

A inseparabilidade entre modos de atenção e gestão em saúde: reflexões no contexto do sistema único de saúde, brasil. ¹

The inseparability between health care and management modes: reflexions in the context of the single health system, brazil.

Bárbara Raupp

RESUMO: Esta reflexão está situada no contexto da construção social do SUS e da Política Nacional de Humanização. Para isso, articulo os conceitos: paradigma, modelo de atenção, enfoque gerencial, processo de trabalho e cultura organizacional e, em especial, a concepção de complexidade (MORIN, 2001, 2002, 2007), em contraposição às abordagens reducionistas. Considero inseparáveis a atenção e a gestão do ponto de vista paradigmático, conceitual, metodológico e operacional e defendo que os serviços de saúde necessitam desenvolver capacidade de produzir novos modos de atenção, de organização e gestão, de formação profissional e de produção de conhecimento, significando uma importante mudança cultural, subjetiva e organizacional. Isso pressupõe promover entre trabalhadores, gestores e população maior autonomia, criatividade, capacidade reflexiva, auto-realização e co-responsabilização, através da produção de novos sentidos no trabalho. Essa tarefa situa-se num campo de contra-hegemonia e está em permanente tensão dialética com modos de trabalho e gestão tradicionais.

ABSTRACT: This reflexion is situated in the context of the social construction of the Single Health System and the Humanization National Policy. For this, I articulate the concepts: paradigm, health care model, management style, work process, organizational culture and specially the conception of complexity (MORIN, 2001, 2002, 2007), in contraposition of reductionist approaches. I consider inseparable the health care and management modes in paradigmatic, conceptual, methodological and operational point of view and defend that health services must develop new health care, organizational and management, professional education and knowledge production ways, what means an important cultural, subjective and organizational change. This presupposes to promote, between workers, managers and the population, more autonomy, creativeness, self-realization and co-accountability through the production of new senses in health work. This task is placed in a counter-hegemony field and is in permanent dialectic tension with the traditional health care and management modes.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde – Atenção à Saúde – Gestão – Cultura Organizacional – Subjetividade

Key words: Single Health System (SUS) – Health Care – Management – Organizational Culture – Subjectivity.

¹ Odontóloga, Especialista em Saúde Pública e Mestre em Educação (UFRGS). Serviço de Saúde Comunitária/Grupo Hospitalar Conceição/Porto Alegre/RS Setor: Planejamento & Gestão: apoio técnico, docência e pesquisa. Email: rbarbara@ghc.com.br

Introdução

Este ensaio foi produzido como contribuição ao debate da mesa redonda “*A inseparabilidade entre os modos de atenção e gestão*” no “Encontro Estadual de Humanização”, ocorrido em Porto Alegre no ano de 2009 e é fruto de minha experiência profissional e acadêmica. Há vinte anos atuo no Serviço de Saúde Comunitária (SSC), Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre, um serviço de atenção primária do SUS. Num primeiro momento integrando uma das doze equipes multiprofissionais deste serviço e, mais recentemente, atuando no setor “Apoio Técnico em Planejamento e Gestão”, onde desenvolvo atividades de ensino, formação, produção de conhecimento e apoio técnico.

A *Política Nacional de Humanização* é um dos pressupostos desse breve ensaio reflexivo no qual busco articular conceitos e idéias que constituem, em meu modo de ver, um conhecimento relevante (teórico e prático) para a abordagem do tema, tais como: *paradigma, conceito de saúde, modelos de atenção, processo de trabalho, gestão, cultura e mudança organizacional*, contextualizados no longo e difícil processo que caracteriza a implementação do SUS como política pública no Brasil. Novas possibilidades, limites e barreiras se colocam nesse contexto de mudança.

