

## **CONSTRUINDO UMA CARTOGRAFIA DA ESCOLA MÉDICA E PENSANDO NÓS CRÍTICOS PARA A GESTÃO DA MUDANÇA**

Emerson Elias Merhy  
Professor do DMPS/FCM/UNICAMP  
Campinas, maio de 99

Nos dias atuais de debates e ações em busca de uma nova escola médica, comprometida com a formação de um profissional que seja: eticamente responsável com a defesa da vida, individual e coletiva, cuidador por excelência, apto a buscar a melhor resolutividade técnica para os problemas de saúde e implicado com a inclusão permanente dos seus usuários ao mundo da cidadania, qualquer um está autorizado a perguntar:

- é possível mudar a escola médica que existe, hoje?
- se sim, como redesenha-la a partir do que a compõe?
- seria esta uma tarefa que exigiria competências de governo que os grupos que atuam na escola, em busca da mudança, não têm?
- que há nas escolas, de instituído, que se opõem à mudança?
- seriam as técnicas pedagógicas inovadoras, suficientes para implementar as modificações necessárias?
- há algumas pistas por onde a mudança pode caminhar?

Responder a estas questões não é a tarefa deste texto, que simplesmente pretende contribuir com a busca de algumas das respostas ou mesmo com a produção de novas perguntas. Neste material, tentarei acumular dados e informações suficientes que permitam construir um mapa atual da escola médica, com ênfase em alguns pontos que mostram terrenos de tensões permanentes neste tipo de organização, e que portanto podem até ser desatados, para operar mudanças.

Entende-se que toda instituição é um território minado, ou seja, toda instituição é um permanente processo de construção de arranjos organizacionais que estão sempre acoplados a um terreno tenso que poderá, em suas explosões,

desmonta-los a qualquer momento. Estes arranjos, são inclusive formas de estabilizar estas tensões dentro de um certo desenho organizacional, porém sem elimina-los, pois na maior parte das vezes somente as acalmam.

Além disso, estes focos de tensões, que estão sempre presentes, são próprios de cada instituição. O terreno das de saúde os constituem a partir do seu objeto singular: o de ser “lugar de produção do cuidado, como uma prática técnica, socialmente constituída” (veja o texto O ATO DE CUIDAR: a alma dos serviços de saúde, do mesmo autor), e como tal estes pontos de tensões referenciam-se a esta marca, própria e única do campo da saúde, e estão presentes, atuando o tempo todo, nas várias e distintas organizações de saúde e seus estabelecimentos.

As organizações “escolas médicas” operam em um terreno composto por tensões de dupla origem:

- de um lado, há as tensões que são definidas nos processos institucionais vinculados as ações de ensino e aprendizagem, no território da educação, mas dentro do compromisso de formação de profissionais médicos;
- de um outro, há as tensões definidas nos processos propriamente da saúde, nos quais a formação deste profissional ocorre.

Com isso, toda escola médica é um campo duplamente minado. A sua organização procura sempre um arranjo institucional estável em cima de uma permanente tensão, definida por aquela dupla situação que marcam o terreno e os focos. E o mapa que é instituído, a organização construída e o modo de governa-la (geri-la), nem sempre articula bem as disputas que os focos tensionais possibilitam, nem sempre acalma os focos de tensão, suficientemente. E, mesmo quando fazem com êxito este acalmar os focos tensionais, estes não desaparecem, pois estarão sempre lá para se exporem a qualquer “deficit” dos mecanismos de controle instituídos.

**Compreender alguns destes focos, a maneira como a escola vem atuando sobre os mesmos, com seus arranjos gestores, as linhas principais**

**de disputas que têm operado nestas organizações e quais demandas estão colocadas, hoje, pelos projetos de mudança, é um passo necessário para articular ações eficazes que modifiquem o ensino.**

Para contribuir nesta direção, esboçarei um pequeno mapa das escolas atuais, nada estranho ao que o projeto CINAEM já acumulou de reflexões, nestes anos todos de trabalho (ver os relatórios das fases I e II). Para tanto, aponto como centrais as seguintes idéias:

a - as escolas médicas que são organizações de traços “adocráticos”, como lugares que negociam “domínio de saberes e práticas, em torno de processos pedagógicos e da capacitação profissional de médicos”, não deixam de ser também organizações burocráticas;

b - os processos coletivos de pactuação de um missão mais integralizadora, para o agir no interior da escola médica, é uma base central desta cartografia;

c - a produção do cuidado é central na conformação do modelo de ensino-aprendizagem;

d - a cartografia dos processos educacionais é também basal para a conformação do modelo de ensino;

Refletir sobre estes pontos e compreendê-los no âmbito de cada escola, em seus processos organizacionais próprios, é estratégico para quem pretende operar ações de mudança na prática do ensino médico, e acaba por mostrar também como a transformação da missão das faculdades de medicina exige novos arranjos organizacionais e novas caixas de ferramentas para quem pretende governar as modificações necessárias.

Antes de apresentar os itens listados acima, de um modo um pouco mais detalhado, vou mostrar um pequeno texto com o intuito de expor algumas idéias necessárias, para seguir adiante.

O texto que segue foi retirado de um material didático que produzi denominado: INTRODUÇÃO AO DEBATE SOBRE OS COMPONENTES DA CAIXA DE FERRAMENTAS DOS GESTORES EM SAÚDE, que na sua introdução dizia:

### **Quem governa, governa o quê?**

Para iniciarmos esta reflexão vamos pedir ajuda para um estudioso das ciências de governo, o professor chileno Carlos Matus, que em seu livro “Política, Planificação e Governo”, permite-nos pensar sobre a pergunta acima, e mais, sugere-nos inclusive quais as categorias importantes devemos pensar quando queremos entender as ações de governo.

Para começar, nos ensina que todos governam em uma organização, e para isso distingue os que governam com “G”, dos que governam com “g”, para expressar que há “agentes da organização” que estão em posição de alta direção (que seriam os que governam com “G”), e há “agentes” que ocupam todos os outros espaços de ação na organização, mas que governam também (e, que seriam os que governam com “g”).

As noções de “G” e “g”, devem ser consideradas como relativas dentro da organização, pois se o

recorte for uma instituição hipercomplexa, como a máquina estatal de um governo municipal, ora os secretários serão o “G”, se considerarmos os seus subalternos, ora serão “g” se olharmos para a máquina como um todo.

Além disso, Matus nos ensina também que a verdadeira organização está inscrita no conjunto das ações governamentais que todos fazem no dia a dia das organizações, e inclusive por isso ele afirma que “planeja quem faz” e não quem diz que planeja, ou mesmo quem tem um cargo para isso.

Porém, como distinguir mais precisamente os diferentes níveis de governo? E, mesmo, como pensar as ferramentas que os que são “G” necessitam para fazerem suas ações de governo?

