Gestão e subjetividade: a dupla tarefa da produção de saúde e da produção de sujeitos no Sistema Único de Saúde - SUS

Bernadete Perez Coelho

Edição electrónica

URL: <http://journals.openedition.org/eces/1408>

DOI: 10.4000/eces.1408

ISSN: 1647-0737

Editora

Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra

Referência eletrónica

Bernadete Perez Coelho, « Gestão e subjetividade: a dupla tarefa da produção de saúde e da produção de sujeitos no Sistema Único de Saúde - SUS », *e-cadernos CES* [Online], 02 | 2008, colocado online no dia 01 dezembro 2008, consultado a 22 abril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/eces/1408> ; DOI : 10.4000/eces.1408

Este documento foi criado de forma automática no dia 22 Abril 2019.

Gestão e subjetividade: a dupla tarefa da produção de saúde e da produção de sujeitos no Sistema Único de Saúde - SUS

Bernadete Perez Coelho

1. A humanização e os modelos de atenção: sobre a reformulação dos modos de produzir saúde

- 1 Esse é o problema. Repensar nossa forma de organizar a atenção no SUS, desde os processos mais macro até a micro-política do trabalho em saúde. Reinventar e reformular nossa clínica de forma a incorporar outros valores e tecnologias para defesa da vida, saindo do ato prescritivo, da institucionalização, da medicalização, da redução do sujeito à categoria de coisa ou objeto. Tomar como referência uma ampliação de nosso objetivo na saúde: produção de saúde e produção de sujeitos.
- 2 Começar essa discussão é perceber que existe um movimento paradoxal a partir da expansão do SUS: tanto reforça o modelo médico tradicional, quanto gera novas experiências de organização da atenção (Campos, 2003). Essa disputa evidencia os distintos paradigmas e modos de organizar a atenção, sendo a construção conceitual e prática de um novo modelo um desafio estratégico, que diz respeito à viabilidade tanto econômica e política quanto sanitária do SUS.
- 3 Temos inúmeros estudos e experiências que acumularam indicações sobre como reformular conhecimentos e práticas em saúde. Assim, a valorização da atenção básica com capacidade para resolver problemas individuais e coletivos; a ampliação das ações de promoção e prevenção; a rearticulação dos serviços de alta complexidade e especializados segundo padrões de humanização e adoção de outras práticas em saúde como internação domiciliar, visita aberta e familiar participante nos hospitais, estabelecimento de atenção segundo linha de cuidado com equipes de referência e co-gestão; a saúde mental

mostrando a necessidade da desinstitucionalização e do trabalho transdisciplinar para elaboração de projetos terapêuticos com resolutividade são indicações da necessidade de produzirmos uma verdadeira mudança no que está instituído na saúde. Essas experiências e mudanças de conceitos e práticas oferecem alguns elementos para reconstruirmos uma teoria sobre o processo saúde-doença centralmente preocupada com a produção de saúde e a produção de sujeitos.

