



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO**

WASHINGTON LUIZ ABREU DE JESUS

**RE-SIGNIFICAÇÃO DO PLANEJAMENTO NO CAMPO DA
SAÚDE COLETIVA: DESAFIOS TEÓRICOS E BUSCA DE NOVOS
CAMINHOS**

**Feira de Santana
2006**

WASHINGTON LUIZ ABREU DE JESUS

**RE-SIGNIFICAÇÃO DO PLANEJAMENTO NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA:
DESAFIOS TEÓRICOS E BUSCA DE NOVOS CAMINHOS**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Marluce Maria Araújo Assis

Feira de Santana
2006

FICHA CATALOGRÁFICA

Jesus, Washington Luiz Abreu de

Re-significação do planejamento no campo da Saúde Coletiva: desafios teóricos e busca de novos caminhos / Washington Luiz Abreu de Jesus – Feira de Santana, BA, 2006.

235f. : il.

Orientadora: Marluce Maria Araújo Assis

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana, 2006.

1. Planejamento em Saúde. 2. Política, planejamento e gestão em Saúde. I. Assis, Marluce Maria Araújo. II. Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDD: 614.0981

WASHINGTON LUIZ ABREU DE JESUS

**RE-SIGNIFICAÇÃO DO PLANEJAMENTO NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA:
DESAFIOS TEÓRICOS E BUSCA DE NOVOS CAMINHOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Data da aprovação: 26 de junho de 2006.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Marluce Maria Araújo Assis
Universidade Estadual de Feira de Santana

Profa. Dra. Carmen Fontes Teixeira
Universidade Federal da Bahia

Profa. Dra. Rosana Tereza Onocko Campos
Universidade Estadual de Campinas

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família de ontem, de hoje e de amanhã:
Meus pais, que souberam me orientar para o “bom” caminho da vida,
Meus irmãos, que me ajudaram a superar meus limites e preconceitos;
Minha esposa que me ajuda a sobreviver e a viver acreditando no futuro;
E minha filha Laura, cuja semente já está viva
e que perpetuará minha fé para além dos meus dias.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é sempre uma tarefa difícil, pois muitas vezes, em meio aos agradecimentos, nós esquecemos de alguma pessoa importante em nossa caminhada. De antemão gostaria de pedir perdão àqueles que, por ventura eu esqueça neste momento; lembrando que a gratidão verdadeira não é aquela que se faz quando se escreve e sim aquela que se pratica.

Obrigado amigos!

Agradeço a Deus, pelo dom da vida e pela minha fé;

Agradeço aos meus pais (João e Olésia) pela paciência com que me criaram e por tudo de bom que aprendi em sua companhia; pelos momentos que superamos juntos e pelas vitórias que alcançamos por acreditarmos que unidos somos mais fortes. Obrigado!

Agradeço aos meus irmãos (Willian, Uelma e Wilson) pelas lições de vida e pela convivência feliz que sempre tivemos, mesmo diante das atrocidades que passamos.

Agradeço a Roberta, minha esposa, pelo contagiante sorriso que me dá a cada manhã e pelo brilho de seus olhos que iluminam meus dias e me fazem perseverar.

Agradeço aos meus amigos que já partiram (Anália, Cecília, Ir. Dinorá, Ir. Marta, Otello, Wilma, Francisca, Maria de Jesus, dentre muitos outros), que tanto me ensinaram a superar minhas dificuldades para vencer.

Agradeço aos meus amigos de ontem (anônimos), que contribuíram um pouco mais para formação do meu caráter enquanto homem e sujeito.

Aos amigos de hoje (anônimos, porém identificados na tábua do meu coração), cujos exemplos me fazem enxergar as muitas possibilidades do meu caminhar.

À Ir. Lealcy Mendes Leal pelo carinho com que me acolheu nas minhas necessidades, fazendo com que minha história fosse re-escrita no caminho sob as asas da sua caridade.

À madrinha Ir. Berenice França de Carvalho pelo seu empenho em me fazer médico para salvar vidas.

Às irmãs Zilmar Moreira, Geidvan Rocha Ramos, Isabel Batista e Lúcia Sá Barreto de Freitas e, através delas, a todas as Missionárias do SS. Sacramento e Maria Imaculada, que pelo carisma do amor pregado por Maria Emília Riquelme, acreditaram no meu potencial e investiram em mim, possibilitando que me tornasse um sujeito livre.

A minha tia Valdelice de Jesus, que mesmo distante e com sua humilde possibilidade nos acolheu em momentos difíceis e nos adotou como filhos, colaborando na nossa criação.

Aos amigos Mauro e Zélia Valente, padrinhos do coração, pelo apóio e amizade na minha caminhada.

A Maísia Dantas da Silva, pela acolhida sincera e fraterna em seu lar, possibilitando-me alcançar o sonho de ser médico para servir.

Aos meus mestres de ontem, do Colégio SS. Sacramento de Alagoinhas, da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, da Universidade Federal da Bahia e da Universidade Estadual de Santa Cruz.

Aos meus mestres de hoje, da Universidade Estadual de Feira de Santana.

Aos colegas do mestrado, que tanto me fizeram ver como é importante cultivar amizades e sonhos.

Aos companheiros de trabalho de ontem, do Hospital Sagrada Família, Hospital Agnus Dei, Hospital Santa Izabel, Prefeitura Municipal de Catu, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Colégio SS.Sacramento e Universidade Federal da Bahia.

Aos companheiros de trabalho de hoje (Prefeitura Municipal de Alagoinhas) pela paciência e pelo empenho em me ajudarem a construir uma nova realidade no cenário local da saúde.

A Maria de Lourdes Sacramento, pela amizade pelas suas orações. E através dela aqueles que compartilham minha fé.

A Jussara, Cida, Rogério, Márcio, Sérgio, Paulina, Fátima, Sônia, Jeane, Moacir, Jordan e muitos outros companheiros não denominados aqui, porém de igual importância na minha caminhada, pelo esforço coletivo em me ajudar e por confiar nas minhas propostas.

A Joseildo Ribeiro Ramos, pela paciência em ter um secretário estudante, com seus limites, mas com vontade de fazer valer.

A Natalice Lourenço de Silva, pelo companheirismo e afeto com que me acolheu no rol de suas amigadas. Você é muito especial!

A professora Ana Luiza Vilasbôas, pela sua amizade e pela força que me dá para construir um “sonho”.

A Prof. Dra. Carmen Teixeira, por ter acreditado na minha proposta, colocando-se a disposição para me ajudar.

A Prof. Dra. Rosana Tereza O. Campos, pela sua sensibilidade e pela ajuda para encontrar saídas no “labirinto”.

A Profa. Dra. Maria Ângela Nascimento, pelo apoio e afeto metodológico!

A Profa. Dra. Creuza B. Queiroz, pela colaboração nos primeiros momentos desse trabalho. Muito obrigado mesmo!

A Profa. Dra. Marluce Assis, minha mestra, que me fez encontrar prazer no estudo do planejamento e me ajudou a viajar pelos caminhos do conhecimento com uma maestria e com uma majestade que lhe é inerente. Com você tudo fica mais fácil e mais prazeroso!

Muito obrigado, minha mestra!

“... sem sequer poder negar a desesperança como algo concreto e sem desconhecer as razões históricas , econômicas e sociais que explicam, não entendendo a existência humana e a necessária luta para fazê-la melhor sem a esperança, sem o sonho”
(FREIRE, 1992. p.10).

RESUMO

Re-significação do planejamento no campo da Saúde Coletiva: desafios teóricos e busca de novos caminhos

O Planejamento em Saúde no Brasil vem se constituindo no campo da Saúde Coletiva, engendrado pelas concepções teórico-metodológicas dos Enfoques Estratégico, Comunicativo, Analítico-institucional e Participativo. Representa uma combinação de saberes e tecnologias acumuladas no processo de constituição da Reforma Sanitária, para garantir o “acesso à saúde”, permeado por conflitos e contradições nas arenas decisórias dos espaços de “poder”, para a manutenção ou transformação da realidade social. Incorpora de modo diversificado a questão do “sujeito / ator social” nos diferentes contextos e modelos teórico-práticos desenvolvidos por aqueles que discutem o planejamento numa perspectiva crítica, comunicacional e estratégica. Com base neste pressuposto, o presente estudo teve como objetivo central: analisar os artigos publicados sobre o planejamento em saúde nos periódicos da área da Saúde Coletiva, no período 1990-2005, discutindo-os à luz das produções teóricas da referida área. Esses artigos foram selecionados na base de dados do SciELO, segundo os descritores do planejamento em saúde; sendo organizados e classificados de acordo com o ano de sua publicação, autores envolvidos, instituições, objetos de análise, temáticas abordadas e concepções teórico-metodológicas. O método de análise hermenêutica-dialética (MINAYO, 2004) orientou a interpretação dos dados. O estudo revelou que os principais periódicos que divulgam o conhecimento na área, são: Cadernos de Saúde Pública; Ciência e Saúde Coletiva; Revista Latino-americana de Enfermagem; Revista Brasileira de Epidemiologia; e Revista Brasileira de Saúde Pública. Os artigos publicados são ensaios teóricos; estudos de avaliação de serviços de saúde; estudos de caso; estudos de intervenção; pesquisas documentais e relatos de experiência. Tendo como principais autores referenciados Matus, Rivera, Campos, Testa, Merhy, Mendes, Teixeira e Cecílio; e como principais *lóci* de produção a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP); a Universidade de São Paulo (USP); a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); e a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), salientando a crescente contribuição de instituições não acadêmicas e de outras universidades para a produção da área. A pesquisa mostra que o Planejamento em Saúde no Brasil se constitui em: um conjunto de técnicas para intervir nas realidades; prática social

transformadora; subsídio para a gestão democrática; um conjunto de estratégias para organizar sistemas locais de saúde; método de ação governamental; instrumento e atividade de gestão das organizações; meio de ação em ambientes complexos; e meio de ação comunicativa. Em síntese, o planejamento é um “dispositivo” para garantir “acesso à saúde”, sempre permeado pelas questões do “poder” enquanto capacidade e do “sujeito” enquanto portador de uma práxis capaz de manter a ordem ou transformar a realidade. As questões do poder e do sujeito no tocante ao planejamento em saúde assentam-se, portanto, na discussão das práticas, estruturas e formações, cujas totalidades concretas se instituem através de práticas pedagógicas aplicadas às lutas em defesa da vida individual e coletiva.

Descritores: planejamento em saúde; produção científica; acesso à saúde; poder; sujeito.

ABSTRACT

Resignificance of the Public Health's planning: theoretical challenges and search for new ways.

The Health Planning in the Brazil has being setted up in the Public health area, dreamed up by theoretical methodology concept of the strategic, communicative, analytical institutional and participating approaches. It represents a scheme of accumulated knowledge and technologies in the process of Sanitary Reform constitution, to guarantee the “access to the health”, permeate by conflicts and contradictions in the decisories arenas of the power's spaces, to the maintenance or transformation of the social reality. Has being incorporated of varied way the question of the “social subject / actor” in the differents theoretical and practical contexts and models developed by those that discuss the planning in a criticism, communicative and strategic view. Based on this presupposition, the present study aimed to analyse the published articles about the health planning in the periodics of Public health area in the period of 1990-2005, discussing them by the light of theoretical production of this area, developed in the principal foment centers in this country. These articles were selected from the base of SciELO dates, according to the key words of health planning; organized and classified by its published year, authors, institution, analysed object, broached thematic and theoretical methodology concepts. The method of hermeneutics and dialectics (Minayo, 2004) oriented analysis. The study shows that the principals published periodic are: Reports in Public Health; Science and Public Health; Nursing Latin-American Journal; Epidemiology Brazilian Journal; and Brazilian Public Health Journal. The published articles are theoretical essay; research of health system evaluation; case study; intervention study; documentation research and experience's account. Having as the principal authors referenced Matus, Rivera, Campos, Testa, Merhy, Mendes, Teixeira e Cecílio; and as the principal *lóci* of the production the Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP); the Universidade de São Paulo (USP); the Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); and the Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), emphasising the growing contribution of institution that aren't academic and others universities to the production of the area. The research showed the Health Planning in Brazil as a collection of technique to intervene; a transformer social practice; a subsidy to the democratic management; a collection of strategy to organize health local system; a method of

government action; an instrument and activity of organization's management; a way to the action in complex environment; and a way to the communicative action. In fact, the planning is a "device" to guarantee the "access to the health", always permeated to the questions of the "power" while capacity and to the "subject" while bearer of a experience able to maintain the order or to transform the reality. The questions of the power and of the subject in the health planning are established, therefore, in the discuss of the practice, structure and formation, of which concrete totality is instituted through of educational practices to the fights in defence of the individual and collective life.

Key words: health planning; scientific production; access to the health; power; subject.

LISTA DE ABREVIATURAS

BIREME	Biblioteca do Centro Latino-americano e do Caribe de Informação em Ciências Sociais
CENDES	Centro de Estudos para o Desenvolvimento Econômico e Social
CEPAL	Centro de Estudos para o Planejamento da América Latina
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CPPS	Centro Pan-americano de Planejamento em Saúde
ENSP	Escola nacional de Saúde Pública
FAPESB	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
GC	Gerenciamento de Caso
GQT	Gestão pela Qualidade Total
ILPES	Instituto Latino-americano de Planejamento Econômico e Social
LAPA	Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde
MAPP	Método Altadir de Planejamento Popular
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PPLS	Planejamento e programação Local de Saúde
QFD	Desdobramento Função Qualidade
SciELO	“Scientific Electronic Library Online”
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SPT-2000	“Saúde Para Todos no Ano 2000”
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TGA	Teoria Geral da Administração
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UEM	Universidade Estadual de Maringá
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFPI	Universidade Federal do Piauí
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
USP	Universidade de São Paulo
ZOOP	Planejamento por Projeto Orientado por Objetivos

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1

1 Caminhos do pensamento para construir o objeto: tensão hermenêutica e ruptura epistemológica	18
--	----

CAPÍTULO 2

2 Planejamento em Saúde: uma re-construção histórico-social	26
2.1 Planificação em Saúde na América Latina: novos rumos para a saúde	27
2.2 Construção teórica do Planejamento em Saúde na América Latina: caminhos na busca de novas perspectivas	30
2.3 Re-constituições teórico-metodológicas do Planejamento em Saúde no cenário brasileiro	38
2.4 Os diferentes caminhos do planejamento implementados no Sistema Único de Saúde: novas tecnologias para a produção do cuidado	47

CAPÍTULO 3

3 Caminhos do pensamento para compreender o objeto: trajetória metodológica e re-constituição epistemológica	54
--	----

CAPÍTULO 4

4 Planejamento no campo da Saúde Coletiva (1990-2005): caminhos para mediar conflitos, enfrentar contradições e superar a (des) articulação teoria-práxis	64
4.1 Re-significações teórico-metodológicas do Planejamento no campo da Saúde Coletiva: novidade epistemológica e testificação do pressuposto teórico	70
4.1.1 O planejamento como um conjunto de técnicas para intervir e para avaliar sistemas e serviços de saúde	79
4.1.2 O planejamento como prática social (práxis) transformadora de sujeitos e coletivos	81
4.1.3 O planejamento como um subsídio para a gestão democrática e para as mudanças	83
4.1.4 O planejamento como um conjunto de estratégias para a organização de sistemas locais de saúde	85
4.1.5 O planejamento como um conjunto de métodos de ação governamental para a tomada de decisões	88
4.1.6 O planejamento como instrumento e atividade do processo de gestão das organizações	90
4.1.7 O planejamento como um meio de intervenção em ambientes complexos	91
4.1.8 O planejamento como um meio de ação comunicativa	92

CAPÍTULO 5

5 Caminhos do pensamento para compreender a totalidade histórica do objeto: análise e discussão das categorias analíticas do estudo	94
5.1 Planejamento como “dispositivo” para garantir acesso aos serviços de saúde: desafio conceitual e prático no campo da Saúde Coletiva	96

5.1.1 Dispositivos do Planejamento em Saúde para buscar equilíbrio na relação oferta / demanda: a dimensão econômica do acesso	106
5.1.2 A organização hierarquizada de redes de atenção como dispositivo do Planejamento em Saúde para viabilizar o acesso: uma visão tecnicista	111
5.1.3 Dispositivos do planejamento para o desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular: a dimensão política do acesso	116
5.1.4 Dispositivos do planejamento para abordar as representações sociais da atenção à saúde e dos serviços de saúde: a dimensão simbólica do acesso	121
5.2 Poder enquanto capacidade de manter ou transformar a realidade: concepção e prática do planejamento no campo da Saúde Coletiva	125
5.2.1 As dimensões analíticas do poder	133
5.2.2 O Planejamento em Saúde para a manutenção do <i>status quo</i> : uma prática hegemônica e conservadora	139
5.2.3 O Planejamento em Saúde para a transformação da realidade: a contra-hegemonia construída no campo da Saúde Coletiva	144
5.3 Sujeito e práxis: tensão, conflito e complexidade na discussão do planejamento no campo da Saúde Coletiva	150
5.3.1 Definição de termos: o movimento de conformação teórica	153
5.3.2 A construção pedagógica do sujeito: uma proposta de análise	159
5.3.3 Planejamento para a manutenção da ordem: a construção do sujeito alienado a partir da ação do sujeito da opressão	162
5.3.4 Planejamento para a transformação social: a construção do sujeito livre a partir da ação libertária do sujeito da práxis	167
5.3.4.1 Enfoques do Planejamento para a Transformação da Realidade: a construção de possibilidades no campo da Saúde Coletiva	171

CAPÍTULO 6

6 Ponto de chegada para iniciar uma nova caminhada: nossas considerações finais	177
---	-----

REFERÊNCIAS

APÊNDICES

- Apêndice I – Matriz Analítica Geral 01
- Apêndice II – Matriz Analítica Geral 02
- Apêndice III – Quadro Síntese das Categorias Analíticas

1 CAMINHOS DO PENSAMENTO PARA CONSTRUIR O OBJETO: tensão hermenêutica e ruptura epistemológica¹

¹ Nos inspiramos em Testa (1997) para utilizar o termo “ruptura epistemológica”, considerando que toda construção de conhecimento se estabelece no campo da existência do sujeito, que, sendo epistêmico, se constitui com um conhecimento pré-científico. Ao encontrar o conhecimento científico, o sujeito epistêmico questiona seu conhecimento pré-científico e desenvolve momentos de ruptura epistemológica para construir sua “hermenêutica zero”, que, ao ser validada pela análise crítica, conforma novas rupturas para constituir a sua “hermenêutica um”, cuja incorporação ao seu cotidiano, possibilita a construção de um novo sujeito, militante, com ideologia re-significada. Neste sentido colocamo-nos como sujeitos epistêmicos, questionando o nosso conhecimento pré-científico, estabelecendo novos sentidos aos objetos da nossa investigação, avaliando, rompendo paradigmas e nos constituindo como sujeitos da vida re-significados.

A humanidade, desde os primórdios de sua existência, se preocupava com a organização de seu trabalho. Já nos tempos remotos da história, o homem utilizava saberes e práticas do senso comum para organizar seu trabalho, de modo a concretizar seus intentos.

Matus (1993) analisa que a organização do trabalho se estabelece como uma ferramenta nas lutas permanentes que o homem trava para conquistar graus diferentes de liberdade. Exemplifica dizendo que o conhecimento do fogo permitiu ao homem primitivo escolher entre o frio e o calor, de modo que as circunstâncias naturais a partir daí passaram a ser vulneráveis ao controle da vontade do homem, que aprendeu a conduzir conscientemente seu destino. Significa dizer que, desde então o homem começou a se planejar.

Se mirarmos as pirâmides do Egito, os templos dos faraós, as muralhas da China, as construções milenares do oriente médio, as edificações greco-romanas, as cidades sagradas dos impérios indo-americanos, dentre outros grandes monumentos da humanidade, vemos identificados, à luz da afirmação de Matus, a motivação dessas civilizações na realização de tamanhos feitos. As referidas civilizações utilizaram-se dos seus melhores cálculos para produzir estruturas de tamanha grandeza e importância, na busca de seus diferenciados graus de liberdade. Outrossim, desde aquele momento já se colocava na pauta das civilizações a necessidade de se planejar, mesmo com base em seus conhecimentos empíricos.

O ato de se organizar para produzir, então, acompanha as sociedades desde seus primórdios, se apresentando como um movimento individual e coletivo do homem, conduzindo o curso dos acontecimentos à sua vontade, transformando-se num processo social de mudanças, que se consolida em realizações caracterizadas como os resultados deste ato, que na atualidade se denomina como ato de planejar.

O dicionário Houaiss de Língua Portuguesa (Houaiss, 2001; p. 2.232) define planejamento como “o ato ou efeito de planejar; serviço de preparação de um trabalho, de uma tarefa com o estabelecimento de métodos convenientes; planificação; determinação de um conjunto de procedimentos, de ações visando a realização de um determinado projeto; elaboração de planos governamentais, especialmente nas áreas econômica e social”.

Tancredi, Barrios e Ferreira (1998, p.13), complementam a definição de planejamento, ao destacarem que planejar é a arte de elaborar o plano de um processo de mudança. Compreende um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos ordenados de modo a possibilitar interagir com a realidade, programar as estratégias e ações necessárias, e tudo mais que seja delas decorrente, no sentido de tornar possível alcançar os objetivos e metas desejadas e pré-estabelecidos no processo do planejamento.

Na realidade, para esses autores, o planejamento, parte do princípio que o sujeito que planeja tem a capacidade de elaborar o plano de um processo de mudança, por possuir um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos relacionados à sua qualificação técnica e experiência. Conhecimento esse que, na perspectiva apresentada, pode possibilitá-los a programar ações e desenhar estratégias, no sentido de tornar possível o alcance dos objetivos e metas desejadas ou pré-estabelecidas. Possibilita a interação com a realidade tanto no plano econômico quanto no social.

Nessa compreensão, objetivos e metas devem ser sempre pré-estabelecidos através de uma cadeia organizada de ações e estratégias, valorizando a técnica e o saber, com foco na intervenção, em detrimento do contexto e dos sujeitos beneficiários do referido processo.

Para Teixeira (2001), o planejamento envolve um conjunto de questões de natureza teórica, metodológica, técnica e instrumental – que se conformam ao longo do seu desenvolvimento enquanto prática social – sendo um campo de constantes reflexões e experimentações; na medida em que, diferentes abordagens e enfoques interagem e se acumulam em função da redefinição das demandas e necessidades historicamente determinadas.

Ao incorporar ao planejamento elementos da prática social e do contexto, Teixeira (2001) confere ao mesmo a acumulação e a interação necessária à idéia de processo, de construção, de historicidade. Tal incorporação aponta para uma aproximação entre a natureza experimental das Ciências Exatas e a natureza reflexiva das Ciências Sociais, num *mix* epistemológico que o coloca no rol dos temas “intrigantes” (aspas nossas) do campo da Saúde Coletiva².

Onocko Campos (2001), complementa essa discussão conceitual ao apresentar que o ato de planejar poderia ser uma atividade “quase natural” ao homem, que ao buscar incorporá-lo na sua práxis, consolida a idéia que a sociedade onde vive possa ser eficaz. Diante dessa concepção de planejamento, deve-se estabelecer uma relação de funcionalidade – ligação entre o planejamento instrumental e o cotidiano das pessoas – entre os meios e os fins do processo de planejar, dirigindo-o [o planejamento] racionalmente, para a obtenção de resultados significativos, numa visão denominada como teleológica, acompanhada de algumas características explicitadas a seguir:

² O campo da Saúde Coletiva é considerado como um conceito operacional próprio do campo das Ciências Sociais aplicadas a Saúde, para analisarmos corpos sociais (classes, grupos e relações) e suas relações histórico-estruturais. Foi alicerçado nas propostas da medicina preventiva e teve suas bases institucionais no meio acadêmico, com a reforma universitária brasileira de 1968 (TEIXEIRA, 2001)

- O planejamento é construído historicamente, através da programação de ações e estratégias que visam estabelecer uma correlação teleológica entre meios e fins;
- O planejamento resgata sua essência instrumental, sem omitir, entretanto, a subjetividade das pessoas que com ele operam, mostrando-se, também, como uma atividade com valor de uso, pois os seus operadores buscam ademais sua realização pessoal.

Todavia a ação racional torna-se, neste contexto, inseparável dos momentos singulares e subjetivos dos diversos grupos e interesses. Por conseguinte, o processo de planejamento, enquanto elemento e instrumento de organização do trabalho na sociedade, é a racionalidade que a ele é conferida; no momento em que se apresenta como meio para obtenção de determinados resultados. No campo da saúde, significa eficácia no desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e proteção da saúde.

Nesse sentido, compreendemos o planejamento como um plano de mudança social, construído historicamente, por meio da programação de estratégias e ações que visem estritamente a correlação entre meios e fins, justificada numa perspectiva de abordagem dialética, até porque acreditamos nesta possibilidade.

Diante da experiência por nós vivenciada enquanto estudante de pós-graduação em Saúde Coletiva e profissional do Sistema Municipal de Saúde em Alagoinhas – Bahia, desperta-nos o interesse no estudo sobre Planejamento em Saúde, como procuramos relatar adiante.

Nossas experiências nos têm motivado à pesquisa nesta área de conhecimento, sendo consequência de um conjunto de movimentos iniciados em 2003 com o Curso de Especialização em Saúde Pública, quando optamos por realizar um estudo na área de gestão e planejamento em saúde, que culminou na monografia “Planejamento como tecnologia de gestão em Una – Bahia: a construção de espaços coletivos de humanização do atendimento” (JESUS *et al*, 2003).

Na oportunidade, fizemos um recorte específico sobre o tema, construído a partir das leituras das produções de diversos autores³ que dão suporte teórico-metodológico às diversas abordagens de Planejamento em Saúde apresentadas nos diferentes modelos assistenciais⁴ que

³ Mário Testa, Carlos Matus, Francisco Uribe Rivera, Emerson Elias Merhy, Rosana Tereza Onocko Campos, Luis Carlos de Oliveira Cecílio, Gastão Wagner de Souza Campos, Jairnilson Silva Paim, Carmen Fontes Teixeira e Ana Luiza Vilasbôas.

⁴ Modelo assistencial diz respeito tanto à organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área enquanto projetos de construção de ações sociais específicas, como estratégia política

vêm sendo implantados no Brasil, no âmbito do sistema público de saúde, com a promulgação da Constituição Federal de 1988.

Estabelecemos um diálogo teórico entre alguns dos interlocutores da área em questão, com vistas a reconhecer o planejamento como uma tecnologia capaz de orientar as decisões e o processo de gestão. Iniciamos com a discussão acerca do processo de trabalho em saúde, apresentada por Merhy (1995; 1997a) e culminamos com a proposição de uma estratégia de planejamento local a partir da organização social, aproveitando o leque de conhecimentos acumulados com o estudo dos modelos operacionais apresentados pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

O segundo movimento foi a nossa inserção no Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), como aluno especial da disciplina de Planejamento e Programação em Saúde no segundo semestre de 2003. Neste momento apreendemos muitos conceitos acerca do Planejamento em Saúde e sua aplicabilidade na construção de serviços de saúde, orientados pelas necessidades dos diversos sujeitos que atuam nos serviços, o que nos instigou mais ainda a aprofundar os conhecimentos até então desenvolvidos.

O terceiro movimento foi a nossa inserção no âmbito da gestão institucional com a nomeação para o cargo de Secretário de Saúde do município de Alagoinhas – Bahia. A realidade local nos mostrou a necessidade de intensificar os estudos a respeito do Planejamento enquanto gestor, reforçando a importância de dar ênfase à produção do conhecimento nesta área, suas tecnologias e suas facetas no campo da práxis⁵, para que as ações planejadas pudessem responder às necessidades da sociedade na área de saúde.

A discussão teórica levantada ao longo desta caminhada trouxe reflexões acerca das diversas perspectivas do planejamento em saúde sob as visões de Merhy (1995), Rivera & Artmann (1999) e Onocko Campos (2000), com as diferentes abordagens que o tema pode ter na sua operacionalidade, a depender da tecnologia empregada e dos sujeitos envolvidos no processo.

Esses autores produziram um conjunto de artigos científicos e livros sobre a temática planejamento em saúde no cenário dos diferentes modelos assistenciais constituídos no Brasil

de determinados agrupamentos sociais (...) Estão sempre se apoiando em uma dimensão assistencial e em uma tecnológica para expressar-se como projeto de política, articulado a determinadas forças e disputas sociais, damos preferência a uma denominação de modelos tecno-assistenciais. (MERHY, 1993)

⁵ Ação objetiva que, superando e concretizando a crítica social meramente teórica, permite ao ser humano construir-se a si mesmo a ao mundo, de forma livre e autônoma, nos âmbitos cultural, político e econômico. Prática, ação concreta. (HOUAISS, 2001)

na construção da Reforma Sanitária, que culminou com o Sistema Único de Saúde (SUS). Se preocuparam em estabelecer um nexo operativo entre os modelos propostos e as metodologias de planejamento implementadas; identificar os elementos conceituais básicos, a orientação teórica que os sustentam e as diferenças e convergências existentes entre estas concepções.

Mesmo diante de um eixo analítico comum, esses autores apresentam enfoques diferenciados que nos inspiram na elaboração desta proposta de trabalho, considerando que ainda não foi realizado um estudo sistematizado da produção do conhecimento sobre planejamento em saúde no Brasil, em periódicos de circulação nacional, nos quais são divulgados trabalhos do campo da saúde coletiva.

Para tanto, nos inspiramos em Testa (1997) ao definir que a produção do conhecimento como um processo de construção de signos, significados, sentidos, determinações e constituições, realizado pelos sujeitos da vida acerca de si mesmos e de seus objetos, utilizando-se de movimentos de expansão, redução e combinação de estruturas epistemológicas simples e complexas.

A produção do conhecimento sobre o planejamento em saúde no Brasil teve como marcos referenciais estudos realizados por pesquisadores do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)⁶; do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP)⁷; do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA)⁸; e do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)⁹; dentre outros núcleos de estudos em Saúde Coletiva estabelecidos nas diversas universidades brasileiras.

Essa produção tem sido divulgada para a comunidade científica a partir de periódicos de veiculação nacional e internacional, os quais serão objetos de análise no decorrer da construção deste estudo.

O ponto de partida para o nosso trabalho é a década de noventa, que impõe sua importância como o período de definição do papel de cada esfera de governo na organização do sistema de saúde e a formulação / implementação do instrumental operacional para esse relacionamento. Nesse período (1990-1999) são divulgadas as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB-SUS) e se institui o planejamento local / participativo no contexto da

⁶ Francisco Uribe Rivera (1992, 1996); Elisabeth Artmann (1993) e Edmundo Gallo (1995)

⁷ Lilia Blima Schraiber (1993)

⁸ Jairnilson Silva Paim (1993); Carmen Fontes Teixeira (1993, 1994, 1996)

⁹ Emerson Elias Merhy (1987, 1993, 1995, 1997); Gastão Wagner de Souza Campos (1992, 1994, 2000) e Luis Carlos de Oliveira Cecílio (1991, 1997a,b,c)

municipalização da saúde. Também se desenvolvem no Brasil, os principais núcleos acadêmicos de trabalho sobre o tema Planejamento ligados à causa da saúde.

Movimento histórico coexistente com o processo de consolidação do SUS e traz importantes dividendos ideológicos, políticos e sociais que têm possibilitado à academia brasileira e aos sistemas locais de saúde produzirem métodos para planejar a saúde de forma participativa e estratégica; valorizando os diferentes sujeitos sociais que defendem um sistema público de saúde, regulado pelo Estado e que deve responder às necessidades da coletividade.

Tivemos como **questionamento central** que norteou o estudo:

- Como vem sendo produzido e divulgado o conhecimento sobre o Planejamento em Saúde nos principais periódicos nacionais do campo da Saúde Coletiva, e qual a sua articulação com as produções teóricas desse campo, no período de 1990-2005?

Este questionamento foi desdobrado em **outras indagações** que orientaram o desenvolvimento da pesquisa:

- Quais são os objetos de análise, as concepções teórico-metodológicas¹⁰ e os temas abordados nos artigos sobre o Planejamento em Saúde produzidos nos referidos periódicos, à luz das produções teóricas da área de Saúde Coletiva?
- Como vem sendo construída a discussão do sujeito / ator social¹¹, do poder e do acesso à saúde, na produção teórica de planejamento em saúde sistematizada pelos pesquisadores, nos periódicos da área e no recorte temporal definidos?

Com estas indagações, identificamos como **objetivos** para o estudo:

- Analisar os artigos publicados sobre Planejamento em Saúde nos principais periódicos nacionais da área de Saúde Coletiva, à luz da produção teórica da referida área, no período de 1990-2005;

¹⁰ Concepções teórico-metodológicas dizem respeito aos elementos teóricos e metodologias que são balizadores do planejamento em saúde, que vem sendo produzidos pelos diferentes espaços de construção de conhecimento.

¹¹ O termo sujeito / ator social adotado por nós se fundamenta nos trabalhos de Assis (1998), Campos (2000), Freire (1979, 1986, 1987, 1992, 1996) e Gadotti (2001). Será discutido amiúde no capítulo 05 deste estudo.

- Discutir os objetos de análise, as concepções teórico-metodológicas e os temas abordados nos artigos sobre Planejamento em Saúde, divulgados nos referidos periódicos no período em questão;
- Compreender as abordagens teóricas acerca do sujeito / ator social, do poder e do acesso à saúde, no processo do planejamento, conforme os conhecimentos produzidos pelos pesquisadores da área de Planejamento em Saúde publicados nos periódicos e no recorte temporal referidos.

Diante do exposto, entendendo que esses elementos possibilitaram nortear o nosso raciocínio no tocante à construção do objeto, colocamo-nos a construir o pressuposto teórico para fundamentar o raciocínio do estudo. Estabelecemos, então, uma conexão hermenêutica entre a teoria e a práxis, fundamentando o estudo com afirmações concretas para garantir a totalidade possível do objeto, tanto no sentido teórico-conceitual quanto histórico.

Desse modo, temos como **pressuposto teórico** do estudo a seguinte afirmação:

“O Planejamento em Saúde no Brasil vem se constituindo no campo da Saúde Coletiva, engendrado pelas concepções teórico-metodológicas dos Enfoques Estratégico, Comunicativo, Analítico-institucional e Participativo. Representa uma combinação de saberes e tecnologias acumuladas no processo de constituição da Reforma Sanitária, para garantir o **acesso aos serviços de saúde**, permeado por conflitos e contradições nas arenas decisórias dos espaços de **poder**, para a manutenção ou transformação da realidade social. Outrossim, vem incorporando de modo diversificado a questão do **sujeito / ator social** nos diferentes contextos e modelos teórico-práticos desenvolvidos pelos sujeitos sociais que discutem o planejamento numa perspectiva crítica, comunicacional e estratégica.”

Então, vamos à busca de testificar o pressuposto! Compreendendo, entretanto que, em ciência nada se cria, tudo se transforma.

2 PLANEJAMENTO EM SAUDE: uma re-construção histórico-social

2.1 Planificação em Saúde na América Latina: novos rumos para a saúde

A planificação em saúde na América Latina é discutida por vários autores que trabalham com esse objeto. Tomaremos, neste capítulo, Rivera (1992b) com seu estudo sistemático acerca das possibilidades de desenvolvimento econômico e social dos países latino-americanos; Teixeira (2001) em seu trabalho sobre o futuro da prevenção, no qual trata, dentre outras coisas, sobre os aspectos históricos da planificação em saúde; e, Testa (2004), em sua produção "Pensar em Saúde", que discorre sobre suas reflexões acerca do movimento histórico de constituição da planificação em saúde na América Latina e sua inserção como sujeito desse processo.

Em 1965 foi desenvolvida por um conjunto de autores latinos¹² uma metodologia de planejamento divulgada sob a forma da Publicação Científica nº 11 da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) com o título "Programação em Saúde, problemas conceituais e metodológicos". Esse documento tinha como propósito a aplicação de princípios e métodos de planificação econômica para uma área social como a saúde e surge num momento favorável, que se caracterizava pela concomitância histórica do movimento da Aliança para o Progresso da América Latina, um instante de fomento do Banco Mundial para viabilizar os mercados latino-americanos, haja vista o estabelecimento da hegemonia do modelo econômico capitalista (TESTA, 2004).

O documento culminou com a constituição do método de planificação denominado Método CENDES / OPAS, desenvolvido pelo Centro de Estudos para o Planejamento da América Latina (CEPAL) através do Centro de Estudos para o Desenvolvimento Econômico e Social (CENDES) da Universidade Central da Venezuela em conjunto com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) com a finalidade de instituir um método sistemático para possibilitar o desenvolvimento social através da planificação. Propunha a utilização ótima dos recursos (instrumentos) disponíveis por cada governo através de um processo de definição de prioridades. Pautado no diagnóstico exaustivo, na análise de custos e de impacto econômico, o método apresentava uma formulação que tinha o objetivo de racionalizar a utilização dos recursos, considerados escassos nos países latino-americanos.

Teixeira (2001) afirma que o método CENDES / OPAS propunha a construção de indicadores para diagnóstico em saúde com o levantamento e sistematização de variáveis

¹² Jorge Ahumada, Alfredo Arreaza Guzmán, Hernán Duran, Mario Pizzi, Eduardo Sarué e Mario Testa.

demográficas, epidemiológicas e sociais, num enfoque descritivo, marcado pelo viés da planificação econômica, operando o cálculo da eficiência, da definição de prioridades, da combinação de recursos e do estabelecimento do prognóstico como elemento importante na determinação dos elementos constitutivos do planejamento.

Rivera (1992b) polemiza citando que o método não dava conta da operacionalização de todas as variáveis sociais, nem possibilitava problematização de aspectos políticos e macro-institucionais, principalmente no que concerne ao setor público de saúde. Outrossim, a diversidade de experiências e o maior desenvolvimento do método em países como Argentina e Chile se deu como consequência das diferentes potencialidades dos seus sistemas de saúde, no tocante ao peso e a organização do setor público. Isto levou a uma descaracterização do método, enquanto modelo a ser seguido de modo uniforme pelos países em questão.

A racionalidade instrumental empregada pelo método possibilitou o levante de muitas críticas a sua operacionalidade, principalmente por parte daqueles que se propuseram a implementá-lo sistematicamente – Argentina, Brasil, Chile, El Salvador e Venezuela. Ademais, se verificou com o passar dos anos que não dava conta das questões sociais no confronto com a realidade. Essa constatação associada ao fato do método carrear em si um estigma dos modelos matemáticos de planificação, dentre outras características normativas, levaram-no a derrocada em poucos anos.

A exemplo, um dos seus idealizadores, o sanitarista argentino Mario Testa, já em 1968 iniciava estudos para analisar a operacionalidade do método, o que o levou a estabelecer uma ruptura com o mesmo já nos primeiros anos da década de setenta, o que foi por ele denominado como um momento de descoberta, de compreensão histórica, pois o contexto no qual se desenvolveu o método superdimensionava o componente econômico em detrimento do componente social e, de fato representava interesses relacionados ao ideal capitalista, o que, por si só submete as questões sociais à minimização.

A crítica e os resultados desfavoráveis do método CENDES / OPAS culminaram com um movimento reflexivo dos teóricos idealizadores do método, ainda no momento de sua divulgação e implementação, levando-os a redimensionarem suas concepções acerca desta planificação, uma primeira ruptura, que determinou o desenvolvimento de novos paradigmas para o planejamento.

Estabelecem-se novos grupos para estudar as possibilidades de planificação para os países da América Latina que também tivessem como foco a saúde, partindo dos princípios da crítica ao método originalmente proposto.

O Instituto Latino-americano de Planejamento Econômico e Social (ILPES) e o recém-criado Centro Pan-americano de Planejamento em Saúde (CPPS) ancoram a crítica ao planejamento normativo, propondo a abertura de novas perspectivas e mudanças paradigmáticas, com a valorização dos aspectos políticos e a incorporação de aspectos sociais no conteúdo da planificação em saúde.

Os governos latino-americanos assumem as perspectivas de planificação propostas por estes diferentes grupos, principalmente nos países progressistas como Argentina, Chile e Bolívia; e suas experiências colocam em cheque os ideais liberais impostos a esses países pelo bloco capitalista monopolizador do capital. A consolidação do modelo capitalista de produção na América Latina estava ameaçada por experiências exitosas de políticas no campo social alicerçadas no capital ideológico resultante da reflexão crítica do planejamento normativo.

Rivera (1992b) identifica que neste período surgiram três vertentes ideológicas principais sobre a planificação, resultados desta reflexão: o planejamento estratégico situacional de Carlos Matus (economista chileno), o pensamento estratégico de Mário Testa (sanitarista argentino) e o enfoque estratégico do planejamento em saúde, desenvolvido na escola de Medellín – Colômbia.

O primeiro, desenvolvido com o objetivo de estabelecer uma proposta alternativa à planificação normativa, partindo de uma auto-crítica feita por seu idealizador no tocante à sua experiência no governo de Salvador Allende, no Chile. Sua proposta, focalizava o componente político e o caráter interativo do processo de planificação. Caracterizava-se pela exaustiva discussão sobre os atores sociais em situação de governo, suas relações, a identificação de problemas e sua tipificação, o estudo do cenário e os momentos de planejamento, nos quais se identificavam o momento explicativo, o normativo o estratégico e o tático-operacional (Matus, 1993). Este método alicerçava a teoria do planejamento nas teorias da ação e da produção social, identificando que o sujeito do planejamento é partícipe de todo o processo e como tal deve compreender o espaço de produção social no qual está inserido e agindo.

O segundo, desenvolvido com um processo intenso de construção epistemológico-histórica, que culmina na acumulação / (des) acumulação do poder, seja ele no âmbito da técnica, da administração ou da política. Caracterizado pela exaustiva discussão acerca do poder dos atores sociais em cena, desde a concepção de poder enquanto relação de dominação até a discussão do poder enquanto ideologia transformadora de uma sociedade opacificada. Apresenta uma tipologia para o poder, (sub) categorizando-o em poder técnico, político e

administrativo, cujos recursos e circunstâncias conjunturais, temporais e sociais determinam a lógica e estratégia da programação no setor saúde. (TESTA, 1995)

O terceiro, por sua vez, tenta trazer para a discussão do planejamento em saúde o conceito de necessidades sociais através do critério das condições de vida, num arranjo sistêmico resultante da concepção funcionalista dos seus idealizadores. Em termos operacionais, segundo Teixeira (2001), essa perspectiva abrange a definição de sub-grupos populacionais segundo critérios de acessibilidade geográfica aos serviços de saúde e de resolubilidade, isto é, do perfil de oferta dos serviços segundo a composição tecnológica.

Retomaremos, na próxima seção, a discussão de Carlos Matus e Mário Testa ao escopo deste trabalho, pois identificamo-lhes como precursores teóricos do planejamento em saúde no Brasil, tendo influenciado sobremaneira, o pensamento dos autores brasileiros na construção do conhecimento sobre o tema. Também discutiremos a influência da proposta de Medellín enquanto base teórica para a constituição de modelos operacionais no contexto dos sistemas locais de saúde.

2.2 Construção teórica do Planejamento em Saúde na América Latina: caminhos na busca de novas perspectivas

As construções arbitrárias são mais ou menos rapidamente eliminadas pela competição histórica, ainda que por vezes consigam gozar de certa popularidade; ao passo que as construções que correspondem às exigências de um período histórico complexo e orgânico terminam sempre se impondo e prevalecendo, mesmo se atravessam muitas fases intermediárias nas quais a sua afirmação ocorre apenas em combinações mais ou menos bizarras e heteróclitas. (GRAMSCI, 1991, p.28)

Com esta afirmação filosófico-profética iniciamos nossa caminhada no detalhamento da construção teórico-metodológica do Planejamento em Saúde na América Latina. Oportunamente, o autor em epígrafe conseguiu descrever com fidelidade a trajetória que esta área percorreu desde sua implementação enquanto elemento estratégico de definição das políticas públicas no sub-continente latino-americano, ainda que seu tempo histórico e seu objeto de análise não coincidam com o tema em questão.

Discorrer sobre a construção teórica do Planejamento em Saúde na América Latina é um movimento dialético na sua essência, pois está assentado sobre os pilares da contradição e

da historicidade. Outrossim, poderíamos caracterizá-lo como um “momento catártico”, aproveitando o conceito de Gramsci (1991), pois aí se revela uma transição de um momento puramente econômico para um momento ético-político cuja cadeia de sínteses resultam do desenvolvimento dialético, da passagem do objetivo para o subjetivo, da necessidade para a liberdade. Entendemos que esta discussão está alicerçada na teoria da política e na “filosofia da práxis”, jamais sendo possível esgotá-la sem esses referenciais.

Portanto, discutir planejamento é discutir política; e discutindo política se discute ideologia, filosofia, ou pelo menos concepções filosófico-conceituais que se difundem a partir do questionamento do velho pelo novo, ou seja, a afirmação da novidade se dá se e somente se se questiona de forma racional o que está aparentemente superado.

Para isto nos inspiramos em Carlos Matus, Mário Testa e Juan José Barrenechea, identificados como pilares teóricos latino-americanos do Planejamento em Saúde no Brasil e tomamos também, o referencial complementar de Noberto Bobbio, Antônio Gramsci e Marx Weber com seus trabalhos originais, pois estes filósofos europeus são fundamentais para compreendermos algumas das nuances do tema em questão.

O termo “construção” se justifica pelo fato de acreditarmos que por se tratar de um trabalho na perspectiva da hermenêutica-dialética, a idéia de processo se encontra intrinsecamente estabelecida. Outrossim, dá a idéia de movimento, não sendo estanque num determinado período ou instante, o que acreditamos ser o processo de planejar.

O Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (Houaiss, 2001; p. 813) define construção como a “ação, processo ou resultado de construir, (...) o conjunto de atividades, técnicas, trabalho de organização que permitem elaborar, compor algo ou alguma coisa (...) num processo encadeado, contínuo”... Apropriamo-nos desta definição para utilizar o termo na definição dos alicerces e pilares teóricos do Planejamento em Saúde no Brasil.

O referencial teórico construído teve como ponto de partida o trabalho de Carlos Matus, economista, cujas publicações se iniciaram enquanto ministro de estado no Chile, no governo de Salvador Allende. Entretanto seu mais importante trabalho se deu após sua saída do governo chileno, e enquanto refletia sobre política e governo em seu cárcere no período ditatorial do general Augusto Pinochet.

Segundo Rivera (1992b), Carlos Matus, já na década de setenta, procurou desenvolver trabalhos nos quais se estabelecem críticas ao planejamento normativo em saúde, tomando como base a análise da planificação econômico-social. Essas críticas fundamentam-se no fato dele ter vivenciado o momento de implementação do processo de planificação desenvolvido

pela CEPAL¹³, o que o possibilitou criticar o caráter eminentemente tecnicista do referido método – CENDES / OPAS.

Para Matus (1993), o planejamento como fora concebido distanciava o governo da realidade estrutural da sociedade. A concepção cartesiana do método cepalino¹⁴ produzia um enfadonho processo de planificação, praticamente impossível de ser operacionalizado dada a sua complexidade. A crítica de Matus se materializa no momento em que ele propõe um novo método de planificação – o Planejamento Estratégico Situacional (PES).

O planejamento, então, seria um processo técnico-político resultante do jogo de atores em interação, conflito, cooperação e alianças, constituindo-se num processo aberto e dialógico. Não é nada mais que tentar submeter o curso encadeado dos acontecimentos cotidianos a um movimento coordenado de produção social mediado pelos conflitos inerentes ao processo de relações intersubjetivas. Necessário se faz, então, promover a reconciliação do técnico com o político, o que, segundo sua concepção, não foi contemplado pelo método cepalino.

Partindo das concepções e elementos de um governo em ação, o autor apresenta a proposta do PES trazendo para o campo do planejamento em saúde a dimensão política, o que se configurou na denominação de “estratégia”. Este termo, segundo ele se apresenta com múltiplos significados, podendo ser encarado como algo que é ao mesmo tempo importante e vulnerável.

Os adjetivos “importante” e “vulnerável” expressam a ambigüidade do termo utilizado por Matus (1993) para definir sua proposta de planejamento. Trata-se de uma proposta importante para o presente e para o futuro, um modo de ganhar o jogo bem-estruturado, de ganhar o jogo dialético. E, como se trata de um jogo está sujeito a vulnerabilidades. Um movimento, um encontro e uma luta na busca de objetivos. Um conjunto de ações táticas encadeadas em operações com vistas a alcançar a situação-objetivo, isto é, um fim.

Matus (1993) também parte do princípio que o planejamento é um método desenvolvido num cenário de governo, num sentido ampliado [não restrito ao aparelho do Estado], onde os atores sociais interagem e fazem parte da realidade a ser planejada. O cenário diz respeito ao conjunto de condições, circunstâncias, contexto no qual se desenvolve o plano. Os atores sociais por ele identificados seriam forças sociais e personalidades que controlam os centros de poder, podendo assumir dimensões individuais, coletivas e institucionais ou organizacionais.

¹³ Centro de Estudos para o Planejamento da América Latina

¹⁴ Referente ao método CENDES / OPAS.

Como já dissemos, o cenário de operacionalização do planejamento de Matus é o governo, que se assenta sobre o que ele denominou “Triângulo de Governo”. Apresenta-nos os elementos fundamentais da arte de governar, que exige do governante constante articulação entre seus vértices: o projeto de governo, a capacidade de governo e a governabilidade.

Matus (1993) define “projeto de governo” como o conteúdo propositivo dos projetos que a ação de um ator social se propõe realizar para alcançar seus objetivos. A “capacidade de governo” é definida por ele como o acervo de técnicas, métodos, destrezas, habilidades e experiências de um ator social individual, coletivo, institucional ou organizacional para conduzir um processo social a objetivos declarados. Por sua vez, a “governabilidade” é definida como a relação entre as variáveis que o ator controla e aquelas que ele não controla no processo de governo.

O equilíbrio entre o projeto de governo, a capacidade de governo e a governabilidade fazem parte de um conjunto de estratégias que caracterizariam o bom governo, que, se utiliza destas para conhecer as aspirações do povo, exercendo seu poder em conformidade com leis e regras pré-estabelecidas, com justiça e concórdia, acomodando interesses em favor do bem comum. (MATUS, 1993; BOBBIO, 2000)

Estabelecer o equilíbrio no jogo deve ser uma estratégia do governante, pois sem o devido equilíbrio não é possível conduzir processos políticos. O Planejamento Estratégico tem o objetivo de municiar os atores sociais em situação de governo para o enfrentamento da realidade estabelecida através de ações estratégicas delineadas a partir do re-conhecimento da referida realidade. Torna-se situacional na medida em que se estabelece o cálculo interativo e daí o espaço real das possibilidades de ação criativa.

O ponto de partida para um planejamento eficaz, portanto, é a identificação precisa dos problemas a partir da interação dos atores sociais, enfrentando a sua realidade, diagnosticando as situações-problema e estabelecendo cálculos interativos com vistas à descoberta dos espaços reais de possibilidades de ação criativa no cenário no qual atua.

O PES representa uma tentativa de se instituir como uma nova abordagem no contexto da planificação. Está alicerçado na teoria da ação e do processo da produção social, sendo o produto do comportamento de sujeitos organizados para a produção de bens sociais. O método proposto por Matus (1993) parte de uma análise pormenorizada da estrutura social da sociedade, identificando seus problemas e hierarquizando-os, de modo a se obter um conjunto de fluxogramas analíticos, com os quais é possível se fazer o diagnóstico situacional, se identificar nós críticos, se traçar estratégias e ações, calcular riscos e operacionalizar soluções.

Apesar de seu caráter estratégico, o que podemos verificar na produção de Matus é uma re-produção do tecnicismo cepalino por ele criticado, incorporando-se apenas o componente político, representado pelo governo-sujeito, isto é, pelos atores sociais institucionalizados. O fato é que para operacionalizar o PES de Matus é necessário do governo, a constituição de equipes que tenham capacidade técnica suficiente para operacionalizar as tecnologias do método.

Mário Testa, por sua vez, procura trazer uma discussão mais teórico-conceitual acerca do processo de planejamento, destacando o caso da saúde em vários momentos, discutindo política, estratégia, poder, sujeitos, cenário, programação, demanda, oferta, instrumentos, atividades, organização, mercado, diagnóstico, indicadores e tempo. O que de certa forma, podem ser identificados como categorias de análise que o autor procura desenvolver para subsidiar a discussão acerca do planejamento em saúde, denominada Pensamento Estratégico..

Com o “Pensamento Estratégico”, Testa (1995) busca construir uma análise sobre o planejamento, tomando como base uma avaliação do poder e sua relação com os diversos sujeitos nos diferentes momentos do diagnóstico em saúde, tratando disso com bastante prioridade.

De fato, o autor expressa sua preocupação com o planejamento no que se refere à necessidade de se observar os elementos políticos, científicos e históricos da sociedade, sem perder de vista a dimensão econômica. Desenvolve seu trabalho num movimento de contraposição ao Método CENDES / OPAS, criticando-o com a intimidade que lhe é peculiar, devido ao fato de ter participado da sua elaboração. Pôde perceber, com o passar dos anos sua “falácia” enquanto método para a resolução dos problemas sociais, especificamente os da saúde.

No caminho da re-construção do conhecimento, Testa enveredou por estudos relacionados à análise crítica das ciências, à prática e aprendizagem médica, aos problemas sociais e questões nacionais da Argentina, ao estudo da Atenção Primária em Saúde, ao uso de tecnologias relacionadas às ciências sociais e à saúde, e, por fim ao planejamento da saúde. Esses estudos possibilitaram-no compreender uma série de teorias e concepções que o diferenciam de outros autores da área pela complexidade e profundidade epistemológica.

O pensamento estratégico é um pensamento sobre as formas de uso do “poder”, compreendido a partir da diferenciação entre a sua política de distribuição e a sua estratégia de implementação. Um dos pontos fundamentais, refere-se à definição de atores sociais como sujeitos de uma ação e objetos do próprio pensamento estratégico, identificando para isto a constituição destes atores como sendo um processo dinâmico de transformação histórica.

O poder é uma categoria que contém uma ação, manifestando-se de forma opaca na sociedade, representando o imperativo da força e da violência legitimados. O Estado, segundo Testa (1995), é mediador das relações de poder na sociedade, caracterizado pela existência de espaços de decisão, isto é, locais onde se organizam os recursos para a mediação dos conflitos e contradições institucionalizadas no contexto das expressões políticas das relações sociais.

Nesse momento é que se verifica a aproximação teórico-conceitual entre Testa (1995; 1997), Gramsci (1991; 1995) e Bobbio (2000; 2003).

Primeiramente estes autores compartilham de uma rebuscada prosopopéia, que aproxima o homem ao sujeito social. Para Testa, o sujeito é constituído a partir de sua relação com o poder na sociedade e conforme sua evolução epistemológica. Gramsci (1995), de modo semelhante, a subjetividade é componente importante na constituição de uma sociedade e, de fato, uma sociedade filosoficamente correta e eticamente constituída somente se dará com a formação de indivíduos intelectuais, isto é, sujeitos sociais responsáveis e conscientes. Outrossim, Testa e Gramsci apresentam a historicidade como componente fundamental da constituição da sociedade, identificando-a como dialética na sua essência e traduzida a partir da práxis, isto é, da prática social transformadora.

A aproximação entre Testa e Bobbio também é mediada pela discussão do sujeito e da sociedade, porém a partir da constituição do Estado e do poder. Na discussão de Estado, os autores em questão coadunam com alguns aspectos de tipologia do poder e características do poder político e do poder societal. A ideologia perpassa o trabalho de ambos os autores, sendo o *link* estabelecido entre o poder, a sociedade e o indivíduo, que nesse contexto é um intelectual, um sujeito. Outra característica que aproxima Bobbio a Testa é a capacidade de construir termos conjugados para explicar uma dada situação conceitual, demonstrando o caráter epistemológico da leitura de ambos.