Este mesmo autor nos oferece uma ferramenta conceitual para melhorarmos nossa compreensão sobre o tema em pauta. O conceito de triângulo de governo:



Matus, diz:

- todo ator em situação de governo é um ator coletivo, mesmo que seja representado por uma só pessoa;
- sempre este ator atua apontando uma direção, representada por seu **projeto**, mesmo que este não esteja escrito ou totalmente explícito, mas suas ações tem sempre direcionalidade;
- no cenário, este projeto é uma aposta de alguns atores, mas não de todos;
- todo ator em situação de governo encontra diante de si outros atores, que também governam e disputam com ele a direcionalidade da situação com os recursos que contam;
- cada projeto em disputa necessita contar com certos recursos para sua efetivação, porém o ator não os controla, dividindo com os outros a sua **governabilidade**, que é uma certa “balança” entre os recursos que controla e que não controla para a realização de

seu projeto;

- mesmo tendo projeto e uma razoável governabilidade, os atores em situação de governo, precisam saber governar e ter ferramentas para isso, o que comporia a sua **capacidade de governar**;
- em cada nível de governo que o ator se coloca há a necessidade de uma caixa de ferramentas adequada ao seu projeto e a sua governabilidade;
- quando um ator joga bem no cenário ele pode ganhar governabilidade e com isso melhorar a sua posição na implantação de seu projeto.

Com estas novas noções, podemos imaginar que a idéia de recursos não deve ser restritiva, pois serão recursos tudo aquilo que é necessário para compor o êxito da aposta do ator: dinheiro, conhecimento, organização, trabalhadores, comunicação e, assim, por diante.

Do mesmo modo, a

composição de uma “caixa de ferramentas” para governar deve ser também a mais eclética possível: deve conter essencialmente saberes de como as coisas devem ser feitas, o que nos remete para a compreensão do próprio saber fazer como uma tecnologia vital para o agir governamental. (para isso, trabalhamos com um conceito amplo de tecnologias que já expusemos em um outro texto: INTRODUÇÃO À SAÚDE PÚBLICA - e os sentidos das ações de saúde)

É importante ficarmos atento que em toda situação de governo, todos os atores sociais que estão no cenário, compondo a situação, também sabem governar. Isto é, também têm saberes que lhes permitem um agir governamental, seja como ator em situação de “G” ou “g”. Vale lembrar, que os “G” são os

que se encontram, pelo menos teoricamente, em situação de maior governabilidade geral em termos do projeto que a organização está comportando no momento, pois são - dos atores da organização - aqueles que mais controlam os recursos formais com que a organização conta para existir.

Consideramos, como uma reflexão necessária, a partir de todas estas colocações, pensarmos que o quê um gestor governa é diretamente dependente da situação em que ele se encontra (do nível de governo que ocupa), do projeto que ele porta e dos outros que estão em disputa com o dele, e dos recursos que permitem opera-los. Parece-nos que este conjunto é que terá um influência vital sobre a composição da caixa de ferramentas de um gestor.

Voltando ao tema central, após a leitura deste material, retoma-se os itens anteriores.

**as escolas médicas estão cada vez mais “adocráticas” e, paradoxalmente, mais burocratizadas**

Toda organização cuja principal moeda de troca, no jogo de poder que há dentro dela, é o domínio de certos saberes e a competência prática adquirida a partir de então, tende a tornar-se adocrática, a tornar-se uma organização de especialistas, que dominam certos recursos e que jogam conforme o valor que o seu terreno de competência adquire, no interior da missão organizacional que predomina na ocasião. Dentro da cultura adocrática de uma organização, os núcleos de especialistas tendem a privatizar os espaços públicos e tendem a não prestar contas do que fazem, a não ser para seus pares equivalentes.

Os vários grupos vão se instituindo pelo domínio de fatias de certos campos do saberes e adquirindo poderes organizacionais a partir desse domínio. Exercem seus autogovernos com grandes graus de autonomia, inclusive tornando

secundários e subordinados, os espaços organizacionais mais coletivos de ordenamento do sentido do agir coletivo da organização.

Paradoxalmente, esta característica opera em conjunto com um grande esforço organizacional para controlar este alto grau de autonomia, de grupos “privatizados” no interior do agir da organização, cuja versão mais presente é a excessiva burocratização das regras do funcionamento cotidiano de uma estrutura deste tipo. O que constitui um foco de tensão permanente no interior da escola médica.

E isto age de uma maneira paradoxal em termos da obtenção de resultados “anti-privatizantes”, pois ao crescimento dos núcleos especializados de competência aumenta-se o conjunto das normas e regras de controle sobre os meios, mas sem conseguir diminuir efetivamente os processos privados, e mesmo sem conseguir constituir mais coletiva e publicamente uma missão mais integralizadora.

A missão perseguida por todos e o pacto que ordena o dia a dia, é a preservação e fragmentação dos agires e a defesa da autonomia de cada pedaço em si. A burocratização e não a burocracia - que diga-se é necessária para constituir qualquer arranjo organizacional - constitui um ponto de tensão e não resolução de organizações deste tipo, quando o que se pretende é um sinergismo de ações em torno de um objeto mais integralizador, pactuado entre todos atores estratégicos da organização, em espaços mais democráticos de participação.

Nas escolas médicas a tentativa de redesenhar a sua missão, na busca de um novo profissional, tem se conflitado com este tipo de foco de tensão, e o modo burocratizado de governá-las não tem conseguido dar respostas para as buscas que vêm sendo feitas. Há a necessidade de se construir um novo pacto entre docentes e direções, em torno da busca de uma nova missão para a escola, tendo como ator intermediário privilegiado, os alunos.

Sem pactuar uma nova missão, não há como pensar um novo arranjo organizacional, nem novos processos de ensino.

**o processo de pactuação coletiva de uma missão mais integralizadora para o agir no interior da escola médica é uma base central da cartografia da**

## **mudança**

Como organização adocrática, a escola médica vive a tensão permanente para pactuar sua missão mais nobre, pois como já se disse anteriormente, o principal pacto não é em torno da finalidade da organização, mas a de preservar o seu modo-meio de atuar adocraticamente, sob a paradoxal capa de uma excessiva burocratização.

Neste ponto o CINAEM tem ensinado bastante, mas ao mesmo tempo tem revelado o grau de resistência que há para mudar esta situação.

Será possível pensar um movimento mais integralizador em torno da finalidade central de uma organização, que não pode perder sua característica adocrática?

Responder centralmente a esta questão é pensar sobre qual é a linha que tem definido, em última instância, a missão efetiva da escola médica, no Brasil. E deste modo, parece que não é possível fugir da constatação de que, como instituição de ensino, tem apostado na formação de um profissional não cuidador e restrito a uma competência de ação em um território muito específico da produção do cuidado em saúde, o de implementar procedimentos médicos centrados, sem muito compromisso com a produção da saúde ou sua recuperação.

