

Texto apresentado na Oficina de Trabalho “Perspectivas para a Gestão Hospitalar Pública...” ENSP/FIOCRUZ - novembro de 1996

Texto apresentado no Curso Managed Care e o Brasil do PROAHSA / HC / FGV em 1997.

ATENÇÃO GERENCIADA: da micro-decisão corporativa à micro-decisão administrativa, um caminho igualmente privatizante?

Emerson Elias Merhy*, Célia Beatriz Iriart* e Howard Waitzkin*

APRESENTAÇÃO DO TEMA

Se tomarmos como lugar de análise os EEUU., a Argentina e o Brasil, para fazermos uma reflexão sobre o tema da atenção gerenciada, teremos diante de nós pelo menos algumas inspirações distintas à compreender, para formarmos um certo olhar crítico sobre esta proposta de organização de serviços que vem ganhando campo no interior dos projetos de re-organização do setor saúde.

A sua aparição nos EEUU, remonta à construção de propostas interessadas na criação de parâmetros e critérios, que contribuíssem para uma decisão governamental diante de planos de ação no período da Guerra do Vietnã, tendo como idéia-base um cálculo sobre a “otimização” entre custos de ações de guerra e resultados estratégicos militares atingidos. No correr dos anos 70, uma metodologia com perspectivas semelhantes é introduzida para a elaboração de projetos no campo da saúde, centrada no diagnóstico do altíssimo custo das ações de assistência e na sua vinculação ao processo particular de micro-decisão clínica que ocorria nos serviços. Toma-se a possibilidade de transferência do processo de decisão, sobre as ações de saúde

* componentes de uma equipe de investigação multicêntrica que está atualmente realizando a investigação “Atenção Gerenciada na América Latina: seu papel na reforma dos sistemas de saúde”, envolvendo pesquisadores dos EEUU, Brasil, Argentina, Chile, Equador.

a serem realizadas nos serviços, do campo das corporações médicas para o dos administradores como uma estratégia vital para atacar a relação custo-benefício do sistema. Mas, este não é o campo restrito de intervenção destas propostas, pois a mesma também se filia a um outro conjunto de estratégias que visam a re-organização dos modelos de atenção a partir da ação dos prestadores privados centrados nas políticas das organizações seguradoras e financeiras.

Já, quando olhamos através de países da América Latina, este panorama sofre algumas rotações.

Hoje na Argentina em nome de todo um projeto político-social - o Ajuste econômico-social necessário para “modernizar” os países do terceiro mundo, tirando o peso de um aparato estatal pesado, antigo e ineficiente - ganha corpo um ideário privatizante, que opera micropoliticamente criando projetos privatizantes nos distintos espaços organizacionais, e neo-liberal que opera com a noção de que qualquer forma de direito social conquistado é privilégio que fere as regras do mercado, a nova coqueluche ordenadora do jogo entre produção de bens e necessidades dos “cidadãos”.

Neste cenário, o setor saúde tem se dirigido para um desenho institucional que se ordena pela produção de oferta de uma “cesta mínima” de consumo de ações primárias de saúde, a atingir todos os agrupamentos sociais, em cima da qual por um acesso via mercado a prestadores privados pode-se agregar novas modalidades de consumo no campo da assistência.

Os governos dos países latino-americanos vinculados a estas perspectivas tomam de empréstimo um elenco de propostas de re-organização da gestão dos equipamentos organizacionais em saúde, na direção de um processo privatizante, e como mecanismo de operacionalizar o que denominam de “modernização” dos serviços de saúde. Não é outro o sentido do projeto argentino do Hospital de Auto-gestão e algumas propostas do governo brasileiro de transformação dos hospitais públicos em Equipamentos Sociais que buscam

seus complementos financeiros junto ao mercado de consumidores individuais e/ou coletivos¹.

É interessante observar que nesta direção o problema dos custos que procuram ser enfrentados pelos estadunidenses pela estratégia da atenção gerenciada torna-se um tema secundário neste contexto, pois o que interessa é a transformação de equipamentos organizacionais estatais em prestadores privados (típicos ou em “mix”), e neste caminho aquela estratégia é vista como uma receita que pode permitir a sua viabilização. E, aliás, diga-se de passagem no contexto destes países latino-americanos, e é o que vemos hoje no Brasil, o efeito é paradoxal, pois o ator político no âmbito micro dos serviços de saúde que tem servido de ponta de lança dos projetos privatizantes tem sido a corporação médica.

Hoje no Brasil, em vários lugares - veja o PAS em São Paulo, o processo das cooperativas médicas no interior dos hospitais públicos no Espírito Santo e a proposta de iniciar um experimento privatizante pelo Rio Grande do Sul pelo Hospital (federal) Getúlio Vargas com a adesão de um grupo cooperativo médico - este indicativo também se faz presente como um movimento efetivo.

Mesmo que com possíveis efeitos paradoxais, a atenção gerenciada tem sido “olhada” com carinho pelos governos locais e inclusive por organizações internacionais que têm grande influência para criar temáticas nos projetos de reformas do setor saúde. E, nesta direção a própria Organização Pan-Americana de Saúde, em 1995, abriu um espaço editorial publicando uma bibliografia comentada sobre a questão², que no mínimo vê com bons olhos a proposta como uma eficaz receita para operar projetos de reformas em serviços.

¹ . Diga-se de passagem que as propostas de reforma administrativa do governo Fernando Henrique Cardoso, no Brasil, através da MARE tem total sinergismo com o projeto de modelo de atenção à saúde contido na atual proposta da NOB - 96, publicada em 2/09/96 no Diário Oficial da Nação. Fato que destacamos para revelar um pano de fundo comum no interior do governo brasileiro hoje, que vê nas propostas privatizantes para a gestão dos serviços de saúde uma efetiva solução para a crise de eficiência e eficácia do setor público.

² . Paganini, J. M. - Nuevas modalidades de organización de los sistemas y servicios de salud en el contexto de la reforma sectorial: la atención gerenciada, bibliografía anotada. Washington, D.C.: OPAS, c1995. - 481p. Serie HSP/SILOS ; 40.

A perspectiva deste texto que estamos produzindo é justamente procurar uma recuperação histórica da proposta da atenção gerenciada para auxiliar na reflexão daqueles que hoje vêm tendo um contato inicial com a mesma, no contexto da discussão dos distintos projetos que apontam para uma reforma do setor saúde, possibilitando elaborar respostas para algumas questões vitais que permeiam estes processos.

Nesta direção, serviu de estímulo as interrogantes propostas pela oficina de trabalho “Gestão Hospitalar no Contexto da Reforma de Estado” (Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Brasil, 1996), expressas abaixo:

a - caracterização do modelo: antecedentes da atenção gerenciada na América Latina, EEUU e outros países; princípios da atenção gerenciada e suas bases de operação; papel das seguradoras, provedores e compradores; tipos de serviços, custos e qualidade.

b - análise do modelo: vantagens e desvantagens, acessibilidade, equidade, controle social e regulação do estado; elementos de regulação do estado e do mercado; ajustes e desajustes diante de modelos possíveis de estado e conformação política institucional do setor saúde - lógicas neoliberais, social-democratas, tecnocráticas, populares.

c - consequências do modelo para a gestão dos serviços hospitalares públicos e estatais: interação possível para a rede pública; reais características do modelo neste contexto, modalidades de pagamento/financiamento, mecanismos de controle, repercussão para o profissional médico, consequências para o gerente.