- 4 Nas duas últimas décadas, o setor saúde no Brasil tem-se alocado como catalisador de propostas inovadoras nos campos da assistência e gestão pública – impulsionadas pelos princípios democratizantes e de justiça social que orientam o movimento de reforma sanitária brasileira. Paradoxalmente, também vem sendo o lugar privilegiado de manifestação das contradições sociais e do intenso processo de exclusão, segregação e desvalorização da vida que tem marcado nossa sociedade.
- 5 Ao lado de questões de ordem política e social mais ampla – como a inegável contradição entre os princípios da reforma sanitária e o avanço do projeto neoliberal nas ações governamentais – colocam-se limites de ordem teórico-técnica, como a insuficiência dos conhecimentos acumulados sobre o planejamento e a gestão em saúde para dar conta das várias dimensões e contradições da atual situação dos serviços de saúde no país (Sá, 2001). Uma dimensão dessa situação se apresenta no contexto político-institucional, especialmente no âmbito público, onde o Estado, ao mesmo tempo em que impõe sobre as organizações públicas um projeto de reforma administrativa, cujos eixos centrais são a privatização e a modernização gerencial, não garante as condições suficientes de financiamento e operação para suas organizações (Abrúcio, 1997).
- 6 É importante considerar também que a efetivação da política de saúde, no contexto de um Estado marcado por uma tradição elitista, clientelista, patrimonialista e hegemônico por forças políticas identificadas com o ideário social conservador será marcada por contradições de difícil superação. Contradições estas que permeiam o conjunto das instituições setoriais e também são o contexto das gestões em saúde.
- 7 Em paralelo a isso, a gestão de coletivos não tem somente o objetivo da produção de bens ou serviços, mas também é um espaço com função pedagógica e terapêutica.
- 8 Um lugar onde se produz aprendendo e também, ao mesmo tempo, se reconstrói a própria subjetividade. Tradicionalmente as gestões em saúde assumem um pólo baseado na racionalidade instrumental, na forma de organização baseada nas corporações, departamentos, organogramas verticalizados (Cecílio, 1997). A disciplina e o controle continuam sendo um eixo central dos métodos de gestão, ainda que o campo da gestão tenha se ampliado após o taylorismo, fundador de um estilo de governar que, em seus princípios gerais, ainda não foi superado. Assim, uma diretriz essencial para a reconstrução do modo de governar instituições, mais especificamente as organizações em saúde, refere-se ao reconhecimento explícito de que todo coletivo organizado para a produção cumpre um duplo papel: produzir bens ou serviços de interesse social e ao mesmo tempo assegurar a sobrevivência da própria organização e do conjunto de agentes que a integrem ou dela dependam (Campos, 2000). Tais finalidades atuam com sentidos não necessariamente coincidentes, produzindo conflitos e contradições em decorrência desses objetivos.
- 9 A análise institucional trabalha no contexto das gestões dos temas fundamentais: o controle, o poder, a circulação de afetos, a política, as sínteses e críticas da organização. Ao passo que o método para análise e co-gestão de coletivos pretende ser uma, entre

outras estratégias, para combater o predomínio da racionalidade instrumental e propõe uma nova correlação de força entre os sujeitos que consolidem situações mais equilibradas de poder, a democracia institucional (Campos, 2000). Essa proposta de estudo mais do que o aprofundamento teórico sobre esses temas na gestão em saúde, aposta em métodos, dispositivos e arranjos institucionais para a reconstrução teórica e técnica de como operar nas organizações e grupos comprometidos com a produção de saúde e produção de sujeitos.

- 10 Assim, a grave crise que o setor saúde no Brasil vem enfrentando se expressa como uma crise de governabilidade do sistema e das organizações de saúde, de resolutividade e efetividade. Essa crise tem impulsionado experiências inovadoras no que se refere tanto ao desenho de novos sistemas de gestão, como ao desenvolvimento de ferramentas gerenciais. É preciso reconhecer, no entanto, os limites e dificuldades dessas perspectivas para subsidiar os processos de mudança organizacional, especialmente no que se refere ao desafio de gerar adesão aos projetos institucionais e à problemática da relação entre indivíduos e organização.
- 11 Essa proposta de estudo busca apresentar um conjunto de questões que dizem respeito às relações entre subjetividade e gestão em saúde. Ao mesmo tempo, busca evidenciar os obstáculos à implementação de processos de mudança nas organizações, as dificuldades para se avançar na democratização, nos limites e potencialidades dos instrumentais teórico-metodológicos disponíveis para favorecer tais processos à luz da co-gestão e da análise institucional.
- 12 Nossa pressuposição inicial é que as instituições em saúde gozam de relativa autonomia na definição de sua agenda e com isso os espaços de gestão setorial em saúde proporcionam aos agentes gradientes de autonomia no processo de formulação e definição de prioridades. Como decorrência dessa autonomia os gestores podem assumir, em função do contexto institucional, uma influência decisiva na definição do modelo de atenção e na dinâmica de gestão institucional. Autonomia exercida nos limites do campo setorial, segundo a concepção dos campos como “lugares de relações de forças que implicam tendências imanentes e probabilidades objetivas”, formuladas por Bourdieu (2004). Isso tem um significado fundamental para essa proposta de estudo que analisa a mudança a partir das apostas em como operar os princípios e diretrizes do SUS e requer enfrentamento por parte das gestões de formas tradicionais e pouco inovadoras do fazer em saúde. Essa é a discussão sobre os modelos de gestão e atenção enquanto novos modos de fazer, de operar a partir de uma aposta ética-estética-política (Brasil, 2004).
- 13 Outras questões que se colocam e também importantes para análise da viabilidade/governabilidade da pesquisa é que o discurso sanitário hegemônico fundado na idolatria do estado e nas explicitações macro-estruturais não encontra ressonância nos protagonistas da gestão e não oferece respostas pragmáticas para lidar com os desafios da gestão cotidiana em saúde. Esse significado é percebido na hipótese mais geral em relação ao tema da mudança, como veremos mais adiante, enquanto importante categoria de análise, que nesses últimos anos registou evoluções em caráter incremental e em desacordo com a expectativa criada por diversos atores a partir de 2002 (Vasconcelos, 2005). Prevaleceu, portanto, nas redes sociais, um senso comum sanitário apoiado em idéias incorporadas ao longo da história do movimento sanitário, que tem privilegiado a atuação no espaço estatal, com base nas lógicas da racionalidade do direito oficial e da ciência moderna, como locus privilegiado para operar a racionalização do sistema (Santos, 2000).