Para Testa (1995) o espaço de atuação do poder é o Estado, se considerada a história dos países capitalistas. Neste contexto os sujeitos do poder atuam no Estado, seja na condição de participante ativo ou passivo, isto é, seja enquanto componente efetivo do Estado, seja enquanto componente da sociedade organizada.

O exame dos espaços de atuação dos sujeitos revela, segundo Testa (1995), que a correta operacionalização do planejamento depende prioritariamente das relações de poder que se estabelecem nos espaços institucionais. Identifica o poder como categoria organizativa da sociedade, que se compõe por diferentes sujeitos sociais que se conformam no cenário da saúde. E mais, que a sociedade se organiza através de uma lógica de programação, que se institui com estratégias, as quais somente se farão efetivas se e somente se se proceder ao

correto diagnóstico das situações de saúde, tanto no plano administrativo, quanto no plano ideológico.

O poder instituído somente se consolida em situações de “equilíbrio”. Por isto, o planejamento é instrumento importante na consolidação deste movimento. Desta forma, planejar para Testa significa construir relações de “equilíbrio” no universo do poder, sendo necessário, portanto, identificar o poder enquanto categoria de análise social, para conformar as suas diferentes facetas e formas de organização, nos espaços institucionais e sociais em que atuam os diversos sujeitos.

Testa (1995) apresenta as formas organizativas do poder como resultado das relações internas, do saber e da prática dos sujeitos, dos conhecimentos empíricos e científicos, das práticas hegemônicas, da dominação e da significação social das diferentes formas de poder, que são: o “poder político”, estabelecido no movimento de equilíbrio de interesses da sociedade e sua conjuntura; o “poder técnico”, estabelecido no modelo teórico interativo dos diversos tipos de conhecimento a serviço da sociedade; e do “poder administrativo”, que se utiliza de recursos como a gestão, a organização e a normalização para se instituir.

Cada esfera de poder identificada por Testa (1995) se materializa na construção de um corpo instrumental, elemento do planejamento que chama de diagnóstico. Por conseguinte, a construção do poder no campo da saúde passa por um processo de diagnóstico para o crescimento, a mudança e a legitimação. Estes diagnósticos são estudados sob o recorte de alguns níveis categóricos, que são o estado de saúde, a epidemiologia, a organização dos serviços e a organização do setor.

O “diagnóstico administrativo” é caracterizado pela sua proximidade com o planejamento normativo, com a lógica da programação. Busca o crescimento e as atividades dos serviços de saúde, a produtividade. Utiliza-se da análise do estado de saúde e da epidemiologia para estabelecer os critérios de gravidade, de urgência e de emergência nas diferentes situações. Baseia-se na eficácia, na eficiência e na efetividade.

O “diagnóstico estratégico” é caracterizado com o propósito de estabelecer as mudanças. Alicerça-se na lógica da programação e no pensamento estratégico, tendo como mote principal a busca do equilíbrio dinâmico entre o sujeito / ator social e a sociedade.

O “diagnóstico ideológico” é caracterizado pela busca da legitimidade das propostas em saúde, a partir da concordância entre uma ideologia dominante ou hegemônica e uma ideologia alternativa. Neste contexto, pauta-se a consciência sanitária, nos âmbitos individual, corporativo e de classe, e nas dimensões biológica, sanitária, ecológica e social.

Testa (1995) trabalha a consciência sanitária como elemento importante na construção das ideologias dominante e dominada, utilizando-se destas subcategorias para identificar as relações existentes entre os sujeitos / atores sociais e quantificar as dimensões nos diferentes âmbitos, estabelecendo as respostas sociais e, por conseguinte, consciência social.

O passeio pela produção destes autores (Matus e Testa) nos leva a caminhar pelo campo do conhecimento sobre o planejamento em saúde, que no Brasil assumiu ao longo dos anos diversas perspectivas, as quais pretendemos discutir neste trabalho.

Ao fim da década de oitenta, mais especificamente no ano de 1987, é desenvolvido, à luz da Declaração de Alma Ata (1978), o documento "Saúde para todos no ano 2000: implicações para a planificação e administração dos sistemas de saúde", de autoria de J.J. Barrenechea e Uribe, E.T., voltado para a orientação política de construção da promoção da saúde, com enfoque sobre a educação e ações voltadas para a consolidação da Atenção Primária em Saúde – o Enfoque Estratégico. O documento tinha raízes no planejamento estratégico por ter sido desenvolvido no ambiente da Escola de Saúde Pública de Medellín, de influência matusiana. Sua principal característica, segundo Giovanella (1991) é a racionalidade sustentada no planejamento empresarial, a administração estratégica de que trata Rivera (2003) que admite a turbulência do ambiente e o comportamento estratégico como elementos importantes do processo de adaptação e acomodação dos interesses organizacionais.

O planejamento, na perspectiva do enfoque estratégico é um processo social complexo que influencia na mudança social a partir de uma determinada força social. O pensar o futuro é uma ação que exige conhecimento de uma teoria política e há consciência da existência de interesses conflitivos no processo. Barrenechea e Uribe admitem a complexidade do sistema como integrante do social, a fragmentação, a existência de variáveis que estão fora do controle dos atores envolvidos no processo de planejar, que o tratamento do futuro é um jogo de incertezas, que existem forças contrárias e que existe a necessidade constante de negociação. (GIOVANELLA, 1991)

No contexto dos referenciais internacionais – Matus, Testa, Barrenechea e Trujillo – por hora apresentados, se cristalizam os ideais do planejamento em saúde no Brasil com o debate teórico de diversos centros acadêmicos. O Brasil, situado no sub-continente latino-americano, estabelece-se enquanto partícipe da discussão, haja vista possuir no seu contexto sócio-político as características do sub-desenvolvimento, que o colocavam no rol dos países cujas políticas sociais deveriam ser repensadas para responder, por um lado às necessidades sociais, por outro a facetas do ideário capitalista, que serão discutidas adiante.

O fato é que, no bojo da consolidação do capitalismo, a discussão acerca do planejamento surge em contraposição ao *status quo*. O que outrora se colocava como necessidade imperativa de re-organização para a produção, passa a ser encarado pelos teóricos como instrumento de liberdade, ainda que com severos limites.

O debate acerca do planejamento em saúde no Brasil é contemporâneo ao debate da redemocratização do país, à constituição do SUS e ao desenvolvimento da área da Saúde Coletiva. Em que pesem os trabalhos desenvolvidos pelos planejadores na década de setenta, efetivamente, só a partir da década de oitenta é que o tema passa a ter a devida importância no que se refere à construção de um referencial.

Ora, se é necessário preparar o país para um novo momento político, se faz necessário também construir as bases teórico-metodológicas para sustentar este novo momento. O ponto de partida já está estabelecido. A discussão desenvolvida pelos teóricos internacionais servem de subsídio para o desenvolvimento das primeiras produções brasileiras, cujo objetivo é trabalhar com elementos que possibilitassem a implementação das políticas de saúde com base nos conceitos da Constituição Federal de 1988. O que antes era privilégio de um número reduzido de sujeitos, escondidos no aparato burocrático do Estado, agora seria uma possibilidade ao alcance de todos aqueles que se dispusessem a colaborar com o ideal libertário da Reforma Sanitária na busca de um sistema de saúde mais digno e equânime para a população.

2.3 Re-constituições teórico-metodológicas do planejamento em saúde no cenário brasileiro

A discussão do planejamento em saúde no Brasil é construída na articulação com o projeto da Reforma Sanitária. Uma resposta às necessidades da sociedade. O desafio imposto era superar o atraso. Em outras palavras, modificar os rumos de um sistema de saúde que foi alicerçado nos pilares da privatização, ainda que subliminarmente constituída.

A resposta da academia a essa necessidade social se dá, preliminarmente, com os trabalhos científicos desenvolvidos por Francisco Javier Uribe Rivera, Eugênio Vilaça Mendes, Lilia Blima Schraiber, Jairnilson Silva Paim, Carmen Fontes Teixeira, Emerson Elias Merhy, Gastão Wagner de Souza Campos, Luís Carlos Oliveira Cecílio; Adolfo Horácio

Chorny, Edmundo Gallo e Elisabeth Artmann; sujeitos os quais poderíamos denominar precursores da discussão do planejamento em saúde no campo da Saúde Coletiva, ainda que, a priori seus objetos não apontem definitivamente para o tema, decerto influenciaram toda a construção teórico-metodológica da área a partir do final da década de oitenta, principalmente nos *loci* de produção acadêmica da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Universidade de São Paulo (USP), Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Produções científicas que, ademais, na sua grande maioria adota a trilogia matusiana¹⁵ como matriz conceitual na qual se realizam os trabalhos de construção de novos modelos operacionais.

Todos estes espaços de construção do conhecimento configuram o que podemos denominar campo do saber em Saúde Coletiva, entendendo-a como área de conhecimento de natureza essencialmente interdisciplinar, cujo objetivo é estabelecer as diretrizes para a consolidação desta área sobre os alicerces do pensamento político e social aliado à discussão técnica e antropológico-filosófica do processo saúde / doença (COHN, 1992; NUNES, 1992).

Paim e Almeida Filho (1998) definiram como pressupostos básicos da Saúde Coletiva no Brasil, portanto: o entendimento de saúde numa concepção histórico-estrutural; enquanto prática social, pautada no movimento de organização de estruturas, por meio de planos de conhecimentos cujas leis se constituem como forças capazes de produzir transformação.

Neste prisma, o planejamento assume uma nova conformação, sendo necessariamente um instrumento, ou tecnologia, ou dispositivo capaz de promover mudanças histórico-estruturais no ambiente social da saúde, através da instituição de processos de promoção da qualidade de vida de sujeitos e coletivos.

Tais elementos visualizados com este olhar se configuram numa imagem projetada, cujo objetivo é a busca de caminhos, estratégias, ações e operações. Isso mostra que no campo da Saúde Coletiva, ainda que alguns autores pretendam se afastar da razão instrumental, introduzindo os elementos da subjetividade no processo de planejamento, o que se vislumbra somente pode ser alcançado, se os sujeitos compreenderem que planejamento não é um fim em si mesmo, mas um elemento de mediação entre a imagem idealizada e o objetivo alcançado (ONOCKO CAMPOS, 2003).

Neste sentido, como afirma Teixeira (2001), Matus e Testa mesmo sendo os precursores desta discussão se mantêm atuais, pois a partir de caminhos diferentes conjugam elementos que se entrecruzam e se acumulam. Estes entrecruzamentos e acumulações

¹⁵ Termo utilizado por Artmann (1993), representando o Planejamento Estratégico Situacional (PES), o Planejamento por Projeto Orientado por Objetivos (ZOO) e o Método Altadir de Planificação Popular (MAPP)

constituem o *corpus* teórico-metodológico do moderno planejamento em saúde, que no Brasil, assume diferentes concepções.

Vemos que determinado conjunto de acontecimentos conduzem o processo de planificação a se instituir como um instrumento, uma tecnologia, ou um dispositivo acessível a todos, e mediada pelas relações de busca do equilíbrio possível entre as diversas forças que atuam no campo da saúde; um cenário que se monta de forma dinâmica na relação existente entre Estado e sociedade através das políticas sociais; das organizações de ensino; das prestadoras de serviços de saúde; e dos processos de trabalho em saúde.

A produção de Rivera (1992a; 1992b; 1996; 1999; 2003), aproveitando-se do cabedal de conhecimentos produzidos pelos autores supracitados, traz uma abordagem a partir da perspectiva alinhada com os pensamentos de Jurgen Habermas¹⁶, mostrando o planejamento sob a óptica do agir comunicativo, que propõe um consenso entre as diferentes técnicas e modelos operacionais para a construção do novo. Propõe a discussão de um novo elemento no contexto da planificação – a comunicação.

Em seu trabalho de doutorado discute a Organização Comunicante enquanto espaço de operacionalização do planejamento comunicativo, num movimento de intensificação do momento explicativo do PES, transformado a partir de novos elementos como a escuta, a cultura, a liderança, a negociação, o diálogo e o resgate da subjetividade.

Rivera busca estudar também o planejamento em saúde a partir dos trabalhos de Carlos Matus e Mário Testa. De modo crítico e reflexivo, discorrendo sobre a trajetória histórica da planificação na América Latina e analisando a lógica dos vários marcos doutrinários que compõem a sua tendência histórica que vai desde o enfoque normativo ao enfoque estratégico situacional, polemizando inclusive sobre esta polaridade.

O enfoque normativo, segundo o autor, supõe que objeto e sujeito são independentes, sendo que o último é posto de fora ou acima da realidade; orienta-se pela verdade objetiva e fundamenta-se no diagnóstico; dá-se através de modelos analíticos de causalidade baseada na realidade objetiva, apontando um único caminho para resolução dos problemas. O enfoque estratégico, por sua vez, coloca o sujeito dentro da realidade, coexistindo com outros atores; a realidade é processual e a resolução dos problemas pressupõe um cálculo estratégico interativo, isto é, que admite várias possibilidades de conduta (RIVERA, 1992b).

¹⁶ HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo**. (Tradução de Guido A. de Almeida). Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989. Trata-se de uma das obras mais importantes deste autor para o campo da Saúde Coletiva. Trata da “Teoria do Agir Comunicativo”. Originalmente publicado em Paris, 1985.

Rivera (1992b) discute também os desdobramentos das propostas desenvolvidas por Mário Testa e Carlos Matus na América Latina com impacto sobre o Brasil. Analisa as proposições do “Saúde Para Todos no Ano 2000” sobre a programação local de saúde, a formação dos distritos sanitários¹⁷ e o enfoque estratégico, lançando as bases conceituais apontam para um modelo teórico de programação local e regional em cujo espaço particular se encontram os grupos sociais e suas condições objetivas de vida. A proposta tem uma articulação com o desenvolvimento da proposta do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), instituído no Brasil no final da década de oitenta enquanto modelo de reorganização da assistência à saúde no país; e com a transição para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse trabalho, Rivera aproveita conceitos desenvolvidos por Castellanos, Mendes e Chorny (1987) na definição dos requisitos da programação de sistemas locorregionais de saúde na lógica dos distritos sanitários. A programação se define como um espaço do planejamento, um momento tático do programa estratégico que conforma o plano, devendo comportar a participação efetiva da população. Um modelo de programação baseado nas necessidades de saúde observando os fatores de risco (sociais, políticos, demográficos, epidemiológicos, etc.).

Edmundo Gallo, também alicerçado na ação comunicativa, desenvolve, no início da década de noventa um trabalho que discute a dimensão da práxis enquanto articulação entre teoria e prática e atividade emancipadora do homem e da sociedade; como elemento importante do planejamento em saúde, cuja diferenciação histórica e racionalidade teleológica contribui para a racionalização da ação estratégico-instrumental e para a transformação da sociedade (GALLO, 1995).

O trabalho de Gallo se configura como um elemento de grande valia na discussão que travaremos quando discorrermos acerca da categoria: “Sujeito e práxis – tensão, conflito e complexidade na discussão do planejamento no campo da Saúde Coletiva.”

Adolfo Horácio Chorny (1993; 1996), com seus trabalhos desenvolvidos no início da década de noventa, discute as novas idéias do planejamento em saúde a partir de novas roupagens. Para ele, o propósito do planejamento em saúde assim como o da gestão dos serviços é a melhoria das condições de saúde das populações ou grupos aos quais os programas e serviços se dirigem. O principal objetivo do planejamento em saúde é a própria saúde, considerada na sua complexidade, tanto no que se refere a curto e em longo prazo,

¹⁷ Distrito Sanitário é a unidade mais periférica da administração sanitária, que detém responsabilidades e poder decisório ante a política local de saúde (MENDES, 1999).

observando-se o presente e o futuro. Seus trabalhos dão subsídio ao desenvolvimento de uma corrente que defende o “planejamento como um meio de intervenção em ambientes complexos”, identificada por Onocko Campos (2003). Discutiremos esta concepção mais amiúde no capítulo quatro desta dissertação.

Elisabeth Artmann, discípula de Rivera, discute o Planejamento Estratégico Situacional a partir de uma análise da trilogia matusiana, adotando uma abordagem comunicativa para desenvolver uma proposta de intervenção para o nível local de saúde. Traz, no bojo dessa discussão, questionamentos acerca da inexistência de uma reflexão mais aprofundada sobre a cultura enquanto componente de viabilidade de uma intervenção planejada para o nível local de saúde. Seu trabalho traz uma importante contribuição para a re-constituição do pensamento para a área do planejamento no campo da Saúde Coletiva por discutir a cultura e os aspectos microeconômicos enquanto componentes da complexidade organizacional e elemento de um modelo de Planejamento e Gestão Estratégica na perspectiva comunicativa (ARTMANN, 1993; 1997; 2003).

Eugênio Vilaça Mendes desenvolve suas concepções enquanto consultor da OPAS em diversos projetos de cooperação inter-institucional. Aprofunda a discussão política sobre a organização dos sistemas e serviços de saúde, analisando historicamente a conformação do sistema de saúde brasileiro, principalmente a partir da década de setenta. Discute os modelos assistenciais implementados nesse contexto e apresenta a proposta dos distritos sanitários enquanto “micro-espço de luta política entre atores sociais portadores de diferentes projetos, no qual se deve procurar a acumulação de capital político, poder, para construir viabilidade à situação-objetivo que se quer alcançar” (MENDES, 1999).

Diversos autores tomaram como base a produção de Mendes para discorrer sobre o assunto e estabelecer marcos conceituais para definir os rumos da assistência á saúde, o que configurou o movimento de programação anterior à implementação do SUS e posterior à sua regulamentação, com a Lei Orgânica da Saúde. A lógica dos distritos sanitários adaptada à realidade brasileira e a discussão da trajetória dos projetos hegemônico e contra-hegemônico, foi absorvida pelos sujeitos do planejamento nas dimensões técnica, política e administrativa, culminando em diversas propostas operacionais detalhadas no capítulo seis deste estudo.

A USP, nas produções de Lilia Blima Schraiber, do Departamento de Medicina Preventiva, se utiliza da perspectiva de redes comunicacionais e processos intersubjetivos para discutir sobre planejamento em saúde, triangulando com os conceitos da epidemiologia clássica e da administração. Não apresenta modelo operacional que rompa com os paradigmas instituídos, propondo consensos entre as técnicas e os modelos operacionais existentes.

Apresenta a ação programática como um dispositivo de organização tecnológica do trabalho dotado de caráter crítico e de flexibilidade técnica e política (SCHRAIBER, 1993).

Schraiber, no fim da década de oitenta e início da década de noventa, estabeleceu re-significação das bases conceituais da Ação Programática em Saúde enquanto modelo teórico para organização de serviços de assistência à saúde no Brasil. Desenvolveu, em conjunto com Ricardo Bruno Mendes Gonçalves e Maria Inês Baptistella Nemes, as seis teses sobre a ação programática em saúde, evidenciando que o objeto do planejamento explicitado em sua proposta está centrado Epidemiologia e na Saúde Pública enquanto ciências que norteiam a padronização e organização do trabalho na busca de um processo de construção (des) burocratizado, desenvolvido de forma coletiva, porém racional, trabalhando as questões relacionadas à escassez de recursos, à dimensão econômica e à ideologia política.

A UFBA, através do Instituto de Saúde Coletiva; e a UNICAMP, pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social, ousam propor novas técnicas e modelos operacionais de planejamento e defendê-los no campo da práxis. Apesar do tronco teórico comum em Mário Testa e Carlos Matus, estas escolas assumem adotar perspectivas distintas no modelo de compreensão do planejamento, posicionando-se de forma autocrítica e intercrítica.

Jairnilson Silva Paim, já no início da década de oitenta, mais precisamente em 1981, discute a crise do planejamento autoritário em saúde. Num resgate histórico minucioso, detalha a evolução do pensamento da planificação como instrumento de economia e política, datado da década de trinta, quando do desenvolvimento de uma política econômica nacionalista. Revela que a introdução do planejamento no setor governamental de saúde brasileiro data de 1974 pelo recém instituído Ministério da Saúde e mostra sua ineficácia dado o autoritarismo com que fora implantado e sua desarticulação com os trabalhadores de saúde e os setores populares.

O autoritarismo descrito por Paim (1981) estaria impregnado pelo autoritarismo das próprias práticas de saúde, centradas na racionalidade tecnocrática dos adeptos da modernização conservadora.

Paim desenvolveu ao longo da década de oitenta uma série de textos resultantes do trabalho de implantação da proposta dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) no processo da descentralização e da implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) na Bahia.

“Democratizar a programação, a gestão e controle das atividades de saúde do governo, abrindo canais de participação para a comunidade e os próprios servidores da saúde” – Planejamento Participativo: diretriz do Plano Estadual de Saúde do Estado da Bahia (1988-

1991) construída sob os auspícios dos paradigmas de um projeto capaz de dar conta da transformação das práticas sanitárias – a Reforma Sanitária (PAIM, 1989).

O autor também propõe um redesenho da proposta “Saúde Para Todos no Ano 2000” (SPT-2000), propondo um planejamento voltado para a prática, levando em consideração o processo de trabalho na ponta do sistema, isto é, nos serviços de saúde.

Carmen Fontes Teixeira, outro sujeito importante vinculado à UFBA, desenvolve sua teoria no cenário dos sistemas locais de saúde, buscando uma aproximação entre teoria e prática de fato exequível, isto é, busca em seus trabalhos apresentar subsídios concretos para operacionalizar um modelo de “planejamento fácil”, isto é, acessível aos sujeitos da prática social. Trabalha com a teoria dos distritos sanitários desenvolvida em conjunto com Eugênio Vilaça Mendes, Eliane Cardoso Araújo e Maria Rosa Logiodice Cardoso, apresentando os conceitos-chave da proposta de distritalização em saúde para o Brasil e, por conseguinte estabelecendo passos metodológicos para o planejamento e programação local desses *loci* – os espaços de concretização das ações de saúde (TEIXEIRA, 1993; 1994; 1996; 1999).

Para Teixeira (1999), os distritos sanitários são espaços de reorientação gerencial e operativa do sistema de saúde. O planejamento e programação local são vistos como um conjunto de processos sociais e históricos, instrumentos de transformação da práxis, entendida como prática social transformadora.

A proposta do Planejamento e Programação para os Sistemas Locais de Saúde (PPLS), desenvolvida pela autora em conjunto com Jairnilson Silva Paim e Ana Luiza Vilasbôas (Teixeira, Paim & Vilasbôas, 2001) representa um dos marcos conceituais mais importantes de testificação do vínculo existente entre a teoria do planejamento e a teoria do distrito sanitário, conferindo veracidade à afirmação de que o plano de mudança precisa ser acessível aos sujeitos da prática social.

Emerson Elias Merhy, Gastão Wagner de Souza Campos e Luís Carlos Oliveira Cecílio são sujeitos que desenvolveram sua teoria nos espaços acadêmicos da UNICAMP. Seus trabalhos versam sobre os temas transversais da área da Saúde Coletiva, trazendo à centralidade a discussão do sujeito, seja enquanto gestor, trabalhador ou usuário do sistema e dos serviços de saúde. A dimensão conceitual apresentada por esses autores, principalmente Merhy e Campos, se caracteriza por discussões que vão desde o aprofundamento ideológico das questões relacionais no sistema e nos serviços de saúde – a micro-política – até a discussão macro-política dos modelos tecno-assistenciais. Neste sentido, muitas têm sido as contribuições desse grupo para o debate no campo da Saúde Coletiva, principalmente no que concerne à área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

Diferentemente de Rivera, que também trabalha com a subjetividade, a discussão sobre o sujeito defendida por Merhy (1987; 1993; 1995; 1997; 1999) e Campos (1992; 1994; 2000) se dá na dimensão do trabalho vivo em ato¹⁸, seja ele técnico, político, administrativo ou social. Portanto, o elemento central do planejamento em saúde para esses autores não é apenas um método, um espaço ou *locus*, um contexto, um processo. É o sujeito / ator social inserido num dado contexto histórico e envolvido com o processo de transformação da sociedade a partir do valor do seu trabalho.

Merhy (1995) apresenta o planejamento como uma tecnologia a serviço da gestão, sendo um conjunto de instrumentos que possibilitam procederem eficazes na busca da otimização dos sistemas e serviços de saúde. A gestão política torna o campo do planejamento um cenário de disputas determinado pelas intencionalidades dos diversos sujeitos sociais, que, no exercício do poder, e, dependendo de suas historicidades, impõem os instrumentos e determinam, entre si e suas pelepas, a racionalidade com que os projetos devem ser instituídos.

Cecílio, em 1994, desenvolve um modelo operacional que conjuga elementos do Planejamento Estratégico Situacional (PES) e o Planejamento Orientado por Objetivos (ZOPP) como produto de sua tese, que propõe uma redefinição do papel institucional de uma organização hospitalar pública, num processo de mudança orientado pelo instrumental do planejamento em saúde. Em 1997, o mesmo autor amplia esse modelo, apresentando uma proposta tecnológica aplicável nos setores governamentais, identificando os atores responsáveis pelo plano, a situação desses atores na organização e desenhando estratégias operacionais para enfrentamento dos problemas, que, na pauta da gestão estratégica, definem a intitulada missão institucional (CECILIO, 1997).

A contribuição de Cecílio preenche uma lacuna importante da proposta unicampiana, trazendo a dimensão técnico-operativa dessa proposta para a pauta da discussão do planejamento, o que até então, pelo menos diante daquilo que dispomos de material científico divulgado, não havia sido apresentado. Trazer uma tecnologia leve de planejamento aplicada ao setor governamental demonstra a preocupação do autor com o contexto macro-político, explicitando a “importância estratégica”, compreendida como elemento de ação política no planejamento, enquanto dispositivo gerencial para proporcionar mudanças.

Gastão Wagner de Souza Campos, Emerson Elias Merhy e Everardo Duarte Nunes apresentam um planejamento sem normas, trazendo elementos para re-pensar o planejamento e a administração sob diferentes ângulos, não se detendo a oferecer soluções prontas ou

¹⁸ O termo “trabalho vivo em ato” foi desenvolvido por Emerson Elias Merhy (1997) para denominar o trabalho em saúde, pela saúde e para a saúde.

estabelecidas tecnicamente, mas a sugerir formas de pensar e operar a saúde. Propõem, contudo que o campo do planejamento e da administração seja balizado pela compreensão da história e da política, valorizando os conflitos existentes no jogo dos diferentes sujeitos sociais em ação. (CAMPOS, MERHY & NUNES, 1994).

Campos (1994) também discorre nesse trabalho sobre a administração e a gerência dos serviços de saúde, que, segundo ele, têm no processo de gestão os instrumentos necessários à implementação de políticas voltadas para atender o conjunto das necessidades sanitárias de uma coletividade. O planejamento e a elaboração de planos constituem-se nos elementos gerenciais capazes de possibilitar o diálogo entre o saber técnico, os interesses sociais e a consciência sanitária dos cidadãos. Também defende que o diagnóstico coletivo de saúde deva ser orientado pela Epidemiologia enquanto ciência social para a tomada de decisão por parte do gerente.

Planejar em saúde, então, é um processo construído a partir das necessidades socialmente apresentadas. O sujeito social deve ser dotado de instrumentos úteis à sua intervenção, ou seja, de armas para enfrentamento dos problemas historicamente constituídos.

As construções teóricas de Campos, levaram-no a desenvolver, em 2000, o “Método para Análise e Co-gestão de Coletivos”, cuja importância no campo do planejamento em saúde se dá pelo fato de estabelecer uma consistente discussão acerca da constituição dos sujeitos e dos coletivos numa sociedade democrática. Discute que o fortalecimento do sujeito somente é possível mediante uma democracia institucionalizada, ou seja, no momento em que as instituições / organizações se apresentem como espaços coletivos que produzam sujeitos com capacidade de análise e intervenção.

Tomando a consideração de Matus (1993): “Quem planeja, governa”. Para governar, o sujeito deve estar fortalecido e com capacidade de analisar e intervir. A co-produção de sujeitos e coletivos proposta por Campos (2000) ecoa a afirmativa de Matus no momento em que identifica o espaço de produção como sendo um espaço de construção, de produção de cidadania, saúde e democracia. É um espaço de construcionismo¹⁹, de construtivismo social, de libertação.

Na discussão de Campos (2000) aparecem elementos importantes da teoria do planejamento no campo da saúde já desenvolvidos por outros autores. Esse autor faz uma re-significação dos conceitos e teorias, conferindo-lhes nova interpretação. Ou seria melhor

¹⁹ “Construcionismo” é o termo utilizado por Campos (2000) para denominar o construtivismo sócio-histórico, proposta desenvolvida a partir da hipótese de uma eterna reconstrução das pessoas, fato que ocorre devido a interação dos sujeitos com o mundo e dos sujeitos entre si.

dizer, uma ampliação epistemológica. Apresenta a re-significação do trabalho; o poder e sua relação com os sujeitos na co-produção de necessidades; os dilemas da autonomia; a re-significação da práxis; a produção social da subjetividade e a co-gestão. Temas que serão discutidos amiúde nos capítulos que se seguem, ao aprofundarmos a análise hermenêutica-dialética sobre as concepções teórico-metodológicas do planejamento no campo da Saúde Coletiva com as pré-categorias e com as categorias analíticas do estudo.

2.4 Os diferentes caminhos de planejamento implementados no Sistema Único de Saúde: novas tecnologias para a produção do cuidado

O movimento sanitário brasileiro impulsionou reformas que culminaram com o texto da Constituição Federal de 1988. Esse momento re-configurou a concepção política de saúde, apresentando-a como direito de cidadania e dever do Estado por meio do SUS, cujas diretrizes apontam para a descentralização político-administrativa, para a integralidade e para a participação popular. Essas diretrizes estabeleceram, no contexto da municipalidade, a necessidade da instituição de estruturas operacionais que viabilizassem o planejamento local das ações de saúde, com vistas a possibilitar aos municípios, os instrumentos necessários a sua organização.

Neste capítulo, procuraremos fazer uma re-leitura dos trabalhos já publicados no campo da Saúde Coletiva que tratam dos modelos operacionais do planejamento em Saúde no âmbito do SUS. Aproveitaremos os textos produzidos por Emerson Elias Merhy, Francisco Javier Uribe Rivera, Elisabeth Artmann, Rosana Tereza Onocko Campos e Carmen Fontes Teixeira, que discutem os modelos assistenciais numa perspectiva crítico-reflexiva, apontando os elementos constituintes dos diferentes modelos de planejamento adotados nesses contextos.

Acreditamos que este momento nos remete a uma aproximação entre teoria e prática, um instante hermenêutico que nos possibilita compreender de que forma o planejamento em saúde se operacionaliza no cotidiano dos sistemas de saúde e testificar a relação histórica do tema com a realidade brasileira e com os sujeitos do planejamento no *lócus* do sistema.

Independente da vertente teórico-filosófica que os sustente, os modelos aqui apresentados mostram a riqueza conceitual que o planejamento tem mostrado no curso do desenvolvimento e da consolidação do SUS no Brasil. Outrossim, o resgate desses trabalhos

também nos possibilita compreender o aprofundamento prático daquilo que discutimos no capítulo anterior – a teoria do planejamento em saúde no Brasil.

Iniciamos aproveitando o conhecimento produzido por Merhy (1995) para dizer que o planejamento em saúde, ao longo dos anos, vem passando por um processo de transformação no seu *corpus* teórico-metodológico para responder as necessidades instituídas a partir da implantação do SUS.

No primeiro momento (final da década de 1970 e meados da década de 1980) em que se instituiu como planificação normativa, pautada no cálculo econômico, o planejamento se mostrava como um corpo rígido, alicerçado no conhecimento técnico e se apresentava como uma norma a ser seguida, uma tecnologia dura²⁰.

No segundo momento (final da década de 1980 e década de 1990) em que absorveu a dimensão política, como componente do seu corpo e permitiu a discussão acerca do poder instituído nos seus diferentes níveis de complexidade da sociedade, deixou de ser uma tecnologia dura para ser uma tecnologia leve-dura²¹, onde os saberes estruturados operavam sobre os processos de trabalho de modo a provocar sobre ele os efeitos desejados.

Acreditamos que a perspectiva de tecnologia leve-dura é a que ainda norteia o pensamento da maioria dos planejadores, apesar das intensas tentativas dos teóricos do planejamento em constituir métodos operacionais que possam ser identificados como tecnologias leves.

Merhy (1995), ao apresentar o planejamento como tecnologia para a gestão, discorre inicialmente sobre os quatro caminhos para o planejamento em saúde no Brasil, alicerçados nos diferentes modelos tecno-assistenciais implementados no âmbito do SUS. Estas perspectivas apresentam como ponto comum o reconhecimento da existência de uma crise estrutural no setor saúde e a necessidade de reforma nas práticas de saúde. Aparecem no cenário as várias relações de poder e o modo como este poder está distribuído nas diferentes propostas de modelos tecno-assistenciais que coexistem no Brasil. São eles: as Ações Programáticas em Saúde; o Agir Comunicativo em Saúde; a Vigilância da Saúde; e a Gestão Estratégica em Saúde – o modelo Em Defesa da Vida.

²⁰ Tecnologia dura é um termo utilizado por Merhy (1997) para identificar estruturas rígidas, sólidas, inertes, apresentadas pelos trabalhadores no exercício do seu trabalho. Neste contexto, as tecnologias duras podem ser tanto equipamentos, quanto conhecimentos cartesianos que são repassados sem perspectiva de adequação no exercício do trabalho.

²¹ Tecnologias leve-duras são os saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, podendo ser diferentes disciplinas, teorias ou hipóteses bem estruturadas acerca de determinado conhecimento (MERHY, 1997).

Merhy (1995) mostra que o planejamento na “Ação Programática em Saúde” se concebe a partir da construção coletiva do conhecimento do processo saúde-doença, objeto de modelos tecnologicamente ordenados em serviços de saúde, que subordinam as ações individuais e coletivas a um projeto programático. Para o “Planejamento Comunicativo”, é imprescindível a introdução do sujeito na esfera do planejamento. Surge a figura do ator social – sujeito – no processo de implementação de um modelo de planejamento. A “Vigilância da Saúde”, segundo o autor, incorpora em sua metodologia de planejamento elementos do Planejamento Estratégico Situacional (PES), partindo da identificação de riscos e necessidades de saúde em um dado território, de modo a utilizar as informações obtidas para confeccionar um planejamento pautado no conhecimento técnico, cuja ação é sobre os riscos potenciais à saúde. A “Gestão Estratégica” incorpora elementos do PES, do Pensamento Estratégico e da Análise Institucional, sendo apresentada como o resultado do uso de tecnologias a serviço dos sujeitos no processo de trabalho numa articulação entre as diferentes arenas decisórias para a consolidação da natureza pública dos serviços de saúde (MERHY, 1995).

Rivera e Artmann (1999) coadunam com as idéias de Merhy no que diz respeito as diferentes perspectivas de planejamento no âmbito dos modelos tecno-assistenciais do SUS. Quando analisam a corrente da “Vigilância da Saúde” destacam a busca de uma operacionalização prática dos conceitos do planejamento situacional dentro do contexto de um distrito sanitário, no sentido da eficiência e da eficácia sociais, equidade e democratização, ancorados no paradigma da promoção da saúde, numa visão mais sócio-ambiental do processo saúde-doença, o que de fato requer uma ação mais intersetorial.

A corrente da “Ação Programática em Saúde”, na sua concepção, propõe a construção de um sistema de saúde programado pela Epidemiologia Social, alicerçada nas tecnologias de trabalho que integram as práticas médica e sanitária, num processo de programação.

Também traz considerações acerca da “Gestão Estratégica em Saúde”, apresentando o método de planejamento desenvolvido a partir da concepção da tecnologia leve, apresentada por Cecílio (1997) que dá ênfase à autonomia das unidades de produção e à necessidade de implantação de colegiados de gestão que democratizem a tomada de decisões na busca da organização de um sistema, e de relações entre os diversos tipos de produtores de saúde.

Tanto Merhy quanto Rivera & Artmann, em suas análises, trazem reflexões acerca das diferentes tecnologias inerentes ao planejamento no processo de gestão. Por isso, propõem uma análise operacional destas tecnologias, considerando os saberes e práticas nas mais

diversas dimensões da realidade social, na busca dos efeitos finais do ato de planejar e dos modelos tecno-assistenciais em questão.

Onocko Campos (2000), complementa as idéias apresentadas por Merhy (1995) e Rivera & Artmann (1999) ao analisar a produção teórica sobre o planejamento estratégico em saúde no Brasil nos anos noventa. Corrobora com as afirmações destes autores, porém aprofunda a análise da inserção dos sujeitos no processo, e faz também uma abordagem acerca da função teleológica do planejamento, questionando: os métodos dos “meios” são transformados em “fins” em si mesmos? Em nome dos métodos, os sujeitos são sacrificados? O que está na pauta do planejamento atual é o por que fazer, o como fazer, o saber fazer ou o que fazer?

A autora ainda sinaliza para a necessidade do resgate da potencialidade comunicativa do planejamento, como subsídio para a gestão democrática e para o aprimoramento das tecnologias existentes, com vistas ao atendimento da complexidade dos sujeitos.

Discorre, também, sobre a corrente defendida por Rivera, o “Planejamento Comunicativo”, pontuando seus avanços ideológicos, porém sinalizando que a análise dos sujeitos nesta corrente acaba por se reproduzir à determinação matusiana: os sujeitos determinados e “possuídos”, e as personalidades como “acúmulos”. Isto representa a colonização dos sujeitos pelos meios para atingir determinados fins. Onocko Campos apresenta a “Gestão Estratégica em Saúde” com dois enfoques: primeiro, o que está vinculado à questão da instituição de um modelo de gestão, apreendido nas concepções de Campos (1992, 1994) e Merhy (1995), que apresentam o planejamento como técnica capaz de ser simplificada numa tecnologia leve, defendida por Cecílio (1997).

Em sua tese de doutoramento, Onocko Campos (2003) identifica o planejamento como um dispositivo²², através do qual os sujeitos trabalham para manter a funcionalidade das organizações, com vistas a produzir novidades e desejos que proporcionem a garantia da qualidade de vida.

A abordagem hermenêutica proposta nesta produção, tem o objetivo de proporcionar ao leitor a interpretação histórica do processo de construção do planejamento em saúde, vislumbrando o entendimento do mesmo não enquanto uma tecnologia pronta, mas como um dispositivo, uma práxis, compreendida a partir de sua própria historicidade. Trata-se de uma

²² Onocko Campos (2003) utiliza este termo a partir de Barembli (1992), justificando que este se ajusta funcionalmente ao poder. Um dispositivo é caracterizado enquanto simultâneo na sua formação, sempre a serviço da produção do desejo, da vida, do novo, etc.

abordagem que procura aproximar o velho do novo, o saber do fazer, a técnica do ideal e da prudência.

Propõe responder se o planejamento pode se constituir como uma práxis libertadora; se ele subsidiaria um “saber-como”, sem, contudo esmagar a dimensão dos sujeitos e suas singularidades; e, se seria possível, buscar novas fontes de “saber-fazer” numa interface com outros campos disciplinares.

Teixeira (2003) procura fazer um contraponto com os autores supracitados, analisando os modelos de atenção do ponto de vista teórico-conceitual em relação às práticas que vem sendo implementadas no âmbito do SUS, não se detendo a análises circunscritas ao objeto do planejamento. Nesse sentido, a autora discute os modelos assistenciais como "formas de organização das relações entre sujeitos mediadas por tecnologias utilizadas no processo de trabalho, cujo propósito é intervir sobre problemas e necessidades sociais de saúde historicamente definidas".

A autora discute que a discussão de modelos assistenciais assume, no campo das concepções três dimensões: uma gerencial, relativas ao processo de condução da reorganização das ações e serviços de saúde; outra organizativa, que trata da relação entre unidades de prestação de serviços, levando em conta a hierarquização da complexidade tecnológica no processo de produção do cuidado; e, por fim, uma dimensão operativa, que trata da relação entre os sujeitos das práticas e os seus objetos de trabalho mediada pelo saber e pela tecnologia.

Corroborando com as considerações dos trabalhos sobre os modelos assistenciais e o planejamento travada por Merhy (1995), Rivera & Artmann (1999) e Onocko Campos (2000), Teixeira (2003) apresenta os modelos tecno-assistenciais em defesa da vida, ações programáticas em saúde e vigilância da saúde; tratando também da promoção da saúde enquanto corpo doutrinário que origina o movimento de cidades saudáveis; discutindo suas principais características e sua relação com a prática no contexto do Sistema Único de Saúde.

O “modelo tecno-assistencial em defesa da vida”²³ é apresentado pela autora como centrado no processo de trabalho, com vistas a reorganização das práticas, sendo uma proposta alicerçada numa discussão micro-política, onde seus autores, segundo ela, descartam a necessidade de se definir uma "imagem-objetivo" de sistema de saúde, suas políticas e diretrizes, suas regras e normas gerais.

²³ Proposta tecno-assistencial desenvolvida pelos teóricos do LAPA-UNICAMP que tem como pilares o acolhimento, o vínculo, a responsabilização (contrato) e a autonomia dos sujeitos no processo de definição do cuidado. Uma estratégia de reorganização das práticas a partir da discussão micro-política e da valorização da subjetividade com base nas idéias do marxismo, da psicanálise e da análise institucional.

O “modelo tecno-assistencial das ações programáticas”²⁴ apresenta a programação como tecnologia que pode ser utilizada para a reorganização do processo de trabalho com a implementação de programas especiais de atenção à saúde. Alicerça-se no marxismo estruturalista, no enfoque epidemiológico e na dimensão ética do cuidado; e enfatiza o aperfeiçoamento das práticas pela incorporação crítica dos saberes, dos conhecimentos e das tecnologias disponíveis para a delimitação de objetos de intervenção referidos às necessidades de grupos populacionais específicos (TEIXEIRA, 2003).

O “modelo tecno-assistencial da vigilância da saúde”²⁵ é apresentado como sendo um modelo de enfoque sistêmico, embasado pela discussão da reforma sanitária, calcado na ação epidemiológica, na concepção de planejamento estratégico; e sediado em territórios específicos, os distritos sanitários, recortados e superpostos como um mosaico que permite a identificação de problemas e necessidades de saúde e das possibilidades de oferta de serviços e intervenções sobre as condições de vida da população. É um modelo que propõe uma articulação das práticas micro-políticas às práticas macro-políticas com vistas a dar conta do princípio da integralidade, tanto numa perspectiva vertical, de organização hierárquica dos serviços de saúde, quanto numa perspectiva horizontal, de organização das ações de promoção, prevenção, proteção, assistência e recuperação da saúde (TEIXEIRA, 2003).

A Promoção da Saúde é apresentada por Teixeira (2003) como uma combinação de estratégias que envolvem Estado, comunidade, indivíduos e parcerias inter-institucionais para trabalhar propostas de responsabilização mútua nos problemas e soluções relacionados ao processo saúde-doença-cuidado. Sob a compreensão da promoção da saúde, a autora defende que as propostas de re-constituições do processo de trabalho até aqui apresentadas coadunam com a proposta do “movimento cidades saudáveis”²⁶, cujas propostas operacionais apontam para o planejamento e execução de ações intersetoriais dirigidas para a melhoria das condições de vida e saúde das populações, incluindo fatores econômicos, ambientais e culturais.

O planejamento, no “labirinto” das discussões tecnológicas travadas até aqui, aproveitando o termo apresentado por Onocko Campos (2003), se conforma numa confluência de diferentes caminhos, idealizados no intuito de possibilitar transformações

²⁴ Proposta tecno-assistencial desenvolvida pelos teóricos da Universidade de São Paulo (USP), também denominada Ação Programática em Saúde.

²⁵ Proposta tecno-assistencial desenvolvida entre o final dos anos oitenta e início dos anos noventa, contando com o apoio da OPAS e da Cooperação Italiana em Saúde, tendo como bases organizacionais o modelo Dawson (Inglaterra, 1920) e o modelo italiano de organização assistencial, que propunham a organização de um sistema de saúde regionalizado e hierarquizado no âmbito de territórios denominados distritos sanitários.

²⁶ Proposta técnico-política de organização da ação governamental de modo intersetorial com vistas a garantir melhoria nas condições de vida e saúde da população nas cidades.

sociais a partir da operacionalização de tecnologias desenvolvidas para o trabalho em saúde. Os modelos tecno-assistenciais são o pano de fundo das aspirações tecnológicas do campo do planejamento, ainda que, de fato, a razão instrumental conflite com a prática transformadora que esses modelos preconizam. São espaços de operacionalização de propostas teórico-metodológicas que desafiam o *status quo* e se instituem como alternativas de organização dos serviços de saúde para a coletividade.

Adotar uma ou outra perspectiva depende da compreensão de modelo assistencial, da compreensão do planejamento e da história da saúde pública brasileira. Depende também do entendimento do papel dos sujeitos sociais e da sua prática, seja no âmbito da gestão, da ação operacional, ou da participação comunitária. Por fim, depende da compreensão do planejamento e de sua conformação nos diferentes espaços coletivos, e de qual a verdadeira missão do planejamento na elaboração de respostas às necessidades de mudança evidenciadas na relação tecnologia-sujeito-práxis.

**3 CAMINHOS DO PENSAMENTO PARA COMPREENDER O OBJETO:
trajetória metodológica e re-constituição epistemológica**

Procuramos, neste capítulo, detalhar nossa trajetória nos caminhos da compreensão do objeto do Planejamento em Saúde no Brasil, tomado a partir do recorte temporal de quinze anos (1990-2005), período de consolidação do Sistema Único de Saúde enquanto perspectiva de organização de um modelo nacional de atenção à saúde.

Tomamos como bases teórico-metodológicas neste momento e nos que se seguem, os trabalhos de Maria Cecília de Souza Minayo (Minayo, 2002, 2004); Hans-Georg Gadamer (Gadamer, 2004); Mário Testa (Testa, 1997) e Gregório Barembliit (Barembliit, 2002); dentre outros que conformaram o sentido metodológico do presente estudo.

Os autores em epígrafe nos auxiliaram a compreender os porquês e os senões da perspectiva metodológica que adotamos para o presente estudo – conjugar hermenêutica e dialética, o que entendemos não ser tarefa fácil. Mas aceitamos o desafio porque concordamos com o que diz Minayo (2002):

A hermenêutica é a arte da compreensão (...) A dialética é a arte do estranhamento e da crítica (...) Para se fazer hermenêutica se deve ter consciência histórica; idéia de movimento, de liberdade, de necessidade, de força; entendimento da noção de símbolo, significado, intencionalidade e empatia. Para se fazer dialética se deve ter consciência da realidade social; idéia de processo, transformação, mudança; e entendimento da noção de contradição, crítica e negação.

O sentido hermenêutico do nosso trabalho é apresentado a partir da “interpretação temática” de Ferrater-Mora (1984) e da “auto-compreensão” de Habermas (1980), bases teórico-conceituais analisadas por Minayo (2004). Significa dizer, conforme a concepção dessa autora, que a adoção de uma perspectiva hermenêutica aponta para a compreensão simbólica da realidade a ser interpretada a partir da busca do sentido que se dá na comunicação, sua retórica e sua práxis. Também aponta para o entendimento que a auto-compreensão é a busca do entender-se consigo mesmo, isto é, as respostas a determinados questionamentos surgem no âmago do próprio tema, com a explicação dos elementos constituintes dele mesmo. Outrossim, o exercício hermenêutico busca um consenso possível e para o encontro com a unidade perdida.

Neste ponto encontramos o caráter de inflexão da hermenêutica e sua aproximação com a dialética – a busca de uma unidade perdida. A busca de uma unidade perdida reforça a idéia de que o contraditório existe, portanto o que se quer com um estudo na perspectiva

dialética é estabelecer um diálogo possível entre os contraditórios, o que se caracterizará como uma “unidade de contrários”.

O caráter de inflexão da hermenêutica enquanto componente do método interpretativo é um caráter de verdades identificadas a partir da arte da compreensão. Seria, como explicitado por Gadamer (2004), um empenho em reconstruir na compreensão a determinação original de uma obra, um “ponto de conexão” para reproduzir a originalidade numa operação auxiliar verdadeiramente essencial.

De modo complementar, Gadamer (2004) afirma que a hermenêutica é uma espécie de inversão rumo à retórica e à poética, tendo como elementos o convencimento e a linguagem. Reafirmamos, então, a inflexão da hermenêutica com a dialética na construção do método de análise deste estudo, pois o convencimento só é possível onde há contradições a serem superadas. Contradições essas que tratam de aspectos filosóficos, ideológicos, conceituais, teóricos e metodológicos, que, no nosso entendimento não podem ser tratados na sua completude apenas como um único caminho para a análise de dados, aqui compreendidos como métodos de análise utilizados isoladamente no tratamento dos dados de uma pesquisa, sendo métodos quantitativos ou qualitativos.

Na trajetória metodológica do estudo, antes de iniciarmos a sistematização da produção do conhecimento divulgada pelos periódicos da área da Saúde Coletiva na base de dados do SciELO, foi realizada uma **etapa exploratória**, que consistiu em levantar a produção da área de planejamento em saúde em livros, na base de dados LILACS e DATACAPES. Realizamos uma leitura atenta com fichamento de todos os livros levantados e selecionados (28 livros) e dos artigos nas bases referidas, que foram possíveis de ter acesso.

Portanto, ainda que não tenhamos sistematizado a produção dos livros e outras bases de dados, durante a elaboração desta dissertação, discutimos os principais autores da área, os quais encontram-se explicitados nos capítulos 02, 04, 05 e 06; possibilitando-nos a articulação teórica necessária com a base de dados SciELO, adotada por nós neste estudo.

O nosso caminho de construção metodológica teve como momentos o **ponto de partida**, aqui compreendido em dois movimentos: o primeiro, a aproximação com o objeto de estudo e o segundo a aproximação teórica e metodológica entre o sujeito da pesquisa e o seu objeto; as **paradas** (momentos para refletir): utilizadas como termos para caracterizar os momentos em que, por força da necessidade de aprofundamento teórico, tivemos que nos debruçar sobre algumas concepções teóricas para compreender o significado hermenêutico do trabalho que estávamos realizando, podemos identificá-la como momentos de “tensão hermenêutica”, isto é, momentos em que o conhecimento acumulado conflita com o

conhecimento produzido no que se refere à compreensão, trazendo-nos a necessidade de refletir sobre o tema e buscar um esclarecimento para avançar na construção epistemológica que adotamos (Testa, 1997); as **etapas** referem-se aos momentos operacionais do estudo, isto é, os momentos onde o pesquisador apresenta sua trajetória propriamente dita, seus métodos para dar conta do objeto a ser estudado; e os **momentos** referem-se a instantes analíticos, ligados conceitualmente à concepção do método hermenêutico-dialético proposto por MINAYO (2004).

Como **ponto de partida**, tivemos o encontro com o objeto de pesquisa e com a teoria da pesquisa qualitativa em saúde, momento em que nos apropriamos dos conceitos fundamentais da abordagem para optar por esta perspectiva. Este momento permitiu um primeiro contato com os conteúdos relacionados à pesquisa qualitativa e fazer um minucioso levantamento da produção sobre o Planejamento em Saúde no Brasil, editada em livros, abarcando os principais teóricos que discutem o tema no campo da Saúde Coletiva.

Descoberta a motivação, avançamos com a **primeira etapa metodológica** do estudo onde foram levantados os periódicos de circulação nacional e internacional com sede no Brasil, do campo da Saúde Coletiva, por meio da listagem de periódicos referenciados no Qualis Capes, excluindo desta amostra periódicos locais, de áreas específicas, e que não estão na base de dados SciELO (Scientific Electronic Library Online), escolhida pelo fato de se tratar de uma biblioteca eletrônica que tem como conteúdo uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros, e por ser o resultado de um projeto integrado entre as entidades de fomento a pesquisa (FAPESP²⁷, BIREME²⁸ e CNPq²⁹). Para proceder este levantamento foi utilizado o endereço eletrônico da Internet (www.scielo.br).

A **primeira parada** se configurou como o momento das nossas reflexões teóricas sobre o conhecimento, a ciência e o senso comum em pesquisa qualitativa, onde extraímos os conceitos fundamentais desses temas no campo das Ciências Sociais aplicadas à saúde. Também foi um momento de aproximação dos conceitos da Filosofia Política – um importante subsídio para a compreensão das nuances que envolvem a questão do planejamento na área da saúde.

Após identificar os periódicos potenciais, foram levantados os artigos que tratam sobre o tema do planejamento em saúde, no recorte temporal do objeto de estudo, 1990-2005, o que constituiu a **segunda etapa do estudo**. Utilizamos, para isto, como descritores ou palavras-

²⁷ Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

²⁸ Centro Latino-americano e do Caribe de Informação em Ciências Sociais

²⁹ Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

chave as expressões “planejamento”, “planejamento em saúde”, “planejamento estratégico situacional” e “planejamento participativo em saúde”.

Os artigos selecionados a partir destes descritores, foram agrupados em uma pasta de documentos no computador e gravados em pastas específicas, por período, em meio eletrônico. Estes artigos também foram utilizados para a confirmação dos periódicos de circulação nacional pesquisados; a identificação dos autores; e a filiação institucional. Cada periódico identificado e confirmado foi pesquisado com uma busca no mesmo endereço eletrônico, por número publicado, identificando os artigos registrados a partir dos descritores referidos acima.

Identificados os autores, procedemos uma nova pesquisa nesse endereço eletrônico (www.scielo.br) com os nomes selecionados, agrupando suas produções em pastas no computador, em disquete e *cd-rom*. Após este momento, cruzamos as diversas pastas selecionadas para excluir os artigos que se repetiam, procedendo, assim, o primeiro movimento da seleção dos artigos que fariam parte do estudo, o que configurou a **terceira etapa do estudo**.

A **segunda parada** caracterizou-se como o momento das reflexões teóricas sobre a dialética como linha de pensamento e sua tênue relação com as demais linhas de pensamento nas Ciências Sociais e com a saúde, onde esclarecemos a verdade sobre o método que escolhemos para trabalhar os dados, entendendo-o na sua quase-completude. Esta parada teve sua importância para a determinação do olhar sobre o material bibliográfico encontrado e norteou a construção das primeiras matrizes analíticas que desenvolvemos para tratá-los. Esta parada possibilitou a articulação teórica com autores que produziram conhecimentos em outras áreas e que fazem interface com a Saúde Coletiva.

Fizemos a leitura dos resumos dos artigos encontrados em cada revista, para definirmos quais periódicos e artigos fariam definitivamente parte do estudo, o que se constituiu na **quarta etapa** metodológica. Esses artigos foram identificados, num **primeiro momento de identificação**, pelo ano da sua publicação, seguido do número correspondente à sua posição cronológica, conforme explicitado na “Matriz Analítica Geral 01” (Ex: 1990.1). Os periódicos e os artigos selecionados nesse momento se encontram organizados nos apêndices do estudo.

Na **quinta etapa** metodológica, procedemos à leitura sistemática dos artigos selecionados, ordenando e classificando o seu conteúdo, considerando autores, filiação institucional, identificação dos períodos da produção, seus respectivos objetos de análises,

descritores, concepções teóricas, concepções metodológicas e temas abordados, com vistas a responder os questionamentos levantados no momento da problematização do objeto.

Todas as informações obtidas foram organizadas conforme esquemas de análise apresentado na “Matriz Analítica Geral 01”, sendo que neste **primeiro momento classificatório** do estudo procuramos realizar uma análise cuidadosa do material escrito com o intuito de se identificar os descritores, os objetos de análise e os tipos de estudo a partir dos signos lingüísticos e ideológicos³⁰ que lhes dão sentido. Para isto, nos alicerçamos em Minayo (2004), que resgata o instante hermenêutico como um processo no qual provisoriamente e apenas para fins analíticos se toma um material de representação social como um conjunto separado, a ser tecnicamente trabalhado.