Obviamente, não temos a pretensão de esgotar um debate em torno destes temas, pois isto seria impossível, mas pretendemos tocar em várias destas questões, particularmente às que se referem a relação entre a proposta e o seu compromisso efetivo com a melhoria das ações de saúde, em torno das necessidades dos usuários do sistema, através de uma aposta no aumento da autonomia (em nome de um cálculo administrativo) dos prestadores quanto aos

grupos de pressão institucionalizados, pela inserção mais efetiva dos serviços em um mundo instrumentalizado pela lógica do mercado. Tomaremos como analisador a temática da autonomia gerencial e as possibilidades de sua “desprivatização”, tanto das corporações médicas, quanto das financeiras.

ANTECEDENTES E MARCO CONCEITUAL

uma breve descrição histórica

Mesmo que a atenção gerenciada seja frequentemente descrita como uma proposta de reforma recentemente desenvolvida (1,2), os seus antecedentes remontam à década de 1960, particularmente nos trabalhos de Alain Enthoven, um economista estadunidense (3,4,5). Em seus trabalhos Enthoven desenvolve uma proposta de “programação, planificação e orçamentação” para o Departamento de Defesa Americano, com a finalidade de analisar os custos e benefícios de cada novo método de conduzir a guerra.

Em 1977, ofereceu à administração Carter uma proposta de um “plano de saúde por escolha do consumidor” baseado em uma “competição regulada no mercado privado”; esta proposta foi construída a partir das iniciativas de Paul Ellwood em torno de “uma estratégia de manutenção da saúde” e de Scott Fleming (16) em torno de “uma competição estruturada dentro do setor privado” A proposta se centrava em: um papel fundamental, no interior dos serviços, dado ao controle administrativo sobre as decisões clínicas, com a pretensão de reduzir exames complementares e tratamentos custosos; e, em uma competição em termos de mercado entre grandes organizações prestadoras de serviços ou de financiamentos, para estabelecer competição por preços.

O grupo de Carter recusou o plano, mas pouco depois Enthoven publicou suas propostas (6, 7). A partir dos anos 80 colaborou com Ellwood na implementação de HMO (Organizações de Manutenção de Saúde)³. As orientações que as balizavam tiveram nos EEUU, durante as décadas de 1980 e 1990, o apoio do setor empresarial, onde foi visto como um método de redução dos custos de cobertura. Alain Enthoven e seus seguidores colaboraram

³ . veja logo a diante uma descrição sobre HMO.

intensamente neste processo junto com gestores de organizações vinculadas à manutenção da saúde, e executivos e funcionários de corporações e companhias privadas de seguros, desembocando em um maior refinamento da proposta original.

Da metade dos 80 em diante, foi posta uma ênfase especial na “competição gerenciada” como resposta às preocupações manifestadas pelos economistas e dirigentes empresariais no sentido de que a proposta original considerasse os pressupostos básicos do “livre-mercado”, que estava em processo de modificação (8). Depois da publicação de uma proposta revisada em 1989 (9), a coalizão social que apoiava a “competição gerenciada” foi ampliada, com a incorporação mais efetiva de novos funcionários das grandes companhias de seguros privados dos EEUU (10,11).

Durante a campanha presidencial de Bill Clinton⁴, adotou-se a orientação da atenção gerenciada como componente do plano de governo para a composição de uma reforma do programa nacional de saúde (12,13,14,15). Apesar do fracasso específico deste plano, a perspectiva de implementar reformas orientadas por esta proposta difundiu-se rapidamente, e em particular sob a influência das grandes empresas de seguros privados.

Vale registrar, que esta influência nem sempre se desdobrou em propostas típicas, pois há algumas que propuseram modificações conceituais, como é o caso daquelas que se afastam dos modelos baseados no uso das estratégias de seguro, apontando para a criação de um fundo público único com orçamentos globais, financiados através de impostos que contratariam planos privados em torno de pacotes de benefícios mínimos (13,14,15,51).

Difusão da atenção gerenciada

⁴ . Em Wyoming, junto a Ellwood, dirigentes de companhias de seguros, realizaram várias reuniões com Enthoven e outros proponentes da atenção gerenciada, conformados no “Grupo de Jackson Hole”. Este grupo, que teve uma função de consultor para as questões da reforma na saúde do governo Clinton, foi financiado em grande parte pela indústria privada de seguros, que aliás também se envolveu com o financiamento da campanha presidencial do mesmo. Vale lembrar que as empresas seguradoras de saúde nos EEUU movimentam capital financeiro em volume muito maior que a General Motors, por exemplo.

Enthoven e seus aliados assessoraram vários projetos de reformas de sistemas de saúde para além dos EEUU, em particular na Holanda, Grã-Bretanha, Suécia e Noruega. Mesmo que os benefícios em termos de custos, qualidade e satisfação não tivessem sido demonstrados e comprovados, através de investigações mais precisas, a proposta da atenção gerenciada ganhou muita influência junto aos projetos governamentais a partir destas intervenções, o que pode indicar mais um compromisso *a priori* com propostas de incentivo à competição no (e do) mercado, do que com os resultados a serem obtidos em termos de saúde.

Parte destes governos que iniciaram as reformas dos seus sistemas públicos, com mudanças organizacionais apoiadas nestas orientações, depois de dois anos de intervenção, iniciaram um processo de reversão de suas reformas a partir desta linha metodológica, pois a atenção gerenciada não tinha conseguido satisfazer muitas de suas expectativas (16,17,18,19).

Que pese esta possível aprendizagem histórica, este tipo de reforma tem se difundido rapidamente pela América Latina (2,20,21,22). Especificamente em países como Argentina e Chile, as reformas dos sistemas públicos têm colocado muita ênfase na competição entre grandes companhias prestadoras subjugadas ao modelo estadunidense. Em países como o Brasil, começam a aparecer propostas semelhantes, porém seu desenvolvimento ainda é muito incipiente. A tendência à adoção generalizada e os incertos efeitos nos custos, qualidade, satisfação e indicadores de saúde fazem com que se torne um imperativo para os distintos núcleos de pesquisas que se debruçam sobre as reformas dos sistemas de saúde no interior da América Latina, a busca de projetos de investigação que tomam esta modalidade de organização como objeto de análise, na tentativa de submetê-la a estudos mais incisivos sobre os benefícios de sua adoção como caminho efetivo para reformar serviços de saúde, na direção de uma efetiva maior eficácia das intervenções de saúde.

Princípios da atenção gerenciada

Utilizando-se da bibliografia comentada⁵ da OPS (1) e em particular do trabalho “El dilema de la salud en EE.UU.: un programa nacional de salud o libre mercado”, de Waitzkin (2), podemos apontar que há quatro elementos essenciais da atenção gerenciada, que a marcam e que vêm sendo parcialmente implementados nos EEUU.

a) Grandes empresas integradas por seguradoras e prestadores que vendem planos de saúde de forma competitiva (conhecidas no plano governamental de Bill Clinton como “associações responsáveis de saúde”). Estas empresas deveriam operar como uma HMO (Organizações de Manutenção da Saúde) objetivando a redução drástica da prática médica baseada no pagamento por ato.

Define-se por HMO aos sistemas organizados para ofertar “cuidados integrais de saúde” e que contam com os seguintes atributos: uma rede de serviços de atenção coordenada para uso exclusivo da HMO; ofertam cuidados de saúde para um determinado grupo da população ou área geográfica com inscrição voluntária; os gastos ocasionados pela atenção fora da rede de serviços são no máximo parcialmente reconhecidos; e, os custos do sistema são compartilhados direta ou indiretamente com o pessoal médico (risco compartilhado).