- 14 A aposta na perspectiva das mudanças estruturais, por parte dos atores sociais, dependentes de decisão extra-setoriais, relegou ao segundo plano o debate e a construção de iniciativas, no campo da gestão que poderiam produzir, ainda que de modo incremental, inovações institucionais na organização e gestão do sistema que apontassem na direção de um pragmatismo utópico (Santos, 2000). Por outro lado as iniciativas oficiais dos agentes governamentais ficam presas aos limites da “mudança normal” apostando na repetição e na melhoria com base em alterações normativas pontuais, fragmentadas e graduais. Esse lugar da mudança a partir de novos modos de fazer e operar na rede SUS é o lugar proposto e, no nosso entendimento, privilegiado para essa investigação.
- 15 Partindo desses pressupostos, a questão orientadora é: como operar os princípios e diretrizes do SUS e que mudanças são produzidas a partir disso, considerando o sistema de saúde e tomando algumas experiências em gestão como caso.

2. A pesquisa: uma aposta na mudança

- 16 A pesquisa tem como objetivo geral analisar que mudanças são produzidas na saúde a partir de diretrizes de modelos de atenção e gestão ofertadas pelo lugar de gestão em estudo. A escolha do caso tem como base o trabalho que já vem sendo realizado de apoio institucional para a equipe da Secretaria Estadual de Saúde da Gerência Geral de Assistência, que cuida dos grandes hospitais da rede estadual e o apoio institucional para as equipes gestoras dos hospitais. Esse trabalho, do qual participo como Consultora da Política Nacional de Humanização/Ministério da Saúde tem como objetivo a implementação de diretrizes de modelo de atenção e gestão como: acolhimento com classificação de risco na urgência e emergência, gestão colegiada, clínica ampliada e projeto terapêutico singular, equipes de referência entre outras.
- 17 Como decorrência do objetivo inicial são definidos os temas de interface entre gestão e subjetividade enquanto referenciais teórico-metodológicos e a proposta de uma reconstrução teórica e técnica de como operar a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos.
- 18 Os objetivos específicos:
- Fazer uma análise da Política de Atenção Hospitalar no Estado de Pernambuco/Brasil, incluindo a Política de Urgência e Emergência;
 - Analisar o contexto institucional dos Hospitais incluídos no estudo e as mudanças a partir das diretrizes implementadas no contexto na organização de saúde;
 - Analisar o campo de interface entre gestão e subjetividade fazendo a discussão sobre teoria e prática, pensar e agir, saber e fazer: a pesquisa participante e a pesquisa-ação enquanto uma filosofia da prática;
 - Contribuir com métodos de apoio institucional, pautando a discussão da análise institucional, a coletivos organizados para a produção, ampliando a capacidade de análise e intervenção dos sujeitos trabalhadores e usuários da saúde.