Aprofundar esta linha de entendimento é procurar compreender a lógica de funcionamento do modelo de atenção à saúde, médico procedimento centrado, que domina o cenário dos serviços de saúde como um todo, inclusive o da escola médica. E que é produto da linha direta de ordenamento de uma medicina tecnológica desenhada desde o Relatório Flexner, do começo do século nos EUA, profundamente comprometida com um exercício profissional mais definido pelo seu contexto comercial, nas sociedades de mercado, do que com sua missão como prática de saúde: cuidadora, curativa e promotora da saúde.

Assim, para pensar um novo pacto para as escolas médicas há que se pensar sobre a construção de uma nova missão junto a um modelo de atenção à saúde distinto do que hoje tem sido. O CINAEM tem ensinado que a aposta deve ser feita na direção de um médico que tenha dois núcleos de competência tecnológicas, básicos:



um núcleo, o cuidador, com o qual o profissional de saúde seja capaz de se responsabilizar pelas ações globais de saúde, junto a usuários bem definidos, que atue como sua referência central dentro da rede de serviços, ao mesmo tempo que seja o gestor de todo o projeto de intervenção em saúde necessário para atingir o máximo de resolubilidade possível;

o outro núcleo, é o de ser um competente produtor de intervenções específicas no seu terreno profissional, que poderá adquirir o rosto de qualquer especialidade que a mesma comportar.

E aí, possivelmente, pode-se imaginar que dá para preservar certas vantagens de um estrutura adocrática, a de permitir o domínio de saberes tecnológicos fundamentais para o exercício profissional, sem ficar com a desvantagem da mesma, com a excessiva privatização dos interesses da organização, com a sua fragmentação missionária e com um pacto de jogo de poder utilitarista da organização, no qual os trabalhadores meios e seus interesses (como por exemplo, os docentes e a burocracia) justificam-se por si só, excluindo do pacto básico, inclusive os alunos e os usuários dos serviços de saúde, que são em última instância os clientes que dão sentido para uma organização de ensino e de saúde.

Melhorar a noção de possíveis lugares de mudanças neste sentido apontado, exige entender melhor a própria cartografia dos modelos de atenção, verificado-se as “chaves” de modificações do mesmo, para serem operados no interior da escola médica em direção de um novo médico, ao mesmo tempo que também exige compreender a cartografia dos processos de ensino e aprendizagem, para permitir a transformação dos alunos em um médico que se pauta pela cidadanização da defesa da vida individual e coletiva.

O que no seu conjunto exige a produção de um arranjo organizacional de outro tipo, ao mesmo tempo que a utilização de ferramentas para governa-lo muito distintas do que a burocratização tem ofertado.

**a cartografia da produção do cuidado deve ser base para a reforma da**

## **escola médica**

Como não há modo de rapidamente expressar o conteúdo deste item, optei por utilizar um trecho de um texto que escrevi com esta finalidade: O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais, publicado na Revista Ciência e Saúde Coletiva, da ABRASCO, em 1999. Além desse material, também chamo a atenção para o texto: ATO DE CUIDAR: a alma dos serviços de saúde, no qual desenvolvo a reflexão central para o entendimento desta temática.

Sobre a natureza dos atos de cuidar em saúde, muito esquematicamente, pode-se dizer é definida, como todo o conjunto das ações de saúde, em um terreno de base tensional constituído pelo menos em três campos (melhores detalhados no texto apresentado adiante sobre a gestão do cotidiano):

a) O primeiro, demarcado pelo fato de que o território das práticas de saúde é um espaço de disputa e de constituição de políticas, cuja característica é a multiplicidade, desenhado a partir da ação de distintos “atores sociais”, que conforme seus interesses e capacidades de agir, aliam-se e/ou confrontam-se, na tentativa de afirmar e mesmo impor, uma certa conformação de um “bem social” - a saúde

b) o outro, de constituição da lógica tensional do agir em saúde, está delimitado pelo fato de que hegemonicamente o produzir atos de saúde é um terreno do trabalho vivo em ato, que consome trabalho morto, visando a produção do cuidado. A micropolítica deste processo produtivo, trabalho vivo dependente e centrado, tem como uma de suas marcas centrais o fato de ser um processo de produção que sempre opera em um alto grau de incerteza, marcado pela ação territorial dos distintos atores em cena, nas relações intercessoras do agir em saúde.

c) e, por último, o das organizações de saúde, que se constitui em espaço de intervenção de sujeitos coletivos inscritos a partir de suas capacidades de se autogovernarem, disputando o dia a dia, com as normas e regras instituídas para o controle da organizacional. Esta condição, de que em qualquer organização produtiva o autogoverno dos trabalhadores é constitutivo de seu cerne, no terreno

da saúde está elevada a muitas potências, e a percepção da mesma é possível no fato de que em saúde todos podem exercer o seu trabalho vivo em ato, conforme seus modos de compreender os interesses em jogo e de dar sentido aos seus agires. A tensão entre autonomia e controle é sem dúvida um lugar de potência, e um problema para as intervenções que ambicionam governar a produção de um certo modelo tecno-assistencial em saúde, como maneiras efetivas de se desenhar modelos de atenção.

Veja, no texto abaixo, o desenvolvimento destas idéias:

### **O ATO DE GOVERNAR AS TENSÕES ...**

(...)  
A consolidação efetiva do setor saúde, como um dos principais campos de ação do estado e do capital, foi criando novas necessidades para o desenvolvimento genérico e especializado das tecnologias de gestão em saúde. Administrar e/ou governar, tanto processos políticos implicados com a formulação e decisão sobre os caminhos a serem adotados, quanto processos de produção de atos de saúde, tornaram-se necessidades imperativas para ordenar as melhores “máquinas organizacionais”. Seja na ótica universalista e cidadã de um projeto social-democrata, seja na perspectiva mercantil e lucrativa do olhar do capital, a seus modos, todos exigiam mais e melhor competência neste novo território.

Os paradigmas da escola clássica da administração (Chiavenato, 1983), que sempre viveram certas dificuldades no plano da eficácia operacional no terreno da saúde, mostraram-se mais insuficientes ainda. Novos problemas foram colocados e novos rumos exigidos.

Com certa importância, destaca-se nestes últimos anos o impacto deste longo processo sobre a emergência de novos paradigmas gerenciais na saúde que estão atados de uma forma mais singular ao próprio terreno produtivo das ações de saúde (Gallo, 1985). Não basta mais, simplesmente transferir “receitas” de outros territórios para o setor. É necessário construir propostas singulares que dêem conta das maneiras próprias, como no terreno da saúde, produz-se políticas e o trabalho, que desde os paradigmas clássicos apontavam as insuficiências das estratégias organizacionais adotadas.

Nos anos 90, vê-se a agenda dos gestores em saúde sendo ocupada por um debate sobre os paradigmas gerenciais a serem utilizados na saúde dentro de suas especificidades.

É curioso verificar que apesar dos ânimos distintos, que não serão tratados aqui, há um terreno similar sobre o qual os processos dialogam e que fazem referência as especificidades do campo da saúde no âmbito dos processos

organizacionais, para dar conta tanto do modos de se fabricar políticas no setor, quanto das maneiras de gerar processos produtores de atos de saúde. E que, em última instância, estão implicados com os espaços e os processos de produção dos sujeitos sociais, no interior do território singular das práticas de saúde (Testa, 1993).