**Matriz Analítica Geral 01: Produção Científica sobre Planejamento em Saúde no Brasil
disponível na base de dados SciELO, no período 1990-2005.**

Ano da publicação	Título do artigo	do Periódico de Publicação	Autor / Vínculo Institucional	/ Descritores	Objetos de análise	Tipo de Estudo

Vários são os cuidados que Minayo (2004) nos orienta ter neste momento da análise, principalmente os cuidados relativos às regras metodológicas fundamentais da análise dos signos, se entendidos como temas: não separar a ideologia da sua realidade material; não dissociá-lo de suas formas concretas de comunicação; e, não dissociar a comunicação de suas formas e de sua base material.

Significa dizer que um instante hermenêutico inicial requer de nós aprofundamento sobre o significado das expressões para extrair o sentido que dará origem às estruturas de relevância do texto, ou seja, aquelas que comunicam de forma concreta o significado ideológico e material do que se quer dizer. As estruturas de relevância caracterizam os núcleos de sentido, que conformam, por sua vez, as categorias analíticas que o estudo deve revelar.

³⁰ Signos lingüísticos e ideológicos, numa compreensão adotada por GADAMER (*apud* MINAYO (2004) e re-significada por nós, neste trabalho, dizem respeito às formas de apresentação do conteúdo de um material científico, sendo-lhe conferida uma representação semântica polissêmica, de compreensão simbólica contextual – um encontro da retórica com a práxis.

Neste sentido, avançamos para a compreensão dos aspectos teórico-conceituais e metodológicos apresentados pelos artigos componentes do estudo, identificando, através da leitura exaustiva e repetitiva do seu conteúdo as estruturas de relevância e as idéias centrais, cujas compilações nos levaram a encontrar as concepções teóricas e metodológicas do Planejamento em Saúde no Brasil no campo da Saúde Coletiva.

Este **segundo momento classificatório** teve como matriz analítica a “Matriz Analítica Geral 02” e revelou o primeiro ponto de inflexão hermenêutica do estudo e sua aproximação com a dialética: a definição das estruturas de relevância a partir da leitura do material escrito nos conduziu a realizar sínteses conceituais – uma construção, que, segundo Minayo (2004), caracteriza o encontro com os dados para a busca do sentido da totalidade histórica do mesmo, através de conexões que a experiência empírica mantém com o plano das relações essenciais.

Matriz Analítica Geral 02: Matriz de Análise – Concepções teóricas e metodológicas do Planejamento em Saúde no Brasil, no período 1990-2005.

Artigo	Autor Vínculo Institucional	/ Aspectos teórico- conceituais	Concepções teóricas	Aspectos Metodológi- cos	Concepções Metodológi- cas	Temas Abordados
			Unidades de significação		Unidades de significação	

A **terceira parada** foi o momento da nossa descoberta sobre o *poli-verso*³¹ quantitativo-qualitativo das Ciências Sociais aplicadas à saúde. Um instante de conflitos, pois se revelou durante o tratamento do material escrito no instante hermenêutico-dialético. Ora, se estávamos diante de uma perspectiva qualitativa e tínhamos que lançar mão de artifícios quantitativos para organizar os dados obtidos com a ordenação e a classificação, paradoxalmente fugíamos da centralidade qualitativa, ou seja estávamos diante de uma “aproximação quanti-qualitativa”³².

³¹ *Poli-verso* dá a idéia de pluralidade sobre a concepção de *uni-verso*. (BAREMBLIT, 2002)

³² Momento em que, por força da situação, o pesquisador se vê obrigado a lançar mão de elementos metodológicos adversos à perspectiva que está adotando, com vistas a explicar um fenômeno. Podemos caracterizar este momento como uma estratégia de pesquisa qualitativa que traga no seu bojo elementos da pesquisa quantitativa. Em outras palavras, seria o que Deslandes & Assis (2002) identificam como modelos de articulação quali-quantitativa, numa aproximação metodológica desejável e possível.

Este importante momento de reflexão nos permitiu construir alguns quadros complementares para identificar quantitativamente o tema quanto ao número de artigos publicados por periódico no período (Quadro 01); número de artigos por tipo de estudo (Quadro 02); relação artigos publicados / instituições responsáveis / pesquisadores envolvidos (Quadro 03); hierarquização dos autores referenciados (Quadro 04); e, por fim, a sistematização das temáticas abordadas nos artigos selecionados com seus respectivos autores (Quadro 05).

QUADRO 01: Número de artigos por periódico da área de Saúde Coletiva cadastrado no SciELO (1990-2005)

Periódico	Número de artigos	Percentual relativo

QUADRO 02: Número de artigos por tipo de estudo dos periódicos selecionados da área de Saúde Coletiva (1990-2005)

Tipo de Estudo	Número de artigos	Percentual relativo

QUADRO 03: Autores mais citados nos artigos selecionados dos periódicos da área de Saúde Coletiva (1990-2005)

Instituições	Número de artigos	Pesquisadores envolvidos

QUADRO 04: Artigos publicados e cadastrados na base de dados SciELO X Instituições de Ensino e Pesquisa X Pesquisadores envolvidos (1990-2005)

Autor referenciado	Número de citações / artigos	Percentual relativo

QUADRO 05: Temáticas abordadas / Pesquisadores identificados / Quantitativo de publicações disponíveis na base de dados do SciELO (1990-2005)

Áreas Temáticas	Pesquisadores envolvidos	Número de artigos	Percentual relativo

Para serem determinadas as estruturas de relevância do texto, teríamos, *a priori*, a necessidade de fazer uma leitura transversal, cruzando os elementos individuais de cada artigo para levantar os temas relevantes que, se conformando como variáveis categóricas contribuiriam para o próximo momento da análise – **terceiro momento classificatório** – o refinamento da classificação, que se constitui num processo de aprofundamento da análise cujo objetivo principal é identificar a relevância de algum tema, que, uma vez determinado, permita refazer e refinar o movimento classificatório. (MINAYO, 2004)

Este momento do trabalho procurou, portanto, uma aproximação ao que explicita a autora em epígrafe no que diz respeito ao aprofundamento classificatório, pois foi através dele que organizamos as “unidades de significação” dos artigos, cujas combinações revelaram as pré-categorias de análise, aqui denominadas como “concepções”, para avançar às categorias analíticas do tema Planejamento em Saúde no Brasil no campo da Saúde Coletiva. Foram identificadas oito concepções teórico-metodológicas (pré-categorias), cujas discussões apontaram para a validação dos pressupostos teóricos do estudo.

Partimos, então, para uma re-leitura dos textos para buscar um **refinamento temático**, já que as concepções apontavam para diversos temas (ver Matriz Analítica Geral 02). Esta ação nos possibilitou avançar para o Quadro 07, cuja matriz reúne todas as pré-categorias, detalhando-as segundo suas dimensões de análise e caracterizando-lhes em categorias analíticas, que, no nosso caso, se configuraram como uma categoria central – “Planejamento como dispositivo para garantir Acesso à Saúde” – e duas categorias específicas: “Poder enquanto capacidade de manter ou transformar a realidade”; e, “Sujeito e práxis”. Estas categorias serão detalhadas no capítulo de análise e discussão dos dados, sendo prioritariamente discutidas aquelas que tiverem relação com os questionamentos deste estudo.

QUADRO 07: Síntese das concepções teóricas que conformam as categorias analíticas dos artigos selecionados na base de dados SciELO (1990-2005)

Concepções teóricas	Autores	Categorias analíticas conformadas
---------------------	---------	-----------------------------------

Definidas as categorias, partimos para um **novo momento de identificação dos artigos**. Utilizamo-nos das letras do alfabeto brasileiro [identificação semântica], vinculando

cada letra ao autor principal, em ordem crescente, com base no agrupamento dos artigos nas categorias analíticas do estudo, sendo que cada letra corresponderia a apenas um único autor (Ex: Giovanella, 1990^[M1]; Assis *et al*, 1997^[W]).

Ao longo do texto, preferimos utilizar a identificação semântica dos artigos, por entender que seria mais adequada à compreensão do leitor. Essa identificação pode ser vista nos quadros apresentados no início de cada capítulo de análise e caracterizado pela matriz que se segue (Quadros 06, 08, 10 e 13).

Quadros de apresentação dos artigos segundo categorias (matriz)

Categorias analíticas	Artigos selecionados

Por fim, identificamos as concepções teóricas acerca do planejamento em saúde nos artigos selecionados e estabelecemos um movimento de aproximação entre essas concepções e as categorias analíticas do estudo com o desenvolvimento de modelos analíticos para o acesso aos serviços de saúde³³, poder³⁴ e sujeito³⁵, o que configurou o momento da **análise final dos dados** – fruto do confronto de idéias entre os diferentes autores e os artigos selecionados, num novo exercício hermenêutico-dialético, no qual procuramos responder as indagações, alcançar a totalidade do pressuposto teórico nas categorias analíticas, com vistas através dos objetivos propostos para o estudo, dando uma contribuição a mais para a compreensão histórica do planejamento no campo da Saúde Coletiva.

Os modelos analíticos desenvolvidos se encontram apresentados e fundamentados no corpo do texto, nas seções relativas às discussões das categorias do estudo (Quadros 09, 12 e 14).

³³ Adaptado de Albuquerque (1986), Giovanella & Fleury (1996) e Assis, Villa & Nascimento (2003)

³⁴ Adaptado das concepções de Albuquerque (1986), Matus (1993), Giovanella & Fleury (1996), Testa (1997; 2004), Campos (2000), Foucault (2003); Bobbio (2005) e Freire (1987; 1996).

³⁵ Adaptado das concepções de Albuquerque (1986), Matus (1993), Testa (1997; 2004), Campos (2000), Foucault (2003), Bobbio (2005) e Freire (1987; 1996).

**4 PLANEJAMENTO NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA (1990-2005):
caminhos para mediar conflitos, enfrentar contradições e superar a (des)
articulação teoria-práxis**

Neste momento do nosso estudo procuramos sistematizar a produção científica sobre Planejamento no campo da Saúde Coletiva, desenvolvidas no período de 1990-2005 como ponto de partida para as etapas subseqüentes. As fontes de coleta de dados, como já explicitadas, foram artigos produzidos e divulgados pelos principais autores da área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde em periódicos indexados e disponíveis na base de dados do SciELO, coletados até 31 de janeiro de 2006.

Este é o nosso momento de “aproximação quanti-qualitativa”, onde lançamos mão de artifícios quantitativos para complementar o processo de compreensão qualitativa do nosso objeto. Trata-se de uma opção metodológica feita para dar maior concretude às análises que se seguem.

Identificamos, portanto, vinte e oito artigos que foram sistematizados segundo periódico de publicação, tipo de estudo, principais referências, instituições envolvidas na sua produção; e organizados para conformar as concepções teóricas que conformaram as categorias analíticas, que estudaremos a seguir nos capítulos que se seguem.

Os resultados desta etapa metodológica revelaram que:

a) Os **principais periódicos de publicação** dos artigos selecionados identificados na base de dados do estudo foram: Cadernos de Saúde Pública; Ciência e Saúde Coletiva; Revista Latino-americana de Enfermagem; Revista Brasileira de Epidemiologia e Revista de Saúde Pública. Sendo que os Cadernos de Saúde Pública foram identificados como o responsável por mais da metade das publicações sobre o tema na área de Saúde Coletiva. O detalhamento quantitativo nesta base de dados dos referidos periódicos encontra-se no quadro que se segue (Quadro 01).

QUADRO 01: Número de artigos por periódico da área de Saúde Coletiva cadastrado na base de dados SciELO (1990-2005)

PERIÓDICO	NÚMERO DE ARTIGOS	Percentual relativo
Cadernos de Saúde Pública	17	60,7%
Ciência e Saúde Coletiva	05	17,8%
Revista Brasileira de Epidemiologia	01	3,6%
Revista de Saúde Pública	01	3,6%
Revista Latino-americana de Enfermagem	04	14,2%

b) A análise do **tipo de estudo** apresentado no artigo selecionado apontou como resultados: Ensaio Teórico³⁶; Estudos de Avaliação de Serviços de Saúde³⁷; Estudos de Intervenção³⁸; Pesquisas Documentais³⁹; Estudos de Caso⁴⁰ e Relatos de Experiência⁴¹, explicitados no quadro que se segue (Quadro 02).

QUADRO 02: Número de artigos por tipo de estudo dos periódicos selecionados da área de Saúde Coletiva na base de dados SciELO (1990-2005)

TIPO DE ESTUDO	NÚMERO DE ARTIGOS	Percentual relativo
Ensaio Teórico	10	35,7%
Estudo de Avaliação de Serviços de Saúde	07	25%
Estudo de Caso	02	7,1%
Estudo de Intervenção	05	17,8%
Pesquisa Documental	03	10,8%
Relato de Experiência	01	3,6%

c) Foram identificados como **principais autores referenciados** nos artigos selecionados: Carlos Matus; Francisco Javier Uribe Rivera; Gastão Wagner de Souza Campos; Mário Testa; Emerson Elias Merhy; Eugênio Vilaça Mendes; Carmen Fontes Teixeira; e Luís Carlos Oliveira Cecílio. Todos esses autores foram referenciados, cabendo aos demais autores considerados o mínimo de três referências, conforme explicitado no quadro que se segue (Quadro 03).

³⁶ Definimos Ensaio Teórico como um estudo que não apresenta pesquisa de campo como etapa metodológica, desenvolve-se a partir de considerações teóricas de um autor sobre determinado objeto, tomando como base outros trabalhos científicos. “Os ensaios teóricos não contém informações baseadas em dados empíricos.” (HOPPEN, 1998)

³⁷ Estudos de avaliação de serviços de saúde são estudos que adotam um modelo teórico de avaliação considerado padrão para analisar a estrutura, os processos e os resultados. Conforme explicitado por Vieira-da-Silva (2005), um estudo de avaliação tem o propósito de fazer julgamentos sobre programas e / ou subsidiar o processo de tomada de decisões sobre futuras programações.

³⁸ Estudos de intervenção são aqueles cujo objetivo principal é interferir na realidade estudada para modificá-la (TOBAR & YALOUR, 2001).

³⁹ Pesquisas documentais são aquelas que se realizam com base em documentos guardados em órgãos públicos ou privados de qualquer natureza (TOBAR & YALOUR 2001).

⁴⁰ Estudos de caso constituem-se em desenhos privilegiados para os estudos de gestão, sendo circunscritos a poucas unidades de análise: pessoas, famílias, produtos, instituições, comunidades, regiões e países (TOBAR & YALOUR 2001).

⁴¹ Relato de experiência é uma metodologia de observação sistemática da realidade, sem o objetivo de testar a hipótese, mas estabelecendo relações entre os achados dessa realidade e bases teóricas pertinentes, fornecendo informações importantes para o desenvolvimento de outros tipos mais elaborados de pesquisa (DYNIEWICZ & RIVERO GUTIÉRREZ, 2005)

QUADRO 03: Autores mais citados nos artigos selecionados dos periódicos da área de Saúde Coletiva na base de dados SciELO (1990-2005)

	Autor referenciado	Número de citações / artigos	Percentual relativo
A	MATUS, C.	11	39,2%
B	RIVERA, F.J.U.	10	35,7%
C	CAMPOS, G.W.S.	09	32,1%
D	TESTA, M.	07	25%
E	MERHY, E.E.	05	17,8%
F	MENDES, E.V.	05	17,8%
G	TEIXEIRA, C.F.	04	14,3%
H	CECÍLIO, L.C.O.	04	14,3%

d) As **principais instituições envolvidas na produção dos artigos** selecionados foram a Escola Nacional de Saúde Pública; a Universidade de São Paulo; a Universidade Estadual de Campinas e a Universidade Federal do Rio de Janeiro, cabendo outras universidades e a organizações não acadêmicas percentuais menores de publicação, conforme explicitado no Quadro 04.

A produção científica da área de Planejamento no campo da Saúde Coletiva divulgada em periódicos disponíveis na base de dados do SciELO apresenta, principalmente, como referências teóricas Carlos Matus, Francisco Javier Uribe Rivera, Gastão Wagner de Souza Campos e Mário Testa, tomando como ponto de consideração a referência em mais de 25% dos artigos selecionados. As instituições mais expressivas na produção para esta área são a ENSP, a USP, a UNICAMP e UFRJ, produzindo, principalmente, ensaios teóricos, estudos de avaliação de serviços de saúde e estudos de intervenção, divulgados, a priori, nas revistas Cadernos de Saúde Pública, Ciência e Saúde Coletiva e Revista Latino-americana de Enfermagem. Organizações não acadêmicas também são responsáveis por grande parte da produção científica verificada nessa base de dados, o que demonstra o envolvimento dos sujeitos da prática no processo de planejamento desenvolvido no âmbito do Sistema Único de Saúde.

QUADRO 04: Artigos publicados e cadastrados na base de dados SciELO X Instituições de Ensino e Pesquisa X Pesquisadores envolvidos (1990-2005)

INSTITUIÇÕES	NÚMERO DE ARTIGOS	PESQUISADORES ENVOLVIDOS
Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)	09	GIOVANELLA, L.; VERAS, C.M.T.; MARTINS, M.S.; RIVERA, F.J.U.; ARTMANN, E.; AZEVEDO, C.S.A.; SÁ, M.C.
Universidade São Paulo (USP)	05	UNGLERT, C.V.S.; MATSUDA, L.M.; ÉVORA, Y.D.M.; GONZALEZ, R.I.C.; LALUNA, M.C.M.C.; FERRAZ, C.A.; MISHIMA, S.M.; PEREIRA, M.J.B.
Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)	04	CECÍLIO, L.C.O.; ONOCKO CAMPOS, R.T.
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)	03	CAMPOS, C.E.A.; ALMEIDA, R.M.N.
Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)	02	VERAS, R.; MATTOS, R.
Fundação Osvaldo Cruz (Instituto Fernandes Figueira)	02	HOROVITZ, D.D.G. ; LLARENA JR, J.C.; MÉIO, M.D.B.B.; MAGLUTA, C.; MELLO, R.R.; MOREIRA, M.E.L. PAIM, J.S.
Universidade Federal da Bahia (UFBA)	01	
Universidade Federal do Piauí (UFPI)	02	PEDROSA, J.I.S.
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)	01	ASSIS, M.M.A.
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)	01	LACERDA, J.T.; CALVO, M.C.M.; FREITAS, S.F.T.
Universidade Estadual de Maringá (UEM-PR)	01	SCOCHI, M.J.
Universidade Estadual de Londrina (UEL-PR)	01	COSTA, N.R.
Outras instituições não classificadas como de ensino ou pesquisa ⁴²	07	REZENDE, F.A.V.S.; BOAN, F.S.; NICOLETO, S.C.S.; PIOVESAN, M.F.; PADRÃO, M.V.V.; DUMONT, M.U.; LIMA, L.F.M.; GONDIM, G.M.; FLORES, O.

Como último movimento dessa “aproximação quanti-qualitativa”, estabelecemos o agrupamento dos artigos segundo as temas abordados, identificando que as principais temáticas tratadas no período em questão foram: Acesso aos Serviços de Saúde; Poder e

⁴² Na base de dados SciELO, tivemos como organizações não acadêmicas responsáveis pela produção dos artigos a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, a Fundação de Desenvolvimento Gerencial de Belo Horizonte, a Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, a Agência Nacional de Saúde Suplementar e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (vide Matriz Analítica Geral 01).

Política; e, Sujeito e Práxis. Para alcançar essas temáticas, colocamo-nos a identificar em cada artigo os temas abordados pelos autores na sua discussão ao longo do texto, trabalhando com a organização sistemática das mesmas até que estabelecemos os percentuais relativos de cada tema, hierarquizando-os e compatibilizando os artigos afins conforme o quadro que se segue (Quadro 05).

Essas temáticas conformaram, a partir dos movimentos de aproximação quanti-qualitativa por nós estabelecida, o escopo das categorias analíticas do estudo. A partir de momentos de quantificação das estruturas de relevância, pudemos identificar os temas e agrupar os artigos de modo a configurar as temáticas abordadas, confrontando com os movimentos de expansão-redução estabelecidos através do método da hermenêutica-dialética – um momento de testificação.

QUADRO 05: Temáticas abordadas e Pesquisadores identificados nas publicações sobre Planejamento em Saúde disponíveis na base de dados do SciELO (1990-2005)

Temáticas abordadas	Pesquisadores identificados
Acesso aos Serviços de Saúde	UNGLERT, C.V.S.; CAMPOS, C.E.A.; CECÍLIO, L.C.O.; REZENDE, F.A.V.S. <i>et al</i> ; MATSUDA, L.M. <i>et al</i> ; LACERDA, J.T. <i>et al</i> ; GONZALES, R.I.C.; VERAS, R.; NICOLETTO, S.C.S. <i>et al</i> ; BURSZTIN, I. <i>et al</i> ; HOROVITZ, D.D.G. <i>et al</i> ; MÉIO, M.D.B.B.
Poder e política	GIOVANELLA, L.; RIVERA, F.J.U.; ARTMANM, E. <i>et al</i> ; PEDROSA, J.I.S.; CECÍLIO, L.C.O.; ONOCKO CAMPOS, R.T.; SÁ, M.C.; PAIM, J.S.; LALUNA, M.C.M.C. <i>et al</i> ; PIOVESAN, M.F. <i>et al</i> ; NICOLETTO, S.C.S. <i>et al</i> .
Sujeito e Práxis	RIVERA, F.J.U.; ARTMANN, E. <i>et al</i> ; PEDROSA, J.I.S.; CECÍLIO, L.C.O.; ASSIS, M.M.A. <i>et al</i> ; ONOCKO CAMPOS, R.T.; PAIM, J.S.; LALUNA, M.C.M.C. <i>et al</i> ; BURSZTIN, I. <i>et al</i> ; PIOVESAN, M.F. <i>et al</i> .

4.1 RE-SIGNIFICAÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS DO PLANEJAMENTO NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA: novidade epistemológica e testificação⁴³ do pressuposto teórico

⁴³ O termo “testificação” é aqui utilizado em consonância à perspectiva defendida por Minayo (2004), trata-se de um momento de verificação da veracidade através da triangulação dos dados estabelecida a partir do confronto entre o referencial teórico, o produto das sínteses metodológicas e os pressupostos do trabalho, bases empíricas do conhecimento do pesquisador.

QUADRO 06: Artigos selecionados na base de dados SciELO (1990-2005) que representam as categorias analíticas do estudo

Categoria Analítica	Artigos selecionados
Planejamento como dispositivo para garantir acesso aos Serviços de Saúde	<p>[A] UNGLERT, C.V.S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão dos serviços de saúde. Revista de Saúde Pública. São Paulo, 24 (6): 445-52, 1990. (disponível em www.scielo.br)</p> <p>[B] CAMPOS, C.E.A. Os inquéritos de saúde sob a perspectiva do planejamento. Cadernos de Saúde Pública, RJ, 9 (2): 190-200, abr/jun, 1993. (disponível em www.scielo.br)</p> <p>[C] CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cadernos de Saúde Pública, RJ, 13 (3): 469-478, jul/set, 1997d. (disponível em www.scielo.br)</p> <p>[D] REZENDE, F.A.V.S.; ALMEIDA, R.M.V. & NOBRE, F.F. Diagramas de Voronoi para definição de áreas de abrangência de hospitais no município do Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública, RJ, 16 (2): 467-475, abr/jun, 2000. (disponível em www.scielo.br)</p> <p>[E] MATSUDA, L.M.; ÉVORA, YDM. & BOAN, F.S. O método Desdobramento da função Qualidade (QFD) no planejamento do serviço de enfermagem. Revista Latino-americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, SP, v.8, n.5, p.97-105, out, 2000. (disponível em www.scielo.br)</p> <p>[F] LACERDA, J.T.; CALVO, M.C.M. & FREITAS, S.F.T. Diferenciais intra-urbanos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: potencial de uso para o planejamento em saúde. Cadernos de Saúde Pública, RJ, 18 (5): 1331-1338, set/out, 2002. (disponível em www.scielo.br)</p> <p>[G] GONZALES, R.I.C; CESARIN, S.N.A; CALIRI, M.H.L.; SASSAKI, C.M.; MONROE, A.A. & VILLA, T.C.S. Gerenciamento de cuidado: um novo enfoque no cuidado à saúde. Revista Latino-americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, SP, v.11, n.2, p.227-231, 2003. (disponível em www.scielo.br)</p> <p>[H] VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão de literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. Cadernos de Saúde Pública, RJ, 19 (3): 705-715, mai/jun, 2003. (disponível em www.scielo.br)</p> <p>[I] NICOLETTO, S.C.S; CORDONI JÚNIOR, L.; COSTA, N.R. Consórcios intermunicipais de saúde: o caso do Paraná, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, RJ, 21 (1): 29-38, jan/fev, 2005. (disponível em www.scielo.br)</p> <p>[J] BURSZTIN, I. & RIBEIRO, J.M. Avaliação participativa em programas de saúde: um modelo para o Programa de Saúde do Adolescente. Cadernos de Saúde Pública, RJ, 21 (2): 404-416, mar/abr, 2005. (disponível em www.scielo.br)</p> <p>[K] HOROVITZ, D.D.G.; LLARENA JÚNIOR, J.C. & MATTOS, R.A. Atenção aos defeitos congênitos no Brasil: panorama atual. Cadernos de Saúde Pública, RJ, 21 (4): 1055-1065, jul/ago, 2005. (disponível em www.scielo.br)</p> <p>[L] MÉIO, M.D.B.B.; MAGLUTA, C.; MELLO, R.R. & MOREIRA, M.E.L. Análise situacional do atendimento ambulatorial prestado a recém-nascidos egressos das unidades de terapia intensiva neonatais no Estado do Rio de Janeiro. Ciência & Saúde Coletiva, 10 (2): 299-307, 2005. (disponível em www.scielo.br)</p>

**Poder enquanto
capacidade para
manter ou
transformar a
realidade**

^[M1] GIOVANELLA, L. Planejamento Estratégico em Saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 6 (2): 129-153, abr/jun, 1990. (disponível em www.scielo.br)

^[M2] ----- . As origens e as correntes atuais do Enfoque Estratégico do Planejamento de Saúde na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 7 (1): 26-44, jan/mar, 1991. (disponível em www.scielo.br)

^[O1] RIVERA, F.J.U. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 12 (3): 357-372, jul/set, 1996. (disponível em www.scielo.br)

^[C] CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 13 (3): 469-478, jul/set, 1997d. (disponível em www.scielo.br)

^[P] PEDROSA, J.I.S. A construção do significado do controle social com conselheiros de saúde no Estado do Piauí, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 13 (4): 741-748, out/dez, 1997. (disponível em www.scielo.br)

^[Q1] ONOCKO CAMPOS, R.T. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre, o planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.723-731, 2000a. (disponível em www.scielo.br)

^[Q2] ----- . Análise do planejamento como dispositivo mediador de mudanças institucionais com base em um estudo de caso. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 16 (4): 1021-1030, out/dez, 2000b. (disponível em www.scielo.br)

^[Q3] ----- . O planejamento em saúde sob o foco da hermenêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.6, n.1, p.197-207, 2001. (disponível em www.scielo.br)

^[R] SÁ, M.C. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6 (1): 151-164, 2001. (disponível em www.scielo.br)

^[S] PAIM, J.S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8 (2): 557-567, 2003. (disponível em www.scielo.br)

^[T] LALUNA, M.C.M.C. & FERRAZ, C.A. Compreensão das bases teóricas do planejamento participativo no currículo integrado de um curso de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, SP, v.11, n.6, p.771-777, 2003. (disponível em www.scielo.br)

^[U] ARTMANN, E. & RIVERA, F.J.U. A *démarche stratégique* (gestão estratégica hospitalar): um instrumento de coordenação da prática hospitalar baseado nos custos de oportunidade e na solidariedade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8 (2): 479-499, 2003. (disponível em www.scielo.br)

^[V] PIOVESAN, M.F.; PADRÃO, M.V.V; DUMONT, M.U.; GONDIN, G.M.; FLORES, O.; PEDROSA, J.I. & LIMA, L.F.M. Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, RJ, 8 (1): 83-95, 2005. (disponível em www.scielo.br)

^[I] NICOLETTO, S.C.S; CORDONI JÚNIOR, L.; COSTA, N.R. Consórcios intermunicipais de saúde: o caso do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 21 (1): 29-38, jan/fev, 2005. (disponível em www.scielo.br)

Sujeito e Práxis

- ^[O] RIVERA, F.J.U. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 12 (3): 357-372, jul/set, 1996. (disponível em www.scielo.br)
- ^[X] ARTMANN, E.; AZEVEDO, C.S. & SÁ, M.C. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico do planejamento no nível local de saúde. Análise de duas experiências. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 13 (4): 723-740, out/dez, 1997. (disponível em www.scielo.br)
- ^[C] CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 13 (3): 469-478, jul/set, 1997d. (disponível em www.scielo.br)
- ^[P] PEDROSA, J.I.S. A construção do significado do controle social com conselheiros de saúde no Estado do Piauí, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 13 (4): 741-748, out/dez, 1997. (disponível em www.scielo.br)
- ^[W] ASSIS, M.M.A.; PEREIRA, M.J.B & MISHIMA, S.M. Planejamento em Saúde: uma possibilidade de ação comunicativa. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, SP, v.5, n.4, p.55-60, out, 1997. (disponível em www.scielo.br)
- ^[Q1] ONOCKO CAMPOS, R.T. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre, o planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.723-731, 2000a. (disponível em www.scielo.br)
- ^[Q2] ----- . Análise do planejamento como dispositivo mediador de mudanças institucionais com base em um estudo de caso. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 16 (4): 1021-1030, out/dez, 2000. (disponível em www.scielo.br)
- ^[Q3] ----- . O planejamento em saúde sob o foco da hermenêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.6, n.1, p.197-207, 2001. (disponível em www.scielo.br)
- ^[U] ARTMANN, E. & RIVERA, F.J.U. A *démarche stratégique* (gestão estratégica hospitalar): um instrumento de coordenação da prática hospitalar baseado nos custos de oportunidade e na solidariedade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8 (2): 479-499, 2003. (disponível em www.scielo.br)
- ^[S] PAIM, J.S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8 (2): 557-567, 2003. (disponível em www.scielo.br)
- ^[T] LALUNA, M.C.M.C. & FERRAZ, C.A. Compreensão das bases teóricas do planejamento participativo no currículo integrado de um curso de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, SP, v.11, n.6, p.771-777, 2003. (disponível em www.scielo.br)
- ^[J] BURSZTIN, I. & RIBEIRO, J.M. Avaliação participativa em programas de saúde: um modelo para o Programa de Saúde do Adolescente. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 21 (2): 404-416, mar/abr, 2005. (disponível em www.scielo.br)
- ^[V] PIOVESAN, M.F.; PADRÃO, M.V.V; DUMONT, M.U.; GONDIN, G.M.; FLORES, O.; PEDROSA, J.I. & LIMA, L.F.M. Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, RJ, 8 (1): 83-95, 2005. (disponível em www.scielo.br)
-

Para dar subsídio a este momento do trabalho tomaremos como base as considerações de Mário Testa (1997) acerca da construção do conhecimento.

Um texto, segundo o autor, para ser construído deve obedecer a uma seqüência lógica de raciocínios epistemológicos cujas combinações determinam seus sentidos e significados hermenêuticos. A investigação científica no campo da saúde requer do pesquisador a capacidade de identificação de diversos componentes epistemológicos para compreender seu objeto de estudo. Na construção de um texto, o pesquisador propõe-se a um exercício de aplicação teórica entre ciência e vida cotidiana, articulando e sintetizando os objetivos da sua investigação, mediante a aplicação parcial de conceitos e concepções (TESTA, 1997).

A construção de um texto é um momento de re-significação hermenêutica, pois é gerado a partir da interação do sujeito com o objeto de sua investigação desde o instante do pré-conhecimento pré-científico (hermenêutica zero), quando se estabelece o confronto entre o conhecimento do pesquisador, o senso comum, aqui entendido como todo conhecimento produzido a partir da prática, e o conhecimento científico pré-existente propriamente dito. Concretiza-se no instante de validação de uma nova positividade, isto é, a hermenêutica um, resultado de uma análise crítica, exame metodológico e reconhecimento global do resultado, o que caracterizaria o retorno da nova positividade à prática social (SANTOS, 2003; TESTA, 1997).

O instante hermenêutico da re-significação é adotado aqui para estabelecer as pré-categorias analíticas do trabalho. A leitura exaustiva dos artigos selecionados segundo a metodologia nos permitiu chegar às estruturas de relevância que conformaram o sentido hermenêutico do tema nas produções. Essas estruturas foram organizadas de acordo com as aproximações conceituais e metodológicas de modo a nos fornecer um arranjo teórico-metodológico tal que nos permitiu extrair diversos núcleos de sentido, o que, denominamos concepções.

Essas concepções, divididas em teóricas e metodológicas (ver apêndices de análise), emergiram da leitura e da classificação e ordenamento das estruturas de relevância e, no nosso entendimento, expressam o sentido e o significado do planejamento em saúde no campo da Saúde Coletiva e também já foram estudados por Merhy (1997) e Onocko Campos (2000).

No estudo, com base nos conhecimentos produzidos pelos autores supracitados, procuramos re-classificar as concepções, dando novo formato aos termos já divulgados, tomando como base os critérios de re-significação estabelecidos na leitura de Santos (2003) e Testa (1997).

A re-significação se configurou num momento ímpar de testificação dos nossos pressupostos teóricos, pois, foi através dela que pudemos testificar a "veracidade" do que propusemos. Aqui, os pressupostos assumem uma conotação interrogativa, num movimento dialético de aproximação às questões orientadoras da nossa investigação. Testificar nossos pressupostos é responder a essas questões, pois uma pressuposição, que é construída teoricamente, nada mais é que uma resposta teórica a uma busca empírica, ou vice-versa, dependendo do tipo de pesquisa em questão. No caso, estamos diante de uma pesquisa teórica que tem os pressupostos construídos com base numa construção empírica do pesquisador.

Pretendemos nos apropriar das concepções de modo a estabelecer um encontro entre o teórico e o empírico na construção do conhecimento. Ainda que não tenhamos levantado categorias empíricas, o empirismo nos impulsionou a pressupor. Com base num conhecimento acumulado, intuímos que re-significar contribui para validar – uma aproximação à Hermenêutica II, segundo as concepções de Santos (2003), caracterizada pelo aprofundamento da distinção entre o campo teórico substantivo, o campo analítico e o campo da observação, cujo conjunto de resultados pode sintetizar-se na idéia de pluralismo metodológico.

Via de regra, o elemento da Hermenêutica II é uma reflexão crítica acerca do objeto, apresentando o contexto, as argumentações, as proposições teóricas e observacionais, a consistência conceitual, a adequação empírica, o sentido, a verdade, o discurso, o método e a retórica (SANTOS, 2003).

Nossa proposta de re-significação, à luz dos trabalhos de Merhy (1997) e Onocko Campos (2000), estabelecem que o planejamento no campo da Saúde Coletiva assume oito diferentes concepções:

- a) O Planejamento como um **conjunto de técnicas** para intervir e para avaliar sistemas e serviços de saúde
- b) O Planejamento como uma **prática social** (práxis) transformadora de sujeitos e coletivos
- c) O Planejamento como um **subsídio** para a gestão democrática e para as mudanças
- d) O Planejamento como um **conjunto de estratégias** para a organização de sistemas locais de saúde
- e) O Planejamento como um **conjunto de métodos** de ação governamental para a tomada de decisões

- f) O Planejamento como um **instrumento e atividade** do processo de gestão das organizações
- g) O Planejamento como um **meio de intervenção** em ambientes complexos
- h) O Planejamento como um **meio de ação** comunicativa.

Essas concepções, organizadas a partir dos recursos da hermenêutica, nos serviram de objeto para a conformação das categorias analíticas do estudo – uma contribuição ao que denominamos novidade epistemológica.

Partimos da leitura dos artigos, identificando as suas estruturas de relevância, organizando-as de modo a extrair sua síntese. Essas sínteses, organizadas em conjunto, apóiam a conformação das categorias analíticas do estudo:

- a) Planejamento como dispositivo para garantir acesso à Saúde
- b) Poder enquanto capacidade para manter ou transformar a realidade
- c) Sujeito e práxis

O estudo das concepções teóricas e sua aproximação à conformação das categorias analíticas foram movimentos sustentados pela leitura exaustiva dos artigos selecionados neste estudo, cujos autores encontram-se relacionados no quadro que se segue (Quadro 07) e cujas produções serão discutidas nos capítulos relativos à testificação do pressuposto teórico, momento de aprofundamento das análises sobre o material bibliográfico – o ponto mais importante do trabalho.

QUADRO 07: Síntese das concepções teóricas que conformam as categorias analíticas dos artigos selecionados na base de dados SciELO (1990-2005)

Concepções teóricas	Autores	Categorias analíticas conformadas
<ul style="list-style-type: none"> Planejamento como <i>técnica</i> para possibilitar acesso / acessibilidade Planejamento como <i>prática</i> para transformar a realidade social e ampliar o acesso / acessibilidade Planejamento como <i>subsídio</i> para gerenciar as mudanças com vistas a garantir o acesso / acessibilidade Planejamento como o conjunto de <i>estratégias</i> para organizar o acesso / acessibilidade Planejamento como o conjunto de <i>métodos de gestão</i> para garantir o acesso / acessibilidade Planejamento como o conjunto de <i>meios de intervenção</i> para garantir acesso / acessibilidade Planejamento como o conjunto de <i>meios de ação</i> para possibilitar uma comunicação que amplie o acesso / acessibilidade 	UNGLERT, C.V.S. ^[A] ; CAMPOS, C.E.A. ^[B] ; CECÍLIO, L.C.O. ^[C] ; REZENDE, F.A.V.S. <i>et al</i> ^[D] ; MATSUDA, L.M. <i>et al</i> ^[E] ; LACERDA, J.T. <i>et al</i> ^[F] ; GONZALES, R.I.C. ^[G] ; VERAS, R. ^[H] ; NICOLETTO, S.C.S. <i>et al</i> ^[I] ; BURSZTIN, I. <i>et al</i> ^[J] ; HOROVITZ, D.D.G. <i>et al</i> ^[K] ; MÉIO, M.D.B. ^[L] .	Planejamento como dispositivo para garantir acesso aos Serviços de Saúde
<ul style="list-style-type: none"> Planejamento como <i>técnica</i> para intervir e para avaliar sistemas e serviços de saúde Planejamento como <i>prática social</i> (práxis) transformadora de sujeitos e coletivos Planejamento como <i>subsídio</i> para a gestão democrática e para as mudanças Planejamento como <i>estratégia</i> de organização de sistemas locais de saúde Planejamento como <i>método</i> de ação governamental para a tomada de decisões Planejamento como <i>instrumento /atividade</i> do processo de gestão das organizações Planejamento como <i>meio de intervenção</i> em ambientes complexos Planejamento como <i>meio de ação</i> comunicativa 	GIOVANELLA, L. ^[M1] e ^[M2] ; RIVERA, F.J.U. ^[O] ; ARTMANM, E. <i>et al</i> ^[X] e ^[U] ; PEDROSA, J.I.S. ^[P] ; CECÍLIO, L.C.O. ^[C] ; ONOCKO CAMPOS, R.T. ^[Q1] , ^[Q2] e ^[Q3] ; SÁ, M.C. ^[R] ; PAIM, J.S. ^[S] ; LALUNA, M.C.M.C. <i>et al</i> ^[T] ; PIOVESAN, M.F. <i>et al</i> ^[V] ; NICOLETTO, S.C.S. <i>et al</i> ^[I] .	Poder enquanto capacidade para manter ou transformar a realidade

-
- Planejamento como *prática social* (práxis) transformadora de sujeitos e coletivos
 - Planejamento como *subsídio* para a gestão democrática e para as mudanças dos espaços de atuação dos sujeitos e coletivos
 - Planejamento como *método* de ação governamental para a tomada de decisões
 - Planejamento como *instrumento /atividade* do processo de gestão das organizações
 - Planejamento como *meio de intervenção* em ambientes complexos
 - Planejamento como *meio de ação* comunicativa dos sujeitos e dos coletivos

RIVERA, F.J.U. ^[O]; ARTMANN, E. *et al* ^[X] e ^[U]; PEDROSA, J.I.S. ^[P]; CECÍLIO, L.C.O. ^[C]; ASSIS, M.M.A. *et al* ^[W]; ONOCKO CAMPOS, R.T. ^[Q1], ^[Q2] e ^[Q3]; PAIM, J.S. ^[S]; LALUNA, M.C.M.C. *et al* ^[T]; BURSZTIN, I. *et al* ^[J]; PIOVESAN, M.F. *et al* ^[V].

Sujeito e Práxis

4.1.1 O planejamento como um conjunto de técnicas para intervir e para avaliar sistemas e serviços de saúde

O planejamento como técnica foi apresentado por Onocko Campos (2003) para definir os modelos de planejamento em saúde que, segundo ela, estariam centrados numa dada instrumentalidade. Nesse sentido é apresentado o trabalho de Luís Carlos Oliveira Cecílio (Cecílio, 1997d)^[C] que tinha como objetivo desenvolver um método de planejamento sistematizado a partir de uma tecnologia leve⁴⁴ aplicada ao setor governamental, capaz de ser compreendida pelos diversos sujeitos sociais que compõem a sociedade.

O Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (Houaiss, 2001. p. 2.683) define *técnica* como o “conjunto de procedimentos ligados a uma arte ou ciência; jeito; perícia em qualquer ação ou movimento; destreza; habilidade especial”.

Intervenção é o “ato de intervir, ingerir, inferir, interceder, mediar”. Os princípios da intervenção, segundo Houaiss (2001, p. 1.637), são a ingerência e a interferência, sendo imputado ao Estado, a capacidade legítima de intervir sem violar o interesse individual. A avaliação, por sua vez, pode ser definida como o “ato ou efeito de avaliar; verificação que objetiva determinar a competência, o progresso; apreciar o mérito, o valor de uma dada intervenção” (HOUAISS, 2001. p.353).

De fato o ato de intervir aponta para a interpolação da autoridade, para a utilização do poder e do controle com vistas a influir no decurso de algo ou alguma coisa. Também pode significar assistir, cooperar, o que nos leva a concluir que a capacidade de intervenção, neste sentido, estaria relacionada a uma capacidade de co-responsabilização na definição de determinada ação.

Aproveitamo-nos, portanto, estas definições clássicas apresentadas para dissertar acerca do planejamento enquanto um conjunto de técnicas para intervir e para avaliar os sistemas e serviços de saúde.

A priori, o planejamento não poderia ser considerado apenas uma técnica. A própria definição acima excluiria esta possibilidade. Considerá-lo como um conjunto de técnicas nos parece mais adequado, haja vista a denotação plural do termo na sua definição e, também a sua aplicabilidade no cotidiano.

⁴⁴ Tecnologia leve se constitui como o conjunto das tecnologias de relações de tipo de produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão, como forma de governar processos de trabalho (MERHY, 1997).

Podemos destacar como dimensões desta pré-categoria analítica as técnicas para a intervenção em sistemas e serviços de saúde e as técnicas para avaliação da qualidade nas organizações de saúde. Estas dimensões emergiram da leitura dos artigos selecionados neste estudo e se constituem como elementos teórico-conceituais que norteiam o pensamento e a execução do planejamento nos espaços institucionais.

A avaliação de serviços de saúde é uma prática em construção no Brasil, segundo Paim (2005). Existe uma conexão importante entre a avaliação e o planejamento, sendo-lhe conferido, neste sentido, o propósito de julgamento de programas para subsidiar o processo de decisões sobre futuras programações (PATTON *apud* VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Chorny (1996) explicita que avaliar consiste em comparar um fato ou fenômeno com um modelo, um padrão ou um conjunto de valores e definir até que ponto o observado se aproxima do modelo escolhido. A avaliação, para ele, é parte inerente do processo de planejamento e o próprio diagnóstico é basicamente um processo de avaliação, que se configura como um instrumento essencial para que se possa controlar a implementação de um plano e o rumo das mudanças em direção ao objetivo proposto.

Para Vieira-da-Silva (2005), a avaliação pode produzir informação tanto para a melhoria das intervenções em saúde quanto para o julgamento acerca de sua cobertura, acesso, equidade, qualidade técnica, efetividade, eficiência e percepção dos usuários a seu respeito.

A técnica para intervir é o poder em ato, ou seja, o poder da técnica incorporado pelo Estado para determinar os meios e os fins para o alcance de determinados objetivos. A técnica para avaliar é o julgamento do poder em ato, ou seja, a verificação da veracidade dos resultados de uma intervenção com base num modelo teórico pré-definido com vistas a estabelecer padrões de qualidade.

No campo do planejamento em Saúde Coletiva, a intervenção assume um importante papel, pois os estudos que lhe dão suporte são oriundos, principalmente dos serviços de saúde. Permitem elaborar planos para garantir o acesso dos usuários aos mesmos, através de métodos de diagnóstico territorial, identificação de determinantes epidemiológicos, definição de fluxos de atendimento, conformação de modelos de intervenção e de análise comparativa de métodos com vistas a identificar limites e possibilidades de aplicação dos mesmos nos níveis locais de saúde (UNGLERT, 1990 ^[A]; CECÍLIO, 1997d ^[C]; ARTMANN *et al*, 1997 ^[X]; REZENDE *et al*, 2000 ^[D]; LACERDA *et al*, 2002 ^[F]; VERAS, 2003 ^[H]).

A avaliação também é importante nos estudos desenvolvidos na área de planejamento em saúde, principalmente pelo fato de apresentar como *loci* os serviços assistenciais de saúde.

Os estudos selecionados avaliam a confiabilidade das informações produzidas nos serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares; a operacionalidade de métodos nos serviços de saúde; as tecnologias de planejamento e os modelos aplicados nos espaços institucionais e estudos comparativos de situação da assistência a grupos populacionais específicos (VERAS & MARTINS, 1994⁴⁵; SCOCHI, 1994⁴⁶; MATSUDA *et al*, 2000 ^[E]; ARTMANN & RIVERA, 2003 ^[U]; BURSZTIN & RIBEIRO, 2005 ^[J]; MÉIO *et al*, 2005 ^[L]; PIOVESAN *et al*, 2005 ^[V]).

4.1.2 O planejamento como uma prática social (práxis) transformadora de sujeitos e coletivos

A concepção do planejamento enquanto prática social transformadora foi sistematizada, *a priori*, por Merhy (1995) e tem suas bases nos trabalhos de Matus (1993) e Testa (1995); e discute a práxis enquanto um movimento histórico subjetivamente constituído na problematização do cotidiano. Outros autores como Paim (1993) e Gallo (1995) também nos apresentam-na como concepção.

Merhy (1995) a define como uma ambição capaz de determinar novas relações sociais alternativas à lógica capitalista do processo de regulação ordenada pelo mercado, uma tecnologia de gestão de sociedades. Estaria associada a uma práxis revolucionária, alicerçada nas teorias marxistas e teria como pano de fundo a idéia que alguns grupos de interesse seriam sujeitos históricos transformadores pela sua ação crítico-revolucionária, sendo, portanto capazes de romper com as linhas de determinações e gerar novos processos sociais.

Adotamos o termo práxis transformadora subsidiados pela definição de práxis apresentada pelo Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, que diz: “Práxis é prática, uma ação concreta, objetiva, que superando e concretizando a crítica social meramente teórica, permite ao ser humano construir-se a si mesmo e ao seu mundo, de forma livre e autônoma, nos âmbitos cultural, político e econômico” (HOUAISS, 2001, p.2278).

Para contrapor a definição acima, Bobbio (2002) cita Gramsci (1875):

⁴⁵ Esse artigo, apesar de constar na base de dados do trabalho, não se conforma nas categorias analíticas estabelecidas. O objeto de análise aponta para a questão do financiamento da saúde.

⁴⁶ Esse artigo, apesar de constar na base de dados do trabalho, não se conforma nas categorias analíticas estabelecidas. O objeto de análise aponta para a questão da informação em saúde.

Se o problema de identificar teoria e prática se coloca, isto se dá no sentido de construir, sobre uma determinada prática, uma teoria que, coincidindo e identificando-se com os elementos da própria prática, acelere o processo histórico em ato, tornando a prática mais homogênea, coerente, eficiente em todos os seus elementos, ou seja, potencializando-a ao máximo; ou, dada uma certa posição teórica, no sentido de organizar o elemento prático indispensável para a sua realização (GRAMSCI, 1975 *apud* BOBBIO, 2002. p.32).

Vemos aqui explicitada, numa visão dialética, o contraponto da definição anterior, que demonstra a importância da prática para a construção de uma dada teoria. No caso do planejamento em saúde, os elementos da prática se confrontam para construir novos elementos que conformarão modelos teóricos para reorganizar essa prática, dando-lhe concretude e objetividade na determinação dos objetivos a serem alcançados.

O fato de se identificar a prática do planejamento como uma práxis transformadora, demonstra o seu caráter social no cenário brasileiro. O sentido eminentemente teórico deixa de existir, no momento em que os sujeitos e os coletivos organizados buscam o horizonte para estabelecer as estratégias de enfrentamento dos problemas socialmente determinados, transformando sua prática em movimentos de acumulação social, o que, por si só revela o caráter de totalidade da ação transformadora do planejamento da saúde, pela saúde e para a saúde.

Planejar a saúde é enfrentar a história, transformá-la a partir da inteligência socialmente construída. É uma práxis transformadora dos sujeitos e dos coletivos, que, organizados, rompem com as linhas de determinações e geram novos processos sociais.

No campo da Saúde Coletiva, a discussão do planejamento como uma práxis transformadora toma corpo no momento em que a academia, ao discutir concepções filosóficas libertárias, questiona o enfoque normativo dado à planificação em saúde e propõe modelos alternativos, contra-hegemônicos, que incluem elementos socialmente determinados na pauta das discussões.

Tomando o PES de Matus (1993) e as concepções de Testa (1997) como ponto de partida para a luta contra-hegemônica, os sujeitos do conhecimento se debruçam sobre os cenários do cotidiano, conduzindo processos de mudança da sua própria prática para reconstruir o planejamento e, por fim, transformar a realidade – um enfrentamento histórico.

A construção da práxis transformadora ainda é muito teórica. Os artigos publicados pelas revistas da área de Saúde Coletiva no período 1990-2005 mostram esta realidade.

Partem do princípio do enfrentamento histórico ao planejamento normativo com a idealização de novas formas de lidar com a realidade social. Têm o Planejamento Estratégico Situacional e suas diferentes vertentes metodológicas como pano de fundo e subsídio, mas arvoram-se pela inovação tecnológica, se compreendida como a construção de novas tecnologias de baixa densidade e elevada complexidade. Trabalham com a perspectiva da inclusão dos sujeitos e coletivos no processo do planejamento, estabelecendo com esses, formas de comunicação diversificada, que varia desde o diálogo interativo ao fomento da representatividade através do estímulo à formação de conselhos de planejamento em saúde (GIOVANELLA, 1990, 1991 [M1] e [M2]; ARTMANN *et al*, 1997 [X]; PEDROSA, 1997 [P]; ASSIS *et al*, 1997 [W]; ONOCKO CAMPOS, 2000a,b [Q1] e [Q2]; PAIM, 2003 [S]; BURSZTIN & RIBEIRO, 2005 [J]; PIOVESAN *et al*, 2005 [V]).

O produto da luta contra-hegemônica não nega as tecnologias e a racionalidade construídas no planejamento normativo. Propõe uma re-leitura desses elementos a fim de que sejam aplicáveis nas diferentes realidades sociais.

4.1.3 O planejamento como um subsídio para a gestão democrática e para as mudanças

O Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (Houaiss, 2001. p. 2.628) identifica o termo *subsídio* como sinônimo de reserva, reforço, auxílio, socorro, ajuda, apoio, proteção, defesa, recurso, meio, dados, informações. Nesse sentido, entendemos que uma gestão democrática deve contar com os subsídios do planejamento para se consolidar. Esse elemento, de fato, é mister numa relação democrática, pois estabelece as diretrizes do processo de mudanças.

Onocko Campos (2003) é quem identifica o planejamento como um subsídio para a gestão democrática e para as mudanças. Trabalha com as concepções desenvolvidas por Matus (1993), Campos (1992; 1994) e Merhy (1995; 1997), explicitando que o planejamento está vinculado à questão da instituição de um novo modelo de gestão associado a uma redefinição das práticas na saúde pública.

A adoção de elementos da clínica no momento do planejamento, a discussão do sujeito, a busca da eficácia nos serviços de saúde e o resgate do valor de uso do planejamento na área de saúde, são elementos que demonstram a necessidade que tem os que planejam de

redefinir suas práticas para construir novas tecnologias de governo capazes de responder às necessidades democráticas.

Campos (1992) explicita que a tarefa colocada para uma perspectiva democrática de gestão não seria a da pura e simples repressão a demandas. O planejamento e a organização dos serviços de saúde devem ser orientados para intervenções tecnicamente identificadas, porém devem também estar abertos às contingências da vida das pessoas, num processo dialógico de co-produção de necessidades e de construção de consciência sanitária. Devem configurar uma luta na busca da eficácia.

Merhy (1995) corrobora com as idéias de Campos, considerando que o planejamento se traduz em saberes e práticas que visam operar sobre diferentes dimensões da realidade social na busca de efeitos finais previamente colocados no próprio desenho da intervenção. Entretanto, para ser considerado uma prática de intervenção social deve-se considerar o sujeito social e político como a base fundante do método de intervenção do homem no mundo.

Sujeito social como base fundante de um método de intervenção é um sujeito cuja consciência sanitária foi construída nos diálogos das rodas da democracia. É um sujeito transformado e capaz de transformar sua realidade, pois credita valor de uso às suas necessidades democráticas, dinamicamente constituídas.

Falamos, então, da dinâmica democrática como uma dinâmica de transformações. Os sujeitos estabelecem relações de poder que lhes permitem exercer representatividade na tomada de decisões para conduzir a história. Sem o entendimento de que democracia é um exercício de representatividade, não é possível compreender o papel do planejamento numa gestão democrática.

Uma democracia representativa, segundo Gramsci (2004), significa genericamente que as deliberações são coletivas, ou seja, dizem respeito à coletividade inteira, são o resultado da ação de sujeitos coletivos, intencionados para o bem comum.

Planejar para a democracia é um exercício de aprendizagem que requer do sujeito capacidade para buscar subsídios para implementar suas mudanças. Nesse sentido, o sujeito se torna um condutor no processo de mudanças a serem implementadas, sendo, portanto o responsável pela direção a ser seguida para alcançá-las.

Concordamos com Matus (1993), que afirma:

O condutor dirige um processo para alcançar objetivos que escolhe e altera segundo as circunstâncias (seu projeto), superando os obstáculos de maneira não-passiva, mas ativamente resistente (governabilidade do sistema). E, para

vencer essa resistência com sua força limitada o condutor deve demonstrar capacidade de governo (MATUS, 1993; p.59).

Condutor é, portanto, aquele que se coloca como gestor de um processo de mudanças. Para alcançar os objetivos propostos no seu projeto, o gestor precisa antes de tudo identificar os limites e as possibilidades de implementá-lo, assim como avaliar de forma criteriosa as resistências, os nós críticos, as dificuldades e os possíveis entraves que se coloquem diante de sua proposta. Todavia, para vencer os obstáculos, cabe ao gestor lançar mão de estratégias que dêem conta de preparar o espaço para a batalha e programar ações que levem seu projeto a plena execução no contexto a que se encontra inserido, demonstrando, assim, capacidade de dirigir, gerenciar, administrar e controlar.

No campo da Saúde Coletiva, as mudanças sociais são o foco da ação do planejamento. Somente se podem alcançar essas mudanças com a consolidação das práticas democráticas de gestão nos espaços institucionais da saúde, que permitem, antes de tudo, operar sobre os sujeitos, as organizações e os sistemas de saúde.