Atualmente nos EEUU uma boa parte dos médicos e dos hospitais estão amplamente absorvidos pelas HMO. Em principio estas modificações na organização da prática médica permitem um manejo mais específico das condições de trabalho pela ação profissional de um gerente de alto nível de direção administrativo, cuja responsabilidade seria controlar ações custosas que interessam especificamente aos médicos e hospitais, que buscam ganhos com a prática dos procedimentos de alto custo. Mesmo sem a aceitação do plano de Clinton este aspecto da atenção gerenciada está aumentando rapidamente nos EEUU, devido ao crescente poder das grandes empresas seguradoras.

⁵ . Há um fato curioso sobre esta publicação que é em relação a mesma ser escrita em espanhol, mas comentando uma quantidade muito grande de trabalhos escritos em inglês, e criando uma dificuldade de acesso aos críticos estadunidenses que ou não tem acesso a esta bibliografia ou não tem ao idioma utilizado.

b) Grandes organizações de compradores de seguros (no plano de Clinton “cooperativas de saúde compradoras de seguros” ou “alianças de saúde”). Deveriam operar como uma PPO (Organizações de Provedores Preferenciais), que são entidades através das quais uma companhia de seguro e/ou um empregador compram ou contratam serviços de atenção à saúde de um grupo selecionado de provedores para atender a uma população definida de beneficiários. Os provedores aceitam os procedimentos administrativos e a estrutura de tarifas das PPO, em troca de que estas estimulam seus beneficiários a serem atendidos por aqueles.

As PPO tem as seguintes características: pagam aos médicos por serviços prestados e não por captação (não existindo a modalidade do risco compartilhado); os filiados a uma PPO recebem serviços de um grupo de médicos e hospitais que não são exclusivos dela, o que significa que a relação entre a PPO e os provedores é basicamente de tipo financeiro e não organizacional; a PPO reconhece certos serviços a seus afiliados, ainda que estes tenham sido realizados por pessoas e instituições que não sejam provedoras da PPO.

Estes patrocinadores de saúde podem comprar planos de saúde de grandes vendedores de modo organizado, realizadas às vezes por governos estaduais ou municipais, estas organizações poderiam representar também pequenos empregadores e até indivíduos, incluindo os trabalhadores liberais e os desempregados. Na teoria, estas organizações funcionariam como “compradores inteligentes” tomando decisões planejadas a partir dos dados de custos e de qualidades dos serviços, conforme suas pretensões.

c) Benefícios de saúde efetivos e uniformes. O terceiro componente é o pacote básico de cobertura de atenção à saúde que seria extensivo para toda a população. Um comitê nacional de saúde designado definiria este pacote, ou cesta, de benefícios mínimos. Esta decisão do comitê acerca da cobertura se apoiaria teoricamente a partir dos estudos em torno dos resultados clínicos e eficácia dos serviços de saúde.

d) Mudança nos códigos tributários. Estas mudanças diminuiriam a capacidade das corporações e dos indivíduos para a requisição de deduções de impostos por gastos em saúde. Especificamente as corporações e os indivíduos não poderiam solicitar deduções tributárias por coberturas em saúde que ultrapassassem o teto básico previsto. Mesmo que as corporações e os indivíduos pudessem comprar assistência adicional sem deduções tributárias, estas mudanças no código tributário proporcionariam incentivos para comprar uma cobertura menos cara.

Vantagens apontadas para a adoção da atenção gerenciada

Aqueles que advogam a atenção gerenciada como uma estratégia a ser adotada para realizar a reforma da assistência à saúde, assinalam várias vantagens desta proposta. Inclusive na Europa e na América Latina a difusão destas vantagens tem visado a criação de uma série de justificativas para mostrar a necessidade de adoção destes caminhos como política de reforma dos equipamentos públicos em geral, e dos de saúde em particular.

Dentre aquelas, para o setor saúde destacam-se:

a) que se for implementada junto com um programa nacional de saúde, pode expandir a acessibilidade aos serviços de saúde, preservando um papel significativo para as seguradoras privadas. Como resultado este enfoque criaria mudanças menos drásticas no atual sistema de saúde do que um plano de privatização ampla do setor público.

b) como dependeria das forças do mercado para a limitação dos custos, seus incentivadores a consideram mais consistente com os principais valores econômicos e políticos imperantes hoje no plano mundial.

c) a competição deste ponto de vista permitiria uma qualidade melhorada da assistência na medida em que os distintos planos prestadores teriam que disputar entre si o conjunto dos usuários.

d) ao ter que eleger entre planos competitivos os consumidores também necessitariam estar mais bem informados sobre as relações custo-benefício na

atenção à saúde, em parte porque lhes seriam cobrados co-pagamentos pela maior parte da assistência prestada.

Apesar de que as distintas estratégias apregoadas pela atenção gerenciada não estarem plenamente implementadas nem nos EEUU, nem na Europa, como parte da política nacional, as vantagens mencionadas tem sido utilizadas para justificar a difusão desta reforma na América Latina, mesmo que não plenamente comprovadas. Neste sentido, como a eficácia da reforma em termos de acessibilidade, custos e qualidade não esta bem estudada, parece-nos fundamental sua análise para que seja adotada no contexto latino-americano.

Os estudos mais críticos sobre a vivência destes processos de reforma através destas estratégias de ação têm sido realizados por estudiosos do próprio EEUU, destacando-se alguns destes temas em particular. Sem dúvida, muitos dos estudos anteriores produzidos por um dos autores deste texto atual, Howard Waitzkin (2,3,42,44,45,46), que visam entender o processo de reforma estadunidense, podem auxiliar o conjunto dos estudiosos latino-americanos na busca de um entendimento sobre os dilemas atuais do seus sistemas de saúde, permitindo inclusive uma melhor avaliação das distintas alternativas de políticas de saúde, que têm sido produzidas em seus países.

O DILEMA DE SAÚDE NOS EEUU: UM BOM CENÁRIO PARA PENSAR SOBRE A ATENÇÃO GERENCIADA⁶

Com alguns exemplos de pacientes que tiveram problemas de acesso à assistência médica dentro do sistema estadunidense, com conseqüências sérias para a evolução dos casos e para o custo do sistema, pode-se ter uma noção do significado da ausência de um programa nacional que garanta acesso universal aos serviços de saúde.

Determinados cidadãos dos EEUU que estão sob a ação do MEDICAID, como pessoas incapazes, crianças dependentes e com ganhos abaixo da linha

⁶. Esta parte do texto é uma síntese de um dos trabalhos anteriores de Waitzkin, H. particularmente o texto El dilema de la salud en EE.UU.: un programa nacional de salud o libre mercado. Salud y Cambio (Chile) 1994;5(15):24-38; que mostra com muita clareza alguns dos dilemas que pode-se ter pela frente diante das estratégias preconizadas hoje nos países da América Latina.

da pobreza, e que tiveram aumentado sua participação no co-pagamento da assistência realizada, tanto quanto aqueles outros que estão inscritos no Programa do Indigente Adulto (MIA), ou mesmo imigrantes sem documentação, se vêem permanentemente submetidos a grandes riscos de agravos de suas doenças iniciais, por terem dificuldades no acesso a determinados processos de intervenções tecnológicas, com presteza. Sofrendo sérias conseqüências para a sua saúde e condição de vida, por isto.

Tão sério ainda são os casos de trabalhadores que perdem seus direitos à assistência quando são dispensados de seus empregos, deixando de serem recebidos pelos seus antigos médicos por terem perdido direito ao seguro saúde; e, que normalmente ocorre com pessoas em idades nas quais a necessidade de uma assistência à saúde mais regular torna-se imperativa.

