tarcísio de Paiva Figueredo
Alfredo Macedo Gomes
Cassandra Lopes Pessoa
Mary Nadja A. de Oliveira

SUMÁRIO

	Pag.
APRESENTAÇÃO	
1. INTRODUÇÃO	01
2. DESCENTRALIZAÇÃO: UM PROJETO HISTÓRICO	05
3. CONTEXTO ORGANIZACIONAL	
3.1 MODELO ASSISTENCIAL - DE UM ENFOQUE PARCIAL A UMA VISÃO INTEGRAL	11
3.2 COMPONENTE ADMINISTRATIVO - A TRADIÇÃO DA GERÊNCIA E A BUSCA DA EFICIÊNCIA, EFICÁCIA E EFETIVIDADE	18
4. GERÊNCIA PARA O S. U. S. : APONTAMENTOS TEÓRI COS A PARTIR DE UMA MODERNA PERSPECTIVA ORGANI ZACIONAL	23
5. CONCLUSÃO	31
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
7. BIBLIOGRAFIA SUPLEMENTAR	37

APRESENTAÇÃO

Aqui onde agora deseja-se apresentar o autor atribulado com a confecção de sua obra , num espaço para a subjetividade então aberto, consentâneo com a proposta cabível de retratar o sentimento e os instantes puérperos.

Este trabalho começou a gerar-se a partir da identificação de alguns pontos sucessivamente, palidamente relacionados no início e que com o passar do tempo tenderam ao centro, dito assim; isto é, migraram e se encontraram, como células, formando um tipo determinado de organismo. Todavia, diga-se, tais "partes" mantinham desde sempre uma marca comum de filiação: o interesse e a ação concreta de oferecer um produto responsável ao mercado do debate social, da reflexão sobre a realidade permeante aos homens representada e fundamentalmente vivida, na marcha de construção do projeto civilizatório. Em outras palavras, o presente trabalho contou com a colaboração de alguns personagens em cena (representações do próprio autor) que, apesar de longe estarem da realização de qualquer espetáculo, ensaiam uma pequena peça de movimentos curtos porém precisos que busca atingir a satisfação da platéia objetiva e de si próprios atores subjetiva.

1. INTRODUÇÃO

E faça-se a luz.

O produto do qual falamos aqui é fruto de pelo menos quatro grandes focos de motivação vividos pelo autor em seu preâmbulo. São eles: a) a necessidade de conclusão do Curso de Residência em Medicina Preventiva e Social com uma monografia, conforme exigência institucional; b) o interesse do autor pela área de 'planejamento em saúde' para formação profissional concentrada; c) o desafio à sistematização do conhecimento ou do conteúdo do curso, através de um trabalho formal; d) a preocupação com a área de gerenciamento dentro do campo social de atuação na saúde visando a ações concretas de transformação da realidade. Estes são os personagens; o sinal dos quatro. Cada um tem sua densidade dramática própria. Cada um entrou a seu modo no texto. O que importa, todavia, é que confluíram de suas origens para a conformação deste todo, aperfeiçoável em muito, passível de críticas por diversas vias, que ora procuramos apresentar.

Fundado por tais motivos acima citados, o texto que compõe esta monografia busca, como eixo, tecer uma rede de considerações teóricas que apontem para estratégias de desenvolvimento gerencial para o S.U.S. (Sistema Único de Saúde, constitucional), intendendo do mesmo aproximar-se de alguns valores para este gerente. Para isto, recorre ao necessário conceito de descentralização, lacto sensu, enquanto peça de argumentação à inserção do perfil gerencial que se propõe, baseado na moderna teoria gerencial. Também vai encontrar na discussão sobre modelo de organização dos serviços de saúde importante referencial para a démarche do locus de atuação do gerente para o S.U.S. . Por fim, todo texto é entrecortado pela atmosfera

ca Latina, configurando-se exatamente, ela, a democracia , imprescindível substância de caracterização da gerência que aqui em foco.

Com uma tradição de centralização enorme da vida social nos países latino-americanos, acompanhada de uma cambaleante e descontínua construção da cidadania, o mote da descentralização, enquanto conceito robustamente edificado, alçado aqui a um patamar elevado de argumentação para o desenvolvimento do trabalho pareceu, desde o início, ser de capital importância, fiel que se faz à idéia de fortalecimento das partes (individualidades), condição sine qua non à consubstanciação de um todo integrado, assim possível em definição apenas ('todo') ou identificado pela soma de suas partes e suas relações (unidade). Ou por outras palavras: a nossa tese defendida de que a descentralização plena investe de potência a constituição de uma gerência (chamada holográfica ou moderna ou contemporânea etc) para o setor saúde hoje, traduzido no S.U.S., justifica-se pelas seguintes características consequentes da, por assim dizer, matéria da descentralização na gerência:

1. facilitar a desintegração de anéis burocráticos, mecanismos clientelistas etc;
2. incrementar a participação e controle social;
3. posicionar a coordenação próxima à vivência dos problemas (maior sensibilidade resolutive);
4. desenvolver o sentido de autonomia (de atuação gerencial);
5. possibilitar o surgimento de alternativas de gestão;
6. estimular a criatividade gerencial (uso dos recursos disponíveis e invenção de outros).

E tais características são ações que procuram espelhar uma visão de homem valorizado como um todo (sua subjetividade e seu comportamento aparente), com um ideal de ordem democra-

çoamento da justiça social.

Para também, por outro lado, explicar a importância de uma gerência, digamos, descentralizada, é de boa lembrança destacar alguns outros pontos contextuais aonde o nome da descentralização é expresso com decisão. Vejamos. Primeiro que, no Brasil, a organização dos serviços de saúde já há muito não responde à demanda da população. Os serviços de saúde pública no Brasil de hoje respondem, paradoxalmente (porém não à toa, existindo uma intencionalidade conjuntural para isso), a uma lógica de mercado, excludente com uma população gritantemente injustiçada pelo modo de distribuição de riqueza, profundamente concentrador. Estes serviços são fruto de um modelo pan-burocrático, oriundos ainda de uma época de Estado forte, controlista, não democrático, tendo em instituições como o (fido) INAMPS um símbolo de ineficiência e ineficácia quanto aos problemas e satisfação das necessidades reais das pessoas. O segundo ponto de explicação se refere ao conseqüente sucateamento ou demolição físico-institucional provocada pelo modo tecno-burocrático de planejar e gerir os serviços públicos de saúde. Um terceiro ponto que soergue o debate em torno da descentralização e seus louros remonta ao franco crescimento da atenção privada à saúde, reforçando o contraste... (é preciso reavivar o sistema público e sua legitimidade). E finalmente um quarto fator pode ser imputado ao movimento geral circustante à consideração de ter-se nos municípios a melhor alçada administrativa dos problemas que lhes atingem: diz-se 'municipalização'.

De fato, no setor saúde a história da municipalização remonta ao início do século , tendo sucessivamente (mas não de modo contínuo, devido a conjunturas adversas) ganho articulação e legitimidade no seio da sociedade. Luta-se por uma autonomia (administrati-

feras, pela sua jurisdição; capazes de sensibilidade afinada com os problemas nele circunscritos, podendo ser verdadeiramente o melhor sítio de debate e produção de resoluções.