3. A aposta no método

- 19 Um estudo qualitativo, fundamentado nas técnicas/ferramentas da pesquisa participante e pesquisa-ação. A pesquisa participante se preocupa, sobretudo, com o papel do

investigador dentro da situação investigada e problematiza a relação pesquisador/pesquisado no sentido de estabelecer condições favoráveis para o trabalho de campo. A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa, frequentemente associada à pesquisa participante, centrada na questão do agir e supõe uma participação dos interessados na própria pesquisa organizada em torno de uma determinada ação (Brandão, 1984). Dessa maneira, é possível conciliar a observação com participação ativa do pesquisador e ação proposta aos grupos/ coletivos seguindo regras do clássico procedimento de formulação de hipóteses, coleta de dados e comprovação.

- 20 A proposta aqui colocada é a realização da análise institucional para evidenciar os dilemas da gestão nas organizações de saúde, analisando as mudanças orientadas pela lógica da co-gestão. A análise se dará a partir do trabalho de apoio institucional à equipe da Atenção Hospitalar e Alta Complexidade da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e nos três hospitais priorizados: Hospital Agamenon Magalhães, Hospital Otávio de Freitas e Hospital Regional do Agreste. A proposta de apoio institucional para implementação de diretrizes de modelo de atenção e gestão está acontecendo desde Fevereiro de 2007, em parceria SES/MS a partir da Política Nacional de Humanização. A pesquisa-ação pode ser concebida como procedimento de natureza exploratória, com objetivos a serem definidos pela pesquisadora e pelos sujeitos envolvidos no trabalho. Na sua função elucidativa pode contribuir à formulação de objetivos, reivindicações e outros meios de ação e funcionar conjuntamente com outras técnicas, ampliando a profundidade e extensão. Esse caminho metodológico com enfoque na pesquisa-ação e pesquisa participante, em nosso estudo de caso, tem o objetivo de: 1) identificar problemas relevantes dentro da situação investigada; 2) estruturar a explicação dos problemas; 3) definir um projeto de ação para cada serviço em questão priorizando os problemas levantados; 4) acompanhar os resultados da ação associando métodos de análise; 5) fazer uma síntese dos resultados obtidos em todas as fases. A comparação de várias sínteses pode favorecer uma generalização do conhecimento alcançado, sendo essa técnica formalmente utilizada por especialistas em sóciotécnica e análise de sistemas.
- 21 O papel da metodologia consiste em avaliar e descrever as propriedades, qualidades, insuficiências e distorções que são inerentes a cada técnica. Essa proposta de análise institucional a partir do arsenal colocado à disposição da pesquisa não pretende substituir todas as outras. Em particular, as técnicas da pesquisa participante e pesquisa-ação consistem em produzir novas formas de conhecimento social, transversalizando campos de conhecimento como a sociologia, saúde coletiva e educação e estabelecendo novos relacionamentos entre pesquisadores e pesquisados, e novos relacionamentos de ambos com o saber produzido. Para enfrentar esse desafio é claro que a técnica precisa ser utilizada dentro de uma problemática teórica de orientação crítica e não apenas instrumental. Assim, propomos uma análise sócio-histórica das teorias dominantes nas gestões em saúde e, ao mesmo tempo, uma demonstração (ou defesa?) das possibilidades de superação dos modos tradicionais de governar trazendo ofertas no campo da atenção e da gestão em saúde.
- 22 Esta é uma proposta de estudo que se faz sob o signo da implicação e do interesse do autor com o objeto de estudo. Implicação com a gestão e interesse nas iniciativas de mudança na organização do SUS. Uma visão situacional a partir da escolha do lugar de gestão ou o caso, mas com uma pretensão abrangente, porém influenciada pelo lugar de observação. Um lugar limitado pela posição do observador e pelos instantâneos que daí se produz, mas utilizando todos os conceitos e ferramentas da análise institucional (Vasconcelos, 2005).