Um dos grandes desafios que tem sido compreendido por uma parte dos autores brasileiros (Campos, 1992; Uribe, 1989; Mendes, 1993; Cecílio, 1994), refere-se a possibilidade de se atuar em um terreno de políticas e organizações, fortemente instituído pela presença de forças políticas hegemônicas muito bem estruturadas histórica e socialmente, como no caso dos modelos médicos e sanitários de intervenção em saúde, mas que se assentam em uma base tensional, que permite almejar a exploração de territórios de potências singulares a este campo de práticas sociais - a saúde, disparando-se a produção de novos locus de poderes instituintes (Lourau, 1995; Guattari, 1992), e que tornam as organizações de saúde lugares de instabilidades e incertezas, e presença de permanentes multiplicidades.

Ao trabalhar a temática da micropolítica do trabalho vivo em saúde (Merhy, 1997) em concomitância com aqueles autores, traz a tona a possibilidade de se pensar mais amiúde esta temática, abrindo-se possibilidades sobre a gestão do cotidiano em saúde, terreno da produção e cristalização dos modelos de atenção à saúde, aos processos de mudanças que permitem instituir novos “arranjos” no modo de fabricar saúde, ao configurarem novos espaços de ação

e novos sujeitos coletivos, bases para modificar o sentido das ações de saúde, em direção ao campo de necessidades dos usuários finais.

Pensar sobre esta “liga” ou dobra entre o instituído, lugar de poderes territorializados, e os processos instituintes disparados a partir destes locus de potências, é o que se visa aqui nesta reflexão sobre a gestão em saúde, principalmente considerando-se que qualquer perspectiva de mudança, ou está calcada em alta concentração de poder para movimentar um setor instituído muito bem estruturado, e por isso de alto poder conservador, ou está calcado em estratégias que explorem as tensões-potências, para gerar novos desenhos territoriais (Guattari, 1990) e novas direcionalidades no agir em saúde.

APRENDENDO COM A ATENÇÃO GERENCIADA: da microdecisão clínica à microdecisão administrativa e a gestão cotidiana dos modelos de atenção

A AG toma como foco básico de sua intervenção o modo como o modelo médico-hegemônico construiu um certo agir em saúde, explorando a sua base tensional no cotidiano dos serviços, na construção de um outro modelo de atenção, ao enfrentar: a síntese instituída como um modelo assistencial mais estável, entre a lógica privada e pública da produção do cuidado à saúde, garantindo alguma efetividade, mas impondo uma certa captura pública sobre os exercícios privados desta produção, em particular daqueles que estão no bojo da ação médica, procedimento centrada, microcontrolada decisoriamente por uma certa clínica

deste terreno profissional, e implicada no crescente custo das intervenções em saúde, sob a modelagem médico-hegemônica. A AG explora muito criativamente, inclusive adotando várias ferramentas da saúde coletiva, a tensão-potência inscrita nos processos de produção do cuidado entre as suas dimensões produtivas leve e dura centradas (Merhy, 1998). Mais adiante estão expostas em detalhe, estas questões.

É muito amplo o tema em pauta, inclusive atual em termos de investigação, o que dá uma certa provisoriade sobre algumas das análises que estão em voga hoje, em torno do tema. Mas, para efeito do que se está desejando com este texto, é possível reflexivamente aproveitar-se do que vem sendo acumulado.

Em primeiro, lugar há que ficar bem claro que o grande confronto das estratégias da AG é com os modos de produzir o cuidado do modelo médico hegemônico, cuja característica central na sua produção do cuidado é a de ser médico-procedimento centrado, no qual o ato cuidador em si é secundário, reduzido ao terreno das tecnologias duras e leve-duras, prioritariamente (Merhy, 1998). Todos os indícios mapeados sobre as alternativas criadas pela AG para mudar o modelo de atenção, apontam para este eixo central de enfrentamento.

Em um relatório recente de pesquisa sobre a AG na América Latina (Iriart, 1998), há algumas informações que sintetizam o que vem sendo implementado em torno da gestão da mudança do cuidado, sob a perspectiva da AG, e que servem para ilustrar, com mais

detalhe, estas questões.

como a AG governa a mudança?

Na busca de uma outra maneira de se produzir o cuidado à saúde, que não seja médico-procedimento centrada, e que possa interessar aos detentores do capital financeiro da área da saúde, percebe-se as seguintes ações estratégicas, procurando:

- a) criar um cenário de disputa entre 4 atores sociais para modificar os processos de regulação dos interesses no setor;
- b) ofertar um outro imaginário sobre o “bem social” saúde, visando outras modalidades de representação das necessidades de saúde; e,
- c) substituir os micro-processos decisórios médicos, clínico centrado, por outros econômico administrativo centrado, focando a modificação do modo como os processos médicos clínicos, a partir do terreno das tecnologia leve-duras incorporam as tecnologias duras.

Para dar conta destas perspectivas, para desmontar no dia a dia as lógicas dos modelos médico-hegemônicos, a AG implementa uma quantidade significativa de intervenções, sob a direção das seguradoras de saúde, detentoras do capital financeiro envolvido com o setor.

Em destaque, vale apontar:

- a) uma forte atuação de um setor administrativo, que controla os processos microdecisórios das práticas clínicas. Apontando com isso, a necessidade de superação do atual modelo “flexneriano” de prática médica, através da construção de

mecanismos organizacionais, que ao controlarem a autonomia da ação clínica no momento de impor uma linha de intervenção médica, possibilita a junção baixo custo e produção de atos de saúde; que,

b) aliado a um “pacote de ações básicas”, que visa dar maior eficácia às intervenções sobre um certo “padrão de adoecer” de uma determinada população alvo, e assim impactar o seu modo de consumir “atos médicos” mais caros, além de procurar ter seu nível de saúde mais controlado e mantido;

c) a procura da “focalização” destas intervenções em grupos específicos de consumidores, associado aos mecanismos de co-pagamento pelo consumo além do padrão estabelecido, e que permitiria um controle empresarial mais efetivo sobre o custo das ações;

d) a busca incessante da prevenção do sinistro “doença”, como demanda de serviços tecnológicos mais especializados, através da exclusão de grupos de alto riscos e da ação adscrita sobre grupos populacionais de riscos controláveis ou evitáveis, segmentando explicitamente as intervenções;

e) a constituição de um cenário de atores, internos, definidores e centrais do setor saúde: os financiadores, os administradores, os prestadores e os usuários, que atuam de modos separados e com lógicas de regulações, uns sobre os outros, que imitam a imagem da competição pela “mão invisível do mercado”. No qual, aposta como fator de controle da qualidade e da eficiência do sistema, com as figuras de um administrador e de um consumidor inteligente, simbolizados como eixos principais.