O ponto de partida da reflexão é a concepção do fenômeno saúde/doença. Se nossa intenção é superar um conceito de saúde restrito à ausência de doença, reducionista, portanto, construir uma nova ética no trabalho e na gestão em saúde, devemos ter como perspectiva desenvolver a percepção da *complexidade* (Morin, 2001, 2002, 2007) dos fenômenos do campo da saúde. Desse modo penso ser possível alcançar mais coerência entre os modos de atenção e gestão em saúde e essa concepção de saúde/doença como fenômenos complexos, multidimensionais e expressão da qualidade de vida dos grupos populacionais. Defendo, com apoio em Campos (2000), que os serviços de saúde devem ser capazes de produzir simultaneamente: a) a *atenção à saúde* (para responder às necessidades de saúde da população), em alguns centros também a formação de profissionais e a produção de conhecimento e tecnologias e b) a *renovação cultural e subjetiva*, através da produção de novos sentidos no trabalho. Desse modo estaremos “cuidando” concomitantemente da saúde da população e da “saúde” dos trabalhadores e equipes de

saúde, implicando renovação cultural, organizacional e das subjetividades nos espaços sócio-institucionais em que interagem profissionais de saúde, gestores e população.

A *Política Nacional de Humanização (PNH)* é uma estratégia que visa superar entraves no desenvolvimento de relações mais respeitadas, solidárias, horizontalizadas e de co-responsabilidade entre os protagonistas do SUS. Interpreto a intencionalidade dessa política como uma necessidade identificada no processo de modificar as práticas de atenção e de gestão em saúde, consideradas “não tão humanas” quanto se desejaria, incoerentes com os valores, princípios e diretrizes do SUS. Assim, a PNH pretende transformar posturas e relações “desumanizadas”, onde os sujeitos são coisificados em sujeitos de direito e de fato, protagonistas de suas próprias vidas. É importante ressaltar que essa política representa mais um passo num processo de mudança que se pretende radical, global e profundo, porque paradigmático, no sistema de saúde brasileiro.

Entendo que a vida dos indivíduos e grupos sociais seja uma presença integral na vida cotidiana, no “aqui e agora”, mas que carregam uma "bagagem" social, cultural e subjetiva que pode torná-los “sujeitos” com maior ou menor autonomia, auto-realização e protagonismo no trabalho e na vida em seu todo. Indivíduos e grupos sociais mais participativos, reflexivos e criativos, provavelmente assumirão maior responsabilidade por sua vida, seu trabalho e sua saúde.

Parece óbvio que muitos indivíduos ou atores sociais coletivos, em nossa sociedade, possuem mais autonomia e protagonismo do que outros... Esta condição espelha desigualdades sócio-econômicas, políticas, étnicas, de gênero, culturais e subjetivas. Também é certo que muitos sujeitos têm sido transformados em “ausências”, parciais ou totais, no protagonismo das políticas públicas, na realização de seus desejos e na busca de resposta a suas necessidades.

Tentaremos nesse ensaio desenvolver um ponto de vista na compreensão da questão da inseparabilidade entre modos de atenção e gestão, através de uma reflexão que busca articular os conceitos acima explicitados.

Paradigmas e organizações de saúde

Morin (2002) contribui na compreensão sobre como se dá o poder dos paradigmas nos coletivos e nos indivíduos, afirmando que “o paradigma é inconsciente, mas irriga o pensamento consciente, controla-o (...) determina conceitos, comanda discursos e/ou teorias” (p.26).

Defino *modos de atenção* em saúde como “os arranjos singulares, efetivamente realizados nos serviços de saúde, que visam produzir ações e serviços de saúde. Orientam-se em *modelos de atenção*. Estes últimos, seriam como *imagens-ideais* que orientam a construção dos modos de atenção em saúde. Porém, é preciso ter em mente que os modos de atenção são constituídas por interações entre sujeitos e atores sociais (individuais ou coletivos). Essa complexidade dos *sujeitos e atores sociais* e das *interações* entre eles abarca uma multiplicidade de dimensões. Quero aqui destacar o fato de que esses sujeitos e atores sociais possuem percepções, visões de mundo, saberes, necessidades e desejos em relação à saúde, à doença e ao cuidado em saúde.

Os tipos de *saberes e práticas* de saúde, gestão, ensino e formação e produção de conhecimento em saúde, influenciados por diferentes *paradigmas e visões de mundo*, circulam e misturam-se muitas vezes sem que disso os sujeitos tenham consciência. A realidade é vista através de diferentes “lentes” e isso define as opções teóricas e metodológicas. As práticas e percepções de saúde são, certamente, influenciadas por modos de pensar e fazer mais ou menos atrelados ao paradigma simplificador, mesmo quando em presença de objetos e situações complexas. Uma possibilidade alternativa seria desenvolver entre os sujeitos envolvidos com a construção do SUS *capacidades de percepção da complexidade* dos fenômenos de saúde, de cuidado e de gestão. Mas o que significaria isso? Segundo Morin (1990, p. 14) complexidade é:

(...) a viagem que busca um modo de pensamento capaz de respeitar a multidimensionalidade, a riqueza, o mistério do real; e de saber que as determinações – cerebral, cultural, social, histórica – que se impõem a todo pensamento co-determinam sempre o objeto de conhecimento. É isso que eu designo por pensamento complexo.

