

Os conceitos de regionalização e descentralização como estruturantes do sistema de saúde brasileiro: reflexões críticas à luz dos estudos organizacionais.¹

Maria do Carmo Lessa Guimarães²

Introdução

Este trabalho é parte de uma pesquisa mais ampla que discute a inserção, os conteúdos e sentidos das propostas de regionalização e descentralização, na trajetória da conformação das políticas de saúde brasileiras, à luz dos estudos organizacionais, em face de seus propósitos de reorganização do sistema de saúde no Brasil, desde os anos de 1960 a 2010, com o objetivo de contribuir para ampliar a compreensão sobre o processo de construção do Sistema Único de Saúde- SUS no Brasil. Assim, trata-se de um estudo sobre a formulação da política pública de saúde, numa perspectiva crítica, analisando os sentidos atribuídos às propostas de regionalização e descentralização como “conceitos”³ estratégicos e estruturantes desta política pública e possíveis contribuições das teorias organizacionais para sustentação dos sentidos destes conceitos.

Argumento que os termos, ou “conceitos” de regionalização e descentralização ao serem utilizados pelos administradores de saúde e formuladores das políticas de saúde com sentidos e significados relacionados à estrutura, procedimentos e estratégias de organização e reestruturação de um sistema público de saúde, filiam-se, de forma orgânica, do ponto de vista conceitual, ao código linguístico e ao esquema de pensamento do campo teórico dos estudos organizacionais, que toma as organizações como seu objeto primário de análise. Ter as organizações como objeto primário de estudo significa ter como foco privilegiado de análise um conjunto de questões relativas a modelos de estruturação de serviços e de ações a serem ofertadas à população, seja de caráter público ou privado, o *modus operandi* destas organizações, contemplando instrumentos e tecnologias de gestão, sua relação com os fatores externos, entre outros aspectos, que conformam a estrutura e a dinâmica organizacional no mundo contemporâneo.

¹ Este texto é parte de uma pesquisa mais ampla que está sendo realizada pelo Grupo de pesquisa Gestão descentralizada de políticas públicas, do Núcleo de Pós Graduação em Administração da Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia coordenado pela sua autora. Este texto revela portanto, um processo em construção e com previsão para finalizar em dezembro de 2018.

² Professora Associada IV da Universidade Federal da Bahia, Doutora em Administração Pública(UFBA e Nouvelle Sorbone- Paris III) em estância pós doutoral na Universidade de Salamanca-Espanha, 2017

³ Ao nominar neste estudo os vocábulos ou temas regionalização e descentralização como conceitos, a palavra conceito estará aspeada, porque assumo que o *status* de “conceito” muitas vezes a eles atribuídos ainda é matéria controversa. De acordo com Koselleck (2011) nem toda palavra é um conceito, e para se constituir em conceito é necessário um certo nível de teorização, ou seja, requer um entendimento reflexivo. A história dos conceitos coloca como problemática indagar a partir de quando determinados conceitos são resultados de um processo de teorização. Não há como negar, contudo, que nestas últimas décadas constata-se que o debate sobre estes temas tem sido bastante profícuo, perpassando diferentes campos teóricos, e com diferentes naturezas de interpretação e sentido, o que lhes confere uma característica multifacetária e multiparadigmática. Daí a importância de se trazer também para este debate as contribuições do campo dos estudos organizacionais.

Por esta razão, causa desconforto observar a insuficiência de estudos e pesquisas acadêmicas, presente na literatura brasileira, que analisam a inserção e implementação destes termos ou “conceitos” nas políticas de saúde brasileira, observando as contribuições das teorias organizacionais para ampliar a compreensão sobre o processo de organização e reestruturação do sistema de saúde.

Levantamentos até então realizados na literatura sobre os temas regionalização e descentralização, desde os anos 60 e, principalmente, as publicações em periódicos nacionais a partir dos anos 90, esta “filiação” ao campo dos estudos organizacionais é subestimada e/ou até mesmo omitida. Possivelmente, parte das razões desta “omissão” encontra-se na essência do próprio campo disciplinar dos estudos organizacionais, que tem características multidisciplinar e interdisciplinar. Estas características, na visão de Matitz e Vizeu (2012:578), nem sempre favorecem o uso adequado de teorias e ou conceitos tomados de empréstimos de outras áreas de conhecimento com as quais interagem, e por vezes até dificulta a identificação de suas origens disciplinares.

Fernandes (2017), ao realizar uma revisão crítica sobre a regionalização do setor saúde, identificou 102 artigos, na base Scielo, durante o período de 1975 a 2016, envolvendo todos os periódicos nacionais deste banco, utilizando os termos ‘regionalização’ e ‘saúde’ e como opção de abrangência a opção ‘todos os índices’. Destes, retirou 02 que traziam a discussão sobre a regionalização ligados às áreas da Geografia e Demografia e selecionou 70 artigos em que a regionalização é o objeto central de análises. Destes 70, apenas (1) um foi publicado na área de Ciências Sociais, 4 na área de Administração e 65 artigos na área de saúde coletiva. Ao selecionar a categoria de artigos, observou-se que 57,14% referiram a estudos exploratórios e estudos avaliativos, relatos de experiência e estudos comparados. Em nenhum deles a regionalização foi discutida levando em conta os pressupostos teóricos do campo dos estudos organizacionais ou administrativos.

Uma outra revisão sistemática sobre o tema regionalização da saúde, foi realizada por Mello et al (2017), a partir do ano de 2006 quando, segundo os autores, as pesquisas passam a incluir o pacto da saúde, e analisam a regionalização como objeto primário e não como contexto. Utilizou-se as Bases da Biblioteca Virtual em Saúde: Lilacs; SciELO; Medline/PubMed e como descritores “regionalização/regional health planning” and “Brasil/Brazil” incluindo artigos originais, teses e dissertações em português, inglês, espanhol. Foram identificados um total de 432 produções, e a dinâmica de seleção foi realizada por dois pesquisadores de forma independente, e os casos de dúvida foram julgados por um terceiro. Iniciou-se pela exclusão de textos através da leitura dos metadados. Após esta fase foram analisados com leitura completa do texto, 26 artigos. A grande maioria dos artigos analisados discutem os desafios no processo de implementação da regionalização e nenhum deles considera as contribuições do campo teórico dos estudos organizacionais para compreender os significados estruturantes a eles atribuídos na política de saúde brasileira.

A revisão bibliográfica sistemática sobre o tema da descentralização na literatura brasileira é mais complexa, porque o termo tem significados ainda mais amplos e tem uma inserção mais orgânica e histórica no campo dos estudos organizacionais. Contudo, tem se constatado que os estudos sobre a descentralização da saúde como eixo estruturante das reformas do setor e como princípio organizacional e político para a construção do SUS, sobretudo durante as décadas de 70 a 90, não valoriza esta sua possível “filiação teórica”.⁴

⁴ Estamos concluindo a revisão sistemática sobre o tema descentralização da saúde.

Ressalta-se, contudo, que o foco nos estudos organizacionais e ou teorias da administração não tem aqui a pretensão de sobrepor as análises até então empreendidas sobre estes temas, nucleares para a organização do SUS, muitas delas com bastante procedência e força analítica. Defendo que a discussão sobre a trajetória histórica da organização do sistema de saúde brasileiro no bojo das políticas públicas de saúde, sai enriquecida ao aproximar-se de um conjunto de saberes e práticas próprias do campo teórico dos estudos organizacionais, até mesmo pela sua natureza multidisciplinar. Como afirmam Viana e Lima (2011), esses “conceitos” vão continuar suas “jornadas semânticas” já tendo uma trajetória de cinco décadas, desde as suas primeiras inserções, e certamente permanecerão sendo objeto de diversos e profícuos estudos teóricos e empíricos, presentes na literatura brasileira da área de saúde.

Assim, esta investigação pretende responder a seguinte questão: **quais os sentidos atribuídos à regionalização e a descentralização no campo da saúde desde o período embrionário do SUS até a sua consolidação nos anos 2000? Em que medida estes sentidos se sustentam nos pressupostos teóricos dos estudos organizacionais?**

Parto do pressuposto de que os diferentes significados e sentidos atribuídos à regionalização e a descentralização, que geram concepções mais e menos minimalistas destes termos, em diferentes conjunturas, ainda que sejam condicionados pelos contextos e por fatores sócio econômicos e políticos, são também decorrentes da sua natureza multiparadigmática, que embora contribua para ampliar a compreensão sobre a realidade dos fatos, pode produzir problemas de comunicação, ao não se reportar as teorias que lhes dão suporte. Portanto, a ausência de uma “filiação” com um determinado campo de conhecimento ou esquema de pensamento, mesmo sendo de natureza multidisciplinar e interdisciplinar, é importante na construção da trajetória semântica dos conceitos.

Trata-se, portanto, de uma pesquisa longitudinal, de natureza exploratória, analisando a trajetória semântica destas propostas, que se configuram em estratégias para a reorganização do sistema de saúde a ser adotado no Brasil. Nesse caso as unidades de análises desta pesquisa é a política pública de saúde no Brasil a partir dos programas de extensão de cobertura até a consolidação do SUS e a literatura brasileira que toma como objeto central de análise as propostas de regionalização e descentralização da saúde.

A trajetória estudada envolve três conjunturas diferentes: o primeiro período, considerado embrionário do SUS, corresponde as décadas de 60 a 80, quando o governo militar implanta os programas de extensão de cobertura (PECs) e surgem as primeiras inserções dos termos regionalização e descentralização nos textos institucionais editados pelo Ministério da Saúde brasileiro, nos documentos dos organismos internacionais de saúde e na literatura da área de administração sanitária latina americana que propõem e analisam as premissas que orientam as propostas de reestruturação do sistema de saúde na América latina e Brasil. O segundo período corresponde as décadas 1990 a 2006, quando o SUS é regulamentado em forma de Lei e um conjunto de normas é editado nesse período para consolidação das medidas descentralizadoras desse sistema. Além desse arcabouço normativo que conforma a política de saúde, a produção acadêmica sobre a regionalização e descentralização na saúde começa a se deslanchar nesse período, diferentemente do período anterior. O último período analisado envolve os anos 2006 a 2016 quando é formulado pelo Ministério da Saúde as diretrizes para o Pacto pela saúde, em que a regionalização é retomada como proposta estratégia para a conformação das redes integradas de saúde e consolidação do SUS e sua efetividade.

Para a análise dos sentidos que adquirem a regionalização e descentralização em sua trajetória semântica no âmbito das políticas de saúde brasileiras, utilizo as seguintes fontes: (i) resultados da revisão de literatura sobre esses temas realizado em minha dissertação de mestrado que contempla o período de 1960 a 1980 e outros da minha tese

de doutorado que contempla o período de 1990 a 1997; (ii) documentos normativos da política de saúde desde os anos 60 até os anos 2000; (iii) trabalhos teóricos de autores considerados administradores clássicos de saúde no Brasil e América latina que tiveram importância no início até meados do século XX; (iv) documentos institucionais de política e programas de saúde e de organismos internacionais de saúde editados e publicados durante as três conjunturas; (v) relatórios das Conferências Nacionais de Saúde realizadas durante as três conjunturas; (vi) produção acadêmica publicada em periódicos nacionais e internacionais que tomam a regionalização e/ou a descentralização e seu uso na área de saúde como objeto primário de estudo.

Durante esses três períodos conjunturais observa-se uma oscilação em relação a primazia de uma dessas propostas sobre a outra na trajetória da formulação das políticas de saúde. Embora muitos estudos já analisem este movimento pendular de inserção destes termos/propostas na trajetória de construção do SUS, busco chamar atenção para a dinâmica diacrônica desses dois “conceitos”, nos contextos aqui estudados, revelando uma situação pouco comum na história dos conceitos, isso é, uma simbiose entre os dois termos e uma dinâmica circular de primazia e de retração em que nenhum dos dois desaparecem por completo. Pelo contrário, se complementam ou se alinham, e muitas vezes até se superpõem, numa tentativa sincrônica de manter seus sentidos singulares ainda que contemplando seu processo evolutivo.

Admito, em concordância com Koselleck(2011), que todo conceito articula-se a um certo contexto, sobre o qual também se pode atuar tornando-o compreensível, ou seja, todo conceito está imbricado em um emaranhado de perguntas e respostas, textos e contextos (Koselleck,2011, p:136).

Optei por apresentar aqui os resultados deste trabalho de investigação que o grupo de pesquisa “Descentralização e Gestão de Políticas Públicas” está desenvolvendo sob minha coordenação, na Escola de Administração da UFBA, relacionados ao primeiro período, em que a regionalização tem primazia frente a descentralização, a qual se apresenta ou como seu sinônimo ou como parte do seu conteúdo. É também o período em que são difundidos modelos de reorganização das práticas médicas de assistência à saúde, revestindo-se de importância na disseminação de ideias sobre a estruturação de um sistema de saúde com princípios descentralizantes e universalistas, configurando-se, ao meu juízo, no período embrionário do SUS. Esta importância que atribuo a este período como embrião do SUS, em face ao surgimento da regionalização e descentralização como seu eixo estruturante, é pouco referida na literatura da área de saúde, e este é também um dos períodos menos estudado na trajetória de construção do SUS, e menos ainda, na perspectiva das teorias das organizações.

São estas pois as tarefas analíticas que a pesquisa sobre a trajetória da regionalização e descentralização como conceitos estruturantes do sistema de saúde brasileiro à luz dos estudos organizacionais se propõe.

1. Escolhas Teóricas e Metodológicas

A identificação dos sentidos atribuídos à regionalização e descentralização pelos administradores e formuladores de políticas públicas de saúde requer analisar o significado dos conceitos, sem contudo estender a discussão sobre a história do conceito no campo da linguística e da filologia, mesmo por que o objetivo desta pesquisa não se situa neste campo teórico. Contudo, assumo como premissa, em concordância com Koselleck(1992), que conceito, além de ser um fato linguístico, é também indicativo de um específico contexto social, e que somente pode ser apreendido quando considerado

em sua dupla natureza sincrônica e diacrônica, ou seja, não só no seu momento presente como a partir de sua evolução.

Esta premissa significa que o conceito é, ao mesmo tempo, conforme discute Matitz e Vizeu (2012:578), com quem privilegiei dialogar neste ensaio, um fenômeno socialmente referente e historicamente (re) construído, e esta sua dupla natureza lhe possibilita revelar diferentes estruturas sociais através de diferentes vocábulos/léxicos e significações que vão assumindo ao longo do tempo. Além do mais, esta natureza histórica e social do conceito, lhe atribui a possibilidade de mudanças, na dependência do avanço do conhecimento sobre determinados fenômenos, ou seja, a substituição de um conceito mais amplo por outro mais específico, ou vice-versa, como resultado de uma melhor compreensão sobre o fenômeno estudado.

É importante também salientar, que a natureza de generalização do conceito varia em relação ao “grau de concretude dos fenômenos aos quais fazem referência (Matitz e Vizeu, 2012:580). Estes autores chamam atenção sobre os problemas de se utilizar os conceitos de forma ingênua a partir de uma semântica *a priori*, em concordância com Koselleck (1992). Segundo eles é importante além de “compreender as variações semânticas, próprias ao uso de um determinado conceito ao longo de sua história, também devemos respeitar as interações entre apreensão linguística e a realidade dos fatos, de forma a evitar distorções de significado e de representação simbólica” (Matitz e Vizeu, 2012: 579).

Além disso, esses autores alertam para o fato de que conceitos só adquirem significados dentro de um determinado sistema teórico ou esquema de pensamento. Nessa perspectiva, a sustentação da natureza científica busca reduzir ou mesmo evitar problemas de comunicação, ao se utilizar um mesmo termo com origens teóricas diferentes, ou seja, pressupõe uma “teoria de referência, uma correlação entre a estrutura geral do conhecimento e o código linguístico correspondente”, além de estabelecer uma relação entre estrutura conceitual e estrutura léxica da língua.

Estas premissas colocam desafios para a análise dos sentidos atribuídos aos termos regionalização e descentralização pois eles são considerados multiparadigmáticos e sofrem influência de múltiplas teorias. São analisados no campo da geografia, do direito, da administração e estudos organizacionais, da ciência política e da sociologia, incluindo às diversas correntes e vertentes de cada um desses campos teóricos, o que tende a gerar problemas de comunicação em relação aos seus sentidos e significados quando utilizados para nominar proposta relativas à organização e a estruturação de serviços de saúde.

Considerando que a produção de conhecimento constitui-se em uma atividade social, pois envolve, além do trabalho em si a interação comunicativa, compartilha significados através do domínio da uma linguagem, de um conjunto de procedimentos e de um conjunto de objetos de estudos, procede o seguinte questionamento de Matitz e Vizeu (2012:579): como as circunstâncias históricas condicionam o desenvolvimento, o uso e o compartilhamento de conceitos, em uma determinada comunidade científica ou em uma determinada área de conhecimento?

Este questionamento alinha-se ao objetivo deste estudo, ao pretender discutir os sentidos que vão sendo atribuídos aos “conceitos” de regionalização e da descentralização na conformação do sistema de saúde brasileiro, a partir da década de 60 quando é gestada a proposta de criação do Sistema Único de Saúde a partir dos denominados programas de extensão de cobertura (PEC) (Macedo,1979). Ao identificar estes sentidos não se está reduzindo esta discussão a uma questão semântica ou de sinonímia, e sim entender as variações semânticas, próprias ao uso de um determinado conceito, ao longo de sua história.

Trata-se, portanto, de uma discussão que reconhece a importância da história dos conceitos do ponto de vista epistemológico, embora não seja o foco desta pesquisa, e sim o da trajetória de ideias sobre a construção de modelos de organização do sistema de saúde brasileiro, centradas nos “conceitos” da regionalização e descentralização, numa perspectiva histórica evolutiva.

Esta situação nos obriga a antecipar que as incorporações de vocábulos e sentidos aos “conceitos” de regionalização e descentralização, serão descritos nesta pesquisa no terreno das ideias, ou seja, das formulações das políticas de saúde, a partir de propostas defendidas por governos, administradores de saúde, organismos internacionais de saúde e a produção da literatura.⁵ Não pretendo estender para o terreno das práticas, o que significa dizer que a distância entre o que tais conceitos propõem ou prometem e o que efetivamente foi ou está sendo materializado na prática do sistema de saúde brasileiro não será objeto de análise. Isto significa dizer que um conceito se relaciona sempre com aquilo que se quer compreender, ou seja, a relação entre o conceito e o conteúdo a ser compreendido ou tornado inteligível é o resultado desse entendimento reflexivo que caracteriza um conceito. Por esta razão, esta é uma relação necessariamente tensa (Koselleck, 1992).

No caso aqui estudado, é possível prever esta tensão decorrente dos diferentes sentidos e conteúdos atribuídos aos “conceitos” da regionalização e descentralização, em face inclusive das diferentes matrizes teóricas que os informam, aludindo sobre determinados sentidos e iludindo sobre seus possíveis resultados. Esta é uma das razões que levam alguns estudiosos sobre a descentralização, a exemplo de Souza (1998), admitir que um dos grandes problemas desta proposta é que ela promete sempre mais do que pode efetivamente concretizar na realidade concreta.