2. DESCENTRALIZAÇÃO - UM PROJETO HISTÓRICO

O TEMA DA DESCENTRALIZAÇÃO entendido de modo amplo e genérico não é novo no cenário dos debates político-sociais brasileiros, remontando à época do Império, com o processo de formação dos Estados e municípios: "No Brasil a 'questão municipal' é bastante antiga e vem suscitando debates há algumas décadas, até mesmo antes da configuração do Estado brasileiro no âmbito republicano e federativo, em 1889 (MULLER NETO, 1992,46).

Com uma tradição de centralização em sua história política, econômica e social, o Brasil - ou mais: a América Latina - para desenvolver-se utilizou-se das ações de um Estado intervencionista, centralizador, seja por não dispor deste Estado devidamente construído antes da industrialização, seja por necessidade de ser fonte de geração de emprego urbano, seja ainda pela inexistência de uma forte burguesia portadora de ideologia liberal (TEIXEIRA, 1992,28). Como resultado desta cultura o Estado assumiu um papel de planejador centralizado, normatizador e coordenador do desenvolvimento econômico num modo de produção capitalista onde as forças sociais de base, isto é, as demandas populares, seus interesses e participação, foram neutralizadas ou mesmo alijadas do processo de decisão. Isto ficou mais patente em nossa história com o regime militar instalado a partir de 1964, quando um maciço autoritarismo e uma cruel repressão balizaram todas as manifestações da sociedade civil.

Claro está que, por outro lado, diversos segmentos sociais ou classes de profissionais (como artistas, intelectuais do setor saúde, políticos

de, no âmbito da saúde, compunham o que seria denominado Movimento da Reforma Sanitária - da qual a descentralização com transferência de poder e competências é pedra angular), ganharia novo impulso de articulação a partir do fato que ficou conhecido como "abertura lenta e gradual" do General Ernesto Geisel. Este fato, todavia, refletia em cenário da época sinais de decadência terminal de um amplo projeto de desenvolvimento para toda a América Latina. Nas palavras de TEIXEIRA (1992,28): "O fracasso do projeto desenvolvimentista para romper a dependência das economias nacionais, bem como para obter melhor distribuída a riqueza na região, manifestou-se a partir dos anos 70. Todavia, o predomínio dos governos militares autoritário-burocrático não somente preteriu a demanda por descentralização, mas também fortaleceu as estruturas centrais com um estilo de gestão altamente excludente e autoritário. Excludente na medida em que foram fechados os canais de cooptação dos trabalhadores, originários dos governos populistas, criando uma autonomia decisória sem precedentes na história da burocracia regional. Autoritário na medida que utilizou largamente a repressão para impor um projeto de desenvolvimento econômico que favoreceu de maneira flagrante certas frações do capital nacional associado e/ou as empresas transnacionais".

É neste contexto de crise, caracterizada por um crescente endividamento dos países centrais, pelo fracasso de um modelo desenvolvimentista imposto e um roteiro de transição para a democracia traçado, desencadeando um amplo debate sobre o papel do Estado, que surge problematizada de forma ainda mais intensa, aprofundada, nos diversos setores da sociedade, a questão da descentralização, na segunda metade dos anos oitenta.

Ainda que muitos entendam a descentralização como mero deslocamento de atribuições e

movimento contra-hegemônico do modelo concebido e da organização dos serviços de saúde, era o de atrelar o repasse e a constituição de poder como garantia de uma real descentralização, chamada territorial. Como diz JUNQUEIRA (1992,5): "A descentralização é um fenômeno político de distribuição de poder, poder de decisão e de ação ou execução, entre o governo central e as unidades locais".

Com efeito, postulamos que o processo de "distensão", por assim dizer, do setor saúde no Brasil já trazia em planos como o do CONASP em 1982 e na implantação das A.I.S. em 1983, a nível do discurso, a representação de uma descentralização (funcional) ancorada em suas diretrizes básicas, tais como: "1. prioridade às ações primárias, ênfase na assistência ambulatorial; 2. integração das instituições (federais, estaduais e municipais) num sistema regionalizado e hierarquizado (...)" (MULLER NETO, 1992,49). Em outras palavras, a atenção primária de saúde - como, aliás, posteriormente ganhou importância e aprofundamento na Conferência de Alma-Ata de 1987 - como estratégia de modificação do sistema de saúde (embora se possa talvez fazer a crítica de que o alcance de modificação não chegava ao nível estrutural), tal como apontava a meta social traçada à época: saúde para todos no ano 2000, e a regionalização e hierarquização deste sistema entram em conexão complementarmente com a descentralização das ações e serviços. E, como as medidas referidas (CONASP e A.I.S.) são racionalizadoras (normativas), esta descentralização pressupõe apenas o repasse de competências¹.

1. A respeito destes planos OLIVEIRA & TEIXEIRA (1989,270-301), e incluindo também o anterior PREV-SAÚDE de 1980, colocam detalhes do espírito de contenção de despesas e simplificação da atenção médica, tendo como pano de fundo uma crise financeira da Previdência Social. Dizem os autores que tais projetos foram elaborados de forma tecnocrática, como era característica do período autoritário. "no qual a dissociação Estado/sociedade concentrou

Neste mesmo nível do discurso, sabe-se que a descentralização vem ganhar seu maior status documental com a Exposição de Motivos e o Decreto-lei que cria o SUDS (Sistema Único e Descentralizado de Saúde) em 1987. No entanto, durante todo esse tempo, a prática concreta de tais princípios foi obstaculizada por problemas, como cita TEIXEIRA (1992,32-3): o entendimento estreitado "atenção primária de saúde" como proliferação de ações básicas descoordenadas e ampliação da rede básica de serviços sem um planejamento aplicado e muitas vezes movido por interesses escusos. Como diz a autora: "O resultado foi a criação de uma atenção de segunda classe para cidadãos de segunda classe", onde os níveis secundário e terciário de atenção (hospitais) mantiveram seus papéis tradicionais, não se articulando num sistema de referência e contra-referência. Outro problema é a identificação de descentralização com regionalização, onde há a divisão do país em áreas geográficas, que por sua vez possuem serviços de saúde escalonados, embora quase nunca tenham funcionado valendo-se do sistema de referência e contra-referência. GASTÃO CAMPOS (1991,146), em sintonia com este pensamento alerta, considerando também outros elementos, para a não absolutização da noção de "hierarquização de níveis de atendimento médico e sanitário", salientando que a atenção à saúde pode ficar comprometida se por um lado definir-se rigidamente e por outro de modo omisso determinado nível de atenção. E comenta: "Entendemos que centros de saúde da rede básica podem e devem possuir máxima capacidade de resolver de forma autônoma problemas de saúde, não sendo de estranhar que algumas destas unidades tenham equipes e equipamentos para reabilitação física, para atenção em saúde mental, acesso a métodos diagnósticos como endoscopia ou ultrassonografia, leituras de observação etc" (grifo nosso).