Diante destes destaques, pode-se afirmar que a AG persegue a constituição de um setor saúde francamente segmentado, por grupos populacionais específicos, que regulam suas relações como consumidores finais dos serviços prestados, através da presença de intervenções econômico-financeiras, orientadas por administradores dos prestadores de serviços de saúde, financiados pela captação via empresas seguradoras.

A saúde neste cenário é entendida como um bem de mercado, referente a cada agente econômico por um tipo de racionalidade:

- para o consumidor final, como uma necessidade básica colocada em risco pelo seu próprio modo de viver a vida, a ser mantida com a compra de um certo bem de serviço, que ele identifica como capaz: ou de lhe evitar problemas, ou de solucioná-los, devolvendo-lhe capacidades de andar no seu viver, e cujo parâmetro de análise, para avaliar a qualidade do que consome, é a sua satisfação como consumidor;
- para o prestador, como algo que permite-lhe atuar como um possuidor de uma “tecnologia” que ele pode vender através de uma relação mercantil com os administradores;
- para o administrador, como a possibilidade de atuar em um mercado de compras e vendas de bens, no qual pode operar com controle de custos de produção, para obter vantagens com o preço de venda; e,
- para o financiador, como a possibilidade de viabilizar o acesso ao bem desejado, por sua

ação como comprador inteligente e como controlador da captação financeira.

Algumas questões fazem sentido no espírito da reflexão que se está procurando fazer neste texto:

1. Seria possível “desencarnar” da lógica de interesses das seguradoras privadas e adotar a caixa de ferramentas governamental, desta proposta da AG, para atingir maior racionalidade no item custo e benefício dos serviços de saúde? Isto é, será que se pode adotar partes do receituário da AG para organizar um sistema que não seja montado para as seguradoras, mas para os usuários em termos de uma visão ampla de saúde e de cidadania social?
2. Será que a construção de serviços cada vez mais autônomos e de qualidade, necessita efetivamente da produção de um cenário competitivo, regulado pela lógica de mercado? Seria este o caminho para aliar controle de custos com qualidade das ações em saúde? Como entender custo em uma produção cidadania centrada, para além dos limites de um cálculo econômico mercado dirigido?
3. Será possível superar o atual paradigma clínico de intervenção médica, por um centrado no usuário e “formatado” em um processo de trabalho que reconheça a prática clínica dos outros trabalhadores de saúde? Será que só os médicos são portadores de autonomia no trabalho em saúde? E as práticas clínicas dos outros profissionais?
4. Será que é possível qualificar as

ações de saúde controlando-a administrativamente? Como e quem faria isto? E, dentro disto, qual estratégia controladora dos custos das ações seria mais produtiva para um cenário de competitividade: o da centralização administrativa, a construção de um pacto entre produtores, um forte poder regulador e financiador do estado? Ou, outros formatos dos processos de trabalho que se orientam pelo conjunto das práticas clínicas e epidemiológicas das equipes de saúde e pela construção de um modelo de ação pautado pela responsabilização e compromissos das equipes, em produzir resultados usuários centrados, que implicam em ganhos efetivos de graus de autonomia no seu modo de caminhar a sua vida?

5. É possível usar desta caixa de ferramentas, mas com outras intenções?

Responder a estas questões exige uma compreensão maior do que se está denominando de tensões-potências, que operam na base do campo do agir em saúde, e as suas maneiras ruidosas de se expressarem no fabricar, no cotidiano, os modelos de atenção, que são “lugares” de intervenções para a mudança.

A GESTÃO DO COTIDIANO EM SAÚDE: as tensões constitutivas do seu agir e suas presenças no dia a dia do fabricar as práticas

Muito esquematicamente, pode-se dizer que todo o conjunto das ações de saúde operam em um terreno de base tensional, constituído pelo

menos em três campos:

a) O primeiro é demarcado pelo fato de que o território das práticas de saúde é um espaço de disputa e de constituição de políticas, cuja característica é a multiplicidade, desenhado a partir da ação de distintos “atores sociais”, que conforme seus interesses e capacidades de agir, aliam-se e/ou confrontam-se, na tentativa de afirmar, e mesmo impor, uma certa conformação de um “bem social” - a saúde - como objeto de ação intencional de políticas - portanto, como uma questão social - que lhe faça sentido enquanto constituidor de seu universo de valores de uso (Campos, 1991; Braga, 1981), e como tal apareça como base para representar de modo universal o mundo das necessidades, nos planos coletivo e individual.

Neste espaço de ação de sujeitos sociais, que agem para produzir uma certa conformação das necessidades como foco de políticas de saúde, a multiplicidade dos “atores” envolvidos tem mostrado a impossibilidade de se ter, nas políticas instituídas, o abarcamento do conjunto dos interesses constitutivos do setor saúde, a não ser por pactuação social, expressa das formas mais distintas: por mecanismos mais amplos de envolvimento e negociação, ou mesmo por práticas mais impositivas e excludoras.

Tomar o foco dos usuários dos serviços de saúde, de certos trabalhadores e mesmo dos governantes e sua tecnoburocracia, compõe uma base tensional e orgânica do jogo de interesses que dão direcionalidade para as políticas de saúde, e que estará sempre presente como um interrogador, em

potência, dos arranjos instituídos a operar na cotidianidade das práticas.

b) o outro campo, de constituição da lógica tensional de agir em saúde, está delimitado pelo fato de que hegemonicamente o produzir atos de saúde é um terreno do trabalho vivo em ato, que consome trabalho morto, visando a produção do cuidado (Merhy, 1998).

A micropolítica deste processo produtivo, trabalho vivo dependente e centrado, dá-lhe características distintas em relação a outras configurações do ato de produzir, e cuja marca central é entendido como a de ser um processo de produção sempre a operar em alto grau de incerteza, e marcado pela ação territorial dos atores em cena, no ato intercessor do agir em saúde (Merhy, 1997).

Esta centralidade do trabalho vivo, no interior dos processos de trabalho em saúde, define este como um espaço em aberto para a exploração das potências nele inscritas, para a ação de dispositivos que possam funcionar como agentes disparadores de novas subjetivações, que conformam as representações da saúde como bem social, e de novos modos de agir em saúde que busquem articulações distintas do público e do privado, nele presentes (Franco, 1998; Malta, 1998).

c) e, por último, o das organizações de saúde, que se constitui em espaço de intervenção de sujeitos coletivos inscritos a partir de suas capacidades de se autogovernarem, disputando o dia a dia, com as normas e regras instituídas para o controle organizacional.

Esta condição, de que em qualquer organização produtiva o autogoverno



dos trabalhadores é constitutivo de seu cerne, no terreno da saúde está elevada a muitas potências, e a percepção da mesma é possível no fato de que em saúde todos podem exercer o seu trabalho vivo em ato, conforme seus modos de compreender os interesses em jogo e de dar sentido aos seus agires. A tensão entre autonomia e controle é sem dúvida um lugar de potência, e um problema para as intervenções que ambicionam governar a produção de um certo modelo tecno-assistencial. Maneiras efetivas de se desenhar modelos de atenção.