O modelo de narrativas analíticas, em análise organizacional, proposta por Reed(2011), em que são identificados as metanarrativas e as problemáticas predominantes durante as décadas de 60 a 80, bem como os exemplos ilustrativos de cada uma delas, orienta a discussão proposta para este ensaio. Algumas adaptações ao modelo de Reed(2011) foram feitas. A mais importante delas foi a exclusão de duas metanarrativas, a do mercado e a da justiça, presentes nas narrativas dos estudos organizacionais numa perspectiva evolutiva. No período aqui contemplado (dos anos 60 a 80) estas metanarrativas não se apresentavam como um *corpus* teórico, e só vieram a se conformar como tal nos últimos 25 anos, como admite o próprio Reed (2011). Desta forma são utilizadas as três metanarrativas que foram mais visíveis durante as décadas de 60 a 80 no campo dos estudos organizacionais: (i) Racionalidade; (ii) integração e (iii) poder. Também agreguei outras problemáticas em duas das metanarrativas, apoiada na concepção de que estas problemáticas não se apresentam de forma “pura” na realidade concreta. Há a predominância de uma ou outra, mas não suas ausências completas, mesmo por que a evolução conceitual é um fato. Assim, na metanarrativa “racionalidade”, além da problemática “ordem”, incluo a do “controle”, por entender que os movimentos da administração clássica têm no controle uma palavra-chave; na metanarrativa “poder”

⁵ Vale ressaltar aqui que neste primeiro período não havia uma produção significativa sobre o tema da regionalização e descentralização como propostas estruturantes do sistema de saúde. A revisão de Fernandes(2017) confirma esta assertiva, quando foi identificado apenas 1 artigo no ano de 1975 em que a regionalização foi objeto primário de estudo. Somente a partir da década de 80 a produção na literatura passa a ser mais profícua. Por esta razão as unidades de análises desse período de 1960 a 1980 restringem aos documentos da OPAS, a livros de autores considerados administradores clássicos de saúde na América Latina e Brasil e os documentos institucionais que representam a política de saúde brasileira: textos dos programas de extensão de cobertura e relatórios das Conferências nacionais de saúde que ocorreram no período de 1969 a 1989 e que são consideradas marcos históricos da política de saúde no Brasil.

inclui a problemática “conhecimento” por ser reconhecida também como fonte de “dominação”.

A partir destas metanarrativas e da problemática principal correspondente a cada uma delas, construir uma categorização de “sentidos” ou significados dos termos regionalização e descentralização a partir de palavras chave, que ao fazem parte de suas formulações apresentadas na literatura e nos documentos insituicionais da política de saúde brasileira, apontam para determinadas tendências discursivas, as quais se aproximam mais de um sentido mais minimalista ou mais ampliado de ambos os termos. Considerando que no período deste estudo constata-se o predomínio da regionalização e a descentralização assume um papel subsidiário da regionalização, como parte do seu conteúdo, as tendências discursivas deste período dizem respeito ao termo regionalização.

As principais "tendências discursivas" identificadas desde a leitura dos textos de administração de Saúde e de documentos da política de saúde brasileira durante o período de 1960 a 1980 foram as seguintes: (1) Tendência Administrativa - entende a Regionalização como proposta de organização dos serviços de saúde a nível Estadual, o que implica num repasse do nível central de ações técnicas/administrativas para os outros níveis do sistema concebido como executores das ações. Seus temas típicos são: divisão geográfica do Estado, Descentralização técnica e administrativa a desconcentração de atividades e recursos; (2) Tendência racionalizadora entende a Regionalização como proposta de organização hierarquizada dos serviços a nível estadual, ou nacional, o que implica na possibilidade de se utilizar nos níveis periféricos do sistema de saúde, pessoas da comunidade que possam desenvolver ações de saúde simplificadas e baratas. Os temas típicos são: rede de serviço hierarquizada, sistema de referência e contra-referência de paciente, supervisão especializada e participação da comunidade (ou utilização da comunidade nos serviços de saúde para o barateamento dos custos) ; (3) Tendência inovadora- entende a Regionalização como um processo de descentralização técnica, administrativa e política, o que implica na necessidade de uma autonomia Regional, na participação efetiva de todos os níveis; do sistema de saúde, inclusive a comunidade, no planejamento das ações de saúde, e definição de prioridades para sua região, Os seus temas típicos; são; delegação de poder, autonomia regional (técnica, financeira} e participação comunitária.

A seleção dos documentos analisados incluindo a produção do conhecimento no campo da administração de saúde também obedeceu ao período histórico aqui selecionado.

Para a análise do contexto não utilizo as categorias mais amplas e totalizantes como o faz Reed (2011), e sim valores e princípios que predominavam nos períodos estudados, na realidade brasileira. Desta forma, para compor o modelo de análise deste trabalho, tomo de empréstimo de Lima (2015), a proposta de relacionar a ideologia predominante em determinados contexto, com a inserção dos termos regionalização e descentralização na trajetória de organização do sistema de saúde no período selecionado neste estudo. O modelo de análise adaptado de Reed (2011) encontra-se no Quadro 1 abaixo:

Quadro 1- Modelo de Análise

Modelo de metanarrativa interpretativa	Problemática principal	Perspectivas ilustrativas/exemplo	Palavras Chave		Contexto Ideologia predominante
			Regionalização	Descentralização	1960-1980
Racionalidade	Ordem/ controle	Teoria da Administração Clássica e científica, Teoria da decisão(Taylor, Fayol, Simon)			1960-1963- Planejamento normativo, participativo (governo liberal e civil)
Integração	Consenso	Relações Humanas, funcionalismo, Teoria da contingência/sistêmica, cultura corporativa(Durkheim, Barnad, Mayo, Parsons)			1964- Regime militar/ centralização das decisões, planejamento centralizado
Poder	Dominação/ conhecimento	Weberianos neo radicais, marxismo crítico estrutural, processo de trabalho, teoria institucional (Weber, Marx)			1970- Regime militar recrudescido, ausência de liberdade de expressão, agravamento das desigualdades. 1980- Abertura lenta e gradual do regime militar; descentralização controlada/tutelada

Fonte: Adaptado pelo autor de Reed(2011) e Lima(2015)

2- OS ESTUDOS ORGANIZACIONAIS E SEUS PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

2.1- Da Administração Clássica ao estruturalismo: em defesa do controle e da ordem

No contexto da revolução industrial, no início do século passado, os estudos teóricos e empíricos surgem com o objetivo de se encontrar melhores maneiras, modos e modelos de organização do trabalho, com vista a busca de uma maior produtividade industrial. A motivação inicial dos estudos voltados para a busca de propostas de organização de serviços é o aumento da produtividade, a ênfase na eficiência, para se encontrar melhores resultados por menores custos. Ou seja, a racionalidade econômica é a fomentadora do primeiro movimento teórico no campo dos estudos organizacionais, denominado de Movimento da Administração Científica ou Clássica (MAC), cujos principais princípios e pressupostos conceituais estão direcionados à construção de modelos de organização das indústrias para produzir, ou mais precisamente, modelos para organização do trabalho, voltados para o aumento da produtividade no âmbito industrial(MOTTA,1981)⁶

⁶ Esta racionalidade econômica, no limite, define o homem como uma “peça” ou uma ferramenta adicional para a produção industrial, e como consequência, concebido como “mão de obra”, ou seja, um objeto e não um sujeito. O critério que orienta a racionalidade é a busca da maior eficiência, do maior lucro. Por conseguinte, a racionalidade humana é essencialmente econômica, o que possibilita os teóricos dessa escola proporem que os incentivos devessem ser essencialmente monetários (MOTTA,P.F, 1981).

O conjunto desta obra cujos pais fundadores são Frederico Taylor(1960) e Henrique Fayol(1960), oferece um arsenal metodológico com riqueza de detalhes matemáticos para organizar o chão de fábrica, o qual serviu e continua sendo fonte de inspiração para muitos “administradores” que buscam e “acreditam” na maneira certa de funcionar as organizações “modernas” que passam a apresentar uma complexidade até então desconhecida.

Ao interior do movimento da Administração Científica destaca-se a linha de estudo desenvolvida por Fayol, denominada de Teoria de Departamentalização ou Escola Anatômica (Fayol,1960) a qual inspirou e ainda inspira muitos administradores, inclusive os da área de saúde, ao defender pressupostos para o *desing* organizacional, considerado fator de eficiência das organizações. Estes estudos centram-se na organização industrial e configuram-se como uma proposta de divisão técnica do trabalho visando a aplicação de métodos científicos para resolução dos problemas administrativos, especialmente os relacionados com a disciplina.⁷

A teoria da Departamentalização é esboçada com base na ideia de divisão de setores hierarquizados e de desconcentração de algumas atividades, ainda que sob um controle cerrado por parte dos denominados “gerentes” ou seja, daqueles que são designados pelos proprietários dos meios de produção para imprimir um *modus operandi* capaz de elevar a produção sem elevar custos, garantindo maior lucratividade, elemento essencial do modelo econômico capitalista, que nascia e se desenvolvia naquele período, vindo a se transformar em hegemônico no mundo moderno

Aliado com outros teóricos desta vertente a exemplo de Urwick e Brech(1947), Taylor (1960) e Fayol(1960) defendiam que as organizações seriam regidas por leis científicas de administração excluindo totalmente valores e emoções humanas, ou mais precisamente, como afirma Reed(2011: 67):

“as organizações modernas anunciavam o triunfo do conhecimento racional e da técnica sobre a emoção e o preconceito humano, aparentemente intratáveis”(...) princípios de funcionamento eficiente e eficaz foram promulgados como uma axioma para dirigir todas as formas de práticas e análise organizacional, fornecendo uma caracterização universal da realidade de uma organização formal, independente de tempo, lugar e situação”.

O racionalismo exerceu muita influência no desenvolvimento histórico da análise organizacional, trazendo repercussões ideológicas no desenvolvimento político de instituições e estruturas econômicas do século XX, por meio de discursos acerca da administração e gerencia tecnocráticas racional, bem como “elevando” a teoria e prática da administração organizacional de uma arte intuitiva para um corpo de conhecimento codificados e analisáveis (Reed,2011), Ou seja, o racionalismo estabeleceu uma concepção de teoria e análise organizacionais como uma tecnologia intelectual em condições de oferecer um *“mecanismo capaz de tornar a realidade passível de manipulação por certos tipos de ação(...); o racionalismo envolve o processo de circunscrever a realidade nos cálculos governamentais, por meio de técnicas materiais relativamente mundanas”* (Rose e Miller,(1990) *apud* Reed(2011:67).

⁷ O fayolismo fundamentava-se em cinco itens básicos: planejamento, organização, coordenação, comando e fiscalização. Além disso, dos treze princípios da organização elaborados por Fayol, cerca de oito apresentam termos de caráter disciplinar (autoridade, comando, subordinação, centralização, hierarquia, ordem, justiça e a própria disciplina). Com estes princípios, a administração científica direciona-se para o monopólio do conhecimento organizacional, enfatizando a racionalização do desempenho do trabalho e do *design* funcional (REED,2011:67).

Observa-se, contudo, que apesar destas fortes influências do modelo racional nos estudos organizacionais, que tem na teoria da administração clássica um dos seus depositários mais contundentes, ela é objeto de críticas por parte de outras correntes, que embora compartilhem do projeto político e ideológico do modelo racional, cuja preocupação central consiste em descobrir uma nova fonte de autoridade e controle dentro dos processos e estruturas da organização moderna, usavam discursos e práticas diferentes para alcançá-las, possibilitando que o pensamento organicista prosperasse onde antes as formas de discurso mecanicista predominavam (Reed, 2011:69).

2.2- Em busca do consenso

Nesta perspectiva evolutiva dos estudos organizacionais, as principais críticas à organização racionalista vêm em decorrência da sua capacidade de solucionar problemas de integração social e o impacto desse fato para a manutenção da ordem social em um mundo instável, incerto e complexo. Nesse sentido, o pensamento organicista preocupava-se em encontrar a maneira de como as organizações modernas combinam autoridade com sentimento de comunidade entre seus membros, a qual vem a ser a questão central da Escola de Relações Humanas, que introduz novos aspectos na análise dos estudos organizacionais (Motta e Pereira, 1980).

Esta escola surge num período em que se desenvolvem os movimentos sindicais, evidenciando os conflitos entre patrão-empregado, assim como as ciências do comportamento, que favoreceu as teorias organizacionais características sociológicas e abstratas mais acentuadas, e defendeu a tese de que o racionalismo tinha uma visão limitada e enganadora das realidades da vida organizacional, enfatizando o controle imposto mecanicamente ao invés da “integração, da interdependência e do equilíbrio que deveriam ter os sistemas sociais, conforme concebiam as organizações. Tal concepção de organizações vai predominar ao final dos anos 40 e começo dos 50, orientada pela ideia da necessidade de integração e sobrevivência das ordens societárias maiores das quais eles faziam parte.

Uma das ideias centrais da Escola de Relações Humanas é a não redução do homem ao seu componente biológico e econômico e a observação dos condicionamentos do sistema social (Motta & Pereira, 1980). A problemática da ordem e do controle do movimento da Administração Clássica não encontrou apoio na Escola de Relações Humanas, e um ponto de confronto importante está no conceito de organização para além da ideia formal, privilegiando fundamentalmente a análise da organização informal. Esta escola defende que nas organizações existem grupos informais nos quais os indivíduos se relacionam cotidianamente e diretamente. Esta interação entre indivíduos se dá em função de interesses comuns, visando a satisfação de certas necessidades pessoais: segurança, aprovação social e afeto (Motta, 1980).

Uma outra ideia introduzida pela Escola de Relações Humanas é que a motivação seria o fator responsável para o ajuste do indivíduo aos objetivos da organização formal. Para isso, seria importante que o trabalhador participasse de todas as decisões que interferem na tarefa que venha a executar. Esta participação, no entanto, deverá submeter-se a algumas medidas restritivas relacionadas com determinadas situações e com o tipo de liderança, defendendo um tipo de controle a ser exercido sobre os resultados do trabalho, para deixar mais iniciativa ao subordinado, e não através de uma supervisão cerrada sobre o processo, como defendia os teóricos da Administração Clássica (Motta, 1980).

Diante disso, considerava o trabalho como uma atividade grupal, que padronizaria o mundo social do adulto. Nesse sentido, propunha uma série de métodos administrativos

que poderiam levar o trabalhador a cooperar na consecução dos fins da organização, como, por exemplo, dar atenção aos líderes naturais e treinar mestres em técnicas de liderança, pois defendia que a *“necessidade de reconhecimento e segurança e o senso de pertencer a algo são mais importantes na determinação do moral do trabalhador e da produtividade que as condições físicas sob as quais trabalha”* (Rivera,1982:19).

Tais pressupostos, ainda que defensáveis por muitos teóricos da Escola de Relações Humanas, não eliminaram críticas a este esquema de pensamento em face da sua negação da existência do conflito social, vistos como limitados aos desajustes individuais, sobretudo relacionados com o status, e que deveriam ser corrigidos e não reprimidos. Considerava o fator humano como o mais importante em uma organização, e “recomendava” conhecê-lo, *“definir os grupos sociais em que se reúne, determinar os valores desse grupo e as necessidades de cada indivíduo, para então motivá-los a cooperar, através da satisfação dessas necessidades”* (Motta & Pereira,1980:197). Estes são fatores condicionantes para a organização melhorar as relações entre indivíduos e grupos, diminuindo os possíveis conflitos tanto em número como em intensidade e aumentando o nível de satisfação dos indivíduos bem como a produtividade da empresa como um todo (” (Motta & Pereira,1980:197).

Sobre essa questão veiculada pelos teóricos dessa escola, Rivera(1982:16) comenta que:

“ao apresentar um quadro irreal de felicidade, ao pertencer a fábrica como uma família e não como uma luta de poder entre grupos com interesses conflitantes, e ao vê-la como fonte de satisfação e não de alienação, a teoria de relações humanas chega a encobrir a realidade do trabalhador. Ao propor, como forma de apaziguamento dos operários, símbolos baratos de prestígio e afeição, no lugar do aumento do salário, a escola incorre, no melhor das hipóteses, em um grande idealismo” (Rivera,1982:16).

Este argumento reforça, o que alguns teóricos do campo dos estudos organizacionais identificam no arcabouço teórico da escola de relações humanas, uma visão enganadora das realidades da vida organizacional, baseado no racionalismo, que enfatiza a ordem e o controle impostos mecanicamente ao invés da integração, da interdependência e do equilíbrio existente nos sistemas sociais.

Simultaneamente e de forma convergente ao movimento das Reações Humanas, desenvolve-se a Teoria Geral de Sistemas, uma outra vertente teórica dos estudos organizacionais. A abordagem sistêmica fundamenta-se na noção de modelo e surge como tentativa de criação de uma teoria que pudesse dar conta das semelhanças entre os princípios desenvolvidos nos diversos ramos da ciência, desconsiderando, no entanto, suas possíveis diferenças. Esta abordagem sofre influências epistemológicas de várias ciências básicas, desde a cibernética à ciência política. Ao fundamentar-se em modelos originários da matemática, esta corrente não surge prioritariamente da sociologia, ainda que atinja nesta área uma divulgação maior, através da obra de Talcolt Parsons(1949), com contribuições da antropologia, embora tenha recebido outras contribuições importadas da biologia. A sociologia, contudo, chega à teoria das organizações marcando-a profundamente e determinando o seu desenvolvimento futuro, embora *“foi a interpretação estrutural funcionalista da abordagem sistêmica que assumiu proeminência dentro da análise organizacional(...)”* (Reed,2011:71).

Na evolução do pensamento parsoniano, identificam-se dois tipos de enfoque: um micro, ou acionismo social, que pretende explicar a ação através de variáveis-padrão. O outro nível, macro, procura explicar o sistema social, através do estudo de imperativos funcionais, colocados nas diferenças estruturais (processo interno) e na especificação normativa e relação com o meio ambiente (processo externo) (Motta,1980). Os teóricos

dessa escola, criaram uma verdadeira taxonomia de sistemas e entendem como sistema *“um conjunto de partes ou elementos de uma realidade que, no desenvolvimento de suas ações guardam entre si relações diretas de interdependência com mecanismos recíprocos de comunicação e bloqueios, de tal modo que as ações desenvolvidas resultam na obtenção de objetivos comuns”* (Paim, J e Almeida, F, 1982:24).

Nessa perspectiva, um sistema deve ser concebido como partes que se interagem dinamicamente, considerando que o todo não é a simples soma das partes. Nesse caso, tudo pode ser considerado sistema, e cada parte seria constituída de sub-sistemas e assim sucessivamente. Existem ainda para esses teóricos, tipos distintos de sistema, mais precisamente, sistemas abertos e fechados, na dependência da sua relação com o ambiente ou processos externos (Motta,1980).

De acordo com esta abordagem, a organização é concebida em termos de comportamentos inter-relacionados, e portanto, seria um “sistema aberto”, isto é, troca energia com outros sistemas, sendo também composta por papéis, normas e valores, elementos fundamentais dos sistemas sociais.

Entretanto as organizações devem ser vistas como diferentes de outros sistemas sociais, por terem um nível de planejamento mais aperfeiçoado. Teriam controles mais rígidos, o que levaria a incluir pressões ambientais, valores e expectativas compartilhadas, ou seja, a aplicação de regras que, ao não serem cumpridas, devem implicar em punições.

Sendo a organização um sistema aberto, os papéis (padrões de comportamentos exigidos) poderão sofrer influencias de certos fatores organizacionais como aqueles que se referem a personalidade e relações interpessoais. Diante dessas considerações, é possível constatar que a abordagem sistêmica não desenvolveu, a rigor, temas ou princípios teóricos como outras abordagens no campo dos estudos organizacionais, embora, assim como estas, também se preocupou com os princípios da organização científica de Taylor e Fayol, ao se reportarem em termos metodológicos à questão da causalidade. Nesta abordagem, segundo alguns autores, encontra-se uma noção clara do determinismo clássico veiculado pelos positivistas (Paim,J e Almeida,F,1982:32).

Nesse sentido, os teóricos sistêmicos privilegiaram o desenvolvimento das ideias originárias das escolas clássicas, em particular a ideia de controle e ordem, propondo a criação de um método que, através dos seus pressupostos teóricos, pudesse re-atualizar estes princípios da administração científica. Chama atenção o fato de que, para Reed(2011:71) a interpretação estrutural-funcionalista da abordagem sistêmica trouxe para o campo organizacional a “despolitização” eficaz do processo de tomada de decisão estabelecendo “uma adaptação funcional adequada entre a organização e seu ambiente”.