O planejamento como um subsídio para a gestão democrática se traduz na compreensão da complexidade social e institucional, e no entendimento da cultura organizacional. É importante na intervenção sobre sujeitos e coletivos institucionalizados, na mediação das relações inter-subjetivas e na re-orientação das práticas no processo de trabalho para gestão da ação para organizar a atenção. Outrossim, representam também uma possibilidade de intervenção sobre sujeitos e coletivos não institucionalizados, organizados pelo princípio da legitimidade, na mediatização ideológica para superar conflitos e dilemas. Essa ação se dá através de seus elementos que refletem a pedagogia crítico-social, que de fato é transformadora na sua essência e possibilita mudanças significativas nas relações trans-subjetivas⁴⁷ (GIONANELLA, 1990^[M1]; RIVERA, 1996^[O]; PEDROSA, 1997^[P]; ONOCKO CAMPOS, 2000a,b^{[Q1], [Q2] e [Q3]}, 2001; ARTMANN & RIVERA, 2003^[U]; PAIM, 2003^[S]; LALUNA & FERRAZ, 2003^[T]; PIOVESAN *et al*, 2005^[V]).

4.1.4 O planejamento como um conjunto de estratégias para a organização de sistemas locais de saúde

⁴⁷ Utilizamos o termo “trans-subjetivas” para definir as relações que excedem o espectro interpessoal e se configuram como relações históricas. Nos apoiamos em Testa (1997), que discute o papel da história na constituição do pensamento estratégico sob os auspícios do construtivismo, que considera o elemento *trans* como o estado histórico das relações entre sujeitos e objetos no desenvolvimento cognitivo do homem.

Discutir o planejamento como um conjunto de estratégias para a organização de sistemas locais de saúde é, no mínimo um desafio. Pois esta concepção, apesar de óbvia, sempre esteve, na discussão do planejamento em saúde, associada à discussão de um dado modelo tecno-assistencial. Nos apoiaremos em autores que, ao longo do processo de consolidação do SUS, trataram o planejamento nessa perspectiva e se propuseram a construir propostas para os sistemas locais de saúde, que, no contexto da municipalização da saúde, se colocam como espaços legítimos de operacionalização do planejamento para a organização da ação em saúde.

Estratégia, segundo o Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa (Houaiss, 2001. p. 1.262) é a “arte de aplicar com eficácia os recursos de que se dispõe ou de explorar as condições favoráveis de que porventura se desfrute, visando ao alcance de determinados objetivos”. Tem sua origem na arte militar de desenvolver artifícios que permitam o enfretamento do inimigo no momento da guerra.

A aproximação entre estratégia e arte de aplicar com eficácia os recursos, permite que reflitamos sobre a possibilidade do planejamento enquanto organizador de recursos para a promoção da saúde individual e coletiva. Se verificarmos que o ato de planejar é uma arte em si mesmo, entenderemos o sentido dado aqui ao planejamento como o conjunto de estratégias, que de fato possibilitam organizar de modo eficaz os recursos disponíveis, sejam materiais ou não-materiais, com vistas a uma imagem-objetivo concreta – a constituição de sistemas locais de saúde resolutivos.

O planejamento da organização de sistemas locais de saúde com base num modelo de atenção que dê conta das necessidades sociais vem sendo travada, no cenário brasileiro, desde o momento histórico da Reforma Sanitária, quando diversos sujeitos trabalharam para desenvolver propostas metodológicas intersetoriais que possibilitassem desenvolver sistemas locais de saúde capazes de responder aos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade na assistência (MENDES, 1999).

Trata-se de modelos de organização de serviços que levam em conta a busca da integralidade do cuidado, instituindo-se como uma prática sanitária que inclui, em sua dimensão gerencial, o planejamento e a programação situacional, e em sua dimensão tecno-assistencial ou operativa, a reorientação das formas de organização e do conteúdo do processo de trabalho em saúde (PAIM, 1993; TEIXEIRA, 1994, 2001).

Os Sistemas Locais de Saúde, segundo Paim (1999), se constituem como um projeto dinamizador das estratégias do movimento “Saúde para Todos no ano 2000” (SPT-2000),

desenvolvido por Barrenechea (1987) e iniciado no Brasil no final da década de oitenta com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, estendendo-se até a década de noventa, com a implementação da municipalização da saúde. É uma resposta do setor aos processos de democratização do Estado na busca da equidade, eficácia e eficiência das ações.

Teixeira (1999) apresenta o planejamento e a programação local de saúde como um processo social e histórico e como instrumento de transformação da prática gerencial nos distritos sanitários, *loci* de operacionalização das ações de saúde. Adota uma perspectiva situacional, cujo enfoque implica eleger como objeto privilegiado de intervenção os problemas de saúde da população. Seria o processo de reorientação do sistema de saúde de acordo com os princípios doutrinários supracitados para a transformação das relações entre oferta e demanda dos serviços, isto é, reorganização das práticas de saúde em seu conteúdo técnico-econômico e político, dirigindo-as à solução dos problemas.

A organização de sistemas locais de saúde, portanto, demanda um aparato tecnológico alicerçado em tecnologias leves e leve-duras de planejamento intersetorial desenvolvido num dado território para atender às necessidades sociais de uma dada população, num dado período. A organização dessas tecnologias se caracteriza por um *mix* teórico-metodológico, desenvolvido no Brasil a partir dos conhecimentos acumulados nos espaços de construção do conhecimento e operacionalizados nos cenários municipais do sistema de saúde.

Onocko Campos (2003), para colaborar com essa discussão, identifica o planejamento no campo da Saúde Coletiva como necessariamente relacionado com o saber da clínica, que, preocupado com o planejar mudanças em serviços de saúde, deve, portanto, tratar da questão da eficácia.

Neste sentido, o pano de fundo da discussão é a questão da organização de serviços dentro de modelos tecno-assistenciais. Os elementos da clínica, nesses modelos, se entrelaçam aos elementos do planejamento para construir uma práxis que re-orienta a própria clínica na direção da eficácia para a organização e operacionalização dos sistemas de saúde.

Os artigos da área da Saúde Coletiva, publicados no período 1990-2005 retratam a existência dessa concepção de planejamento no campo da saúde. Discorrem sobre a potencialidade do planejamento enquanto estratégia para intervir sobre a realidade, monitorando e minimizando riscos; para organizar modelos de atenção, estabelecendo nexos diferenciados no acesso dos usuários aos serviços de saúde; para identificar necessidades, utilizando-se de instrumentos de aferição individuais e coletivos; e sistematizar o diálogo entre os sujeitos sociais, utilizando-se de métodos participativos de escuta e atuação na promoção da saúde (UNGLERT, 1990^[A]; CAMPOS, 1993^[B]; CECÍLIO, 1997^[C]; ASSIS *et*

al, 1997^[W]; REZENDE *et al*, 2000^[D]; LACERDA *et al*, 2002^[F]; PAIM, 2003^[S]; NICOLETO *et al*, 2005^[I]; PIOVESAN *et al*, 2005^[V]).

Notadamente, o objeto do planejamento enquanto estratégia, ou o conjunto dessas, tem a finalidade de operar sobre modelos de intervenção e avaliação sobre recursos tecnológicos disponíveis, com vistas à sua melhor utilização para reorganizar as práticas a partir do desenvolvimento de uma consciência sanitária nos diferentes sujeitos que compõem o território do cuidado em saúde.

4.1.5 O planejamento como um conjunto de métodos de ação governamental para a tomada de decisões

Originalmente Merhy (1995) trabalhou a idéia de um planejamento como instrumento / atividade de ação de governo para a produção de políticas, corroborando com as idéias de Matus (1993). A idéia explicitada pelo autor tratava de uma tecnologia de gestão de políticas públicas setoriais capazes de intervir no processo sócio-econômico para direcionar o desenvolvimento social e para controlar parte da relação Estado / sociedade.

O contexto analisado por Merhy demonstra similaridade ao processo de planificação econômica vivido pela América Latina a partir da década de sessenta, quando da instituição do Método CENDES / OPAS como modelo de planificação para os países em desenvolvimento. Decerto que a concepção de instrumento / atividade, intrinsecamente conjugados, reforça a idéia de racionalidade conferida ao planejamento, restringindo-o a uma sucessão de etapas operacionais cujos cálculos subsidiam a tomada de decisão dos governantes.

O enfoque normativo se sobressai ao enfoque estratégico, pois o cálculo de governo toma como diretriz majoritária o indicador da economia e a organicidade do processo assume um caráter sistêmico-funcional, instrumentalizado pela técnica. Alicerça-se no princípio do equilíbrio e define que a racionalidade formal deve influenciar ou controlar a racionalidade material (RIVERA, 1992b).

Método, segundo o Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa pode ser definido como:

Procedimento, técnica ou meio de se fazer alguma coisa; (...) ordem, lógica ou sistemática que regula uma determinada atividade; (...) conjunto sistemático de regras e procedimentos que, se respeitados conduzem a uma dada verdade; (...) somatório de operações e disposições pré-estabelecidas que garantem o conhecimento, a ordenação e a recapitulação de uma dada totalidade (HOUAISS, 2001. p. 1.910).

A lógica da tomada de decisões extrapola, na atualidade, a concepção de método puramente relacionado ao cálculo econômico. Adotamos uma perspectiva ampliada para o processo, acreditando que a tomada de decisões excede a dimensão econômica. É necessário um cálculo estratégico que transcenda esta dimensão. Necessário se faz introduzir elementos da práxis para completar e dar sentido à dimensão social do planejamento enquanto um conjunto de métodos de auxílio ao gestor no momento da tomada de decisões.

Concordamos com Matus (1993), que afirma que a eficácia econômica não é independente da eficácia política, e que os processos de governo são equilibrados por relações políticas e econômicas que se contrapõem às relações de forças e às acumulações. Importa que o cálculo político são cálculos interativos, determinados, como num jogo, pela posição dos jogadores. No caso, os sujeitos em situação de governo.

No campo da Saúde Coletiva, a discussão do planejamento como um conjunto de métodos de ação governamental para a tomada de decisões assume duas dimensões importantes: a política, já trabalhada, e a técnica, cujos desdobramentos apontam para a capacidade técnica de intervir e a capacidade administrativa de operacionalizar (GIOVANELLA, 1991^[M2]; ONOCKO CAMPOS, 2001^[Q3]).

As decisões políticas subsidiam o ato do planejamento e vice-versa, configuram-se em ações para o futuro e expressam valor de uso para o planejamento. As decisões técnicas e administrativas configuram-se num conjunto sistemático de regras e procedimentos baseados na racionalidade instrumental, cujas finalidades apontam para a eficiência e eficácia da relação teoria-método-técnica. Denotam a possibilidade de se constituir modelos de intervenção mais próximos da realidade, inclusive econômica, não deixando de lado os critérios epidemiológicos, sanitários, geográficos e temporais. O cálculo econômico norteia o raciocínio técnico e administrativo sem, entretanto, se supervalorizar em relação ao cálculo político, que exerce controle histórico sobre os agentes-sujeitos do jogo (CAMPOS, 1993^[B1]; ONOCKO CAMPOS, 2000^[Q1] e ^[Q2], 2001^[Q3]; PAIM, 2003^[S1]; NICOLETO *et al*, 2005^[I1]; HOROVITZ *et al*, 2005^[K1]).

4.1.6 O planejamento como instrumento e atividade do processo de gestão das organizações

Merhy (1995) desenvolve a perspectiva analítica de planejamento como instrumento / atividade do processo de gestão das organizações, ou seja, uma tecnologia de controle da ação organizacional calcada na perspectiva sistêmico-funcional. Fundamenta-se na Teoria Geral da Administração (TGA), que opera sobre a organização do processo de trabalho visando a construção de procedimentos eficazes que otimizem os meios de trabalho na busca de uma maior produtividade. O planejamento, nesse sentido, tem-se associado ao conjunto dos procedimentos administrativos como práticas reguladoras da gestão das organizações.

O Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (Houaiss, 2001. p. 1.628) define instrumento como “objeto, dispositivo, apetrecho, ferramenta; recurso ou pessoa que se utiliza para chegar a um resultado; meio intermediário.”

Atividade é definida como “faculdade ou possibilidade de agir, de se mover, de fazer, empreender coisas; qualidade do que é ativo” (HOUAISS, 2001. p. 335).

Na análise de Merhy (1995) esses elementos estariam entrelaçados, ou seja fariam parte de uma mesma estrutura epistemológica que daria sentido ao planejamento no campo da saúde. Estaríamos diante da aproximação do sujeito ao seu objeto de trabalho de modo intrínseco, quase simbiótico.

Concordamos com a análise do autor, mas preferimos destacar a singularidade de cada elemento para melhor compreender a posição do planejamento como instrumento e atividade do processo de gestão das organizações, entendidas como espaços de operacionalização das ações de saúde para a produção do cuidado.

O centro desta discussão é o sujeito agindo para a saúde. Seria o resgate do conceito do trabalho vivo em ato, defendido pelo próprio Merhy (1997). De posse de instrumentos adequados, os sujeitos do planejamento empreenderiam atividades para alcançar os resultados pré-estabelecidos no plano definido pela organização.

O planejamento seria instrumento, pois é o recurso tecnológico através do qual as organizações chegariam ao que convencionamos chamar de imagem-objetivo. Seria também atividade, já que, se intrinsecamente relacionado ao conhecimento dos sujeitos, possibilitaria estabelecer estratégias diferenciadas de enfrentamento das adversidades que porventura surjam. Teria a função de propiciar um processo de mudanças através de cálculos interativos para alcançar eficácia e eficiência; também, para intervir nessas organizações com vistas a

organizar o acesso e a acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde; e, por fim, avaliar a qualidade das mesmas na produção do cuidado em saúde (VERAS & MARTINS, 1994; SCOCHI, 1994; ONOCKO CAMPOS, 2000^[Q1] e ^[Q2]; VERAS, 2003^[H]; NICOLETO *et al*, 2005^[I]; MÉIO *et al*, 2005^[L]).

4.1.7 O planejamento como um meio de intervenção em ambientes complexos

O planejamento como meio de intervenção em ambientes complexos é uma concepção apresentada por Onocko Campos (2003). Alicerçada no trabalho de Adolfo Chorny (1993; 1996), a autora trata que a razão substantiva do planejamento em saúde é a produção de saúde, ressaltando a questão da eficiência e, principalmente, da eficácia nas organizações. A teoria da complexidade é abordada como elemento importante no que concerne a essa perspectiva teórico-metodológica.

Para Morin (2004), a complexidade é a união entre a unidade e a multiplicidade, isto é, se revela quando elementos diferentes são inseparáveis constitutivos do todo (como o econômico, o político, o sociológico, o psicológico, o afetivo, o mitológico), e há entre eles interdependência, interatividade e inter-reatividade.

O entendimento explicitado nessa consideração é de que o complexo se aproxima daquilo que poderíamos denominar totalidade intersubjetiva, ou seja, o todo, composto por cada parte individualmente, porém, capaz de manter uma relação que lhes permita constituir-se enquanto um todo indivisível, único.

Se intervenção é o “ato de intervir, ingerir, inferir, interferir, interceder, mediar” (Houaiss, 2001. p. 1.637), então, o planejamento, nessa perspectiva, seria um instrumento que permite a intervenção nos ambientes complexos, aqui entendidos como as organizações de saúde.

No campo da Saúde Coletiva, o planejamento se dá, nessa perspectiva, como meio de intervenção e de avaliação das organizações de saúde, consideradas como organizações complexas; e como meio de intervenção sobre os sujeitos e coletivos nessas organizações. Tal concepção emerge como uma teoria para reorganizar o trabalho gerencial numa parceria sinérgica, cujos limites e possibilidades se esgotam através do diálogo e da negociação. Os sujeitos buscam sua emancipação através da racionalidade comunicativa (RIVERA, 1996^[O]; ARTMANN & RIVERA, 2003^[U]; ONOCKO CAMPOS, 2000^[Q1] e ^[Q2]).

4.1.8 O planejamento como um meio de ação comunicativa

O planejamento como meio de ação comunicativa, como a última das concepções por nós apresentadas, foi identificada por Onocko Campos (2003) com base nos trabalhos desenvolvidos por Rivera (1992, 1996, 1999, 2003) e de Artmann (1993, 2003).

Partindo da crítica ao PES de Matus, Rivera propõe uma reestruturação do formato metodológico do planejamento, incluindo elementos da Teoria do Agir Comunicativo de Jungen Habermas (1992) para contribuir com o processo de gestão dos sistemas e serviços de saúde. Trata-se de uma ferramenta organizacional cujas possibilidades são interpretadas como mediadas / subordinadas à cultura das organizações. O termo “organização comunicante” é utilizado pelo autor por denotar essas como organizações abertas, evolutivas, flexíveis, com finalidade explícita e responsabilizante para todos (RIVERA, 1996, 2003).

Rivera e Artmann (1999), ao apresentarem o Planejamento Estratégico Comunicativo tentam dar um substrato mais prático, partindo da crítica ao modelo puramente estratégico, mapeando seus limites e estabelecendo um novo entendimento acerca do seu caráter estratégico – o planejamento é uma ferramenta organizacional que faz parte de um processo mais amplo de desenvolvimento das organizações, valorizando a condução da ação. Suas possibilidades são interpretadas como mediadas / subordinadas à cultura das organizações.

O *locus* do planejamento nessa perspectiva é uma organização de saúde, que assume postura diferenciada na relação com seus colaboradores, estabelecendo o diálogo, a liderança, a negociação e a problematização coletiva como caminhos. Uma organização cujos princípios apontam para a desconcentração de poder e delegação de competências que, na medida do possível, proporcione uma gestão criativa por operações e por objetivos.

As linhas de investigação para consolidar essa proposta se assentam na análise da cultura enquanto componente de viabilidade do projeto; no desenvolvimento das habilidades de liderança e de negociação; na discussão teórica sobre a relação entre a gestão pela escuta e os métodos racionalistas de gestão; na aplicação sistemática da prospectiva enquanto recurso do cálculo estratégico; nas possibilidades de diálogo entre o PES e os enfoques da administração estratégica e do planejamento estratégico corporativo, favorecendo o *mix* público / privado; e o resgate da subjetividade no campo da gestão, em processos de

construção coletiva de projetos institucionais, a partir do conceito amplo de razão (RIVERA & ARTMANN, 1999).

No campo da Saúde Coletiva, o planejamento, à luz dos artigos selecionados neste estudo, é identificado como meio de ação para a comunicação através de interações e diálogos intersetoriais, inter-institucionais e inter-subjetivos nas organizações de saúde (RIVERA, 1996^[O]; ASSIS *et al*, 1997^[W]).

**5 CAMINHOS DO PENSAMENTO PARA COMPREENDER A TOTALIDADE
HISTÓRICA DO OBJETO: análise e discussão das categorias analíticas do
estudo**

A discussão que travaremos a partir deste momento diz respeito ao desenvolvimento das categorias analíticas do nosso estudo. Chegar a elas não foi um movimento fácil. Tivemos que nos debruçar sobre a leitura de diversas produções da área para conseguir, na leitura dos artigos selecionados compreender o sentido e o significado dado pelos autores ao planejamento em saúde no campo da Saúde Coletiva.

As concepções teórico-metodológicas, levantadas a partir do refinamento classificatório das estruturas de relevância identificadas nas leituras dos artigos, apontavam para um horizonte infinito de possibilidades históricas.

Precisávamos buscar a totalidade histórica do tema. Sem isso não seria possível completar o caminho do pensamento numa perspectiva dialética, ainda que tivéssemos alcançado uma aproximação hermenêutica. Então, mergulhamos mais uma vez na leitura dos artigos para encontrar em cada um o fio condutor da história, elemento que deveria fazer a conexão entre o mito e a verdade, entre o ideal e o real, entre o empírico e o verídico.

Já tínhamos passeado pelo campo da compreensão epistemológica e agora precisávamos passear pelo campo da compreensão histórica, resgatando o sentido da dialética enquanto um novo modo de pensar, uma nova filosofia na qual os processos históricos, econômicos e políticos são inseparáveis. “A falta de senso histórico leva a um diletantismo filosófico, conduzindo o homem a uma concepção anti-dialética da vida, dogmática, prisioneira dos esquemas abstratos da lógica formal” (GRAMSCI, 1964 *apud* BOBBIO, 2002, p. 30).

No fio condutor da história, encontramos um planejamento em saúde cujas concepções apontam para a construção de um conjunto desafiador de dispositivos para garantir o acesso dos brasileiros aos serviços de saúde; e um planejamento que atribui aos sujeitos uma capacidade de intervir sobre a realidade para transformá-la, ainda que as relações que permeiem o campo intersubjetivo sejam rodeadas de tensão, conflito e complexidade. E, é com esse fio condutor que nos encontraremos a partir de agora.

**5.1 PLANEJAMENTO COMO “DISPOSITIVO” PARA GARANTIR ACESSO
ÀOS SERVIÇOS DE SAÚDE: desafio conceitual e prático no campo da saúde
coletiva.**

QUADRO 08: Artigos que evidenciam o “Planejamento como dispositivo para garantir acesso à Saúde”

**Planejamento
como dispositivo
para garantir
acesso aos
Serviços de Saúde**

- [A] UNGLERT, C.V.S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão dos serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, 24 (6): 445-52, 1990. (disponível em www.scielo.br)
- [B] CAMPOS, C.E.A. Os inquéritos de saúde sob a perspectiva do planejamento. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 9 (2): 190-200, abr/jun, 1993. (disponível em www.scielo.br)
- [C] CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 13 (3): 469-478, jul/set, 1997d. (disponível em www.scielo.br)
- [D] REZENDE, F.A.V.S.; ALMEIDA, R.M.V. & NOBRE, F.F. Diagramas de Voronoi para definição de áreas de abrangência de hospitais no município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 16 (2): 467-475, abr/jun, 2000. (disponível em www.scielo.br)
- [E] MATSUDA, L.M.; ÉVORA, YDM. & BOAN, F.S. O método Desdobramento da função Qualidade (QFD) no planejamento do serviço de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, SP, v.8, n.5, p.97-105, out, 2000. (disponível em www.scielo.br)
- [F] LACERDA, J.T.; CALVO, M.C.M. & FREITAS, S.F.T. Diferenciais intra-urbanos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: potencial de uso para o planejamento em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 18 (5): 1331-1338, set/out, 2002. (disponível em www.scielo.br)
- [G] GONZALES, R.I.C; CESARIN, S.N.A; CALIRI, M.H.L.; SASSAKI, C.M.; MONROE, A.A. & VILLA, T.C.S. Gerenciamento de cuidado: um novo enfoque no cuidado à saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, SP, v.11, n.2, p.227-231, 2003. (disponível em www.scielo.br)
- [H] VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão de literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 19 (3): 705-715, mai/jun, 2003. (disponível em www.scielo.br)
- [I] NICOLETTO, S.C.S; CORDONI JÚNIOR, L.; COSTA, N.R. Consórcios intermunicipais de saúde: o caso do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 21 (1): 29-38, jan/fev, 2005. (disponível em www.scielo.br)
- [J] BURSZTIN, I. & RIBEIRO, J.M. Avaliação participativa em programas de saúde: um modelo para o Programa de Saúde do Adolescente. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 21 (2): 404-416, mar/abr, 2005. (disponível em www.scielo.br)
- [K] HOROVITZ, D.D.G.; LLARENA JÚNIOR, J.C. & MATTOS, R.A. Atenção aos defeitos congênitos no Brasil: panorama atual. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 21 (4): 1055-1065, jul/ago, 2005. (disponível em www.scielo.br)
- [L] MÉIO, M.D.B.B.; MAGLUTA, C.; MELLO, R.R. & MOREIRA, M.E.L. Análise situacional do atendimento ambulatorial prestado a recém-nascidos egressos das unidades de terapia intensiva neonatais no Estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10 (2): 299-307, 2005. (disponível em www.scielo.br)
-

Onocko Campos (2003) apresenta o “dispositivo”, definido como aquilo que propicia, faz advir. Poderíamos dizer que esse termo configuraria uma nova concepção se não estivesse engendrado por um número significativo de elementos que o destaque ao nível de categoria analítica. O fato é que considerar o planejamento um dispositivo é nada mais que assumir o fato de ser “ele” o elemento disparador de uma série de acontecimentos que culminam por confluir ao que convencionamos chamar de objetivos ou finalidades, o processo esperado da transformação ou manutenção da ordem estabelecida.

O Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa define dispositivo como “um mecanismo para determinado fim; um engenho; um conjunto de ações planejadas e coordenadas implantadas por uma administração visando algo; a formação de uma unidade de combate” (HOUAISS, 2001, p.1.057).

Os analistas institucionais identificam o termo dispositivo como sinônimo de agenciamento. Uma montagem ou artifício produtor de inovações que gera acontecimentos, isto é, o aparecimento do novo absoluto, da diferença, da singularidade. Os dispositivos, nessa concepção, produzem realidades alternativas e revolucionárias que transformam o horizonte considerado do real, do possível e do impossível (BAREMBLIT, 2002).

É sob a égide da concepção de dispositivo que o planejamento no campo da Saúde Coletiva se institui com vistas a garantir o acesso dos brasileiros aos serviços de saúde.

Esta afirmação é feita com base no resultado do tratamento do material bibliográfico levantado dos periódicos dessa área de conhecimento no período 1990-2005. A ordenação e classificação deste material apontou para a categoria analítica central do acesso aos serviços de saúde, ou seja, o objeto fundamental do planejamento no Brasil no referido período, considerando a produção analisada, é, de fato, a categoria acesso.

Acesso, segundo o Dicionário Houaiss da Língua portuguesa (Houaiss, 2001. p. 52), é o “ato de ingressar, entrada, ingresso; possibilidade de chegar a, aproximação, chegada; possibilidade de alcançar algo”. Esta definição demonstra que a questão do acesso está intimamente relacionada a uma referida “porta de entrada” dos serviços de saúde, entendida como o local de acolhimento do usuário no momento de expressão de sua necessidade e, de certa forma, aos caminhos percorridos por ele no sistema na busca da resolução dessa necessidade.

Muitos, então, são os estudos brasileiros que tratam da questão do acesso aos serviços de saúde. As políticas de saúde desenvolvidas no Brasil, nos últimos quarenta anos apontam

para a constituição dessa categoria como fundamental na determinação da universalidade, da equidade e da integralidade preconizados pelo SUS.

Pustai discute acesso no contexto dos princípios do SUS, explicitando suas características legais e suas características históricas e a função teleológica⁴⁸ da cidadania na produção do acesso aos serviços de saúde:

O acesso universal aos serviços de saúde, além de ser uma garantia constitucional, é uma bandeira de luta dos movimentos sociais, nos quais essa reivindicação passou a ser um dos elementos fundamentais dos direitos de cidadania. E, nesse caso, o exercício de cidadania tem um grande potencial de produzir resultados concretos, tendo em vista as reais possibilidades de mudança e melhora no atendimento aos problemas de saúde da população (PUSTAI, 2004. p.71).

Nessa perspectiva, o acesso vai além da conexão pura e simples ao conceito de porta de entrada, configura-se como um dispositivo transformador da realidade, partindo da concepção de que somente se garantirá acesso universal no contexto de um sistema único através do fomento de uma consciência de cidadania, corroborando com a idéia de Campos (1992), que determina como elemento reformador do pensamento da sociedade para a construção de sistemas de saúde de acordo com as necessidades socialmente determinadas, a consciência sanitária.

Assim, o conceito de acesso extrapola a dimensão de elemento de análise e se coloca como categoria analítica, permeada por elementos históricos, numa perspectiva de transformação da realidade. Isso, por si só, demonstra a importância dessa categoria no campo da saúde em nosso país.

Giovanella e Fleury (1996) discutem que a categoria acesso é central para a análise das inter-relações usuários / serviços de saúde. Apresentam-no como um conceito geral que sumariza o conjunto de dimensões específicas que descrevem a adequação entre os usuários e o sistema de cuidados em saúde. Discutem-no também à luz dos modelos teóricos das diversas conceituações do termo ao longo da história.

⁴⁸ Aproveitamos o termo função teleológica, apresentado por Onocko Campos (2003) para o planejamento em saúde para caracterizar também a questão da cidadania para garantir o acesso. Acreditamos que a função teleológica da cidadania para o acesso coaduna com a perspectiva apresentada por Onocko Campos, pois, trata-se de uma ação racional e organizada para produzir um fim, uma finalidade.

A “disponibilidade”, dimensão específica entendida como relação entre o volume e o tipo de serviços existentes e o volume de usuários e o tipo de necessidades; a “acessibilidade”, como a relação entre localização da oferta e localização dos usuários, tomando em conta os recursos para transporte, o tempo de viagem, a distância e os custos; a “acomodação ou adequação funcional”, entendida como a relação entre o modo como a oferta está organizada para aceitar os usuários e a capacidade / habilidade dos usuários acomodarem-se a esses fatores e perceberem a conveniência dos mesmos; a “capacidade financeira”, como relação entre os custos dos serviços, seja de entrada, de manutenção ou de saída; e, por fim a “aceitabilidade”, entendida como a relação entre as atitudes dos usuários sobre os trabalhadores de saúde e sobre as características das práticas dos serviços, bem como a aceitação dos trabalhadores e dos serviços em prestar assistência a esses usuários (GIOVANELLA & FLEURY, 1996).

A relação entre a categoria acesso e o planejamento da saúde é também histórica, pois vem sendo construída ao longo de décadas a partir da discussão dos modelos teóricos construídos no decurso de momentos intimamente relacionados aos contextos nos quais se desenvolveram as suas diferentes conceituações.

Giovanella e Fleury (1996) ao discorrerem acerca desses modelos teóricos, apresentam o modelo economista, o modelo sanitarista-planificador, o modelo sanitarista-politicista e o modelo das representações sociais como estruturas historicamente constituídas para se analisar o acesso aos serviços de saúde como uma categoria.

O “modelo economista”, na concepção das autoras, estaria relacionado ao mapeamento dos diferentes padrões de consumo dos indivíduos que influenciariam na relação entre oferta⁴⁹ e demanda⁵⁰. Estariam também na dependência do conhecimento dos consumidores acerca da oferta dos serviços e sua percepção sobre as demandas oriundas das suas necessidades individuais e coletivas. A intervenção estatal seria capaz de moldar a forma de organização da produção da assistência médica e conformação da demanda a partir de diferentes grupos populacionais no acesso aos bens e serviços de saúde.

⁴⁹ Oferta pode ser definida como a quantidade de bens ou serviços que se oferecem (Houaiss, 2001). Estaria relacionada à organização do atendimento, ao cardápio de atendimentos oferecidos na rede assistencial, à rede de referência e contra-referência e à complexidade tecnológica dos níveis de atenção com vistas à integralidade (PINHEIRO, 2001).

⁵⁰ Demanda é a manifestação de um desejo, pedido ou exigência; uma necessidade premente; uma solicitação (Houaiss, 2001). Pode ser examinada a partir de interpretações e percepções no cotidiano dos atores sociais e suas relações com a oferta no âmbito dos sistemas de saúde (PINHEIRO, 2001).

O modelo economista encontra seu próprio limite ao reconhecer que a soberania do consumidor em seu processo de decisão não pode ser reduzida à simples disponibilidade da oferta de bens e serviços ou do acesso formal garantido pela inserção laboral, mas teria que levar em conta as aptidões ideológicas dos consumidores, representações intrínsecas dos distintos sistemas de cura socialmente organizados (CANESQUI, 1989 *apud* GIOVANELLA & FLEURY, 1996. p. 192).

Como se pode perceber, esse modelo está relacionado ao contexto de consolidação da filosofia capitalista na sociedade. Há estímulo ao entendimento de saúde enquanto bem adquirível e a relação entre o sistema e os usuários estaria relacionada a uma relação produtor / consumidor. O sistema seria moldado de acordo com os padrões de consumo dos indivíduos e de grupos populacionais específicos, sendo mediados pela intervenção estatal, cuja ação seria eminentemente reguladora.

O planejamento, nesse sentido, passa a responder a uma demanda pré-determinada, isto é, determinada pela relação entre o poder do consumidor e a capacidade de oferta do fornecedor. O ato de planejar para a oferta é uma consequência dos levantamentos de demanda para a constituição de serviços de saúde de acordo com os padrões de consumo da população referenciada. Usuários são consumidores e o Estado o ente regulatório de mediação da relação usuário / serviço.

O “modelo sanitaria-planetador” se caracteriza pela concepção de acesso enquanto possibilidade de consumo garantida através da distribuição planejada de recursos da rede de serviços hierarquizada, com agilidade nos processos administrativos, que garanta informações adequadas aos usuários sobre os serviços existentes e os procedimentos para a sua utilização, e com um sistema de organização baseado nos princípios da referência e contra-referência (GIOVANELLA & FLEURY, 1996).

Trata-se de um modelo tecnicista, pautado na concepção da uniformidade, estabelecido através da atuação dos sujeitos planeadores vinculados ao aparelho do Estado. Isto é, os sanitaria são os sujeitos do planejamento a serviço do Estado.

Podemos observar que esse modelo tem sido bastante difundido no contexto do SUS. Intrinsecamente ligado à idéia do “planejamento normativo re-formado”, ou seja, um modelo de planificação que se aproveita da tecno-burocracia para estabelecer os dispositivos de garantia do acesso dos usuários aos serviços de saúde. Seria um resgate da razão instrumental, apontada por Onocko Campos (2003), porém numa dimensão diferenciada, re-inventada no aparelho burocrático do Estado.

Os resultados estariam relacionados a gradientes de eficácia, eficiência e efetividade obtidos a partir da integração de recursos da epidemiologia, da administração pública, e da saúde pública, excluindo-se os sujeitos usuários da discussão das linhas de cuidado a serem planejadas, em que pesem os inquéritos que se desenvolvam na busca das informações necessárias à orientação do planejamento nessa perspectiva.

Portanto, o acesso no modelo sanitário-planificador seria garantido a partir da construção de fluxos e trajetórias organizadas a partir de recursos tecnicamente determinados com base em conhecimentos epidemiológicos e sanitários dos planejadores vinculados ao Estado, cabendo aos usuários uma posição passiva, definida a partir da recepção das informações para a adequada utilização dos serviços e procedimentos disponíveis.

O “modelo sanitário-político” surge como um novo olhar sobre a discussão do acesso e sua relação com o planejamento no campo da saúde coletiva. Alicerçado na concepção formulada por Berlinguer (1978) e citado por Giovanella & Fleury (1996), onde a população adquire a capacidade cognitiva de compreender as determinações sociais do processo saúde / doença⁵¹, e os fatores que determinam a organização social da prática médica, num processo de (des) alienação, ou seja, rompimento com as deformações impostas pela sociedade à consciência sanitária, entre as quais a medicalização dos desgastes impostos pelo processo de trabalho.

Campos (1992, 2000) discute que a superação dos velhos paradigmas, que refletem tanto os ideais do neoliberalismo quanto as contradições na visão tecnocrática do planejamento está relacionada à uma progressiva superação da alienação e da mediocridade, isto é, uma progressiva (des) alienação da maioria dos sujeitos organizados para a produção nos espaços coletivos, produzindo, tanto compromisso e seriedade com o interesse público, quanto capacidade reflexiva e autonomia.

Sujeitos e coletivos (des) alienados, ainda que parcialmente, são autônomos e importantes no processo de luta contra-hegemônica, e, de certa forma, atuam como indutores da transformação social. Batalham para estabelecer uma nova ordem político-administrativa que permita a construção de espaços de co-gestão e de co-produção com vistas a possibilitar novos espaços de autonomia, rompendo com o paradigma neoliberal da produção para o alcance de resultados e dando espaço a um novo paradigma, onde a produção existe para atender a necessidades socialmente estabelecidas.

⁵¹ Processo saúde-doença pode ser entendido como o modo específico pelo qual ocorre, nos grupos, o processo biológico de desgaste e reprodução, destacando como momentos particulares a presença de um funcionamento biológico diferente, com conseqüências para o desenvolvimento regular das atividades cotidianas, isto é, o surgimento de uma doença (LAURELL, 1985 *apud* ROUQUAYROL & ALMEIDA FILHO, 1999).

O acesso, na perspectiva do modelo sanitarista-politicista é um direito individual e coletivo adquirido constitucionalmente, num conceito ampliado, de base marxista, explicitando a construção do sistema e a conformação das práticas de maneira participativa, com cidadania, intervindo na gestão através do controle social.

Por fim, o “modelo das representações sociais” é apresentado por Giovanella e Fleury (1996) como uma nova possibilidade na determinação do acesso como categoria de análise e do planejamento. Partem do princípio que a realidade é uma constituição eminentemente inter-subjetiva e simbólica do processo saúde-doença, onde sujeitos coletivos e históricos são seus artífices, suportes e mediadores. Significa dizer que a base das representações sociais é o substrato social (Minayo, 2004). Os sujeitos são coletivos e históricos, pois estão imersos na história, dela fazem parte e nela se sustentam nos momentos em que a consciência coletiva, instituída a partir das relações de dominação, conflita com a realidade subjetiva.

A afirmação de Giovanella e Fleury apresentada a seguir, tenta sintetizar a questão do acesso como categoria de análise com base nos modelos teóricos historicamente constituídos para discuti-lo. Entendemos que a perspectiva por nós adotada propõe uma aproximação da visão destas autoras, guardadas as devidas proporções, já que não trabalhamos com o referencial filosófico das representações sociais, sim com o referencial da hermenêutica-dialética, que, de certo modo dá conta da discussão acerca da compreensão do tema:

Ao tratar a partir das condições de acessibilidade devemos ter em conta uma visão compreensiva, na qual seja possível comportar uma dimensão econômica, referente à relação entre oferta e demanda, uma visão técnica, relativa à planificação e a organização da rede de serviços; uma visão política, relativa ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular; e uma dimensão simbólica, relativa às representações sociais acerca da atenção e ao sistema de saúde (GIOVANELLA & FLEURY, 1996. p. 196).

Discutir acesso no campo da Saúde Coletiva na perspectiva do planejamento em saúde, deveras, é re-significar a afirmação acima e associá-la a dispositivos que permitam a superação dos desafios estabelecidos para este tema. Os trabalhos analisados no período 1990-2005 reforçam a importância que o tema tem tido ao longo dos anos de construção do Sistema Único de Saúde.

De fato, o contexto dos artigos analisados mostra a preocupação em planejar numa perspectiva de adequação de oferta a demandas, numa perspectiva tecnicista de organização

hierarquizada de redes assistenciais, numa perspectiva emancipadora, determinando a construção de sujeitos comprometidos com a história, e numa perspectiva simbólica, tratando o elemento imaginário como componente cultural que influencia no curso das ações de planejamento.

Com base no modelo analítico desenvolvido por Giovanella e Fleury (1996) e re-significado por Assis, Villa e Nascimento (2003a), partimos para um novo movimento interpretativo dos artigos selecionados. Mais uma vez, tomaremos o referencial de Santos (2003), no tocante à aproximação à Hermenêutica II, re-significando e re-constituindo estruturas epistemológicas para a compreensão do objeto do nosso estudo. Neste momento a categoria planejamento e acesso aos serviços de saúde sofre uma re-constituição teórico-metodológica com base no material bibliográfico utilizado como referência para desenvolver o trabalho.

Adotamos como modelo para a análise o quadro a seguir (Quadro 08), que detalha as dimensões do acesso com vistas à busca de uma totalidade concreta, que, alicerçada no princípio da integralidade, estabelece caminhos para a universalização do acesso a partir da equidade, da regionalização e hierarquização, da participação popular e a contribuição dos sujeitos individuais e coletivos.

QUADRO 09: Dimensões analíticas da categoria Acesso à Saúde

ACESSO À SAÚDE

DIMENSÃO ECONÔMICA	DIMENSÃO TÉCNICA	DIMENSÃO POLÍTICA	DIMENSÃO SIMBÓLICA
Equidade	Planejamento	Políticas de saúde	Percepções, concepções e atuação dos sujeitos
Racionalização	Organização	Conformação histórica do modelo de atenção à saúde	Representações sociais do processo saúde-doença
Relação entre oferta e demanda	Regionalização Hierarquização Definição de fluxos Qualidade Resolubilidade dos serviços de saúde	Participação da comunidade	Representações sociais da forma como o sistema de saúde se organiza para atender às necessidades
TOTALIDADE CONCRETA			
BUSCAR O EQUILÍBRIO NA RELAÇÃO OFERTA / DEMANDA	ORGANIZAR A REDE ASSISTENCIAL DE FORMA REGIONALIZADA E HIERARQUIZADA	DESENVOLVER CONSCIÊNCIA SANITÁRIA E ORGANIZAÇÃO POPULAR	ABORDAR AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA ATENÇÃO À SAÚDE E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

**UNIVERSALIZAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS
DE SAÚDE**

Adaptado de Albuquerque (1986), Giovanella & Fleury (1996) e Assis, Villa & Nascimento (2003)

A síntese hermenêutica aponta para o conjunto de dispositivos utilizados para responder a todas essas perspectivas se materializam na produção de novas realidades sociais para buscar maior universalidade e equidade na relação oferta / demanda; em maior aproximação da realidade, na organização dos sistemas hierarquizados de atenção à saúde; em maior capacidade de emancipação com a produção de sujeitos sociais individuais e coletivos

capazes de impulsionar a história na direção da transformação; e, em maior compreensão dos elementos subjetivos no momento de determinar as atividades para intervir sobre o processo saúde-doença e sobre as organizações de saúde, consideradas complexas por natureza.

5.1.1 Dispositivos do planejamento em saúde para buscar equilíbrio na relação oferta / demanda: a dimensão econômica do acesso

A relação oferta / demanda pode ser entendida como a relação existente entre a capacidade de oferecer serviços de saúde e a necessidade de assistência de uma dada população. É o pilar de sustentação da dimensão econômica do acesso. Como já foi discutido no início deste capítulo, trata-se de um elemento de mensuração do modelo economista de abordagem sobre o acesso e está pautado nos paradigmas do neoliberalismo.

Os reflexos do modelo econômico adotado no Brasil nos últimos anos apontaram para a necessidade de resgate do caráter normativo da planificação, tendo como pano de fundo a viabilidade econômica em detrimento das necessidades sociais estabelecidas nos diferentes contextos de aplicação.

Misoczky (2002) é a autora que tomamos como base para fundamentar esta afirmação. Segundo ela, o Estado Brasileiro adotou uma política econômica alicerçada num projeto de modernização sócio-liberal, isto é, uma confluência do modelo de Estado neoliberal, cuja concepção está relacionada com a utilidade econômica dos indivíduos e estaria regulando o mercado, atuando de forma residual e compensatória com políticas voltadas para os pobres; com o modelo social democrata, cuja concepção estaria relacionada com a utilidade social dos indivíduos, atuando de forma residual pelas organizações da sociedade e pelo mercado com políticas compensatórias sobre os pobres também.

A diferença conceitual reside somente no fato de o modelo neoliberal adotar a utilidade econômica dos indivíduos e o modelo social-democrata adotar a utilidade social dos indivíduos. Ambos partem do princípio que o Estado deve ser mínimo e se ater em ações regulatórias e compensatórias, definindo o poder operativo a organizações intermediárias, que por delegação, deveriam oferecer serviços para atender às necessidades demandadas pelas populações.

É com base nesse modelo que a medicina de grupo, os planos e seguros de saúde e os demais segmentos da iniciativa privada estabelecem suas estratégias de organização de redes

assistenciais, estudando perspicazmente as demandas de grupos específicos para definir a oferta ou cardápio de serviços a serem oferecidos aos seus consumidores.

Foi também com base nesse modelo que se desenvolveram as diversas estratégias de interiorização da saúde no Brasil a partir da década de setenta, onde a demanda regulada pelo poder do Estado definia a oferta de serviços, geralmente disponibilizados em “pacotes assistenciais” destinados a clientela específicas.

A definição desses pacotes assistenciais atrelava as clientela e estava relacionada ao alcance de metas sociais vinculadas a investimentos estrangeiros, o que demonstra a relação perversa existente entre o interesse do capital e a necessidade de se criar ambiência para esse investimento, sub-julgando os que demandam por serviços assistenciais na área de saúde.

Alcançar a ambiência necessária para viabilizar investimentos estrangeiros era um grande desafio, que, de certa forma já se constituía uma prática na República Brasileira, historicamente de caráter agro-exportador. Basta recordarmos o sanitarismo campanhista desenvolvido a partir do final do século XIX, em que Carlos Chagas, com ordem dos governos da época, instituía campanhas de saneamento dos portos para não prejudicar as exportações.

O modelo economista apresentado no momento atual não visa sanear portos para favorecer as exportações, mas estabelecer, dentre outras coisas, uma ambiência positiva no mercado interno para favorecer a importação de produtos estrangeiros. Esta ambiência estaria diretamente relacionada à melhoria das condições de vida das populações, em primeira instância, para o consumo, seja de bens materiais, seja de serviços, incluindo os de saúde.

Aí está o desafio da planificação em saúde no Brasil: “Estabelecer acesso à saúde com disponibilidade, acessibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade” (Giovanella & Fleury, 1996). Quem tem acesso à saúde tem acesso ao trabalho e à remuneração, e, por conseguinte tem acesso ao mercado, sendo, portanto, consumidor em potencial, co-partícipe das definições de fluxos mercadológicos, direcionando o raciocínio das instâncias reguladoras estatais para a produção dos serviços de assistência à saúde.

Se o desafio é garantir acesso com disponibilidade de serviços e recursos; acessibilidade; adequação funcional; capacidade financeira; e aceitabilidade por parte de trabalhadores e usuários; então, o lema é desenvolver uma política de governo que, resguardada na teoria do modelo econômico, possibilite a criação de dispositivos para equilibrar a relação entre oferta e demanda, já entendendo que a ação mercadológica privilegia essa relação na sua definição.

Em que pesem as vinculações filosóficas, a relação oferta / demanda tem sido utilizada por muitos planejadores do campo da Saúde Coletiva, que, em meio ao contexto político e econômico, procuraram desenvolver dispositivos tecnológicos capazes de superar as adversidades impostas pelo modelo neoliberal, numa luta paradoxal entre concepção contra-hegemônica e prática hegemônica.

No recorte temporal de quinze anos, desde a regulamentação do SUS até os dias atuais, pudemos perceber de maneira explícita este paradoxo. As produções da área de Saúde Coletiva que tratam do objeto planejamento para a saúde para produzir acesso se revelam como um “híbrido metodológico” que conjuga elementos da planificação normativa a elementos de renovação ideológica, com um caráter mais questionador, respeitosamente colocado como contra-hegemônicos, mas integrantes do corpo híbrido – as perspectivas estratégicas⁵², participativas⁵³, comunicativas⁵⁴ e analítico-institucionais⁵⁵.

Sobre esta constatação, Onocko Campos (2003) apresenta o caráter de tensão-contradição do planejamento na discussão da sua racionalidade instrumental, explicitando uma dada crise ancorada nos paradoxos existentes entre a concepção e a prática do planejamento na década de noventa, período de consolidação do SUS e ponto de partida da nossa análise. Uma visão que resgata a ação do planejamento na prática, fazendo um contraponto entre sua operacionalidade, isto é, sua razão instrumental; e sua aproximação com a realidade, entendida como dinâmica de relações entre sujeitos, teoria e prática.

Quem tentou problematizar com muita ênfase a razão instrumental [do planejamento] nem sempre conseguiu aproximar-se de uma nova metodologia, quem inovou mais na questão metodológica, não conseguiu aproximar-se criticamente da razão instrumental, nem questionar o caráter controlador do planejamento sobre trabalhadores e grupos (ONOCKO CAMPOS, 2003. p. 69).

A tensão-contradição apresentada por Onocko Campos será resgatada em nosso estudo quando discorrermos sobre os trabalhos realizados no período 1990-2005 que têm como enfoque a questão do acesso.

⁵² Planejamento Estratégico e suas vertentes – Enfoque Estratégico (Matus, Testa, Barrenechea; Rivera; Chorny, Schraiber, Teixeira e Paim)

⁵³ Planejamento Participativo – Enfoque Participativo (Paim, Pedrosa e Assis)

⁵⁴ Planejamento Comunicativo – Enfoque Comunicativo (Rivera e Artmann)

⁵⁵ Planejamento Analítico-institucional – Enfoque Analítico-institucional (Campos, Merhy, Cecílio; Onocko Campos e Sá)

O contexto do neoliberalismo instalado no Brasil propunha uma reforma liberal / produtivista⁵⁶ para o sistema de saúde, a exemplo do processo de reforma da previdência social; uma contraposição à consolidação do SUS, um modelo universal / publicista⁵⁷, desenvolvido no processo de transição democrática, cujas diretrizes apontavam para a universalidade e equidade no acesso da população aos serviços de saúde, que deveriam se organizar, sob a tutela do Estado, para garantir integralidade na atenção.

Os trabalhos produzidos por Matsuda *et al* (2000)^[E] e por Gonzáles *et al* (2003)^[G] demonstram com clareza a aproximação conceitual entre o planejamento e o neoliberalismo no tocante à questão do acesso aos serviços de saúde.

O primeiro trata da relação entre o método Desdobramento Função Qualidade (QFD) no planejamento de um serviço de enfermagem na filosofia da Gestão pela Qualidade Total (GQT). A finalidade explicitada pelos autores é a racionalização dos custos no processo do cuidado, ainda que a satisfação das necessidades dos clientes sejam almeçadas – uma clara relação mercadológica traduzida na expressão “foco no cliente”. O segundo trata de uma proposta alternativa de prestação de serviços de saúde com base no Gerenciamento de Caso (GC), baseado na atenção gerenciada norte-americana. O princípio da microgestão dos processos de trabalho visa a otimização da utilização dos recursos disponíveis para o cuidado, reduzindo os desperdícios e controlando os gastos. Os usuários são considerados clientes, provedores e pagadores da atenção à saúde.

Carmen Vieira de Sousa Unglert, já em 1990, discutia a questão da acessibilidade na articulação com o planejamento da localização geográfica e da dimensão dos serviços de saúde, corroborando com o ideal libertário do SUS a sua concepção. Toma como princípio fundamental a equidade, entendida como igualdade de acesso à saúde e como direito de todo cidadão (UNGLERT, 1990)^[A].

Para essa autora, a questão do acesso extrapola os aspectos relacionados à assistência à saúde, englobando fatores econômicos, culturais, fatores sócio-econômicos, aspectos

⁵⁶ Reforma Liberal / produtivista é o modelo de reforma da seguridade social baseada numa lógica produtivista e competitiva de mercado. Foi desenvolvido na década de 80, no Chile, durante o governo do General Augusto Pinochet e tinha como principais características o rompimento com o sistema de repartição, a formação de sociedades anônimas para gerenciar os seguros privados a eliminação da contribuição patronal no tocante ao financiamento previdenciário, a adoção de medidas compensatórias pelo governo para atenuar os efeitos da pobreza, garantindo, principalmente serviços básicos de medicina preventiva e auxílios financeiros a populações de baixa renda (FLEURY, 1996).

⁵⁷ Modelo universal / publicista foi o modelo de reforma previdenciária instaurado no Brasil com o processo de redemocratização ocorrido entre 1975 e 1992. Surge como uma resposta governamental para aos movimentos de pressão social para resolver as demandas reprimidas no campo das políticas e necessidades sociais. Consolida-se legalmente com a Constituição de 1988, que institui a Seguridade Social como capítulo importante baseado nos princípios da universalidade, e da equidade, congregando ações e serviços da previdência, da saúde e da assistência social, assumidos como função pública, sob a égide do Estado (FLEURY, 1996).

intersectoriais e a estrutura política de um país. A acessibilidade dos serviços de saúde é um fator de fundamental importância para a garantia da equidade e deve ser estabelecida do ponto de vista geográfico, cultural, econômico e funcional.

Em seu trabalho, Unglert (1990)^[A] busca caracterizar as áreas de um município com base em critérios geográficos demográficos e sociais, com vistas a subsidiar a tomada de decisão no momento do planejamento da localização e dimensão dos serviços de saúde. Apresenta uma proposta metodológica de planejamento que se efetua a partir da realidade específica de cada localidade, confrontando seus problemas e os recursos de saúde disponíveis. Para isso, toma como cenário uma área geográfica localizada no município de São Paulo, levantando suas características geográficas, demográficas e sociais. Confronta-os com a estrutura da rede de serviços básicos, suas dimensões e seu contingente, definidos com base em parâmetros assistenciais definidos pelo Ministério da Saúde.

A apresentação da estrutura da rede e dos contingentes dos serviços, remetem a discussão da autora para a relação entre oferta e demanda dos serviços de saúde no momento do planejamento.

A capacidade instalada ideal seria a capacidade real de oferta de serviços destinadas ao atendimento da população na área determinada pelo estudo. A capacidade instalada operacional seria a capacidade potencial desses serviços em sua utilização máxima, demonstrando que existe um hiato assistencial entre a capacidade operacional e a capacidade real de um serviço, o que, deveras, poderia ser conseqüência de uma demanda mal-dimensionada, ocasionando, ou superlotação ou sub-utilização das portas de entrada dos serviços de saúde. Essas constatações interferem diretamente na questão do acesso dos usuários à saúde.

Outro estudo que trata da questão do acesso relacionado à relação entre demanda e oferta foi realizado por Campos (1993)^[B] e diz respeito à importância dos inquéritos epidemiológicos em saúde enquanto possibilidades de monitoramento da disponibilidade de serviços e recursos, da acessibilidade, da acomodação ou adequação funcional dos serviços, da capacidade financeira e da aceitabilidade dos usuários. Para essa autora, os inquéritos de saúde possuem uma ação demandante sobre os serviços e servem para detectar necessidades invisíveis, geralmente não explicitadas pelos usuários no momento que procuram os serviços de saúde para um atendimento convencional, seja uma consulta ou um simples procedimento de prevenção.

As demandas invisíveis possivelmente detectadas através dos inquéritos epidemiológicos seriam elementos que subsidiariam o planejamento, a programação, a

orçamentação e a avaliação dos sistemas e serviços de saúde. Serviriam para auxiliar o processo de planejamento, podendo facilitar a adequação da oferta dos serviços à prevalência dos problemas de saúde auto-referenciados, de forma a garantir maior acesso aos recursos disponíveis, enquanto novos investimentos atinjam o aumento da disponibilidade de serviços (CAMPOS, 1993)^[B].

Em que pese a visão economista enraizada na discussão do acesso no tocante à relação oferta / demanda, o desafio dos planejadores está posto no momento em que se assume que as práticas do cotidiano nessa relação devem estar pautadas no paradigma da integralidade, enquanto ação social resultante da permanente interação de atores, em planos distintos de atenção à saúde (individual e coletivo), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos verdadeiramente sejam considerados (PINHEIRO, 2001).

5.1.2 A organização hierarquizada de redes de atenção como dispositivo do planejamento em saúde para viabilizar o acesso: uma visão tecnicista

A organização de uma rede hierarquizada de serviços é um dos dispositivos do planejamento para viabilizar o acesso da população aos serviços de saúde. Assenta-se sobre o modelo sanitário-planificador, já discutido neste capítulo, que tem como princípios fundamentais a regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde com vistas a estabelecer universalidade, equidade e integralidade.

A idéia de regionalização remonta experiências internacionais, como as desenvolvidas na Inglaterra, o “Sistema Dawson”, com o sistema de saúde do tipo universal, criado na década de vinte, que tinha bases territoriais, definição de população alvo, organização da rede assistencial de acordo com níveis de complexidade, a noção de porta de entrada e a existência de mecanismos de referência. Na União Soviética e países socialistas europeus, com o “Sistema Semashko”, que adotava a mesma lógica operacional do sistema inglês, diferenciando-se apenas pelo fato de seu financiamento ter sido feito diretamente pelo Estado, de modo centralizado e com alto grau de normatização. Na Alemanha, com o “Sistema Bismark”, que introduziu a lógica da seguridade social, que determinava que o acesso aos serviços de saúde estaria na dependência de uma vinculação formal dos usuários ao sistema de empregos (KUSHNIR, 2006).

A regionalização e a hierarquização sempre estiveram na base das propostas de reorganização do sistema de saúde brasileiro, ainda nos primórdios da organização da assistência à saúde na década de vinte, com o desenvolvimento dos serviços previdenciários; ou com a luta pela reforma sanitária, desencadeada a partir da década de setenta. Tiveram sua introdução nos conceitos norteadores do SUS com a Constituição de 1988 e sua concretização a partir da divulgação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) em 2001.