Em outro texto este mesmo

Enfocando a idéia mais específica dos SILOS (Sistema Local de Saúde) para articular a nível concreto imediato os preceitos da descentralização, outro autor vem também contribuir para o não maniqueísmo desta questão poder descentralizado/centralização: "A atuação a nível local não significa uma autonomia desse espaço; ao contrário, deve-se entender por níveis locais a existência de situações que representam frações de uma variável , quer dizer, parte de uma totalidade" (MENDES, ,22), (tradução nossa).

Como dito, expressão mais completa e materializada do processo de transformação da consciência sanitária e do modelo de atenção à saúde - condicionado e determinado pelos diversos setores da sociedade (político, econômico etc) -, dentro do processo maior de Reforma Sanitária e tendo na descentralização, lacto sensu , seu carro-chefe, segundo alguns autores, os SILOS apontam como principais características, à parte as muitas divergências teóricas em torno do seu conceito: a) circunscrever-se em um espaço geográfico e populacional; b) promover a integração da comunidade em todo o processo decisório; c) planejamento descentralizado local tomando-se em conta os riscos epidemiológicos; d) avaliação e controle por parte da comunidade em todo o processo decisório; e) atendimento segundo níveis de complexidade através de um sistema de referência e contra-referência; f) universalidade da cobertura; g) equidade na distribuição da oferta de serviços e h) integralidade na atenção e ação, e integração das atividades.

3. CONTEXTO ORGANIZACIONAL

3.1 - MODELO ASSISTENCIAL - DE UM ENFOQUE PARCIAL A UMA VISÃO INTEGRAL

NO ÂMBITO SETORIAL DA SAÚ

de, o modelo de atenção e serviços que se implantou e desenvolveu na história brasileira recente foi um "modelo privatista", como costumam chamar alguns autores, onde uma articulação de cunho ideológico marcadamente liberal toma o Estado como interlocutor para a produção de ações e serviços de atenção à saúde voltados prioritariamente para o aspecto assistencial individual desta oferta, abrindo alas para a afirmação do setor privado dentro da saúde. Numa lógica de produção capitalista onde o mercado assume as rédeas e dita as regras do jogo e onde o poder econômico-político organizado em segmentos dentro e fora do Estado (ou na composição mesma deste Estado) cria canais de legitimação jurídico-institucionais a nível das macro-estruturas que possibilitam a reprodução desta ordem privatizante, concentradora e egoísta. É neste contexto que o sucateamento da rede pública de saúde é explicado, configurando uma crise sanitária nacional. Diga-se ainda que na dimensão institucional interna esta lógica formou-se solidamente através das corporações, em especial a médica.

Assim, no setor saúde, encontramos uma organização voltada para o tratamento ou assistência ao doente, ou melhor, à doença (quando muito!);² serviços organizados para a prestação de atenção individual

2. Na verdade, hoje no Brasil a vida das pessoas que dependem de serviços públicos de saúde é vil e escancaradamente banalizada: a grande demanda e a debanda dos profissionais (por razões inúmeras) e a deficiência/ausência de insumos e instalações adequadas... suficientes ..., às vezes até mínimas, fazem com que pessoas sejam

baseado num arcabouço conceitual onde a manifestação doentil do corpo-mente é produto de algum agente patógeno ou, quando muito, do ambiente, entendido normativamente como portador de um traço ou outro de inadequação à vida em seu sentido amplo, sem considerar a saúde-doença-saúde... como um processo com macrodeterminações sociais, econômicas, políticas etc; uma organização que reparte, compartimenta, desconecta, desmembra, isola; uma organização-trilho para o trânsito de livres leis onde o corpo, isto é, suas partes são mercadorias de lucro. Uma lógica que impera montada numa estrutura perceptivo-conceitual que congrega uma visão de homem condicionado por uma ética do trabalho e da produção pessoal ("trabalhador padrão"), por um corpo ele próprio contido pela moral da família burguesa, celular e coesa para a acumulação, para o progresso, e por uma razão utilitária, metódica, uma razão não-comunicativa.

PAIM (,10) cita que no Brasil é somente a partir de 1940 que a medicina vai se tornando dominante, sendo precedida em vigor pelas práticas de saúde pública. Isto se alinha com a colocação que fizemos anteriormente do modelo desenvolvimentista capitalista, onde se criou a necessidade de um Estado centralizador das ações e decisões para a garantia de sua implementação. É neste bojo que avançam práticas médicas objetivando entre outras coisas repor a mão-de-obra aos meios de produção. Como profissões liberais as disciplinas da saúde, e em especial a medicina, incentivaram a capitalização deste setor, tendo ultimamente como carro-chefe a crescente demanda por seguros de saúde privados, com uma cobertura de mais de 20 milhões³ de pessoas (PAIM, ,23-4).

Junto a este cenário de forças atuando para a privatização do público, uma crise enorme internamente ao setor ocorre. Diz respeito à baixa

resolubilidade e eficácia das políticas de atenção à saúde. O quadro de morbi-mortalidade ganha um traçado bastante heterogêneo onde os indicadores demonstram existência de um perfil sanitário em que se cruzam características de sociedades desenvolvidas com sociedades em desenvolvimento (1990, LOUREIRO, 62-80; LAURENTI, 143-65; MEDICI, 165-86), tendo como pano de fundo uma (quase?) estagnação econômica do Brasil na última década, perdurando até a presente data.

Ainda para a composição do quadro atual da saúde, é cabível identificar uma rede de prestação de serviços sucateada, combalida, usurpada do seu sentido próprio: ser pública! Serviços que não funcionam, outros precariamente; profissionais insatisfeitos com as condições de trabalho, que vão desde os salários à provisão de insumos, passando pela organização interna da produção dos serviços: sobrecarga, falta de intercâmbio com outros profissionais e setores, deficiente gerenciamento, entre outros problemas, e pela ausência de uma política de desenvolvimento institucional que valorize o trabalhador por suas qualificações e em sua carreira; descrédito do usuário; etc.

*

Endossando uma concepção de atenção à saúde que se constitua como um "modelo técnico-assistencial em defesa da vida" (MERHY, 1992), pensamos que sua vinculação a processos políticos é bastante estreita, isto é, que determinado modo de se organizar os serviços de saúde e de identificar os problemas a serem abordados é orientado por projetos políticos de atores sociais em diversos "campos de força" (setores) num espaço social comum onde se dá o embate (TESTA, 1991, 32-44). Assim assumimos a noção de conflito e de declaração de interesses: o outro é visto como oponente, também igualmente planejador,

deles necessitam, a integralidade da ação, numa rede que opere em níveis de complexidade crescente, conforme o agravo ou risco, em regiões de atuação discriminadas, que seja universal na oferta e que fundamentalmente o sistema de saúde, in toto, seja gerido, pensado pela população.

Acorde-se para o fato de que não se pode confundir o público com o estatal e nem, na onda atual de "enxugamento da máquina do Estado", ocultar o logro de que reduzir a atividade econômica do Estado é similar à atrofia dos serviços públicos. Os serviços públicos, ao menos os de segurança, educação e saúde, hoje tão ameaçados de se tornarem de "foro íntimo" do pensamento neo-liberal, privatista (e pior ainda: degradingolarem-se do próprio fundamento que os ordena produto de um pacto social irreduzível, absolutamente necessário à ética de convívio humano, à vida digna e justa), precisam vingar e fortalecer-se, como pré-requisito para o lastro de garantia cidadã na sociedade.