Esse “passe de mágica” teórico relega os processos políticos à margem da análise organizacional. Ao manter as ressonâncias ideológicas mais amplas da teoria de sistemas, a concepção converte conflitos em valor sobre fins e meios em questões técnicas que podem ser “resolvidas” por meio de um projeto eficaz de sistema e de administração. Como indica Bouglaw(1965), essa conversão apoia-se em uma fachada teórica, para não dizer utópica, de homogeneidade de valores; a realidade política das mudanças organizacionais, bem como as tensões e deformações que elas geram, é mascarada como pequenos elementos de atrito de um sistema que em tudo o mais funciona perfeitamente. Ela também atende às necessidades ideológicas e práticas de um grupo ascendente de projetistas de sistemas e administradores que almejam o controle absoluto em meio a uma sociedade cada vez mais complexo e diferenciada”(Reed, 2011:71)

É possível pois atribuir à teoria de sistema um certo grau de utopia que prevalece nos anos 50 e 60, em relação ao papel das estruturas, e no caso aqui estudado, os projetos de estruturação e organização dos serviços de saúde, como capazes de solucionar

problemas da ordem social, incluindo as tensões decorrentes entre interesses individuais e demandas institucionais.

Nesta mesma linha e perspectiva evolutiva dos estudos organizacionais é possível observar que a ortodoxia funcionalista/ sistêmica encontra ressonâncias, até princípios dos anos 70, através do desenvolvimento da teoria de contingência, que revelava as “virtudes” e “vícios” intelectuais da tradição teórica que lhe inspira, tanto do ponto de vista ideológico como metodológico. É considerada como um refinamento das abordagens sociotécnicas e de sistemas “*para lidar com a complexidade crescente dos sistemas produtivos e das organizações, em decorrência, sobretudo das transformações tecnológicas dos anos 1970*” (Ferreira et all, 2009:120).

O termo ‘contingência’ está associado a ideias de adequação e ajuste permanente das estruturas organizacionais aos seus ambientes externos, indicando que nem sempre o que é adequado para uma organização não será para outra, reiterando a ideia de que não há receitas organizacionais, numa tentativa de se distanciar das abordagens clássicas e mecanicistas das vertentes mais clássicas. Várias pesquisas empíricas foram realizadas na Inglaterra durante as décadas de 60 e 70 buscando correlacionar (i) mudanças tecnológicas e instabilidade ambiental e seus impactos na estrutura organizacional, (ii) como as mudanças ambientais afetam de modo diferenciado os subsistemas organizacionais e (iii) a intensidade com que as organizações buscam alterar os seus ambientes, tornando-os mais compatíveis com os seus interesses (Ferreira et all, 2009)

Contudo, o mais importante a se destacar em relação a teoria das contingências é o fato dela pretender resolver problemas institucionais e políticos das sociedades industriais modernas através de uma engenharia social especializada e um projeto flexível de organização, reforçando a questão da ética gerencialista (Reed,2011). A força explicativa desta corrente não resiste aos vícios do pensamento organicista e, na evolução do campo dos estudos organizacionais começam a surgir outras vertentes teóricas que passam a questionar seu esquema de pensamento e suas tradições históricas e intelectuais.

No âmbito da metanarrativa “integração” presente no campo da análise dos estudos organizacionais, cuja problemática principal é o consenso (a busca e/ou falta dele), a vertente teórica do behaviorismo, ou teoria do comportamentalista, configura-se como aquela que busca romper com os enfoques por ela considerado como prescritivos e simplistas das Escola de Administração Científica e de Relações Humanas, agregando elementos teóricos, que mais à frente, vão favorecer a integração para interpretações da realidade das organizações.

O elemento novo a ser destacado como contribuição desta escola diz respeito à visão específica sobre o processo de tomada de decisão e sobre a questão da autoridade. Além disso, o behaviorismo, a partir da incorporação da Sociologia da Burocracia, amplia o campo dos estudos organizacionais incorporando ao estudo das organizações formais (empresas) outros tipos de organização (39).

Chester Barnard(1956) e Hebert Simon(1981) são dois grandes representantes da escola behaviorista. Ambos se preocupam em analisar criticamente os princípios que regem a organização defendida principalmente pelo Movimento de Administração Científica, admitindo que a tentativa de incorporação dos seus princípios rígidos foi o grande equívoco das escolas anteriores, na medida em que os mesmos são *como “provérbios, isto é, existem aos pares, ou seja, para cada princípio existe um outro que lhe é contraditório”* (SIMON, H. & MARCH, J, 1981: 56), princípio de especialização x unidade de comando, delegação de autoridade x amplitude de controle, centralização x descentralização.

Na concepção de Barnard, de acordo com Reed(2011:73), a organização é cooperação, e só pode ser explicada como resultado de “*uma interação complexa entre a*

racionalidade formal e a substantiva ou entre requisitos técnicos e ordem moral, buscando fornecer uma síntese de organização como uma concepção sistêmica “racional e natural”. A escola behaviorista reconhece também a existência do conflito e a sua negociabilidade dentro das organizações, por considerá-las um sistema cooperativo racional.

A ideia do homem administrativo e adaptável vem das considerações de que o ser humano existem sentimentos e motivos, mas existe, fundamentalmente, a razão. É esta racionalidade que permitiria o homem se adaptar a diferentes situações, optar por determinados princípios e conhecer as alternativas e suas possíveis conseqüências. Esses processos afetivos e cognitivos são vistos pelo behaviorismo como fatores importantes a serem considerados pela teoria.

O processo de tomada de decisão é a grande temática do behaviorismo e implica em selecionar ações prioritárias dentro de uma organização, de forma consciente ou inconsciente. Isto por que esta seleção seria um atributo individual, característico de pessoas com capacidade de liderança. Apesar disto, existe uma tendência nas organizações de levar a difusão da capacidade de tomar decisões, na medida em que isto possibilita maiores chances para sua sobrevivência e seu desenvolvimento. Para esta escola, o processo decisório também obedece à hierarquia organizacional e, portanto, defende a existência de uma divisão técnica na tomada de decisão. Isso significa que os níveis superiores definiriam as grandes linhas de trabalho, os intermediários a decomporiam em decisões mais detalhadas e os níveis mais baixos executariam as tarefas. Com efeito, é possível identificar claramente a existência da dicotomia decisão/execução, na medida em que se coloca um nível planejando (pensando) e outros executando (cumprindo ordens). Mesmo assim, os behavioristas vêm nesta divisão “*planejamento e execução, uma forma comum de distribuição eficiente de decisão e trabalho*” (Motta, 1980: 45).

O Behaviorismo, mais do que as escolas que o antecede, amplia o entendimento a respeito do sistema de incentivos, que Simon definiu como sendo os alicientes (45). Estes incentivos, na concepção behaviorista, devem ser mistos, ou seja, na medida em que a organização é um sistema cooperativo racional, ela deve proporcionar ao empregado não só recompensas financeiras através de salários, como também psicossociais. Por entender a organização dessa forma, os behavioristas acreditam que os indivíduos cooperam com a organização na medida em que esta lhes propicie algum tipo de recompensa pessoal. Estas recompensas poderão estar relacionadas, direta ou indiretamente, com o alcance de seus objetivos pessoais, seja através da participação na realização dos objetivos da organização (interesse no produto) ou da participação no desenvolvimento e na importância da organização (acionistas).

Vale aqui ressaltar que, em face desta concepção de organização como cooperação, estudiosos do campo da organizações como Reed(2011) não destacam o behaviorismo como uma vertente de análise das teorias organizacionais, pois esses seus pressupostos estão integrados ao que o autor categoriza como teorias organizacionais baseadas no mercado. Para Reed(2011) as teorias econômicas da organização, com foco na microeconomia da organização, assim como uma teoria do comportamento da firma, sensível à limitações institucionais em que são conduzidas as transações econômicas, recorrem à concepção de organização como cooperação, defendida por Barnard(1956), um dos expoentes do behaviorismo.

“Apesar de haver diferenças teóricas importantes entre essas duas abordagens, particularmente em relação à forma e ao grau de determinismo ambiental do qual elas se valem (Morgan,1990) ambas se baseiam em uma série de premissas que compatibilizam formas administrativas internas com condições externas de mercado por meio de uma lógica evolucionária, que subordina a

ação individual e coletiva aos imperativos de eficiência e sobrevivência, que vão muito além da influência humana” Reed(2011:73)

Entretanto, o que importa destacar nesta discussão diacrônica do pensamento organizacional, são possíveis agregações ou a predominâncias de determinados temas ou ainda a omissão de outros. Assim por exemplo, chama atenção nas vertentes voltadas para o mercado e a influência de Chester Barnard(1956), expoente da teoria comportamentalista, a concepção de organização como sendo constituída de uma ordem moral e social, cuja estrutura de interesses e valores do sistema deriva os interesses e valores individuais, os quais não são contaminados por conflitos setoriais e lutas de poder. Ou seja, o poder, conflitos e dominação são elementos externos ao campo e visão analítica deste modelo, podendo ser simplesmente ignorados. Tal forma de conceber a organização é compatível com o contexto político e ideológico mais amplo, dominado por teorias neoliberais, que “defendem a expansão progressiva do mercado da racionalidade econômica e da iniciativa privada, em detrimento de conceitos mais frágeis e marginalizados de comunidade, serviço público e preocupações sociais” (Reed, 2011:74).

Ainda que o papel do mercado defendido por tais teorias sofra evoluções e inflexões em determinados contextos sócio econômicos, elas negligenciam a questão das estruturas e lutas de poder dentro das organizações como resultado das pressões econômicas supostamente ‘neutras’ e objetivas.

2.3- Entra em cena o poder e a dominação

A vertente estruturalista é a que provoca efetivamente a ruptura com as escolas clássicas da administração, a partir da inserção da questão do conflito dentro das organizações. Trata-se de uma corrente sociológica com variadas vertentes de análise, determinadas em função do entendimento que se tem sobre a estrutura social⁸ (53). Não é propósito desse trabalho analisá-las em profundidade, na medida em que seu interesse reside no estudo da organização e da administração. Assim, por considerar que dentro da escola estruturalista é Max Weber quem mais aprofundou o estudo das organizações, através da Sociologia da Burocracia, a discussão aqui centra-se na concepção weberiana da organização.

O estruturalismo fenomenológico com que Weber se identifica defende a ideia de que a compreensão é sempre objetivação e que “*compreender é aprender objetivamente a significação das intenções dos outros a partir de suas condutas*” (Motta,1980). Nesse sentido, esta corrente acredita que nenhum modelo teórico da realidade consegue retratá-la como uma fotografia. A construção, por exemplo, dos “tipos ideais” de Weber é concebida apenas como uma aproximação da realidade analisada, na medida em que para Weber “*nenhum sistema conceitual pode reproduzir integralmente o real e nenhum conceito a diversidade de um fenômeno particular*” (Weber,1966:55).

⁸ Em Ciências Sociais há o que se chama de vertentes do estruturalismo: o "estruturalismo abstrato", representado por Levi-Straus, que analisa as relações sociais como a matéria prima para construção de modelos que permitiriam a manifestação da estrutura social; o "estruturalismo concreto", representado pelos estudos de Radcliffe-Bown e Gurvitch, para qual a estrutura e a definição do objeto; o "estruturalismo fenomenológico" que adota a atitude de voltar ao mundo antes que ele seja submetido a determinação da Ciência, embora recusando a atitude natural que coloca a existência do mundo em si como objeto". Representam essa vertente entre outros Mearleau-Ponty e Max Weber. "o estruturalismo dialético" sustenta que "a análise que descobre as partes, força-as a parar seu surgimento ao longo do desenvolvimento do todo, como um episódio de sua historia, esforço propriamente dialético, em que a história garante a analise" e é representado por Karl Marx. Este resumo foi extraído de MOTTA, F.C.P(1980:53-55).

O estruturalismo entende a organização como uma unidade social complexa, onde existem diferentes grupos sociais com interesses iguais ou distintos. Este entendimento generaliza o estudo das organizações, ao incorporar todas as formas de organização existentes nas sociedades modernas. Ao compreender a organização como parte da vida do homem, o estruturalismo concebe o homem como “Organizacional”, o qual tem as seguintes características de personalidade: flexibilidade, resistência à frustração, capacidade de adiar as recompensas e o desejo permanente de realização (Motta,1981).

Por acreditar que existe no homem essa capacidade de adiar as recompensas e ao mesmo tempo o desejo permanente de realização, o estruturalismo admite a inevitabilidade do conflito. Ainda assim, analisa o conflito como possível de ser superado através de mecanismos que viabilizem a integração das necessidades das organizações com as dos indivíduos. Entretanto, na análise estruturalista, percebe-se que o conflito existente no interior das organizações, assim como na sociedade como um todo, tem uma dimensão que até então não havia sido explorada. Esse conflito seria próprio das relações de produção, enquanto configuram sistemas sociais onde o objetivo principal é o aumento da produtividade e nos quais o trabalhador estaria sempre alienado do seu trabalho, devido principalmente à sua separação dos meios de produção. Este entendimento, originário de Karl Marx(1974), é reforçado por Max Weber(1966), o qual lhe acrescenta que a ausência de propriedade leva também a uma ausência de controle. E, mais uma vez constata-se que a ideia de controle continua presente na evolução do pensamento organizacional.

Foi a partir da análise da sociedade capitalista moderna, que Weber formalizou a teoria das organizações ou burocracias e sua estrutura de poder. Sua compreensão a respeito da efetividade da autoridade determinou a formulação de uma tipologia da autoridade, distinguindo um tipo racional-legal que levaria a obediência e a sua impessoalidade, pois o que é “obedecido é a lei” (Weber,1966:17). Neste tipo prevalece a existência de uma “organização contínua de cargos, delimitados por normas”, que regulam o exercício de um cargo (Weber,1966). Um outro tipo, a “autoridade carismática-hereditária”, ocorreria quando os subordinados obedecessem em função das características de personalidade dos seus superiores. E por fim a “autoridade burocrática”, que Weber considera como “o tipo mais puro de exercício de autoridade legal”. Nesse caso, somente o chefe supremo da organização ocupa sua posição de autoridade em virtude de apropriação, eleição ou designação para a sucessão (Weber,1966,17).

Para Weber(1966), a experiência tende a mostrar universalmente que o tipo burocrático mais puro de organização administrativa – o tipo monocrático de burocracia – é capaz, numa perspectiva puramente técnica, de atingir o mais alto grau de eficiência e de tornar-se formalmente o mais racional e conhecido meio de exercer dominação sobre os seres humanos. *“Este tipo é superior a qualquer outro em precisão, estabilidade, rigor, disciplina e confiança”* (Weber,1966:24).

O que se observa neste percurso teórico das diferentes vertentes dos estudos organizacionais que prevaleceram até a década de 80 são agregações voltadas para dar novas dimensões aos princípios da administração clássica. Certamente Weber foi mais profícuo ao colocar a complexidade das organizações no estudo do aparato administrativo-burocrático e ao inserir a problemática da dominação e do poder. Mesmo assim, *“a organização burocrática é também hierarquizada, possui regras fixas que permitem controlar o trabalho, encontra-se em esferas de competência, dirige-se para a rentabilidade, além do que o tipo mais racional é sempre visto em igualdade de condições e numa perspectiva formal e técnica”*(Almeida,1982).

Nesses termos, a tônica da teoria weberiana sobre a burocracia ainda é a disciplina, a delegação de autoridade e responsabilidade, o controle em função da busca da eficiência e racionalização do trabalho. Tais categorias de análise cujo sentido predominante é o

controle, a ordem, são aquelas centrais do movimento da Administração Científica. Esta constatação nos obrigada a pensar que, mesmo após várias décadas de agregações semânticas na evolução teórica no campo dos estudos organizacionais, inclusive com a inserção da metanarrativa consenso, pela corrente comportamentalista e a de dominação e poder pelo estruturalismo, é possível inferir que as problemáticas ordem e controle continuam sendo as mais reiteradas, tanto pelas metanarrativa racionalidade como a da integração e a do poder.

3-A TRAJETÓRIA DIACRÔNICA DOS “CONCEITOS” DE REGIONALIZAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO NA POLÍTICA DE SAÚDE: REFLEXÃO CRÍTICA À LUZ DOS ESTUDOS ORGANIZACIONAIS

3.1- O movimento da Administração Clássica e as propostas de reestruturação do sistema de saúde regionalizado e descentralizado

Para a análise dos sentidos e significados dos termos regionalização e descentralização na organização dos serviços de saúde, à luz dos estudos organizacionais, utilizo os documentos de organismos internacionais de saúde, produção dos administradores clássicos de saúde e documentos institucionais de políticas de saúde, em particular os relatórios das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) que ocorreram durante as décadas de 70 e 80 no Brasil.⁹

Os trabalhos de John B. Grant, em 1920, através do informe Dawson, na Inglaterra, frequentemente citados como precursores da inserção da regionalização no campo da saúde pública, podem ser considerados “como os passos iniciais para uma aproximação racionalizadora da organização dos serviços de saúde” (SEIXAS,1975).

Administradores sanitários, considerados clássicos a exemplo de Ferrara et al(1976) considera que Grant foi o primeiro teórico da administração de saúde pública a utilizar a noção de Regionalização, ao definir como objetivo importante de toda administração a descentralização dos serviços, para maior eficiência, o que denominava “descentralização geográfica”. Quando essa divisão se efetuava a nível nacional, denominava-se “Regionalização” e a nível de Estado, “zonificação” (Seixas,1975:41). Vê-se, pois, que a regionalização não “nasce” no campo da saúde com o sentido de divisão territorial, ou atrelado a ideia de regiões, mas sim atrelado ao sentido de descentralizar.

É também possível identificar que o sentido atribuído à descentralização geográfica se relaciona a divisão de unidades administrativas menores, inspirada na teoria da departamentalização. Dividir um país em regiões administrativas e o estado em zonas com o objetivo de busca de eficiência do trabalho, por supor que esta divisão de tarefas proporciona o aumento da produção, tem um sentido mais próximo das teorias administrativas do que da geografia.

Para Fayol(1960), era importante descentralizar as atividades observando, contudo, que a decisão deveria ser centralizada. Ele defendia a ideia de que houvesse

⁹ As Conferências Nacionais de Saúde (CNS) que se realizam no Brasil desde 1941, são consideradas "expressão máxima de análise e do estudo da problemática de saúde no Brasil" e podem ser entendidas enquanto momentos de explicitação das políticas de saúde do país. As CNS realizadas até durante a ditadura militar contaram com a participação de ministros, secretários de saúde dos estados, outras autoridades do setor, representantes de organismos internacionais e funcionários dos serviços de saúde. A partir da VII CNS, no final da década de 80, ampliou-se a participação com a inclusão de representantes da sociedade civil organizada. ACUNA, H. Discurso de encerramento da Conferência Nacional de Saúde, 5. Brasília, 1975. In: Conferência Nacional de Saúde. 5. Anais. Brasília, Ministério Saúde 1975, p. 315.

pequenas unidades de controle, desde quando o controle maior fosse feito pela cúpula administrativa, reconhecendo, portanto, a necessidade de uma “pirâmide de controle”. A ideia da descentralização geográfica é colocada desde a sua origem como um mecanismo administrativo e organizacional que contribuísse para a obtenção dessa visão de conjunto das atividades, tornando mais fácil o controle dos chefes.

Na verdade, o discurso original da divisão geográfica dá mais ênfase aos objetivos da eficiência da administração, do controle, da disciplina e da racionalização dos custos, do que propriamente ao planejamento e à definição de prioridades, considerando as realidades locais e específicas. Tais sentidos representam as problemáticas da metanarrativa do racionalismo, conforme o modelo de análise dos estudos organizacionais utilizado neste trabalho.

A divisão de área é pensada no sentido de ter uma amplitude de controle mais efetiva e não no fato de que existem diferenças regionais que justifiquem maneiras distintas de estabelecimento de prioridades e de objetivos de um serviço de saúde por exemplo. Para FERRARA, et alii (1976: 231)

“deve existir por sua vez uma ampla e fluida comunicação entre os níveis descentralizados e o organismo central, já que algumas funções administrativas devem ser reservadas ao nível central que retém a normatização e o controle, a supervisão e a avaliação da gestão” .

De outro modo, a proposta de regionalização dos serviços de saúde envolve também o sentido de delegação de autoridade e responsabilidade, a partir da necessidade de se descentralizar as atividades técnico-administrativas. É importante discutir aqui a relação existente entre a maneira como Fayol(1960) defendia este princípio e como ele é transferido para a área de saúde, através da proposta de Regionalização.