Sob os auspícios da regionalização enquanto princípio, se desenvolveram no Brasil conceitos como níveis de complexidade na atenção, referência, contra-referência, população referenciada, dentre outros, que servem para orientar a discussão dos processos integrados de gestão para propiciar atendimento em saúde com resolubilidade em unidades de diferentes perfis assistenciais, organizadas de forma hierárquica, num contexto de acomodação da densidade tecnológica, aliada à disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e capacidade financeira de captação de novas tecnologias.

Como já discutimos anteriormente, os modelos tecno-assistenciais, segundo Teixeira (2003), assumem, no campo das suas concepções, uma dimensão gerencial, relativa ao processo de condução da reorganização das ações e serviços de saúde; uma dimensão organizativa, que trata da relação entre unidades de prestação de serviços, levando em conta a hierarquização da complexidade tecnológica no processo de produção do cuidado; e uma dimensão operativa, que trata da relação entre os sujeitos das práticas e os seus objetos de trabalho mediada pelo saber e pela tecnologia.

Toda formatação do processo de regionalização e hierarquização na era SUS vem sendo desenvolvido com base na apresentação da dimensão organizativa dos modelos assistenciais com vistas ao estabelecimento de relações hierárquicas entre unidades de produção de serviços nos níveis de complexidade tecnológica. A organização hierárquica estabelecida numa microrregião de saúde (NOAS, 2001), possibilita, então, a criação de possibilidades de acesso a uma gama variada de ações e serviços que, de outro modo, não poderiam ser garantidos à população.

Os trabalhos do campo da Saúde Coletiva que tratam da questão do planejamento e dos seus dispositivos para organizar a rede partem sempre da discussão dos modelos tecno-assistenciais, discutindo sua conformação e organização, seus fluxos, seus programas, e as possibilidades de reorganização para garantir o acesso dos usuários com universalidade, equidade e integralidade. Partem-se de ponderações teórico-conceituais até o desenvolvimento de estratégias de organização de redes assistências, avançando, inclusive

para a avaliação de resultados, se utilizando de metodologias participativas, incluindo os diversos sujeitos no processo de discussão.

Cecílio (1997d)^[C] propõe um debate instigante acerca da estrutura hipotética dos modelos tecno-assistenciais no tocante aos fluxos ou trânsitos dos usuários na busca do cuidado. Apresenta o “modelo pirâmide” como sendo convencional no âmbito do SUS, inclusive como organização ideal dos espaços tecnológicos na operacionalização do processo de regionalização e hierarquização dos serviços, sendo, portanto uma bandeira de luta do sanitarismo brasileiro. Essa conformação pretendia estabelecer um nexos operativo que possibilitasse cobertura e acesso aos serviços de saúde, que deveriam ser organizados de acordo com níveis tecnológicos em serviços básicos, serviços de atenção intermediária e serviços de alta complexidade.

Na prática, entretanto, pontua o autor, existe uma restrição do acesso dos usuários tanto às denominadas portas de entrada do sistema, entendidas como as unidades básicas de saúde, quanto aos serviços de complexidades maiores, os especializados. A explicação dada para esse fracasso do modelo, se deve ao fato de se ter estabelecido uma relação desigual no aporte de recursos e financiamento entre os níveis básicos, intermediários e de alta complexidade, causando iniquidades significativamente importantes na operacionalização do sistema.

Essas iniquidades, na visão de Cecílio (1997d)^[C], estariam relacionadas à insuficiência de recursos destinados à saúde; ao caráter de não-complementaridade conferido ao setor privado no tocante à organização da rede SUS; à baixa eficácia dos serviços públicos de saúde; e à falta de definição do verdadeiro papel da Atenção Básica, da rede hospitalar e dos serviços intermediários, causando estresse e desgaste dos trabalhadores de saúde e dos usuários do sistema.

Pensar o modelo como um círculo foi a proposta feita por Cecílio (1997d)^[C] para relativizar a concepção hierarquizada dos serviços, organizando-os no sentido de garantir o acesso de cada pessoa ao tipo de atendimento mais para o seu caso e qualificando todas as portas de entrada no sentido de se tornarem espaços privilegiados de acolhimento e reconhecimento das vulnerabilidades dos usuários que os procuram. Um modelo em círculo trabalharia com a noção de território, de acolhimento, de criação de vínculos provisórios e promoveria uma revolução cultural no processo de trabalho, horizontalizando relações e redefinindo as estratégias com vistas a estabelecer como meta principal da ação em saúde a eficácia.

A hierarquização dos serviços e sua disposição em rede é um processo que está em construção no Brasil. As redes assistenciais se constituem num conjunto de unidades de diferentes perfis e funções, organizadas de forma articulada, responsáveis pela provisão integral dos serviços de saúde numa dada região, entendida como a base territorial e populacional que tem auto-suficiência até o nível de complexidade que se defina, podendo englobar a estrutura geopolítica de um país ou estado, várias cidades, uma única cidade ou parte da mesma, guardadas as especificidades e peculiaridades de cada realidade (KUSHNIR, 2006).

A relação entre as unidades assistenciais de uma rede de serviços deve se dar com o estabelecimento de mecanismos de referência e contra-referência, o que é premissa para a determinação das linhas de cuidado na busca da integralidade assistencial. Neste sentido, a questão do acesso assume um caráter regulador sobre o sistema de saúde, definindo fluxos, funcionamento, capacidade e necessidade de expansão e organização da rede para o cuidado progressivo ao usuário, impulsionando o planejamento da saúde na direção da dimensão cuidadora horizontal defendida no modelo do círculo.

Os mecanismos de referência e contra-referência só têm sentido e funcionam na medida em que expressam o compromisso da rede de serviços com o caminhar de seus pacientes, de modo a garantir o acesso ao conjunto de tecnologias necessárias para o cuidado de acordo com o problema apresentado. Expressam, portanto, uma definição e um acordo prévios acerca do que cabe a cada unidade de saúde tratar e cuidar, o que comumente é definido como perfil assistencial (KUSHNIR, 2003. p.107).

A dimensão cuidadora horizontalizada, discutida sob o paradigma da integralidade, tendo como *locus* uma rede assistencial hierarquizada e regionalizada foi foco do trabalho de Nicoletto *et al* (2005)^[1] ao discutir o perfil dos consórcios intermunicipais de saúde no Paraná com vistas a identificar os pontos de equilíbrio existentes entre oferta de atendimentos básicos e especializados e sua relação com a suficiência no atendimento aos usuários do SUS, tratando, nesse caso, de elementos como disponibilidade de serviços, acessibilidade, adequação funcional, capacidade financeira de manutenção e aceitabilidade dos mesmos nas regiões estudadas.

Veras (2003)^[H] já discutia estratégias para garantir assistência adequada à saúde da população idosa em seu trabalho que revisou a literatura sobre o tema e aplicou um

instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. Segundo ele, a população idosa vem aumentando e, por conseguinte, a responsabilidade dos gestores de saúde em garantir serviços que lhes proporcionem mais integralidade na assistência. Entretanto, garantir essa integralidade é um movimento que carece da participação dos usuários na sua definição, corroborando com o pressuposto da re-organização do modelo de atenção à saúde construído a partir da identificação de prioridades e da estratificação de riscos.

O estudo de Veras proporcionou o desenvolvimento de um diagrama de fluxo de atendimento que estabelece o caminho do idoso desde o momento de sua entrada no serviço até a definição do projeto terapêutico, seja no nível da unidade de saúde onde ele está ou nos níveis mais especializados do sistema de referência. Dessa forma, a proposta apresenta um caráter de integralidade horizontal e verticalmente definida, se entendermos os sentidos da integralidade, conforme explicitados por Mattos (2001), como elemento de orientação para a organização dos serviços a partir da instituição de boas práticas e de respostas governamentais afirmadas a partir da abertura ao diálogo, que possibilitem recusas ao reducionismo programático e à objetivação dos sujeitos.

Rezende, Almeida e Nobre (2000) ^[D] desenvolveram um estudo apresentando a técnica dos diagramas de Voronoi como possíveis definidores das áreas de abrangência dos hospitais públicos no município do Rio de Janeiro. Em seu trabalho, identifica a “acessibilidade” como fator importante da funcionalidade de uma unidade de saúde. A área de abrangência de uma unidade de saúde é fundamental, segundo ele, para tratar a questão do acesso. A construção dessas áreas direciona a definição da população adstrita de unidades de saúde, possibilitando estudos de cobertura e resolubilidade, e, por conseguinte, acarretando melhor alocação e utilização dos recursos disponíveis.

O hospital, unidade estudada, seria considerado um ponto gerador de demandas por seu poder de atração, dado os seus perfis assistenciais e teria papel importante na definição da magnitude das áreas de abrangência e do planejamento da demanda dessas unidades assistenciais e das unidades básicas de saúde, o que confere à proposta um caráter que coaduna com o princípio de hierarquização do sistema de saúde.

Ainda tratando da visão de sistema a partir de unidade terciária, Meio e colaboradores (Méio *et al*, 2005)^[L] aprofunda uma discussão acerca da análise situacional do atendimento ambulatorial ao recém-nascido egresso de unidades de terapia intensiva neonatal no Estado do Rio de Janeiro. Em seu trabalho avalia a qualidade da informação acerca do perfil dos egressos e a adequação estrutural dos serviços de referência para atendimento intensivo e ambulatorial a essas crianças.

No tocante aos resultados obtidos, Méio e colaboradores evidenciaram restrição do acesso e infra-estrutura inadequada na quase totalidade dos estabelecimentos analisados. Na sua discussão, os autores propuseram a organização de um sistema de atendimento hierarquizado, respeitando os níveis de complexidade, como alternativa para dar conta do atendimento ambulatorial aos recém-nascidos egressos de UTI neonatais como forma de viabilizar o acesso dessas crianças à detecção precoce de anormalidade no seu desenvolvimento, advindas de sua condição especial de nascimento.

Na linha de raciocínio adotada no estudo anterior, Horovitz e colaboradores realizaram um estudo para analisar o panorama atual da atenção aos defeitos congênitos no Brasil. Tomando como base os documentos oficiais do Ministério da Saúde e dados levantados nos sistemas de informações sobre mortalidade e internações hospitalares. A partir do levantamento da situação inicial, confrontando dados oficiais de diagnóstico das deformidades com os dados relativos à oferta de serviços assistenciais, distribuição geográfica dos mesmos e suas características de atendimento; os autores discutiram o impacto dos defeitos congênitos sobre o sistema de saúde, as ações governamentais disponíveis para enfrentamento desses problemas e propuseram, com base no material condensado, a elaboração de uma política de saúde voltada para a problemática, corroborando, assim, com a idéia de sistematização de redes assistenciais regionalizadas e hierarquizadas para atenção a essa população específica (HOROVITZ, LLARENA JÚNIOR & MATTOS, 2005)^[K].

5.1.3 Dispositivos do planejamento para o desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular: a dimensão política do acesso

Giovanella e Fleury (1996) citam Berlinguer (1978) para definir consciência sanitária como a tomada de consciência de que a saúde é um direito da pessoa e um interesse da comunidade, sendo necessária uma ação individual e coletiva para alcançá-la. Trata-se de um componente cognitivo através do qual a população compreende a determinação social do processo saúde / doença, e, da mesma forma, os fatores que determinam a organização social das práticas de saúde. A construção do acesso nesse sentido se dá pela participação cidadã e pelo controle social, que intervém sobre o sistema de saúde e sobre as práticas de trabalho e de gestão.

Encontramos, então, nessa dimensão dois aspectos importantes que devem ser discutidos: a questão da consciência sanitária e a questão da organização popular, que se configuram aqui como imagem-objeto do processo de planejamento das políticas de saúde. São dois aspectos cujos dispositivos resgatam a questão do sujeito do planejamento numa perspectiva ampliada, extra-organizações, isto é, incluindo na discussão o sujeito não-técnico, porém cidadão, capaz de ponderar sobre sua vida e sobre as ações de saúde sobre ela. Será aprofundada esta abordagem no momento em que discutirmos a categoria: Sujeito e práxis – tensão, conflito e complexidade na discussão do planejamento no campo da Saúde Coletiva.

Para dar suporte à discussão da questão da consciência sanitária, utilizamos como bases teóricas os trabalhos de Mário Testa e de Gastão Wagner de Souza Campos, compreendendo, entretanto, que nossa intenção não é esgotar o tema, mas permitir que o mesmo se apresente como um campo aberto a novas explorações. No tocante à questão da organização popular e do controle social na saúde, discutidos à luz da dimensão política do acesso, tomaremos como bases teóricas os trabalhos desenvolvidos por Gastão Wagner de Souza Campos e Marluce Maria Araújo Assis.

A opção por estes autores se deve ao fato do maior aprofundamento teórico que temos em leituras acerca do tema nas perspectivas apresentadas por eles, sem demérito algum aos que, por ventura, também tenham tratado do tema nos últimos anos.

Testa (1997) discute consciência sanitária no contexto de suas reflexões sobre o Pensamento Estratégico. Inicia suas ponderações discorrendo sobre o papel da história na formação da consciência, o papel da ideologia e da ciência na formação do pensamento e dos hábitos, o papel da vida cotidiana e sobre a formação da ideologia e da prática, e, por fim, o papel da prática sobre a conformação de uma consciência sanitária.

Para ele, a questão da consciência sanitária remonta a questão da prática médica, sua evolução histórica e a necessidade de se imprimir uma lógica democrática a essa prática, superando a falsa consciência, desarticulada da realidade objetiva e da contextualização histórica da vida cotidiana.

As práticas da vida cotidiana no campo das ciências [pautadas no autoritarismo do saber médico] se revelam incapazes de prever e menos ainda lidar com a crise que se produz como consequência dos fenômenos, que relacionam a prática prescrita no modelo médico-hegemônico e os movimentos da estrutura econômica e da sociedade, isto é a relação dinâmica entre as forças produtivas e as relações sociais de produção (...) A superação

está no estabelecimento de uma prática social democrática para a consolidação da consciência sanitária (TESTA, 1997. p.47-114).

A prática construída no paradigma democrático permite a re-constituição do sujeito da vida, duplamente transformado, tanto na sua essência interna, quanto nas suas relações, o que, por conseguinte lhe permite desenvolver uma nova consciência, a consciência de sujeito, que, extrapolando as concepções do senso comum, constrói-se enquanto ser político, de atividade política, com militância política e capacidade de intervir na dimensão social da vida cotidiana e no profissional com sua ideologia transformadora da prática, uma práxis transformadora de sujeitos individuais e coletivos.

Campos (1992) coaduna com as impressões e considerações de Testa (1997) acrescentando que, a superação do paradigma autoritário seria possível no momento em que houvesse uma profunda unidade entre a construção do conhecimento e da prática social dos homens como resultado do desenvolvimento das forças produtivas, dos saberes e da ordem política e ideológica, que culminaria com a ampliação dos direitos sociais, a instauração de níveis progressivos de cidadania e a participação de contingentes populacionais cada vez mais amplos nos esquemas de poder e de governo da vida e sociedade.

A superação histórica do autoritarismo na saúde se evidencia com a busca da consciência sanitária, disparando processos de transformação do modelo de atenção, tanto na dimensão da produção de serviços, quanto na dimensão da conformação do sistema de saúde. Evidencia-se na possibilidade de se pensar uma consciência sanitária capaz de identificar as necessidades do processo histórico contemporâneo, rompendo com o pragmatismo e proporcionando um contexto favorável à mudança, moralização e humanização das práticas médico-sanitárias (CAMPOS, 1994).

A consciência sanitária também nos remete à (des) alienação, já discutida anteriormente, mas que se faz necessário resgatar. Tanto Giovanella e Fleury (1996) , quanto Campos (2000) trabalham este termo no tocante à produção de sujeitos transformados socialmente e capazes de transformar realidades. Neste contexto, iniciamos o segundo momento de discussão dos aspectos desta dimensão do acesso, tratando da questão da organização popular e do controle social como elemento de transformação política.

“Des-alienar” seria um neologismo anti-positivo ao ato de alienar, definido por Houaiss (2001, p.157) como o “ato de transferir para outrem o domínio ou a propriedade de; tornar-se alheio; renunciar a; abandonar um direito, um privilégio; viver sem conhecer ou

compreender os fatores sociais, políticos e culturais que o condicionam e os impulsos íntimos que o levam a agir da maneira que agem”.

Uma ação (des) alienante seria uma ação de re-conquista da autonomia e do direito, de re-constituição da propriedade. Uma ação de re-conhecimento e uma nova compreensão dos fatores sociais, políticos e culturais do mundo da vida, entendido no seu sentido mais amplo e dialético.

Partindo do princípio que o acesso aos serviços de saúde está entrelaçado por elementos históricos que sempre o conduziram a uma situação de dominação ante as condições sócio-econômicas, o que, efetivamente o sub-julga ao *status* de imagem-objetivo; a democracia lança mão dos seus dispositivos para fomentar na sociedade a organização popular e o controle social para garantir e consolidar este acesso. Um movimento verdadeiro de re-conquista, tendo em vista o contexto privatizante que o modelo neoliberal impõe aos serviços de saúde e à sua lógica de organização.

A dimensão política do acesso aliada aos seus aspectos de consciência cidadã e organização popular reflete a intenção de se fazer uma revolução pacífica na relação oferta / demanda e uma indução à constituição de redes assistenciais capazes de dar conta do passivo social em saúde instalado no país, tendo a integralidade como eixo condutor das práticas de saúde e como paradigma assistencial predominante no momento do planejamento dos serviços. Como diria Pinheiro (2001), produzindo práticas mais eficazes para a materialização da integralidade como direito e como serviço.

É no bojo da discussão dessa dimensão política que se institui o controle social⁵⁸ enquanto aspecto definidor do acesso à saúde é um processo histórico, que, partindo do reconhecimento da realidade, busca-se superar a racionalidade hegemônica imposta pela dominação do Estado sobre a sociedade, conduzindo a um momento de ruptura, com a instalação de uma nova realidade, calcada no controle da sociedade sobre o Estado sob os auspícios da democracia.

Neste sentido, concordamos com Assis (2003), que afirma que o controle social não pode ser tratado como forma do Estado manter a ordem e coesão social em torno de um projeto hegemônico, mas a participação efetiva da sociedade sobre as ações do Estado. A participação social não seria entendida apenas como uma extensão burocrática e executiva,

⁵⁸ De acordo com as concepções de Correia (2000), controle social estaria relacionado a diversos segmentos da sociedade, como o movimento popular e sindical, as organizações políticas, as organizações não-governamentais, etc. Seria uma compreensão moderna na relação Estado-sociedade estabelecida por meio de canais democráticos de participação das comunidades nos processos decisórios relativos às políticas públicas com vistas atenderem às suas demandas.

mas como um processo contínuo de democratização e de produção de sujeitos com maior autonomia. Processo que, segundo a autora, está em construção nos espaços institucionais do SUS.

Essa “maior autonomia” identificada por Assis (2003) coaduna com a idéia de (des) alienação discutida Campos (2000), sendo portanto o ponto de conexão entre a ação política para a transformação dos sujeitos e a prática para implementar um processo de mudanças, corroborando, novamente com a concepção de superação do paradigma do autoritarismo, que se expressa no momento em que se atinge o patamar de consciência sanitária social plena – uma utopia a ser alcançada.

Os conselhos de saúde e as demais instâncias de controle, participação e organização social se configuram, no arcabouço institucional do SUS como o estratagema para o enfrentamento da dominação hegemônica neoliberal e da alienação dos sujeitos e dos coletivos nos espaços institucionais na busca dessa consciência sanitária social plena.

No campo do planejamento em saúde, muitos são os trabalhos que tratam da questão das políticas públicas para garantir acesso à saúde. No tocante aos aspectos relacionados à consciência sanitária e à organização popular e controle social, esses trabalhos apontam para interessantes combinações teórico-metodológicas do planejamento estratégico situacional com a “pedagogia da problematização” de Paulo Freire (Freire, 1987), além de absorver elementos do “construtivismo” e do “construcionismo” (Fosnot, 1988) como fundamentantes. Essas novas perspectivas se materializam nos modelos operacionais do PES modificado pelo ZOPP, do Planejamento Analítico-institucional e do Planejamento Participativo.

Cecílio (1997d)^[C] ao discorrer sobre os modelos tecno-assistenciais em saúde no tocante à sua conformação hipotética quanto aos fluxos dos usuários, apresenta o modelo círculo como estratégia para qualificar as portas de entrada, a fim de que se possam alcançar espaços privilegiados de acolhimento, vínculo e responsabilização no cuidado com a saúde individual e coletiva. Para chegar a essa imagem-objetivo, propõe a construção de protocolos assistenciais e a adstrição de clientela como instrumentos técnicos de re-organização dos fluxos, e, também destaca a necessidade de se estabelecerem os vínculos provisórios como tecnologias leves de revolução tecnológicas dos processos de trabalho, o que, por si só, se caracteriza como uma ação (des) alienante dos trabalhadores nas portas de entrada do sistema.

Na mesma lógica da re-organização (des) alienante, Veras (2003)^[H] desenvolve dispositivos para melhorar o acesso dos idosos aos serviços ambulatoriais, fortalecendo vínculos que permitam a esses usuários garantir seu acompanhamento clínico e às ações de promoção da saúde de prevenção de agravos. Pondera sobre o paradoxo tecnológico da

desospitalização⁵⁹, apresentando-a como um objetivo a ser seguido na triagem dos riscos de fragilização dessa população para a constituição de sistemas e serviços de saúde mais eficazes e resolutivos.

Por fim, Bursztin e Ribeiro (2005)^[J] conjugam os elementos da (des) alienação aos elementos da organização popular, desenvolvendo um processo de avaliação para programas de saúde alicerçados na problematização como elemento de uma metodologia participativa de planejamento. O diferencial da proposta desses autores está justamente no fato de se organizar de forma independente uma proposta de planejamento cujas diretrizes apontam para a participação popular, não abandonando a instrumentalidade. Outrossim, importa salientar a participação dos sujeitos individuais, os usuários, e dos coletivos de sujeitos, enquanto equipes multidisciplinares, denotando o caráter contra-hegemônico adotado na definição dos parâmetros de avaliação do serviço em questão.

Discutir a dimensão política do acesso, portanto, é discutir a construção de sujeitos políticos, politizados, militantes e (des) alienados. Livres para decidir acerca de seu destino com autonomia e consciência social, construídas sob os auspícios de um novo paradigma sanitário, pautado nos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade na saúde.

5.1.4 Dispositivos do planejamento para abordar as representações sociais da atenção à saúde e dos serviços de saúde: a dimensão simbólica do acesso

Para finalizar o conjunto de considerações sobre o planejamento como o conjunto de dispositivos para garantir acesso aos serviços de saúde, faremos algumas considerações acerca da dimensão simbólica do mesmo, apresentada por Giovanella e Fleury (1996) em seu trabalho sobre o acesso enquanto categoria de análise.

Tratar da dimensão simbólica do acesso, segundo as autoras, nos remete à discussão acerca do modelo das representações sociais, já apresentado anteriormente, que será resgatado aqui numa visão ampliada. Seria assumir a realidade enquanto mediada pela ordem simbólica que é determinada pela inter-subjetividade de cada indivíduo no conjunto das suas relações e representações junto à sociedade. Os sujeitos coletivos dão lugar aos sujeitos históricos, que, por sua vez se conformam em sujeitos sociais, coletivamente determinados pelas suas

⁵⁹ Termo originariamente utilizado por Campos (1992).

representações. A produção das idéias, das representações, da consciência, está intimamente relacionada à realidade material e espiritual de cada sujeito na sua dimensão coletiva.

Minayo (2004), ao definir representações sociais, apresenta as características intersubjetivas como indissociáveis da realidade, haja vista estarem relacionadas ao pensamento, à ação e ao sentimento. Mas também alerta que a natureza que se deve considerar ao estudar as representações sociais não é a individual e sim a societal. Isto é, a natureza societal diz respeito a sentimentos exteriores aos indivíduos e esses são dotados de um poder coercitivo em virtude do qual se lhes impõe. Alerta também que o caráter coletivo das representações sociais aproximam-nas do senso comum e revelam seu potencial transformador, haja vista ser permeado pelas constantes lutas classistas e pelo confronto entre hegemonia e contra-hegemonia.

No tocante às representações sociais de saúde e doença, Minayo (2004) apresenta o processo saúde / doença como resultado da expressão social e individual e como expressão das contradições sociais. A Saúde é identificada por ela como representações do campo das lutas políticas. Essas considerações fundamentam a idéia do componente simbólico enquanto definidor do acesso, pois, a depender das concepções sobre a saúde, a doença e o processo saúde / doença, podem ser planejados caminhos diferentes de intervenção para garantir esse acesso.

O planejamento em saúde assume um desafio importante no momento em que considera a dimensão simbólica como componente da realidade a ser trabalhada. Conhecer a visão de mundo, as concepções, as idéias, as aspirações, as metáforas e os desejos de uma sociedade; compreender a realidade histórica, a relação de dominância e subordinação, a conjuntura sócio-econômica e ideológica de uma sociedade; e, perceber a organização política em torno do jogo de interesses contraditórios entre dominantes e dominados e seus reflexos sobre a consciência social se conformam apenas como dispositivos do complexo instrumental que os sujeitos do planejamento devem utilizar para alcançar a magnitude da abordagem proposta nessa dimensão.

Assumimos não ser possível conjugar todos esses elementos num único método, mas acreditamos ser possível estabelecer um conjunto de dispositivos capazes de aproximar essa realidade simbólica do real. No campo da Saúde Coletiva, em que pesem os limites conceituais impostos pela rigidez acadêmica e pelas diferentes concepções ideológicas, avançamos para sínteses metodológicas que, em conjunto, conformam o núcleo de dispositivos que dá conta de abordar as representações sociais acerca da atenção à saúde e dos serviços de saúde.

Campos (1993)^[B] ao discutir que os inquéritos de saúde são úteis na detecção de necessidades invisíveis, trabalha com a dimensão simbólica do processo saúde / doença no momento em que apresenta como importantes informações como atitudes diante da doença, utilização de serviços, aceitação dos mesmos e a existência de doenças auto-percebidas. Essas informações auxiliam os gestores na tomada de decisões e para o estabelecimento de um nexo de proximidade com a realidade subjetiva da sociedade no tocante à viabilização do acesso à saúde.

Cecílio (1997d)^[C], ao realizar o estudo dos modelos tecno-assistenciais em saúde, também trabalha com o simbólico, com o percebido, para identificar contradições e caracterizar novas formas de se fazer saúde – da pirâmide ao círculo. Trabalha com o simbólico também, quando trata da questão da porta de entrada do sistema como um espaço ambíguo, permeado pelos interesses dos diversos sujeitos que por ele transitam e que nele atuam. Outrossim, apresenta a dimensão simbólica quando discute os vínculos provisórios, enquanto um sistema de relações inter-subjetivas capazes de promover acolhimento e responsabilização.

Cecílio corrobora com a idéia da força das representações sociais no processo de constituição da realidade inter-subjetiva, pois suas considerações apontam para uma perspectiva diferenciada do processo saúde / doença, ampliando sua concepção para a dimensão saúde-doença cuidado, sistematizada como uma possibilidade dos modelos tecno-assistenciais a ser explorada.

Sá (2002)^[R] ao discutir a subjetividade e sua relação com os projetos coletivos, apresenta a questão do mal-estar nas organizações como um componente simbólico que interfere nos processos inter-subjetivos e grupais, e nos processos de planejamento e gestão.

Segundo a autora, o mal-estar existente nas organizações de saúde atuais comprometem as condições de vida e de saúde da sociedade, ocasionando sofrimento ético. Esse fenômeno é uma resposta antropológico-cognitiva à supervalorização da dimensão econômica, à obsessão pela modernização, à exclusão e à segregação social que se instalaram no cotidiano das organizações de saúde. Por conseguinte, um processo de deterioração da qualidade dos serviços de saúde ocasiona desigualdades no acesso, fato que somente pode ser superado com o resgate da ética, da autonomia e da criatividade dos sujeitos com a aplicação de estratégias grupais que reativem as dinâmicas relacionais inter-subjetivas nas organizações.

A dinâmica das relações entre as pessoas, nos grupos e nas organizações em geral, corroboram com a fantasia coletiva, um constituinte simbólico que caracterizado pelas

dimensões culturais, subjetivas e inconscientes dos sujeitos no cotidiano das organizações e contribuem para a construção de projetos coletivos e de governabilidade (SÁ, 2002)^[R].

Lacerda e colaboradores utilizam a dimensão dos determinantes sociais como elementos constitutivos dos diferenciais intra-urbanos do processo saúde / doença. Para esses autores, as condições de vida influenciam significativamente sobre os contingentes de saúde das populações, interferindo, inclusive, nas características de homogeneidade dessas populações no trato com certos agravos, interferindo negativamente na determinação do acesso à saúde. O processo saúde / doença, então, poderia ser simbolicamente mascarado por uma realidade subjetiva adversa se as variáveis analisadas não estabelecessem os diferenciais de condições de vida necessários à sua compreensão (LACERDA *et al*, 2002)^[F].

A dimensão simbólica do acesso à saúde, manifesta através das representações sociais acerca da atenção à saúde e dos serviços de saúde, possibilitaram a Veras (2003) perceber a fragilização social dos grupos de idosos atendidos em serviços ambulatoriais, permitindo-lhe desenvolver dispositivos para possibilitar assistência adequada à saúde desses usuários. Também permitiu a Bursztin e Ribeiro (2005)^[J] discutir o processo saúde / doença a partir do ideal libertário da pedagogia do oprimido, buscando a captação, adesão e a auto-avaliação dos sujeitos do cuidado, respeitando suas singularidades sem, contudo, abrir mão do caráter instrumental do ato de avaliar.

A dimensão simbólica do acesso à saúde, entendida a partir das representações sociais da atenção à saúde e dos serviços revelam, portanto uma tensão-contradição⁶⁰ entre a realidade subjetiva e a realidade concreta dos sujeitos em ato, estabelecida como um divisor de águas para discuti-lo no tocante às dimensões específicas da acessibilidade, disponibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade. Trata-se de uma concepção ampliada do processo saúde / doença, complementada por elementos econômicos, técnicos, políticos, sociais e antropológicos, que reforçam o papel dos sujeitos e de suas representações, sem, contudo, minimizar a capacidade transformadora da práxis e do senso comum.

⁶⁰ Tensão-contradição é um termo utilizado por Onocko Campos (2003) para discutir a racionalidade instrumental do planejamento em saúde no tocante aos conflitos existentes entre os interesses dos líderes e dos trabalhadores e entre os interesses dos trabalhadores e dos usuários.

**5.2 PODER ENQUANTO CAPACIDADE DE MANTER OU TRANSFORMAR A
REALIDADE: concepção e prática do planejamento no campo da saúde coletiva**

QUADRO 10: Artigos que evidenciam a categoria “Poder enquanto capacidade de manter ou transformar a realidade”

**Poder
enquanto
capacida-
de de
manter ou
transformar a
realidade**

^[M1] GIOVANELLA, L. Planejamento Estratégico em Saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 6 (2): 129-153, abr/jun, 1990. (disponível em www.scielo.br)

^[M2] -----, As origens e as correntes atuais do Enfoque Estratégico do Planejamento de Saúde na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 7 (1): 26-44, jan/mar, 1991. (disponível em www.scielo.br)

^[O] RIVERA, F.J.U. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 12 (3): 357-372, jul/set, 1996. (disponível em www.scielo.br)

^[C] CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 13 (3): 469-478, jul/set, 1997d. (disponível em www.scielo.br)

^[P] PEDROSA, J.I.S. A construção do significado do controle social com conselheiros de saúde no Estado do Piauí, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 13 (4): 741-748, out/dez, 1997. (disponível em www.scielo.br)

^[Q1] ONOCKO CAMPOS, R.T. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre, o planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.723-731, 2000a. (disponível em www.scielo.br)

^[Q2] -----, Análise do planejamento como dispositivo mediador de mudanças institucionais com base em um estudo de caso. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 16 (4): 1021-1030, out/dez, 2000b. (disponível em www.scielo.br)

^[Q3] -----, O planejamento em saúde sob o foco da hermenêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p.197-207, 2001. (disponível em www.scielo.br)

^[R] SÁ, M.C. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6 (1): 151-164, 2001. (disponível em www.scielo.br)

^[S] PAIM, J.S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8 (2): 557-567, 2003. (disponível em www.scielo.br)

^[T] LALUNA, M.C.M.C. & FERRAZ, C.A. Compreensão das bases teóricas do planejamento participativo no currículo integrado de um curso de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, SP, v.11, n.6, p.771-777, 2003. (disponível em www.scielo.br)

^[U] ARTMANN, E. & RIVERA, F.J.U. A *démarche stratégique* (gestão estratégica hospitalar): um instrumento de coordenação da prática hospitalar baseado nos custos de oportunidade e na solidariedade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8 (2): 479-499, 2003. (disponível em www.scielo.br)

^[V] PIOVESAN, M.F.; PADRÃO, M.V.V.; DUMONT, M.U.; GONDIN, G.M.; FLORES, O.; PEDROSA, J.I. & LIMA, L.F.M. Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, RJ, 8 (1): 83-95, 2005. (disponível em www.scielo.br)

^[I] NICOLETTO, S.C.S; CORDONI JÚNIOR, L.; COSTA, N.R. Consórcios intermunicipais de saúde: o caso do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 21 (1): 29-38, jan/fev, 2005. (disponível em www.scielo.br)

Discutir poder enquanto categoria analítica do planejamento em saúde é, no mínimo instigante. O desafio posto é apresentar uma nova abordagem, já que o tema já foi deveras explorado e, no nosso caminhar metodológico, encontramos o poder entendido enquanto capacidade de intervir sobre a realidade. Neste sentido se estabelece um desafio conceitual, pois é necessário re-significar o poder e re-dimensionar o caráter da intervenção sobre a realidade, já que, na arena das discussões sobre o objeto, identificamos que o poder aliado ao planejamento está relacionado a componentes técnicos, políticos e administrativos que se relacionam entre si na atuação dos sujeitos nas organizações de saúde.

Para dar suporte a este caminhar teórico e conceitual, nos apoiamos nos trabalhos de Albuquerque (1986), Giovanella & Fleury (1996), Campos (2000), Testa (1997; 2004) e Bobbio (2005); Foucault (2003); Pereira (2003); e Sargentini e Navarro Barbosa (2004). Entendemos que esses autores dão conta de analisar com completude os diversos meandros teórico-conceituais do poder para alcançar a totalidade histórica, ainda que parcial, num movimento de articulação entre os pensamentos desses autores e a produção dos artigos referenciados no Quadro 10.

A partir desse momento teremos condições mais objetivas de realizar a aproximação teórica necessária ao estabelecimento dos planos analíticos que pretendemos desenvolver para dar conta desta categoria. Salientamos termos consciência que a discussão que propomos não esgotará o tema, haja vista estarmos adotando como suporte teórico, apenas dois dos diversos autores que trabalham o tema na área da saúde. Esses autores assumem o poder enquanto uma categoria de análise e enquanto uma estrutura epistemológica complexa. Outrossim, a aproximação teórica com os artigos selecionados no presente estudo, possibilitar-nos-ão, uma melhor compreensão do recorte proposto.

Mário Testa discute o poder como uma categoria opaca da sociedade cuja ação concreta é a manutenção da ordem social. Essa atuação se dá através da legitimação da força e da violência do Estado, isto é, um movimento de mediação que tem o objetivo de regular conflitos e contradições, ocultando relações de poder que se expressam no *locus* da decisão, o espaço da forma do poder.

Testa (1997) discute que todo poder tende a uma convivência entre o equilíbrio e a desigualdade dada pela co-relação de suas forças organizativas: as relações externas, o saber, a prática, os sujeitos, o conhecimento empírico, o conhecimento científico, as práticas hegemônicas, a dominação e a significação social das formas de poder. Todos esses

elementos, cujos propósitos são a legitimação, a mudança e o crescimento de um *status* de poder, confluem para a conformação do espaço da decisão e se materializam através das tipologias temporais e objetivas do poder, identificadas por Testa como administrativas, cujos recursos organizam a gestão; técnicas, cujos recursos organizam a produção; e políticas, cujos recursos organizam a conjuntura. Essas tipologias serão discutidas adiante.

Michell Foucault, por sua vez, discute poder numa perspectiva intimamente ligada à subjetividade e ao discurso. Para ele, o poder é um corpo social multidirecional, espalhado como micro-poderes e resultante da produção de indivíduos preparados racionalmente para o exercício do poder. O saber e o conhecimento são o pano de fundo para o jogo e a disputa pelo poder e seu espaço de validação é o campo das práticas e da produção de tecnologia desenvolvido pela sociedade (SARGENTINI & NAVARRO BARBOSA, 2004).

Para Foucault, a função do Estado é regulatória e se dá através do que ele denomina “bio-poder”, uma categoria de racionalidade estatal e controle sobre os indivíduos que tem a questão da disciplina como princípio fundamental. O Estado, então, através do seu poder, regula a vida dos indivíduos e controla suas subjetividades através do jogo disciplinador.

Um diálogo teórico entre Testa e Foucault nos permite perceber quão complexa é a análise desta categoria e quão sublime é a possibilidade de compreensão que temos quando nos desvelamos enquanto sujeitos na busca do conhecimento. O quadro que se segue (QUADRO 11) sintetiza as visões de Mário Testa e Michell Foucault, explicitando como os autores concebem o poder com relação ao Estado, ao tempo, ao espaço, aos recursos, à política, à técnica, à produção e ao sujeito.

Com base neste quadro síntese, nos propusemos a estabelecer o diálogo teórico entre esses autores, articulando suas idéias aos conteúdos explicitados nos artigos que compõem a base bibliográfica do recorte do objeto. Em que pesem as possíveis diferenças de perspectivas, esses autores dão uma importante contribuição para a discussão do poder no campo da saúde, revelando dimensões que vão desde a realidade subjetiva até a realidade objetiva e concreta.

QUADRO 11: O “poder” nas visões de Mário Testa e Michell Foucault

	MÁRIO TESTA	MICHELL FOUCAULT
Estado	Legitimado pela violência e pela força	Regula a vida através da disciplina
Tempo / espaço	Administrativo, técnico, político, real e virtual	O tempo e o espaço são indizíveis, indivisíveis e invisíveis
Recursos	Técnicos, políticos e administrativos	Saber, discurso e subjetividade
Política	Conjuntura social	Conjuntura inter-subjetiva
Técnica	Acúmulo de conhecimentos	Acúmulo de micro-poderes
Produção	Resultado das relações sociais	Síntese dos micro-poderes produtores
Sujeito	Componente do espaço de poder	Verdade formada a partir do poder

No tocante à relação Estado / Poder, Testa (1997) discute o poder como uma violência institucionalizada para a manutenção do *status quo*, ao passo que Foucault (2003) discute o Estado como regulador da sociedade através do poder disciplinador e da racionalidade. Compreendemos que para alcançar uma totalidade concreta, o Estado deve se municiar de instrumentos de legitimação para controlar as relações de poder e se instituir enquanto Estado. O poder disciplinador e a racionalidade são o substrato da institucionalização da violência, que, aqui não é entendida de forma restrita como uso da força e sim como aplicação da força simbólica do poder sobre a sociedade.

Giovanella (1990)^[M1], discorre sobre o poder em Testa, fazendo uma análise do mesmo a partir da relação entre Estado, política e sociedade. Trabalha com um resgate das concepções de Estado apresentadas ao longo da história e da filosofia, culminando com a idéia de que o poder na sociedade se estabelece nas relações de produção e na divisão social do trabalho; nas relações de luta, de controle e de sujeição, num contexto de desigualdades e conflitos.

O poder é relação social que, na sociedade dividida em classes, tem seus fundamentos nas relações de produção e na divisão social do trabalho. Exerce-se na sociedade política / aparelhos de Estado e na sociedade civil / aparelhos privados de hegemonia, conformando um Estado ampliado, resultado da condensação de uma relação de forças entre classes e frações de classes (GIOVANELLA, 1990)^[M1].

Em relação ao tempo e ao espaço, Testa (1997) define o tempo como político, técnico e administrativo; real e virtual. O tempo político é o tempo de uma conjuntura; o tempo técnico é o tempo de uma ação; e o tempo administrativo é o tempo de uma gestão. O espaço, para Testa, é *locus* da decisão. Sargentini e Navarro Barbosa (2004) inspirados em Foucault (2003), por sua vez, verifica que o tempo e o espaço são indizíveis, indivisíveis e invisíveis, sendo portanto uma impressão subjetivamente constituída.

No tocante à relação tempo / espaço, podemos adotar diversas percepções, dependendo do ângulo de visão que temos sobre o objeto. Se analisarmos essa relação a partir do ponto de vista da prática, há uma relação com as idéias de Testa, já que é necessário sistematizar os momentos para se ter mais clareza na tomada de decisão. Porém, se adotarmos uma visão mais intimista e totalizadora, não alcançaremos os limites da divisão conceitual entre o tempo e o espaço, pois ambos são simultâneos e concorrem para a concretização da história.

Os recursos do poder, segundo Testa (1997) se dividem em administrativos, entendidos como recursos burocráticos; técnicos entendidos como recursos de conhecimento; e políticos, entendidos como recursos de mediação. Foucault, de acordo com as abordagens de Sargentini & Navarro Barbosa (2004) e Pereira (2003), por sua vez, definem que os recursos do poder são o saber, o discurso e a subjetividade; elementos explorados nos espaços de controle das representações de uso da linguagem e do corpo midiático.

Compreendemos a visão de Testa, mas não devemos deixar de destacar a inovadora percepção de Foucault, quando identifica os espaços de expressão da linguagem como recursos do poder. Trata-se de uma concepção moderna e atual, que sinaliza a importância que tem a mídia na formação do componente simbólico do poder no mundo da vida. O saber é um substrato para a construção de discursos subjetivos que, dependendo da sua expressão, pode se transformar em mito ou verdade.

Ao situar o artigo de Giovanella (1990)^[M1] em relação à temática do poder, a autora faz uma re-interpretação de Foucault, considerando que o poder-saber fundamenta o poder

técnico e que o saber só é saber, se dotado de poder. O saber é verdade, e verdade é poder. Portanto, no mundo da vida, os recursos do poder para se estabelecerem passam pelo campo do saber e se manifestam enquanto capacidades e verdades, o que a autora denomina poder-capacidade e poder-relação.

Onocko Campos (2000a)^[Q1], ao abordar a questão dos dilemas meios-fins e controle-subjetivação do planejamento em saúde, coaduna com a afirmação de Giovanella, acrescentando que para se apreender o sentido social, histórico e humano das capacidades e das práticas, é necessário articular criticamente o "saber-como", o "como-fazer" e "o que fazer", sem, entretanto, apagar as identidades dos sujeitos.

A relação entre poder e política, na concepção de Testa (1997) depende de uma conjuntura social, sendo o poder conseqüente à política. Para Foucault (2003), entretanto, a política é conseqüente ao poder e depende da subjetividade. Identificamos o caminho que trata da macro-política, tendo o poder como categoria central no campo da saúde, adotado por Testa; e o caminho que trata da macro-estrutura e da micro-política, trabalhado por Foucault. Em síntese, o poder e a política se entrelaçam nos sentidos macro-estrutural, macro-político e micro-político; e, dependendo do ponto de partida para a sua análise, o foco da política estará sobre a conjuntura ou sobre o sujeito.

Para tratar dessa questão, Giovanella (1990)^[M1] resgata a questão da ideologia enquanto um saber, que é político, é concepção da realidade e prática que constrói os seus sujeitos. Também a identifica como o conjunto de idéias em relação ao sistema social que visa orientar os comportamentos políticos coletivos. A política é, portanto, uma situação social determinada pelo processo dialético dos conflitos entre os sujeitos, as estruturas e as superestruturas; fatos inerentes às contradições da realidade social concreta.

Poder e técnica, segundo Testa (1997) se relacionam através dos acúmulos de conhecimento, sendo, portanto, o saber um elemento de fortalecimento do poder. Foucault, na percepção de Sargentini & Navarro Barbosa (2004), identifica que os saberes são acúmulos que se estabelecem para fortalecer as lutas pelo poder.

Testa apresenta o saber como elemento para fortalecer o poder e Foucault o apresenta enquanto componente de luta. O ideal libertário do saber está mais relacionado ao que está posto por Foucault. A questão da subjetividade se revela na luta pelo poder, sendo um elemento subjetivo importante na construção de um cenário de disputas.

A relação poder / sujeito é discutida por Testa (1997) no entendimento que os sujeitos são componentes dos espaços de materialização do poder, assumindo posições ora de receptor, ora de emissor de ações para as mudanças conjunturais. Foucault, segundo

Sargentini & Navarro (2004), identifica que o sujeito é uma verdade formada a partir do poder, sendo, portanto produto concreto da sua ação enquanto corpo existencial no campo do conhecimento e do saber. Os sujeitos e sua relação com o poder assumem, nessas perspectivas, uma dimensão objetiva, que relaciona sujeito emissor e sujeito receptor; e outra relação subjetiva, que relaciona sujeito a sujeito através do artifício do saber.

A perspectiva adaptada na dimensão subjetiva, salienta que o artifício do saber não pode se distanciar da prática, já que as relações de poder são permeadas pelas relações inter-sujeitos. No tocante à dimensão objetiva, a relação entre os sujeitos e o poder, em que pesem a dominação e a subordinação, se configuram numa relação de disputas, fato que ocorre concretamente quando esses sujeitos são ativos bilateralmente. Não há, portanto, relação entre poder e sujeitos sem luta entre a hegemonia e a contra-hegemonia.

No tocante as idéias de Foucault explicitadas aqui, Giovanella (1990)^[M1] pontua, entretanto, que o poder não pode ser visto somente no sentido negativo, pois também apresenta a capacidade de disciplinar e adestrar o corpo, num processo consentido, produzindo o indivíduo. O poder pode ser definido, segundo ela, como um exercício de micropoderes, organizados em redes mais ou menos hierárquicas, onde cada indivíduo é centro de transmissão de poder e se coloca como um sujeito de luta pela manutenção da hegemonia ou pela sua destituição.

Tanto para Testa (1997) quanto para Foucault (2003), o poder se organiza através da combinação do saber, da prática e do sujeito. Entretanto, Testa identifica o poder enquanto um produto de relações sociais e Foucault como a síntese dos micro-poderes produtores. De fato, ambos os autores argumentam de forma consistente as suas concepções sobre o poder. A dimensão trabalhada por Testa, como já dissemos, é uma dimensão macro-política, portanto pautada nas relações sociais estabelecidas no jogo político. Foucault, por sua vez trabalha nas dimensões macro-estrutural e micro-política, onde cada sujeito é individualmente uma esfera de poder em relação com os outros e estabelecendo níveis de produção, os produtos concretos da síntese do trabalho coletivo construído individualmente que impacta na constituição da sociedade.

Para finalizar este diálogo, ainda que provisoriamente, através do qual procuramos estabelecer um movimento dialético de síntese de diferentes concepções em busca de uma compreensão de uma dada totalidade parcial, percebemos que para Testa o poder é tudo – é necessário ter poder para manter ou transformar a realidade. Para Foucault tudo é poder – o homem, na sua completude se constitui na síntese axiológica do poder.

À luz das considerações de Testa (1997) e Foucault (2003), portanto, identificamos o poder como uma capacidade dos sujeitos para atuar sobre as realidades, sejam elas objetivas ou subjetivas, mantendo-as ou transformando-as conforme seus axiogramas e necessidades socialmente determinadas.

5.2.1 As dimensões analíticas do poder

Quando discutimos a categoria acesso, nos apropriamos do trabalho de Giovanella e Fleury (1996) para interpretar o sentido e o significado da categoria à luz das dimensões econômica, técnica, política e simbólica. Buscamos a sua totalidade histórica, o que nos possibilitou compreender a essência do planejamento em saúde no Brasil nessas dimensões. Discutir poder agora é um exercício complementar, entendido como um movimento dialético de conformação histórica, que, acreditamos, deva percorrer caminhos semelhantes de compreensão, permitindo ao objeto alcançar a sua totalidade parcial em busca da objetivação.

O poder como categoria de análise se configura como um elemento re-significado e articulado ao eixo central de análise histórica do objeto. Por isso o identificamos como categoria específica, definida por Minayo (2004) como aquela formulada a partir da coleta de dados. Em que pese a categoria poder ser um elemento "já dado" na discussão do planejamento em saúde, procuramos situá-lo no campo das categorias específicas por entendermos que aqui a trabalhamos enquanto recurso que orienta a ação dos sujeitos. Não discutimos poder enquanto regra *si ne qua non* do planejamento, e sim, enquanto um componente da realidade para garantir o alcance de uma finalidade específica – a eficácia da ação em saúde.

O poder é um elemento da prática social que dá suporte às relações que permeiam a interação dos sujeitos nos espaços coletivos. Como diria Campos (2000), uma capacidade de co-produzir valores de uso e necessidades; dominar e criar consensos; projetar e introjetar valores e necessidades pessoais; interferir no desejo e nas pulsões sem desconsiderar os constrangimentos da realidade e os interesses alheios.

É uma categoria política na sua essência, de caráter eminentemente dialético, que se situa no lugar imaginário do pensamento e tem a intenção de pensar a realidade, mantendo o *status quo* ou transformando-a, pensando sobre ela. Situa-se também no lugar da práxis, entendida a prática que transforma e é transformada pela ação do poder, um chamamento

filosófico que, no bojo de sua complexidade epistemológica, revela o recurso terapêutico do poder sobre os sujeitos e sobre os coletivos no momento do planejamento. Nos apoiamos aqui na concepção de Campos (2000), que estabelece a função terapêutica do poder como superior à idéia de dispositivo.

Partindo desses princípios, podemos intuir que o poder tem como pano de fundo a análise das práticas, das estruturas e das formações, que constituem os arcabouços simbólico, filosófico, ideológico, político e pragmático da sociedade.

Desenvolvemos, portanto, com base nos acúmulos teóricos que conseguimos na leitura dos autores supracitados, uma matriz analítica para discutir a categoria poder, cujas dimensões foram identificadas como a simbólica, filosófica e ideológica; a político-econômica; e a da práxis. Todas essas dimensões trabalham as questões relacionadas ao poder nos planos de análise das práticas, das estruturas e das formações, relacionando-se entre si na conformação do poder.

O plano de análise das práticas tem como unidade principal o conjunto das atividades estruturadas e articuladas entre si, de modo a garantir a produção de um efeito dominante. O plano das estruturas discute os aparelhos de reprodução social, ideológica e filosófica, que, articulados, constituem o terceiro plano analítico – o das formações. O plano das estruturas articula diferentes níveis de práticas a um determinado efeito dominante. O plano das formações articula aparelhos de reprodução de diversos níveis, subordinando-o a um único aparelho dominador; estabelece os objetos teóricos que dão subsídio ao pensamento hegemônico, materializado em totalidades históricas e formas sociais (ALBUQUERQUE, 1986).

QUADRO 12: Dimensões analíticas do poder

P O D E R		
DIMENSÃO SIMBÓLICA, FILOSÓFICA E IDEOLÓGICA	DIMENSÃO POLÍTICO-ECONÔMICA	DIMENSÃO DA PRÁXIS
<p><i>PODER SIMBÓLICO</i> <i>PODER FILOSÓFICO</i> <i>PODER IDEOLÓGICO</i></p> <p>SIMBOLISMOS; SIGNOS; SENTIDOS; SIGNIFICAÇÕES; CULTURA; FILOSOFIAS; IDEOLOGIAS; REALIDADE SIMBÓLICA; REPRESENTAÇÕES SUBJETIVAS; RELAÇÕES SIMBÓLICAS⁶² MANIPULAÇÃO.</p> <p>PRÁTICAS, ESTRUTURAS E FORMAÇÕES CONSERVADORAS.</p>	<p><i>PODER POLÍTICO</i> <i>PODER TECNOCRÁTICO</i> <i>PODER ECONÔMICO</i></p> <p>JOGO DE INTERESSES; DISPUTA; RELAÇÃO DOMINAÇÃO / SUBORDINAÇÃO; HEGEMONIA; ORGANIZAÇÃO PARA A PRODUÇÃO; ALIENAÇÃO; SILENCIAMENTO; VELAMENTO DO SUJEITO; REALIDADE OBJETIVA; REPRESENTAÇÕES OBJETIVAS; LEGITIMAÇÃO DA FORÇA.</p> <p>PRÁTICAS, ESTRUTURAS E FORMAÇÕES CONSERVADORAS.</p>	<p><i>PODER TÉCNICO</i> <i>PODER REACIONÁRIO</i>⁶¹</p> <p>DETERMINAÇÕES SOCIAIS; LUTA CONTRA-HEGEMÔNICA; AUTONOMIA; CO-PRODUÇÃO DE NECESSIDADES; (DES) ALIENAÇÃO; LIBERTAÇÃO; DESVELAMENTO DO SUJEITO; REALIDADE SUBJETIVA; INTERVENÇÃO.</p> <p>PRÁTICAS TRANSFORMADORAS, ESTRUTURAS REVOLUCIONÁRIAS E FORMAÇÕES LIBERTADORAS.</p>
TOTALIDADE CONCRETA		
<p><i>IDEAL SIMBÓLICO, FILOSÓFICO E IDEOLÓGICO</i></p> <p>TOTALIDADE IDEOLÓGICA E OBJETIVA</p>	<p><i>IDEAL POLÍTICO E ECONÔMICO</i></p> <p>TOTALIDADE POLÍTICA, ECONÔMICA E CONTEXTUAL</p>	<p><i>IDEAL LIBERTÁRIO</i></p> <p>TOTALIDADE HISTÓRICA E SUBJETIVA</p>
MANUTENÇÃO DO <i>STATUS QUO</i>		TRANSFORMAÇÃO DA REALIDADE

Adaptado das concepções de Albuquerque (1986), Matus (1993), Giovanella & Fleury (1996), Testa (1997; 2004), Campos (2000), Foucault (2003); Bobbio (2005); Freire (1987; 1996) e Roso, Bueno e Guareschi (2000).

⁶¹ Entendemos que o poder reacionário é o poder das massas. Alicerçamo-nos no entendimento de que a práxis, na busca da transformação da realidade, busca recurso no "saber" para lutar pelo poder – é o movimento de aproximação entre o senso comum e o saber científico. Portanto, assumimos um híbrido conceitual de Testa (1997) e Foucault (2003) para identificar esta forma de poder como complementar nas lutas contra-hegemônicas para a (des) alienação e para a libertação dos sujeitos. O poder reacionário, quando organizado, transforma a realidade através da sua força histórica revolucionária, subordinando, inclusive as outras formas de poder no momento da sua ação.

⁶² No campo das relações simbólicas se instituem as formas relacionais de poder: o divino, o formal e o real (ROSO, BUENO & GUARESCHI, 2000).

O quadro acima (Quadro 12) apresenta as dimensões analíticas do poder.

A dimensão simbólica, filosófica e ideológica responderia pelo que Albuquerque (1986) identifica como nível ou instância ideológica de análise, através do qual se estudam as representações do processo de produção e repressão dos sujeitos e dos coletivos. Trata-se de uma instância que, utilizando-se de metáforas e metonímias, caracteriza o aparelho ideológico existente numa dada realidade e determina a forma como as relações de poder são ideologicamente constituídas. Neste sentido, aparecem no cenário o poder legitimado (divino), o poder representativo (formal) e o poder relacional (real).

O poder legitimado é resultante de uma relação inter-subjetiva de subserviência, na qual a capacidade pessoal de cada indivíduo se sobrepõe à vontade coletiva, sustentado no paradigma da divindade. O poder representativo resulta da relação inter-subjetiva de transferência, na qual os indivíduos estabelecem entre si acordos transitórios de transferência da capacidade decisória para sujeitos que possuem a faculdade inter e intra-grupal de exercer o poder. E, o poder relacional resultante da relação inter-subjetiva de solidariedade, na qual os sujeitos, através de interações comunicativas e pactos, estabelecem a capacidade de exercer o poder como uma atitude coletiva, permeada pelos princípios da participação e do sentido comunitário (ROSO; BUENO & GUARESCHI, 2000).