Aliás, para alguns autores (Matus, 1987), esta temática não é muito distinta daquela que é colocada para os vários processos institucionais que se situam no campo da ação governamental, pois nesta situação particular há que se reconhecer e atuar, tomando como componente básico o fato de que planeja quem faz, isto é, todos atores em situação, em última instância, são governantes. Característica que, aqui, toma-se como potencializada neste terreno singular da saúde, devido a esta natureza trabalho vivo em ato centrado.

A este contexto do terreno da saúde há que se pensar na constituição do território das escolas médicas como lugar de ensino e aprendizagem, implicado com a formação do médico, dentro de uma aposta bem definida em um certo modelo de atenção à saúde, usuário centrada, comprometido com a defesa da vida individual e coletiva, no qual o médico deve ser antes de tudo um cuidador de saúde, que exerce suas competências específicas em um certo território tecnológico das práticas de saúde, o da medicina.

### **a cartografia dos processos educacionais também é base para a reforma da escola médica**

Do mesmo modo que o terreno da saúde, o dos processos educacionais apresentam uma cartografia bem complexa, que marca as possibilidades dos vários modelos de construção dos processos de ensino aprendizagem.

Dos focos tensão que compõem esta cartografia citarei como problematizador aqueles que tornam os processos de ensino aprendizagem como um encontro intersubjetivo e intercultural, como uma aposta na qual com a relação tutelar e o confronto de saberes é possível produzir um novo sujeito de saber, com competência bem definida para ações técnicas, por exemplo, e com autonomia para este exercício.

Deste modo, os processos educacionais devem tomar como base para os

seu modos de agir, as seguintes questões:

- as relações intersubjetivas entre “sabedores” (de certos territórios de saberes) legitimados tecnicamente, com outros “sabedores” não conformados como detentores destes territórios tecnológicos, a não ser genericamente;
- que, estas relações operam em um terreno mediado pela linguagem, de todo tipo, e como tal é processo cultural;
- em suas dinâmicas, estes processos devem atuar de modo tutelar, porém com a perspectiva de produzir autonomia e devem conformar saberes tecnológicos novos, através do exercício de práticas também tecnologicamente ordenadas;
- todo o conjunto destes processos ocorre no interior de uma organização de natureza adocrática e burocrática, com seus específicos jogos de poderes, nos quais o docente, detentor de um suposto duplo saber, o da medicina e o do ensino, ocupa um lugar muito valorizado e pouco articulado a processos públicos de prestação de contas.

Com isso, o conjunto dos processos institucionais que apostam na transformação serão sempre de alta complexidade, exigindo dos gestores da mudança uma caixa de ferramentas para governar processos de composição bem heterodoxa, sempre tensionais, e que permitam ordenar novas arenas institucionais que coloquem mais atores em cena, em lugares organizacionais estratégicos, que cristalizam as lógicas decisórias fundamentais tanto para a reprodução da lógica de poder quanto para a sua mudança. Lógica de poder, aqui, é entendida como operante nos terrenos administrativos, tecnológicos e políticos, como diria Mario Testa, com seus distintos tipos de desenhos de ação. E, no caso particular da escola médica, todo este processo tem que impactar de modo especial o modo como o ator docente se situa no conjunto destes espaços, tornando-os mais publicamente comprometidos com um novo agir pedagógico e em saúde.

**agir na mudança da escola médica exige novos arranjos organizacionais e novas caixas de ferramentas para governar**

Um gestor de organizações e processos como os da saúde e da educação, encontram-se em situações governamentais muito parecidas.

A primeira questão a ser pensada é como compreender esta situação: os territórios da saúde e da educação, quais as composições das apostas do mesmo, para, afinal de contas, ter claro a compreensão do o quê um gestor deste tipo, efetivamente, governa.

Como uma síntese de tudo o que este texto tem proposto de reflexão, mas sem muita precisão, entende-se que este gestor deve ter a capacidade de governar:

- relações políticas entre distintos apostadores do cenário da saúde e da educação, marcadas pelo terreno das relações entre o estado e a sociedade na formação das políticas sociais;
- relações organizacionais entre diferentes atores que governam o dia a dia dos estabelecimentos, disputando com seus autogovernos (“g”) o caminho do “G” da alta direção;
- relações produtivas do cuidado em saúde e dos processos de ensino e aprendizagem;
- relações entre produtores e beneficiários dos atos produtivos.

Pode-se dizer que a caixa de ferramentas do gestor de processos de mudanças na escola e nos serviços deve conter tecnologias que permitam a sua ação nos terrenos da: política, das práticas institucionais e dos processos de trabalho. Nos quais, o saber como tecnologia é central, mas sem esquecer que estará diante de processos de partilhamentos dos distintos tipos de poderes em jogo, pois muitos outros no cenário, também sabem e defendem projetos, isto é, também governam.

Em um esforço de contribuir para pensar ferramentas para gestores nesta situação, vários autores tem elaborado um saber tecnológico específico no terreno da ciências de governo, dentre os quais já citei no começo deste material o professor Carlos Matus, porém para dar uma idéia de como pode-se pensar sobre uma destas ferramentas fecharei este texto com um trecho de um capítulo escrito por Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, sobre este assunto: Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor

governamental, publicado no livro Agir em Saúde - organizado por Merhy e Onocko, pela editora Hucitec, São Paulo, 1997

Temos tido a oportunidade de utilizar, desde o início da década de 1980, ... uma série de tecnologias de planejamento estratégico, sempre na perspectiva de aumentar a capacidade de governo e a governabilidade de atores com um determinado projeto político, mas com pouco recursos para sua execução...

O que se pretende fazer no presente artigo é uma apresentação e discussão de um certo modo de operar uma tecnologia mais *light* de planejamento estratégico, que é, em grande medida, um “híbrido” das tecnologias (existentes)... Esta tecnologia resultante acaba ficando sem um nome próprio, sendo às vezes chamada de “PES modificado” ou de “ZOPP enriquecido com PES” ... A “autoria” que se reivindica aqui é a de uma longa aplicação destas tecnologias, com inúmeros grupos dirigentes e sua gradual testagem e adaptação em função de duas variáveis principais: o tempo como recurso escasso dos dirigentes e a necessidade de tornar acessível o manuseio de tais tecnologias a um número crescente de pessoas.

Na nossa prática, temos aprendido que existem duas condições mais importantes para o sucesso de um plano: a clareza e o rigor com que é elaborado e a competência da sua gestão. Neste artigo, procuramos trabalhar cada etapa do método, mostrando as suas dificuldades e dando algumas orientações que ajudem a sua operacionalização com mais rigor.

A tecnologia que estaremos

mostrando se alimenta de duas fontes principais, quais sejam, o PES e o ZOPP. Do primeiro, incorpora elementos que falam da complexidade dos sistemas sociais, da incerteza e de condições de pouca governabilidade de quem faz o plano, mas principalmente a idéia de que é possível “criar” governabilidade. Do segundo, incorpora uma certa simplificação metodológica que tem se apresentado muito útil na nossa experiência...