Para Fayol(1960), a necessidade de se delegar certas responsabilidades a outros chefes e, conseqüentemente, conferir alguma autonomia, visava a eficiência da organização. Esta delegação de funções e responsabilidades, entretanto, obedecia à lógica da divisão técnica do trabalho em função da busca de um controle mais efetivo. “*Um pequeno número de subordinados para cada chefe, um alto grau de centralização das decisões de forma que o controle possa ser cerrado e completo, tenderá a tornar as organizações mais eficientes*” (Ferrara et alii, 1976: 184). Certamente que esta divisão dentro de uma indústria é menos complexa do que a divisão de um país em regiões administrativas ou a divisão de um estado em zonas administrativas. Ainda assim, o princípio da delegação de autoridade e responsabilidade do fayolismo é, para a área de saúde, considerado o mais importante pelos teóricos da administração de saúde. “*A delegação bem aplicada é o fator mais importante da prática administrativa*” (Ferrara et alii, 1976:230).

Para o Movimento da Administração Científica, essa delegação é apenas um mecanismo administrativo como qualquer outro. Suas implicações e desdobramentos possíveis não são referidos nem analisados pressupondo-se que autoridade e responsabilidade são variáveis tão controláveis como a determinação do tipo de incentivo estabelecido para um operário. Contudo, para os administradores de saúde, o princípio da delegação de autoridade é visto de modo mais complexo ainda que defensável. SAN MARTIN(1977:562) considera que:

“a autonomia dos serviços locais de saúde surge como um dos princípios administrativos mais importantes na organização e administração dos programas de saúde, qualquer que seja sua natureza e dependência. Nos países de governo centralizado está tratando de atenuar este inconveniente através da

Regionalização dos serviços de saúde, dividindo o país em zonas ou regiões com relativa autonomia administrativa”.

Finalmente, no que tange à hierarquização dos serviços, ou seja, à formação de uma rede escalonada de unidades de saúde de complexidade crescente, pode-se também analisa-la sob a ótica da departamentalização. A hierarquização dos serviços de saúde equivale a uma divisão de departamentos dentro de uma indústria, proposta por Fayol. Esta hierarquização responde não só ao princípio da especialização como ao princípio da amplitude de controle. Os serviços mais simples devem-se localizar em regiões menores e mais carentes, efetuados por agente de capacitação técnica simplificada. Os mais complexos se localizam em áreas mais desenvolvidas da região administrativa, onde terão técnicos mais especializados para o desenvolvimento das atividades.

Além disso, essa hierarquia dos serviços pressupõe uma hierarquia de comando, ou seja, os agentes dos níveis mais baixos do sistema obedecem e estão sob o controle dos supervisores e chefes imediatamente superiores. Nesse sentido, a unidade de mando seria menor e a amplitude de controle dos diretores maior, como determinava Fayol(1960).

Do apresentado é possível inferir que o significado da regionalização defendida pelas propostas de organização dos serviços de saúde que surgem a partir da década de 60 no Brasil, tem forte aderência com a teoria da departamentalização, sob a orientação de um modo de organização com menos custos em formato piramidal, com diferentes níveis e ou setores distribuídos em um território.

Por outro lado, as características regionais marcantes do Brasil, seu extenso território e sua localização em um continente também delineado como uma região importante no cenário mundial, favoreceram a adesão dos governos brasileiros, à regionalização para viabilizar a distribuição de serviços e ações de saúde em todos os micros e mesos territórios do território nacional.

Nos Anais da VI Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília no ano de 1977, na parte II do Tema II, intitulado “As normas jurídicas em matéria de saúde face à organização político-administrativa brasileira, os termos regionalização e descentralização são tratados como decorrentes do desenho federativo do Estado Brasileiro:

“Coincidentemente com a forma de governo adotada em nosso país, o regime de descentralização territorial e político-administrativo, a distribuição de competência em matéria de saúde é operada constitucionalmente entre a União, as unidades federadas(BRASIL, 1977:113)

Pretendia-se que a implantação destes programas de extensão de cobertura, observassem estratégias organizacionais condizentes com a configuração territorial do país e se sustentassem em pressupostos considerados científicos, ou seja, com aportes de natureza “técnica”. Dessa forma, esperavam garantir sua legitimidade para ser possível difundi-los e disseminá-los entre as diferentes instituições governamentais responsáveis pela sua implementação em seus respectivos territórios. Tais pressupostos encontram-se suporte, como visto, no movimento da administração clássica, cuja metarrativa, segundo Reed (2011) pode ser categorizada como racionalista.

Ao analisar estes pressupostos e princípios da Teoria da administração científica, não é difícil identificar uma clara aderência dos sentidos atribuídos à regionalização às problemáticas centrais que ilustram esta vertente teórica dos estudos organizacionais, ou seja, a “ordem” e o “controle”. Tais problemáticas estão visíveis nos sentidos que

adquirem a regionalização como “conceito” estratégico para a organização do sistema de saúde brasileiro a partir da década de 60, cujo desenho baseia-se num formato piramidal, com diferentes níveis ou setores distribuídos em um território, com supervisão cerrada e decisão centralizada, que possibilitasse ordem e disciplina tal qual defendia a teoria da departamentalização.

Este paradigma administrativo tem forte característica mecanicista e funcionalista da realidade social e por consequência de organização. Para Reed (2011:66), Taylor e Fayol consideravam “*a organização como sendo construída racionalmente na forma de um instrumento dirigido para solução de problemas coletivos, de ordem social ou de gestão*”. Dessa forma admitiam que “*problemas sociais, políticos, e morais podem ser transformados em problemas de engenharia passíveis de solução técnica*”. A administração clássica é direcionada ao permanente monopólio do conhecimento organizacional por intermédio da racionalização do desempenho do trabalho e do *desing* funcional. Para Reed.M(2011:68):

“a teoria organizacional “clássica” fundamenta-se na crença de que a organização fornece o princípio do projeto estrutural e valoriza uma prática de controle operacional, que podem ser determinados racionalmente e formalizados antes de qualquer operação. De fato, a teoria assume que a operacionalização é decorrência automática da lógica do projeto e funciona como instrumento de controle embutido na estrutura formal da organização”.

Esta visão de organização parece orientar os formuladores das políticas de saúde a atribuírem a regionalização um sentido mais próximo da ideia de “procedimento”, ou de uma “metodologia”, de uma “ferramenta”, para a divisão do território e desconcentração de atividades a partir de conhecimentos geográficos e outros critérios considerados “técnicos” e/ou “científicos”(existência de infraestrutura básica; densidade populacional). Esta visão “pragmática” e “instrumental” está assentada no racionalismo, para o qual a “*organização torna-se uma ferramenta ou instrumento para autorizar e realizar objetivos coletivos por meio de desenho e do gerenciamento de estruturas voltadas à administração e manipulação de comportamentos organizacionais*”(Reed, 2011:69)

Contudo, parece também orgânica a relação entre a ideia de divisão geográfica com os pressupostos da teoria da departamentalização. A divisão de um país em regiões ou zonas administrativas na expectativa de busca da eficiência administrativa e melhor racionalização do trabalho, sustenta-se no pressuposto de que estar na divisão de tarefas e em unidades de comando menores a mola propulsora do aumento da produção.

Para Fayol(1960), era importante descentralizar as atividades observando, contudo, que a decisão deveria ser centralizada. Ele defendia a ideia de que houvesse pequenas unidades de controle, desde quando o controle maior fosse feito pela cúpula administrativa, reconhecendo, portanto, a necessidade de uma “pirâmide de controle”. É possível uma leitura sobre o sentido da regionalização como divisão geográfica, no campo dos estudos organizacionais, como um mecanismo administrativo e organizacional que contribui para a obtenção da visão de conjunto das atividades, tornando mais fácil o controle por parte daqueles que detém maior poder de decisão assentados no cume da pirâmide.

Na verdade, a ideia original da divisão geográfica no campo dos estudos organizacionais dar mais ênfase aos objetivos da eficiência da administração, do controle, da disciplina e da racionalização dos custos, do que ao planejamento e à definição de prioridades, considerando as realidades locais. Essa divisão de área é pensada no sentido de ter uma amplitude de controle mais efetiva e não em razão da existência de diferenças

regionais que justifiquem maneiras distintas de estabelecimento de prioridades e de objetivos de um serviço público de saúde.

Há também uma aproximação com a ideia de hierarquização dos serviços, ou seja, à formação de uma rede escalonada de unidades de saúde de complexidade crescente, também inserido na proposta de regionalização no processo de organização do sistema de saúde. Esta hierarquização, para Fayol(1960) responde não só ao princípio da especialização como ao princípio da amplitude de controle. Os serviços mais simples devem-se localizar em regiões menores e mais carentes, efetuados por agente de capacitação técnica simplificada. Os mais complexos se localizam em áreas mais desenvolvidas da região administrativa, onde terão técnicos mais especializados para o desenvolvimento das atividades.

Além disso, essa hierarquia dos serviços pressupõe uma hierarquia de comando, ou seja, os agentes dos níveis mais baixos do sistema obedecem e estão sob o controle dos supervisores e chefes imediatamente superiores. Nesse sentido, a unidade de mando seria menor e a amplitude de controle dos diretores maior, como determinava Fayol(1960).

O princípio da delegação de autoridade e responsabilidade do fayolismo é, para os teóricos da administração de saúde, mais referenciados nas décadas de 60 e 70, um dos mais importante. “*A delegação bem aplicada é o fator mais importante da prática administrativa*”(Ferrara et alii, 1976:230). No entanto, é importante chamar atenção, para o Movimento da Administração Científica, essa delegação é apenas um mecanismo administrativo como qualquer outro. Suas implicações e desdobramentos possíveis não são referidos nem analisados pressupondo-se que autoridade e responsabilidade são variáveis tão controláveis como a determinação do tipo de incentivo estabelecido para um operário.

Para os administradores de saúde, o princípio da delegação de autoridade associado à divisão geográfica, e a hierarquização de serviços na perspectiva de manter o controle sobre as decisões pelos órgãos superiores. Segundo Merino(1977:553)

“A organização dos recursos de um programa supõe para sua execução um sistema hierárquico escalonado com vários planos de autoridade e responsabilidade, no que existe uma ampla base funcional no plano inferior, e uma direção no vértice. A organização escalonada implica unidade de comando e linha de autoridade perfeitamente estabelecida, de tal forma que cada indivíduo da organização é diretamente responsável ante um superior e, através deste, e dos diferentes planos de autoridade, ante o administrador situado no vértice” (MERINO,1977:553)

Chama atenção que o Movimento da Administração Clássica, que dá o suporte à proposta da regionalização para a organização do sistema de saúde durante a década de 60 e 70, “omite” ou não reconhece a categoria “poder” a qual será objeto de severas críticas por parte das diferentes perspectivas teóricas ilustrativas dos estudos organizacionais, a partir dos estruturalistas. É possível inferir, mesmo correndo o risco de uma simplificação analítica, que a categoria “ poder” e sua distribuição nas sociedades em diferentes momentos históricos e ao interior das organizações, é o objeto de demarcação de uma fronteira analítica no campo da sociologia, entre a vertente funcionalista ou mecanicista¹⁰ e a dialética, ou histórico estrutural, para compreender e explicar a dinâmica das sociedades contemporâneas.

¹⁰ Funcionalismo- abordagem apoiada em suposição sobre a natureza unitária e ordenada das organizações. Enfatiza o consenso, e a coerência em vez do conflito, dissenso e operações de poder. Conceito chave-organização como sistema- funcionalmente eficaz atingir metas funcionalmente explicitas formalmente

3.2- A Escola de Relações Humanas e o papel dos dirigentes do sistema de saúde regionalizado

A forte presença do fator humano verificada na Escola de Relações Humanas pode ser atribuída a um confronto com a ênfase a estrutura, observada na escola da Administração Clássica discutida anteriormente. Contudo, ainda que o homem seja efetivamente o elemento central da sociedade, e das organizações, atribuir a ele, numa perspectiva individual, o sucesso das organizações, é uma análise simplificadora da realidade. Ainda assim, esta visão da Escola de Relações Humanas exerce forte influência na organização do sistema de saúde, nos discursos dos administradores sanitários e nas formulações de políticas públicas de saúde na década de 60 a 80.

Ferrara et alii, por exemplo, afirmam que *“dirigir é uma espécie de arte, baseado em certas qualidades pessoais”* ... (Ferrara et alii, 1976:229), ainda que fundamentada em princípios gerais da administração. Assim, os administradores de saúde defendem, ao discutir a Regionalização, que os serviços regionais e locais devem ser administrados ao mesmo tempo por pessoas com virtudes e qualidades de líder e por mecanismos de controle, como, por exemplo, a supervisão, que não deixe a livre curso o desenvolvimento das atividades.

“O controle consiste em comprovar se tudo ocorre conforme o programa previsto e os objetivos propostos, as ordens dadas e os princípios administrativos (...) Quando o controle se efetua simultaneamente ensinando e treinando se transforma em supervisão” (Ferrara et alii, 1976:234).

Os administradores de saúde, influenciados pela Escola de Relações Humanas, pensam a questão da delegação de autoridade e da responsabilidade com base na motivação pessoal e nos mecanismos psicossociais entre dirigentes e dirigidos. Ferrara et alii(1976:230) definem que “para dirigir tem que mandar. O direito de mandar que se confere a um chefe é a autoridade. Isto implica, por sua vez, em saber fazer-se obedecer”. Dos tipos de autoridade que esses autores definem, a autoridade pessoal é dita como sendo “integrada e consolidada pela inteligência, o saber, a experiência, o valor moral, condições naturais de mando, prestígio e outros atributos que fazem a figura do dirigente” (Ferrara et alii,1976:230).

É por entender assim, que alguns autores ao discutirem a proposta de regionalização, centram suas atenções preponderantemente na figura dos diretores regionais:

“A responsabilidade técnico-administrativa superior da região estará em mão de um diretor regional que atuará por autoridade delegada dos níveis executivos superiores. Deverá ser MÉDICO e ter conhecimento de saúde pública e de administração de sistemas de saúde, e larga experiência tanto dos aspectos clínicos como epidemiológicos e administrativos da medicina nos distintos níveis de um sistema nacional de saúde. Deverá ainda ter conhecimento de ciências da conduta para estabelecer boas relações com a comunidade, com os pacientes e com a equipe de saúde e fundamentar a tomada de decisões sobre bases da administração científica moderna. Será também necessário que tenha experiência na aplicação de métodos quantitativos na programação e avaliação das atividades de saúde, a fim de participar na planificação a nível regional e na avaliação de seus programas, com o objetivo de reorientá-los ou aperfeiçoá-los de acordo com o seu

definidas por intermédio de decisões racional. Tarefa da administração é definir metas; a do pesquisador é coletar dados objetivos que indiquem como as funções organizacionais se distribuem em torno da orientação e manutenção das metas. Método de pesquisa é com base no modelo científico normal, os dados quantitativos facilitam a validação, a confiabilidade e aplicabilidade.

rendimento e produtividade num período de tempo determinado. Finalmente, será conveniente que tenha experiência docente sobretudo se o hospital regional estiver filiado a uma escola de medicina ou de outras profissões de saúde. A formação do diretor do hospital regional é um processo longo e complexo e sua seleção adequada é essencial para o êxito da Regionalização” (BRAVO, 1974: 234)

Esse perfil idealizado do administrador de saúde sugere que a formação técnica e administrativa do diretor e dos técnicos de uma organização seria o elemento fundamental para o seu funcionamento. Desse modo, a própria formação seria entendida como mais um atributo pessoal do dirigente.

A delegação de autoridade e a autonomia regional seriam definidas à medida em que fossem bem selecionados os diretores e estes soubessem usar o poder que lhes fosse delegado. Assim, Ferrara et alii(1976), por exemplo, sugerem alguns requisitos para uma boa administração sintetizados a seguir

“... Definição clara dos deveres. Não se deve ter mais de um chefe dando ordens à mesma pessoa. Outro chefe que não o seu deve lhe dar ordens. Não se deve criticar um empregado publicamente. Não deve pedir nunca a um subordinado que critique seu chefe. O chefe deve acatar sempre as ordens do chefe superior” (FERRARA et alii, 1976:233).

Seguindo esses “métodos administrativos”, os administradores de saúde influenciados pela Escola de Relações Humanas acreditam no sucesso da administração. Nessa perspectiva, o processo de Regionalização não enfrentaria problemas referentes à descentralização dos serviços, por exemplo, desde quando vêm na capacidade gerencial dos administradores todas as chances de se resolverem os conflitos existentes no interior das organizações, conforme se pode observar nos seguintes trechos:

“O esquema descentralizado se complementa com a centralização, e o administrador deve decidir inteligentemente, buscando o equilíbrio entre a gestão descentralizada e centralizada, sem chegar a situações extremas que desequilibrem o sistema e perturbem a administração. (...) Nem a descentralização, nem centralização são boas ou más em si mesmas, na medida em que o administrador as regule, completamente e equilibre” (FERRARA et alii, 1976:231).

3.3- O enfoque sistêmico e a proposta integradora do Sistema Nacional de Saúde

Durante a década 70 e 80, com a incorporação dos modelos mecanicistas advindos da abordagem sistêmica, verificou-se um certo entusiasmo por parte dos administradores e planejadores do setor estatal, com relação ao emprego desses modelos na área de saúde (Almeida, Filho,1982). Assim, os administradores mais clássicos, como Sonis(1978), Ferrara et alii(1976), incorpora o modelo sistêmico em suas análises acerca da administração e organização do setor saúde.

No Brasil, o trabalho de Chaves(1971) é o que melhor representa essa tendência, constituindo-se no exemplo mais claro e melhor elaborado em relação à sua aplicação na área de saúde. A incorporação dessa abordagem na área de administração de saúde, identifica-se inclusive na própria utilização da expressão “sistema de saúde” por muitos autores, na medida em que o entendem como sendo um “conjunto de agentes e agências cuja finalidade seria prestar serviços de saúde” (Motta,1981:8). Esta concepção do “sistema de saúde” tem sido bastante criticada por estudiosos do setor saúde, por considerarem um modo esquemático de abordá-lo. Isto porque, no caso específico do

setor saúde dos países capitalistas, não existem “objetivos comuns” entre as agências prestadoras de serviços, entre estas e os profissionais de saúde e usuários. Para Paim & Almeida Filho(1981:35), *“existe uma questão na aplicação da abordagem sistêmica ainda não resolvida que é a de se identificar um “telos” único e comum para as diferentes classes que ocupam o espaço social (...) É difícil identificar um “telos” para sociedades heterogêneas competitivas e dependentes”*.

Com efeito, a abordagem sistêmica, ao propor a criação de modelos configurando-se em representações ideais de uma realidade concreta se transforma mais numa abstração, proporcionando a esses teóricos, como afirma Motta, uma "ilusão científica"(Motta, 1981:97).

Dessa maneira, estes teóricos, através de seus modelos reducionistas ou holísticas, colocam-se como pólo "explicativo" de toda e qualquer realidade. Assim no que diz respeito à proposta específica de reorganização dos serviços, é possível verificar que muitos administradores de saúde buscam nos modelos dessa corrente subsídios técnicos para proporem maneiras eficientes e racionais de se organizar e administrar o setor saúde.

Quanto às questões centrais referentes à Regionalização de saúde já analisadas anteriormente como originárias dos movimentos clássicos da Administração, parecem não se constituir em elementos de análise essenciais da abordagem sistêmica. Isto por que estes teóricos detiveram-se em estudos centrados na noção de modelo *"como um objeto artificial concebido para reproduzir nas suas leis e nos seus efeitos os fenômenos relacionados cora os objetos reais"* (8 Paim & Almeida Filho(1981:27).