Com a caracterização destes grupos de cidadãos e a percepção das dificuldades que têm diante do modelo de atenção à saúde nos EEUU, neste texto, o autor procura compreender o modo como o sistema estadunidense está organizado, seus dilemas e alternativas de solução, analisando, em particular, a proposta da atenção gerenciada que compôs o projeto do Governo de Bill Clinton, para reformar o modelo de saúde.

Mostra que a atual organização do sistema estadunidense desdobra-se em: problemas de dificuldade de acesso para determinados grupos sociais; custos elevados de intervenção - vale lembrar que os EEUU gastam em torno de 1 trilhão de dólares com o sistema de saúde; e, duvidosa eficácia considerando-se como parâmetro o modelo canadense.

Um dado interessante sobre o atual momento nos EEUU em relação a questão da reforma é que uma enquete realizada junto à população, mostrou que em sua maioria, tanto a população, bem como os próprios médicos, preferem um modelo próximo do canadense, em torno de um pagador único, estatal, e centrado na saúde como direito universal.

Como muitos conhecem em detalhes a situação da política de saúde nos Estados Unidos, para além da discussão deste cenário, resta-nos algumas

reflexões sobre a atenção gerenciada e os problemas que a mesma procura enfrentar - particularmente aqueles que se referem sobre a des-privatização das micro-decisões clínicas, sobre a diminuição de custos do sistema com maior acesso e qualidade e sobre o papel positivo da competição do mercado como fator efetivo de regulação do modelo de atenção - com a finalidade de pensar algumas temáticas que possibilitem organizar uma certa aprendizagem sobre esta proposta, como caminho para pensar de fato trajetórias de mudanças organizacionais na América-Latina.

Nesta direção, consideramos como básico a construção de um certo protocolo de questões que permitam contribuir para que os estudos latino-americanos sobre sua presença na região possam já partir de um conjunto de restrições ou dúvidas elaboradas por diferentes autores, que têm olhado com uma certa crítica as propostas de atenção gerenciada, que compõem o núcleo do projeto do atual governo dos EEUU.

Pensando em torno de um certo protocolo para se estudar a reforma a partir da perspectiva da atenção gerenciada na América Latina⁷

Para avaliar, nesta perspectiva, a reforma na América Latina deve-se considerar as incógnitas, preocupações, e perguntas práticas que têm aparecido no debate sobre esta política nos EEUU e Europa.

Incógnitas. Existem várias incógnitas em relação à atenção gerenciada que precisam ser claramente conhecidas em relação às suas implementações na América Latina: a extensão dos benefícios básicos a serem cobertos pelas organizações, nesta modalidade, requerem uma avaliação crítica em termos das necessidades de saúde e dos problemas de acessibilidade de populações definidas; os detalhes de como serão financiados os programas públicos devem ser claramente conhecidos, em particular se forem baseados no aumento dos impostos para as famílias e as empresas; em cada país ou região continua sendo ambíguo se os gastos totais com a atenção à saúde vão ser cobertos

⁷. Este material é centralmente produto dos estudos de Waitzkin e de um projeto de investigação elaborado por uma equipe internacional de pesquisadores argentinos, estadunidenses, equatorianos, chilenos e brasileiros quando da elaboração da proposta de pesquisa "ATENCIÓN GERENCIADA EN AMÉRICA LATINA: SU PAPEL EN LA REFORMA DE LOS SISTEMAS DE SALUD", apresentada em agosto de 1996 ao NÚCLEO DE ACOPIO, NAADIIR, México.

através de um mecanismo de orçamentação global, ou segundo os princípios de um mercado livre; não se tem deixado claro como deverá ocorrer a transição do sistema atual para o de atenção gerenciada, sendo importante analisar o impacto da nova política no setor público e em particular a pressão em torno da privatização feita por corporações e organismos financeiros; e, também é essencial analisar o grau que os governos municipais, estaduais e nacionais, dispõem de flexibilidade para promover formas variadas de cobertura e organização sob o modelo da atenção gerenciada.

Preocupações. Tanto opositores quanto partidários da atenção gerenciada têm manifestado sérias preocupações: as limitações demográficas de países diferentes seriam fatores limitantes do seu impacto, especialmente em regiões rurais, onde a população vive fora das áreas metropolitanas que poderiam suportar a competição de três ou mais organizações de atenção gerenciada (23,24,25); não se tem certeza de que a atenção gerenciada vai poder controlar os custos; nos EUA, os estados com os programas mais extensos de atenção gerenciadas têm mostrado custos iguais ou maiores que os que não aplicaram este tipo de programa (26,27,28,29); os custos administrativos já significativos (nos EUA, mais de 25% de todos os gastos em saúde (30)), possivelmente aumentaria ainda mais dado que a atenção gerenciada é administrativamente intensiva e a nova modelagem organizacional exigida introduziria novos agrupamentos de trabalhadores na gestão administrativa; apesar do louvável intento de utilizar estudos sobre eficácia e resultados para definir a cesta mínima e uniforme de benefícios, e avaliar a qualidade da atenção, as distintas investigações têm produzido informações verificáveis só em torno de um pequeno número de problemas de saúde e procedimentos médicos. Permanecendo, portanto, incerto como as orientações protocoladas pelos prestadores, sobre a prática médica, poderiam ser concretizadas no interior de instituições lucrativas que competem baseadas no preço (31); e, a atenção gerenciada está introduzindo novas contradições e tensões na relação médico-paciente, nas relações entre pacientes e outros

profissionais e mesmo nas relações inter-profissionais, pois o médico se encontra em um conflito basal, podendo chegar a ser “um agente duplo”, devido ao fato de que mesmo que tenha como primeira responsabilidade o bem estar do paciente, agora também deve assumir uma responsabilidade com a empresa que gerencia a assistência ao mesmo paciente⁸

Problemas práticos. Surgem várias perguntas práticas relativas à aceitabilidade da atenção gerenciada pelos prestadores e consumidores: ao mesmo que expande o poder das grandes companhias de seguro que já atuavam no campo da saúde, provavelmente reduzirá a liberdade dos consumidores para escolher os médicos, mas o micro-controle burocrático-administrativo das atividades clínico-terapêuticas possivelmente deverá aumentar; devido ao fato de que a capacidade de compra de cobertura adicional em relação à cesta básica depende do poder de compra, esta proposta aparentemente perpetuará a iniquidade e a cobertura estratificada; não está claro se terá êxito em freiar a seleção e exclusão de pacientes com riscos de enfermidades custosas, por parte das companhias de seguros, o que poderia redundar em um maior gasto para o setor estatal; criará provavelmente um aumento do sistema de co-pagamento e um acréscimo dos impostos a uma parte da população que atualmente está assegurada.

AUTONOMIA E SAÚDE - UMA DISCUSSÃO NECESSÁRIA

Consideramos como uma discussão necessária a questão que envolve a relação entre autonomia e saúde, para analisar as distintas propostas de gestão de serviços de saúde, e mesmo o entendimento do que pode ser a dinâmica do público e do privado, para além da situação específica da temática da natureza econômica dos serviços, ou mesmo da questão restrita à dinâmica entre o estatal e o que é privado.

A existência efetiva do trabalho vivo em ato como componente orgânico e instituinte permanente do processo de trabalho em saúde, sob qualquer que seja

⁸. Em certos contratos com médicos, as empresas americanas de atenção gerenciada querem que os mesmos não expressem seus desacordos ou não atuem contrários quanto às decisões dos administradores (32,33,34,35,36)

sua forma, “atrai” com uma certa particularidade muitos projetos de cunho “autonomistas” de distintas inspirações.