O que é ideologicamente constituído reflete nas relações de poder que se estabelecem entre os sujeitos em ação e, de certa forma, interfere no processo de construção da realidade objetiva. A dimensão ideológica do poder é o alicerce das estruturas políticas da sociedade e desencadeia uma série de reações sociais e lutas na busca pelo poder. Um paradoxo, pois as ideologias existentes na sociedade lutam pelo alcance da hegemonia, mesmo que se intitulem como contra-hegemônicas.

Giovanella (1990)^[M1] trata da questão da ideologia, como já dissemos, partindo da compreensão que não se faz política sem lutas ideológicas. E que o exercício do poder é uma prática construída por sujeitos sociais em ação, organizados na sua relação com os outros sujeitos, com a sociedade e com o Estado. Seria o que denominamos estruturas políticas da sociedade pautadas nas relações inter-subjetivas, nas interações comunicativas e nos pactos.

Sá (2001)^[R] corrobora com a afirmação acima, identificando as relações de poder como relações de mal-estar, mediadas por processos dinâmicos subjetivos e inter-subjetivos de tensão. Nas lutas veladas de poder nas organizações de saúde, os sujeitos assumem, às vezes, posições excludentes e segregatórias, expressando uma agressividade que, no contexto, contribui para o incremento da violência institucional, o que, desencadeia uma série de malefícios coletivos, que conduzem-na ao sofrimento ético, à deterioração e à banalização.

Nesse sentido, a dimensão filosófico-ideológica estuda, nas relações de poder, os componentes simbólicos, as significações, as ideologias e as representações dos sujeitos; entendendo que essas relações são construídas a partir de práticas, estruturas e formações, que, na sua totalidade concreta, podem se apresentar como conservadoras ou como transformadoras, dependendo da ideologia dos diferentes sujeitos que compõem os grupos sociais em situação de hegemonia ou contra-hegemonia.

A segunda dimensão de análise da categoria poder é a político-econômica, entendida como aquela que possui maior complexidade, haja vista comportar em si diversas contradições. É a dimensão "escondida" nas relações de poder que se estabelecem no cotidiano das estruturas, corroborando com Campos (2000), que explicita ser na dimensão política onde se disputa expressivamente o poder.

Segundo Bobbio (2003; 2005), esta dimensão se alicerça no poder político: tipo de poder, que se sustenta através da força e da coerção, ou seja, parte do princípio que existe um grupo dominante cujos interesses se sobrepõem aos interesses da sociedade, numa relação de dominação e subordinação; e no poder econômico, que se vale da posse de bens necessários em situação de escassez para induzir os que não os possuem a um comportamento de submissão.

Testa (1997; 2004) coaduna com as percepções de Bobbio e de Campos, acrescentando que o poder político é o resultado de uma combinação entre o saber e a prática, numa lógica racionalista, porém dialética, cujos elementos apontam para a utilização da força como instrumento de manutenção do poder. Uma força capaz de desencadear uma mobilização sobre os sujeitos para atuar sobre a realidade segundo os interesses das classes dominantes.

A mobilização das forças para a manutenção do poder se materializa com a organização para a produção, para o consenso e para a coação (BOBBIO, 2005).

A organização para a produção sistematiza os processos de trabalho para a manutenção do *status quo* causando o silenciamento revolucionário; a organização para o consenso sistematiza as concepções teórico-filosóficas causando o silenciamento ideológico; e, por fim, a organização para a coerção, assentada no aparato jurídico institucional, promove o silenciamento político, verificado pela apatia e pela alienação dos sujeitos submetidos à concepção hegemônica.

A terceira e última dimensão de análise da categoria poder é a dimensão da práxis, entendida como a dimensão da prática para a transformação da sociedade, pois trabalha com a

produção e com a re-produção social. É sobre a práxis que se assenta a discussão da autonomia, da (des) alienação e da libertação dos sujeitos.

Sá (2001)^[R1] discute que as forças desagregadoras do tecido social, tais como a intensificação do individualismo; o culto ao corpo; o desenvolvimento do narcisismo de morte; e uma vontade de eficácia a qualquer preço, tem levado os sujeitos das organizações de saúde à supervalorizar a dimensão econômica e a obsessão pela modernização na dinâmica dos seus processos de gestão. Isso tem ocasionado, segundo a autora uma brutal desvalorização da vida individual e coletiva, causando abandono das práticas de enfrentamento das questões que afligem a sociedade.

Campos (2000) afirma que com os recursos da práxis, os sujeitos em ação podem desenvolver suas capacidades de interferir e negociar com a realidade externa, trabalhando seus desejos e interesses, de modo a co-produzir necessidades sociais e influir nos modos de atenção a elas.

Partindo deste pressuposto, a práxis do poder enquanto categoria é subjetiva e envolve temas éticos, estéticos, políticos, técnicos e reacionários; configurando-se também como um plano de complexidades para o enfrentamento das forças desagregadoras da sociedade. Assenta-se sob a égide da (des) alienação, uma capacidade que resulta da compreensão concreta do sonho possível e do ideal de liberdade, entendidos, na sua essência, como consciência das necessidades, da autonomia e do saber.

Albuquerque (1986) discute que, é no plano das práticas que se assenta a instância ou nível econômico da análise, compreendido pela dicotomia entre o trabalho e seu produto concreto. No entanto, Campos (2000) categoriza esta instância analítica relacionando-a à questão dos valores de uso dos bens e serviços produzidos no sistema econômico, como parte da totalidade concreta que se relaciona com a dimensão política.

A dimensão da práxis suscita, portanto, a discussão acerca das capacidades no campo do poder. Como já explicitado, Campos (2000), identifica a práxis como uma capacidade de interferir sobre uma realidade, transformando-a ou mantendo a ordem instituída. Neste sentido, adotamos esta explicitação, esclarecendo que a práxis do poder é uma capacidade para intervir e transformar a realidade, um desafio conceitual e prático que se estabelece no campo da Saúde Coletiva, principalmente no período relacionado ao recorte temporal do estudo – o período de implementação do SUS.

O objeto do planejamento, permeado pela discussão do poder enquanto capacidade, assume as dimensões do simbolismo filosófico-ideológico, da política e da práxis para

responder a ideais de totalidade (objetos reais) que visam, ou a manutenção do *status quo*, ou a transformação da realidade.

O planejamento em saúde para a manutenção do *status quo* seria uma re-significação do planejamento normativo, concentrado no consenso da base populacional para decidir problemas econômicos de apropriação, destinação de recursos e distribuição de produtos aos casos em que o poder é compartilhado como reflexo de conflitos sociais, cujos problemas são organizativos e sinalizados em diversos níveis; e o poder em saúde para a transformação da realidade, uma re-significação do enfoque estratégico, pautado numa visão dialética de sociedade, situando o sujeito / ator social no campo situacional, relacionando-o a elementos políticos, econômicos e sociais que conforma a sua totalidade complexa.

A discussão das sub-dimensões analíticas do poder estabelecidas em relação ao planejamento em saúde é o próximo passo na conformação da base teórica do estudo.

5.2.2 O planejamento em saúde para a manutenção do *status quo*: uma prática hegemônica e conservadora

A planificação normativa é um procedimento que tende a fixar normas de conteúdo racional e consistentes entre si que se referem a um momento futuro, as metas quantificadas e ligadas temporal e espacialmente não são confrontadas com nenhuma opinião contrária, o plano, em seu conjunto, não tem oponentes e o planejador é um técnico a serviço do político, que trabalha em uma oficina que forma parte do governo, para a qual o objeto da planificação é o sistema econômico-social (TESTA, 2004. p. 87.).

Com esta afirmação de Testa, iniciamos o caminhar para discutir o planejamento em saúde como uma prática hegemônica e conservadora. Tomaremos como elementos de análise as dimensões explicitadas no Quadro 12, cuja totalidade parcial apontam para os ideais simbólico, filosófico, ideológico, político e econômico. Esses ideais dão suporte às diferentes formas de poder que compõem o campo das totalidades para a manutenção do *status quo*.

No nosso entendimento, não é possível se discutir práticas hegemônicas sem discutir os conceitos que norteiam essas práticas. Por isso, iniciaremos apresentando breves considerações sobre a questão da hegemonia enquanto conceito e sua relação com as práticas

adotadas por aqueles que, utilizando-se da concepção de hegemonia, impõem sua vontade àqueles que lhe são subordinados.

Campione (2003) inspirado em Gramsci, discute o conceito de hegemonia, explicitando que os componentes da hegemonia e da coerção co-existem no tempo e no espaço como componentes da supremacia de uma classe que passa a ser dirigente sem deixar de ser dominante e exerce poder sobre um espaço social mais amplo que os dos aparatos estatais formalmente reconhecidos. A direção intelectual e moral da sociedade parte de grupos sociais com um papel determinado e a vida econômica para hegemonizar outros grupos com papéis igualmente determinados. O jogo de interesses estabelecidos no campo econômico-corporativo e no plano ético-político produzem uma hegemonia couraçada de coerção, porém alicerçada, paradoxalmente, nos ideais da democracia.

Poderíamos dizer, então que, hegemonia é um estado político de dominação ideológico-filosófica e simbólica que se assenta na luta velada das classes sociais na busca do poder, sem perder de vista a questão da democracia. Portanto, no campo do planejamento, o pano de fundo ideológico, ainda que, economicamente determinado, é o estabelecimento de um Estado que dê conta dos direitos sociais sem perder de vista as necessidades individuais e coletivas.

Neste sentido, Fleury (1996), identifica o Estado de Bem-estar Social, a alternativa social; o Estado Neoliberal, uma adaptação do Estado Liberal de Direito, denominado como a alternativa neoliberal; e o Estado Democrático de Direito, denominado democrático, ainda que voltado para interesses individuais. Alternativas que conjugam interesses individuais e coletivos na direção da manutenção de um ideário econômico.

Mizoczky (2002), discutindo as concepções de direitos sociais e sua relação com o Estado, apresenta suas impressões acerca dos focos das políticas públicas relativas aos direitos sociais nos Estados do tipo social, neoliberal e democrático. A alternativa social, segundo a autora, agrega ao ideário liberal à concepção de bem-estar social, tendo como instrumento de ação concreta a lei, que, aplicada, visa a facilitação do acesso dos grupos populacionais aos serviços essenciais. A alternativa neoliberal, por sua vez, possui instrumentos jurídicos que visam assegurar o livre desenvolvimento das pretensões individuais, limitando o papel do poder público a ações regulamentadoras e regulatórias. A alternativa democrática agrega ao ideário liberal a questão da igualdade de direitos e da solidariedade, e tem uma aproximação filosófica com os ideais libertários no que se refere à busca de transformações sociais, ainda que economicamente determinadas.

A institucionalização dos direitos sociais é o pano de fundo ideológico para a consolidação do planejamento normativo re-significado – um instrumento de organização para a produção e legitimação da força. Nesse sentido, o modelo econômico estabelece como desafio principal a criação de uma dada ambiência para o consumo. Fato que impulsiona, no campo da saúde, o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento da pobreza, como políticas de compensação e de fortalecimento da capacidade aquisitiva da população. Essas políticas compensatórias, por sua vez, impulsionam o sistema, que se obriga a desenvolver programas verticalizados para responder a demandas específicas, voltadas ao cumprimento de metas economicamente constituídas.

Campos (1992) aborda as reformas do modelo assistencial do SUS como resultado de uma discussão iniciada por organismos internacionais de saúde cujas concepções fluidificam a reprodução e a permanência da lógica neoliberal. Para ele, a descentralização do poder técnico e administrativo para a constituição de sistemas locais de saúde não alteram o modo de produção e a lógica diretora do modelo. Ao contrário, configuram-se como uma nova roupagem ao estado de espírito instituído, uma re-invenção.

Naquele momento o autor já discutia a questão da política neoliberal e a sua relação com a saúde na constituição do sistema brasileiro. Segundo ele, no Brasil há um modo hegemônico de se produzir serviços médico-sanitários – o neoliberal. Esse modelo se institui entremeadado pela concepção hegemônica da medicina liberal, jurídico-socialmente aceita e absorvida pela sociedade, cujos fundamentos são: a livre escolha do médico pelo paciente; a liberdade de prescrição por parte do médico; o acordo direto entre médico e paciente em matéria de honorários; e o pagamento direto dos honorários pelo paciente ao médico.

A lógica política e ideológica dos defensores do projeto neoliberal no Brasil para assegurar a hegemonia se assenta, segundo Campos (1992) em dois movimentos importantes. O primeiro, relacionado a interesses econômicos classistas, que se institui como defensor da medicina privatista, que tem em si o corpo dos médicos liberais, das cooperativas médicas e das empresas de planos e seguros de saúde. E o segundo, relacionado aos grupos de interesse vinculados ao empresariado da medicina de grupo, aos confederados de hospitais e instituições filantrópico-beneficentes e aos conselhos de medicina, nos seus diferentes níveis.

A maior parte da produção dos serviços de saúde, incluindo os serviços médicos, está voltada para o atendimento individual e curativo. As portas de entrada para o sistema são múltiplas e estão condicionadas à lógica do mercado, tanto no sentido horizontal quanto no sentido vertical, isto é, o "paciente" tem acesso ao sistema de saúde ou através de programas verticalizados instituídos pelo governo para responder a metas de estabilização econômico-

sociais; ou pela aquisição individual direta ou indireta de acesso financiado, através dos sistemas de desembolso (CAMPOS, 1992; MENDES, 1999).

No arcabouço de sua discussão, Campos aproxima as reformas do modelo assistencial do SUS a um conjunto de reformas modernizadoras da estrutura do sistema de saúde, visando aumentar sua produtividade e sua racionalidade organizacional, utilizando-se, para isso, do arsenal da tecno-burocracia e do planejamento normativo, ainda que, a concepção política abstrata seja alicerçada no ideário da Reforma Sanitária.

A organização do processo de trabalho para a produção implica, nesses modelos, implica no planejamento de atividades com objetivos programáticos previamente estabelecidos, refletindo um planejamento autoritário, caracterizado pela centralização normativa e pela descentralização executiva. Cada equipe de trabalho, minimamente organizada, estaria submetida ao cumprimento de um conjunto de metas e objetivos definidos, a partir de um sistema de negociações orientadas pelo plano estratégico global e pelas propostas oriundas do pessoal da base do sistema (CAMPOS, 1992).

Trata-se, portanto, da organização do processo de trabalho para a produção. Uma reprodução alienante de práticas conservadoras para a manutenção da ordem político-econômica e estabelecimentos de focos assistenciais para responder a demandas específicas, muitas vezes, determinadas no tocante ao tempo e ao espaço de sua ação. Um movimento de fortalecimento da hegemonia em detrimento da contra-hegemonia e da anti-hegemonia⁶³.

No campo da Saúde Coletiva, o planejamento para a manutenção do *status quo* também se configura como um modelo hegemônico e conservador de direcionamento político e tecnocrático da ação. O privilégio dado à atuação racionalizadora com vistas ao alcance da eficiência e da efetividade, demonstra que, mesmo no campo de conhecimento de uma área político-social, encontra-se enraizada a concepção econômica e a totalidade alienante. Alguns trabalhos da área analisados por nós, revelaram aproximações teórico-conceituais a elementos de manutenção da ordem econômica, inclusive aplicando esquemas de impacto tecnológico de acordo com os preceitos neoliberais ao cotidiano dos serviços de saúde.

Os trabalhos produzidos por Matsuda *et al* (2000)^[E] e por Gonzáles *et al* (2003)^[G] poderiam ser identificados com esta sub-dimensão, por demonstrarem uma aproximação com os preceitos fundamentais da visão de Estado a serviço do capital.

Para Matsuda, o método Desdobramento Função Qualidade (QFD) é um modelo de planejamento para um serviço de enfermagem, na filosofia da Gestão pela Qualidade Total

⁶³ De concepção dialética, o termo anti-hegemonia seria caracterizado pela não aceitação apática de uma dada hegemonia, tendo, portanto, um caráter passivo, não reacionário (GRAMSCI, 1991).

(GQT), cuja finalidade é a racionalização dos custos no processo de trabalho, ainda que veladas pela propaganda da satisfação das necessidades dos clientes, traduzida na expressão mercadológica “foco no cliente”.

Gonzáles *et al* (2003)^[G], ao tratar de uma proposta alternativa de prestação de serviços de saúde com base no Gerenciamento de Caso (GC), baseado na atenção gerenciada norte-americana, se aproxima da concepção hegemônica da eficiência e da efetividade como substratos ideológicos para a dominação do capital. O princípio da microgestão dos processos de trabalho apresentado nesse trabalho visam a otimização da utilização dos recursos disponíveis para organizar o cuidado aos clientes, provedores e pagadores da atenção à saúde, reduzindo os desperdícios e, por conseguinte, controlando os gastos.

Os trabalhos supracitados mostram que o ideal econômico ainda é um paradigma dominante no campo da saúde, principalmente por estar associado às concepções de eficiência e efetividade.

Cecílio (1997d)^[P], ao realizar o estudo dos modelos tecno-assistenciais em saúde, identifica que as contradições do modelo da pirâmide, se revelam pelos limites econômicos impostos pela conjuntura para viabilizar o fluxo ascendente / descendente dos usuários no sistema, dada a insuficiência dos recursos aplicados em saúde; pela hegemonização do setor privado em detrimento do setor público, que é silenciado pela disputa e pelo jogo de interesses dos grupos econômicos; pela pressão tecnológica, que complexifica o processo de trabalho e expõe a baixa resolubilidade dos níveis primários, causando sobrecargas assistenciais que contribuem para o sucateamento e para a exclusão de usuários, fortalecendo a iniciativa privada; e pela configuração polimórfica e conflituosa da “porta de entrada” do sistema, que estabelece diferentes níveis de entrada ao usuário, fato que aproxima essa perspectiva do ideário liberal da livre escolha, ainda que regulada.

O trabalho de Cecílio faz um contraponto na discussão desta sub-dimensão analítica, pois revela a importância da visão sistêmica de modelo na análise das conjunturas que determinam a totalidade concreta do objeto. Manter o *status quo* é mais do que atribuir a um ou outro sujeito a responsabilidade de influir no ideal simbólico, filosófico ou ideológico de uma sociedade; vai além de consolidar uma hegemonia político-econômica. Trata-se de um estado de consciência coletiva, determinada por elementos que transitam desde as dimensões subjetivas até as dimensões objetivamente determinadas.

Teixeira (2003) também estabelece um contraponto na discussão dos modelos tecno-assistenciais, demonstrando teoricamente que as propostas de mudança político-gerenciais, com a introdução de novas tecnologias de gestão, favorecem a construção de perspectivas de

mudança nas práticas de saúde, o que, por conseguinte vai de encontro à hegemonização paradigmática da alienação. Os *loci* de operacionalização dessas práticas contribuem para o estabelecimento de diferenciais nas finalidades no objeto e no sujeito do processo de trabalho, tanto no sentido macro-organizacional, com a organização de macro-modelos; quanto no sentido micro-político, com a re-orientação da práxis.

Categorizar os trabalhos supracitados enquanto estudos que fortalecem a proposição de um planejamento para a manutenção do *status quo*, não significa dizer que esses autores sejam instrumentos de multiplicação das concepções totalizantes do ideário capitalista. Mesmo porque, o campo da Saúde Coletiva é plural, e alguns trabalhos, como mostramos, adotam uma perspectiva crítica e reflexiva acerca dessa realidade. Mantemo-nos, então, na posição de que existe uma aproximação, o que não chega a ser uma paixão. O desejo é apenas justificar, contemporizar, estabelecer um nexos possível entre a realidade e a prática, o que de fato é uma das capacidades do planejamento em saúde, isto é, um poder dentre os poderes que se relacionam no jogo da vida.

5.2.3 O planejamento em saúde para a transformação da realidade: a contra-hegemonia construída no campo da Saúde Coletiva

O procedimento estratégico difere do normativo pelo fato de não tentar estabelecer normas senão desencadear processos permanentes de discussão e de análise dos problemas sociais, que leva a propor metas necessariamente conflitivas, visto que se referem a interesses de grupos em disputa, cada um com planos próprios, de modo que o planejador é parte de alguma força social, para a qual o objetivo da planificação se inscreve no marco da luta pelo poder (TESTA, 2004. p. 87.).

O ponto de partida para discutir o planejamento como uma prática contra-hegemônica é apreender, a partir da afirmação acima, o sentido e o significado do planejamento em saúde complementando-o com a concepção de Carlos Matus, o pai do Planejamento Estratégico Situacional.

Ao formular uma teoria geral de estratégia política, Matus (1993) identifica o processo de produção social como o elemento fundamental de um jogo conflitivo e conflitante de interesses estabelecidos num cenário político. Para ele, toda produção tem, indistintamente,

uma dimensão econômica, uma dimensão política, uma dimensão ideológico-cultural, uma dimensão cognitiva, uma dimensão jurídico-social e uma dimensão ecológico-espacial. São essas dimensões, associadas aos recursos do poder aplicados pelos sujeitos / atores sociais e pelas relações essenciais do sistema produtivo que têm como consequência acumulações, alicerçadas nas estruturas da sociedade, determinadas pela realidade, dinâmica e contraditória.

Misoczky (2002), ao analisar a questão do poder em Matus, identifica que o foco dado pelo autor está nas estruturas produtivas e produzidas, entendidas como capacidade acumuladas; e na questão sujeito / ator social, cuja definição está relacionada com a capacidade de ação e o peso coletivo desse “ator” no jogo, isto é, em situação.

As estruturas definidas por Matus (1993) são as genoestruturas, entendidas como as regras básicas do jogo; as fenoestruturas, vistas como as acumulações humanas, ou seja, a capacidade de fatos, bens, serviços econômicos e valores. No tocante a essas definições Misoczky (2002) afirma que as fenoestruturas (acumulações) e a produção (fluxos) existem ou se realizam constantemente no espaço de produção do jogo social, enquanto as genoestruturas são as regras que determinam esse jogo.

No cenário do jogo social se estabelecem as relações de poder. E Matus contextualiza de forma crítica e reflexiva ao desenvolver a proposta do Planejamento Estratégico. Tanto que afirma ser o planejamento um processo social, onde todos os atores em situação de governo possuem uma capacidade própria – conduzir um processo de mudança. Assim, planejar, na concepção de Matus (1993), é uma capacidade de descobrir passos para transformar a realidade, entendida como cenário de disputas, de guerra, onde os sujeitos / atores sociais devem desenvolver estratégias para predizer e prever as incertezas, reagir prontamente ante as surpresas e aprender com seus próprios erros nas trincheiras do cotidiano.

A mudança discutida por Matus se aproxima do que identificamos como transformação, apesar de existirem algumas diferenças conceituais entre elas, que as distanciam e revelam as contradições estabelecidas na luta contra a hegemonia.

O Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (Houaiss, 2001. p. 1.973) define mudança como “o ato ou efeito de mudar, ou mudar-se; transformação decorrente de certos fenômenos; alteração de processos, expectativas”. Por sua vez, define transformação como “o ato ou efeito de transformar-se; converter-se; alterar-se; modificar-se; transfigurar-se” (HOUAISS, 2001. p. 2.750).

A mudança, portanto, é um ato externo ao sujeito e a transformação é um ato intrínseco a Ele. Se quisermos um planejamento para a transformação, deveremos ser atuantes, para não correremos o risco de estarmos excluídos do processo, ou seja, é necessário

estarmos conscientes, enquanto sujeitos da história sem perder de vista as dimensões da singularidade e da subjetividade.

O planejamento em saúde para a transformação da realidade tem como pano de fundo um ideal libertário, pautado em práticas transformadoras que se estabelecem em estruturas revolucionárias para produzir sujeitos (des) alienados e autônomos, cômicos de suas responsabilidades históricas e do seu papel na luta contra-hegemônica, na co-produção de necessidades e na transformação da realidade objetiva, subjetivamente construída.

O cenário de lutas do planejamento transformador é político, ideológico e prático. Um cenário polimórfico, multi-dimensional, histórico. É o cenário da práxis, compreendida como uma prática social.

O jogo estabelecido nesse cenário é o jogo social, onde os sujeitos, imbuídos do poder transformador de suas práticas, utilizam-se de estruturas revolucionárias para propagar seus ideais de libertação.

O planejamento transformador, em que pese a sua aproximação com a utopia, é um horizonte possível, pois tem como principal tecnologia o sujeito e sua relação com a sociedade e com a natureza. É um planejamento livre das amarras do poder econômico; do jogo de interesses escusos das classes dominantes; das disputas veladas de poder. Possui uma lógica produtiva diferenciada, pautada na co-produção de necessidades e na produção da autonomia – no desvelamento dos sujeitos.

O desafio é alcançar essa utopia!

Muitos são os teóricos que vêm produzindo trabalhos que tratam da utopia do planejamento transformador. Desde Matus, com o PES, até os métodos de planejamento pautados no enfoque participativo; todos propuseram um arsenal de instrumentos para intervir sobre a realidade social e transformá-la. Partiram sempre da crítica ao *status quo* como motivação para desenvolver suas estratégias de enfrentamento às adversidades socialmente determinadas, ou seja, desenvolver capacidades de intervir sobre a realidade, transformando-a.

O foco das discussões que alicerçam o caráter transformador do planejamento é a questão das capacidades coletivas – um poder à parte na discussão do planejamento, estabelecido, segundo Testa (1997) na tríplice relação entre os sujeitos, objetos e sujeitos.

As capacidades coletivas promovem verdadeiras revoluções quando utilizadas de modo coerente e ideologicamente corretos, se é que podemos dizer assim. Ter capacidade é ter autonomia, é ser (des) alienado, livre. É ser capaz de fazer; intervir; avaliar; agir; mediar; transformar.

O sujeito capaz é o sujeito transformador, que utiliza o seu poder para revolucionar a história, para estabelecer diferenciais positivos no cenário da vida.

Gramsci (1991) afirma: “cada um transforma a si mesmo, se modifica, na medida em que transforma e modifica todo conjunto de relações do qual ele é o ponto central”. Com isso, testificamos que verdadeiramente o planejamento transformador somente existirá se o seu foco for o sujeito transformado.

O planejamento transformador é resultado do que Gramsci (1991) denominou “catarse” – uma cadeia de sínteses dialeticamente construídas que caracterizam a passagem do objetivo para o subjetivo; do momento puramente econômico ao momento ético-político, isto é, da elaboração superior da estrutura em superestrutura na consciência dos homens.

Giovanella (1990)^[M1], ao discutir a produção teórica de Mário Testa, identifica que esse autor trabalhou a perspectiva de um planejamento em saúde para a mudança e transformação social, para a intervenção na construção da história. O entendimento de Testa acerca de saúde como “um jeito de andar a vida”, que os problemas de saúde são problemas sociais complexos e que não é possível mudar a realidade social com propostas setoriais; demonstra que a visão desse pesquisador, segundo a autora, aponta para uma totalidade social indivisível, que só pode ser transformada com o enfrentamento da questão do poder, entendido como um poder-capacidade⁶⁴ ou como um poder relação⁶⁵; e da ideologia, compreendida como a relação entre o saber e a prática dos sujeitos expressos em seus arcabouços simbólicos e filosóficos.

Cecílio (1997d)^[C], ao apresentar o modelo assistencial pensado como um círculo, desenvolvido a partir dos ideários da Reforma Sanitária, propõe que a solução para a superação das mazelas do paradigma hegemônico se dê na discussão acerca das tecnologias leves como possibilidades de criação de vínculos entre os usuários e os trabalhadores na porta de entrada do sistema e nos seus diversos níveis de complexidade. A sua visão identifica o poder-relação acima do poder-capacidade, ainda que reconheça que, sem a devida capacidade não seja possível se estabelecer uma boa relação.

Artmann, Azevedo e Sá (1997)^[X] ao dissertarem sobre as possibilidades e os limites do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde, discutem a importância dos sujeitos no momento da determinação dos pactos e negociações coletivas e da comunicação

⁶⁴ Poder-capacidade, segundo Giovanella (1990) é aquele que estabelece no campo das individualidades, se considerarmos os indivíduos, os grupos e as classes sociais isoladamente.

⁶⁵ Poder-relação, segundo Giovanella (1990) é aquele que se estabelece no campo das relações entre os sujeitos, os objetos e os outros sujeitos, uma relação triplíce, na mediação dos interesses individuais, de grupo ou das classes sociais.

como subsídio para o estabelecimento de prioridades. Os sujeitos, segundo as autoras, gozam de certo nível de autonomia que, aliado à conjuntura local, determinam a viabilidade de um projeto, demonstrando que eles podem individualmente apresentar a capacidade de influenciar na condução dos processos de mudança e de transformação.

Pedrosa (1997)^[P], tratando a intervenção pedagógica enquanto modelo de transformação coletiva, assenta-se sobre a concepção de sujeito enquanto aquele que busca constantemente autonomia; um desafiador; um desbravador capaz de perceber seu papel diante dos desafios em cada momento. Diz também que esse sujeito se constrói num conjunto de relações dialéticas e dicotômicas, instituídas nos espaços coletivos, isto é, no desvelamento das relações de poder que se revelam nos cenários de sua atuação.

Assis, Pereira e Mishima (1997)^[W] coadunam com as idéias de Pedrosa no tocante à instituição da autonomia dos sujeitos nos espaços coletivos como dialeticamente construídas, porém, afirmam que para concretizá-la é necessário que se desenvolva entre eles – sujeitos intérpretes⁶⁶ e participantes⁶⁷ – uma interação participativa constante, que pode ser consolidada com ações de planejamento orientadas pela diretriz da participação da comunidade.

Adotando a mesma perspectiva do planejamento participativo, Piovesan e colaboradores (Piovesan *et al*, 2005)^[V], e Bursztyn e Ribeiro (2005)^[J], estabelecem processos de avaliação política e estrutural com o enfoque na participação dos sujeitos para levantamento diagnóstico, contextualização e intervenção nas realidades concretas dos serviços de saúde. Utilizam-se das prerrogativas do ideal libertário da pedagogia da práxis para desenvolver dispositivos participativos de planejamento com vistas a atuar sobre suas realidades, transformando-as no limite do possível.

Onocko Campos (2000)^[Q1] e ^[Q2] ao enfatizar a necessidade de se resgatar a racionalidade instrumental, propondo a construção de uma nova instrumentalidade, explícita que, em que pesem as diferentes vertentes tecnológicas que se desenvolveram no campo do planejamento em saúde, o que de fato não deve ser jamais esquecido é o sujeito – quem planeja.

Paim (2003)^[S], por sua vez, apresentando a epidemiologia como instrumento de formação de sujeitos sociais, discute a possibilidade de se instituírem tecnologias de poder capazes de impulsionar os sistemas de saúde para uma prática sanitária pautada na generosidade, solidariedade e ética, num processo de construção contra-hegemônica, cujos

⁶⁶ Intérpretes dizem respeito aos sujeitos imbuídos do *status* privilegiado de dirigentes no espaço institucional.

⁶⁷ Participantes são todos aqueles que não são intérpretes no processo de comunicação participativa.

participantes, independentes e inter-dependentes, contribuiriam para a redução do sofrimento humano, das iniquidades sociais detectadas e para o fortalecimento dos movimentos em defesa da vida.

Uma coisa é fato: o planejamento transformador é um híbrido polimórfico de capacidades transformadoras, cujo arsenal metodológico é pautado nas tecnologias leves, valorizando a subjetividade, ainda que não se apartando de certa racionalidade instrumental. Seria um planejamento sem normas, porém com normas; um dispositivo com função terapêutica sobre os sujeitos e sobre a sociedade, capaz de tratar suas mazelas conduzindo-os à sua cura definitiva – uma utopia possível, brindada com doses de realidade.

5.3 SUJEITO E PRÁXIS: tensão, conflito e complexidade na discussão do planejamento no campo da saúde coletiva.

QUADRO 13: Artigos que evidenciam a categoria Sujeito e Práxis

Sujeito e Práxis

- [O] RIVERA, F.J.U. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 12 (3): 357-372, jul/set, 1996. (disponível em www.scielo.br)
- [X] ARTMANN, E.; AZEVEDO, C.S. & SÁ, M.C. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico do planejamento no nível local de saúde. Análise de duas experiências. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 13 (4): 723-740, out/dez, 1997. (disponível em www.scielo.br)
- [C] CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 13 (3): 469-478, jul/set, 1997d. (disponível em www.scielo.br)
- [P] PEDROSA, J.I.S. A construção do significado do controle social com conselheiros de saúde no Estado do Piauí, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 13 (4): 741-748, out/dez, 1997. (disponível em www.scielo.br)
- [W] ASSIS, M.M.A.; PEREIRA, M.J.B & MISHIMA, S.M. Planejamento em Saúde: uma possibilidade de ação comunicativa. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, SP, v.5, n.4, p.55-60, out, 1997. (disponível em www.scielo.br)
- [Q1] ONOCKO CAMPOS, R.T. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre, o planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.723-731, 2000a. (disponível em www.scielo.br)
- [Q2] -----. Análise do planejamento como dispositivo mediador de mudanças institucionais com base em um estudo de caso. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 16 (4): 1021-1030, out/dez, 2000b. (disponível em www.scielo.br)
- [Q3] -----. O planejamento em saúde sob o foco da hermenêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.6, n.1, p.197-207, 2001. (disponível em www.scielo.br)
- [U] ARTMANN, E. & RIVERA, F.J.U. A *démarche stratégique* (gestão estratégica hospitalar): um instrumento de coordenação da prática hospitalar baseado nos custos de oportunidade e na solidariedade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8 (2): 479-499, 2003. (disponível em www.scielo.br)
- [S] PAIM, J.S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8 (2): 557-567, 2003. (disponível em www.scielo.br)
- [T] LALUNA, M.C.M.C. & FERRAZ, C.A. Compreensão das bases teóricas do planejamento participativo no currículo integrado de um curso de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, SP, v.11, n.6, p.771-777, 2003. (disponível em www.scielo.br)
- [J] BURSZTIN, I. & RIBEIRO, J.M. Avaliação participativa em programas de saúde: um modelo para o Programa de Saúde do Adolescente. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 21 (2): 404-416, mar/abr, 2005. (disponível em www.scielo.br)
- [V] PIOVESAN, M.F.; PADRÃO, M.V.V; DUMONT, M.U.; GONDIN, G.M.; FLORES, O.; PEDROSA, J.I. & LIMA, L.F.M. Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, RJ, 8 (1): 83-95, 2005. (disponível em www.scielo.br)

Para dar suporte teórico ao trabalho no tocante a esta categoria, utilizamo-nos das concepções de Matus (1993) e de Assis (1998) para definir o sujeito, enriquecidas pela visão inovadora de Merhy (2004). Também adotamos as concepções de sujeito de Mário Testa (1997) e Gastão Wagner de Souza Campos (1992; 1994; 2000), compreendendo que esses autores nos auxiliam na compreensão do objeto em questão.

Para discutir a práxis, resgatamos as visões de Gramsci (1991) e Gadotti (2001), contextualizando-as com os trabalhos de Edmundo Gallo (1995) e Rosana Tereza Onocko Campos (2003), pois entendemos que esses são estudos que buscaram um significativo aprofundamento teórico-conceitual sobre esta questão no tocante ao planejamento em saúde.

No bojo da discussão do planejamento enquanto uma práxis relacionada aos sujeitos, apreendemos as concepções de tensão, conflito e complexidade. Para embasá-las, utilizamos Gramsci (1991), entendendo que as relações que se estabelecem entre os sujeitos são sempre dialéticas, sendo portanto, tensas, conflitantes e complexas.

Para justificar a articulação entre sujeito e práxis no campo da Saúde Coletiva, nos inspiramos no trabalho de Minayo (2001), que discute as concepções acerca das relações entre esses elementos e a estrutura da sociedade. Com base nessa autora, resgata-se o sujeito como necessário, como ator das reformas e como partícipe das mesmas, para empreendê-las ou para desviá-las.

Como sujeito e práxis são um híbrido indissociável, lançamos mão da “Pedagogia da Libertação” de Paulo Freire, cujos propósitos coadunam com aquilo que já discutimos nas outras categorias – a construção da autonomia dos sujeitos; e da “Pedagogia da Práxis” de Moacir Gadotti, que, inspirada na dialética, institui-se como uma ação para a transformação, sem esconder o conflito, a contradição. Compreendemos que as propostas teórico-metodológicas apresentadas para o planejamento no campo da Saúde Coletiva foram influenciadas pelos ideais libertários dessa “Pedagogia Transformadora”.

Para dar sustentação à análise da categoria, procuramos desenvolver uma proposta analítica assentada na pedagogia, entendendo que a construção dos sujeitos é um movimento determinado pedagogicamente. Eles se constituem como alienados ou livres a partir de uma intervenção pedagógica cuja luta tem como pano de fundo a defesa da vida: para a manutenção do *status quo*, ou para a transformação social.

Por fim, estabelecemos um *link* entre a teoria e a prática, discutindo os sujeitos do planejamento à luz dos artigos produzidos e divulgados em periódicos da área de Saúde Coletiva no período 1990-2005. Identificamos, neste momento, as sub-dimensões analíticas

desta categoria, explicitadas a partir de uma concepção pedagógica de constituição dos sujeitos. Um instante de re-significação e de re-constituição importante no processo de construção do conhecimento.

5.3.1 Definição dos termos: o movimento de conformação teórica

Aqui, procuramos estabelecer uma aproximação com os termos que pretendemos trabalhar, partindo das definições de sujeito / ator social, identificando suas diferentes formas de apresentação; até as concepções da práxis, resgatando os conceitos já explicitados anteriormente, ampliados com a visão de teóricos da área da educação e da Saúde Coletiva. Discutimos também os conceitos de tensão, conflito e complexidade, unidades importantes para a composição da análise.

Preliminarmente, tomaremos as considerações de Matus (1993) acerca dos atores sociais, tendo em vista ter sido ele o idealizador do Planejamento Estratégico Situacional, elemento primordial na inserção da discussão do sujeito no campo do planejamento em saúde. Para esse autor, não há distinção entre sujeito e ator, ao contrário, o sujeito é incorporado pelo conceito de ator – uma personalidade, organização ou agrupamento humano que, de forma estável ou transitória, tem a capacidade de acumular força, desenvolver interesses e necessidades e atuar produzindo fatos na situação.

Misoczky (2002) ao analisar o pensamento de Matus, considera que o ator social deve preencher alguns requisitos para se instituir como tal. São eles: possuir ação criativa; ter um projeto que orienta sua ação; ter capacidade de acumular e (des) acumular forças; ser capaz de produzir novos fatos; participar do jogo social; ser organizado; ter presença forte no campo social; e apresentar-se como um ator-pessoa e como um ator-grupo.

Assis (1998) utiliza os termos sujeitos sociais, sujeitos coletivos, atores sociais e agentes sociais com o mesmo significado, mesclados pelas idéias de Sader (1991) e Matus (1993). Para a autora, esses são portadores de projetos (ainda que não sejam explícitos), cuja ação humana é uma categoria situacional, suscetível de ação intencional ou reflexiva pelos distintos atores que se relacionam na produção da ação. Outrossim, na organização institucional que são produzidos os sujeitos coletivos / sociais, em que se elabora uma identidade e se organizam práticas, enquanto movimento contraditório (diferença que se manifesta em forma de discurso) e movimento conflitante (se dá na ação) expressando

interesses e vontades, constituindo-se em espaços de luta na defesa de um projeto (pela manutenção da ordem ou transformação social).

Testa (1997) parte da concepção de que o sujeito da vida se transforma em epistêmico, discorrendo sobre as categorias da determinação e da constituição, para discutir os sentidos e os significados hermenêuticos da relação ciência / vida.

Alcança o sujeito avaliador, cuja relação com a ciência lhe permite questionar, avaliar, transformar-se internamente com a ruptura epistemológica estabelecida com o senso comum. O sujeito avaliador é aquele que protagoniza a auto-transformação através do conhecimento. Alcança também o sujeito público, entendido como aquele que, de posse de um conhecimento, divulga o produto de sua primeira ruptura epistemológica e, através de uma linguagem metafórica e qualitativa, estabelece uma segunda ruptura epistemológica, a intervenção sobre as práticas. A re-constituição das práticas e sua aplicação, conduz o sujeito público a uma transformação externa, validando-se e se estabelecendo como um sujeito da vida re-constituído, cujo conhecimento promove mudanças significativas nas práticas cotidianas, criando um "saber fazer" e um "saber como" que transforma a sociedade.

Para Merhy (2004), os sujeitos são protagonistas de processos de transformação, através da produção do conhecimento, da ação e da construção intencional de um saber que dê sentido para agir em determinados campos da atividade humana. Para ele, os sujeitos podem ser interessados, implicados, militantes, políticos, pedagógicos, técnicos e epistêmicos. Revelam-se a partir do seu próprio agir mediante os desafios que se constituem no cenário protagônico em que atuam e de acordo com as posições que ocupam nesse cenário, seja individual ou coletiva, particular ou pública.

As concepções apresentadas por Merhy (2003) ampliam as idéias apresentadas por Testa (1997), que discorre de forma instigante a produção do sujeito no campo do conhecimento. Para Testa, o sujeito é um produto do conhecimento, construído na interação entre as práticas da vida cotidiana e a positividade das ciências. O sujeito de Testa se desenvolve ao longo da história e se transforma a partir do encontro com as ciências, estabelecendo com ela momentos de objetivação e subjetivação, numa dupla transformação (interna e externa) do seu conhecimento.

Campos (2000) contemporiza sobre a questão do sujeito no momento em que desenvolve o "método da roda". Apresenta como um dos eixos de conformação desse método o fortalecimento dos sujeitos e a construção da democracia institucional, engendrados por um

elemento denominado “fator Paidéia”⁶⁸. Esse elemento seria ativado na ampliação da capacidade de análise e de intervenção dos sujeitos e dos grupos, produzindo um *status* democrático de reforma social, resultado da práxis e do compartilhamento de poder.

O sujeito de Campos (2000) é um sujeito capaz, imbuído da habilidade e da potência para compor consensos, alianças e implementar projetos. É um sujeito ético, capaz de instituir compromissos e de enfrentar a questão da dominação com perspicácia e altruísmo. Um sujeito materializado nas relações de trabalho, dos desejos e das necessidades, capaz de produzir valores de uso. Um sujeito da práxis, misturado com o sujeito do gozo ou ao sujeito do prazer.

E por falar em práxis, passamos a discuti-la agora como o outro elemento constitutivo da análise. Partimos do resgate das considerações de Gramsci (1991) sobre a filosofia da práxis. Para ele, “a filosofia da práxis só pode se apresentar em uma atitude polêmica e crítica, como superação de uma maneira de pensar precedente e de um pensamento concreto existente”. É uma contraposição ao senso comum, entendido não como um conhecimento comum, mas como um *status* comum de interpretação filosófica, assentada sob as concepções paradigmáticas da hegemonia.

A filosofia da práxis é uma filosofia de libertação, que dá suporte às iniciativas de luta das sociedades. Um movimento dialético, constituído na base do questionamento do novo sobre o velho. No questionamento da manutenção da ordem.

Gramsci (1991) esclarece que existe uma relação entre hegemonia e pedagogia, afirmando que “toda relação de hegemonia é necessariamente uma relação pedagógica, que se verifica não apenas no interior de uma nação, entre as diversas forças que a compõem, mas em todo campo internacional e mundial, entre conjuntos de civilizações nacionais e continentais (...) O princípio teórico-prático da hegemonia tem importância gnosiológica⁶⁹, psicológica e moral”. A inversão da práxis se revela na contraditória hegemonização ideológica resultante de uma pedagogia alienante.

Partindo do princípio que toda relação de hegemonia é pedagógica e que uma pedagogia alienante se traduz na inversão da práxis, nos aproximamos de Gadotti (2001) para

⁶⁸ Paidéia é uma noção originária da Grécia Clássica e indica formação integral do ser humano. A gestão e as práticas profissionais têm a capacidade de modificar os padrões dominantes de subjetividade e, portanto, alterar o modo de ser dos sujeitos. Têm, portanto um potencial pedagógico e terapêutico, seja para criar dependência e impotência, seja para ampliar a capacidade de análise e de intervenção das pessoas e dos coletivos (CAMPOS, 2000, p. 233).

⁶⁹ Gnosiológico se refere à teoria geral do conhecimento humano, voltada para uma reflexão em torno da origem, natureza e limites do ato cognitivo. Frequentemente apontando distorções e condicionamentos subjetivos em um ponto de vista tendente ao idealismo; ou sua precisão e veracidade objetivas, em uma perspectiva realista (HOUAISS, 2001. p.1461).

discutir uma proposta de contra-hegemonia cujo ideal se assenta na pedagogia da práxis. Verdadeiramente, por ser contra-hegemônica é que se intitula Pedagogia da Práxis.

O autor define a práxis como o resultado da atuação histórica dos indivíduos, identificadas a partir do trabalho do homem sobre as contradições que se apresentam mediante o seu processo de formação integral e que para que esse indivíduo seja reconhecido como homem é preciso que ele seja livre, um sujeito em situação de plena liberdade, atuando sobre sua realidade com altivez e capacidade de intervenção. Trata-se de um sujeito livre e, portanto, propagador dos ideais de liberdade.

Se a liberdade é que faz o homem, e o homem é o resultado de muitas determinações, o homem torna-se homem num processo de descoberta dessas determinações e de ação sobre elas. Esse se tornar homem significa que ele é essencialmente possibilidade, projeto. Poder tornar-se homem passa, portanto, pelo conhecimento de suas contradições e pela superação de suas próprias determinações (GADOTTI, 2001. p. 24).

A pedagogia da práxis é a pedagogia da liberdade, que, aliada à pedagogia da libertação se configura como a Pedagogia da Transformação, um *status* re-significado de pedagogia para a construção de sujeitos e de coletivos. É uma pedagogia inspirada no conflito e na contradição dialética da vida, na ação transformadora e na capacidade de intervir e aprender com a realidade em processo. A pedagogia da transformação, portanto, não se esgota.

Gallo (1995) discute a práxis como uma categoria analítica do planejamento em saúde. Para ele, a práxis é entendida como uma atividade voltada para o desenvolvimento autônomo e emancipador do outro, e, conseqüentemente, de si mesmo e da sociedade – uma aproximação entre as realidades subjetiva e objetiva, compreendida historicamente em momentos pretéritos e momentos presentes.

Os momentos pretéritos, segundo ele, traduzem os acúmulos, as motivações e as indagações que levam o sujeito a se questionar e a questionar suas realidades. Os momentos

presentes são aqueles que, na consolidação de uma práxis construtivista⁷⁰, se constroem subsídios para responder às indagações da práxis pretérita⁷¹.

Toda práxis, segundo Gallo (1995) se constrói através do enfrentamento e da disputa pela hegemonia, travada pelos diversos atores e diversos discursos. A Reforma Sanitária Brasileira e sua trajetória de construção político-ideológica, na concepção do autor, se constituíram num movimento paradoxal de construção de consciência sanitária e luta contra a hegemonia econômica, revelando a necessidade de se discutir, no plano das idéias, as contradições entre os ideais de transformação e os conservadores; entre a mudança e a manutenção da ordem; entre a inovação tecnológica e a renovação da prática.

Para finalizar seu trabalho, Gallo discorre sobre a razão, o planejamento, os mitos e a emancipação como elementos de construção da práxis na área de saúde. Parte do princípio que o planejamento em saúde se constitui, em parte, como instrumento de conservação da ordem social, sendo, conseqüentemente incapaz de emancipar, dada a sua racionalidade sistêmica e seu caráter intrinsecamente conservador, o que não se pode confundir com um suposto caráter reacionário.

Os mitos do desenvolvimento, da neutralidade científica, da teleologia redentora e da política como ciência funcionam como o arcabouço constitutivo do planejamento, na visão do autor. Mesmo quando ideologizado, o planejamento não se transforma em política, apenas assume um papel político, capaz de estabelecer processos organizativos para a organização dos modos de produção, das forças produtivas e das relações de produção, instrumentos de dominação e de alienação.

Onocko Campos (2003) apresenta a práxis como uma possibilidade para se sair da armadilha da técnica, resgatando a noção de projeto como uma intenção para a transformação do real, levando em consideração as condições reais e animando a realidade.

O planejamento pode ser uma técnica quando se preocupa da elaboração de planos, um formato técnico já não nos basta para estimularmos os grupos humanos a formular projetos, e isso porque nem os fins nem os meios podem ser estabelecidos com certeza com antecedência, nem há saber prévio que possa resolver essa questão (ONOCKO CAMPOS, 2003. p. 97).

⁷⁰ Práxis construtivista é o resultado das reflexões sobre a práxis pretérita. O momento em que, subsidiado pelos seus pressupostos teóricos, um pesquisador delinea seus questionamentos sobre o seu objeto na busca de uma compreensão objetiva (GALLO, 1995).

⁷¹ Práxis pretérita nada mais é do que uma situação histórica anterior e específica, geradora de um determinado problema, que aguçava e inquietava um pesquisador para aproximação a um objeto (GALLO, 1995).

A autora utiliza as concepções de Castoriadis (1986) para definir práxis como uma atividade consciente, que só pode existir na lucidez. Na práxis, a atividade precede a elucidação, tendo como última instância é a transformação daquilo que está dado. O objeto próprio da práxis, portanto, é o novo. Planejar mudanças para os serviços de saúde nada mais é que interferir e mobilizar os valores de uso dos sujeitos, o que, necessariamente conduziria os planejadores a um diálogo necessário com os saberes da clínica.

A práxis do planejamento na área de saúde, portanto, deve ser um dispositivo mobilizador dos sujeitos na busca da consolidação da clínica como uma prática transformadora. Um desafio, já que os sujeitos planejadores, cuja formação está alicerçada na fragmentação tecnocrática, afastada das questões advindas das modelagens clínicas e da reflexão sobre a sua própria práxis (ONOCKO CAMPOS, 2003).

Minayo (2001) ao refletir sobre o determinismo e o protagonismo histórico dos sujeitos nas estruturas, apresenta a dimensão da práxis como definidora do processo de transformação da realidade. Os sujeitos, constituídos a partir da interação entre a práxis, a natureza e a sociedade, estabelecem sua autonomia no mundo da vida através de trocas intersubjetivas que se concretizam no universo da complexidade social. O cuidado que devemos ter, entretanto, segundo a autora, é não nos deixarmos iludir pela falsa totalidade estabelecida pela práxis objetivada, consequência da hegemonização de práticas, que, em linhas gerais, contribuem substancialmente para o apagamento dos sujeitos, um fenômeno social de alienação e de aprisionamento da consciência.

Para finalizar esta discussão epistemológica, retornamos a Gramsci para definir as relações entre os sujeitos e a práxis como tensas, conflituosas e complexas. Já discutimos a concepção trazida por Onocko Campos (2003) que trata da tensão-contradição do planejamento na tocante às intencionalidades declaradas das organizações e os desejos daqueles que a constituem.

Gramsci (1991) define as relações humanas como complexas por natureza, se desenvolvendo no espaço tenso e contraditório das lutas pela hegemonia. Uma complexidade pedagógica relacionada a uma dialética intelectual-massa, ou seja, uma contradição entre o saber científico e o saber comum; entre o poder ideológico e o poder empírico; entre dominadores e dominados.

O espaço da dialética é o espaço das disputas entre os sujeitos. É o espaço da reafirmação da práxis, do fortalecimento da contra-hegemonia.

Trabalhar a categoria sujeito com foco sobre a práxis, portanto, nos conduz ao entendimento que a complexidade do sujeito e de suas relações, em que pesem todos os elementos que a permeiam, é uma possibilidade a ser compreendida se e somente se, nos abirmos para o fato de que o sujeito é um ser subjetivo, que possui uma realidade subjetiva e vive uma subjetividade tal, que, se não for decifrada, levará qualquer projeto ao ocaso. A pedagogia aplicada sobre esse sujeito deve ser adequada para produzir nele a transformação suficiente para que ele perceba seu papel enquanto sujeito da práxis na luta em defesa da vida.

Constituir sujeitos é um objetivo a ser perseguido por aqueles que acreditam que as libertações ideológica, filosófica e política são o caminho para a construção de uma sociedade justa e constituída por todos e para todos.

5.3.2 A construção pedagógica do sujeito: uma proposta de análise

Diante de nós estava posto um grande desafio: trabalhar a categoria sujeito no universo do planejamento em saúde, sem incorrer na obviedade já instituída. Nos debruçamos sobre as leituras sobre o sujeito no campo da Saúde Coletiva e nos deparamos com discussões epistemológicas, filosóficas e ideológicas, cujos objetivos concretos refletem, no nosso entendimento, uma discussão consistentemente capaz de transformar. Principalmente nos trabalhos de Mário Testa, Emerson Elias Merhy e Gastão Wagner de Souza Campos.

Os trabalhos desses autores conformaram o ponto de partida adotado por nós para desenvolver a nossa proposta analítica. Entretanto, precisávamos de algo mais. Precisávamos de um quarto elemento, já que tínhamos, conforme abordado no capítulo anterior, a dimensão epistemológica, ideológica e filosófica, dada por Mário Testa; a dimensão técnica, dada por Emerson Merhy; e a dimensão política, dada por Gastão Wagner Campos; conformando juntas a dimensão da práxis re-significada. Faltava-nos, entretanto a dimensão da pedagogia, já que entendemos que construir sujeitos é uma prática eminentemente pedagógica.

Buscamos, então, alicerçar nossa necessidade na leitura de alguns trabalhos de Paulo Freire, o mestre pensador. Descobrimos, na *Pedagogia do Oprimido* (Freire, 1987) o quarto elemento: o pedagógico. Esse elemento, ainda incompleto, era o mote para compreender as outras dimensões, sintetizadas na dimensão da práxis.

Mas percebemos que mesmo tendo encontrado o quarto elemento, ainda estávamos com uma dívida com a totalidade: onde estaria o ponto de conexão entre essa dimensão pedagógica e

a dimensão da práxis re-significada? Havíamos encontrado a pedagogia da libertação. Precisávamos agora encontrar a pedagogia da práxis.

E encontramos, pelo menos, neste momento provisório.

No trabalho de Moacir Gadotti, intitulado *Pedagogia da Práxis* (Gadotti, 2001), encontramos o complemento para o quarto elemento, que foi desenvolvido pelo autor a partir de discussões com o mestre pensador Paulo Freire, durante o seu exílio, na Europa.

Estava posto o ponto de conexão, aquilo que nos possibilitaria avançar na nossa caminhada com um modelo ampliado de análise que pudesse dar conta dessa categoria com maior completude. Agora era só encarar o desafio, buscando a compreensão do sujeito a partir de uma concepção pedagogicamente construída, em cujas bases se assenta toda a visão da sociedade: a busca de uma totalidade concreta, explicitada no quadro a seguir (Quadro 14).

QUADRO 14: Uma análise pedagógica da constituição dos sujeitos

PEDAGOGIA DA ALIENAÇÃO	PEDAGOGIA DA LIBERTAÇÃO
PRÁTICAS, ESTRUTURAS E FORMAÇÕES CONSERVADORAS	PRÁTICAS TRANSFORMADORAS, ESTRUTURAS REVOLUCIONÁRIAS E FORMAÇÕES LIBERTADORAS
<i>SUJEITOS DA ALIENAÇÃO SUJEITOS DA OPRESSÃO</i>	<i>SUJEITOS DA PRÁXIS SUJEITOS DA LIBERTAÇÃO</i>
UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS DA FORÇA, DO SILENCIAMENTO, DA PRESCRIÇÃO E DO PODER	LIBERTAÇÃO PELA TÉCNICA, PELA PRÁTICA SOCIAL E PELA SUPERAÇÃO DA CONTRADIÇÃO OPRESSORES-OPRIMIDOS
SUJEITOS ALIENADOS	SUJEITOS LIVRES
TOTALIDADE CONCRETA	
<i>LUTA EM DEFESA DA VIDA</i>	
IDEAL CONSERVADOR AÇÃO DOMINADORA CONCEPÇÃO ANTI-DIALÉTICA	IDEAL LIBERTÁRIO AÇÃO LIBERTADORA CONCEPÇÃO DIALÉTICA
<i>LUTA PELA MANUTENÇÃO DA ORDEM</i>	<i>LUTA PELA TRANSFORMAÇÃO SOCIAL</i>
MANUTENÇÃO DO <i>STATUS QUO</i>	TRANSFORMAÇÃO DA REALIDADE

Adaptado das concepções de Albuquerque (1986), Matus (1993), Testa (1997; 2004), Campos (2000), Foucault (2003), Bobbio (2005) e Freire (1987; 1996).