A questão não é só oferecer, via Estado, os serviços de que a população necessita. A questão é essencialmente que haja espaços de participação e poder cidadãos dentro das instituições e que os sujeitos, as comunidades, a sociedade assumam como sua tarefa de construção/reconstrução de um modo de viverem agrupados, organizados. PAIM (,22-3) enfocando o papel do Estado e sociedade na prática de saúde pública, diz: "Não basta a prestação de serviços preventivos e curativos pelos profissionais num sistema estatizado privilegiando as doenças ou agravos à saúde de acordo com o perfil epidemiológico. Já não cabe confundir público com estatal. O Estado, seus aparelhos e burocracias para serem "publicizados", isto é, servirem efetivamente ao conjunto da sociedade, precisam estar sujeitos ao controle democrático do público (não apenas via

mesmo modo, o exercício da participação organizada dos grupos sociais bem como o reconhecimento e o estímulo às iniciativas comunitárias, radicadas na solidariedade, constituem possibilidades de redefinição de relações sociais que auxiliem na redução do sofrimento humano, na preservação da saúde, na elevação da consciência sanitária e ecológica, e na melhoria da qualidade de vida".

Com a democratização do setor saúde o que se visualiza é uma co-gestão entre representantes dos usuários, dos profissionais de saúde e do Governo. Essa democratização não se dá sem o efetivo partilhamento de poder, entendido seja como capacidade ou relação, ou ainda como instrumento e objetivo, como expõe TESTA (1991,3). Dentro de um modelo de organização para atenção à saúde neste sentido democrático, descentralizado nas suas competências e decisões, a porta de entrada para os serviços seriam as unidades de saúde básicas, isto é, a Atenção Primária de Saúde, em seu sentido digno de uma assistência primeira o mais qualificada possível, tendo à sua disposição um complexo de serviços, com fácil acesso, para resolver os problemas de saúde demandantes, definindo uma orientação dentro do sistema, como diz TESTA(1991,5) - e acrescenta : "... inclusive definindo sua saída do mesmo a partir desse primeiro contato - e ainda que esse rumo possa ser corrigido mais adiante; a má orientação é um custo adicional que onera todos os serviços de saúde" (tradução nossa).

Com a conformação de um atendimento primário de saúde a circulação dos pacientes segue um ordenamento territorial, na perspectiva da distritalização. Os distritos sanitários em cada município são recortados segundo critérios como: perfil epidemiológico local, identidade sócio-cultural, contigüidade ou homogeneidade geográfica, condições de saneamento, nível de vida ,

Por fim, gostaríamos de salientar que para o endosso de um modelo em defesa da vida proposto é imprescindível que dois atores sejam considerados: a população (usuário) e os trabalhadores de saúde, pois não exprimem resoluções mudanças só no plano das macro políticas. CAMPOS (1992,41) adianta bem esse pensamento: "Na verdade não há projeto de reforma sanitária que seja vitorioso sem o apoio da maioria dos trabalhadores de saúde e sem que ocorra um processo de intimidação/cooptação dos restantes pela força que as idéias desse projeto devam ter nas mentes da maioria da sociedade e, portanto, dos usuários do sistema que deverão demonstrar-se dispostos e capazes de defender sua cidadania também no campo da saúde". Em outro texto (CAMPOS, 1992,11-2), postula que para o desenvolvimento dessa proposta, desse "processo transformador" há que haver um movimento em três dimensões, a saber: 1. alterações dos mecanismos de gestão e dos processos de trabalho em saúde; 2. e 3. articulações envolvendo os dois atores para ele fundamentais (trabalhadores de saúde e a comunidade usuária do sistema público de saúde) no sentido de engajamento para potencialização do processo. "Propor modificações estrutu-rais que não só atendam às necessidades destes dois segmentos, como também sejam propiciadoras da sua constituição como sujeitos coletivos. Estruturas, instituições que estimulem a autonomia e a capacidade de direção, superando seu tradicional papel de produzir alienações" (grifo nosso).

3.2 - COMPONENTE ADMINISTRATIVO - A TRADIÇÃO DA GERÊNCIA E A BUSCA DA EFICIÊNCIA, EFICÁCIA E EFETIVIDADE

EM CONFORMIDADE COM A TRADIÇÃO centralizadora que caracterizou os setores públicos da sociedade brasileira, a organização de saúde como um todo sofreu influência maciça da Escola Clássica de Administração e seus desdobramentos, onde bem estruturados esquemas foram criados de modo a definir rigidamente comportamentos e funcionamentos, induzindo por completo a diversos processos de alienação, conforme citação de GASTÃO CAMPOS (1991,116-7). Este autor escrevendo sobre a tecnoburocratização da administração pública no mesmo texto refere: "... estruturas pesadas, com alta centralização de poder, resistentes à mudança e de difícil adaptação a novas situações".

Examinando a história, na verdade as várias tentativas de prescrever e explicar a estrutura organizacional desde os primórdios da Administração evidenciaram um desenvolvimento perceptivo-cognitivo destes enfoques, onde pontos como concepção de organização, relações administrador-empregado, sistemas de incentivos, concepções de natureza humana e resultados sofreram gradual incorporação de elementos de análise ou complexificação. No entanto, no plano mais sutil e fundamental da epistemologia desses olhares, uma visão parcial da realidade permanecia. Ver PRESTES MOTTA (1986). Para outra autora (ANA CAMPOS, 1981,104-23) "a abordagem dialética parece ser o caminho para criarmos organizações e desenvolvermos teorias de organização que reconheçam ao indivíduo o seu papel ativo na construção do mundo social, que favoreçam o diálogo e o envolvimento, que se orientem para a justiça social, que combinem todo tipo de conhecimento para a melhoria da qualidade de vida". Segue que a presença de uma "racionalidade"

por uma orientação funcionalista ("homem funcional") e comportamentalista ("homem administrativo"). A racionalidade instrumental é aqui definida como atributo organizacional, em que se almeja via lógica formal e pragmática, positiva, uma mera adequação de métodos e procedimentos aos fins da organização. Mais adiante abordaremos a "racionalidade substantiva", distinta daquela anterior.