A bibliografia não tem sido estranha a este fato, mesmo que em sua maior parte não o analise sob o ponto de vista que aqui está se apontando, nem mesmo os relatos das experiências vivenciadas junto a serviços de saúde deixam de destacar esta temática, particularmente quando percebe a importância da presença do autogoverno dos trabalhadores de saúde no processo cotidiano de construir os modos de intervenção no interior dos distintos serviços de saúde.

Entretanto as principais análises sobre este tema da autonomia e saúde estão marcadas pelo menos por quatro tipos básicos de estudos: aqueles que se debruçam sobre o tema baseados centralmente no tema da organização social do trabalho médico (52,53); aqueles que olham mais para o conjunto da dinâmica da micropolítica do processo de trabalho em saúde e sua relação com os processos de gestão institucional (50,56); tirando nítido proveito daqueles que procuram compreendê-la como um componente referente ao processo saúde e doença (54,55), e daqueles que o olham particularmente sob o ângulo da organização administrativa (tomando a lógica do mercado como seu componente ordenador).

No primeiro caso - aqueles que se debruçam sobre o tema baseados centralmente no tema da organização social do trabalho médico (52,53) - a discussão sobre autonomia e saúde tem sido marcada pelo menos por duas posições:

- uma (52), advogando que deve-se falar em autonomia do trabalhador médico na medida que se fala da organização liberal do trabalho médico tendo como eixo o conjunto do processo social de organização das atividades produtivas em saúde, considerando-se a modalidade liberal como uma determinada forma de organização social do trabalho médico no interior do processo capitalista de produção que ordena a prática médica. Neste posicionamento a referência à autonomia apresenta-se de um modo paradoxal,

pois se de um lado expressa a liberdade do produtor médico se organizar como tal no interior da lógica de mercado a partir do seu controle sobre os meios de produção atinentes às suas práticas, por outro revelaria a captura que a lógica de mercado faria sobre o trabalhador médico, condenando-o a uma certa modalidade de prestação de serviços de saúde, fadada inclusive ao desaparecimento por sua natureza tradicional, em termos de organização dos processos produtivos no interior do capitalismo hoje em dia.

- a outra (53), explorando a autonomia sob o ângulo de que no interior de seu processo de trabalho o médico usufrui de um espaço de autonomia para exercê-lo e formatá-lo, vendo inclusive nas várias experiências dos serviços hospitalares a demonstração deste processo. Advoga que no exercício desta autonomia cria novos formatos de intervenção institucional que exploram processos auto-gestores do trabalho médico, e que em qualquer modalidade de organização do produtor médico esta autonomia se reproduz, como que lhe dando permanentemente uma capacidade de auto-governar o processo de trabalho em saúde.

Nesta polêmica, que inclusive é inauguradora de um rico debate no interior do movimento da medicina social brasileira sobre os processos de mudanças dos modelos de atenção à saúde, abre-se algumas possibilidades novas de procurar entender a natureza específica do trabalho em saúde olhando-se particularmente para a sua dinâmica micropolítica.

Neste sentido, naqueles estudos que olham mais para o conjunto da dinâmica da micropolítica do processo de trabalho em saúde e sua relação com os processos de gestão institucional (50,56) podemos perceber a influência desta polêmica, e suas distintas implicações para a análise do tema da autonomia, saúde e gestão. Aliás, realizam seus estudos muito marcados pelos tipos de investigações que procuram compreender a autonomia e a saúde a partir da ótica de que aquela (a autonomia) é um componente referente ao processo saúde e doença (54,55), e que as olham particularmente sob o ângulo da organização administrativa.

Uma parte desta reflexão, sobre estas tendências, está desenvolvida no texto “Agir em Saúde - micropolítica do trabalho vivo” (50), de Merhy, E.E., que procuraremos sintetizar na medida que permita explicitar um certo debate travado sobre autonomia, gestão e organização dos serviços de saúde, que poderá contribuir para a análise da atenção gerenciada em torno dos temas da privatização e publicização, controle de custos através das decisões administrativas e a lógica de mercado como ordenadora das práticas institucionais em saúde.

Naquele texto, ao se dialogar com algumas análises da micropolítica do trabalho em saúde, destaca-se uma certa crítica àquelas que vêem o trabalho em a saúde como plenamente aprisionado a modelos tecnológicos prévios, de tal maneira que ficaria impossível visar um mínimo espaço de ação autônoma para o trabalho vivo em saúde, o que também não permitiria explicar os modos muito inventivos que operam cotidianamente no interior dos distintos serviços de saúde. Provavelmente, fontes de novos modos de se produzir intervenções no campo das ações médico-sanitárias⁹.

{...}

Cabendo, de novo perguntar, qual energia se incorpora ao processo de trabalho? A do trabalho vivo capturado pelo trabalho morto preso nas configurações tecnológicas dos processos de trabalho comandados pelos saberes estruturados, pelas normas, pelas máquinas, pelos procedimentos, etc. Mas, e a energia do trabalho vivo em ato e em potência, o que tem a ver com tudo isto? Será que ele não é um componente permanentemente ruidoso deste processo, portador de outras lógicas tecnológicas, para além do que está sendo capturado como modelo tecnológico de organização do trabalho. Não será possível se perceber a configuração de uma certa racionalidade tecnológica de ação do próprio trabalho vivo em ato, que é e pode ser fonte de linhas de fugas do processo instituído, hegemônico, e que está na base de qualquer possibilidade de intervenção no sentido da mudança?

Não será que a subjetividade em ato, como território essencial do homem em ação enquanto máquina desejante, não extravasa o sujeito da prática, das atividades do mundo das significações, se esta for só entendida exclusivamente como dimensão do momento capturado. Por que será que

⁹. este texto que se segue, todo em itálico, faz parte do capítulo “Agir em Saúde: micropolítica do trabalho vivo”, do livro “Vale a pena apostar no público”, em produção pela Hucitec (SP/BR) organizado por Merhy e Onocko, e com lançamento previsto para março de 1997.

aquele trabalho, como um processo em ato, tem que ser permanentemente capturado, se na vida em movimento os encontros dos trabalhos vivos do trabalhador em saúde e do usuário, como intercessores (57), vão além dos limites do instituído, e provocam novas instituições em um cenário permanente de possibilidades, e/ou incertezas?.

Se assim for, se é possível pensar o trabalho vivo como fonte de novos procederes e como algo que tem que estar sendo permanente e plenamente capturado para não abrir outras linhas de ação; mas que, como no caso da saúde, não pode ser sempre e globalmente capturado, é porque é possível se defender que este componente da ação no processo de trabalho tem sido e é permanentemente um possível lugar do novo.

Deste modo, devemos refletir sobre a prática da clínica como uma dobra que de um lado é como uma atividade que procura tudo capturar, e de outro é como uma ação que se abre para novos processos territorializantes, em busca de novas singularidades e processos emancipadores, sempre como uma clínica que se faça em ato. (Uma clinica tanto presente na medicina, quanto na saúde pública, pois clinica como ação é ser um espaço de intervenção em um processo de intersubjetividades, é ser um lugar dos intercessores, onde disputam os instituintes situados).

{...}

(...) no trabalho em saúde o ato de produção se dá no imediato ato de consumir, tornando o trabalho vivo em ato um processo que se realiza imediatamente com a produção, sempre um sendo, um dando, em um espaço publicizado, onde penetra a lógica dos intercessores em ato como constitutiva imediata do trabalho em saúde, e portanto elemento relevante para qualquer estratégia de mudança.