Morin (2002), com apoio em Bachelard, considera que, do ponto de vista epistemológico, a complexidade é um problema fundamental, pois não haveria nada

simples na natureza, apenas o “simplificado”. Ressalta também que o problema da complexidade não seria a busca de completude e, sim, o da *incompletude do conhecimento* e que a aspiração à complexidade tende para o *conhecimento multidimensional*. A citação que segue contribui na compreensão dos serviços de saúde como organizações complexas:

(...) o todo organizado é alguma coisa a mais do que a soma das partes, porque faz surgir qualidades que não existiriam nessa organização; essas qualidades são “emergentes”, ou seja, podem ser consideradas empiricamente, sem ser dedutíveis logicamente; essas qualidades emergentes retroagem ao nível das partes e podem estimulá-las a exprimir suas potencialidades. Assim, podemos ver bem como a existência de uma cultura, de uma linguagem, de uma educação, (...) propriedades que só podem existir ao nível do todo social, recaem sobre as partes para permitir o desenvolvimento da mente e da inteligência dos indivíduos (p. 180).

Continuando sua argumentação, Morin propõe três princípios (ou estratégias metodológicas) para um método consonante com uma racionalidade aberta, multidimensional. O primeiro princípio seria o *dialógico* e se refere a uma inter-relação simultaneamente complementar, concorrente e antagonica entre as instâncias necessárias na organização de um fenômeno. O segundo princípio seria o *recursivo* onde haveria interação e também retroação dos processos, estabelecendo-se uma relação em circuito. A terceira estratégia metodológica é representada pelo princípio *hologramático*, em que cada ponto contém o objeto em sua totalidade, ou seja, o “todo” está na “parte”, a qual está no “todo”. Essa concepção supera a noção de causalidade linear, pois os fenômenos emergentes reatuam sobre a base e a partes reatuam entre si e com o todo.

Considero importante ter em mente que coexistem, no cotidiano dos serviços e sistema de saúde, práticas de atenção e de gestão sustentadas no *pensamento simplificador* e também aquelas que buscam desenvolver *percepções da complexidade dos fenômenos de saúde*. Empregando um dos princípios apontados acima, eu diria que podemos interpretar a relação entre processo de trabalho e sua gestão, em serviços de saúde do SUS, como sendo *dialógica, recursiva e hologramática*, com os sentidos que lhes dá Morin.

Paradigmas, cultura e mudança organizacional em saúde

Como decorrência da questão da complexidade nas organizações e sistema de saúde, devemos reconhecer a existência de múltiplos aspectos relacionados aos modos de atenção e gestão que devem ser levados em conta na compreensão de suas relações, interações e retroações na contemporaneidade.

Segundo Lima (2003) vivemos atualmente uma “*Mudança de Época*” que se traduz em novos modos de percepção, interpretação e intervenção no mundo. O contexto é de mudanças em todas as esferas da vida: social, cultural, organizacional, subjetiva. Ousando fazer uma metáfora simplificadora, penso que esta Mudança de Época implicaria a necessidade de “trocar as velhas lentes” para que possibilitar a percepção daquilo que antes não enxergávamos... Nossas lentes estão defasadas! É preciso ressaltar que o paradigma reducionista sustentou, e continua sustentando, o processo civilizatório, a racionalidade e a ciência moderna ocidental. Todos esses processos foram revolucionários em sua origem e possibilitaram muitos avanços e melhorias na qualidade de vida das sociedades. A questão é que sua lógica e premissas já não conseguem compreender e dar respostas a necessidades urgentes das sociedades, grupos e indivíduos na atualidade e possuem muitos “efeitos colaterais”...