Enfocando detalhadamente a burocracia na realidade histórica brasileira sob o ponto de vista do construto teórico de "accountability" (ainda não bem conceituado por falta de uma representação lingüística em nossa semântica, o que a autora expõe que por uma ausência mesma da percepção do fenômeno, que se constitui social), ANNA CAMPOS (1990,30-50) defende a tese de que a gigante irresponsabilidade da burocracia na administração pública com sua clientela (os cidadãos) advém de uma dinâmica de décadas que se estabeleceu entre estes dois atores. Por um lado, o das instituições burocráticas, verificam-se traços como "imunidade a controle externos, falta de trans-

-
5. ANA CAMPOS(1990,6) referendando o pensamento do físico FRITJOF CAPRA numa discussão sobre paradigmas no mundo ocidental (o que, aliás, sobre paradigmas, falaremos mais adiante) expõe para esclarecimento deste assunto: "Segundo Capra, a crença na superioridade da mente racional-analítica, da qual decorre a ilusão de que o homem pode dominar a natureza, também explica atitudes profundamente antiecológicas. O desenvolvimento das teorias de administração dentro do paradigma dominante sofreu três limitações, dentre outras, todas decorrentes da suposição mecanicista do universo: o reducionismo, a incompetência para lidar com as contradições e a não apreciação da subjetividade da capacidade essencial dos indivíduos de interpretar a realidade. Explicam-se pela combinação destas limitações: a racionalidade instrumental tomada como lógica de vida; comportamento organizacional como ação humana; lucro como rentabilidade; produtividade como auto-realização; eficiência como relevância organizacional; emprego como trabalho. Explicam-se ainda o suposto determinismo das forças do ambiente sobre a organização, a concepção episódica de mudança organizacional e a

parência, baixo nível de preocupação com o desempenho, marcada orientação para meios e procedimentos, tendência exagerada para regras e normas e desrespeito pelo seu cumprimento - formalismo". Por outro lado, o do contexto, refere : "debilidade das instituições, baixo nível de organização da sociedade civil, baixa expectativa quanto à atuação do governo, baixo nível de participação: o povo como objeto da política pública". Assim é que, aliada a uma história de subserviência e tutelamento, a sociedade, os cidadãos brasileiros pouco se organizam para avaliar os serviços dos quais são contribuintes e clientes, para elegerem e avaliar os políticos que os representam, para exigirem seus direitos na rua, no cinema, no trabalho e numa lista sem fim de exemplos. Enfim, é preciso desenvolver a "consciência popular", a condição existencial de sujeito da história, a "cidadania organizada", como diz a autora.

*

Mas retornando ao tema central deste tópico... é por força de todas estas razões que o resgate de eficácia dos serviços de saúde pública é pauta do dia dentro do processo de reforma que se propõe , tendo que enfrentar inúmeros problemas e desafios. Para chegar-se a uma maior qualidade tanto no processo de trabalho quanto na oferta real do produto deste trabalho à clientela, em reversão a uma lógica de prevalência dos interesses burocráticos, como diz JUNQUEIRA (1992,85), privilegia-se o papel desempenhado pela gerência, uma vez que se considera que entre todos os demais fatores dos quais depende a eficácia das organizações de saúde, são eles: tecnologia, recursos materiais e financeiros, pessoas, ambiente e administração, este último é ressaltado como mais determinante para se atingir os objetivos organizacionais. Na visão do autor esta concepção não pára por aí mas é complementada e expan-

dade de a gerência comprometer-se também com as necessidades de saúde da população. Embora a descentralização seja para este autor importante meio para aumentar a eficácia gerencial, "uma possibilidade", não se pretende que seja um fim em si mesmo: é mister incorporar os interesses e desejos da clientela e incrementar a democracia (o diálogo comunicativo).

Realizando uma análise da importância dos Sistemas Locais de Saúde na transformação dos Sistemas Nacionais de Saúde, MENDES() reflete sobre a necessidade de ampliar o conceito de eficácia, o que para nós mostra-se pertinente. Coloca que a eficácia usualmente tem um tratamento econômico de relação entre a quantidade de recursos, atividades ou resultados esperados e a quantidade efetivamente obtida (expressando o grau de cumprimento de metas). Propõe a 'eficácia social', uma vez que tais produtos esperados na área de saúde advêm de um universo complexo, pluridimensionalmente determinado, onde a produção de serviços precisa obedecer a uma lógica de necessidade de saúde da população, suficiente em quantidade e adequado em qualidade. A eficácia, enquanto exprimindo utilidade, tem que atender as necessidades da população e não meramente satisfazer demandas, como na lógica do mercado.

Oportunamente, todavia , outra autora (ANNA CAMPOS, 1981,118-9), em texto aqui já citado, realizando uma análise sobre o modelo burocrático e a questão do desempenho, sugere a efetividade como categoria mais abrangente. Com efeito, ao longo da história da administração de modo geral os objetivos organizacionais eram auferidos conforme o critério de eficiência. Esta cultura funcionava (ou funciona?!) com base num modelo de organização de serviço planejado normativamente⁶ e onde a burocracia imperava com uma racionalidade bitolada aos aspectos

4. GERÊNCIA PARA O S.U.S.: APONTAMENTOS TEÓRICOS A PARTIR DE UMA MODERNA PERSPECTIVA ORGANIZACIONAL

PROCURANDO RELACIONAR DEScentralização com democratização, encontramos forte associação. Num contexto aqui já citado de crescente democratização dos diversos setores da sociedade, recém-saídos de uma cultura antiga de poder centralizador, busca-se a conformação de um perfil gerencial que participe ativamente do processo de enfrentamento dos problemas que acirram a crise das políticas públicas em toda a América latina. Entende-se assim que a gerência comporta não só gestão de recursos mas administração de políticas. Nas palavras de KLIKSBURG (1988,80): "A gerência de políticas implica enfoque estratégico⁽⁷⁾, visão global e perspectiva de longo prazo". Constitue papel evidente das novas organizações gerenciais o incremento à democracia, à participação cidadã, ao convívio e consideração de diferentes valores e visões no processo de tomada de decisão, o incentivo à inovação, à criatividade⁸. Nesta perspectiva a noção de equipe de trabalho - apesar de não ser nova, tal como a de descentralização, já adiantadas em algumas propostas dos modelos sistêmicos e orgânicos de administração (ROBERTO MOTTA,1991,127) -, ganha dimensão de destaque como forma democratizante e desalienante no processo de trabalho. Democratizante, em primeiro lugar, porque

7. ROBERTO MOTTA (1991,78-109) escreve que o conceito de 'estratégia' na administração é introduzido na década de 50, com a necessidade de se fazer um planejamento que incorporasse uma visão de longo alcance e grandes objetivos, e considerando a tentativa de prever-se a ação do oponente e/ou o movimento de variáveis da situação econômica-política-social, que se precipitavam com enorme velocidade.

8. VECINA NETO (1990,95-99) sugere um nome para esse gerente de que se necessita no setor saúde: "gerente de saúde coletiva". E aponta quatro conjuntos básicos de informações e habilidades que esta pessoa deve dominar em sua formação para capacitação profissional: a) ambiente

gera uma liderança "compartilhada, plural e alternante" , e, em segundo lugar, por nutrir no grupo uma maior autonomia de decisão. Aqui GASTÃO CAMPOS (1991,122), seguindo linha de pensamento semelhante, acrescentaria que, no âmbito específico da saúde, tais equipes de trabalho possibilitam a quebra da verticalização do relacionamento entre os pares das corporações, rompendo com a lógica do fracionamento (alienação) das ações e os favorecimentos encrustados no modus operandi dos serviços organizados segundo o interesse de grupos isolados. Ainda por este autor, o Controle e Avaliação se dariam pela avaliação do desempenho de toda equipe, constituindo-se por si só um poderoso mecanismo integrador, "uma vez que o desempenho de cada profissional dependeria, inclusive para avaliação, daquele de toda equipe".