- 23 A condição de implicação interfere no estudo em dois sentidos. Primeiro nos obriga a tomar certas precauções críticas na análise das informações e dos discursos e segundo nos autoriza a utilizar a memória das escutas e as percepções elaboradas nas interações vivenciadas no processo de gestão/dinâmica institucional, propiciadas pelas experiências de um sujeito implicado (Merhy, 2002).
- 24 Uma proposta que tenta reinventar e ampliar as possibilidades de mudança nas instituições de saúde, a partir do aumento da capacidade de análise e, portanto, de intervenção dos gestores e sujeitos implicados. Um estudo empírico fundamentado teoricamente e influenciado pela práxis profissional e política da pesquisadora e dos sujeitos da pesquisa, desencadeando um processo de apoio institucional a equipes da atenção hospitalar da rede SUS em Pernambuco.
- 25 Essa dinâmica interna confere um caráter de estudo qualitativo, pois a construção do conhecimento a respeito da gestão e subjetividade se dá através de negociações constantes entre o método e a realidade estudada. Realidade aqui entendida como não estática, não controlável, não reproduzível matematicamente, mas sim dinâmica, com inúmeras possibilidades de associações entre o objeto pesquisado e os infinitos elementos constituintes desta dada realidade, sobre a qual inevitavelmente os sujeitos envolvidos interferem (Minayo, 2004). Decorre daí a impossibilidade de tornar esse conhecimento absoluto. Valorizar essa forma de aproximação da compreensão do fenômeno implica que o conhecimento assim produzido deve ser sempre relativizado, uma vez que sempre estará a serviço de uma outra realidade, que não aquela –móvel, já transformada – em que foi produzida.
- 26 Essa evidente ênfase ao fenômeno explicita uma outra característica da pesquisa: o arsenal de instrumentos teórico-metodológicos é colocado à disposição do processo de desvendamento do fenômeno investigado. Ou seja, a seleção de cada instrumento de investigação a ser utilizado é feita em função da avaliação da sua capacidade de fornecer respostas adequadas às perguntas que estão sendo formuladas ao objeto de estudo que, ao ir sendo desvelado, suscita novas perguntas e assim sucessivamente (Masseli, 2000). Do mesmo modo, ofertas vão sendo propostas a partir de métodos de apoio à gestão, dispositivos e arranjos institucionais que utilizem elementos da gestão, da subjetividade e lidem com a indissociabilidade da atenção e da gestão em saúde. Por esses motivos a escolha da pesquisa-ação e pesquisa participante, associadas às técnicas da análise documental e entrevistas semi-estruturadas são consideradas potentes enquanto caminho metodológico.
- 27 A discussão sobre a mudança é importante ser colocada enquanto uma categoria analítica fundamental na pesquisa. Todavia surge a questão de como lidar com um conceito tão polissêmico como o de mudança que, apesar de fazer parte do cotidiano da experiência humana, desde Heráclito já perturbava os sujeitos de então ao se mostrar associado com a idéia de crise.
- 28 Para Heráclito a mudança tinha que ser pensada como uma propriedade inerente à realidade das coisas, noção que se expressava na idéia do fluxo universal como caminho da transformação, em que “o fogo se transforma em todas as coisas e todas as coisas no fogo”; ou no aforismo “Tu não podes descer duas vezes no mesmo rio porque novas águas correm sempre sobre ti” (Pré-socráticos, 1992: 25).
- 29 Vista numa perspectiva cultural em que sobressai a idéia de evolução, a crise é vista por Capra (1982), sob inspiração do taoísmo, como um desequilíbrio nos padrões dinâmicos de

mudança das sociedades que perdem flexibilidade entram em desarmonia e levam às rupturas sociais. As grandes mudanças históricas, enquanto transformações culturais são explicitadas por meio de uma dinâmica cíclica, natural e harmoniosa. A crise, nesta perspectiva, é vista como “perigo” e “oportunidade” e está intimamente conectada à mudança.