Quanto à proposta de regionalização, é possível identificar no entendimento sobre "sistema" defendido por SEIXAS(1975) alguns elementos que podem se relacionar com a proposta da forma como é defendida pelos administradores de saúde. Assim, o autor afirma que:

“... o sistema é um conjunto de partes ou elementos de uma realidade (são níveis do sistema de saúde regionalizado e descentralizado: nível central, regional e local), que guardam entre si relações diretas de interdependência (é a hierarquização dos serviços), com mecanismos recíprocos de comunicação e bloqueios (é a descentralização de atividades, fluxo de pacientes e de informação e a centralização das decisões), e cujas ações desenvolvidas resultam na obtenção de objetivos comuns (racionalização dos custos e maximização dos resultados)” (SEIXAS,1975:31).

Nesse sentido, a visão sistêmica aplicada à saúde, ao simplificar a realidade da organização social dos serviços de saúde, não se dá conta dos determinantes que interferem na problemática do setor, os quais certamente não são redutíveis a modelos esquemáticos da realidade.

3.4- O comportamento administrativo e as expectativas em relação ao papel das lideranças no processo de decisão no sistema de saúde descentralizado

Em relação aos componentes da proposta de regionalização de saúde é possível verificar-se nos textos examinados alguns pontos coincidentes com o Behaviorismo, principalmente aqueles em que os behavioristas também se aproximam das Escolas Clássicas da Administração.

Chester Bernard(1956) e Simon(1981), ao levantarem a questão de que o processo de definição de prioridades é um atributo individual, característico de líderes, deixa implícito que o sucesso de uma organização ainda reside na figura dos dirigentes. Nesse sentido, vários textos de administradores de saúde também entendem que é importante

para a administração de saúde a observação do processo de tomada de decisão, na medida em que nele reside em grande parte, o bom desenvolvimento das organizações. Se se ampliam os níveis de participação dentro de uma organização, cria-se a ilusão de participação nos seus integrantes e remete-se a decisão para os dirigentes.

Ao defenderem essa decisão hierarquizada, os behavioristas não foram muito além do que propunha a Administração Científica. Para Hanlon(1963:235), *“uma organização funciona com a máxima eficácia quando a dirige um chefe capaz, disposto a delegar o controle e a supervisão das diversas tarefas que integram o programa, em lugar de tentar controlar e supervisionar pessoalmente todas e cada uma delas”*. Contudo, mesmo considerando necessária essa “delegação”, ainda cabe ao diretor *“decidir as responsabilidades e a parte da autoridade que deseja delegar a seus subordinados imediatos e as que deseja conservar para si”* (Hanlon(1963:235). Estes novos “donos da autoridade” também delegam outras responsabilidades para os que trabalham sob suas ordens e assim sucessivamente, formando com isso uma rede hierarquizada de mando como apregoam tanto as escolas anteriores como o Behaviorismo. A esse respeito FERRARA et alii(1975:230) dizem que

“...As funções que se delegam devem ser claramente definidas (...) Quem delega deve ter faculdade para eleger subordinados capazes de cumprir a função encomendada: selecionar colaboradores eficientes é a principal virtude de cada chefe”.

Esta tendência de difundir a tomada de decisões nos vários níveis da organização significa que a finalidade dessa delegação de autoridade visa os objetivos da organização – que os dirigentes sabem quais os melhores e mais úteis – e não o pressuposto de que os indivíduos devem participar na definição de objetivos que lhes dizem respeito. Esta concepção parece estar clara quando os behavioristas defendem a divisão entre planejamento e execução, como sendo uma maneira eficiente de divisão do trabalho, desde quando quem planeja são os dirigentes. Hanlon(1963), por exemplo, afirma o seguinte: *“uma organização deverá ser um sistema hierárquico chamado às vezes ‘processo escalonado’ em que as linhas de autoridade e de responsabilidade ascendem e descendem através de vários planos, com uma ampla base funcional no plano inferior e uma só cabeça executiva no vértice”* (HANLON,1963:235).

A ideia de que é necessário descentralizar o processo decisório e centralizar a decisão, implícita no behaviorismo e tão clara nas escolas clássicas, é também pertinente a uma das questões centrais da proposta de regionalização em saúde. Na definição de atribuições dos níveis hierárquicos de sistema de saúde, FERRARA et all (1975:230) atribuem ao nível central as seguintes funções:

“o nível central está composto pela autoridade máxima do sistema. Sua complexidade depende da maior ou menor descentralização de funções (...) Este nível central de como responsabilidade intrínseca mais importante a definição da política de saúde própria ou adaptação do setor saúde às políticas do governo. (...) Outra função deste nível consiste na definição dos instrumentos de programação, incluindo a normatização, avaliação e controle das ações. Sobre essa base deverá integrar, junto com a zona sanitária, os equipamentos de programação e avaliação considerando os instrumentos por ele definidos” (FERRARA et all ,1975:230)

Para os outros níveis, ficam sempre as atribuições de implementação e de execução das políticas de saúde. É dentro desse raciocínio que tanto o behaviorismo como o Movimento da Administração Científica, que informam os administradores de saúde, acreditam no princípio da especialização como pertinente ao alcance da eficiência da organização.

Ainda é importante discutir a questão do comportamento dos indivíduos frente à autoridade. Os administradores de saúde, de certa forma, parecem também acreditar na existência de níveis diferenciados de autoridade. Pela leitura dos textos de administração em saúde, observa-se uma tendência à aceitação do tipo de autoridade por sanção:

“Não se concebe autoridade sem responsabilidade, quer dizer, sem uma sanção – recompensa ou castigo – que acompanha o exercício do poder. (...) A necessidade de sanção favorável ou desfavorável – tem sua fonte no sentimento de justiça e está confirmada e aumentada pela consideração de que o interesse geral tem que fomentar as ações úteis e reprimir as outras” (FERRARA et al, 1975:230)

A questão dos incentivos mistos de que as organizações devem lançar mão, no sentido de buscarem maior eficiência e racionalização do trabalho, é vista também pelos administradores de saúde como aspecto importante. Hanlon parece acreditar nas recompensas psicossociais, através da identificação dos objetivos pessoais com os da organização. Para isso é preciso que o empregado identifique no sucesso da organização o seu próprio sucesso. Nesse sentido, Hanlon(1963) acredita ser necessário passar, não só para os diretores como subordinados, a mensagem de que eles são responsáveis pelos bons resultados alcançados.

Dessa maneira, mesmo com um grau explicativo maior do que as escolas anteriores, o Behaviorismo ainda se prende a uma análise organizacional que não consegue dar conta da dimensão real das contradições existentes nas organizações. Assim, a maneira como são tratados os problemas relacionados com o processo da tomada de decisão e a questão de autoridade – potencialmente geradoras de conflitos – demonstra que o behaviorismo, por entender que a organização é um sistema cooperativo racional, trata os conflitos gerados – seja pelo poder ou por recompensas salariais – como se fossem de fácil superação, já que eles são vistos como decorrentes de problemas sócio-psicológicos.

3.5-O estruturalismo e os conflitos de poder no sistema de saúde regionalizado e descentralizado

Sendo correto o raciocínio anterior, pode-se concluir que a evolução do conhecimento organizacional e administrativo não se configurou na verdade como introdução de novas categorias de análise. Nesse caso, a discussão da Regionalização em relação à corrente estruturalista privilegiará o levantamento de questões colocadas pela Sociologia da Burocracia que reforçam ou contradizem o discurso dos administradores de saúde.

Da revisão de textos de administração em saúde parece existir um certo consenso quanto à importância dos princípios de Taylor e Fayol, ressaltados por Weber ao formular a sua teoria da Organização, entre os quais se destacam o princípio da especialização e a hierarquia de cargos ou princípio escalonado.

Shaefer(1978), revendo as Teorias da Organização, analisa a organização de saúde de modo próximo à perspectiva de Weber sobre a Burocracia, embora enfatize certos aspectos comportamentais. Para este autor, a organização de saúde se caracteriza por:

- (1) Alto grau de complexidade de tarefas que implica não só numa grande diversidade destas mas também um alto grau de inter-relação entre as pessoas que as executam;
- (2) Grande diversidade de objetivos (“como corolário da complexidade de tarefas, se encontra uma grande diversidade de objetivos, e este é

particularmente o caso das organizações de saúde pública, onde os problemas de saúde ambiental e de serviços pessoais estão fragmentados pela enorme quantidade de conhecimentos científicos, experiência e bibliografia inerentes às diversas especialidades que o compõem”);

- (3) Alto grau de especialização – (“mais que a maioria das organizações, as organizações de saúde estão caracterizadas pelo profissionalismo. Profissionalismo, por definição, significa que cada profissão tem desenvolvido historicamente, tanto uma tradição de valores e práticas, como uma orientação para o trabalho especializado que o distingue de outras profissões”) (Shaefer,1978:14-15).

Já preocupado com uma análise crítica desses princípios, o autor levanta a questão do conflito nas organizações de saúde, como decorrente do profissionalismo:

“O profissionalismo cria, pois, tensões com a idéia de organização, provocando necessariamente um processo constante de ajuste e de busca do equilíbrio a fim de harmonizar essas tendências antagônicas ou incompatíveis” (Shaefer,1978:18).

O profissionalismo geraria também nas organizações de saúde, a existência de tipos diferentes de hierarquia social. O primeiro tem no médico o vértice da pirâmide administrativa. O segundo ocorre entre grupos de profissionais, ou seja, entre médicos, técnicos e auxiliares. E o último, entre distintos grupos profissionais, baseia-se no prestígio decorrente não só da experiência como de valores sociais.

Cabe, no entanto, registrar que os administradores de saúde, de maneira geral, não entendem a organização dos serviços de saúde a partir de uma corrente específica, ou seja, de modo excludente. Ao contrário, parecem assimilar ecleticamente um conjunto de concepções das várias escolas. O próprio Shaefer(1978: 18) afirma ao final do seu texto que *“se o leitor tenha chegado à conclusão de que não existem princípios nem leis fixas de organização e que existe uma grande dúvida na teoria da organização podemos afirmar que tenha compreendido corretamente a análise deste capítulo”*.

Entretanto, o que o autor parece destacar, não é a ausência de princípios rígidos, na medida em que toda sua discussão é centrada nos mesmos princípios clássicos da organização, e sim o questionamento da “fórmula” como eles são aplicados e sua pertinência diante das distintas circunstâncias sociais e organizacionais.

Desse modo, afirma que *“o administrador deve tratar com o mundo tal como este é com as situações reais que nele enfrenta, com suas ‘circunstâncias’*. Não obstante, os conceitos da Teoria da Organização o fornecem algumas das ferramentas que o permitirão compreender a situação real e dominá-la” (Shaefer,1978: 18)

O discurso atual da proposta de Regionalização em saúde, quando enfatiza a delegação de autoridade, a descentralização e a participação comunitária, parece se enfrentar com algumas contradições no interior do estruturalismo. Assim, Weber(1966), ao descrever o tipo monocrático da Burocracia, afirma que: “Atualmente os órgãos ‘colegiados’ estão perdendo rapidamente sua importância em favor dos tipos de organização que são, em sua maioria, de fato formalmente subordinados à autoridade de um único chefe”, destacando que este tipo de organização burocrática *“é superior a qualquer outro em precisão, estabilidade, disciplina e confiança”* (Weber,1966:23).

Assim, o discurso da Regionalização em saúde ao prever uma autonomia regional que possibilite o processo de tomada de decisão desde o nível mais periférico do sistema hierarquizado, tornar-se-ia difícil de ser viabilizado no contexto de uma organização burocrática. Com efeito, para Weber(1966:23), o predomínio e a eficácia do tipo monocrático estão justamente no fato de que *“é preciso deixar o ‘chefe’ livre da necessidade de compromissos entre diferentes opiniões e livre também das maiorias*

instáveis”. Isto parece significar que a participação dos “funcionários” e da própria população no planejamento das ações de saúde, como propõem os administradores de saúde, esbarra na questão da necessidade da centralização da decisão, defendida tanto pelas escolas anteriores como pela Sociologia da Burocracia.

No que se refere ao princípio da especialização, oriundo da Administração Científica, pode-se sugerir uma certa analogia com a hierarquização de cargos presente na Sociologia da Burocracia. Tal hierarquização é concebida na proposta de Regionalização de saúde, tanto em relação aos cargos como aos serviços.

A maioria dos textos de saúde, ao discutir a Regionalização, defende a decisão centralizada por quem ocupa cargos de chefia, embasa-se nos pressupostos do Movimento de Relações Humanas e da Escola Behaviorista, quando buscam nos atributos pessoais a justificativa do merecimento de tal poder. Fundamenta-se, por outro lado, na teoria da Burocracia, que vê na questão da dominação pelo saber técnico um traço de racionalidade, como é o caso da recomendação de que os médicos devam ser os diretores regionais, por serem os mais especializados entre os trabalhadores de saúde. Desse modo, o princípio da especialização seria aparentemente contraditório com as recomendações que visam a participação comunitária no planejamento, no controle e na avaliação dos serviços de saúde. Todavia, ao se considerar esta participação como mero mecanismo de racionalização dos recursos, torna-se necessário que se estabeleçam os seus limites.

Assim é que Bravo(1974), ao discutir os problemas e benefícios de um serviço regionalizado de saúde, alerta os administradores e diretores regionais para que:

“uma comunidade bem informada e consciente de suas responsabilidades sociais deverá transformar-se em um instrumento efetivo de colaboração e apoio para as atividades da equipe de saúde, e contribuirá para uma melhor utilização dos recursos. Entretanto, com frequência, esta participação comunitária se distorce por interesses de grupos que tratam de utilizar a comunidade como grupo de pressão para obter determinados objetivos que nem sempre são compatíveis com os propósitos superiores dos programas de saúde e bem estar. Também neste aspecto o diretor regional terá que exercitar sua habilidade como organizador e sua experiência no conhecimento das ciências do comportamento” (BRAVO,1974:279).

Evidenciam-se, desse modo, certas nuances do discurso da regionalização de saúde, quando aludem para uma necessidade de delegação de autoridade, descentralização e participação comunitária e simultaneamente iludem quanto à sua efetivação, desde quando os pressupostos teóricos em que se fundamentam não autorizam a existência de uma perspectiva otimista para tanto conforme sugerem os textos de administração de saúde.

4-A REGIONALIZAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE NO DISCURSO OFICIAL DURANTE AS DÉCADAS DE 60 A 80 NO BRASIL

As Conferências Nacionais de Saúde (CNS) se realizam no Brasil desde 1941 e são consideradas "expressão máxima de análise e do estudo da problemática de saúde no Brasil" (Acuna, 1975:315) e podem ser entendidas enquanto momentos de explicitação das políticas de saúde do país. Nestes eventos, tem participado ministros, secretários de saúde dos estados, outras autoridades do setor, representantes de organismos internacionais e funcionários dos serviços de saúde.

Assim, considerando a importância política destas Conferências, marcos históricos do discurso da saúde, este capítulo centra-se na análise do seu conteúdo. Para isso, busca-se identificar nas exposições de temas relacionados com propostas de organização e administração dos serviços de saúde pertinentes à Regionalização o sentido de muitas das suas orientações e recomendações. Simultaneamente, tenta-se relacionar o significado que recebem muitas dessas recomendações no interior de outros documentos que abordam o tema da presente investigação.

Tratando-se de um estudo que privilegia a conjuntura pós 74, interessa examinar a V, VI e VII Conferências, realizadas em 75, 77 e 80, respectivamente, ainda que alguns tópicos referentes ao objeto de estudo possam ter sido tangencialmente abordados nessas Conferências.

4.1-A regionalização de saúde e a distensão: lenta, segura e gradual

A V CNS ocorreu em Brasília em 1975, quase uma década após a realização da anterior. Naquele momento, muitas das ideias oriundas do Movimento de Medicina Comunitária permeavam os discursos da saúde no Brasil, que ressaltavam como necessidade do período a busca de soluções para os problemas de saúde da população, a agravados em decorrência da deterioração das condições de vida.

Assim, a necessidade de integrar as ações preventivas e curativas defendidas na Medicina Comunitária passou a ser enfatizada nos documentos de saúde do período, resultando, em termos operacionais, em proposta de integração dos serviços de saúde, diagnosticado, como tendo sido até então como inadequados e descoordenados. Como declarou o Presidente Ernesto Geisel na abertura da V CNS:

"Nos últimos decênios, caracterizou-se a insuficiência de coordenação e de entrosamento entre entidades e agentes de saúde como causa responsável, em parte, pela baixa produtividade global do setor. O reconhecimento dessa falha orientou o Governo no sentido de fixar, prioritariamente, uma nítida definição do quadro institucional vigente. Para tanto, foi encaminhado ao Congresso Nacional, projeto hoje já transformado na Lei 6229, de 17 de julho último" (BRASIL, Anais da V CNS, 1977:20).

Esta proposta foi a grande temática da V CNS, que consistiu na elaboração de mecanismos organizacionais, administrativos, institucionais e jurídicos, incidentes sobre uma nova maneira de organização dos serviços de saúde. Este processo de reorganização implicaria ainda, segundo o Presidente da República, numa ativação da participação comunitária:

"Cabe ressaltar que as funções de saúde envolvem responsabilidades e deveres que abrangem a sociedade como um todo. A ação do poder público, nas três etapas governamentais em que se desdobra, combinar-se-á portanto com a

ativação da comunidade, num fecundante processo de interação que levará ao aperfeiçoamento crescente do sistema" (" (BRASIL, Anais da V CNS, 1977:20).

A necessidade de integração dos serviços e do envolvimento da comunidade são algumas das mensagens que passam na proposta do Sistema Nacional de Saúde. A fundamentação desta proposta centra-se basicamente na necessidade de racionalização dos recursos, recorrendo à *"abordagem sistêmica (teoria dos sistemas), de conhecimento e intervenção na realidade"* (Seixas,1977:20). Dentro dessa abordagem, a organização era concebida como a disposição adequada, consciente e explícita das partes integrantes de um todo (Seixas,1977:31).

Na verdade, tais mensagens e representações da realidade não parecem levar em conta os determinantes das condições de saúde da população, que seguramente ultrapassam a questão dos serviços. A ênfase dada às políticas sociais, e dentro delas as políticas de saúde, no período pós 74, deveu-se de certa maneira a uma necessidade política do governo brasileiro de dar respostas otimistas à sociedade, após os resultados das eleições de 1974, período em que os movimentos sociais ressurgem no cenário político nacional. Diante disso, é possível identificar determinações supra estruturais no discurso da racionalidade que permeia toda a proposta do Sistema Nacional de Saúde. A busca da racionalização de recursos não consegue dar conta, no entanto, de outras questões, como a existência de vários órgãos estatais e privados responsáveis por ações de saúde e que levam à duplicidade de ações e gastos desnecessários. Como esta "irracionalidade" não pode ser resolvida de imediato pelo Estado, assume-se uma justificativa para a organização sistêmica como opção, menos centralizante que uma organização institucional única:

"Tradicionalmente, ao se tentar organizar algo dispõem-se suas partes dentro de um esquema hierarquizado, com relações formais de dependência entre si, níveis de competência específica para cada uma delas, e de preferência obedecendo a disposição institucional única. Tal disposição, no caso brasileiro, significaria um exemplo extremo em nível nacional, encarregada de todas as ações de saúde. A organização sistêmica surge exatamente como alternativa para este esquema de organização, muito embora, em casos especiais, possa dele se aproximar, quando se julga conveniente, por razões socioculturais, dispor de um sistema rígido e mais centralizado"(Seixas,1977:33).

No que diz respeito especificamente à proposta de Regionalização, também foi possível identificar algumas ambigüidades quanto à questão da centralização e descentralização. Uma delas reside no fato de que, para o autor do documento Sistema Nacional de Saúde, *"o esquema hierarquizado com relações formais de dependência entre si e níveis de competência específica leva à rigidez de um sistema ou sua centralização"* (Seixas,1977:33).

A outra diz respeito à afirmação de que, no Brasil, a subordinação dos vários níveis do sistema (ou órgãos) a uma única disposição institucional, só é viável em casos especiais, por razões sócio-culturais. No particular, o autor não define quais são estas situações e nem analisa a especificidade brasileira a que se refere. Estas razões, tão abrangentes como o próprio título sugere, não conseguem explicar a indicação de uma administração unificada de um setor estatal. Por outro lado, a disposição institucional única não pressupõe necessariamente uma centralização autoritária.