{...}

(...) o próprio mundo das necessidades está em permanente processo de captura pelas tecnologias dos saberes estruturados porque pode e deve ser inventado em processo, no fazer do trabalho vivo que se publiciza para uma nova validação ético-estética no campo do trabalho em saúde, portanto da intimidade entre o repensar a micropolítica do processo de trabalho em saúde e o seu processo de gestão.

A necessidade instituída pressupõe que não haja singularidade, mas modos coletivos de instituir, que massificam sentidos de necessidades. Porém, ao mesmo tempo estes se singularizam em territórios existenciais auto-referenciais que vivem sempre a possibilidade do atravessamento, da des-territorialização, da auto-emancipação, de ser agenciada por processos de outra ordem, inclusive pelo seu encontro no espaço intercessor (57) com outras direções que o trabalhador procura imprimir com sua ação.

{...}

Do que falamos até agora sobre o trabalho vivo em ato nos chama a atenção o fato de haver uma íntima relação entre a constatação da sua

existência operante e a de que todos “atores sociais” governam, como diz Carlos Matus. E, com isto entendemos que uma dimensão chave do trabalho vivo em ato é o de estar sempre em situação de governo; e, assim, mantendo sempre uma estreita vinculação com a discussão sobre os sujeitos em (e da) ação e o conjunto de teorias (caixas de ferramentas) que tem procurado pensar esta questão, em particular aquelas que contribuem para esclarecer a relação entre o sujeito em ação e o permanente estado de governar cotidianamente o seu caminhar no mundo, e em particular o seu trabalhar no mundo.

(...)os processos instalados no interior das instituições de saúde, (são) como exercícios de governos que o conjunto dos agentes realizam e que operam como mecanismos instituintes no cotidiano em um dado modo de gerir o conjunto do trabalho em saúde, dando-lhe a cara de um determinado modelo tecno-assistencial em realização. E com isto (pode-se) abrir a possibilidade de compreender estes distintos auto-governos colocando-os em cheque através da busca de mecanismos que pretendam “desprivatizá-los”, sem anulá-los, mas sim colocar em discussão mais pública os seus sentidos, submetendo-os a um “controle” pelo coletivo dos interessados no interior de um espaço “publicizado” de gestão tanto dos equipamentos institucionais quanto dos processos de trabalho em saúde.

{...}

(Neste sentido deve-se tomar) como relevante o agir micropolítico do trabalho vivo em ato na saúde como força instituinte que opera nos espaços intercessores e que intervém pela sua capacidade de gerir os processos de trabalho e os processos organizacionais, dentro da dobra da gestão como processo de produção de políticas e de bens de consumo.

Neste seu modo de intervir nos espaços organizacionais o trabalho vivo em ato na saúde opera permanentemente com a criação de espaços institucionais que se dobram entre uma dimensão pública e uma privada, no que se refere ao processo de gestão.

A percepção do conjunto das dinâmicas gerenciais no interior de um serviço de saúde revela que o exercício por todos trabalhadores de saúde, em sua dimensão assistencial, em espaços próprios de gestão do seu trabalho se articula com a presença de espaços coletivos e públicos nos quais os distintos trabalhos se encontram enquanto certas linhas de satisfação de necessidades, sejam estas de usuários finais ou intermediários da própria organização.

Estas dimensões revelam como é crítico qualquer processo organizacional em saúde que procura operar sobre a dinâmica público e privado, se não perceber que esta é orgânica ao trabalho em saúde sob qualquer de suas formas e não se reduz somente à temática da lógica do mercado, ou ao mau uso do processo de trabalho.

Dentro disto, torna-se um desafio a possibilidade de se pensar modelos organizacionais que permitam operar sobre a privatização dos processos decisórios em saúde, no sentido de publicizá-los sem necessariamente trocar uma privatização por outra, mas também sem aprisioná-lo exclusivamente sob o comando de ações coletivas sobre as individuais, e sem perder o sentido final do trabalho em saúde que é o de defender a vida dos usuários, individuais e/ou coletivos.

Parece-nos que esta problemática se faz presente e é mal resolvida no conjunto das estratégias adotadas pela atenção gerenciada.

ATENÇÃO GERENCIADA: ALGUMAS QUESTÕES CHAVES

Olhando sob o ponto de vista dos processos instituídos por esta modalidade de organização de serviços, no sentido de apostar tanto no controle da privatização das micro-decisões pela corporações médicas pela privatização das micro-decisões pelos administradores, quanto na lógica do mercado como racionalidade reguladora entre produção, consumo e custos em saúde, podemos abrir mais um¹⁰ processo de argumentações de como esta proposta pode impactar o cotidiano de um específico serviço de saúde, seja ele um hospital ou não, e a que tipos de jogos de interesses pode se tornar permeável.

Privatização ou publicização

Uma observação detalhada, da proposta da atenção gerenciada para o conjunto das ações intra-serviços, revela a intenção de se atacar os processos micro-decisórios, controlados pelos grupos interessados em implementar procedimentos como componente estratégico das ações de saúde, particularmente dentro de uma lógica produtiva em que a finalidade do modelo

¹⁰. Pois uma parte disto já foi realizado atrás quando analisamos o modelo dos EEUU.

de assistência é a produção destes procedimentos por eles mesmos, praticamente abandonando a finalidade mais vital do trabalho em saúde a um mero resultado ocasional. Em uma dinâmica que Schraiber (52), interessadamente, denominou de modelo de atenção da medicina tecnológica.

Na perspectiva de criar mecanismos organizacionais que controlem este processo micro-decisório, a atenção gerenciada aponta para mecanismos administrativos centrados em uma racionalidade instrumental entre meios e fins a partir de uma ótica exclusiva do controle de custos, mesmo que fale em um ótimo entre ação e resultado, pois não há objetivamente - a não ser a normatização sobre custos de procedimentos - parâmetros amplamente construídos que estabeleçam referências para os administradores do que é este ótimo.

Neste movimento, em que um médico por exemplo para indicar uma tomografia teria que ligar para um telefone e receber um ok de um administrador, o processo privado ocupado pela racionalidade da medicina tecnológica sob comando de alguns grupos médicos, seria transferido para o de alguns tecno-burocratas, mas dentro da mesma ótica de modelo de atenção, só que agora governada não mais pelo alto custo, mas pelo baixo.

O nó crítico deste processo torna-se: como tornar pública uma dinâmica micro-decisória a tal ponto que os verdadeiramente interessados nesta possam colocar suas razões em jogo também. E, assim, este é um problema que passa a interessar `a todo o conjunto do processo gerencial, tanto no plano da organização, quanto do processo de trabalho, que pede uma descaptura do trabalho vivo em ato, no plano da assistência e no plano da gestão; contemplando a razão do usuário, mesmo que ele não esteja ali.

E que razão pode ser esta, para estar ali como intenção a publicizar as micro-decisões?

Consideramos como uma possibilidade pensar, que no jogo do privado e público em torno dos processos instituintes dos diferentes trabalhos vivos em ato no interior do processo de trabalho em saúde, a dinâmica privada deste

processo pelo lado do usuário é o que tem a capacidade de publicizar o conjunto dos distintos processos privatizantes, como os dos trabalhadores médicos e os dos administradores.