Retornando a ROBERTO MOTTA (1991), a constituição de equipe de trabalho, por outro lado, seria democratizante/desalienante por motivar os indivíduos a utilizarem suas habilidades próprias, adquirindo conhecimento, técnicas e outras habilidades comuns , "como base para substituição e rotatividade no grupo". Além de oferecer a cada participante da atividade e ao coletivo uma consciência do processo de produção do trabalho como um todo - seu produto, seus mecanismos, seus participantes , sua finalidade.

Escrevendo numa perspectiva organizacional moderna, ainda no mesmo texto, MOTTA refere a organização atomizada e holográfica como representando perspectivas de alcance e flexibilidade maior para o funcionamento administrativo. Esquematiza algumas características deste tipo de organização onde, além da formação de equipes, já discutida, coloca-a como "descentralizada autonomista" . Diz o autor: "Descentralizar significa colocar a decisão o mais próximo possível da clientela e do local da ação, onde

As novas abordagens para a administração trazem algumas outras características, conforme aponta ANNA CAMPOS (1981,119-120): 1. o trabalhador é visto como um ser criativo, criador de sua história e de sua realidade; 2. a responsabilidade é percebida não como uma obrigação (visão controlista), mas como uma responsabilidade diante de si, enquanto homem livre; 3. as ênfases gerenciais se dão no entender o indivíduo, dialogar, deixar-se conhecer; 4. estímulo (da gestão) ao potencial criativo dos trabalhadores e dos clientes.

Nesse foro, da moderna teoria gerencial, ROBERTO MOTTA (1989,71-86) abordando a questão da mudança organizacional - onde alerta para que "antes de ser um processo técnico, ou simples arranjo organizacional, consiste essencialmente em processo cultural de alterar valores" - vem apresentar algumas sugestões para a condução eficaz de um processo de inovação. Relata doze proposições, onde as sete primeiras vinculam-se às condições organizacionais e as cinco seguintes a orientações a nível individual do gerente. A saber:

- "1. Transfira acentuadamente poder e iniciativa.
2. Adote a perspectiva globalista na abordagem dos problemas.
3. Procure alcançar flexibilidade organizacional e administrativa.
4. Favoreça e mantenha comunicações francas e autênticas.
5. Crie incentivos e recompensas à iniciativa de mudanças.
6. Trate com equidade direitos e prestígios individuais.
7. Considere fracassos anteriores e problemas presentes.
8. Destrua a armadilha dos hábitos.
9. Olhe para frente, aventure sempre, mas devagar.
10. Reforce e reconstrua sempre uma postura otimista perante a vida.
11. Procure sentir-se útil diante de problemas; veja o que pode fazer para resolvê-los.
12. Opte pela ação e pelo desenvolvimento pessoal

MOSCOVICI (1991,154) ratifica esta visão de mudança organizacional enquanto rearranjo de posturas valorativas e atitudinais, alertando para a dimensão imprevisível (não determinística) do ser humano numa complexa rede de relações de sim e de não, onde o modo de exercício e distribuição de poder apresenta-se talvez como o principal desafio das organizações do futuro. Diz a autora: "A mudança de cultura organizacional envolve estratégia e planos, ações e reações, idéias e sentimentos, adesões e resistências, conteúdos conscientes e inconscientes. E tudo isso leva tempo, muito mais tempo do que se imagina". É preciso o robustecimento do paradigma holográfico de funcionamento das empresas, onde o princípio fundamental "consiste em colocar o todo nas partes". E isto pode se dá através "da redundância de funções, do aumento da rede de conexões e da especialização e generalização". De acordo ainda com esse paradigma, o funcionamento de uma organização pauta-se pelo princípio de auto-regulagem, onde estrutura e dinâmica se modificam em sintonia com as contingências mutantes. Esta característica advém da concepção de organização enquanto "unidades multidisciplinares que contenha, também, as variedades de requisitos em relação a seu ambiente". É por tal razão, então, que, digamos, tendo o ambiente em si representado, é capaz de lidar com ele.

A racionalidade na organização moderna⁹ é, por assim dizer, descontínua. As informações são coletadas não em função de solução racional dos problemas, onde os objetivos da organização são compartilhados por todos. Não, ao contrário: a crescente politização das organizações, e em especial as públicas, bem como a crescente complexidade de uma sociedade de contrastes refletida na materialidade das instituições vaza por todos os lados qualquer tentativa de sucesso ou adequação efetiva de

9. ANNA CAMPOS (1981,106) refere a "racionalidade substan-

uma razão que se pauta pela exclusão dos conflitos, rechaço de demandas ou descaso com as individualidades no coletivo humano. Faz-se necessário lidar com os interesses e poderes de diversos grupos. Também em fuga a esta racionalidade bitolada, os gerentes modernos imergem na realidade de seu dia-a-dia na busca de informações através de uma "rede de contatos", como esclarece KLIKSBURG (1988,59-85). Aqui não só os processos lógicos são levados em consideração, mas também pondera-se sobre o impossível e considera-se o ilógico, os processos inconscientes. Por vezes a intuição apresenta a solução até então impensada, incriada. A criatividade é fronteiriça a tal processo e toma parte também do ajuste de foco que vem se produzindo nesta contemporânea maneira de gerenciar. Como assinala KLIKSBURG (1988,82): "Nas próximas décadas haverá apenas duas alternativas: ser crítico-criativo ou ser ineficiente. Os problemas serão inéditos ou a combinação das variáveis será muito diversa".

Ainda em outro texto de ROBERTO MOTTA (1991,71) pinça-se uma acurada visão de processo do eixo de decisão gerencial: "A aceitação do ilógico e do irracional como recursos gerenciais não implica (...) anular as dimensões da racionalidade já conquistadas na teoria gerencial. O que se procura, hoje, é um maior equilíbrio entre os recursos disponíveis para a ação gerencial. Ou seja, entre o racional e o intuitivo, o lógico e o ilógico, a ordem e o caos. Esse equilíbrio não significa síntese entre posições opostas, mas a convivência com as contradições e os paradoxos da realidade organizacional. (...) A solução dos paradoxos pode contribuir para reduzir e anular conflitos e tensões que geram criatividade e inovação".

No sentido vertical (e nem por isso não horizontal) desta discussão, o debate em torno da emergência de um novo paradigma para a ciência nesse final de século e milênio vem contribuir para o deslindamento, no âmbito da administração, da gama de questões a respeito do perfil, ou melhor, de alguns valores gerenciais sobre que estamos versando.