- 30 A crise, sob uma perspectiva marxista, assume caráter inteiramente social e é vista como resultado do conflito de interesses entre as classes em luta e da contradição entre as forças produtivas e as relações sociais de produção em cada momento histórico. A mudança social, neste entendimento, é um processo histórico de sucessivas revoluções sociais induzidas pelas contradições e pelos conflitos de classe que se refletem nas condições materiais de existência e nas idéias de uma época, e influenciam todos os processos sociais.
- 31 Em uma análise dos problemas sócio-culturais da humanidade, Santos (2000) visualiza uma crise do paradigma sócio-cultural da modernidade, decorrente das insuficiências e dos excessos do projeto moderno, condicionada pela dominação do pilar da regulação, assentado no princípio do mercado, sobre o pilar da emancipação, hegemonizado pela lógica cognitivo-instrumental da ciência moderna. Nessa visão, a crise da ciência moderna assumiria uma dimensão social e uma dimensão epistemológica. A crise epistemológica se revela na desfasagem entre nossa capacidade, quase ilimitada, de ação, frente à renúncia em analisar as consequências dessa ação, em nome do “utopismo automático da tecnologia” que apresenta o futuro como repetição do presente (Santos, 2000).
- 32 Numa perspectiva subjetiva, a mudança social é vista como o não cumprimento de expectativas, e sua marca seria a surpresa subjetiva e não a novidade objetiva, donde se conclui que a mudança social é um fenômeno fora de equilíbrio, pois em equilíbrio não temos surpresa (Elster, 1994).
- 33 Enfim podemos pensar a mudança como transformação, no tempo, das crenças, das estruturas, dos processos e dos resultados da ação humana no atendimento dos desejos e interesses de coletivos humanos.
- 34 Ao pensar sobre a mudança na saúde Contandriopoulos (1996) defende que esta repousa sobre a transformação das mentalidades no que concerne a saúde e seus determinantes, em interação com mudanças nas estruturas, articuladas às mudanças sociais mais abrangentes. E concordamos, enfim, com Campos (1997) quando avalia, na segunda metade dos anos 90, que se ousou muito pouco em operar mudanças pela via da democratização institucional e pelo envolvimento dos sujeitos, e critica a opção pelo desvio estruturalista aparentemente mais viável e breve. Constata que nas duas últimas décadas houve muito mais empenho na mudança do aparato legal e da estrutura político-administrativa esquecendo as pessoas que delas usufruíam. Entende que o resultado disso tem sido um impasse, mudou-se muito para pouquíssimos resultados concretos. E percebe que a crise dos serviços de saúde e da saúde pública prossegue sua trajetória destrutiva à revelia dos atores sociais e do Movimento Sanitário. “A cronicidade da crise tem levado a uma monumental indiferença da sociedade. Serviços e programas se derretem ante a indiferença social e o próprio movimento sanitário se esgota, tendo seus quadros arrastados ou para o ceticismo ou para adesão ao ideário neoliberal” (Campos, 1997).
- 35 O debate sobre a mudança tem imenso valor nessa pesquisa, principalmente esta perspectiva de mudança na dimensão institucional do SUS. Essa abordagem da mudança

enquanto categoria analítica dialogando com a produção teórica, principalmente de alguns atores que discutem a reforma sanitária brasileira e com algumas análises sobre políticas sociais é mais um movimento de aproximação com o objeto a ser estudado: a gestão em saúde. Esse movimento de aproximação com o objeto, de implicação da pesquisadora, de respostas a questões suscitadas a cada momento de análise, o enfoque institucionalista evidencia as características de percurso metodológico da pesquisa qualitativa em saúde.