Publicizar, então, deve ser a possibilidade de permeabilizar os espaços institucionais no interior dos serviços de saúde, para que neles atue a força instituinte do usuário, mesmo que ele não esteja fisicamente ali. Em sua racionalidade instrumental os usuários procuram, ao consumir produtos do trabalho em saúde, pelo menos serem acolhidos neste processo ao ponto de que na dinâmica do mesmo haja um momento em que se possa “escutá-los” nas suas manifestações - necessidades, que permita sua expressão do que “deseja” buscar; ao mesmo tempo, possibilite o início de um processo de vinculação com um conjunto de trabalhadores, no sentido de que ali, em ato, se estabeleça uma relação de compromissos e responsabilizações entre saberes (individuais e coletivos) na busca efetiva de soluções em torno da defesa de sua vida (entendidas como atos produtores de saúde, que envolvem atividades de promoção, proteção e recuperação, e que almejam em última instância um ganho maior de autonomia, “no seu modo de andar a vida” (55)).

Busca que é colocada para o conjunto dos aparatos institucionais e para o conjunto dos trabalhadores, mas que de fato se realiza no ato dos processos intercessores que se constituem entre usuários e trabalhadores de saúde em processos imediatos de atenção, tanto para a produção de ações individuais, quanto coletivas.

Partindo desta lógica instrumental dos usuários dos serviços de saúde, mesmo admitindo suas distintas maneiras de se vincularem a este processo, podemos perceber que é no interior do processo de trabalho em saúde que se constitui um modo operatório que intervém neste contexto, modo operatório este do tipo de uma “tecnologia leve”, a tecnologia das relações inter-trabalhos vivos em ato, que acaba por ser fundante da qualidade e do custo final da intervenção em saúde, pois nele está colocado o processo de captura do trabalho vivo por

certos modelo tecno-assistenciais, como o da medicina tecnológica que apontamos atrás, tanto de alto quanto de baixo custo.

Tomar os processos de gestão institucional deste universo tecnológico próprio do trabalho vivo em ato, que permita submetê-los a processos de avaliações coletivas no interior das equipes de trabalhadores de saúde, como médicos, enfermeiros, administradores, e outros, no interior de serviços concretos é colocar em debate o conjunto dos processos que definem a relação qualidade e custo das ações de saúde, tomando como centro desta avaliação os benefícios que o trabalho em saúde pode permitir para a qualidade de vida e de sobre-vida das pessoas adoecidas ou com o riscos de adoecer.

Portanto, as soluções apregoadas pela atenção gerenciada de trocar o processo micro-decisório dos médicos pelo dos administradores, sofrem das mesmas interrogantes do ponto de vista do sentido do trabalho em saúde: é possível publicizar o conjunto dos processos micro-decisórios em torno do “interesse privado” do usuário dirigido pela eficácia das ações em termos de processos mais acolhedores, vinculantes, resolutivos e autonomizadores?

Além da resposta centrada na racionalização administrativa, a atenção gerenciada aponta também para a regulação dos serviços pela lógica do mercado, pois diz que esta permitiria, em um processo de competição, aliar custo com qualidade, pois só a lógica de mercado é que possibilitaria que os “interesses privados” dos usuários (agora como consumidor) definissem quem é o melhor produtor que pode satisfazer suas necessidades.

O mercado como regulador da qualidade do modelo de atenção à saúde

Este caminho, muito marcado por uma argumentação ideológica, acaba por mostrar que as estratégias da atenção gerenciada no fundo acredita mesmo é no usuário, mas não como um cidadão que porta um bem público - a sua saúde - e sim como um consumidor inteligente, centrado no cálculo econômico que opera pela lógica custo - benefício. A razão instrumental do usuário de saúde seria reduzida a esta questão.

Como primeiras interrogantes desta questão já mostramos na parte imediatamente acima que o usuário em saúde não opera como se estivesse diante de um processo de consumo qualquer, e com uma expectativa muito simples de resultados. Ao contrário.

Além disso, podemos argumentar que a lógica de mercado já opera a muito tempo no próprio modelo estadunidense, que teoricamente se estruturou no processo de competição que é apontado como aquele que tem mais virtude, e no entanto não produziu os resultados desejados por estas estratégias. Mesmo porque o tema do custo só é problema para uma competição privada em função do lucro e da lucratividade e não pelos resultados, em termos de benefícios, que possa gerar à saúde do consumidor.

Creemos que os caminhos mais ideologicamente comprometidos com a noção de que os processos de privatização dos serviços de saúde trazem grandes benefícios na relação custo e qualidade de assistência não tem tido comprovação empírica em nenhum lugar. Ao contrário. Em recente estudo comparativo dos modelos de atenção à saúde entre os chamados países do primeiro mundo, Donizelli (58), analisando as suas eficácias, mostra nítida vantagem dos sistemas que têm uma forte presença reguladora do estado em relação aos outros, e que não necessariamente se traduz em serviços maciçamente estatizados.

Ao olharmos para a dinâmica de um único serviço, isoladamente, poderemos dizer que o mesmo deve - desde que inserido em um sistema regulado pela lógica da eficácia da assistência e centrado em um controle público pautado pelos interesses do usuário-cidadão - ordenar sua gestão em torno da busca de uma otimização entre recursos disponíveis e benefícios, cuja possibilidade operacional encontra-se em um rico universo de técnicas de gestão organizacional. O que pode nos mostrar que para apontar na direção de uma maior racionalização burocrática-administrativa não é necessário que se tenha compromissos com a lógica de mercado.

A atenção gerenciada com suas propostas de controle de custos das ações de saúde não permite a busca de uma efetiva reforma das práticas de saúde, mudando seus referenciais paradigmáticos em termos tecnológicos, que possibilitariam uma nova lógica na relação custo - qualidade (para além da simples associação de eficácia como eficiência), que viabilizassem novas modalidades de trabalho em saúde, que pudessem dar conta inclusive da des-hospitalização da produção da saúde, alterando o padrão de incorporação de tecnologia na produção da assistência, sem necessariamente tomar como contraponto a cesta básica da atenção primaríssima em saúde versus a atenção de alto custo. Enfim, que possa construir práticas incorporadoras de tecnologias duras comandadas pela lógica da tecnologia leve.

Neste sentido, afirmamos que os serviços de saúde devem se apoiar em processos gerenciais auto-gestores, publicamente balizados a partir de contratos globais, centrados em resultados e na lógica dos usuários, e dirigidos colegiadamente pelo conjunto dos seus trabalhadores¹¹, articulados à uma rede de serviços de saúde, regulada pelo estado. E, em definitivo, não reconhecemos na atenção gerenciada uma boa estratégia nesta direção.

BIBLIOGRAFIA

1. Organização Panamericana de Saúde. Nuevas modalidades de organización de los sistemas y servicios de salud en el contexto de la reforma sectorial: la atención gerenciada. Washington, D.C.: OPS (HSP/SILOS-40), 1996.
2. Waitzkin, H. El dilema de la salud en EE.UU.: un programa nacional de salud o libre mercado. Salud y Cambio (Chile) 1994;5(15):24-38.
3. Waitzkin, H. The strange career of managed competition: military failure to medical success? Am J Public Health 1994;84:482-489; A rejoinder [to commentary by Alain Enthoven]. Am J Public Health 1994;84:493-494.
4. Tucker, SA. ed. A Modern Design for Defense Decision: A McNamara-Hitch-Enthoven Anthology. Washington, D.C.: Industrial College of the Armed Forces; 1966.

¹¹. Como não cabe neste texto uma análise desta ordem sugerimos consultar Cecílio, L.C.O. (org.) Inventando a Mudança na Saúde, Editora Hucitec, São Paulo, 1994 e Merhy, E.E. Atuar em Saúde, Campinas, 1995, impresso.