A mudança de época significaria, assim, um difícil e contraditório *processo de transição* (com possibilidades de avanços, estagnações e retrocessos, claro!) da hegemonia do paradigma simplificador para possibilidades de construção de experiências inovadoras fundadas no pensamento complexo. Esta mudança de época surge como contraponto à profunda e ampla crise do paradigma simplificador (no âmbito filosófico, sociológico, científico, cultural, da saúde, entre outros) que assola a civilização ocidental moderna. Algumas características do *pensamento simplificador* são: concepção de homem como máquina, visão da sociedade como um organismo harmônico, conhecimento “científico” como o único válido (desvalorização de outros tipos de saber), falta de comunicação entre as diferentes disciplinas (ciências naturais, exatas, sociais, humanidades...). E o que falar da rígida separação entre a ciência, a ética e a arte?

Algumas pesquisas e intervenções realizadas no SSC (Raupp, 1999, 2006), apontam uma reflexão sobre o papel da *Cultura Organizacional* em serviços de atenção primária. A cultura é sempre *contraditória*: nela coexistem traços de diferentes modos de atenção e

gestão, influenciados por modelos de atenção e gestão e paradigmas em saúde. Defino cultura organizacional em serviço de saúde seriam as *referências simbólicas, mais ou menos compartilhadas*, que sustentam as práticas efetivamente existentes. A cultura organizacional possui três dimensões de análise: cultura técnica, cultura gerencial e liderança (adaptado da proposta de Rivera, 2003). Esse simbolismo se constitui ao longo da história das organizações, em processos de aprendizagem inerentes ao enfrentamento contínuo de problemas, formais ou informais. No caso estudado seriam os valores, tipos de saberes, percepções, idéias, costumes, regras (explícitas ou não)... que sustentam os modos de atenção e de gestão existentes, embora em movimento. Outro aspecto fundamental é que a cultura organizacional é considerada um *fator de viabilidade em projetos de mudança* (RIVERA, 2003).

Contradições são o motor de mudanças, mas mudanças não-garantidas, não-determinadas, pois as organizações são consideradas uma “unidade na multiplicidade”, portanto complexas, abertas a várias *possibilidades de futuro*, estas resultantes de intrincadas redes de protagonismos. Nessa perspectiva, o protagonismo, o empoderamento e a visão de saúde da população, dos trabalhadores e dos gestores, em cada ponto do sistema, é fundamental.

A Cultura Organizacional constitui aspecto por demais relevante quando pensamos em consolidar o projeto do SUS. Através da permanente tensão entre seus traços contraditórios, ela vai mudando. Porém, ela possui uma dupla possibilidade: por um lado, tende a reproduzir a tradição (modos de atenção e gestão nas organizações de saúde); por outro, existem possibilidades de sua renovação, com maior ou menor velocidade e em diferentes sentidos.

Cultura e subjetividade em contextos de mudança na atenção primária do SUS

A concretização das diretrizes, valores e princípios do SUS acontece na intrincada rede de pontos de atenção que constitui o sistema de saúde. À atenção primária é colocado o desafio de induzir mudanças globais no sistema. Isso exige que a rede de atenção primária atue do modo mais qualificado possível e com uma cultura mais coerente com as novas (e mais humanas) concepções de saúde, de pessoa, de cidadão. Acredito que os processos de

trabalho e de gestão nas *unidades de atenção primária* representam um *nó crítico* muito importante, pois tem uma dupla possibilidade: por um lado, suas deficiências e deturpações são dificultadoras do papel que esta rede deve desempenhar; por outro, a *qualificação* dos serviços e de sua interação, em consonância com o projeto do SUS pode ser fundamental na sua implementação.

Neste contexto, proponho assumirmos um conceito de *Processo de Trabalho em Saúde* como um “*todo complexo*” – constituído pela relação, interação e retroação de múltiplos e variados trabalhos parciais, entre si e com esse todo. Com apoio em Schraiber (1999) caracterizo o processo de trabalho em saúde como possuindo duas dimensões: a) a produção de ações e serviços de saúde para responder às necessidades da população; b) a interação entre sujeitos (trabalhadores, gestores e população). A gestão, portanto, precisa dar conta dessas dimensões.