Adotamos, portanto, o modelo analítico explicitado no quadro acima, por acreditarmos que será possível dar conta da totalidade parcial do nosso objeto em relação ao modelo referido.

Para nós, o universo dos sujeitos é resultante de intervenções pedagógicas sobre os indivíduos, os grupos e a sociedade. Concordamos com Campos (2000) quando discute que a constituição do sujeito é um misto de sujeito do gozo com sujeito do prazer, pois o que está em jogo é a luta pela vida, e nessa luta, os sujeitos atuam movidos pelo seu gozo e pelo seu prazer, seja no sentido individual ou coletivo. Concordamos com ele também quando, discutindo a co-produção de sujeitos e coletivos, identifica as dimensões interna e externa

como determinantes da formação do compromisso; da elaboração e gestão de contratos e de projetos; e da transformação da práxis.

A construção pedagógica dos sujeitos é uma resposta epistemológica que pretendemos dar. Uma contribuição através de um modelo de análise que aproxime o sujeito da prática e da pedagogia.

Para isto, partimos da concepção que pedagogias alienantes se constituem no objeto das estruturas e superestruturas conservadoras, que, utilizando-se dos recursos da força, do silenciamento, da prescrição e do poder operados pelos sujeitos da alienação e da opressão, produzem sujeitos alienados, cuja totalidade concreta de sua vida é a luta pela manutenção da ordem. Em contraposição, pedagogias libertárias se constituem no objeto das estruturas revolucionárias, que se utilizam dos recursos da técnica e da prática social para superar a contradição opressor-oprimido, isto é, para produzir sujeitos livres, cujos objetivos de vida se resumem na transformação da realidade.

Os sujeitos da alienação e sua concepção de vida anti-dialética produzem, através de sua ação dominadora e de sua pedagogia, o sujeito alienado. Os sujeitos da práxis – da libertação – produzem, por conseguinte, sujeitos livres, através da sua ação libertadora e sua concepção de vida dialética. O primeiro trabalha com a lógica da hegemonia e o segundo com a lógica da contra-hegemonia, corroborando com o explicitado por Gramsci (1991), que identifica a relação entre o sujeito e a práxis como complexa.

No campo da Saúde Coletiva, a testificação da abordagem pedagógica como fundamental na determinação do sujeito, nos permite intuir que o planejamento em saúde pode se dar em duas sub-dimensões analíticas: a relacionada à manutenção do *status quo*, como resposta à pedagogia da alienação; e relacionada à transformação social, como resposta à pedagogia da libertação e da transformação. Neste sentido partiremos agora para o último movimento analítico concreto – o estudo das sub-dimensões do planejamento em saúde no Brasil (1990-2005) com base na questão do sujeito essa relação com a práxis na luta pela defesa da vida.

5.3.3 Planejamento para a manutenção da ordem: a construção do sujeito alienado a partir da ação dominadora do sujeito da opressão.

Minayo (2001), nos convida a uma reflexão importante acerca da finalidade do trabalho no campo da saúde:

No trato dos enfermos, o campo da saúde sempre se importou mais com a lógica da enfermidade que com os sujeitos. Também nas organizações dos serviços de saúde, no seu planejamento e avaliação, a ênfase tem sido muito maior nos métodos que conferem relevâncias às relações entre funções, papéis e relações técnicas. Ainda quando o planejamento estratégico é incluído no campo organizacional, seus objetivos são preferencialmente voltados para perceber a vontade dos diferentes atores, afim de confrontá-los e dominá-los, mostrando a prática autoritária da organização da saúde coletiva (MINAYO, 2001).

Ao afirmar que o campo da saúde se preocupou mais com a lógica da enfermidade que com os sujeitos, a autora demonstra que, na sua concepção, o foco da ação em saúde tem sido a doença. Ao dizer que o processo de constituição e acompanhamento dos serviços de saúde dá ênfase a funções, papéis e relações técnicas, explicita que o mais importante para muitos daqueles que pensam a saúde é desenvolver técnicas para sistematizar as atividades das pessoas no objetivo do combate à enfermidade. Quando trata do planejamento estratégico, a autora também identifica que, em que pesem os movimentos de interação com os atores sociais, o foco no jogo é, muitas vezes, a dominação do adversário, configurando uma competição que dificulta a possibilidade de interações subjetivas.

Iniciamos, então, sob o olhar dessas considerações, o movimento de aproximação com a sub-dimensão do planejamento como instrumento para a manutenção da ordem, entendendo que, no contexto científico, não existem verdades absolutas. Procuramos discorrer acerca das impressões que tivemos no tocante à posição dos sujeitos ante o planejamento, principalmente na década de noventa: o momento inicial do recorte temporal do estudo. É mister que temos consciência que o tema não se esgotará com esta análise, haja vista a sua complexidade epistemológica e sua diversidade de interpretações.

De fato, o que vivenciamos, na prática, é uma desarticulação teórico-prática, que se revela como resultado de um "casamento" entre as ideologias totalizantes e as práticas transformadoras, culminando num conflito, cuja tradução objetiva é identificada no termo freiriano da contradição estabilidade-mudança: um polissêmico que sintetiza dialeticamente as lutas no campo da hegemonia e da contra-hegemonia.

Freire (1979), ao discutir os conceitos de sociedade, estabelece que nas sociedades fechadas, os sujeitos são relegados à categoria de "massa", dominada pelas elites, que prescrevem suas determinações, conforme suas práticas predatórias, a partir de estruturas rígidas e autoritárias, que corroboram com a idéia de dicotomia do trabalho e da atividade intelectual. Para essas sociedades, segundo o autor, se constituem a sociedade-sujeito, detentora da capacidade de decisão; e a sociedade-objeto, dominada, periférica e não reflexiva. Trata-se de uma sociedade alienada, resultante da falta de consciência e de autenticidade; da vergonha de se encarar a realidade e de se assumir; do desconhecimento de si mesmo e da importação de soluções para atacar problemas nativos.

As sociedades alienadas são um campo fértil para a disseminação das ideologias totalizantes e dos ideais conservadores, pois os sujeitos que a compõem não se incluem no processo de discussão social, ocultando-se na sua dimensão simbólica por traz da ideologia dominante em decorrência do medo ao enfrentamento da alienação. É nelas que se estabelece a contradição estabilidade-mudança, identificada por Freire (1987) como o processo permanente de luta da hegemonia para se manter. De fato, é nessas sociedades que se instituem os processos anti-mudança: movimentos de manutenção da ordem, motivados pelo medo da contestação à ordem instituída.

Uma sociedade alienada é o mundo da vida dos sujeitos alienados: produtos da pedagogia da alienação; produtos da ação dos sujeitos da opressão. São o resultado concreto da ação de práticas pedagógicas totalizadoras, pautadas na educação bancária, cujos princípios apontam para a subserviência, sub-sapiência, submissão e disciplina.

O planejamento, como instrumento de manutenção da ordem com a produção de sujeitos alienados, tem o objetivo concreto de responder a uma totalidade concreta cuja luta pela vida se assenta na manutenção do *status quo*, pois tem como pano de fundo a utilização dos recursos da força, do silenciamento, da prescrição e do poder.

Tratar dessas questões no campo da Saúde Coletiva é como manipular uma colméia: um exercício perigoso e doce. É nesse campo que se revelam as mais doces surpresas e as mais perigosas constatações.

Edmundo Gallo, já em 1992, constatou que o planejamento, na forma como concebido, distanciava-se da práxis e se instituída como um instrumento de conservação da ordem social, sendo, conseqüentemente, incapaz de emancipar a sociedade e o sujeito, dada a sua racionalidade sistêmica e seu caráter intrinsecamente conservador.

Os dilemas apresentados pelo autor entre a necessidade de transformação da realidade e a conservação da ordem no tocante à operacionalização dos ideais da Reforma Sanitária no

campo da saúde no Brasil demonstram a grande contradição do planejamento para essa área. Uma contradição que se revela na dissociação entre teoria e prática – uma dissociação epistemológica, que, na verdade, se concretiza como uma falsa totalidade, assentada nos ideais de liberdade, porém submetida ao domínio ideológico da dominação e da alienação.

A teoria exigia dos reformistas denúncia às limitações estruturais postas pelo capitalismo e a necessidade de sua superação pela consciência sanitária, de classe, da interação. A prática omitia essa denúncia e preconizava a dialética do possível e o agir racional com respeito a fins. De fato, uma defasagem entre a teoria e a prática, que acabou por desencadear a proeminência da dimensão instrumental, construindo uma nova práxis – a práxis conservadora (GALLO, 1995. p. 48)

Os paradoxos e antagonismos dessa realidade demonstravam para o autor, além de tudo, um antagonismo que se traduzia numa tensa e conflituosa relação entre concordâncias e divergências táticas e estratégicas, que, no bojo da “re-forma” proposta, tinham como projeto comum a superação subjetiva da objetividade em direção a uma nova objetividade. Ou seja, as lutas pela hegemonia ideológica entre reforma e contra-reforma sanitárias instituíam, no seio do planejamento em saúde, um nicho de contradições que tinham como cenário a dicotomia teoria-prática. Enquanto uns buscavam alicerçar seus ideais na pedagogia libertadora para construir sujeitos livres, outros se utilizavam da pedagogia da alienação para construir sujeitos subordinados a suas concepções e preparados para responder sem questionar as práticas hegemônicas no contexto histórico.

O conservadorismo não assume, nesse contexto, a idéia de manutenção do *status* político, mas sim de manutenção do *status* ideológico-filosófico, que, sob os auspícios do poder, paradoxalmente contribui para a manutenção do *status quo*. As práticas hegemônicas se legitimam como práticas conservadoras *vis a vis* seus conceitos básicos se utilizarem do agir racional com respeito a fins – uma concepção teleológica, que, no contexto apresentado, aponta para o planejamento normativo re-constituído.

Apesar dessas perigosas constatações, as “doces surpresas” se revelam em meio aos antagonismos axiológicos. A ação normativa legitimada e a ação teleológica fazem despertar a re-discussão do sujeito – um indivíduo que, até então, se colocava e era colocado de fora do planejamento; como um ser externo, alienígena. O sujeito alienado, resultado de uma pedagogia alienante, excluía-se como sujeito do processo do planejamento, dando lugar ao

instrumento. O sujeito amorfo, coletivizado, impessoal, se traduzia como resultado da pedagogia alienante, cuja concepção anti-dialética refletia o que Paulo Freire refutava em seus trabalhos e discussões: o silenciamento e o apagamento ideológico, filosófico e processual de construção de uma identidade pedagógica.

O silenciamento é a negação do diálogo. O apagamento ideológico e filosófico é a negação da autonomia e da liberdade. O apagamento processual é a negação da história. Sem diálogo, sem autonomia, sem liberdade e sem história, não há sujeito, sim, um produto amorfo de intencionalidades, cuja expressão de existência é a alienação.

Ao identificarmos o planejamento em saúde conforme as concepções explicitadas anteriormente – um conjunto de técnicas para intervir e para avaliar sistemas e serviços de saúde; uma prática social (práxis) transformadora de sujeitos e coletivos; um subsídio para a gestão democrática e para as mudanças; um conjunto de estratégias para a organização de sistemas locais de saúde; um conjunto de métodos de ação governamental para a tomada de decisões; um instrumento e atividade do processo de gestão das organizações; um meio de intervenção em ambientes complexos; e um meio de ação comunicativa – estamos trabalhando com a perspectiva de construção de um novo sujeito para o planejamento: livre, (des) alienado, autônomo, capaz de reagir ante o *status quo* e propor um processo de mudança que supere a ação dominadora do sujeito da opressão.

Em que pesem os fetichismos encontrados na leitura dos artigos que selecionamos para o estudo, não podemos considerar que algum autor seja sujeito da alienação, haja vista todas as abordagens trabalharem com a idéia de construção de novas possibilidades de intervenção sobre a realidade.

Encontrar estudos como os de Matsuda *et al* (2000)^[E] e Gonzáles *et al* (2003)^[G], que abordam elementos que se aproximam das concepções neoliberais, aplicando-os à saúde, não significa dizer, que esses sujeitos estão a serviço da alienação. Os seus objetos, cientificamente trabalhados, mostram possibilidades metodológicas de acomodação da realidade aos contextos atuais, apontando soluções para a superação das contradições, ainda que de modo tímido, numa forma de expressão respeitosa. E, mesmo que, o pano de fundo aponte para a dimensão econômico-social, velando o sujeito.

Unglert (1990)^[A]; Campos (1993)^[B]; Veras & Martins (1994); Scochi (1994); Rezende *et al* (2000)^[D]; Lacerda *et al* (2002)^[F]; Nicoletto *et al* (2005)^[I]; Horovitz *et al* (2005)^[K] e Méio *et al* (2005)^[L]; apesar de terem se utilizado de uma certa racionalidade instrumental na produção de seus trabalhos, não convergem em relação à idéia da alienação, pois, como já discutimos, a técnica é uma forma de expressão de poder capaz de conduzir a um processo de

mudança social e de libertação. Esses autores, ao buscarem novas metodologias, tentam enfrentar as adversidades do cotidiano, numa atitude libertária com vistas a superar a contradição oprimidos-opressores, que se revelam através das desigualdades e iniquidades dos sistemas de saúde.

Aí está a “doce descoberta”!

No campo da Saúde Coletiva, o sujeito passou a expressar sua indignação com a sua situação de alienação. Passou a gritar por um planejamento que o incluísse como parte integrante e intrínseca, como partícipe, como membro do todo a ser planejado. Conforme foi explicitado por Teixeira (1999): um planejamento que articule a dimensão da teoria, da prática numa única totalidade – a totalidade fundamental do ser humano.

5.3.4 Planejamento para a transformação social: a construção do sujeito livre a partir da ação libertária do sujeito da práxis

No vácuo da “doce descoberta” explicitada na seção anterior, assumimos a última subdimensão analítica dessa categoria, tratando a questão do sujeito a partir da visão transformadora da sociedade.

Para dissertar sobre o universo da transformação social, faremos uma re-capitulação das concepções já apresentadas neste estudo, resgatando a discussão de Paulo Freire, Gastão Wagner de Souza Campos e Maria Cecília Minayo. Por fim, trabalharemos com Carmen Fontes Teixeira e com Rosana Tereza Onocko Campos, finalizando a análise do estudo, por hora, com a explicitação daquilo que entendemos como enfoques do planejamento para a transformação da realidade, identificando, nos artigos selecionados, a sua tendência e motivação.

Para iniciar nosso movimento de chegada ao ponto de partida, procuramos refletir um pouco acerca do que nos ensinou Paulo Freire, o mestre pensador. Em seus trabalhos acerca de uma nova pedagogia, ele nos permite encontrar um universo diferenciado de saberes que nos possibilitam alcançar níveis de liberdade que demonstram o poder transformador de suas palavras.

Em seu livro “Educação e mudança”, Freire (1979) discute que o processo de mudança da sociedade é um compromisso dos sujeitos da práxis, denominados trabalhadores sociais. Para ele, os homens-mundo, alcançam a liberdade da alienação quando se tornam

capazes de compreender suas realidades, identificando na sua própria ação, objetiva no tempo, as possibilidades de estabelecer novas circunstâncias. Esse homem-história, também identificado como homem-realidade, relaciona-se com sua sociedade através de sua consciência crítica e promove uma sucessão de mudanças, que culminam por movimentar o cosmos na direção da transformação. Os trabalhadores sociais, comprometidos com o processo de mudança, posicionam-se no jogo dialético mudança-estabilidade para superar a contradição estabilidade-mudança.

Queremos dizer que, na luta pela vida travada na busca da hegemonia, os sujeitos da transformação estabelecem diferenciais na sua ação, que lhes permitem inverter a relação dominação / subordinação, passando a liderar um processo reacionário que tem como objetivo alterar as estruturas sociais e estabelecer uma nova ordem – a transformação social.

Como diria Freire (1979): o objetivo da ação da mudança é a superação de uma totalidade por outra, onde a nova não continue apresentando a contradição estabilidade-mudança, que constitui a duração da estrutura social e também o histórico-cultural. A estrutura social é uma totalidade porque é constituída por parte que interagem entre si como parte da dimensão histórica da sociedade.

Trabalhadores sociais são sujeitos de transformação social. Portanto são responsáveis pela (des) alienação e pela autonomização dos outros sujeitos. São sujeitos livres, que atuam, nos serviços de sua liberdade para construir liberdades. Atuam com sua totalidade subjetiva e histórica para construir um ideal libertário capaz de intervir sobre a realidade subjetiva do outro e fazê-lo re-surgir, desvelando-se, despindo-se da couraça da alienação.

Nessa visão, Campos (2000) apresentou-nos o método da roda como uma possibilidade de intervenção sobre os trabalhadores sociais, por ele denominados carinhosamente como “sujeitos-da-práxis misturado ao sujeito do gozo e ao sujeito do prazer” – uma construção semântica que sintetiza todas as dimensões de um sujeito na sua totalidade concreta: uma práxis; um contentamento; um prazer.

Esse autor, apesar de desenvolver suas considerações no campo das discussões sobre o trabalho, não perde de vista que o sujeito é um ser que está no mundo, que vive no mundo e que vive do mundo. Um ser biológico, que, apesar de sua dimensão biológica também é subjetividade; que apesar da subjetividade também é relação; que apesar de ser relação também é luta; que apesar de ser luta também é consenso e dissenso, e, como tal se comporta para estabelecer o equilíbrio de suas relações e para co-produzir necessidades.

Minayo (2001), ao discorrer sobre o sujeito como estrutura epistemológica, passeia pela história re-conhecendo a intrínseca relação existente entre esse sujeito e as estruturas da

sociedade. E mais, chega até a propor um sujeito coletivo, que, na sua dimensão epistemológica, se desprende do campo biológico e transcende ao campo estrutural, construindo o “sujeito-coletivo-da-saúde”: a sociedade perpassada por conflitos de interesses sociais e políticos; e pelos núcleos de consenso e de identificação.

No campo da Saúde Coletiva, o desenvolvimento daquilo que podemos chamar “discussão do sujeito da transformação no planejamento” perpassa a discussão dos enfoques contra-hegemônicos que se estabeleceram como marcos na história. Uma abordagem que resgata o ponto de partida do nosso caminhar – a questão do planejamento enquanto uma possibilidade a ser construída.

Um retorno à história, porém vivenciada a partir de uma práxis. Para re-contar. Re-significar. De certa forma resgatar os enfoques num movimento responsável de re-construção; respeitando as particularidades sem deixar de expor as fragilidades, os limites e as potencialidades. Um movimento que nos remete aos trabalhos de Carmen Fontes Teixeira e de Rosana Tereza Onocko Campos, sujeitos que, no nosso entendimento abraçaram a causa da interpretação do planejamento, ainda que com enfoques diferenciados; e avançaram para a explicação com uma totalidade que, somente através dos recursos da hermenêutica se consegue alcançar.

Esse encontro hermenêutico tem, como explicitado por Santos (2003) e analisado por Teixeira (1996):

Uma perspectiva de transformar o distante em próximo, o estranho em familiar (...) orientada pelo desejo de diálogo com o objeto da reflexão para que ele nos fale, numa língua não necessariamente nossa, mas que seja compreensível, e nessa medida se nos torne relevante, nos enriqueça e contribua para aprofundar a auto-compreensão do nosso papel na construção da sociedade, ou, na expressão tão cara à hermenêutica, do mundo da vida (TEIXEIRA, 1996. p.59).

Teixeira (1996) em sua tese de doutoramento, discutiu as contribuições da Epidemiologia para o campo do planejamento em saúde, trabalhando as dimensões do sujeitos e da prática, que, num contexto articulado, estabelecem o que ela denominou invenção do futuro. Sua caminhada teve como ponto de partida a discussão histórica, identificando concepções, métodos e técnicas que, no âmbito das propostas metodológicas do planejamento em saúde desenvolvidas, possibilitassem contribuir para a re-definição das práticas para a

reorientação da gestão e da organização social na saúde. Essas práticas, consideradas como sociais e históricas.

Discutiu também o lugar da Epidemiologia nas propostas metodológicas do planejamento e programação em saúde, respeitando os posicionamentos dos sujeitos, os tempos históricos e os contextos nos quais se desenvolveram os elementos epidemiológicos da planificação. E apresentou perspectivas teórico-metodológicas para a articulação entre a epidemiologia e o planejamento, partindo do princípio que as mesmas contribuiriam para o aperfeiçoamento e redefinição das práticas de planejamento e programação em saúde, conduzindo o debate à constatação da necessidade da compreensão das representações sociais do processo saúde-doença e da descoberta de novos “modos de andar a vida” como condicionantes e determinantes dessa conflituosa relação.

Onocko Campos (2003), ao situar o planejamento no labirinto, em sua tese de doutoramento, também busca estabelecer uma conexão entre o sujeito e a prática no campo do planejamento em saúde. Se utiliza de metáforas mitológicas para aproximar a práxis da clínica à práxis do planejamento, compreendendo que as mudanças nos serviços de saúde serão implementadas a partir da aproximação teórico-prática entre o planejamento e a clínica. Ainda que, na prática, a autora mostre a existência de um certo mal-estar que submete esse esforço social de aproximação ao *status* de sofrimento.

E os sujeitos, continuam percorrendo caminhos já trilhados, repetindo rituais esvaziados de sentido, fazendo consultas que não resolvem nada, planos que nunca se concretizam, vivendo conflitos institucionais que sempre se repetem... Sem barbante, sem armas, sozinhos, sem nos falar entre nós, sem conseguir escutar o outro, percorrendo a estrada que nos mandaram (ONOCKO CAMPOS, 2003).

De fato, aproximar o planejamento da clínica ou da epidemiologia como movimentos de mudança da práxis, são ações que não se esgotam e que remontam a relação entre os sujeitos e a sociedade. Se pretendemos desenvolver práticas transformadoras, atuando como sujeitos da transformação social; não podemos perder de vista as dimensões do saber ser, do saber fazer e do saber como, já discutidas amiúde nos primeiros capítulos deste estudo.

A práxis e o sujeito formam uma única totalidade na história, ainda que se apresentem com singularidades e pluralidades. Os enfoques do planejamento em saúde reforçam essa idéia de totalidade, porque demonstram que a relação sujeito / práxis se revela num encontro

entre as dimensões macro-política e micro-política da sociedade concreta. Assim, transformar a realidade, como objeto primordial do planejamento em saúde é uma ação de sujeitos livres, que atuam na dimensão da práxis com a autonomia que lhes é conferida pela sua postura pedagógica libertadora, expressando uma autoridade construída através das lutas contra-hegemônicas.

O sujeito coletivo da saúde – a sociedade – só pode se libertar do jugo e da servidão à alienação, se considerar os sujeitos da práxis como fundantes e instituintes do seu processo de transformação. Sem essa compreensão, a luta pela vida se evadirá na direção da manutenção do *status quo*, afastando as possibilidades libertadoras da sua atuação pedagógica.

5.3.4.1 Enfoques do planejamento em saúde para a transformação da realidade: a construção de possibilidades no campo da Saúde Coletiva

O quadro que se segue (Quadro 15) busca sintetizar, de modo objetivo, os diferentes enfoques transformadores do planejamento em saúde que se desenvolveram no campo da Saúde Coletiva e se propagaram no Brasil no período 1990-2005. A sua construção foi fruto do estudo hermenêutico dos artigos selecionados para este estudo, relacionando-os às considerações finais de Onocko Campos (2003) no tocante à busca de novas metáforas para o planejamento na área da saúde: o labirinto como meio de superação do triângulo.

QUADRO 15: Enfoques do planejamento em saúde com vistas à transformação da realidade

TIPO DE ENFOQUE

CARACTERÍSTICAS PRINCIPAIS

ENFOQUE ESTRATÉGICO

- Planejamento Estratégico Situacional
- Pensamento Estratégico
- Proposta de Medellín
- Gestão Estratégica Hospitalar (Démarche Stratégique)

- Tendências historicamente consolidadas;
- Baseados no conhecimento técnico, político e administrativo;
- Centrados na atuação dos atores sociais em situação;
- Estabelecidos em momentos operacionais;
- O diagnóstico é um momento de reconhecimento da realidade;
- Aplicam-se no contexto macro-político e no contexto das organizações complexas;
- Adotam os conceitos de estratégia e tática;
- Estabelecem o conhecimento da realidade como ponto de partida para o pensar estratégico.

*ENFOQUE ANALÍTICO-
INSTITUCIONAL*

- Planejamento Analítico-institucional

- Tendência atual;
 - Em constante construção;
 - Centrado nos saberes não estruturados;
 - Centrado na atuação dos sujeitos da práxis;
 - Estabelecido em fluxogramas analisadores;
 - O diagnóstico é um produto do processo técnico-político, pedagógico e analítico;
 - Aplica-se no contexto micro-político e no contexto das organizações complexas;
 - Adota os conceitos de dispositivo, legitimação, mudança institucional;
 - Estabelece o conhecimento do cotidiano como ponto de partida para a intervenção.
-

ENFOQUE COMUNICATIVO

- Planejamento Comunicativo
 - Tendência atual;
 - Baseado na teoria da ação comunicativa;
 - Centrado na atuação dos sujeitos em negociação;
 - Estabelecido em instantes de diálogo;
 - O diagnóstico é um momento de aprendizagem sobre a realidade;
 - Aplica-se no contexto micro-político e no contexto das organizações complexas;
 - Adota os conceitos de liderança e negociação;
 - Estabelece o paradigma da organização que aprende como ponto de partida para mudança institucional.

ENFOQUE PARTICIPATIVO

- Planejamento Participativo
 - Tendência atual;
 - Em constante construção;
 - Centrado na participação dos sujeitos;
 - O diagnóstico é um momento de compreensão da realidade social;
 - Aplica-se a qualquer instituição, grupo ou movimento que tem o objetivo de transformar a realidade social;
 - Os conceitos, os modelos, as técnicas e os instrumentos são consequência de uma intervenção pedagógica;
 - Adota os conceitos de colaboração e de construção em conjunto;
 - Compreende o sonho como o ponto de partida para a prática – um referencial.
-

Considerando o planejamento enquanto enfoque estratégico, podemos observar a consolidação teórico-metodológica das perspectivas contra-hegemônicas de planejamento desenvolvidas na América Latina a partir da década de setenta. Neste sentido, temos o Planejamento Estratégico Situacional, desenvolvido por Carlos Matus; o Pensamento Estratégico, desenvolvido por Mário Testa; A proposta de Medellín, desenvolvida pela Universidade Central da Venezuela; e a Gestão Estratégica Hospitalar (Demarque Stratégique), desenvolvida por Crémadez e Grateau (França).

Já discutimos o enfoque estratégico ao longo do estudo, explicitando, principalmente a sua história e sua relação com a construção do planejamento em saúde no Brasil. Os artigos selecionados reverenciam e referenciam esse enfoque, haja vista ter sido a base teórico-metodológica principal para a constituição da área no país.

As características do enfoque estratégico podem ser identificadas como o conjunto de tendências historicamente consolidadas; baseadas no conhecimento técnico, político e administrativo; centradas na atuação dos atores sociais em situação; estabelecidas em momentos operacionais; onde o diagnóstico é um momento de reconhecimento da realidade; aplicam-se no contexto macro-político e no contexto das organizações complexas; adotam os conceitos de estratégia e tática; e estabelecem o conhecimento da realidade como ponto de partida para o pensar estratégico.

Giovanella (1990^[M1]; 1991^[M2]); Rivera (1996^[O]; 2003^[U]); Artmann *et al* (1997^[X]; 2003^[U]); e Paim (2003)^[S] em seus artigos, apresentam o enfoque estratégico como sua base teórica, desenvolvendo suas propostas para a transformação da realidade com o referencial construído por esse enfoque. Utilizam sua capacidade de condução à mudança para estabelecer conexões entre a teoria e a prática, tratando a realidade como um elemento constitutivo do mundo da vida, cujos sujeitos estão imersos na história.

O enfoque analítico-institucional, como um novo modelo de abordagem para o planejamento em saúde, se mostra a partir dos saberes da dialética, da psicanálise e da pedagogia. Tem seu berço no Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP com os trabalhos de Gastão Wagner de Souza Campos, Juarez Pereira Furtado, Marcos Drumond e Rosana Tereza Onocko Campos (ONOCKO CAMPOS, 2003).

Assenta-se na criatividade, no cotidiano, nos saberes não estruturados, no fator Paidéia de avaliação, no reconhecimento da iniquidade e na incorporação da subjetividade. É uma tendência atual; em constante construção; centrada nos saberes não estruturados e na atuação dos sujeitos da práxis; estabelecida em fluxogramas analisadores; onde o diagnóstico é um produto do processo técnico-político, pedagógico e analítico; aplica-se no contexto micro-

político e no contexto das organizações complexas; adota os conceitos de dispositivo, legitimação, mudança institucional; e estabelece o conhecimento do cotidiano como ponto de partida para a intervenção.

Cecílio (1997d)^[C] e Onocko Campos (2000^[Q1], ^[Q2] e ^[Q3]) são importantes representantes dessa corrente que desenvolveram estudos no período do nosso recorte temporal. O primeiro, apresentando suas propostas no âmbito da discussão acerca da conformação metafórica dos modelos tecno-assistenciais, mostrando a necessidade de se repensar a organização dos serviços e sistemas de saúde de modo a estabelecer tecnologias leves na sua operacionalização. A segunda, autora que trata da questão do planejamento utilizando-se do instrumental da análise institucional e da psicanálise, confrontando com elementos da clínica e com a discussão do sujeito.

Sá (2001)^[R], por sua vez, apesar de não pertencer ao seio unicampiano, desenvolve uma importante discussão sobre as subjetividade, os processos inter-subjetivos e as questões que envolvem a psicologia de grupo, a análise do ego e a psicanálise das instituições. Trata do mal-estar das organizações, também, trabalhado por Onocko Campos (2003), identificando os desejos e pulsões dos sujeitos que se expressam no momento dos conflitos do processo de planejamento das organizações de saúde, entendidas como complexas.

O enfoque comunicativo, que tem seu *locus* teórico-metodológico na ENSP, através dos trabalhos de Francisco Javier Uribe Rivera, apresenta-se também como uma tendência atual; baseada na teoria da ação comunicativa; centrada na atuação dos sujeitos em negociação; estabelecido em instantes de diálogo; onde o diagnóstico é um momento de aprendizagem sobre a realidade; aplica-se no contexto micro-político e no contexto das organizações complexas; adota os conceitos de liderança e negociação; e estabelece o paradigma da organização que aprende como ponto de partida para mudança institucional.

Rivera (1996^[O]; 2003^[U]) e Artmann *et al* (1997^[X]; 2003^[U]) se identificam como os sujeitos que referenciam essa perspectiva e produzem títulos para sua sustentação. Seus trabalhos discutem novos elementos agregadores para o enfoque estratégico, dando ênfase à cultura organizacional e à comunicação como potenciais a serem utilizados pelos trabalhadores sociais no momento do planejamento das ações e serviços de saúde.

Por fim, encontramos o enfoque participativo, um novo elemento conceitual para o campo, alicerçado no paradigma da participação, sendo, segundo Gandim (2001), uma tendência (uma escola) dentro do campo de propostas de ferramentas para intervir sobre a realidade, transformando-a e construindo-a numa direção estabelecida em conjunto por todos os que participam de uma organização, instituição, grupo ou movimento. Trata-se de um

enfoque que inclui a distribuição do poder e a possibilidade de decidir na construção não apenas do "como" ou do "com que" fazer, mas também, do "o que" e do "para que" fazer.

O planejamento participativo pretende ser mais do que uma ferramenta para a administração; parte da idéia que não basta uma ferramenta para fazer bem as coisas dentro de um paradigma instituído, mas é preciso desenvolver conceitos, modelos, técnicas e instrumentos para definir as coisas certas a fazer, não apenas para o crescimento e a sobrevivência da entidade planejada, mas para a construção da sociedade; neste sentido, inclui como tarefa contribuir para a construção de novos horizontes, entre os quais, estão, necessariamente, valores que constituirão a sociedade (GANDIN, 2001).

Essa nova tendência de planejamento se estabelece no campo da Saúde Coletiva como uma alternativa, inclusive aos enfoques estratégico, analítico-institucional e comunicativo, pois, carrega em si elementos que vão desde a concepção estratégica até a análise dos sujeitos enquanto históricos e definidores do processo de transformação social.

Pedrosa (1997)^[P]; Assis *et al* (1997)^[W]; Laluna & Ferraz (2003)^[T]; Bursztin & Ribeiro (2005)^[J]; e Piovesan *et al* (2005)^[V] são autores que, no que concerne à produção no cabedal dos artigos selecionados, se aproximam dessa perspectiva metodológica, pois, apesar de se assumirem defensores dos enfoques estratégico, analítico-institucional ou comunicativo, rompem com as barreiras estabelecidas por esses enfoques e introduzem o sujeito no processo de planejar de modo irreverente e inovador.

Para esses autores, os sujeitos do planejamento são todos aqueles que fazem parte do contexto a ser planejado. Eles se relacionam através de práticas educativas e de interações que extrapolam os conhecimentos do campo da saúde. Comunicam-se através de diálogos interativos, constituídos nos momentos do planejamento, que refletem a sua atitude pedagógica enquanto sujeito a serviço da libertação. De fato, mediante as outras perspectivas, podemos afirmar que essa é a que mais se aproxima daquilo que poderíamos chamar de “Planejamento para a Liberdade” – uma abordagem centrada no sujeito livre em ação para a transformação da realidade.

**6 PONTO DE CHEGADA PARA INICIAR UMA NOVA CAMINHADA: nossas
considerações finais**

Chegamos ao ponto do qual, verdadeiramente, deveríamos ter partido – o ponto de chegada. Lugar onde de fato podemos, inspirados em Teixeira (2003), “desatar os nós” para chegar ao pódio e comemorar uma etapa vencida; e “criar os laços” para novos momentos de caminhada, aproximação e reflexão.

Descobrimos aqui, um pouco mais sobre a “verdade interior” do planejamento em saúde orientado pela hermenêutica e o deciframos outro tanto, construído historicamente, como parte da dialética. Procuramos compreender melhor suas nuances, contradições, limites e potencialidades no exercício da hermenêutica-dialética, que nos permite evidenciar que a pedagogia da Saúde Coletiva possibilita que nos constituamos enquanto sujeitos livres a serviço da libertação, apesar das investidas que possam surgir por parte dos sujeitos da alienação e do poder.

Somos sujeitos da práxis e da revolução, constituídos a partir de uma concepção dialética de existência na luta em defesa de uma vida transformada, ainda que nos limites impostos pela realidade objetiva.

Ao caminhar pelos labirintos do planejamento em saúde, apreendendo a metáfora desenvolvida por Onocko Campos (2003), percebemos que as possibilidades de intervenção sobre a realidade são diversas e se constituíram ao longo de muitos anos, tanto no cenário internacional, quanto no nacional. Os sujeitos dessa construção, ainda que se constituindo enquanto livres, enveredaram-se na busca de novos modelos de intervenção em sua prática, inovando, transformando o que já estava dado – agregando valor de uso ao objeto do planejamento na área da saúde.

Utilizando os termos da hermenêutica clássica, podemos dizer que a luta pela vida travada pelos sujeitos do planejamento em saúde é uma luta pela “verdade”, que tem o poder de libertar do julgo e da servidão da forma, elevando a técnica ao patamar de prática transformadora da realidade – uma práxis social.

Desde os primórdios da planificação em saúde na América Latina, a busca incansável dos planejadores se deu no sentido de estabelecer graus de liberdade para o setor, ainda que, no contexto, a questão econômica fosse o pano de fundo para as ações determinadas.

O jogo político aliado aos interesses do capital podem até ter “maculado” o propósito da planificação, porém não sufocaram o desejo dos planejadores por mudanças na ordem estabelecida. Podemos testificar isso, lembrando o fato de que após o “fracasso” do Método CENDES / OPAS, muitos dos seus idealizadores engrossaram as fileiras daqueles que propuseram novos modelos de planejamento para a saúde, pautando-se em questões sociais e em necessidades que se estabeleciam individual e coletivamente.

Os enfoques Estratégico, Comunicativo, Analítico-institucional e Participativo, convivendo com o Enfoque Normativo dialeticamente, proporcionaram à área de planejamento em saúde o descobrimento de diversos caminhos, que no híbrido teórico-conceitual, coadunam com a idéia de transformação da realidade, ainda que, em muitos momentos se busque, por força da intencionalidade de alguns sujeitos, a manutenção da ordem estabelecida através dos mecanismos da coerção e da alienação, característicos do exercício do poder em suas arenas decisórias, em constante conflito.

A “doce descoberta” sobre os sujeitos do planejamento foi um movimento deveras instigante. A leitura e o aprofundamento nos artigos que selecionamos para este estudo, nos permitiu refletir acerca do papel que desempenhamos na sociedade.

Testificar que o planejamento em saúde no Brasil no período 1990-2005 foi marcado pela discussão do acesso à saúde, nos fez compreender como é importante aproximar a teoria da prática, pois, nos aproximamos de uma realidade objetiva e concreta, que, de fato não é tão explorada quando se estuda esta área. O acesso à saúde foi a grande novidade, pelo menos para nós, encontrada no mergulho hermenêutico-dialético que realizamos. Foi uma surpresa esperada, se é que podemos assim dizer!

Descobrir novos caminhos para se discutir o poder nas suas diversas dimensões, foi uma experiência sem igual. Nos permitimos viajar no labirinto do conhecimento e encontrar o fio de Ariadne para a transformação: a práxis.

Discutir o sujeito numa perspectiva pedagógica foi um momento de extremo reencontro – um dia de graça! Momento de auto-conhecimento. De concretização de sonhos. De uma aproximação mais concreta com a quebra de paradigmas. Momento em que, verdadeiramente, o caminho que trilhamos nos possibilitou enxergar uma imagem-objetivo mais concreta – a totalidade, ainda que parcial.

Inspirados mais uma vez em Onocko Campos (2003), resgatamos a metáfora da novidade enquanto “objeto-sereia”, captada a partir dos versos de Herbert Vianna: “a novidade como um sonho, um milagre tão risonho, um pesadelo tão medonho, uma guerra, um paradoxo estendido na areia...”

Um “sonho de liberdade”, materializado na descoberta da pedagogia da libertação de Paulo Freire e na pedagogia da práxis de Moacir Gadotti.

Um “milagre risonho”, que emerge da descoberta feliz de que somos sujeitos e que podemos ser livres se valorizarmos a práxis e se compreendermos que somos frutos de uma ação pedagógica que pode nos libertar da servidão e da alienação.

Um “pesadelo medonho”, quando encontramos nas esquinas do caminho os sujeitos da alienação e do poder, lançando sobre nós seus dardos inflamados para nos silenciar, trabalhando para a manutenção da ordem estabelecida e pela hegemonização do *status quo*.

Uma “guerra”, resultado da nossa luta pela vida em defesa dos ideais de liberdade, para a transformação social, para a transformação dos sujeitos.

Um “paradoxo estendido na areia”, quando, mesmo participando dos movimentos de mudança, nos deparamos com as contradições que se estabelecem no confronto entre o que queremos e o que podemos fazer na luta pela transformação da realidade.

E a novidade não cessa de aparecer diante dos nossos olhos no mergulho hermenêutico-dialético que fizemos. Ela também se revela na testificação de que somos plurais no entendimento e concebemos o planejamento na saúde de diversas formas: uma técnica, um método, um modo, um meio, um instrumento / atividade, um subsídio, um dispositivo, uma práxis – elementos constituintes do modo de se pensar o planejamento, isto é, suas concepções.

Concepções que formam a ideologia que subsidia a constituição de estruturas e formações, *lóci* de operacionalização das práticas pedagógicas que constroem os sujeitos da vida re-significados pela práxis.

Práxis que contrói e re-contrói; que re-significa; que estabelece graus diferenciados de liberdade na ação; que permite ao sujeito mediar sua chegada ao ponto de partida para recomençar – ao ponto de chegada. Espaço que é o *lócus* da inflexão hermenêutica do planejamento em saúde: um lugar histórico; uma realidade objetiva. Lugar onde os dilemas e conflitos se estabelecem e onde os sujeitos, interagindo entre si, permitem-se compreender e serem compreendidos, lançando mão de suas vicissitudes e se despindo de suas vaidades, na busca da “verdade-ciência”, “verdade-práxis” e “verdade-vida”; enquanto propósitos concretamente estabelecidos.

Parafraseando com Assis (1998, p.269):

Concluir um trabalho é sempre um processo difícil. As indagações estão presentes, as incertezas, as certezas, os dilemas e os desafios. E é como sujeitos do processo que habilitamo-nos a tomar uma posição e propor mudanças para o Sistema de Saúde. (...) Todo conhecimento é provisório, e no debate e na experiência prática ganhamos novas e mais ricas interrogações, nas relações que vivenciamos uns com outros, nos espaços sociais que habitamos e trabalhamos. As relações entre diferentes sujeitos que fazem a prática cotidiana são permeadas por singularidades, por conflitos, por verdades absolutizadas, por dúvidas, por diferenças, convergências que

podem ser exploradas, de modo que as certezas ou incertezas se tornem instrumentos de criatividade, diálogo, debate. Implica inserir no jogo a visão acerca da mudança – e suas condições de possibilidades na realidade específica –, assim como o compromisso acerca dos sujeitos participantes que planejam, articulam e integram um futuro desejado.

De fato, as incertezas, as dúvidas, os dilemas e os desafios se colocam a cada instante quando nos colocamos à prova e assumimos a identidade de sujeito epistêmico e avaliador. Não que tenhamos “medo” de enfrentar as críticas que possam surgir, mas por termos “medo” de assumir o conflito da nossa realidade de sujeito, que muitas vezes não nos possibilita romper abruptamente com o *status quo*. Mas, mesmo diante das incertezas que se apresentam nos caminhos do cotidiano, como sujeitos da vida aceitamos o desafio de enfrentá-las, buscando graus maiores de liberdade no cenário das lutas em defesa da vida individual e coletiva, transformando-nos pedagogicamente em sujeitos da práxis a serviço da libertação.

Os sujeitos da práxis são militantes, ativistas críticos cujo esforço permanente é o do crescimento, da criação, da re-criação permanente do novo, da iluminação da realidade. Seus temores e seus medos revelam seus sonhos e seus desejos. São os sinais do trabalho de transformação. Uma “visão de futuro”. Uma “ponta de esperança”.

A sorte está lançada! Agora, é só decidir o caminho.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, J.A.G. **Instituição e Poder**: a análise concreta das relações de poder nas instituições. 2.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986.

ARTMANN, E. **O Planejamento Estratégico Situacional**: a trilogia matusiana e uma proposta para o nível local de saúde (uma abordagem comunicativa). Rio de Janeiro, 1993. Tese de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ.

-----.; AZEVEDO, C.S. & SÁ, M.C. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico do planejamento no nível local de saúde. Análise de duas experiências. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 13 (4): 723-740, out/dez, 1997. Disponível em: <[http:// www.scielo.br/pdf](http://www.scielo.br/pdf)>. Acesso em 29.01.2006.

ARTMANN, E. & RIVERA, F.J.U. A *démarche stratégique* (gestão estratégica hospitalar): um instrumento de coordenação da prática hospitalar baseado nos custos de oportunidade e na solidariedade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8 (2): 479-499, 2003. Disponível em: <[http:// www.scielo.br/pdf](http://www.scielo.br/pdf)>. Acesso em 29.01.2006.

ASSIS, M.M.A. **As formas de produção dos serviços de saúde**: o público e o privado. Ribeirão Preto, 1998, 313 p. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

-----.; PEREIRA, M.J.B & MISHIMA, S.M. Planejamento em Saúde: uma possibilidade de ação comunicativa. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, SP, v.5, n.4, p.55-60, out, 1997. Disponível em: <[http:// www.scielo.br/pdf](http://www.scielo.br/pdf)>. Acesso em 29.01.2006.

-----.. O processo de construção do controle social no Sistema Único de Saúde e a gestão nos espaços institucionais. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.27, n.65, p.324-335, set./dez. 2003.

-----.. VILLA, T.C.S. & NASCIMENTO, M.A.A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8 (3): 815-823, 2003.

BAREMBLIT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**: teoria e prática. 5.ed. Belo Horizonte, MG: Instituto Félix Guatarri, 2002.

BARRENECHEA, J.J. & TRUJILLO, E. **SPT 2000**: implicaciones para la planificación y administración delos sistemas de salud. Universidad de Antioquia, Facultad de medicina de Medellín, Colombia, 1987.

BOBBIO, N. **Teoria Geral da Política**: a filosofia e as lições dos clássicos. Organizado por Michelangelo Bovero; tradução Daniela Baccaria Versiani. Rio de Janeiro: Elsevier, 2000.

-----.. **Noberto Bobbio**: o filósofo e a política (antologia). Organização e apresentação José Fernández Santillán; tradução César Benjamin e Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Contraponto, 2003.

-----. **Estado, Governo e Sociedade**: para uma teoria geral da política. 12.ed. Tradução Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Paz e terra, 2005.

BURSZTIN, I. & RIBEIRO, J.M. Avaliação participativa em programas de saúde: um modelo para o Programa de Saúde do Adolescente. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 21 (2): 404-416, mar/abr, 2005. Disponível em: <[http:// www.scielo.br/pdf](http://www.scielo.br/pdf)>. Acesso em 29.01.2006.

CAMPOS, C.E.A. Os inquiridos de saúde sob a perspectiva do planejamento. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 9 (2): 190-200, abr/jun, 1993. Disponível em: <[http:// www.scielo.br/pdf](http://www.scielo.br/pdf)>. Acesso em 29.01.2006.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma**: repensando à saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

-----.; MERHY, E.E. & NUNES, E.D. **Planejamento sem normas**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

-----. **A Saúde Pública e a Defesa da Vida**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

-----. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CASTORIADIS, C. **A instituição imaginária da sociedade**. Tradução de Guy Reynald. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

CECILIO, L.C.O. A construção de uma cultura institucional de planejamento: a contribuição do município. **Saúde em Debate** 31.CEBES, março de 1991.

----- (org). **Inventando a mudança na Saúde**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1997a.

-----. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (org). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. 2.ed. São Paulo, Hucitec / Lemos Editorial, 1997b. p. 151-167.

-----. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (org). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. 2.ed. São Paulo, Hucitec / Lemos Editorial, 1997c. p. 293-319.

-----. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 13 (3): 469-478, jul/set, 1997d. Disponível em: <[http:// www.scielo.br/pdf](http://www.scielo.br/pdf)>. Acesso em 29.01.2006.

CHORNY, A.H. Planificación em salud: viejas ideas em nuevos ropajes. **Cuadernos Medico Sociales**, 73: 23-44, 1993.

CHORNY, A.H. **Gerencia estrategica de servicios de salud**. Rosario, Argentina, Instituto de la Salud Juan Lazarte, 1996.

COHN, A. Conhecimento e prática em Saúde Coletiva. **Saúde e Sociedade**, 1 (2): 97-109, 1992.

CORREIA, M.V.C. **Que Controle Social?** Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

COUTINHO, N.C. & TEIXEIRA, A.P. (org) **Ler Gramsci, entender a realidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

DESLANDES, S.F & ASSIS, S. G.A. Abordagens Qualitativa e Quantitativa: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M.C. & DESLANDES, S.F. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p.195-226.

DYNIWICZ, A.M. & RIVERO-DE-GUTIÉRREZ, M.G. Metodologia de pesquisa para enfermeiras de um hospital universitário. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, 13 (3): 354-363, mai / jun, 2005. Disponível em: <[http:// www.scielo.br/pdf](http://www.scielo.br/pdf)>. Acesso em 18.05.2006.

FLEURY, S. Paradigmas da reforma da Seguridade Social: Liberal-produtivista versus Universal-publicista. In: EIBENSCHUTZ, C. (org) **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 69-94.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 18.ed. Organização, introdução e revisão técnica de Roberto Machado. Rio de Janeiro: edições Graal, 2003.

----- **A arqueologia do saber**. 7.ed. Tradução Luiz Felipe Baeta Neves. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FOSNOT, C.T. (org) **Construtivismo: teoria, perspectivas e prática pedagógica**. Tradução Sandra Costa. Porto Alegre, RS: Artmed, 1998.

FREIRE, A.M.A. (org) **A Pedagogia da Libertação em Paulo Freire**. São Paulo: UNESP, 2001.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 29.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

----- & SHOR, I. **Medo e ousadia: o cotidiano do professor**. 10.ed. Tradução Adriana Lopes, revisão técnica Lólio Lourenço de Oliveira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

----- **Pedagogia do oprimido**. 32.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

----- **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. 10.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

----- **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 27.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

----- **Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos**. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

GADAMER, H.G. **Verdade e método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. 6ed. Tradução de Flavio Paulo Meurer e Enio Paulo Giachini. Petrópolis – RJ: Vozes, Bragança paulista – SP: Editora Universitária São Francisco, 2004.

- GADOTTI, M. **Pedagogia da Práxis**. 3.ed. São Paulo: Cortez / Instituto Paulo Freire, 2001.
- GALLO, E. **Razão e planejamento**: reflexões sobre política, estratégia e liberdade. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1995.
- GANDIN, D. A posição do Planejamento Participativo entre as ferramentas de intervenção na realidade. **Currículo sem Fronteiras**, 1 (1): 81-95, 2001.
- GIOVANELLA, L. Planejamento Estratégico em Saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 6 (2): 129-153, abr/jun, 1990. Disponível em: <[http:// www.scielo.br/pdf](http://www.scielo.br/pdf)>. Acesso em 29.01.2006.
- . As origens e as correntes atuais do Enfoque Estratégico do Planejamento de Saúde na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 7 (1): 26-44, jan/mar, 1991. Disponível em: <[http:// www.scielo.br/pdf](http://www.scielo.br/pdf)>. Acesso em 29.01.2006.
- & FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (org) **Política de Saúde**: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 177-198.
- GONZALES, R.I.C; CESARIN, S.N.A; CALIRI, M.H.L.; SASSAKI, C.M.; MONROE, A.A. & VILLA, T.C.S. Gerenciamento de cuidado: um novo enfoque no cuidado à saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, SP, v.11, n.2, p.227-231, 2003. Disponível em: <[http:// www.scielo.br/pdf](http://www.scielo.br/pdf)>. Acesso em 29.01.2006.
- GRAMSCI, A. **Concepção dialética da história**. 9.ed. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.
- . **Os intelectuais e a organização da cultura**. 9.ed. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.
- HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo**. (Tradução de Guido A. de Almeida). Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.
- HOPPEN, N. Sistemas de Informação no Brasil: uma análise dos artigos científicos dos anos 90. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba - PR, 2 (3): 151-177, set / dez, 1998. Disponível em: <[http:// www.anpad.org.br](http://www.anpad.org.br)>. Acesso em 18.05.2006.
- HOROVITZ, D.D.G.; LLARENA JÚNIOR, J.C. & MATTOS, R.A. Atenção aos defeitos congênitos no Brasil: panorama atual. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 21 (4): 1055-1065, jul / ago, 2005. Disponível em: <[http:// www.scielo.br/pdf](http://www.scielo.br/pdf)>. Acesso em 29.01.2006.
- HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- JARDILINO, J.R. **Paulo Freire**: retalhos biobibliográficos. 2.ed. São Paulo: Xamã / Edições Pulsar, 2003.

JESUS, W.L.A. *et al.* **Planejamento como tecnologia de gestão em Una – Bahia:** a construção coletiva de espaços de acolhimento. Ilhéus, 2003, 93 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Universidade Estadual de Santa Cruz.

KUSHNIR, R. Organizando redes de serviços de saúde. In: PESSÔA, L.R. **Curso de Aperfeiçoamento em gestão de investimentos e projetos em saúde.** Organizado por Luisa Regina Pessoa e Luiz Felipe Pinto. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

LACERDA, J.T.; CALVO, M.C.M. & FREITAS, S.F.T. Diferenciais intra-urbanos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: potencial de uso para o planejamento em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 18 (5): 1331-1338, set/out, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em 29.01.2006.

LALUNA, M.C.M.C. & FERRAZ, C.A. Compreensão das bases teóricas do planejamento participativo no currículo integrado de um curso de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, SP, v.11, n.6, p.771-777, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em 29.01.2006.

LAUREL, A.C. A saúde-doença como processo social. In: BARATA, R.C.B. A historicidade do conceito de causa. Textos de apoio: **Epidemiologia 1**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1985. p. 13-27.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R.A. (org) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: IMS / UERJ / ABRASCO, 2001. p.39-64.

MATSUDA, L.M.; ÉVORA, YDM. & BOAN, F.S. O método Desdobramento da função Qualidade (QFD) no planejamento do serviço de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, SP, v.8, n.5, p.97-105, out, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em 29.01.2006.

MATUS, C. **Adeus Senhor Presidente:** Planejamento, anti-planejamento e governo. Recife: Listteris Editora, 1989.

----- **Política, planejamento e governo.** São Paulo: Hucitec, 1993.

MÉIO, M.D.B.B.; MAGLUTA, C.; MELLO, R.R. & MOREIRA, M.E.L. Análise situacional do atendimento ambulatorial prestado a recém-nascidos egressos das unidades de terapia intensiva neonatais no Estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10 (2): 299-307, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em 29.01.2006.

MENDES, E.V. (org) **Distrito Sanitário:** o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4.ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999.

MERHY, E. E. **O capitalismo e a Saúde Pública.** 2.ed. Campinas: Papius, 1987.

----- **A Saúde Pública como política:** um estudo de formuladores de políticas. São Paulo, Hucitec, 1993.

-----. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates em saúde no Brasil. In: GALLO, Edmundo (org) **Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade.** São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec / Abrasco, 1995. p.117-148.

-----. 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.** São Paulo / Buenos Aires: Hucitec / Lemos Editorial, 1997^a. p.71-112.

-----. Em busca das tecnologias analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia em serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (org). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo / Buenos Aires: Hucitec / Lemos Editorial, 1997b. p.113-150.

-----. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, 1999, v.02, p.305-314.

-----. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T.B. & cols (org) **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho.** São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M.C. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6 (1): 7-19, 2001. Disponível em: <[http:// www.scielo.br/pdf](http://www.scielo.br/pdf)>. Acesso em 13.04.2006.

MINAYO, M.C. & DESLANDES, S.F. (org) **Caminhos do pensamento epistemológico e metodológico.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec / Abrasco, 2004.

MISOCZKY, M.C. **O campo da Atenção à Saúde após a Constituição de 1988: uma narrativa de sua produção social.** Porto Alegre, RS: Dacasa editora / PDG-Saúde, 2002.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à Educação do Futuro.** Tradução de Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya. Revisão técnica de Edgar de Assis Carvalho. 9.ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2004.

NICOLETTO, S.C.S; CORDONI JÚNIOR, L.; COSTA, N.R. Consórcios intermunicipais de saúde: o caso do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 21 (1): 29-38, jan/fev, 2005. Disponível em: <[http:// www.scielo.br/pdf](http://www.scielo.br/pdf)>. Acesso em 29.01.2006.

NUNES, E.D. As ciências sociais em saúde: reflexões sobre as origens e a construção de um campo de conhecimento. **Saúde e Sociedade**, 1 (1): 59-84, 1992.

ONOCKO CAMPOS, R.T. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre, o planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.723-731, 2000a. Disponível em: <[http:// www.scielo.br/pdf](http://www.scielo.br/pdf)>. Acesso em 29.01.2006.