Nesse sentido, o que está em questão não é a opção por um esquema mais ou menos autocrático. Ao contrário, busca-se justificar a permanência dos vários órgãos (ou subsistemas), inclusive as empresas privadas, responsáveis por grande parte da assistência

medica prestada no Brasil, o que significa uma opção política e não exclusivamente organizacional pela privatização do setor saúde.

O documento procura ainda explicar o que entende por uma organização sistêmica do serviço de saúde, sem contudo avançar na análise da questão centralização e descentralização:

“Para que possam ser dispostas com racionalidade as partes integrantes do “sistema” existente e imprimir mudanças de comunicação e controle, é fundamental haver autoridade, poder de decisão e legitimidade do poder conferido. Assim, torna-se imprescindível, principalmente quando se deseja acelerar os processos de transformação, que se estabeleçam bases legais para o tanto... A institucionalização de um sistema nacional de saúde, para ser realista e operativo, deve ser compreendida como um mecanismo pelo qual se conferem poderes devidamente legitimados, as pessoas ou instituições, para que promovam a organização, com racionalidade técnico-científica do sistema de saúde naturalmente existente” (Seixas,1977:33).

O sentido que as expressões autoridade, poder de decisão e legitimidade tomam neste documento constitui elemento de análise importante para o presente estudo. Para o autor, existe uma necessidade racional/operacional de se conferir poderes, os quais devem ser legitimados com vista à promoção da organização. Dentro das Teorias da Organização, foi possível identificar nos movimentos clássicos da administração de Fayol e Taylor, passando pela Escola de Relações Humanas, Behaviorismo e a Sociologia da Burocracia de Weber, abordagens semelhantes com relação aos princípios administrativos relacionados com a questão da autoridade, poder decisório, autonomia regional etc.

Dentro desses movimentos, mesmo considerando as diferenças de aporte teórico, essas questões são tratadas como fórmulas que visam a eficiência das organizações. Além disso, os seus desdobramentos políticos e os conflitos gerados pela disputa do poder são também tratados como questões evitáveis e controláveis. O sucesso destas fórmulas estaria na dependência de atributos pessoais daqueles que exercem determinadas funções dentro de um sistema ou subsistema específico. Nesse sentido, é possível compreender porque o autor do documento discorre sobre o poder e legitimidade, sem questionar a origem deste poder, ou das determinações políticas e econômicas que definem e conferem a sua “legitimidade” numa formação social específica.

A proposta de Regionalização, da forma como é colocada pelos administradores de saúde, e que no Brasil encontrou na Lei Sistema Nacional de Saúde certos elementos para sua aplicabilidade, esbarra, justamente durante a sua operacionalização, nas questões referentes ao poder de decisão e da autonomia dos órgãos regionais (BRASIL,1975). Isto porque, por mais que o discurso não leve em conta o poder econômico presente na sociedade e os diferentes interesses envolvidos no setor saúde, não há como subtrai-los da realidade que engendram na organização dos serviços de saúde no Brasil. Mesmo assim, o autor do documento admite que é possível combater as “disfunções” do sistema através de *“elementos de racionalização previstos no sistema institucionalizado”* (Seixas,1977:33).

Quanto à tendência que concebe um sistema hierarquizado de serviços tendo um órgão central superior ocupando o vértice da pirâmide organizacional, é também combatida no documento em questão, na medida em que a organização sistêmica implicaria na existência de vários órgãos autônomos. Todos esses supostos equívocos seriam resultado de alguns vícios ou escolhas: tradição cultural – a passividade que se tem diante dos órgãos centrais, falso entendimento – querer que um sistema social aja à

semelhança de um sistema mecânico, e, por fim, a falta de clareza quanto aos tipos existentes de órgãos centrais. Existiria um órgão central com maior poder de decisão e outros órgãos que funcionariam como coordenadores e compatibilizadores das relações entre os órgãos dos sistemas.

Ao abordar a problemática do poder de decisão dentro de uma organização de serviços de saúde, o discurso opera um reducionismo que se evidencia no momento em que se buscam encontrar mecanismos administrativos e institucionais que justifiquem a existência concreta dos grupos econômicos que detêm parcelas significativas do poder e que, na maioria das vezes, constituem-se em definidores das políticas de saúde do país:

"É possível e necessário pensar na organização de subsistemas em que existam órgãos centrais detentores de maior poder decisório quanto ao comando, controle e aplicação de sanções positivas ou negativas face à execução de determinadas ações de saúde. Em mais casos, os subsistemas deverão, de preferência, ter áreas de atribuições que lhes sejam específicas e exclusivas, e, no mais das vezes, deverão ser subsistemas uni-institucionais. A título de exemplo: órgão de combate a endemias, abrangendo grande extensão do território nacional e sujeito a controle através de atividades de programação vertical". ... "Porém, a maioria dos subsistemas, que devam contar com órgãos centrais deve ser entendidos de outra forma, principalmente no tocante aos órgãos centrais. Nestes, o que caracteriza os órgãos centrais não é a maior significação que têm quanto ao poder de decisão e de comando mas, antes de tudo, o papel de consolidação e de coordenação das ações de saúde dos demais órgãos constituintes do subsistema. A título de exemplo: subsistema de informática de saúde" "(Seixas,1977:41).

Parecem existir, portanto, fórmulas administrativas para situações consideradas especiais, por parte de quem legitimou originalmente o sistema, e que podem delimitar inclusive o grau de poder de cada um desses órgãos centrais. Dessa forma, cria-se uma rede de situações e de estratégias onde tudo é previsto e analisado sem, no entanto, tocar nas relações mais concretas de uma dada sociedade, as quais permeiam as organizações, interferindo e determinando as relações de poder nelas existentes. A ressalva que o documento faz no seu último parágrafo demonstra, todavia que o autor não ignora que o poder é algo pelo qual se luta. E se existe a luta existem enfrentamentos, que certamente não se resolverão com a listagem das atribuições e responsabilidades dos órgãos:

"Como todos nós somos muito ciosos da defesa de nossos poderes, especialmente dos de mando, senão houver uma clara distinção entre tais tipos de órgãos centrais, dificilmente serão aceitos subsistemas não hierarquizados e pluri-institucionais" "(Seixas,1977:41).

Diante disso, é possível identificar neste discurso sobre a organização dos serviços de saúde, uma tendência típica racionalizadora, embora trazendo fortes elementos de tendência administrativa. A ênfase nos mecanismos administrativos e institucionais como solução para os entraves existentes e o sentido que é dado às questões centralização e descentralização e sobretudo ao poder decisório, remetem ao referencial teórico funcionalista histórico que os movimentos clássicos da administração geram como suporte para suas análises.

Os outros temas da V CNS, assim como os das subseqüentes, podem ser analisados como propostas de operacionalização do Sistema Nacional de Saúde. Nelas, os elementos da Regionalização passam a ser mais explícitos e a proposta começa a ter um significado estratégico para a viabilização da política de extensão dos serviços

advinda do Movimento de Medicina Comunitária e da própria Lei 6229. Nesses termos, torna-se possível identificar no conteúdo do documento sobre "Extensão dos serviços para a área rural", uma clara preocupação com as chamadas causas sociais do processo saúde e doença e a crença de que esta estratégia possibilitaria a elevação do nível de saúde da população. Mesmo aceitando que este objetivo é de difícil alcance através de medidas técnicas e administrativas, procura-se difundir a ideia de que se está tentando alcançá-lo:

"Grande massa populacional, agredida por inúmeros fatores adversos, em particular a subnutrição, o precário saneamento ambiental, as endemias dominantes, a deficiência de facilidades sanitárias e educacionais, as péssimas condições de habitação, tem comprometidas suas condições físicas e sua habilitação para o trabalho, ou para trabalhar intensa e efetivamente" (Villas Boas,1975:222).

A partir disso justifica-se a apresentação de uma nova forma de organizar os serviços de saúde, substrato da política de extensão de cobertura:

"Essa extensão de serviços é realizada através de uma organização básica, hierarquizada sob a forma de sistema, capaz de expandir atividades de saúde e saneamento em benefício de pequenas comunidades desprovidas de recursos médico-sanitários". ... "O sistema é constituído por um mecanismo, através do qual os recursos humanos e materiais se organizam em estruturas técnico-administrativas para prestar serviços integrais de saúde em quantidade e qualidade suficientes a um custo compatível com as disponibilidades financeiras" (Villas Boas,1975:228).

A hierarquização dos serviços, componente básico da proposta de Regionalização, é imaginada da seguinte forma:

"O programa prevê a implantação e a operação de uma rede de pequenas unidades periféricas que executam ações básicas de saúde, preventivas e curativas. O funcionamento eficiente dessas unidades mais simples é assegurado por outras mais diferenciadas, que além de complementarem as suas atividades proporcionam orientação e supervisão a cada uma das suas ações (...) As mencionadas unidades, com ou sem médico em caráter permanente, localizam-se em distritos e povoados situados à distância razoável do núcleo central. De acordo com as circunstâncias, é necessário que se fixem entre elas "unidades de triagem" com possibilidade de atender emergências enquanto se procede a remoção dos pacientes para as unidades de apoio da área programática (...) Essas unidades básicas de saúde atende, assim, não só as pequenas cidades e vilas que lhes servem de suporte, como também as populações rurais circunvizinhas, aglomeradas ou dispersas " (Villas Boas,1975:231)

Esta maneira de organizar os serviços através da forma de uma rede de complexidade crescente, hierarquizada, tem a sua matriz na chamada "teoria da departamentalização", de Fayol, discutida no segundo capítulo. Entretanto, o que é importante registrar neste momento é a concepção do autor acerca da Regionalização, que confirma o retorno aos princípios clássicos administrativos, compondo um discurso que utiliza temas atuais aparentemente inovadores, mas que não se distanciam do sentido exato que os clássicos defendiam desde o início desse século:

"os bons resultados obtidos, levam a crer que a melhor atenção ao problema de saúde das áreas rurais, é a proporcionada por essa Regionalização de serviços, que implica na interação entre centros urbanos e comunidades rurais, e na integração e coordenação de todos os recursos de saúde existentes ou a serem criados nessas

áreas (...) Essa interação pode ser representada por uma pirâmide tendo no vértice (centro polarizador da Região) uma unidade mista ou outra diferenciada, apoiando as unidades sanitárias periféricas, que, distribuídas em forma de leque e simplificadas progressivamente em suas atividades, chegam até as pequenas comunidades rurais e constituem a base" (Villas Boas,1975:232).

Assim a Regionalização é concebida como uma maneira de ordenar os serviços de saúde, fundamentando-se na pirâmide organizacional defendida por Fayol. Em relação à estratégia de funcionamento dessa rede hierarquizada, o documento define que as ações de saúde devem proceder-se *"dentro de um sistema por níveis de complexidade crescente, ou seja, a unidade regional deve ser o centro de operação e de suporte técnico-administrativo para as unidades periféricas menos diferenciadas"* (18). Além disso, a prestação de serviços deve ser integral e integrada, *"em função da concentração e densidade da população, da situação a que se destina e se adapta"* (Villas Boas,1975:233).

A escolha destas áreas geográficas é determinada pelo estudo das suas condições sociais, econômicas e epidemiológicas e que, segundo o documento, permitiria um grau de individualidade, *"circundado por um todo heterogêneo, constituído por pequenas comunidades e aglomerados humanos, caracterizados pela interdependência funcional dos seus componentes"*. Esse grau de interdependência *seria "maior na periferia do núcleo central e cada vez menor à medida que dele se distancia; nas áreas vizinhas, os meios de comunicação e transporte convergem na sua direção; a densidade demográfica, o movimento da população e o comércio são também mais intensos nas suas proximidades"* (Villas Boas,1975:233).

É importante assinalar que em nenhum momento o documento discute a questão da autonomia ou não desses núcleos regionais com relação aos órgãos centrais. Como estas orientações partem do órgão máximo, ou seja, do Ministério da Saúde, é possível que para o discurso oficial já estejam dadas as regras necessárias para a viabilização do sistema. Entretanto, estas regras não parecem suficientes, desde quando a descentralização dos recursos financeiros, para citar um exemplo, não resulta de uma simples definição de estratégias operacionais. Do mesmo modo, os problemas funcionais da rede de serviços de saúde não são resolvidos inteiramente através do repasse de verbas determinadas e definidas por órgãos centrais.

A participação comunitária é outro componente dessa nova maneira de organizar os serviços de saúde e que faz parte da concepção ampliada da proposta de Regionalização. Para o autor do documento:

"A participação da comunidade através dos seus membros e entidades públicas e privadas, assume importância primordial para a consecução e a continuidade das ações. É fundamental motivá-la, torná-la consciente do trabalho a ser desenvolvido, e da necessidade de sua participação ativa" (Villas Boas,1975:233).

A inclusão da participação da comunidade como elemento aparentemente estratégico para a obtenção dos objetivos propostos na Lei 6229/75 começa, a partir deste documento, a ser melhor explicitada. Vale registrar, entretanto, que a participação proposta pelo texto da Lei, parece ter um caráter muito mais de utilização da comunidade no desempenho de certas atividades dos serviços, e no apoio logístico dos seus representantes (entidades públicas e privadas) do que propriamente no envolvimento comunitário com os problemas relacionados com o fenômeno, saúde e doença, suas causas e suas possíveis soluções.

Além disso, o texto da Lei, também não assinala a importância ou não da participação da comunidade no planejamento e definições das ações de saúde para sua região. Este registro é importante, porque muitos dos discursos que se referem a participação comunitária como elemento fundamental das propostas de organização dos serviços de saúde, nesse caso, a Regionalização, trazem o sentido de utilização dos membros da comunidade nos serviços de saúde e não o de conscientização da comunidade quanto à sua situação de saúde. No caso deste documento, está evidente que esta participação proposta implica na utilização da comunidade nos serviços de saúde, sentido que toma este componente nos discursos com tendência racionalizadora. Assim, o governo, ao discutir as ações de saúde e, dentro delas, as de saneamento diz que:

"as ações de saneamento, executadas pelo pessoal das unidades, tem por finalidade:

- Proteger as populações menos densas com medidas individuais, enquanto se aguardam soluções coletivas;
- Estimular as populações das áreas periféricas dos centros urbanos, das vias e áreas rurais a executar instalações sanitárias individuais;
- Orientar as populações quanto a melhor maneira de utilizar os benefícios".

Em seguida adverte que:

"Essas ações são implementadas em estreita cooperação com as municipalidades e participação dos próprios beneficiários" (BRASIL, 1975:234).

É possível constatar então que o sentido do tema participação da comunidade objetivado ao final do documento é, na verdade, de utilização de membros da comunidade no desempenho das ações de saúde, na medida em que as ações de caráter coletivo, possivelmente mais eficientes, seriam "custosas" para o Estado (Acuna,1975:312).

4.2-A regionalização como política nacional de saúde

Considerando os distintos componentes da proposta Regionalização - descentralização técnica, e administrativa, delegação de autoridade, hierarquização de serviços e participação comunitária pode-se admitir que representam conceitos estratégicos para a implantação da organização do setor saúde concebida pela Lei 6229/75. A VI CNS prioriza propostas oficiais de operacionalização do Sistema Nacional de Saúde como uma indicação de que os órgãos estatais já reconheciam as dificuldades políticas para a sua viabilização. Esta constatação está evidente no discurso de abertura da VI CNS, do Presidente Geisel:

"Difícil é a tarefa atribuída a cada um dos presentes. ...Difícil, em virtude da complexidade dos fatores que influem sobre a saúde de um povo em desenvolvimento, em particular num país onde se encontram, lado a lado, todos os estágios da evolução econômica, social e cultural. Difícil, em virtude da extensão do nosso território e da distribuição irregular da população, concentrada nas áreas metropolitanas ou dispersas, rarefeita em amplos espaços do interior. Difícil, em virtude da escassez de recursos humanos e materiais, da disparidade entre demanda e disponibilidade dos mesmos para atendimento do problema de saúde, fenômeno universal, particularmente agravado nos países em desenvolvimento. Difícil em virtude das transformações ora em processo, requerendo opções políticas capazes de harmonizar e compatibilizar as ações de todos os integrantes do Sistema Nacional de Saúde. As dificuldades são muitas; a tarefa, imensa" (Geisel, Anais da VI CNS, 1975:19).

Esta lista de dificuldades levantadas pelo Presidente da República pode exprimir os vários problemas com os quais a proposta do Sistema Nacional de Saúde se defrontou durante os dois anos seguintes após a sua definição. Estes problemas certamente passaram pela disputa do poder dos vários órgãos prestadores de serviços e pela dificuldade política do governo de viabilizar concretamente ao nível do Estado as ações de saúde propostas (Melo.G, 1975). O Presidente fez, inclusive, apelos explícitos no seu discurso:

“Será esta uma oportunidade singular para a integração de diferentes Correntes de opinião sob um denominador comum - o bem estar do povo brasileiro. Que este encontro sirva para consolidar a união de todos, acima de interesses pessoais ou de grupos, com visão ampla e objetiva da problemática de saúde no Brasil” (Geisel, Anais da VI CNS, 1975:19).

E conclui o discurso de uma maneira incisiva:

“O grande desafio reside na criação de normas de ação persistentes, de vias alternativas que assegurem a consolidação dos resultados obtidos e a aceleração do progresso que já se vem verificando. Normas e vias que sejam objetivas, coerentes com a realidade, compatíveis com a disponibilidade efetiva de recursos e representem o máximo que o Governo pode colocar à disposição do setor nos dias difíceis que vivemos. Confiando na ciência, na experiência e no patriotismo dos que aqui se reúnem, declaro instalada a VI CNS” (Geisel, Anais da VI CNS, 1975:19).

A diferença de conteúdo do discurso de Geisel na V e na VI CNS pode indicar os distintos momentos conjunturais que conformaram o seu enunciado. Se em 1975 se buscava dar respostas otimistas à nação brasileira no que diz respeito às políticas sociais, em 1977 necessitava-se de uma estratégia política que, no caso das políticas de saúde, permitisse a elaboração de propostas operacionais que pudessem "regulamentar" as ideias defendidas na Lei do Sistema Nacional de Saúde (6229/75).

Assim, a finalidade declarada da VI CNS foi a *"de 'reunir' profissionais e autoridades para o estudo e o debate de temas relacionados com relevantes objetivos do Governo Federal no Setor Saúde, buscando o aperfeiçoamento de programas nacionais, a integração dos órgãos participantes do Sistema Nacional de Saúde e a difusão e adequada interpretação dos principais diplomas legais básicos, estabelecidos pelo Governo Federal em matéria de saúde"* (BRASIL, Anais, 1977:13).

Um dos temas discutidos nesta Conferência (Tema II) foi a "Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo Governo Federal em matéria de saúde", apresentado pelo consultor jurídico do Ministério da Saúde do período, constituindo-se basicamente na re-elaboração dos mecanismos jurídicos que pudessem conferir suporte legal a esta nova proposta de organização dos serviços de saúde.

"Para o desenvolvimento de programas a curto, médio e longo prazo, é necessário também contar com bases legais e adequadas tanto a nível legislativo como a nível regulamentar, que correspondam a critérios atuais e reflitam, formalmente, os progressos da ciência e da técnica em seu próprio campo. É por isso que em matéria de saúde devemos preocupar-nos em rever e atualizar as normas jurídicas nos diferentes campos do setor, tendo sempre em mira o interesse coletivo pairando sobre o interesse particular ou de grupos, deitando por terra toda a fraude e a mistificação" (DIAS, H.P, 1977:Tema II: 106).

Na discussão referente ao Tema II foram tratadas "As normas jurídicas em matéria de saúde face à organização político-administrativa brasileira", e nesta discussão o tema descentralização fora colocado da seguinte maneira:

"Coincidentemente com a forma de governo adotada em nosso país, o regime de descentralização territorial e político-administrativa, a distribuição de competência em matéria de saúde é operada constitucionalmente entre a União, as unidades federadas e os municípios, em três níveis de governo" (DIAS,H.P, 1977:Tema II: 106).