## **OS PASSOS...**

### **Definir claramente o ator que planeja**

Ter claro quem está “assinando” o plano. Por exemplo, há uma diferença muito grande entre o ator ser a prefeito ou ser o secretário de Educação, por mais que o cargo do secretário seja um cargo de confiança do prefeito. É que nunca há uma transferência automática de recursos de um autor para o outro. Dito de outra forma, o ator- prefeito controla recursos, inclusive boa parte deles sob o controle de outros atores sob o seu comando, como por exemplo os recursos financeiros controlados pelo secretário das Finanças, que extrapolam, e muito, o campo de governabilidade do secretário da Educação. Outra coisa: Secretaria de Educação não é um ator. O secretário da Educação, sim. A prefeitura não é um ator. O prefeito, sim. Porque, como sabemos, tanto a prefeitura como qualquer secretaria são organizações muito complexas,

habitadas por inúmeros atores que controlam inúmeros recursos. Outro exemplo: um grupo gerente de projeto não é um ator. O ator, no caso, é a autoridade que instituiu o grupo. Assim, um projeto coordenado por um grupo-tarefa designado pelo secretário da Educação - que, supõe-se, assume integralmente o plano - tem como ator o próprio secretário e não o grupo. A clareza sobre quem assina o plano é um bom ponto de partida.

### **Ter bem clara qual a missão da organização à qual está vinculado o ator que formula o plano**

Nem sempre há muita clareza sobre o conceito de missão. Em geral, a missão é enunciada em termos bem genéricos, na forma de propósitos. Nós temos trabalhado com um conceito mais “amarrado” de missão”. Missão deve conter, em seu enunciado, três idéias básicas: quais produtos, para que clientela e com quais características um determinado serviço ou organização se compromete a oferecer. Alguns exemplos de missão: a) uma escola municipal tem a seguinte missão: oferecer ensino de primeiro grau (o produto), para crianças na faixa etária tal (a clientela), de forma gratuita e com boa qualidade, com ênfase na afirmação do sentimento de cidadania e solidariedade, etc.(com que características). b) um hospital público de pediatria tem a seguinte missão: oferecer atendimento ambulatorial, atendimento de urgência/emergência, cirurgias e internações (os produtos), para crianças até 15 anos (a clientela), de forma gratuita e garantindo fácil acesso e boa qualidade no

atendimento (com que características)...

### **Formular bem o(s) problema(s) que será(ão) enfrentado(s) pelo plano**

Tanto o PES como o ZOPP são estruturados a partir de problemas. O PES, em particular, é muito rigoroso e rico de indicações para esta etapa decisiva do plano, que é a formulação a mais precisa possível dos problemas. Para Carlos Matus (1987), os problemas podem ser agrupados em vários tipos de taxonomias. Uma delas é aquela que classifica os problemas em estruturados e quase-estruturados. O plano se ocupa, de uma maneira geral, com os últimos. Os problemas quase-estruturados são aqueles mais complexos, à medida que é difícil enumerar todas as suas causas (portanto são multicausados). Também não são vistos como problema por todos os atores e as “soluções” nem sempre são vistas como tais por todos. Por exemplo, o não-cumprimento do horário pelos médicos nas organizações públicas é um “problema” para a direção, mas é uma “solução” para os médicos. Da mesma forma que a introdução do relógio-ponto no hospital poderá ser uma “solução” para a direção, mas um “problema” para os médicos.

Outra taxonomia é aquela que agrupa os problemas em intermediários e finais. Os últimos, podemos dizer, são aqueles vividos pelos nossos clientes. Os primeiros são aqueles que vivemos no cotidiano da organização e que interferem na qualidade final do produto. No caso dos alunos do exemplo da escola primária, interessam os problemas “finais”: má

qualidade do ensino, alto índice de repetência, evasão escolar, etc. Os problemas “intermediários” que deverão ser trabalhados no plano são: baixos salários dos professores, sucateamento da rede física das escolas, etc. Podemos dizer que o alvo do plano devem ser sempre os problemas finais e é a modificação destes que mede o seu sucesso.

A definição do problema que será trabalhado no plano é um momento muito importante. Para aumentar a chance de escolhermos bem o problema que será trabalhado, pode ser útil fazermos a seguinte questão para o grupo que está elaborando o plano: quais são os problemas que nossos usuários têm vivido? No caso da escola municipal, é possível medir o grau de evasão e repetência e o nível de aprendizado dos alunos através de “provões” para a avaliação. Um bom exemplo de problema para ser trabalhado: alto percentual de repetência entre os alunos de primeiro grau de determinada escola. Este é o problema final. A escolha do problema deve ser orientada pela missão da organização. Os problemas intermediários aparecerão, inevitavelmente, mas lidos sob a ótica dos problemas finais que, afinal, são os que interessam.

### **Descrever bem o problema que se quer enfrentar**

Este é um ponto que sempre apresenta algum grau de dificuldade para quem não tem muita prática de trabalhar com formulação de planos. No entanto, é uma etapa muito importante por duas razões principais: a) para afastar qualquer ambigüidade diante do problema que se quer enfrentar. b) quando bem

feita, tem como produto os indicadores que serão utilizados para avaliar os impactos do plano. Mas, afinal, o que é descrever um problema? É caracterizá-lo da forma a mais precisa possível, na maioria das vezes, inclusive, fazendo sua quantificação...

### **Entender a gênese do problema, procurando identificar as suas causas**

Até aqui o problema foi declarado como tal por um determinado ator, bem descrito ou caracterizado. Agora chegou a vez de “entendê-lo”, de explicá-lo melhor. De identificar que outros problemas estão “antes” dele, fazendo com que ele exista. Esta é a etapa que Carlos Matus (1987) denomina de “momento explicativo”. Todos os modelos de planejamento estratégico que foram citados como tendo influência sobre o nosso trabalho têm tal “momento explicativo”. O ZOPP utiliza como instrumento uma “árvore de problemas”, que nada mais é que uma seqüência deles encadeados de baixo para cima, tendo aquele que está sendo analisado em uma posição mais central, as causas abaixo (as “raízes” da árvore) e as conseqüências acima (os “galhos” da árvore). Nessa medida, a cadeia causal é visualizada de baixo para cima. Já no PES, o instrumento utilizado é um “fluxograma situacional” que descreve uma cadeia causal em linha horizontal, indo da esquerda para a direita, de forma que, quanto mais à esquerda, mais “profunda” é a causa ou a explicação, situando-se no campo das “regras”. Quando se avança da esquerda para a direita, as causas vão sendo posicionadas em planos mais

superficiais, ao nível das “acumulações” e, depois, dos “fluxos” de outros fatos mais próximos ao problema observado. Para Matus, quanto mais “profundas” as causas enfrentadas, maiores os impactos sobre o problema...