Cabe agora definir o que entendo por *Gestão*. Em um sentido muito amplo, gestão seria a capacidade de conduzir processos de trabalho ou sistemas de saúde tendo como objetivo realizar as duas dimensões acima apontadas. O processo gerencial é, portanto, uma parte do processo de trabalho e não algo “à parte” ou “acima” do mesmo. Os enfoques gerenciais tradicionais geralmente acentuam um ou outro pólo. Mas na perspectiva de uma gestão com potencial de dar conta da *dupla dimensão de processos de trabalho de natureza complexa*, necessitamos substituir a disjunção pela conjunção: *gestão da finalidade e gestão da interação*.

Gestão é sempre *lugar de poder*, mesmo quando compartilhado. É importante que os sujeitos tomem consciência disso e de que *todos, de algum modo, exercem algum tipo de gestão*. Esta acontece no trabalho individual, de grupos de trabalho, gestão de equipes, gestão global de serviços e sistemas de saúde, gestão de projetos e processos. As questões que aqui surgem são: como se faz gestão? Com que finalidades? Em que situações? Com que valores?

Diante desses questionamentos, acredito que seja fundamental que os trabalhadores, gestores e a população apropriem-se de *conceitos, metodologias e ferramentas* apropriadas para cada situação gerencial, mas fundamentadas todas no novo paradigma e conceito de

saúde e gestão. As inovações gerenciais devem, portanto, conduzir processos de renovação cultural, produção de novos sentidos no trabalho e mudança organizacional.

Habermas (1987) defende a necessidade de desenvolver uma racionalidade mais ampliada, não-reducionista, ampliando racionalidade instrumental na qual não existem questionamentos de natureza ética e estética acerca do uso que se faz dos saberes técnico-científicos. Esta **racionalidade ampliada** tem um forte viés **comunicativo**. Racionalidade é definida pelo pensador como o tipo, a natureza do saber que fundamenta a ação e, principalmente, como o uso que se faz desse saber. A civilização ocidental moderna seria fundamentalmente “instrumental”: visa alcançar fins sem problematizar os meios (nem tampouco os fins!).

Metodologicamente, no planejamento e na gestão em saúde, proponho, com muitos outros autores, entre eles menciono Rivera (2003) e Campos (2000), o desenvolvimento de uma racionalidade estratégico-situacional e comunicativa. Assim, se nos orientamos por uma racionalidade ampliada, comunicativa e numa visão complexa da realidade, não reducionista, implica **problematizar os discursos e práticas** nos seguintes aspectos: a) o conhecimento e a ação são relevantes e apropriados para os sujeitos envolvidos? b) o conhecimento e a ação respeitam uma ética válida para o grupo, a equipe? respeita a diversidade, a singularidade, os desejos individuais e busca as possíveis convergências, constrói os consensos possíveis? o conhecimento e a ação facilitam a expressão autêntica dos sujeitos, do grupo, da equipe? d) é possível fazer pontes entre o conhecimento e as práticas de saúde com outras dimensões importantes da vida humana (senso comum, cotidiano, arte, ética, valores, culturas, espiritualidade)?

A crise da racionalidade ocidental moderna e os sinais da mudança de época mencionada por Lima (2003) se expressam no cotidiano dos serviços e do sistema de saúde. Antigos modos de atenção e gestão (baseados no paradigma reducionista) e as ainda frágeis sementes de novos modos de atenção e gestão **convivem (mais ou menos) conflituosamente** no contexto da saúde.

A inseparabilidade entre os modos de atenção e gestão

Está em jogo uma disputa entre a gestão tradicional nos serviços e sistema de saúde, caracterizada pela centralização, hierarquização, lideranças carismáticas, fragmentação do trabalho, controle externo, entre outros aspectos e as tentativas de criar e fortalecer sementes de um novo modo de pensar e fazer saúde e exercer a gestão dos serviços e sistema. O que está em jogo é a própria mudança de época: ***para onde vamos, com a queda de todas as certezas?*** Difícil conviver com essa mudança. Mas acredito que o presente pode ser profícuo em suas possibilidades, justamente por estarmos vivenciando mudanças tão profundas e generalizadas. As novas experiências de gestão e atenção vão “dar certo”? Não se pode garantir ... mas existem possibilidades. É preciso que os sujeitos busquem preparar-se para a criação e fortalecimento de muitas inovações e, principalmente, desenvolver uma nova racionalidade em suas práticas.