-----. Análise do planejamento como dispositivo mediador de mudanças institucionais com base em um estudo de caso. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 16 (4): 1021-1030, out/dez, 2000b. Disponível em: <[http:// www.scielo.br/pdf](http://www.scielo.br/pdf)>. Acesso em 29.01.2006.

-----. O planejamento em saúde sob o foco da hermenêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.6, n.1, p.197-207, 2001. Disponível em: <[http:// www.scielo.br/pdf](http://www.scielo.br/pdf)>. Acesso em 29.01.2006.

-----. **O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica**. São Paulo: Hucitec, 2003.

-----. Pesquisa Qualitativa em Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde Coletiva. In: BARROS, N.F. CECATTI, J.G. & TURATO, E.R. **Pesquisa Qualitativa em Saúde – múltiplos olhares**. Campinas, SP: UNICAMP / FCM, 2005. p. 261-271.

PAIM J.S. Crise do planejamento autoritário em saúde. **Revista da Associação Psiquiátrica da Bahia**, 4: 52-61, 1981.

-----. A gestão do SUDS no Estado da Bahia. **Cadernos de Saúde Pública**, 5 (4): 365-375, 1989.

-----. A reorganização das praticas em de saúde em Distritos sanitários. In: **Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das praticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993.

-----, & FILHO, N.A. Saúde Coletiva: uma nova saúde publica ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**. São Paulo: V.32, n.4, p.299-316, 1998. Disponível em: <[http:// www.scielo.br/pdf](http://www.scielo.br/pdf)>. Acesso em 29.01.2006.

PAIM, J.S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8 (2): 557-567, 2003. (disponível em Disponível em: <[http:// www.scielo.br/pdf](http://www.scielo.br/pdf)>. Acesso em 29.01.2006.

-----. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. In: HARTZ, Z.M.A. & VIEIRA-DA-SILVA, L.M. (org) **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador, BA: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 9-10.

PEDROSA, J.I.S. A construção do significado do controle social com conselheiros de saúde no Estado do Piauí, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 13 (4): 741-748, out/dez, 1997. Disponível em: <[http:// www.scielo.br/pdf](http://www.scielo.br/pdf)>. Acesso em 29.01.2006.

PEREIRA, A. **A analítica do poder em Foucault: a arqueologia da loucura, da reclusão e do saber médico na Idade Clássica**. Belo Horizonte, MG: Autêntica; FUMEC, 2003.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R.A. (org) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS / UERJ / ABRASCO, 2001, p.65-112.

PIOVESAN, M.F.; PADRÃO, M.V.V; DUMONT, M.U.; GONDIN, G.M.; FLORES, O.; PEDROSA, J.I. & LIMA, L.F.M. Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos

locais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, RJ, 8 (1): 83-95, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em 29.01.2006.

PUSTAI, O.J. O sistema de Saúde no Brasil. In: DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I. & GIUGLIANI, E.R.J. (org) **Medicina Ambulatorial: condutas de Atenção Primária baseadas em evidências**. 3.ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2004. p. 69-75.

REZENDE, F.A.V.S.; ALMEIDA, R.M.V. & NOBRE, F.F. Diagramas de Voronoi para definição de áreas de abrangência de hospitais no município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 16 (2): 467-475, abr/jun, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em 29.01.2006.

REZENDE, F.A.V.S.; ALMEIDA, R.M.V. & NOBRE, F.F. Diagramas de Voronoi para definição de áreas de abrangência de hospitais no município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 16 (2): 467-475, abr/jun, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em 29.01.2006.

RIVERA, F. J. U. **Os determinantes históricos do planejamento em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro, 1992. Tese de Mestrado. Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

-----. **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. 2ed. São Paulo: Cortez – Abrasco, 1992.

-----. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 12 (3): 357-372, jul/set, 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em 29.01.2006.

----- & ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciência & Saúde Coletiva**. V.4, n.2, p.355-365, 1999.

RIVERA, F.J.U. **Análise Estratégica em Saúde e Gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ROUQUAYROL. M.Z. & ALMEIDA FILHO, N. (org) **Epidemiologia e Saúde**. 5.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

ROSO, A.; BUENO, S.N. & GUARESCHI, P. Planejamento na área de saúde: o poder em discussão. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.24, n.54, p.38-53, jan./abr. 2000.

SÁ, M.C. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6 (1): 151-164, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em 29.01.2006.

SADER, E. **Quando novos personagens entraram em cena**. Experiências e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo 1970-1980. 2 ed, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

SANTOS, B.S. **Introdução a uma Ciência Pós-moderna**. 4ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003.

SARGENTINI, V. & NAVARRO-BARBOSA, P. **Michell Foucault e os domínios da linguagem**: discurso, poder e subjetividade. São Carlos – SP: Claraluz, 2004.

SCHRAIBER, L.B. (org). **Programação em saúde hoje**. 2ed. São Paulo: Hucitec, 1993.

SCOCHI, M.J. Indicadores da qualidade dos registros e da assistência ambulatorial em Maringá, (Estado do Paraná, Brasil), 1991: um exercício de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 10 (3): 356-367, jul/set, 1994. Disponível em: <http:// www.scielo.br/pdf>. Acesso em 29.01.2006.

SILVA JÚNIOR, A.G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L. & FERREIRA, J. H. G. Planejamento em Saúde. In: **Saúde & Cidadania, volume 02**. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. p.5-13.

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 praticas sanitárias do SUS. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993. p.231-265.

-----. A construção social do Planejamento e programação local da vigilância a saúde no Distrito Sanitário. In: MENDES, E. V. (org) Planejamento e programação local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário, OPS. **Serie Desenvolvimento dos serviços de saúde, n. 13**. Brasília, 1994. p.43-59.

-----. **Epidemiologia e Planejamento em Saúde: contribuição ao estudo da prática epidemiológica no Brasil. 1990-1995**. Salvador – Bahia, 1996. Tese de Doutorado. Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

-----. **Planejamento e programação da vigilância da saúde**. Salvador – Bahia: ISC/UFBA, 1997.

-----. Epidemiologia e planejamento em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4 (2): 287-303, 1999.

-----. **O futuro da prevenção**. Salvador – Bahia: Casa da Qualidade Editora, 2001.

-----; PAIM, J.S. & VILASBÔAS, A.L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. In: TEIXEIRA, C.F. **Promoção e Vigilância da Saúde**. Salvador, BA: Instituto de Saúde Coletiva, 2002. p. 23-58.

-----. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.27, n.65, p.257-277, set./dez. 2003.

TESTA, M. **Pensar em salud**. 3ed. Buenos Aires - Argentina: Lugar Editorial, 2004.

-----. **Saber em salud**: la construccion del conocimiento. Buenos Aires – Argentina: Lugar Editorial, 1997.

-----. **Pensamento estratégico e lógica da programação: o caso da saúde.** São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec, 1995.

TOBAR, F. & YALOUR, M.R. **Como fazer teses em Saúde Pública:** conselhos e idéias para formular projetos, redigir teses e informes de pesquisas. Tradução de Maria Ângela Cançado. Rio de Janeiro Fiocruz, 2002.

UNGLERT, C.V.S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão dos serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo, 24 (6): 445-52, 1990. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em 29.01.2006.

VERAS, C.M.T & MARTINS, M.S. A confiabilidade dos dados nos formulários de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública,** RJ, 10 (3): 339-355, jul/set, 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em 29.01.2006.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão de literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cadernos de Saúde Pública,** RJ, 19 (3): 705-715, mai/jun, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em 29.01.2006.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: HARTZ, Z.M.A. & VIEIRA-DA-SILVA, L.M. **Avaliação em Saúde:** dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador, BA: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-40.

APÊNDICES

APÊNDICE I:
Matriz Analítica Geral 01

Código	Título do artigo	Autor / Vínculo institucional	Descritores	Aspectos teórico-conceituais	Aspectos metodológicos	Temas abordados
1990.1	Planejamento Estratégico em Saúde: discussão da abordagem de Mário Testa	GIOVANELLA, L. (Escola Nacional de Saúde Pública)	Não apresentados	<ul style="list-style-type: none"> • Planejamento como prática histórica; • Postulado de Coerência; • Determinação e complexidade social do processo de produção dos problemas de saúde; • Poder compreendido como categoria explicativa da sociedade e do setor saúde; • Ideologia inclui um saber e uma prática. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico Estratégico (técnico, diagnóstico administrativo e diagnóstico político); • Propostas programático-estratégicas (programas de abertura, de avanço e de consolidação); • Síntese diagnóstica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Poder • Ideologia
1990.2	Enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde	UNGLERT, C.V.S. (Faculdade de Saúde Pública da USP)	Acesso aos serviços de saúde; Planejamento de instituições de saúde; Necessidade e	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso à saúde; • Acessibilidade; • Equidade; • Capacidade Instalada (real e operacional); • Concepção de Sistemas Locais de 	<ul style="list-style-type: none"> • Caracterização das áreas dos municípios com base em critérios geográficos, demográficos e sociais; • Levantamento de 	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso

		demanda de serviços de saúde.	de	Saúde	<p>unidades básicas de saúde existentes;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta médica como unidade de comparação entre as necessidades de serviços de saúde e a capacidade de atendimento dos recursos disponíveis. 	
1991.1	As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico do Planejamento em Saúde na América Latina	GIOVANELLA, L. (Escola Nacional de Saúde Pública)	Não apresentados	<ul style="list-style-type: none"> • Bases conceituais do Planejamento na área de saúde; • Construção histórica do Planejamento em Saúde na América Latina; • Correntes atuais do Enfoque estratégico do Planejamento da Saúde; • Planejamento é uma ação para o futuro; • Planejamento se situa no campo das decisões políticas; • Planejamento é um processo social complexo; • Calculabilidade; 	<ul style="list-style-type: none"> • Método CENDES/OPS; • Planejamento Estratégico Situacional; • Propostas programático-estretégicas; • Proposta de Medellín. 	<ul style="list-style-type: none"> • Poder

				<ul style="list-style-type: none"> • Previsibilidade; • Instrumento; • Tarefa; • Técnica; • Estratégia; • Tática. 		
1993.1	Os inquéritos de saúde sob perspectiva do Planejamento	de CAMPOS, C.E.A. (Universidade Federal do Rio de Janeiro)	Saúde Pública; Planejamento em Saúde; Serviços de Saúde; Estado de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Inquéritos de saúde (domiciliares, individuais, coletivos); • Estado de saúde; • Demanda; • Oferta; • Processo saúde-doença; • Epidemiologia como instrumento para diagnosticar e orientar para a tomada de decisões no setor saúde; • Doenças auto-percebidas; Morbidade (sentida, diagnosticada, objetiva); • Utilização dos serviços de saúde; • Prevalência; 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas metodológicos para a aplicação dos inquéritos nos países periféricos estão relacionados à velocidade das transformações sociais e culturais, os fluxos migratórios, as discrepâncias sociais e econômicas, a convivência de vários grupos étnicos, as formas alternativas disponíveis de cuidados em saúde; • O investigador envolvido na coleta de dados se defronta com um enorme número de problemas (validade dos indicadores, 	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso

			<ul style="list-style-type: none"> • Planejamento orientado pelas necessidades da população é calcado em critérios de eficiência e eficácia sociais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sub-informação de episódios de enfermidade; • Discrepâncias entre informações dos inquéritos e diagnósticos médicos; • Discrepâncias de relatos; omissão de dados. 	<ul style="list-style-type: none"> deficiências e normatização e avaliação, tamanho das amostras, etc.); 	
1994.1	A confiabilidade dos dados nos formulários de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), Rio de Janeiro, Brasil	VERAS, C.M.T; MARTINS, M.S. (Escola Nacional de Saúde Pública)	Serviços de saúde; sistema hospitalar; avaliação em saúde; planejamento	<ul style="list-style-type: none"> • Confiabilidade; • Informações Hospitalares; Sistemas de Informações em Saúde; • Financiamento da Saúde; • Concordância; • Variáveis clínicas; • Pagamento de serviços profissionais; 	<ul style="list-style-type: none"> • Amostra por conglomerado estratificada; • Análise fatorial; • Teste Kappa; • Negociação com os Diretores Administrativos; • Autorização para utilização das fontes secundárias; • Treinamento dos entrevistadores; • Análise de 	<ul style="list-style-type: none"> • Financiamento da saúde

				<ul style="list-style-type: none"> • Serviços Auxiliares Diagnósticos e Terapêuticos (SADT). 	<ul style="list-style-type: none"> • formulários de Autorização de Internação Hospitalar (AIH); • Análise de prontuários médicos; • Preenchimento de formulários da pesquisa; • Perdas.
--	--	--	--	---	---

1994.2	Indicadores da qualidade dos registros e da assistência ambulatorial em Maringá, (Estado do Paraná, Brasil), 1991: um exercício de avaliação	SCOCHI, M.J. (Universidade Estadual de Maringá, PR)	Planejamento em Saúde; Evolução dos serviços de saúde; qualidade; informação em saúde; cuidado ambulatorial	<ul style="list-style-type: none"> • Qualidade da informação em saúde como sinônimo de qualidade da assistência à saúde; • Avaliação da qualidade em saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação das unidades a serem investigadas; • Levantamentos dos registros dos prontuários médicos; • Identificação das hipóteses diagnósticas contidas nos prontuários; • Estabelecimento das dificuldades encontradas na elucidação da hipótese diagnóstica • Organização e discussão dos dados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informação em saúde
--------	--	---	---	---	--	---

1996.1	A	gestão RIVERA , F.J.U.	Gestão		
--------	---	------------------------	--------	--	--

situacional (em saúde) e organização comunicante	(em Escola Nacional de Saúde Pública)	situacional; Comunicação e gerencia; Descentralização; Planejamento em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Teoria Macro-organizacional do PES; • Cultura Organizacional; • Princípios úteis da Organização Comunicante; • Organização Comunicativa; • Triângulo de Ferro; • Gerência por Operações; • Organizações profissionais de saúde; • Reengenharia; • Integração horizontal de unidades de trabalho; • Descentralização; • Mudança cultural; • Auditoria de cultura. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuição para o Momento tático-operacional do PES; • Processamento sistemático de problemas e soluções; • Processamento criativo em grupo; • Manual Altadir de Monitoramento; • Interação comunicativa através do administrador de conversações; • Integração horizontal de unidades de trabalho; • Auto-normatização de centros operadores; • Negociação de critérios de avaliação de eficácia e eficiência; • Bom atendimento ao cliente como importante na definição de metas padrões e diretrizes; • Plano de comunicação / organização que 	<ul style="list-style-type: none"> • Poder • Cultura Organizacional
--	---------------------------------------	--	---	--	---

 impacte a cultura organizacional

1997.1	Modelos tecnoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada.	CECÍLIO, L.C.O. (Universidade Estadual de Campinas)	Modelo Tecnoassistencial; Acesso aos Serviços de Saúde; Planejamento em Saúde; Saúde Pública.	<ul style="list-style-type: none"> • Modelos assistenciais em saúde; • Atenção Primária a grupos populacionais; • Porta de Entrada; • Modelo Pirâmide; • Modelo Círculo; • Regionalização e hierarquização de serviços; • Cobertura; • Democratização do acesso aos serviços de saúde; • Rede básica de serviços de saúde; • Vínculo; • Território; • População adscrita; • Acolhimento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Definição de fluxos verticais e horizontais; • Qualificação e organização da porta de entrada do sistema; • Estabelecimento de protocolos; • Vínculo provisório; • Adscrição da clientela; • Estratificação de grupos de risco. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso; • Modelos de Atenção
1997.2	Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de	ARTMANN, E.; AZEVEDO, C.S.A.; SÁ, M.C. (Escola Nacional de Saúde Pública)	Planejamento em Saúde; Planejamento Estratégico; Saúde Pública	<ul style="list-style-type: none"> • Enfoque Estratégico do Planejamento em Saúde; • Sistema Local de Saúde; 	<ul style="list-style-type: none"> • Planejamento Estratégico Situacional (PES); • Proposta metodológica 	<ul style="list-style-type: none"> • Poder; • Sujeito

saúde: análise comparada de duas experiências.

- Limites e potencialidades do PES no nível local de saúde;
 - Situação;
 - Explicação situacional;
 - Teoria da Produção Social;
 - Teoria da Ação;
 - Momento;
 - Teoria das Macro-organizações;
 - Especificidade e complexidade das organizações de saúde;
 - Ator que planeja;
 - Problemas estratégicos;
 - Nível de autonomia;
 - Triângulo de Governo;
 - Conjuntura institucional;
 - Diagrama de afinidades – uma ferramenta da abordagem da Qualidade Total;
 - Vetor de definição do
- adaptada à especificidade local;
 - Método capaz de incorporar categorias analíticas, conceitos operacionais e outros instrumentais compatíveis com os problemas de saúde;
 - Atores / participantes;
 - Adesão / participação;
 - Papel do diretor;
 - Papel do acessor;
 - Apropriação metodológica pela equipe;
 - Conjuntura institucional;
 - Imagem de futuro;
 - Tempestade de idéias;
 - Protocolo de Seleção de Problemas (MATUS);
 - Desenho do plano;
 - Análise de viabilidade;
 - Organização / dinâmica do processo;

				<ul style="list-style-type: none"> • problema (VDP); • Nós críticos; • Operações. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vetor de definição do problema (VDP); • Nós críticos; • Operações; • Os tempos do processo; • Impacto nas práticas gerenciais; • Dificuldades. 	
1997.3	A construção do significado de controle social com conselheiros de saúde no estado do Piauí, Brasil.	PEDROSA, J.I.S. (Universidade Federal do Piauí)	Serviços de Saúde; Educação em Saúde; Conselhos de Planejamento em Saúde.	<ul style="list-style-type: none"> • Controle Social; • Participação Popular; • Conselhos de Saúde; • Sujeito; • Conselheiros de Saúde; • Prática de educação em saúde (ação educativa); • Constituição Brasileira de 1988; • Democracia; • Representatividade; • Paridade; • Legitimidade; • Espaço coletivo • Analisador de situação (natural, construído); • Monitor (Provocador 	<ul style="list-style-type: none"> • Seminários; • Analisadores situacionais; • Monitor intervencionista; • Monitor moderador • Provocador; • Discussão do significado de controle social no contexto local; • Elaboração do quadro de desvelamento das relações de poder; • Estabelecimento de desafios para o grupo; • Método de Paulo Freire; • Psicodrama 	<ul style="list-style-type: none"> • Sujeito; • Poder; • Controle Social

				ideológico)		Pedagógico;	
				• Provocador libidinal.		• Intervenção pedagógica.	
1997.4	Planejamento em Saúde: uma possibilidade de ação participativa.	ASSIS, M.M.A. (Universidade Estadual de Feira de Santana – BA); PEREIRA, M.J.B. ; MISHIMA, S.M. (Universidade de São Paulo)	Planejamento integrado em saúde; planejamento participativo; ação comunicativa.	<ul style="list-style-type: none"> • Teoria do Agir Comunicativo em Saúde; • Sistema Local de Saúde (SILOS); • Participação da Comunidade; • Distrito Sanitário (Territorialização da Saúde); • Comunicação Participativa; • Organização; • Interação social; • Diálogo; • Saúde-doença como prática individual e coletiva. 		<ul style="list-style-type: none"> • Intérpretes; • Participantes; • Discussão com lideranças e com a comissão local de saúde; • Diagnóstico / levantamento de problemas situacionais; • Classificação dos dados / identificação de prioridades; • Oficinas integradas; • Exposição do diagnóstico situacional; • Estabelecimento de estratégias de intervenção. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sujeito; • Participação da comunidade
2000.1	Diagramas de Voronoi para a definição	REZENDE, F.A.V.S. (Secretaria	Acessibilidade; Diagramas de Voronoi;	<ul style="list-style-type: none"> • Áreas de abrangência; • Acessibilidade; 		<ul style="list-style-type: none"> • Diagramas de Voronoi (clássico, ponderado); 	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso

de áreas de abrangência de hospitais públicos no Município do Rio de Janeiro.	Municipal de Saúde do Rio de Janeiro); ALMEIDA, R.M.V.; NOBRE, F.F. (Universidade Federal do Rio de Janeiro)	Planejamento em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemas de Informações Geográficas; • Diagrama de Voronoi (Polígono de Thiessen); • População adscrita; • Unidade geral de atendimento / internação; • Cobertura assistencial; • Resolubilidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Equidistância entre pontos do polígono; • Pontos geradores; • Parâmetros para planejamento assistencial; • Cálculo do número de internações por clínica básica (clínica médica, ginecologia, obstetrícia, pediatria, cirurgia ambulatorial).
---	--	-----------------------	--	---

2000.2	Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre Planejamento Estratégico em Saúde, nos anos noventa, no Brasil.	ONOCKO CAMPOS, R.T. (Universidade Estadual de Campinas)	Técnicas de Planejamento; Planejamento em Saúde; Planejamento; Saúde Pública	<ul style="list-style-type: none"> • Planejamento; • Racionalidade instrumental; • Positivismo; • Dimensão teleológica do planejamento; • Teoria Geral da Administração; • Eficácia / realização pessoal; • Eficiência / dominação; • Planejamento como meio de ação comunicativa; 	<ul style="list-style-type: none"> • PES modificado ou ZOOP (Planificação de Projetos Orientada por Objetivos) enriquecido pelo PES; • Descrição cuidadosa dos problemas; • Crítica ao Momento estratégico simplificado; • Momento tático como momento de programação; • Como fazer; 	<ul style="list-style-type: none"> • Sujeito; • Poder
--------	--	---	--	--	---	---

-
- comunicativa;
 - Teoria do Agir Comunicativo;
 - Planejamento como subsídio da gestão democrática e das mudanças;
 - Planejamento como tecnologia de gestão;
 - Planejamento como instrumento / atividade dos processos de gestão das organizações;
 - Planejamento como prática social transformadora;
 - Planejamento como método de ação governamental;
 - Planejamento como técnica;
 - Planejamento como meio de intervenção em ambientes complexos;
 - Planejamento como mediação;
 - Dilemas meios-fins;
 - Controle-subjetivação;
 - O que fazer;
 - O ator como autoridade esmaga os sujeitos no momento do planejamento.
-

				<ul style="list-style-type: none"> • Valor de uso do planejamento. 		
2000.3	Análise do planejamento como dispositivo mediador de mudanças institucionais com base em um estudo de caso	ONOCKO CAMPOS, (Universidade Estadual de Campinas)	R.T. de Mudanças Institucionais; Planejamento em Saúde; Planejamento	<ul style="list-style-type: none"> • Mediação; • Espaço de mediação; • Planejamento como dispositivo viabilizador de mudanças institucionais; • Tecnologias de planejamento; • Processo de trabalho em saúde; • Campo e núcleo de competência; • Responsabilização; • Conflito; • Consenso; • Re-constituições; • Re-significações; • Trabalho vivo; • Trabalho morto; • Divisão social do trabalho; • Multi-profissionalidade; • Clínica ampliada; • Vínculo; • Defesa da vida; 	<ul style="list-style-type: none"> • Análise de documentos produzidos em oficinas de planejamento; • Imagens-objetivo; • Problemas; • Operações; • Ordenamento temático do material empírico; • Definição das categorias empíricas; • Construção de matrizes de investigação; • Confronto do material empírico com as matrizes de investigação; • Escuta aprimorada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Poder; • Sujeito

				<ul style="list-style-type: none"> • Resolutividade; • Determinação / Condicionamento; • História / Tempo • Pensamento Estratégico; • Postulado de Coerência • Dispositivo • Planejamento como dispositivo. 	
2000.4	O método desdobramento da função qualidade - QFD - no planejamento do Serviço de Enfermagem.	MATSUDA, L.M.; ÉVORA, Y.D.M. (Universidade de São Paulo); BOAN, F.S. (Fundação de Desenvolvimento Gerencial de Belo Horizonte, MG).	Desdobramento ; Planejamento; Enfermagem; Qualidade	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão pela Qualidade Total. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método Acesso Desdobramento da Função Qualidade; • Sorteio; • Critérios de inclusão; • Formulário; • Quantificação dos dados; • Autorização institucional; • Consentimento dos pacientes; • Construção de quadros, matrizes e tabelas; • Definição e delimitação dos clientes e da amostra;

-
- Categorização dos dados;
 - Determinação das qualidades exigidas;
 - Desdobramento dos dados originais em qualidades exigidas;
 - Priorização das necessidades dos clientes;
 - Estabelecimento das características de qualidade;
 - Estabelecimento das formas de avaliação das características de qualidade;
 - Identificação das características de qualidade que atuam no serviço;
 - Estabelecimento dos valores padrão para as características da qualidade;
 - Detalhamento e redefinição dos procedimentos priorizados;
 - Criação de manual de procedimentos provisório;
-

					<ul style="list-style-type: none"> • Treinar pessoal conforme manual de procedimentos provisórios; • Acompanhar e avaliar os resultados dos procedimentos; • Construir o manual de procedimentos definitivo; • Refletir continuamente sobre os procedimentos executados no planejamento do serviço. 	
2001.1	O planejamento em saúde sob o foco da hermenêutica	ONOCKO CAMPOS, (Universidade Estadual Campinas)	R.T. de	Planejamento em saúde; Saúde Pública; Abordagem hermenêutica	<ul style="list-style-type: none"> • Racionalidade instrumental; • Concepção instrumental do planejamento; • Concepção política do planejamento; • Funcionalidade entre meios e fins (função teleológica); • Papel técnico-político do planejador; • Eficácia; 	<ul style="list-style-type: none"> • Hermenêutica crítica; Sujeito; • Refletir sobre o já Poder dado; • Compreensão; • Interrogação / Interpretação hermenêutica.

-
- Qualidade;
 - Campo do planejamento;
 - Corpus tecnológico do planejamento;
 - PES
 - Pensamento Estratégico;
 - Reflexão sobre a história do planejamento em saúde na América Latina e no Brasil;
 - Sujeito;
 - Tradição;
 - História;
 - Reforma Sanitária Brasileira;
 - Práxis social
 - Relação teoria – método – técnica.
-

2001.2	Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde	SÁ, M.C. (Escola Nacional de Saúde Pública)	Planejamento e gestão em Saúde; Subjetividade nas organizações de saúde; O inconsciente nas organizações, Processos grupais e gestão	<ul style="list-style-type: none"> • Subjetividade; • Processos inter-subjetivos / grupais e organizacionais; • Processos de planejamento e gestão nas organizações de saúde; • Mal-estar organizacional; • Planejamento e gestão como possibilidade de regulação sobre processos sociais; • Planejamento social e construção de projetos coletivos regidos por valores altruístas e de justiça social; • Ética; • Trabalho na saúde; • Trabalho coletivo; • Racionalidade instrumental; • Racionalidade político-estratégica; • Governabilidade; 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicologia de grupo e análise do ego; • Psicanálise das instituições. 	Sujeito; Poder
--------	---	---	--	---	--	----------------

				<ul style="list-style-type: none"> • Sujeito do desejo e das pulsações; • Autonomia; • Produção da autonomia dos sujeitos; • Afetividade; • Conflito (intra-individual, inter-individual); • Tecnologias de poder. 	
<hr/>					
2002.1	Diferenciais intra-urbanos no Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: potencial de uso para o planejamento em saúde	LACERDA, J.T.; CALVO, M.C.M.; FREITAS, S.F.T. (Universidade Federal de Santa Catarina)	Análise Fatorial; Condições de Vida; Distribuição Espacial; Planejamento Urbano	<ul style="list-style-type: none"> • Ocupação espacial da população; • Processo saúde-doença; • Condições de vida; • Planejamento urbano aplicado à saúde; • Determinantes de distribuição de agravos à saúde na coletividade; • Sistemas Locais de Saúde (SILOS); • Diferenciais de saúde; • Setor censitário; • Condição de renda 	<ul style="list-style-type: none"> • Análise fatorial de Acesso correspondência; • Variáveis de condições de vida; • Métodos diagnósticos coletivos; • Cadastramentos de famílias e usuários; • Seleção e categorização de variáveis; • Tabela de contingência • Análises multivariadas.

- Desigualdade social.

2003.1	A <i>démarche stratégique</i> (gestão estratégica hospitalar): um instrumento de coordenação da prática hospitalar baseado nos custos de oportunidade e na solidariedade	ARTMANN, E.; RIVERA, F.J.U. (Escola Nacional de Saúde Pública)	Planejamento estratégico; Gestão hospitalar; Perfil assistencial; Saúde Pública	Gestão Estratégica Hospitalar; Análise estratégica de base microeconômica; Autonomização dos centros operacionais; Potencial de sinergias; Aliança estratégica; Parceria vertical; Construção da solidariedade; Integração conjunta; Adicionamento ou acréscimo; Complementaridade; Regulação; Custos tecnológicos; Controle de fluxos	Análise do Poder existente (diagnóstico administrativo e médico); Segmentação estratégica; Pontos fortes e pontos fracos; Construção do portfólio de atividades; Plano de ação (ações de negociação, comunicação, revalorização, sociais, intersetoriais, de mudança de modelo assistencial); Definição de critérios (de oportunidade de crescimento, intensidade da ocorrência,
--------	--	--	---	--	--

				assistenciais; Abastecimento; Estoque.		investimento realizado e a realizar, capacidade de incorporar e transferir); Montagem dos indicadores de monitoramento do plano Conexão e coordenação com parceiros.
2003.2	Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS	PAIM, (Universidade Federal da Bahia)	J.S. Planejamento e gestão em Saúde; Prática epidemiológica; Epidemiologia em serviços de saúde	Efetividade; Sujeitos sociais; Epidemiologia como instrumento para a gestão de sistemas de saúde; Sistemas Locais de Saúde; Modelos de Atenção; Enfoque epidemiológico; Crise da epidemiologia; Administração estratégica; Teoria do processo de trabalho em saúde; Agentes-sujeitos /	Estudos da situação de saúde; Vigilância Epidemiológica de doenças; Investigação causal; Avaliação do impacto dos serviços de saúde; Formulação de políticas; Critérios para a repartição de recursos; Diagnósticos e análises de situação de saúde; Planos;	Sujeito; Poder; Modelos de atenção

				<p>Sujeitos-agentes; Ação instrumental; Ação comunicativa; Tecnologias (leves, leve- duras, duras); Tecnologia de poder; Vigilância da Saúde; Regionalização da assistência à saúde.</p>	<p>Programas; Ações; Serviços; Avaliação.</p>	
2003.3	Gerenciamento de caso: um novo enfoque no cuidado em saúde	GONZALES, R.I.C. e cols. (Universidade São Paulo)	Administração de caso; Planejamento em saúde; Programas de assistência gerenciada; Prestação de cuidados de saúde	Gerenciamento de caso; Cuidado Gerenciado; Atenção gerenciada.	Diagnóstico; Planejamento; Implementação; Coordenação; Monitoramento; Avaliação.	Acesso
2003.4	Compreensão das bases teóricas do Planejamento Participativo no currículo integrado de um curso de enfermagem	LALUNA, M.C.M.C; FERRAZ, C.A. (Universidade São Paulo)	Educação em enfermagem; Currículo; planejamento participativo	Pedagogia crítico-social; Planejamento Estratégico Situacional; Ator Social; Situação; Produção Social; Fluxos; Acumulações; Regras.	Metodologia da problematização; Análise documental Assimilação; Representação; Ação; Regras; Avaliação.	Poder; Sujeito

2003.5	Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos	VERAS, R. (Universidade Estadual do Rio de Janeiro)	Idosos; Instrumentos de Detecção Precoce; Fragilização; Planejamento de Saúde; Saúde Coletiva	Fluxo de acesso; Reorganização dos modelos assistenciais; Desospitalização; Assistência ao idoso; Fragilização e probabilidade de agravos; Fluxo de atendimento Detecção precoce; Previsibilidade de agravos.	Prioridades; Triagem Rápida de risco; Amostra; Distribuição dos fatores de risco; Estratificação de risco Questionário.	Acesso Modelos de atenção
2005.1	Consórcios Intermunicipais de Saúde: o caso do Paraná, Brasil	NICOLETO, S.C.S. (Secretaria de Saúde do Estado do Paraná); CORDONI JÚNIOR, L. (Universidade Estadual de Londrina); COSTA, N.R. (Escola Nacional de Saúde Pública)	Especialidades Médicas; Planejamento em Saúde; Política de Saúde	Integralidade; Regionalização da Saúde; Consórcio Intermunicipal de Saúde; Perfil; Racionalidade Administrativa e econômica; Atenção secundária; Atenção terciária; Referência e Contra-referência Precarização.	Fontes primárias e secundárias; Questionário; Análise estatística em Epi Info; Parâmetros ministeriais.	Acesso
2005.2	Avaliação	BURSZTIN, I.	Planejamento	Modelo de atenção à	Abordagem participativa;	Acesso;

participativa em (Universidade programas Federal do Rio de de saúde: um Janeiro); modelo para o RIBEIRO, J.M. Programa do (Escola Nacional de de Saúde do Saúde Pública) Adolescente	Participativo; Saúde do Adolescente; Avaliação	saúde; Ação programática em saúde; Processo de trabalho em saúde; Fenômeno saúde-doença; Pedagogia do oprimido; Participação social; Gestão por objetivos; Enfoque de saúde integral; Singularidades; Planejamento Estratégico Situacional (PES).	Planejamento LogFRAME; Planejamento de Projeto Orientado aos Objetivos (ZOPP); Gestão do Ciclo do Projeto (PCM); Metodologias rápidas; Prioridades; Captação e adesão; Integração; Parcerias; Participação dos usuários; Treinamento; Avaliação Permanente Matriz de análise; Oficinas; Pontuação do desempenho; Visualização gráfica da avaliação.	Sujeito
--	---	--	--	---------

2005.3	Atenção aos (Universidade defeitos congênitos D.D.G. ; no Brasil: LLARENA JR, J.C. panorama atual. (Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Fernandez Figueira); MATTOS, R.	Defeitos congênitos; Política de Saúde; Serviços em Genética; Genética Médica; Planejamento	Malformação congênita; Anomalia estrutural; Defeito congênito; Genética Médica; Triagem neonatal; Programas especiais Sistemas de Informação.	Análise documental; Tabulação de dados; Dados de morbidade e mortalidade.	Acesso
--------	--	---	---	--	--------

		(Universidade Estadual do Rio de Janeiro)	em Saúde			
2005.4	Análise situacional do atendimento ambulatorial prestado a recém-nascidos egressos das unidades de terapia intensiva neonatais do Estado do Rio de Janeiro.	MÉIO, M.D.B.B.; MAGLUTA, C.; MELLO, R.R.; MOREIRA, M.E.L. (Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Fernandez Figueira)	Desenvolvimento do Infantil; Organização e Administração; Planejamento em Saúde	Acesso; Estrutura da rede assistencial; Organização de sistemas de saúde Serviço de seguimento.	Análise situacional; Instrumento de avaliação; Critérios de exclusão, inclusão e viabilidade; Avaliação.	Acesso
2005.5	Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais.	PIOVESAN, M.F. (Agência Nacional de Saúde Suplementar); PADRÃO, M.V.V.; DUMONT, M.U.; LIMA, L.F.M. (Agência Nacional de Vigilância Sanitária); GONDIM, G.M. (Universidade Federal do Rio Grande do Norte); FLORES, O. (Universidade de	Vigilância Sanitária; Planejamento em Saúde; Epidemiologia	Municipalização; Vigilância Sanitária; Planejamento Participativo; Estrutura dos serviços; Processo de trabalho; Gestão; Contexto político; Utilização de recursos Território.	Estimativa participativa; Diagnóstico preliminar; Oficinas de problematização; Envolvimento dos atores sociais; Observação; Investigação; Entrevistas semi-estruturadas; Capacitação.	Rápida Poder; Sujeito

Brasília);
PEDROSA, J.I.
(Ministério da
Saúde,
Universidade
Federal do Piauí)

**APÊNDICE II:
Matriz Analítica Geral 02**

Ano de publicação	Título do artigo	Periódico de publicação	Autor / Vínculo institucional	Descritores	Objeto (s) de análise	Tipo de estudo
1990.1	Planejamento Estratégico em Saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa	Cadernos de Saúde Pública, RJ, 6(2): 128-153, abr/jun, 1990	GIOVANELLA, L. (Escola Nacional de Saúde Pública)	Não apresentados	Análise da produção teórica de Mário Testa (1983-1987).	Ensaio teórico
1990.2	Enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde	Revista Saúde Pública, SP, 24(6): 445-52, 1990	UNGLERT, C.V.S. (Faculdade de Saúde Pública da USP)	Acesso aos serviços de saúde; Planejamento de instituições de saúde; Necessidade e demanda de serviços de saúde.	Planejamento da localização e dimensão dos serviços de saúde para a garantir a acessibilidade aos usuários na região de Santo Amaro – São Paulo, SP.	Estudo de Intervenção
1991.1	As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico do Planejamento em Saúde na América Latina	Cadernos de saúde Pública, RJ, 7(1): 26-44, jan/mar, 1991	GIOVANELLA, L. (Escola Nacional de Saúde Pública)	Não apresentados	Bases conceituais e históricas do planejamento econômico e social; Origens do Planejamento em	Ensaio teórico

					Saúde na América Latina; Método CENDES/OPAS; As três vertentes do enfoque estratégico: o planejamento situacional de Matus, as propostas programático-estratégicas de Testa e a proposta da Escola de Medellín.	
1993.1	Os inquéritos de saúde sob a perspectiva do Planejamento	Cadernos de Saúde Pública, RJ, 9(2): 190-200 abr/jun, 1993	CAMPOS, C.E.A. (Universidade Federal do Rio de Janeiro)	Saúde Pública; Planejamento em Saúde; Serviços de Saúde; Estado de Saúde	Importância dos inquéritos de saúde no acompanhamento do processo de distritalização do sistema de saúde.	Ensaio teórico
1994.1	A confiabilidade dos dados nos formulários de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), Rio de Janeiro,	Cadernos de Saúde Pública, RJ, 10(3): 339-355, jul/set, 1994	VERAS, C.M.T; MARTINS, M.S. (Escola Nacional de Saúde Pública)	Serviços de saúde; sistema hospitalar; avaliação em saúde; planejamento	Avaliação da qualidade das informações contidas nos bancos de dados dos formulários de Autorização de	Estudo de avaliação de Serviço de Saúde

Brasil			Informações Hospitalares (AIH) em hospitais do Rio de Janeiro, RJ.				
1994.2	Indicadores da qualidade dos registros e da assistência ambulatorial em Maringá, (Estado do Paraná, Brasil), 1991: um exercício de avaliação	Cadernos de Saúde Pública, RJ, 10(3): 356-367, jul/set, 1994	SCOCHI, M.J. (Universidade Estadual de Maringá, PR)	Planejamento em Saúde; Evolução dos serviços de saúde; qualidade; informação em saúde; cuidado ambulatorial	Avaliação de indicadores de qualidade da assistência ambulatorial (cobertura, procedência da clientela, demanda, resolubilidade, registro) no município de Maringá, PR.	de	Estudo de avaliação de serviço de saúde da
1996.1	A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante	Cadernos de Saúde Pública, RJ, 12(3): 357-372, jul/set, 1996.	RIVERA, F.J.U. (Escola Nacional de Saúde Pública)	Gestão situacional; Comunicação e gerencia; Descentralização; Planejamento em Saúde	Teoria organizacional e planejamento situacional como fundamentação de um modelo descentralizado de gestão de unidades complexas de saúde; Gestão de organizações de tipo profissional com foco na		Ensaio Teórico

					gerência comunicativa.	
1997.1	Modelos tecnoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada.	Cadernos de Saúde Pública, RJ, 13(3): 469-478, jul/set, 1997.	CECÍLIO, L.C.O. (Universidade Estadual de Campinas)	Modelo Tecnoassistencial; Acesso aos Serviços de Saúde; Planejamento em Saúde; Saúde Pública.	Conformação do Modelo Tecnoassistencial em Saúde no SUS	Ensaio Teórico
1997.2	Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências.	Cadernos de Saúde Pública, RJ, 13(4): 723-740, out/dez, 1997.	ARTMANN, E.; AZEVEDO, C.S.A.; SÁ, M.C. (Escola Nacional de Saúde Pública)	Planejamento em Saúde; Planejamento Estratégico; Saúde Pública	Limites e possibilidades do Planejamento Estratégico Situacional (PES) em duas organizações de saúde do nível local (Rio de Janeiro, RJ).	Estudo de Intervenção
1997.3	A construção do significado de controle social com conselheiros de saúde no estado do Piauí, Brasil.	Cadernos de Saúde Pública, RJ, 13(4): 741-748, out/dez, 1997.	PEDROSA, J.I.S. (Universidade Federal do Piauí)	Serviços de Saúde; Educação em Saúde; Conselhos de Planejamento em Saúde.	Intervenção Pedagógica sobre os conselheiros municipais de saúde de duas diretorias regionais	Estudo de Intervenção

						de saúde do estado do Piauí com base no Projeto de Incentivo ao Controle Social no SUS do Ministério da Saúde.	
1997.4	Planejamento em Saúde: uma possibilidade de ação participativa.	Revista Latino-americana de Enfermagem - Ribeirão Preto, SP, v.5, n.4, p.55-60, outubro 1997.	ASSIS, M.M.A. (Universidade Estadual de Feira de Santana – BA); PEREIRA, M.J.B. ; MISHIMA, S.M. (Universidade de São Paulo)	Planejamento integrado em saúde; planejamento participativo; ação comunicativa.	Interações e diálogos que se expressam no momento do planejamento integrado dos sistemas locais de saúde (SILOS).	Relato de Experiência	
2000.1	Diagramas de Voronoi para a definição de áreas de abrangência de hospitais públicos no Município do Rio de Janeiro.	Cadernos de Saúde Pública, RJ, 16(2): 467-475, abr/jun, 2000	REZENDE, F.A.V.S. (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro); ALMEIDA, R.M.V.; NOBRE, F.F. (Universidade Federal do Rio de Janeiro)	Acessibilidade; Diagramas de Voronoi; Planejamento em Saúde	Apresentação do Diagrama de Voronoi como método de adstrição e planejamento para a definição da acessibilidade aos serviços de saúde no município do Rio de Janeiro, RJ.	Estudo de Intervenção	
2000.2	Planejamento e razão instrumental:	Cadernos de Saúde Pública, RJ, 16(3):	CAMPOS, R.T.O. (Universidade	Técnicas de Planejamento;	Produção teórica sobre o	Ensaio Teórico	

uma análise da produção teórica sobre Planejamento Estratégico em Saúde, nos anos noventa, no Brasil. 723-731, jul/set, 2000. Estadual (Campinas) de Planejamento em Saúde; Planejamento; Saúde Pública em planejamento em saúde no Brasil na década de noventa.

2000.3 Análise do planejamento como dispositivo mediador de mudanças institucionais com base em um estudo de caso Cadernos de Saúde Pública, RJ, 16(4): 1021-1030, outubro, 2000. CAMPOS, R.T.O. (Universidade Estadual de Campinas) de Mudanças Institucionais; Planejamento em Saúde; Planejamento Avaliação de tecnologias de planejamento operacional no espaço de mediação institucional de um serviço de saúde mental em Campinas, SP. Estudo de Caso de

2000.4 O método de desdobramento da função qualidade - QFD - no planejamento do Serviço de Enfermagem. Revista Latino-americana de Enfermagem - Ribeirão Preto, SP, v.8, n.5, p.97-105, outubro 2000. MATSUDA, L.M.; ÉVORA, Y.D.M. (Universidade de São Paulo); BOAN, F.S. (Fundação de Desenvolvimento Gerencial de Belo Horizonte, MG). Desdobramento; Planejamento; Enfermagem; Qualidade Método de Planejamento para um serviço de enfermagem de Ribeirão Preto, SP, com base na Gestão pela Qualidade Total. Estudo de avaliação de Serviços de Saúde

2001.1	O planejamento em saúde sob o foco da hermenêutica	Ciência & Saúde Coletiva, 6(1): 197-207, 2001.	CAMPOS, R.T.O. (Universidade Estadual de Campinas)	Planejamento saúde; Saúde Pública; Abordagem hermenêutica	em Análise, à luz da hermenêutica crítica, de documentos da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) produzidos na década de oitenta sobre o planejamento em saúde.	Ensaio teórico
2001.2	Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde	Ciência & Saúde Coletiva, 6(1): 151-164, 2001.	SÁ, M.C. (Escola Nacional de Saúde Pública)	Planejamento gestão em Saúde; Subjetividade nas organizações de saúde; O inconsciente nas organizações, Processos grupais e gestão	e Relações entre subjetividade, processos intersubjetivos / grupais e processos de planejamento e gestão nas organizações de saúde.	Ensaio teórico
2002.1	Diferenciais intra-urbanos no Município de Florianópolis,	Cadernos de Saúde Pública, RJ, 18(5): 1331-1338, set-out, 2002.	LACERDA, J.T.; CALVO, M.C.M.; FREITAS, S.F.T. (Universidade	Análise Fatorial; Condições de Vida; Distribuição Espacial;	O uso de diferenciais intra-urbanos de condições de vida	Pesquisa Documental

Santa Catarina, Brasil: potencial de uso para o planejamento em saúde	Federal de Santa Catarina)	Planejamento Urbano	associados a determinantes epidemiológicos como instrumentos de planejamento para o setor saúde no município de Florianópolis, SC.
--	----------------------------	---------------------	--

2003.1	A <i>démarche stratégique</i> (gestão estratégica hospitalar): um instrumento de coordenação da prática hospitalar baseado nos custos de oportunidade e na solidariedade	Ciência & Saúde Coletiva, 8(2): 479-499, 2003.	ARTMANN, E.; RIVERA, F.J.U. (Escola Nacional de Saúde Pública)	Planejamento estratégico; Gestão hospitalar; Perfil assistencial; Saúde Pública	Aplicação da metodologia de gestão estratégica de M. Crémadez e F. Grateau (França) como instrumento de coordenação regional da especialidade de cirurgia geral nos hospitais de uma área programática (AP-04) da cidade do Rio de Janeiro, RJ.	Estudo de avaliação de Serviços de Saúde (Abordagem Qualitativa)
--------	--	--	--	---	---	--

2003.2	Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na	Ciência & Saúde Coletiva, 8(2): 557-567, 2003.	PAIM, J.S. (Universidade Federal da Bahia)	Planejamento e gestão em Saúde; Prática epidemiológica; Epidemiologia	Sistematização dos esforços de utilização da epidemiologia nos serviços de saúde	Ensaio teórico
--------	--	--	--	---	--	----------------

gestão do SUS em serviços de do Brasil, saúde discutindo os obstáculos e possibilidades de recomposição das praticas epidemiológicas no SUS.

2003.3 Gerenciamento de caso: um novo enfoque no cuidado em saúde Revista Latino-americana de Enfermagem, 11(2): 227-231; março/abril, 2003. GONZALES, R.I.C. e cols. (Universidade de São Paulo) Administração de caso; Planejamento em saúde; Programas de assistência gerenciada; Prestação de cuidados de saúde Revisão teórica sobre o Gerenciamento de Caso (GC) enquanto tecnologia de microgestão de atividades clínicas na perspectiva dos sistemas integrados de saúde. Ensaio teórico

2003.4 Compreensão das bases teóricas do Planejamento Participativo no currículo integrado de um curso de enfermagem Revista Latino-americana de Enfermagem, 11(6): 771-777; novembro-dezembro, 2003. LALUNA, M.C.M.C; FERRAZ, C.A. (Universidade de São Paulo) Educação em enfermagem; Currículo; planejamento participativo em Identificação das bases teóricas do planejamento participativo pautado no Planejamento Estratégico Situacional (PES), utilizadas no Pesquisa Documental

					currículo do curso de graduação em enfermagem da Universidade de São Paulo, campus de Ribeirão Preto, SP.	
2003.5	Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos	Cadernos de Saúde Pública, RJ, 19(3): 705-715, mai-jun, 2003.	VERAS, R. (Universidade Estadual do Rio de Janeiro)	Idosos; Instrumentos de Detecção Precoce; Fragilização; Planejamento de Saúde; Saúde Coletiva	Discussão de uma proposta de fluxo de acesso e definição de prioridades para a população idosa de um ambulatório da rede pública de saúde vinculado à Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ).	Estudo de Intervenção
2005.1	Consórcios Intermunicipais de Saúde: o caso do Paraná, Brasil	Cadernos de Saúde Pública, RJ, 21(1): 29-38, jan/fev, 2005.	NICOLETO, S.C.S. (Secretaria de Saúde do Estado do Paraná); CORDONI JÚNIOR, L. (Universidade Estadual de Londrina);	Especialidades Médicas; Planejamento em Saúde; Política de Saúde	Análise do perfil dos consórcios intermunicipais de saúde do Paraná, Brasil, focalizando a assistência médica especializada.	Estudo de Caso

			COSTA, N.R. (Escola Nacional de Saúde Pública)			
2005.2	Avaliação participativa em programas de saúde: modelo para o Programa de Saúde do Adolescente	Cadernos de Saúde Pública, RJ, 21(2): 404-416, mar/abr, 2005.	BURSZTIN, I. (Universidade Federal do Rio de Janeiro); RIBEIRO, J.M. (Escola Nacional de Saúde Pública)	Planejamento Participativo; Saúde do Adolescente; Avaliação	Apresentação de um modelo de avaliação participativa com base em elementos do Planejamento estratégico situacional (PES) e Planejamento Orientado por Objetivos (ZOPP) criado para o Programa de Saúde do Adolescente da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, RJ.	Estudo de avaliação de Serviço de Saúde
2005.3	Atenção aos defeitos congênitos no Brasil: panorama atual.	Cadernos de Saúde Pública, RJ, 21(4): 105-1064, jul/ago, 2005.	HOROVITZ, D.D.G.; LLARENA JR, J.C. (Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Fernandez Figueira);	Defeitos congênitos; Política de Saúde; Serviços em Genética; Genética Médica; Planejamento em Saúde	Impacto dos defeitos congênitos sobre a saúde; Ações disponíveis no Brasil relacionadas aos defeitos congênitos;	Pesquisa Documental

			MATTOS, R. (Universidade Estadual do Rio de Janeiro)		Apresentação de propostas para a elaboração de uma política de saúde voltada para os defeitos congênitos.	
2005.4	Análise situacional do atendimento ambulatorial prestado a recém-nascidos egressos das unidades de terapia intensiva neonatais do Estado do Rio de Janeiro.	Ciência & Saúde Coletiva, 10(2): 299-307, 2005.	MÉIO, M.D.B.B.; MAGLUTA, C.; MELLO, R.R.; MOREIRA, M.E.L. (Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Fernandez Figueira)	Desenvolvimento Infantil; Organização e Administração; Planejamento em Saúde	Discussão da situação da assistência às crianças egressas das Unidades de terapia Intensiva Neonatais em cinco diferentes unidades hospitalares de diferentes regiões do Estado do Rio de Janeiro, RJ no ano de 2002.	Estudo de avaliação de Serviços de Saúde
2005.5	Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais.	Revista Brasileira de Epidemiologia, 8(1): 83-95, 2005.	PIOVESAN, M.F. (Agência Nacional de Saúde Suplementar); PADRÃO, M.V.V.; DUMONT, M.U.; LIMA, L.F.M. (Agência Nacional de Vigilância	Vigilância Sanitária; Planejamento em Saúde; Epidemiologia	Análise da situação dos serviços de Vigilância Sanitária em oito municípios do Estado da Paraíba, no ano de 2003. Utilização de técnicas de	Estudo de avaliação de Serviços de Saúde

Sanitária); GONDIM, G.M. (Universidade Federal do Rio Grande do Norte); FLORES, O. (Universidade de Brasília); PEDROSA, J.I. (Ministério da Saúde, Universidade Federal do Piauí)	planejamento participativo (Estimativa Rápida Participativa - ERP) para discussão de variáveis de análise.
---	--

**APÊNDICE III:
QUADRO SINTESE DAS CATEGORIAS ANALÍTICAS**

CATEGORIAS ANALÍTICAS	CONCEPÇÕES (Sub-categorias)	UNIDADES DE ANALÍSE	SINTESE ANALÍTICA
<p>PODER, POLITICA E PLANEJAMENTO NA SAÚDE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Planejamento como <i>técnica</i> para intervir e para avaliar sistemas e serviços de saúde • Planejamento como <i>prática social</i> (práxis) transformadora de sujeitos e coletivos • Planejamento como <i>subsídio</i> para a gestão democrática e para as mudanças • Planejamento como <i>estratégia</i> de organização de sistemas locais de saúde • Planejamento como <i>método</i> de ação governamental para a tomada de decisões • Planejamento como <i>instrumento /atividade</i> do processo de gestão das organizações • Planejamento como <i>meio de intervenção</i> em ambientes 	<ul style="list-style-type: none"> • Poder enquanto <i>capacidade técnica</i> • Poder enquanto <i>capacidade política</i> • Poder enquanto <i>capacidade administrativa</i> • Poder enquanto <i>capacidade de mediação</i> • Poder enquanto <i>capacidade de articulação / mobilização</i> • Poder enquanto <i>capacidade de comunicação</i> • Poder enquanto <i>capacidade de Governo</i> • Poder enquanto <i>Governabilidade</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Poder enquanto capacidade de manter ou transformar a realidade: concepção e práxis do planejamento no campo da Saúde Coletiva.

	<p>complexos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planejamento como <i>meio de ação</i> comunicativa 		
<p>PLANEJAMENTO E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Planejamento como <i>técnica</i> para intervir e para avaliar sistemas e serviços de saúde • Planejamento como <i>prática</i> social transformadora de sujeitos e coletivos • Planejamento como <i>subsídio</i> para a gestão democrática e para as mudanças • Planejamento como <i>estratégia</i> de organização de sistemas locais de saúde • Planejamento como <i>método</i> de ação governamental para a tomada de decisões • Planejamento como <i>instrumento /atividade</i> do processo de gestão das organizações • Planejamento como <i>meio de intervenção</i> em ambientes complexos • Planejamento como <i>meio de ação</i> comunicativa 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Técnica</i> para possibilitar acesso / acessibilidade • <i>Prática</i> para transformar a realidade social e ampliar o acesso / acessibilidade • <i>Subsídio</i> para gerenciar as mudanças com vistas a garantir o acesso / acessibilidade • <i>Estratégias</i> para organizar o acesso / acessibilidade • <i>Métodos de gestão</i> para garantir o acesso / acessibilidade • <i>Meios de intervenção</i> para garantir acesso / acessibilidade • <i>Meios de ação</i> para possibilitar uma comunicação que amplie o acesso / acessibilidade • <i>Modelos de Atenção</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Planejamento como <i>dispositivo</i> para garantir acesso à saúde: desafio conceitual e prático no campo da Saúde Coletiva.

<p>SUJEITO, PRÁXIS E PLANEJAMENTO NA SAÚDE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Planejamento como <i>técnica</i> para intervir e para avaliar sistemas e serviços de saúde • Planejamento como <i>prática</i> social transformadora de sujeitos e coletivos • Planejamento como <i>subsídio</i> para a gestão democrática e para as mudanças • Planejamento como <i>estratégia</i> de organização de sistemas locais de saúde • Planejamento como <i>método</i> de ação governamental para a tomada de decisões • Planejamento como <i>instrumento /atividade</i> do processo de gestão das organizações • Planejamento como <i>meio de intervenção</i> em ambientes complexos • Planejamento como <i>meio de ação</i> comunicativa 	<ul style="list-style-type: none"> • Sujeito individual • Sujeito coletivo • Sujeito da técnica • Sujeito da prática • Sujeito da práxis • Sujeito da história • Sujeito da mudança • Sujeito do conhecimento • Sujeito da vida / do cotidiano • Sujeito da mobilização • Sujeito da interpretação • Sujeito da mediação • Sujeito da intervenção • Sujeito da ação • Sujeito da avaliação • Sujeito da transformação • Sujeito da participação • Sujeito da comunicação • Sujeito da investigação • Sujeito da autonomia • Sujeito da dominação • Sujeito do desejo e das pulsações • Sujeito da negociação • Sujeito da representação 	<ul style="list-style-type: none"> • Sujeito e práxis: tensão, conflito e complexidade na discussão do planejamento no campo da Saúde Coletiva.
---	--	---	---