5. Enthoven AC, Smith KW. *How Much Is Enough?: Shaping the Defense Program, 1961-1969*. New York:Harper & Row; 1971.
6. Enthoven AC. Consumer-choice health plan. *N Engl J Med*. 1978;298:650-658, 709-720.
7. Enthoven AC. *Health Plan: The Only Practical Solution to the Soaring Cost of Medical Care*. Reading, MA: Addison-Wesley; 1980.
8. Enthoven AC. Managed competition in health care and the unfinished agenda. *Health Care Financ Rev* 1986; (suppl):105-119.
9. Enthoven AC, Kronick R. A consumer-choice health plan for the 1990s. *N Engl J Med*. 1989;320:29-37, 94-101.
10. Shapiro B, Zoe Baird. *Los Angeles Times*. January 7, 1993: B11.
11. US health reforms: cliches, cost, and Mrs C. *Lancet* 1993; 341:791-792.
12. Ellwood P, Enthoven AC, Etheredge L. The Jackson Hole initiatives for a twenty first century American health system. *Health Econ* 1992, 1:149-168.
13. Brown ER. Health USA: A national health program for the United States. *JAMA* 1992; 267:552-558.
14. Starr P, Zelman WA. A bridge to compromise: competition under a budget. *Health Aff (Millwood)* 1993; 12 (suppl):7-23.
15. Starr P. *The Logic of Health-Care Reform*. Knoxville, TN:Whittle Direct Books, 1992.
16. Enthoven AC. *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*. Amsterdam: North-Holland; 1988.
17. Abel-Smith B. The rise and decline of the early HMOs: some international experiences. *Milbank Q* 1988; 66:694-719.
18. Glaser WA. The competition vogue and its outcomes. *Lancet* 1993; 341:805-819.
19. Glaser WA. The United States needs a health system like other countries. *JAMA* 1993; 270:980-984.
20. Oliveros Cossio R. Consideraciones y sugerencias en torno al 2% de aporte del empleador, establecido en la ley 18.566. *Salud y Cambio (Chile)* 1992;3(9):4-5.
21. Iriart C, Leone F. Descentralización de salud. En: *Normas de Descentralización el Salud*. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social y Program Nacional de Asistencia Técnica para la Administración de los Servicios Sociales en la República Argentina (PRONATASS), 1994.
22. Iriart C, Leone F, Testa M. Las políticas de salud en el marco del ajuste. *Cuadernos Médico Sociales* 1995; (70):5-21.
23. Kronick R, Goodman DC, Wennberg J, Wagner E. The marketplace in health care reform: the demographic limitations of managed competition. *N Engl J Med* 1993;328:133-135.
24. Hadley JP, Langwell K. Managed care in the United States: promises, evidence to date and future directions. *Health Policy* 1991;19:91-118.

25. Iglehart JK. Managed competition. *N Engl Med* 1993;328:1208-1212.
26. Langwell KM, Staines VS, Gordon N. The Effects of Managed Care on the Use and Costs of Health Services. Washington, DC: Congressional Budget Office, 1992.
27. Gabel JR, Rice T. Is managed competition a field of dreams? *J Am Health Policy* 1993;3:19-24.
28. Relman AS. Controlling costs by "managed competition" - would it work? *N Engl J Med* 1993;328:133-135.
29. U.S. General Accounting Office. Canadian Health Insurance: Lessons for the United States. Washington, DC: Government Printing Office (Publ. No. GAO/HRD-91-90;B-244081), 1991.
30. Woolhandler S, Himmelstein DU. The deteriorating administrative efficiency of the US health care system. *N Engl J Med* 1991; 324:1253-1258.
31. Clancy C, Himmelstein DU, Woolhandler S. Questions and answers about managed competition. *Int J Health Serv* 1993;23:213-218.
32. Waitzkin H, Fishman J. The patient-doctor relationship in the era of managed care. In: Wilkerson J, Devers K, Given R, eds. *The Marketplace for Health: Perspectives on Managed Care*. San Francisco: Jossey-Bass, 1996.
33. Angell M. The doctor as double agent. *Kennedy Institute for Ethics Journal* 1993;3:279-286.
34. Emanuel EJ, Dubler NN. Preserving the physician-patient relationship in the era of managed care. *JAMA* 1995;273:323-329.
35. Rodwin MA. Conflicts in managed care. *N Engl J Med* 1995;332:604-605.
36. Woolhandler S, Himmelstein Du. Extreme risk - the new corporate proposition for physicians. *N Engl J Med* 1995;333:1706-1708.
37. Iriart C, Nervi L, Olivier B, Testa M. *Tecnoburocracia Sanitaria: Ciencia, Ideología y Profesionalización*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1994.
38. Merhy EE. *A Saúde Pública como Política*. São Paulo. Editora Hucitec, 1992.
39. Breilh J. *Epidemiologia: Economía, Medicina y Política*. México: Fontamara, 1989.
40. Waitzkin H. *The second sickness: contradictions of capitalist health care*. New York: Free Press, 1983.
41. Breilh J. *Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación: Guía Pedagógica para um Taller en Metodología*. Quito:Ediciones CEAS, 1995.
42. Waitzkin H, Hubbel FA. Truth's search for power: critical applications to community oriented primary care and small area analysis. *Med Care Rev* 1992;49:161-189.
43. Hubbel FA, Waitzkin H, Mishra SI, Dombink J, Chavez LR. Access to medical care for documented and undocumented latinos in a southern California county. *West J Med* 1991;154:414-417.

44. Waitzkin H. On studying the discourse of medical encounters: a critique of quantitative and qualitative methods and a proposal for reasonable compromise. *Med Care* 1990;28:473-488.
45. Waitzkin H. *The Politics of Medical Encounters: How Patients and Doctors Deal with Social Problems*. New Haven, CT: Yale University Press, 1991.
46. Waitzkin H, Cabrera A, Arroyo E, Radlow M, Rodriguez F. Patient-doctor communication in cross-national perspective: a study in Mexico. *Med Care* 1996.
47. Iriart C, Nervi L. Modelo médico y técnicas de investigación social: la encuesta de satisfacción de los usuarios en la evaluación de servicios de salud. *Cuadernos Médico Sociales* 1990;52:27-35.
48. Strauss AL. *Qualitative Analysis for Social Scientist*. New York: Cambridge University Press, 1987.
49. Mishler EG. *Research Interviewing*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1986.
50. Merhy EE. Agir em Saúde - micropolítica do trabalho vivo, in Merhy, EE e Onocko, R (orgs). Vale a pena apostar no público, no prelo junto a Editora Hucitec, São Paulo, (previsto para março de 1997).
51. Garamendi, J. "California health care in the 21st century: a vision for reform" Sacramento, California, Department of Insurance, 1992.
52. Scraiber, L B *Programação em Saúde* Editora Hucitec. São Paulo. 1990.
53. Campos, G.W.S. *Os médicos e a política de saúde*. Editora Hucitec. São Paulo. 1987.
54. Castoriadis, C. *Encruzilhada do Labirinto 1*. Editora Brasiliense. São Paulo. 1986.
55. Canguilhem, G *Lo Normal y lo patológico*. Editora Siglo XXI. Argentina. 1971.
56. Gonçalves, R B M *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde*. Editora Hucitec em co-edição com a ABRASCO. São Paulo. 1994.
57. Merhy, EE *O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo)*, texto apresentado para compor coletânea organizada por Sonia Fleury, sobre a reforma sanitária brasileira em sua história, a ser publicada em 1997)
58. Donzelli, A *Modelli organizzativi e risultati dei sistemi sanitari nei confronti internazionali*. Milão. 1995. Impresso.