4. Sobre os modelos de atenção e gestão na produção de saúde e de sujeitos, no reencantamento do concreto

- 36 Não há um único modelo ideal para todo o SUS. Tampouco existiria o modelo superior em todos os aspectos que daria conta de todos os conceitos estruturantes de um novo paradigma e superaria as outras formas de organizar a atenção. Trabalho com a idéia dialética que nesses modelos, que são arranjos variáveis de recursos objetivando incrementar a produção de saúde, esse movimento “paradoxal” também existiria, juntando o novo com o tradicional e ampliando o que se tem instituído e dá certo com limitações, mas também rompendo e reinventando a partir de um novo referencial (Campos, 2003).
- 37 Qual seria então o melhor modelo? A pergunta não pode ser respondida em abstrato porque o modelo adequado se constrói em cada caso concreto, considerando a tradição e os problemas específicos de cada região, para, a partir desses referenciais, tornar-se viável a alteração dos arranjos realmente existentes em cada situação. Além disso, não há como desconhecer as experiências e os conhecimentos acumulados sobre o tema; nesse sentido há diretrizes genéricas sobre as quais se pode apoiar para elaboração dos novos desenhos. Poderíamos dizer que o julgamento dos modelos deveria referir-se à sua capacidade de produzir saúde (Campos, 2003).
- 38 Assim, caberia novamente perguntar: que instrumentos estariam à nossa disposição para a reconstrução de modelos? Como construir novos modos de atenção em saúde?
- 39 Apostamos que os modelos de atenção e de gestão, ao mesmo tempo em que produz um certo modo de subjetivação, este modo retornam reforçando este mesmo modelo. Isso significa dizer que o mundo que a gente conhece é fruto da nossa ação sobre ele, que nós mesmos construímos, diferentemente do pensamento pré- concebido. Pensamento em função da ação e ação em função do pensamento.
- 40 Entrando na discussão das diversas teorias das ciências cognitivas torna-se imprescindível e necessário fazer esse paralelo com a discussão trazida por Varela sobre o desencantamento do abstrato e reencantamento do concreto (Varela, 2003). Este autor discute a mudança nas ciências cognitivas partindo da crença de que as unidades do conhecimento são fundamentalmente concretas, corporificadas, incorporadas, vividas.
- 41 Essa idéia parte da crítica à tradição dominante das teorias do conhecimento e da cognição, que, embora chamada de racionalista, cartesiana ou objetivista esse autor descreve como uma tradição abstrata. Tradição que considera um certo modelo de mente, de agentes cognitivos, de arquitetura cognitiva desconsiderando a experiência viva e vivida. Não é incluída nessa tradição teórica da cognição a centralização no presente, que

caracteriza o concreto, mas a visão de que a percepção é basicamente um registro de informações ambientais existentes sem que o sujeito influencie nessa dada realidade. A aposta aqui é que a realidade não é projetada como algo dado, mas sim dependente do sujeito da percepção, porque o mundo relevante é inseparável do sujeito concreto. Como também é com base no concreto que todos os seres cognitivos vivos constroem seus conhecimentos. Assim, a partir dessas afirmações, fazemos a analogia e apostas desse estudo.

- 42 Afastar-se do “representado”, do lógico, do planejado tem aqui um significado de aproximação com o conhecimento concreto e com as vias de acesso para esse conhecimento. Uma verdade que emerge da história e da ação concreta dos homens.
- 43 Ao mesmo tempo tem o significado de encantamento com nossas possibilidades de produzir mudanças no que parece estar solidamente instituído ou definido como comum, normal, natural nos serviços de saúde.
- 44 O reencantamento do concreto tem um significado, além da analogia e referencial com as teorias do pensamento e da cognição, de afirmar a humanização, as apostas nos modos de fazer gestão e atenção enquanto movimento que intervém e produz realidade, nos convocando para mantermos vivos os movimentos a partir dos quais o SUS se consolida. O SUS enquanto política pública, enquanto estratégia para a democracia institucional e na sociedade comprometido com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos. O SUS em sua perspectiva de rede. E é nesse coletivo de rede que novas subjetividades emergem e reinventam os modos de operar seus princípios e diretrizes a partir de novos modelos de atenção e de gestão. A aposta colocada é que a defesa e sustentabilidade do SUS passa necessariamente pela reformulação dos nossos modos de produzir saúde e de produzir sujeitos. Significa a defesa de um modelo de atenção e gestão em defesa da vida e enquanto política de todos precisa significar o reencantamento do concreto, a partir do mundo real, do homem real. E contra uma idealização do humano. E contra o desencantamento do concreto.