Entretanto, no parágrafo seguinte, quando explicitadas as atribuições do Governo Federal, parece existir uma tendência maior à centralização:

... "reserva-se ao Governo Federal, através dos seus diversos Ministérios, instituições autônomas e organismos especiais a ingente tarefa de, sob o comando do Chefe do Executivo Federal, levar a cabo a organização e coordenação de todas as atividades federais e o desenvolvimento de programas de âmbito nacional, ou daqueles que transcendem as fronteiras de cada unidade federada"(DIAS,H.P, 1977:Tema II: 106).

Esta coordenação geral do Governo Federal, através dos seus Ministérios, fundamentava-se no Decreto de Lei 200, de 1967¹¹. Mesmo após analisar as reformulações introduzidas neste decreto pela Lei 6229/75, no que diz respeito às competências dos distintos níveis, o documento ainda reforça o caráter centralizador que deve ter o M.S, grifando inclusive a coordenação do âmbito regional:

"Portanto é legítimo concluir que o Ministério da Saúde, conforme o §1º do mesmo artigo 156 do Decreto-Lei nº. 200, de 1967, continua com o dever de coordenar, no âmbito regional, as atividades de assistência médico-social" (DIAS,H.P, 1977:Tema II: 119).

Ao final do documento acima, o autor lista as ações que o governo Federal, através do Ministério da Saúde, determina para os Estados, Distrito Federal e os Territórios, por intermédio das Secretarias de Saúde, de acordo com a Lei 6229/75. Entretanto, essas determinações são colocadas em termos de "expectativas", mesmo que os verbos estejam todos no imperativo (criem, operem, integrem, cooperem etc.).

Ao lado da explicitação dos diplomas legais, um dos temas da VI CNS em que a Regionalização está colocada como estruturante e estratégica foi a proposta do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento para o Nordeste (PIASS).

O PIASS apresenta-se como uma forma de operacionalização das ações previstas pela Lei 6229/75, considerando principalmente as reformulações organizacionais necessárias à reorientação da estrutura existente, identificada como centralizadora de decisões e concentradora de recursos. A estratégia tradicional de privilegiar os níveis administrativos mais centrais é vista como baseada *"na procura de maior eficiência imediata, a qual apresenta o grave perigo de canalizar ainda maiores recursos para aqueles níveis sem tomar na devida conta que, por vezes, esses níveis são originalmente ineficazes quando considerados os objetivos mais transcendentais do sistema como um*

¹¹ No decreto lei 200, de 1967, o artigo 156 reza o seguinte: Art. 156 - A formulação e a coordenação da política nacional de saúde, em âmbito nacional e regional, caberá ao Ministério da Saúde.

§ 19 - com o objetivo de melhor aproveitar recursos e meios disponíveis e de obter maior produtividade, visando a proporcionar efetiva assistência médico-social a comunidade, promoverá o Ministério da Saúde a coordenação, no âmbito regional, das atividades de assistência médico-social, de modo a entrosar as desempenhadas por órgãos federais, estaduais e municipais, do Distrito Federal, dos territórios e das entidades do setor privado. In: Conferência Nacional de Saúde, 6. Anais... Brasília, Ministério da Saúde, 1977, p. 114.

todo. O imediatismo, no caso, conflitua com proposição de maior profundidade e de mais lenta maturação".(Seixas,1977:141)

Diante dessa conclusão, o PIASS buscaria medidas que pudessem favorecer a viabilização do Sistema Nacional de Saúde, sem deixar extravasar o interesse político do governo na sua regulamentação. Assim, através de um discurso técnico-racionalizador, procura-se disseminar a idéia de que aqueles programas estariam sendo criados e implantados dentro de perspectiva adequada à realidade, considerando-se, portanto, secundária a regulamentação da Lei 6229/75.

"Um outro risco desse procedimento de implantação através da regulamentação unidirecional, de cima para baixo, de uma lei, é que, quanto mais centralmente se der o processo, mais terá que se concentrar a decisão em grupos técnicos restritos e, portanto, mais distantes física e culturalmente dos anseios e das possibilidades das populações usuárias, bem como dos agentes técnicos periféricos do Sistema (...) Dados estes inconvenientes, impõem-se esforços para a utilização de outros mecanismos reguladores. Surge então como alternativa, para definir previamente, em bases sólidas, a regulamentação e implantação do Sistema Nacional de Saúde, a elaboração e a execução de programas segundo novos critérios organizacionais e disciplinares dos serviços. Uma programação com adequação à realidade viável, porém corretiva das distorções contidas no desenvolvimento casuístico dos serviços de saúde" "(SEIXAS,1977:141)

Foi através deste programa que o governo procurou responder as críticas da não regulamentação da Lei 6229/75 e, simultaneamente, atualizar o discurso do Estado face às recomendações de organismos internacionais que estimulavam a experimentação de modelos de Medicina Comunitária e implantação de programas de extensão de cobertura. A extensão de cobertura é concebida pelo documento como proposta de *"união de esforços associada a uma proposição de mudança na forma e no sentido em que se realizavam os esforços de expansão"* "(SEIXAS,1977:142)

Estas mudanças ocorreriam se fosse possível eliminar algumas características inconvenientes da idéia que originalmente se teve da extensão de cobertura. A primeira era a que procurava expandir serviços sofisticados e custosos, os quais priorizavam medidas visando a resolução de doenças graves e raras, portanto, inadequados à realidade de saúde. A outra, era a de que aumentaria o número de pessoas com novas possibilidades de acesso a tais serviços, mas, mesmo assim, em número ainda pouco expressivo diante do total dos necessitados.

Nesses termos, o autor do documento afirma que:

"A elaboração de um Programa direcionado para o atendimento prioritário das necessidades básicas poderia possibilitar mais objetivamente proposições de expansão de cobertura como instrumento de mudança. Daí a razão maior do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento como proposta governamental de nível federal. Proposta que implica na adesão de pessoas bem como de recursos de instituições vinculadas ou pertencentes ao setor saúde-saneamento de outros níveis, sobretudo as mais significativas, como as estaduais e municipais"(BRASIL, Anais VI CNS, 1977:147).

Para justificar a adoção de tais propostas, o documento discute exaustivamente as razões que levam a população a procurar os serviços de saúde e o tipo de serviço existente, concluindo que existe uma tendência básica nas sociedades de economia de mercado a expandir serviços sofisticados, mais lucrativos e prestigiados. Nesse sentido, as mudanças *"deveriam ocorrer justamente na procura, estimulando as necessidades não sentidas -*

demandas técnicas - e na utilização de serviços através de "programa de estratégias de ampliação da rede de agências e/ou de certas atividades de saúde" (BRASIL, Anais VI CNS, 1977:147). Tudo isso dentro da lógica da racionalização, mas de uma forma que não viesse comprometer o desenvolvimento dos serviços sofisticados, fonte de lucro do setor privado, não só industrial, no caso das indústrias de equipamentos médicos, como das empresas prestadoras de serviço. Assim, o que se constata no documento do PIASS (BRASIL, Anais VI CNS, 1977:147) é uma preocupação do autor em justificar a criação de uma rede de serviços básicos, operando com técnicas, instalações e equipamentos simplificados e com utilização de pessoal auxiliar que viesse ao encontro da demanda de racionalização, como mecanismo tático do Estado para conseguir a expansão necessária de serviços, a despeito da crise fiscal.

"As técnicas simples a serem empregadas não devem ser entendidas como de menor eficiência; ao contrário, podem ser inclusive mais eficazes (...) A prioridade de implantação de tais programas em áreas mais pobres, além de proposição de equidade social, se justifica como um modo de mais rapidamente atender-se às necessidades de pessoas sujeitas a menores bloqueios de organização social" (Brasil, Anais VI CNS, 1977:148)

Assim, o PIASS foi concebido como um programa interministerial, coordenado pelo Ministério da Saúde representando uma proposição metodológica de trabalho para implantação de uma estrutura permanente de Saúde Pública, ao nível da população necessitada de bens e serviços básicos de saúde-saneamento:

"Não é, pois, algo que se justapõe ao já existente, mas é algo que deve modificar de forma permanente o que existe" (BRASIL, Anais VI CNS, 1977:148)

Os objetivos imediatos do PIASS foram considerados em dois planos: o material - criar a infra-estrutura de Saúde Pública - e o plano técnico, que deveria levar o desenvolvimento de uma nova mentalidade técnico-operacional, em termos de prestação dos serviços de saúde à população. Para isso, o PIASS propunha a implantação de uma ampla rede de unidades de saúde pública com base na já referida rede de complexidade crescente: Posto de Saúde - Centro de Saúde (definido como módulo básico do Sistema Nacional de Saúde), além do equipamento de Saneamento Básico.¹²

O PIASS tem conotações sugestivas de um movimento ideológico no âmbito da burocracia estatal, visando modernizar as concepções de saúde prevalentes nas instituições. Discorre mais em relação ao que se deve tentar fazer do que em indicações possíveis de como fazer. Mesmo assim, e isto faz parte da estratégia de disseminação da ideologia, são feitas insistentes ressalvas ao fato de que é uma proposta viável, factível e não casuística.

¹² Esta maneira de organizar os serviços de saúde deveria oferecer o suporte operacional à proposta de Extensão de Cobertura às populações desassistidas. Se for recuperado o desenvolvimento conceitual desses temas a partir da V CNS, verifica-se que surge a proposta do SNS e, simultaneamente, discute-se a "extensão de serviços para a área rural" com base nos princípios racionalizadores. A VI CNS procura dar ênfase aos mecanismos jurídicos, institucionais, organizacionais e políticos ao propor programas do tipo PIASS. Ocorre, desse modo, um desdobramento de uma concepção que vinha sendo amadurecida ao longo da década de 70, como afirma o próprio autor: O presente trabalho está diretamente associado e se constitui em um desenvolvimento de dois temas da V CNS: "Extensão das Ações de Saúde às populações rurais e Sistema Nacional de Saúde. Portanto, há que se considerar os trabalhos anteriores como partes integrantes deste", p. 193.

Assim é que o governo se preocupou, mesmo no momento da discussão operacional do programa, em examinar aspectos mais subjetivos, como a participação da comunidade, consciência técnico-operacional dos agentes, esforço permanente e crítico etc. Até o final do documento, não existe nenhuma indicação de quais são as ações de saúde que os níveis do sistema proposto pelo PIASS deveriam desenvolver, a não ser a "ação comunitária". Por ser este um dado evidente, o governo se preocupa em esclarecer que "*o PIASS não é um programa de desenvolvimento de comunidade, mas um programa de saúde que implica em ações pertinentes ao fortalecimento do grau de coesão social das coletividades*" (BRASIL, Anais VI CNS, 1977:149)

Por mais inovador que possa parecer o tratamento que é dado à participação comunitária, o que se pretende realmente é dividir a responsabilidade das ações de saúde coletiva com a população, na medida em que "custa" para o Estado desenvolver ações coletivas mais eficientes. Ao final do documento, o sentido do tema básico - participação comunitária ou co-participação - está muito mais próximo da ideia de utilizar a comunidade nos serviços de saúde do que da de propiciar sua participação efetiva e consciente nos seus problemas de saúde:

"Cumpra ressaltar que tal co-participação, com vistas ao desenvolvimento comunitário, não pode nunca ser compreendida como simples auxílio devido ou generosidade dos que assim agem. Há que se desenvolver o sentimento de coresponsabilidade na ação e nas conseqüências face à uma necessidade de promoção do bem comum" (BRASIL, Anais VI CNS, 1977:148)

Em síntese, o PIASS trouxe para o setor saúde uma abordagem modernizante de estruturação de serviços e daí a sua organicidade com a proposta de Regionalização.

Todavia, o documento em causa não se refere à questão da autonomia regional dentro dessa nova organização que prevê níveis de competência distintos. Não aborda também o processo de tomada de decisão, ou seja, como seria distribuído o poder dentro dessa rede de serviços. Evitou-se discutir, portanto, os problemas fundamentais inerentes a uma proposta de teor complexo e polêmico.

Algumas dessas questões são tratadas tangencialmente no documento sobre Política Nacional de Saúde que visa "*estabelecer diretrizes para a operação do setor de serviços de saúde, no que se refere ao âmbito da atuação e ao relacionamento entre as diversas instituições e níveis de Governo e o setor privado, visando a operação do Sistema com a máxima cobertura populacional e com os melhores resultados possíveis face aos recursos empregados*" (BRASIL, Anais VI CNS, 1977:162).

Este documento tem, entretanto, o objetivo específico de dar prosseguimento à Lei que organiza o Sistema Nacional de Saúde, razão pela qual procura definir os fundamentos da operação do sistema, o delineamento dos mecanismos de sua administração, enfim, formular diretrizes para a gestão do SNS.

Interessa aqui discutir o tratamento dado às questões centrais relativas à Regionalização. Assim, o governo considera que "*o estabelecimento de uma Política Nacional de Saúde implica num processo político, o qual deve ser considerado por quem detém poder decisório em todos os níveis do Sistema, a fim de que seja resguardada a coerência das ações tanto em relação à Política de Saúde como em relação às necessidades reais da população*" (BRASIL, Anais VI CNS, 1977:162).¹³

¹³ Este texto fundamenta-se nos pressupostos do documento da OPAS/OMS - Centro Pan-americano de Planificación de la Salud - CENDES (OPAS) - "Formulación de políticas de salud". Santiago, 1975. 77 p., o qual define os métodos e estratégias necessárias ao processo de formulação de políticas de saúde.

A concepção subjacente acerca do Processo Político relaciona-se com o processo decisório pertinente à Regionalização. Baseia-se no referencial sistêmico e é definido como sendo um "conjunto de ações que tem lugar no seio do corpo social tendo em vista a tomada de decisão por parte das autoridades constituídas, a respeito de problemas que afetem a uma proporção significativa da sociedade e a respeito dos quais não haja unanimidade de consenso. Essas decisões políticas têm caráter formal e, via de regra, acompanham-se de mecanismos para gratificar seu cumprimento ou apensar seu descumprimento"(BRASIL, Anais VI CNS, 1977:160).

Estas ações "políticas" se distinguem das outras que ocorrem no corpo do processo social pelo fato de estarem relacionadas com o sistema político, subsistema do sistema social. Tal sistema político, a exemplo dos demais sistemas, constitui-se de uma entrada, representada por demandas políticas, apoios e reações às decisões, de um processo configurado pelas ações do poder formal a diversos níveis, gerando decisões e ações que vão produzir os resultados a níveis do corpo social. Assim, através desse mecanismo de retroalimentação, procura-se modificar as necessidades, criar apoios ou oposições que gerarão novas decisões-ações por parte do sistema político.

Esta maneira de conceber a realidade organizacional própria da abordagem sistêmica analisa o processo de tomada de decisão sob alguns ângulos coincidentes com as Escolas de Administração Clássica. Assim, por exemplo, a participação dos outros níveis do sistema e da população no processo decisório é previsto apenas como respostas às ações do poder formal, ou seja, o Sistema Político em Saúde, através do seu poder formal, composto por um nível político, um nível técnico-administrativo e um nível técnico-operacional, emite decisões-ações, supostamente geradas pelas necessidades da população. Estas necessidades são sentidas ou não sentidas e trazem satisfações ou insatisfações (apoio ou oposição, respectivamente), "*que ao mesmo tempo alterarão a demanda ao sistema e influenciarão no processo através de mecanismos de apoio ou oposição*" (BRASIL, Anais VI CNS, 1977:160).

Desse modo, a função da população é a de reagir e não a de opinar, até porque, caso haja uma opinião concreta, mas não condizente com a que o poder formal estabeleceu, existem mecanismos que devem levar a modificação desta necessidade, procurando fazer com que a população desacredite daquilo que ela pensou anteriormente como necessário e passe a acreditar nas outras necessidades que o sistema político já definiu como reais ou "técnicas" (Paim,J e Almeida,N, 1982:55).

"Dentro desse ponto de vista, verificamos que o Sistema de Saúde deve ter sensores junto à população, não só para identificar precoce e eficazmente necessidades, como também permitir a conscientização do corpo social e político a respeito das necessidades não sentidas transformando-as em necessidades consentidas, e, se possível, em necessidades sentidas. Somente essa conscientização poderá gerar satisfação e apoio por parte do corpo social aos investimentos financeiros, materiais e em recursos humanos no atendimento de necessidades primariamente não sentidas. Esses investimentos, em última análise, são por assim dizer, desviados do atendimento a necessidades sentidas, o que torna desejável a conscientização da população sobre a real utilidade de tais investimentos" (BRASIL, Anais VI CNS, 1977:161).

O termo "sensores" utilizado pelo autor está bastante pertinente à sua concepção do processo de tomada de decisão dentro de um sistema. Na verdade, a inclusão da noção de "necessidade de saúde" e a superestimação à contribuição da técnica na definição de tais necessidades é o que leva estes teóricos sistêmicos a formularem como estratégia de planificação a necessidade de colocar junto à população técnicos (sensores) detentores do

conhecimento¹⁴. A ideologia da neutralidade técnica procura justificar a centralização da decisão por parte de quem detém maior poder, poder este que se refere ao poder político nas organizações burocráticas.

Esta superestimação do poder técnico (e neutralidade técnica) encontra subsídios na burocracia weberiana, que define a hierarquização do poder nas organizações modernas através da especialização. Assim, fala-se na "tomada de decisão por parte das autoridades constituídas" como uma ação supostamente legítima, na medida em que o poder destas autoridades é discorrido como um poder proveniente do conhecimento - os tecnocratas - ou do Estado (que também é visto como neutro - acima das classes). Para tanto, assume-se, a nível do discurso, que estas autoridades funcionam *como "juizes justos" das causas sociais, isto é, eles devem "decidir a respeito dos problemas que afetem a uma proporção significativa da sociedade e a respeito dos quais não haja unanimidade de consenso"* (BRASIL, Anais VI CNS, 1977:161)

A partir da explicitação da Política de Saúde Nacional (51) através deste documento, calcadas por sua vez "num manual de formulação de políticas da OPAS/OMS as atribuições dos níveis hierárquicos da rede da saúde passam a ser melhor definidas. Para o propósito do presente estudo, é importante conhecer estas atribuições, na medida em que a composição da referida rede é o que dar forma aos discursos da Regionalização, principalmente aos de tendência administrativa.

A justificativa para a criação desta rede baseia-se nas ideias de que existe no Brasil grandes contingentes humanos carentes, uma dispersão populacional e distorção profissional que fazem com que as ações de interesse coletivo simples e de grande alcance, sejam postergadas em benefício de ações mais complexas destinadas ao atendimento de necessidades sentidas de uma proporção minoritária da população. Com a finalidade de corrigir tal distorção impõe-se a coexistência de duas redes distintas de serviços de saúde a pessoas: uma encarregada principalmente do atendimento de necessidades, sentidas, relacionadas com a ocorrência de condições mórbidas e outra, de alcance coletivo, que trabalhe principalmente com necessidades não sentidas ou consentidas, relacionadas principalmente a promoção e proteção de saúde (BRASIL, Anais VI CNS, 1977:175).

As duas redes seriam as de Assistência Médico-Hospitalar (atendimento às necessidades individuais, envolvendo assistência médica integral, preventiva, curativa e a de reabilitação) e a de Assistência Médico-Sanitária (atendimento às necessidades não sentidas da comunidade através de medidas de alcance coletivo ativada em comunidade de baixa renda, zona rural, regiões pioneiras e periferia dos centros urbanos)¹⁵

¹⁴ FIORI, J.L. comenta a respeito desses sensores que, se os órgãos oficiais desejam a participação da sociedade no processo de geração das ações de saúde, "impõe-se reconhecer e defender que este mesmo corpo social participe autenticamente da geração do poder e da escolha de seus dirigentes a todos os níveis da sociedade. Impõe-se reconhecer que não basta interpor entre o Sistema de Saúde e a população, entre o Estado e a Sociedade, "sensores" (por mais afinados que sejam seus "estetoscópios") para auscultar a Nação". ... "Para retro alimentar o saber e o poder desarticulado de uma burocracia auto-referida, seguramente, bastam as informações dos sensores", "o saber" dos tecnocratas ou simplesmente a "virtude" do Príncipe. No entanto, para que a saúde deixe de ser privilégio e a medicina Capital, necessita-se de algo mais: melhorar as condições materiais de vida do povo e dismantelar o poder do complexo médico-industrial. Mas, para isso, talvez, tenha-se que substituir o poder dos burocratas pelo poder do povo". In: GUIMARÃES, Reinaldo org. Saúde e Medicina no Brasil, contribuição para um debate. Rio de Janeiro. Graal, 1978. Série Saúde e Sociedade, 3, p. 3.