Morin (2002, p.26) refere que “***o paradigma (...) determina conceitos***, comanda discursos e/ou teorias”. Entendo que os modos de atenção e gestão são inseparáveis porque o paradigma filosófico, sociológico, de saúde e de gestão, que fundamentam a organização e as práticas de saúde é o mesmo que sustenta os enfoques gerenciais tradicionais. Como ressalta Campos (2000), a racionalidade dos enfoques gerenciais hegemônicos ainda é a mesma do “***taylorismo***”, caracterizada pela centralização da tomada de decisão, hierarquização entre setores e sujeitos, controle externo dos trabalhadores, fragmentação do processo de trabalho e pela alienação e coisificação de trabalhadores, gestores e população.

O formação do ***campo transdisciplinar da saúde coletiva*** traz a necessidade de maior autonomia e co-responsabilização, o que envolve novos saberes, práticas e valores. A PNH, em meu entendimento, surge como uma estratégia para superar um tipo de subjetividade que se mostra incoerente no contexto do SUS, portanto, dificultadora do processo de mudança da atenção e da gestão. Trabalhar com a ***cultura organizacional e subjetividades***, assim, torna-se uma necessidade premente. Cultura e subjetividade seriam então questões estratégicas e “recursos” de viabilidade em projetos de mudança. ***Como enfrentar tarefa tão gigantesca?***

Acredito que algumas questões – entre muitas outras - devem ser “cuidadas”. A cultura organizacional e as subjetividades não mudam simplesmente pelo desejo e intervenções de algum dirigente. A ***cultura se renova a partir de dentro*** e com a influência

do ambiente externo. Em processos de *aprendizagem na situação de trabalho*, interativos, intersubjetivos, comunicativos, existem possibilidades de acontecerem *mudanças intersubjetivas/subjetivas*. Mas para isso creio que seja necessário promover reflexões como: para que servem as políticas públicas? qual a natureza filosófica e política do projeto do SUS? para que servem as ações e serviços de saúde que desenvolvemos no cotidiano?. como interagimos, como nos comunicamos e quais as consequências dos diferentes modos de interação? quais as consequências dos diferentes modos de atenção e gestão? Como operacionalizar os consensos alcançados nessas reflexões? Minha resposta é: com uma gestão apoiada na racionalidade estratégico-situacional/comunicativa.

A crise de paradigmas atinge indiscriminadamente todos os campos de conhecimento e prática. Reflete-se nos modelos e modos de atenção e gestão em saúde. Caracteriza-se assim, uma *inseparabilidade entre atenção e gestão* no sentido de que a racionalidade e o paradigma em que se sustentam atenção e gestão são os mesmos.

Construindo serviços de saúde mais “humanizados”?

As unidades e serviços de saúde do SUS e, em especial de atenção primária, devem *construir missões e visões de futuro*, de modo compartilhado e com orientação nos valores, princípios e atributos da APS/SUS. Que estilos de gestão e atenção em saúde poderiam facilitar o alcance concomitante das finalidades e objetivos de cada serviço de saúde e a produção de novos sentidos no trabalho em saúde?

A mudança no setor saúde é um *processo histórico, complexo e contraditório*, pois depende da interação de uma multiplicidade de aspectos, entre eles destaco as questões históricas, econômicas, políticas, sociais, paradigmáticas, culturais e subjetivas. É urgente criar estratégias que acelerem processos de gestão que promovam um pensar/fazer estratégico, comunicativo e a percepção da complexidade do real, em cada espaço de trabalho e gestão em saúde. Para reforço a necessidade de fazer comunicar e problematizar aspectos do conhecimento técnico com a ética e estética, construir conhecimento relevante para o equilibrar o enfrentamento de situações cotidianas (aqui e agora) e de problemas

estratégicos (médio e longo prazo) na busca desenvolvimento dos serviços e sistema de saúde.

Entendo que este seja um dos desafios dos sujeitos que hoje assumem lugares de poder (todos, portanto) no âmbito global e local do SUS. Esse desafio exige, entre outras estratégias, uma formação ampla, permanente e problematizadora, na situação de trabalho, capazes de produzir novos sentidos na saúde, na atenção e na gestão. *Os gestores*, em sua responsabilidade pela dimensão interativa do processo de trabalho, *necessitam também ser permanentemente formados*. As partes e o todo agem, interagem e retoram entre si. Gestão e atenção são um exemplo de interações complexas.