De fato, talvez devido a uma estruturação metodológica e de objeto exemplar nas ciências, o que lhe dá uma rigorosa formação material de suas produções, deficiências e desafios, a Física vem mais uma vez liderando o processo de questionamento e revisão do edifício de conhecimento do homem sobre o mundo. VERGARA (, 194-208) nos observa que a visão mecanicista¹⁰ prevalente na ciência, por um lado, rodou a hélice do progresso numa velocidade surpreendente, onde avanços tecnológicos enormes foram obtidos, como também, por lado, fragmentou a realidade numa quantidade estúpida de pedaços órfãos do mesmo pai e inconscientes dele (o todo). "Urge contrapor ao vigente reducionismo científico, o holismo científico⁽¹¹⁾ (VERGARA, ,197). É através da Física que a autora argumenta a

10. ANNA CAMPOS (1990,4) de modo bastante claro refere que "o paradigma dominante (racional-positivista) tem como concepção fundamental o universo como um sistema mecânico, formado por partes separadas, ordenado, externo ao indivíduo e sujeito a leis. Dada sua natureza mecânica, é apreensível pela percepção sensorial. A ciência é o único conhecimento válido; o método científico, baseado no pensamento racional, a única forma de conhecer. O objetivo da ciência é a construção de teorias que unifiquem conceitos e identifiquem as leis que regem a mecânica do universo. As generalizações e extrapolações de resultados dependem essencialmente do rigor metodológico".

11. O holismo é um movimento amplo que atravessa os mais diversos setores da produção humana atualmente. No âmbito científico essa teoria, ou melhor talvez, essa visão da realidade é compreendida como um todo harmonio-

fundamentação maior do novo paradigma quando faz uma pequena revisão de conceitos importantes produzidos por autores de renome na constituição da Física moderna, são eles: DAVID BOHN, KARL HEISENBERG e ALBERT EINSTEIN. Apoiada num cenário onde se vê em franco crescimento a incorporação de novos valores antes banidos e desprezados como não importantes para a formulação do conhecimento sobre o mundo, as pessoas etc - tais como sentimentos, emoções, conflitos como sementes de mudança, crise como possibilidade, entre outros -, a autora destaca a intuição como meio de acesso à realidade não-determinística, ao mundo da incerteza, ao inconsciente, ao imponderável, à "ordem implicada".

Na gestão contemporânea a intuição tem merecido pilar destaque para o processo de tomada de decisão. Na posição complementar da racionalidade analítica até aqui soberana nos processos de gerência, é preciso criar condições de aplicação para esta qualidade sine qua non do ser humano e que o vincula à outra banda da vida, à porção desconhecida, verdadeiramente fugidia das determinações causais como a conhecemos: o poder de intuir.

Ao encontro desta postura, porém num enfoque crítico assaz empreendedor, outro autor (MOLLER et al, 1993,87-96) faz o alerta de que é preciso constuir-se uma racionalidade, em consonância com a emergência do novo paradigma, que abrigue as conquistas do modelo racional-analítico¹² e da cada vez maior consideração de

uma única realidade indissociável e cheia de relações: a consciência do pesquisador influencia a percepção, a conceituação do objeto, como também este objeto, por não se encontrar parado, retorna influências sobre o próprio olhar do investigador. Não há propriedades objetivas da natureza independente de quem a observa, estuda etc.

12. ANNA CAMPOS (1990,7) elucida mais uma vez: "O paradigma dominante recebeu a denominação de positivismo lógi

conceitos como ilógico, caos e intuição no processo de tomada de decisão gerencial. Assim, desenvolve o raciocínio, a partir de referências epistemológicas para a verificação racional (uma nova racionalidade: "... novas conexões lógicas (não previstas nem aceitas pelo paradigma racional-analítico)"), da dinâmica que orienta o processo decisório intuitivo. Advoga o autor: "Um paradigma capaz de perceber a intuição não como fenômeno metafísico, mas como um genuíno recurso gerencial passível de ser utilizado por tantos quantos ousem tomar decisões em meio ao oceano de imprevisibilidade que nos rodeia". Exortando a necessidade de aprofundamento dos estudos e investigações das decisões consideradas intuitivas, realiza forte crítica aos teóricos da administração: "Reivindicando o rótulo de modernos, apenas por acaatarem passivamente as limitações do que consideram ilógico, tais teóricos não parecem perceber que, na realidade, estão a serviço das idéias que pensam combater".

5. CONCLUSÃO

É de todo necessária uma reavaliação, com acurada reflexão sobre o complexo tecido da realidade social em nosso país, das formas de planejamento e gestão do setor saúde, tradicionalmente fracassadas. O contexto de América Latina (terceiro-mundista) dá ao Brasil toda uma atual caracterização de desigualdades sociais imensas e um plural, pluralíssimo elenco de problemas de não fácil solução, arraigados num desenvolvimento capitalista ple^utoramente concentrador, tardio. O reflexo disto na Saúde foi a criação de uma cultura que tinha no Estado o "Grande Pai", com quem se podia contar a qualquer hora, de quem se podia tirar ao bel-prazer e em quem se podia acomodar sem qualquer preocupação de oferta de melhoria, de troca ou questionamento. Assim procederam os políticos, os trabalhadores de saúde, os usuários e todo conjunto da sociedade. Por seu turno, o Estado (grande entidade formada por uma materialidade relacional de todos os tipos de gentes e suas vinculações sociais, mas talvez mais determinado, no sangue, pelos interesses de quem detém poder econômico), sempre fora bastante sábio como pai para oferecer aos seus "filhos" o quanto queria, no momento que queria e da forma como desejasse, podendo deixá-los órfãos a qualquer tempo, com intenção ou não, e estar com a consciência do dever cumprido.

É para este sonho que precisa despertar, definitivamente, o setor como um todo (suas estruturas, seus agentes, sua organização e - tão importante! - sua clientela: entes relevantíssimos, que precisam se entender sujeitos e rompam tal lógica (e ilógica) paternalista).

dades e as generalidades. No setor saúde, ao sabor do que já caracterizamos tanto neste trabalho (a necessidade suprema de revisão, de refazimento), a descentralização é essência da composição de uma gerência efetiva, moderna, democrática, criativa, recurso fundamental irredutível para o alcance de tal objetivo. A descentralização precisa se dá junto a um processo de revisão do papel e da estrutura organizacionais, do modo como se entende e convive com o poder, que se oriente pelo reforço de uma visão de homem global dentro e fora das instituições e que busque a todo momento, ao custo que for, a co-gestão, como costumam chamar alguns autores, isto é, participação ativa e consciente dos usuários, dos trabalhadores que ofertam os serviços e das outras pessoas coordenadoras gerais desses serviços via organização governamental, conhecidas dirigentes (todas, bem entendido, membros da sociedade).

Por outro lado, a nossa crise social contemporânea é uma crise planetária. Na Alemanha o recrudescimento do nazismo; a miséria, o atraso do continente africano; no Leste Europeu a metamorfose dos paradigmas; o desemprego em toda europa; o início do fim do comunismo cubano; a crise da segurança, educação e saúde também nos Estados unidos; no mundo inteiro, a recessão; e etecétera. Vivemos num período de aguda instabilidade e desmoronamento da ordem das coisas do mundo (do homem e da natureza). Sem nenhum perigo de tom de lamento cristão, o que se observam são ruínas de leis; ("o que parece construção já é ruína..."; Leis infringidas certamente pelos homens (e isto é certo ou errado ?... precisava ser assim para uma 'nova ordem' ?...)).