BIBLIOGRAFIA

Abrúcio, Fernando Luiz (1997), “O impacto do modelo gerencial na administração pública: um breve estudo sobre a experiência internacional recente”, *Cadernos ENAP*.

Azevedo, Creuza da Silva *et al.* (2002), “Indivíduo e a mudança nas organizações de saúde: contribuições da psicossociologia”, *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (1), 235-247.

Barembliet, Gregório (1992), *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.

Bourdieu, P. (2004), *Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico*. São Paulo: Editora UNESP.

Brandão, Carlos Rodrigues (1984), *Repensando a pesquisa participante*. São Paulo: Editora Brasiliense.

Brasil, Ministério da Saúde do (2004), *Política Nacional de Humanização. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS*. Brasília.

Campos, Gastão Wagner de Sousa (1997), *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec.

Campos, Gastão Wagner Sousa (2000), *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec.

Campos, Gastão Wagner de Sousa (2003), *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec.

Capra, F. (1982), *O Ponto de Mutação*. São Paulo: Editora Cultrix.

Cecílio, Luiz Carlos de Oliveira (1997), “Inventando a mudança no hospital: o projeto ‘Em Defesa da Vida’ na Santa Casa do Paraná”, in Cecílio, Luiz Carlos de Oliveira (Org.), *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 187-234.

Contandriopoulos, A. P. (1995), “Reformar o Sistema de Saúde: uma utopia para sair de um status quo inaceitável”, *Saúde em Debate*, 49/50.

Elster, J. (1994), *Peças e engrenagens nas ciências sociais*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

Masseli, Maria Cecília (2002), “Estresse e trabalho de monitoras de creche: uma abordagem multidisciplinar”, Tese (doutorado) – Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade de Campinas, Campinas, SP, in Merhy, Emerson Elias (org.), *O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido*. Campinas: arquivo eletrônico Word.

Minayo, Maria Cecília (2001), “Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva”, *Ciência & Saúde Coletiva*, 6 (1) 7-19.

Minayo, Maria Cecília (2004), *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.

Pré-socráticos (1996), *Coleção Os Pensadores*. São Paulo: Nova Cultural.

Sá, Marilene de Castilho (2001), “Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde”, *Ciência & Saúde Coletiva*, 6 (1), 151-164.

Santos, Boaventura de Sousa (2000), *A Crítica da Razão Indolente - contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Cortez

Varela, F. (2003), “O reencantamento do concreto”, in Pelbart, P. e P. Costa, R. (Org.), *Cadernos de subjetividade: o reencantamento do concreto*. São Paulo: Hucitec, 71-86.

Vasconcelos, Cipriano Maia (2005), *Paradoxos na mudança do SUS*. Tese (doutorado) – Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade de Campinas, Campinas, SP.

RESUMOS

Este texto foi construído a partir dos estudos produzidos pelo doutorado em Saúde Coletiva e considera que uma diretriz essencial para a reconstrução do modo de governar instituições, mais especificamente as organizações em saúde, refere-se ao reconhecimento explícito de que todo coletivo organizado para a produção cumpre, duplo papel: produzir bens ou serviços de interesse social e ao mesmo tempo assegurar a sobrevivência da própria organização e do conjunto de agentes que a integre ou dela dependa.

Trabalha, portanto, com a reinvenção e ampliação das possibilidades de mudança nas instituições

de saúde, a partir do aumento da capacidade de análise e de intervenção dos gestores e sujeitos implicados.

ÍNDICE

Palavras-chave: modelo de atenção, gestão, subjetividade

AUTOR

BERNADETE PEREZ COELHO

É médica e docente na Faculdade de Medicina de João Pessoa/PB. É mestre em Saúde Coletiva pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ/PE.
bernadeteperetz@uol.com.br