Aprendemos com a os orientais que as *“crises podem ser oportunidades”*. Vivemos uma época de crise em todos os setores. Penso que as crises podem abrir possibilidades de mudanças, mas estas não estão dadas, pois a incerteza predomina. Assim, o processo de mudança nos modos de atenção e gestão coerentes com os valores, princípios e diretrizes do SUS, pode tanto avançar quanto regredir.

Mas *como sair da roda viva que reproduz a cultura organizacional* nos serviços e sistema de saúde no Brasil? Além das questões político-administrativas e econômicas, podemos contribuir apostando em modos de gestão e atenção que valorizem a singularidade de cada sujeito, com seus desejos, talentos e dificuldades e, ao mesmo tempo, conduzam a construção de projetos comuns. Isso pressupõe que gestores e trabalhadores desenvolvam a sensibilidade para identificar diferenças, administrar conflitos, perceber pontos de convergência, buscar consensos possíveis (relativos e provisórios) e façam o acompanhamento das ações acordadas nas equipes e com a população. Assim teria maior viabilidade uma *progressiva (re)reconstrução* de organizações de saúde para alcançar: a) maior impacto na situação de saúde da população; b) constituição de sujeitos individuais e coletivos mais reflexivos, criativos, realizados e co-responsáveis; c) uma cultura organizacional mais facilitadora da mudança e menos resistente.

Os modos de atenção e gestão são inseparáveis porque um precisa do outro. A processo de trabalho na atenção à saúde precisa ser organizado de uma determinada forma e “conduzido” para realizar seu projeto. Quem conduz (mas também é conduzido) é a gestão, seja ela exercida por uma pessoa, por um grupo ou por toda a equipe, como é o caso da

Gestão Compartilhada (Campos, 2000). A gestão está incluída no processo de trabalho, como se fosse um “leme que conduz um barco (no mar) em direção a uma ilha”. A gestão seria o leme, a tripulação é representada pela idéia de equipe (interação), o barco seria a organização ou serviço de saúde, o representaria o contexto em que o serviço está situado e a ilha, as finalidades. *O mar está para peixe?* É importante aprender a perceber os sinais do mar e do céu ... Do contrário a tempestade pode nos pegar desprevenidos!

A comunicação como nó crítico na reconstrução dos modos de atenção e gestão

Sujeitos mais participativos, autônomos e co-responsáveis desenvolvem sua capacidade reflexiva, criativa, pensamento estratégico e capacidade de comunicação relevante em cada situação do cotidiano. O inverso também é verdadeiro, ou seja: para que os sujeitos se tornem mais participativos, autônomos e co-responsáveis é necessário que desenvolvam reflexão, criatividade, pensamento complexo e estratégico. Existe uma relação recursiva entre uma e outra assertiva. As subjetividades, os processos intersubjetivos e a cultura organizacional está marcada, neste contexto de mudança, pelos assim chamados “*ruídos de comunicação*”, por uma comunicação difícil, às vezes verticalizada, truncada, fragmentada, silenciada, desequilibrada, Este tipo de comunicação não consegue trazer à tona os “indizíveis culturais”, nem tampouco encontrar pontos de convergência na presença de diferenças e conflitos. Por outro lado, é possível, com um olhar atento, perceber, no cotidiano de alguns serviços de saúde do SUS, *pequenas sementes de um tipo de comunicação* mais colaborativas na compreensão e intervenção em situações complexas. Pode-se perceber a interdisciplinaridade e a comunicação intercultural sendo exercidas, aprendidas, com imperfeições, limites e superação de limites. Esta comunicação está em tensão permanente com a comunicação tradicional. Estas sementes necessitam ser regadas e cuidadas para que germinem e nos ofereçam seus frutos.