### **Desenhar operações para enfrentar os nós críticos**

Agora que nosso problema está bem explicado ou, pelo menos, supomos que conseguimos evidenciar suas causas mais importantes, chegou a hora de iniciarmos o plano propriamente dito. Ele é composto por operações desenhadas para impactar as causas mais importantes do problema ou os “nós críticos” encontrados no momento explicativo. As operações são conjunto de ações ou agregados de ações, consumidoras de recursos de vários tipos, que serão desenvolvidas no correr do plano. A efetivação de uma operação sempre consome algum tipo de recurso, seja ele econômico, de organização, de conhecimento ou de poder. Nas formas mais tradicionais ou economicistas de planejamento, o recurso mais visível ou valorizado é quase sempre o recurso econômico ou financeiro. Valoriza-se pouco o fato de que, muitas vezes, a escassez de recursos de conhecimento, de poder ou de organização são mais importantes para explicar o fracasso de um plano do que a simples falta de dinheiro.

Toda operação implementada deve resultar em produto(s) e resultado(s). Produto é o que fica de mais “palpável”, imediatamente observável. O resultado é o impacto sobre o problemas ou sobre as causas do problema e percebido

como tal pelo ator que planeja...

### **Analisar a viabilidade do plano e/ou organizar-se para criar a sua viabilidade**

A idéia central que preside esta etapa de análise de viabilidade é de que o ator que está fazendo o plano não controla todos os recursos necessários para a sua execução. Como já dissemos antes, na elaboração de projetos com a tecnologia do ZOPP, é dado, como pressuposto, que o ator tem controle dos recursos necessários para a sua execução. Mais ainda: o projeto é elaborado para orientar a utilização de recursos que estão sendo recebidos. Nós trabalhamos com a orientação adotada pelo PES de que o plano é um instrumento para ser utilizado em situações de baixa governabilidade, ou seja, aquelas nas quais o ator não controla, previamente, os recursos necessários para o alcance de seus objetivos. Esta é, de fato, a situação mais freqüente para quem faz planejamento na área governamental.

A análise de viabilidade do plano significa um reconhecimento preliminar a respeito de que outros atores controlam recursos críticos para o plano, quais são esses recursos e quais são as motivações destes atores em relação aos objetivos pretendidos com o plano. As motivações dos outros atores são classificadas em: favorável, indiferente ou contrária. Tem motivação favorável aquele ator que controla determinado(s) recurso(s) crítico(s) e que o(s) deixará à disposição ou o(s) cederá para a execução do plano. É como se o ator que assina o plano controlasse os recursos críticos, por uma

“transferência” do ator favorável. Um exemplo: o secretário municipal de saúde quer contratar pessoal para a rede. O recurso crítico, neste caso, é a autorização para a realização do concurso. Quem controla este recurso é **outro** ator, o prefeito. Se o prefeito é favorável ao plano, ele como que “transfere” o controle do recurso para o secretário, que passa a considerar a operação viável. No caso da motivação indiferente, pressupõe-se que ainda não é garantido um claro apoio do autor que controla o recurso crítico, nem que o mesmo se oporá, ativamente, à utilização do recurso para a execução do plano. Esta última situação caracteriza a motivação contrária, isto é, uma posição **ativamente contra** o plano...

#### **Elaborar o plano operativo**

É o momento de preparar-se para pôr o plano em ação. Tem a finalidade principal de designar o responsável pelas operações desenhadas no plano, bem como a de estabelecer um prazo inicial para o seu cumprimento. O responsável ou gerente da operação é aquela pessoa que ficará com a responsabilidade de acompanhar a execução de todas as ações necessárias para o seu sucesso. Isto não significa que o responsável vá executar todas as ações. Ele poderá (e deverá) contar com o apoio de outras pessoas. O seu papel principal é o de garantir que as ações sejam executadas de forma coerente e sincronizada e prestar conta deste andamento no sistema de gestão do plano...

#### **A gestão do plano**

Como já havíamos afirmado antes, o sucesso do plano, ou ao

menos a possibilidade de que ele seja implementado, depende de como será feita sua gestão. A gestão de um plano significa, centralmente, a criação de um “sistema de alta responsabilidade” no sentido desenvolvido por Matus (1987). Em tal sistema de gestão, entre outras coisas, as pessoas assumem, diante de um superior hierárquico ou diante de um coletivo, COMPROMISSOS de executar, dentro de determinado tempo, tarefas bem específicas. Implementa-se, então, um sistema de petição (pelo superior ou por alguém com esta função no coletivo) e prestação (pelo responsável pela operação) de contas. Presta-se contas, regularmente, do andamento das operações que compõem o plano. Prestar contas não é apenas dizer “fiz” ou “deixei de fazer”. É analisar “por que” não foi possível fazer, reavaliando a adequação da operação proposta e/ou a existência de controle real de recursos para sua execução. Prestar contas é também conseguir avaliar, de forma sistemática, o impacto das operações sobre o(s) problema(s) que está(ão) sendo enfrentado(s). Pressupõe, portanto, um sistema permanente de conversações, conforme trabalhado por Flores (1989).

Sabemos bem que a maioria das nossas organizações trabalha com sistemas de direção que poderiam ser chamados de “baixíssima responsabilidade”, ou seja, não há tradição das pessoas trabalharem com a declaração de compromissos diante de determinadas tarefas e, muito menos, nenhuma cobrança efetiva sobre possíveis compromissos assumidos. Além do mais, as agendas da direção superior, bem como das gerências



intermediárias, vivem lotadas com problemas emergenciais, que aparentemente não podem ser “deixados para depois”, de modo que nunca sobra tempo para “trabalhar com planejamento”.

Fazer uma boa gestão do plano significa conseguir, minimamente que seja, sua inserção no sistema de direção adotado pela organização. O plano, para ter chances de ser executado com sucesso, precisa de sistema de direção altamente comunicativo, com clara definição de responsabilidades e dispositivos de prestação regular de contas. Na nossa experiência, mesmo que não haja radicais e - muitas vezes, desnecessárias - reformas estruturais, alguns (re)arranjos institucionais, ainda que provisórios, deverão ser adotados para a execução do plano: a) Gestão colegiado do plano com a participação da direção superior e das gerências intermediárias; b) Organização das pautas de reuniões do colegiado, de forma que apenas

as “importâncias” sejam trabalhadas, ou seja, não haja uma “distração”, pelo menos neste colegiado, com problemas emergenciais; c) Envolver as gerências formais com as operações que lhe são mais pertinentes, como por exemplo, a diretoria do órgão de recursos humanos responsabiliza-se pela operação “contratar médicos”, de forma que vá havendo uma superposição de uma estrutura gerencial mais matricial (centrada no plano) sobre a velha estrutura verticalizada e fragmentada.

Nesta medida, espera-se que o plano “colonize” a vida da instituição, influenciando, inclusive, sua reformatação “estrutural”. Por esta lógica, reformas administrativas e de organogramas seriam sempre secundárias ou caudatárias à introdução de uma nova forma de funcionamento, centrada no alcance de objetivos do plano estratégico. Assim, planejamento e gestão se fundem no que poderia ser designado como **gestão estratégica**.