As organizações, na onda desta crise, desinstituem-se, ao pé da palavra (e do real), transformam-se em aglomerados humanos de regulamentos usur-

os seres humanos viverem em grupo, em organizações! É de urgência uma nova abordagem, é de urgência a reversão da crise, captando-se seu lado de oportunidade, de anúncio de saída, dando-se o passo que se espera, tendo-se coragem para se forjar um novo arranjo organizacional (e social), que confira às pessoas a posição de pessoas (assim mesmo: "pes-soas", sem maiores explicações - intuitivamente entendido). Um arranjo que seja fundado na justiça social e no bem comum, que promova o ideal de liberdade e auto-realização pessoal e coletivo. É mister compreender a subjetividade e a capacidade comunicacional dos homens e abrir-se para seu comportamento dialético ^e interpretativo.

Chega-se por tais premis-sas à categoria maior (holística) de qualidade de vida, que se constitui num conceito poderosamente integrador, abarcan-do variáveis como salário, moradia, transporte, condições de trabalho, saneamento, nível de instrução escolar, condi-ções ambientais etc. Quer dizer, quando se procura, atra-vés de lutas e entendimento, instituir saúde para as pes-soas, almeja-se sobre todas as coisas uma qualidade de vida suficientemente qualitativa e quantitativa de elementos que conferem vida e são vida. E que o conjunto destas forças , através das várias vidas (vida no trabalho, na família, na escola...), componham uma obra inteira, expressa na partitu-ra de um projeto sempre maior e atualizável de vida.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CAMPOS, Anna Maria. Em busca de novos caminhos para a teoria de organização. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, 1981, 15(1):104-23.
- CAMPOS, Anna Maria. Accountability: quando poderemos traduzi-la para o português ? Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, 1990, 24(2):30-50.
- CAMPOS, Anna Maria. Contribuições para o resgate da relevância do conhecimento para a administração. Rio de Janeiro, 1990, ENSP/FIOCRUZ/FUNDAP/SP (mimeo).
- CAMPOS, Gastão Wagner de S.. A saúde pública e a defesa da vida. São Paulo, Editora Hucitec, 1991, 175p.
- CAMPOS, Gastão Wagner de S.. Sobre a peleja dos sujeitos da reforma, ou da reforma dos sujeitos em peleja. São Paulo, 1992, 22p (mimeo).
- JUNQUEIRA, Luciano P. & INOJOSA, Rose M.. Descentralização em saúde e a gestão do distrito sanitário. FUNDAP, 1988, 39p (mimeo).
- JUNQUEIRA, Luciano P.. Gerência dos serviços de saúde. In: Cadernos da Nona, Brasília, 1992, 85-89.
- KLIKSBERG, Bernardo. A gerência na década de 90. Revista de Administração pública, Rio de Janeiro, 1988, 22(1):59-85.
- LAURENTI, Ruy. A questão demográfica e a transição epidemiológica. Exposição feita no I Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Anais, São Paulo, 1990.
- LOUREIRO, Sebastião. Brasil - desigualdade social, doença e morte. Conferência apresentada no I Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Anais, São Paulo, 1990.
- MEDICI, André Cezar. Aspectos sócio-econômicos da morbidade no Brasil - uma contribuição aos estudos sobre população e saúde (o caso do nordeste). Exposição feita no I Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Anais, São paulo, 1990.
- MENDES, Eugênio V.. Importancia de los sistemas locales de salud en la transformacion de los

- MERHY, E. E., CECILIO, L.C. de O., NOGUEIRA, R. C.. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida. In: Cadernos da Nona , Brasília, 1992, 91-96.
- MERHY, E. E.. A luta na saúde pela defesa da vida e algumas questões sobre o sujeito formulador: contribuições para o planejamento e a gestão dos serviços. São paulo, 1992, 7p (mimeo).
- MÖLLER, R. C. & OLIVEIRA, F. M. de & FONTE FILHO , J. R.. A intuição e suas máscaras: as armadilhas do ilógico na teoria gerencial contemporânea. Revista de Administração Pública, Rio de janeiro , 1993, 27(1):87-96.
- MOSCOVICI, Fela. A sedução de um mistério: o todo. Rumos do desenvolvimento, Ano 15, nº 90, Jul/Ago , 1991 (mimeo).
- MOTTA, Fernando Prestes. Teoria geral da administração. 13ª Edição, São Paulo, Livraria Pioneira Editora, 1986, 211p.
- MOTTA, Paulo Roberto. Gerência de idéias novas: como despertar a criatividade e vencer a impotência do desejo inovacional ? Revista de Administração Pública, Rio de janeiro, 1989, 23(4):71-86.
- MOTTA, Paulo Roberto. Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente. Rio de Janeiro, Editora Record, 1991 (caps. I, II, III, IV, V).
- MULLER NETO, Júlio S. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. In: Cadernos da Nona, Brasília, 1992, 43-59.
- OLIVEIRA, Jaime Antônio de A. & TEIXEIRA, Sônia Maria F.. Imprevidência social: 60 anos de história da previdência no Brasil. Petrópolis, Vozes , 2ª Edição, 1989, 357p.
- RIVERA, Francisco J. U.. Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo , Cortez, 1989 (cap. I).
- RIVERA, Francisco J. U.. O agir comunicativo e a planificação estratégica no setor social (e sanitário): um contraponto teórico. Tese de Doutorado . ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1991, 254p.

- TESTA, Mário. Análisis del desarrollo de la teoría y práctica de la salud pública em la region de las americas. Texto elaborado para o Grupo de Consulta sobre o desenvolvimento da teoria e prática da saúde pública na região das américas, New Orleans, 1991, 52p.
- VECINA NETO, Gonzalo. A formação de administradores para o setor saúde: algumas considerações sobre o atual momento brasileiro e a responsabilidade da universidade. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, 1990, 24(4):95-9.
- VERGARA, Sylvia C.. Intuição e decisão nas organizações. Rio de Janeiro (mimeo).
- PAIM, Jairnilson S.. A saúde coletiva e os desafios da prática. Texto elaborado para a O.P.S. como contribuição à discussão sobre a situação e tendência da saúde pública na região das américas. 36p.

7. BIBLIOGRAFIA SUPLEMENTAR

- ALBUQUERQUE, G. M. & LIMA, M. A. C. de & DANTAS, M. de F. & MACIEL, N. & ARAÚJO, R. V. C. de. Avaliação qualitativa de desempenho no processo de trabalho médico. Trabalho de conclusão do curso de saúde pública. NESC-PE/FIOCRUZ, 1993, 45p.
- GONÇALVES, Ricardo Bruno M.. Processo de trabalho em saúde. 31p (mimeo).
- JACOBI, Pedro. Descentralização municipal e participação dos cidadãos: apontamentos para o debate. In : Cadernos da Nona, Brasília, 1992, 113-20.
- MENDES, Eugênio V.. O consenso do discurso e o dissenso da prática social - notas sobre a municipalização da saúde no Brasil. São Paulo, 1991, 11p (mimeo).
- NOGUEIRA, Roberto P.. Conceitos e princípios para programas de gestão de qualidade em serviços de saúde. Rio de Janeiro, 1993, 30p (mimeo).
- VIEIRA, Paulo Reis. Processo decisório organizacional: uma reflexão para o gerente em busca de eficiência e eficácia. Rio de Janeiro, 1987, 11p (mimeo).