Uma estratégia gerencial que considero fundamental em um projeto mudança organizacional é promoção do conhecimento e reflexão sobre a própria cultura organizacional. O objetivo seria identificar as “fortalezas” de cada serviço, cada equipe, cada comunidade e também suas fragilidades culturais, subjetivas e organizacionais. Uma *metodologia gerencial* que considero potente para um trabalho simultâneo com as

múltiplas dimensões dos processos de trabalho em saúde é articular, de modo continuado a *Avaliação, o Planejamento e a Educação Permanente* (Raupp, 2008), estabelecendo uma relação recursiva entre esses termos e sendo mediatizada por uma *comunicação que equilibra diálogo e discussão* na tomada de decisão (Senge, 2002), construção e implementação compartilhada de estratégias para o enfrentamento contínuo de problemas.

Percebo em meu cotidiano de trabalho e em estudos sobre a cultura organizacional no SSC que existe uma tensão permanente entre a atenção e a gestão nas unidades de atenção primária. Acredito, porém, que esses processos, contraditórios e complexos, se bem trabalhados, podem ser bastante produtivos e responsáveis pelo movimento permanente dessas duas dimensões do trabalho em saúde.

Cabe, por fim, questionar se os *sujeitos que ocupam lugares de gestão* (em qualquer nível) estariam realmente dispostos a assumir o papel que lhes cabe na implementação do projeto do SUS orientados nos novos pressupostos e conceitos. Conduzir e coordenar processos de trabalho complexos e contraditórios, em uma época de mudança e incerteza, cuidando tanto da qualidade e impacto da atenção na situação de saúde da população, quanto da qualidade da interação na equipe e com a população. Isso não é processo fácil, significa *transgredir o paradigma* que nos formou como profissionais, gestores ou usuários do SUS. Acredito que as mudanças sempre incluem muitas resistências de sujeitos e grupos. Nesse sentido penso ser fundamental desenvolver a capacidade de liderança e capacidade gerencial com pessoas comprometidas com uma visão de mundo mais próxima do pensamento complexo e do agir comunicativo. Mas esse constitui um outro desafio a enfrentar...

Para finalizar este ensaio reflexivo, apelo para alguns versos do grande poeta e escritor português Fernando Pessoa:

*Por que, pois, buscar
sistemas vãos de vãs filosofias,
religiões, seitas, voz de pensadores,
se o erro é condição de nossa vida,
a única certeza da existência? (PESSOA, 1983, p. 66).*

Suas últimas palavras (em 1935!!!) parecem expressar, através da “razão sensível”, sua percepção da mudança de época a caminho, com repercussões profundas e generalizadas no mundo e nas sociedades:

“I know not what tomorrow will bring” (WIKIPÉDIA)

REFERÊNCIAS

CAMPOS, G. W. de S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: HUCITEC, 2000.

HABERMAS, J. **Teoría de la acción comunicativa**. Madrid: Taurus, 1987. vol. 1 e 2.

LIMA, Suzana Maria Valle. **Mudança organizacional: teoria e gestão**. Rio de Janeiro : Editora FGV, 2003.

MENDES, E. V. (org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1993.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 4 ed. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2001.

_____. **Ciência com consciência**. 6 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

_____. **O Método 6. Ética**. 3^a. ed. Porto Alegre : Sulina, 2007.

PESSOA, F. **Poemas dramáticos. Poemas Ingleses. Poemas Franceses. Poemas traduzidos.** 3^a. ed. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1983.

RAUPP, B. **Educação e planejamento participativo em saúde: estudo comparativo de duas experiências em serviços de saúde comunitária - Porto Alegre e Montevideú.** Porto Alegre, UFRGS, 1999. Dissertação (Mestrado em Educação), Faculdade de Educação, UFRGS, 1999. Disponível em: [http://www.ghc.com.br/GEP/teses e dissertações](http://www.ghc.com.br/GEP/teses_e_dissertacoes) _____ . Sistematização de uma metodologia gerencial para unidades de Atenção Primária à Saúde no contexto de uma pesquisa sobre cultura organizacional. **Revista de Atenção Primária à Saúde.** v.11, n.4 out/dez, 2008.

RIVERA, F. J. U. **Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. **Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro. v. 4, n.2, p.221-242. 1999.

SENGE, P. **A Quinta Disciplina.** 10^a. ed. Ed. Best Seller, 2002.

WIKIPÉDIA. **Enciclopédia livre.** Endereço eletrônico

[http://wikipedia.org/wiki/Fernando_Pessoa.](http://wikipedia.org/wiki/Fernando_Pessoa)