¹⁵ As diferenças entre as duas redes, segundo o documento, estão nos seus comportamentos. A Rede de Assistência Médico-Hospitalar deve ter um comportamento que envolva serviços para o atendimento de

Estas duas redes, embora em princípio sejam autônomas, deveriam atuar complementando-se mutuamente através de uma programação integrada e de uma organização segundo hierarquia de complexidade crescente.¹⁶

A diferença básica entre as duas redes centra-se no controle e supervisão. A rede de Assistência Médico-Sanitária receberia orientação do Ministério da Saúde, enquanto a rede de Assistência Médico-Hospitalar seria supervisionada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social. As duas fontes de orientação deveriam, no entanto, estar articuladas a nível dos Estados, através das Secretarias de Saúde, com base na Lei do Sistema Nacional de Saúde. Esta divisão artificial daria espaço ao setor privado dependente da política privatizante da Previdência Social, para a assistência médica, ao tempo em que procuraria prever uma coexistência pacífica entre as duas burocracias do Estado - Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social.

Nesse sentido, a rede de assistência médica sanitária deveria ser operada pelo setor público e só deveria atingir a assistência médica até o terceiro nível. As ações previstas são simples, baratas e desenvolvidas por agentes auxiliares de saúde. A rede de Assistência Médico-Hospitalar deveria executar as atividades previstas para a outra rede de assistência, mais as ações especializadas hospitalares e ambulatoriais. Tal rede deveria ser operada pelo setor público e privado, com ações mais sofisticadas e de custo mais elevado, sendo para tanto necessária a participação do Ministério da Previdência no seu respectivo custeio.

Quanto às atividades de apoio e, dentro delas, a modernização Administrativa e Organização de Serviços de Saúde, o documento prevê a compatibilização das estruturas administrativas das Instituições de saúde, em todos os níveis, com vistas às novas funções previstas no Sistema Nacional de Saúde.

O documento ressalta a prioridade de Regionalização e o estabelecimento de uma rede de assistência médico-sanitária cuja implantação deveria estar a cargo das Secretarias Estaduais de Saúde, com a colaboração técnica e financeira (em certos casos) do Ministério da Saúde, visando prioritariamente *“a regionalização técnica e administrativa de seus serviços, a descentralização do processo decisório à constituição dos colegiados deliberativos e das secretarias técnicas correspondentes, sendo estas intimamente identificadas com os órgãos, de planejamento da Secretaria de Saúde”* (BRASIL, Anais VI CNS, 1977:179).

uma demanda que necessita de ser diminuída, e a Rede de Assistência Médico-Sanitária se comporta estimulando a demanda através da motivação comunitária e de atividades extra-murais.

¹⁶ A organização da rede de Assistência Médica Sanitária seria basicamente a seguinte: 1º Nível - Posto de Saúde: centro unidade simplificada periférica com um agente auxiliar de saúde, treinado para desenvolver ações de saneamento meio, vigilância epidemiológica, imunização, alimentação, educação para a saúde. Além disso, deveria ser o responsável pela triagem dos pacientes que seriam enviados para a unidade subsequente. 2º Nível - Centro de saúde: é uma unidade intermediária, imediatamente superior ao Posto de Saúde. É mais complexa e com a presença de um médico permanente, devendo exercer a supervisão das atividades do Posto. Desenvolve as ações de saúde previstas para o Posto de Saúde, entretanto com uma complexidade maior, além da responsabilidade de avaliar os níveis de saúde na comunidade e vigilância sanitária. Os pacientes que necessitarem de uma assistência médica mais complexa deverão ser encaminhados à Rede de Assistência Médico-Hospitalar. 3º Nível - Unidade Mista: um pequeno hospital com mais ou menos 50 leitos que pode estar acoplado ao C.S. Exerce as atividades previstas para os níveis anteriores e mais internações nas clínicas de pediatria, cirurgia e gineco-obstetrícia e clínica médica. Esta Unidade deve operar "visando o apoio às atividades das unidades sanitárias do Sistema Regional que lhe é afeto". Os Hospitais Locais, Regionais e de Base que de certa maneira complementam a rede estariam ligados à rede de assistência Médico-Hospitalar. In . Conferência Nacional de Saúde, 6, Anais... Brasília. Ministério da Saúde. 1977. p.170

Todas essas ações são vistas como necessárias ao processo de modernização administrativa, que reforça a tendência administrativa e racionalizadora do discurso oficial. As ações são pensadas fundamentalmente em termos de sua factibilidade técnica, como se os desdobramentos políticos que estas medidas implicam fossem redutíveis às medidas administrativas.

Assim, por exemplo, na discussão sobre Administração do Sistema, o autor centra as atenções nos aspectos relacionados à gerência administrativa. A proposta de descentralização do poder decisório é tratada como mais uma das várias fórmulas de administração.

É possível identificar no texto do documento a proposta de uma rede hierarquizada de mando (ou princípio escalonado - previsto por Fayol até Weber) referente ao processo de tomada de decisão. Além disso, a colocação dessa rede está bastante próxima da prevista por Fayol dentro do seu princípio de amplitude de controle, ou seja, delega-se, até o nível mais periférico, certa autonomia (autoridade) a pessoas que poderão definir determinadas ações. Estas pessoas deverão estar sob o comando de uma outra situada no nível subsequente e assim por diante. Ao final, quem estiver no vértice da pirâmide, depois da suposta consulta a todos os escalões subalternos, decide em nome de todos. Dessa forma, quem está no vértice tem um controle maior do que acontece no todo da organização.¹⁷

Bem de acordo com a teoria sistêmica, que por sua vez também se identifica com algumas abordagens dos movimentos clássicos da administração, o autor do documento discorre sobre o processo decisório como se a legitimidade dos representantes da sociedade que compõem os conselhos e as comissões propostas fosse um pressuposto inquestionável.

Ao enfatizar quem deve dirigir ao invés de como dirigir encobre a essência do problema, ou seja, não considera qual o nível de interferência desses conselhos e comissões no processo de planificação das ações de saúde para as diversas regiões¹⁸. Portanto, a discussão do processo de tomada de decisões passa pela questão da legitimidade do poder. O que se pode questionar é se esses agentes seriam de fato legítimos representantes dos seus subordinados ou mesmo se a própria organização que representam estaria identificada com os interesses da maioria da população a que se destina.

Esses intelectuais orgânicos, ao proporem políticas e programas "nacionais ou regionais, tomara a questão da legitimidade como pressuposto e definem as etapas desse

¹⁷ Sobre a pirâmide proposta pelo autor em termos dos passos previstos para o estabelecimento da política nacional de saúde, pode-se extrair o seguinte: (1) No vértice se encontra o Conselho de Desenvolvimento Social, assessorando o Presidente da República e definindo a política. (2) No meio estão as Secretarias estaduais que através de conselhos deliberativos compostos por representantes dos órgãos de governo e do setor privado implementariam as ações previstas. E, na base, estão os municípios, desenvolvendo as ações definidas no vértice da pirâmide. Ver mais detalhes Conferência Nacional de Saúde, 7. Anais... Brasília, 1979, p. 164-80.

¹⁸ Caberia ainda questionar a composição destes conselhos e comissões deliberativas através de representantes dos órgãos federais, estaduais, municipais e privados, que ocupam cargos importantes dentro do escalão burocrático desses órgãos. Não é sinalizado nesse documento dentro da discussão do processo administrativo e da descentralização das decisões a inclusão de representantes nem da equipe multiprofissional de saúde que atua nos níveis central e regional das Secretarias Estaduais de Saúde, nem dos representantes da própria população através dos agentes de saúde, locais ou outros. Esta ressalva é importante na medida em que se discorre muito sobre a participação da comunidade nos programas de saúde, sobre o aproveitamento de lideranças comunitárias nos serviços de saúde e sobre a importância do trabalho multidisciplinar na busca de eficiência dos serviços. Entretanto, no momento da decisão, da definição de programas e estratégias de ação, estes dois segmentos não estão representados.

processo com a participação desses "representantes" como se a sua legitimidade estivesse dada a partir do momento da sua indicação para ocuparem os altos cargos da Burocracia.

4.3-A regionalização de saúde em ritmo de abertura democrática

A VII CNS foi sem dúvida o momento de maior manifestação da política de atenção primária à saúde, com a proposta do PREV-SAÚDE para todo o território nacional e a implantação do sistema de saúde que até aquele momento ainda não se efetivara, como afirmou o Ministro da Saúde no seu discurso de abertura da VII CNS:

"Os marcos referenciais da programação consagram o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, de caráter interministerial, como programa axial e nuclear das ações de saúde do governo e sua implementação formalizara o início da implantação do Sistema Nacional de Saúde" (BRASIL, Anais VII CNS,1979:9).

Esta ênfase à atenção primária que, durante os últimos anos da década de 70, dominou os discursos da saúde no Brasil, visava o cumprimento de uma orientação dos organismos internacionais de saúde, fortalecida no Encontro de Alma-Ata, que buscava alcançar "a meta social de saúde para todos no ano 2.000".

O Presidente João Figueiredo, ao abrir a VII Conferência, fez as seguintes colocações iniciais:

"As palavras amigas e cheias de sensatez, pronunciadas pelo Dr. MAHLER, reforçam o ânimo dos brasileiros e confirmam nossa determinação de perseguir o objetivo de saúde para todos no ano 2.000" (BRASIL, Anais VII CNS,1979:10).

Toda a justificativa técnica e política da proposta do PREV-SAÚDE encontra-se plenamente explícita no discurso do diretor da OMS. Assim é que ele justifica a VII CNS:

"Tanto o tema central desta Conferência Nacional de Saúde, como os pontos que serão discutidos no grupo de trabalho correspondem plenamente aos objetivos e meios que os países do mundo acordaram por consenso em Alma-Ata e em sua Organização Mundial da Saúde" (BRASIL, Anais VII CNS,1979:11).

E complementa, mais à frente:

"Desenvolver a atenção primária de Saúde como elemento – chave para reorientar os sistemas de Saúde e para alcançar a meta social de saúde para todos no ano 2.000 e um grande esforço cuja responsabilidade é e deve ser sempre nacional. Se bem que a Declaração de Alma-Ata e as resoluções a respeito, aprovadas pelos países em sua Organização Mundial da Saúde, representou uma manifestação histórica e coletiva da vontade política, corresponde a cada país, individualmente, traduzir em decisão e ação nacionais tal vontade coletiva" (BRASIL, Anais VII CNS,1979:12).

Considerando-se esta orientação como uma necessidade de importância histórica, justificam-se as ações interministeriais e a reestruturação da estrutura administrativa, conforme reforçou o próprio diretor da OMS:

"As decisões políticas dos governos - isto é, dos governos como um todo e não só do setor saúde ou dos Ministérios da Saúde - devem traduzir-se em processos que comprometam, desde suas etapas iniciais, todos os setores econômicos e sociais mais relacionados com a problemática de saúde, assim como todos os níveis da estrutura política - administrativa nacional (...) A atenção primária de Saúde não poderá desenvolver-se dentro do seu correto marco conceitual e

operativo definido em Alma-Ata, sem a participação real e efetiva de outros setores" (BRASIL, Anais VII CNS,1979:12).

Ainda no seu discurso, o representante da OMS advertiu para aspectos problemáticos da atenção primária, os quais já haviam sido identificados no processo de implantação dos programas de Extensão de Cobertura em países da América Latina ¹⁹.

Tais aspectos da atenção primária parecem coincidir com algumas das questões que muitos dos estudiosos da saúde no Brasil já haviam apontado. No momento da realização da VII CNS, muito já se discutia no seio da comunidade científica a respeito da atenção primária, além de setores mais progressistas da área de Saúde e da sociedade já reivindicarem, através de suas entidades e de denúncias em jornais etc., a melhoria do atendimento à Saúde principalmente para o grande contingente da população que não é assistido pela também precária previdência social.²⁰

Daí que MAHLER(1979) aborda justamente os pontos mais criticados desses programas, quais sejam: falta de uma coordenação única do atendimento à saúde; atenção primária voltada para os "pobres", e não como porta de entrada do sistema de saúde para todos, indiscriminadamente; participação da comunidade não apenas como sua utilização nos serviços, mas como *"um instrumento que permite a população compreender*

¹⁹ Os pontos levantados pelo Dr. MAHLER podem ser resumidos a seguir: (1) A coordenação intersetorial através das políticas nacionais de desenvolvimento e harmonização e mútuo apoio entre as políticas setoriais; (2) Ter consciência dos perigos da má interpretação do significado da atenção primária (não deve ser vista como sendo para "pobres", ou atenção primitiva, mas como porta de entrada universal, isto é, para toda a população; (3) Para implantação desses programas e indispensável a vontade política nacional, ou seja, a decisão política do governo, em todos os níveis e a participação através da comunidade (como atores e não receptores); (4) Educação para a saúde - que possibilite a tomada de consciência da comunidade de suas responsabilidades na participação da seleção de seus recursos e identificação de prioridades; (5) Realocação de recursos financeiros e reorientação dos gastos em saúde do centro para a periferia. Ver Conferência Nacional de Saúde, 7. Anais... Brasília, Ministério da Saúde,1979. p. 12-3.

²⁰ Em um documento elaborado pelo Núcleo do CEBES - Campinas - "Atenção primária à saúde", a partir da realização de um fórum de debates realizado naquela cidade com profissionais da área de saúde, foram discutidas as questões problemáticas da política de Atenção Primária. Este documento afirma que, para se entender esta política, seria necessário observar quais os interesses que estariam "em jogo dentro do setor saúde, nos serviços de atenção médica. Ao se constituírem em preocupações distintas e seguirem lógicas contrárias, era possível verificar diferentes sentidos acerca da necessidade da promoção de serviços de atenção primária. Assim, aqueles profissionais apontam os interesses dos diversos setores e propõem, a partir de uma análise crítica ao Modelo da Medicina Comunitária que vinha sendo proposto, um modelo alternativo para a atenção primária. As críticas levantadas foram basicamente as seguintes: (1) ao se propor a extensão dos serviços de saúde a toda população, pensou-se desde a sua origem, em contornar os problemas gerados pela pobreza e marginalidade. Para isso, "cria-se o sentimento de participação" e as "oportunidades sociais..." mas "que não passa de uma ilusão de participação, servindo para o indivíduo não contestar a situação desprivilegiada em que se encontra"; (2) a utilização dos recursos da própria comunidade, que foi criada visando uma solução do impasse, quando a população periférica das grandes cidades e as minorias rurais reivindicavam serviços de saúde, sob a responsabilidade do Estado. No entanto, as possíveis modificações não deveriam intervir na rentabilidade do capital privado. Nesse sentido, esta proposta procura reforçar no indivíduo o sentimento de "auto-ajuda", fornecendo-lhe mais uma alternativa para recuperá-lo da pobreza e da marginalidade; (3) Contenção dos custos utilizando o pessoal para-médico - "o que leva à prática de uma medicina simplificada, um arremedo de medicina que só serve para iludir a população de estar tendo acesso aos serviços de saúde, uma vez que, quase nunca, garante o acesso aos outros níveis de serviço". Do exposto se percebe que estas críticas anteriormente feitas ao modelo da Medicina Comunitária por profissionais de saúde foram incorporadas no discurso do Diretor da OMS/OPAS, no momento da realização da VII CNS. Para maior complementação das críticas e alternativas propostas pelo núcleo do CEBES-Campinas, ver Saúde em Debate (9):14-20, jan7 mar, 1980.

criticamente sua situação e exercer o direito e o dever de buscar a solução de seus problemas" (BRASIL, Anais VII CNS,1979:11).

Nesse sentido, o discurso prevalecente na VII CNS, enunciado não só pelas autoridades como pelos técnicos que discutiram os temas apresentados, incorpora muitas das críticas até então feitas ao sistema de saúde no Brasil. A partir do PREV-SAÚDE, a fala dominante desse setor busca identificar-se com a dos outros setores da sociedade, face à estratégia de hegemonia que lhe impunha a adoção de temas mais abrangentes. Na introdução do Tema Central PREV-SAÚDE, o Dr. Carlyle Guerra de Macedo ressalta:

"Momento de desafio de conflitos e decisões: são os momentos de hoje. Entre os desafios, e a exigir decisões, superando os conflitos, destacou-se a enorme dívida social que a sociedade tem acumulado. A distância entre o que a sociedade e o Estado reconhecem como essencial, indispensável ao ser humano, e a situação real da maioria da população, é enorme e ainda crescente, apesar do considerável aumento da renda nacional. Esse desequilíbrio, que ainda atinge metade ou mais da população brasileira, enfraquece as bases sobre as quais devemos construir uma sociedade mais livre e democrática e um país próspero e poderoso (BRASIL, Anais VII CNS,1979:19).

Para o Presidente da República, o grande desafio para o governo estaria justamente nesta integração ministerial.

"... A articulação entre os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social é particularmente significativa, pelos resultados já alcançados. É também a mais complexa, em face da multiplicidade de serviços afins ou complementares" (BRASIL, Anais VII CNS,1979:22).

É no PREV-SAÚDE que a proposta de Regionalização dos serviços de saúde encontra o mais completo respaldo institucional, quando passa a ser defendida pelo governo não mais para áreas específicas, mas para todo o território nacional. Macedo(1977) reforça esse entendimento ao definir que:

"...Os serviços básicos devem constituir uma estratégia e um instrumento para a reordenação de todo o sistema de saúde, ou se transformar, ao contrário, num reforço extraordinário do que existe, atuando como triagem de clientela (seletividade econômica) para a medicina comercial. Nesse reordenamento adquire relevo o processo de regionalização, como organização escalonada de níveis e unidades de atendimento e adscrição de coberturas específicas, geográficas e populacionais, a cada unidade assistencial ou de apoio" (BRASIL, Anais VII CNS,1979:23).

Quanto à questão da descentralização implicada na autonomia regional e no poder decisório desses níveis do sistema, o autor do documento foi menos explícito:

"Um criterioso processo de descentralização deve presidir a organização da infra-estrutura operativa para os serviços básicos, mas ao mesmo tempo, é necessário garantir um mínimo de unidade funcional, que impeça o surgimento de novas manifestações de desigualdades, de novas formas de dominação, a distorção da finalidade última dos serviços que é a satisfação das necessidades reais de saúde da população (BRASIL, Anais VII CNS,1979:23)

Não está definido nesse trecho do documento qual o processo de descentralização defendido pelo autor, embora se pressuponha que o mesmo se referisse a uma autonomia dos níveis hierárquicos, a fim de fazer operar o sistema e de poder controlar os possíveis

problemas. Ao discutir os aspectos críticos do programa proposto, ele esclarece melhor sua concepção acerca desta questão:

“... A descentralização decisória e operacional, paralelamente a provisão do apoio necessário aos níveis estadual e local, deverá presidir, essa articulação (dos Ministérios) sem prejuízo das funções de coordenação normativa geral e de condução política e estratégica a nível nacional, próprias a União” (BRASIL, Anais VII CNS,1979:24)²¹

Certamente que, assim colocado, este programa, muito mais que os anteriormente propostos, implicaria em mudanças fundamentais no sistema de saúde do país. Estas mudanças teriam conotação claramente política e possivelmente não seriam tão simples nem viáveis. O momento conjuntural brasileiro em que surge o PREV-SAÚDE estimulava a produção deste discurso democrático e social por parte do governo, desde que a sociedade civil exigia uma abertura do sistema político vigente²². Por considerar a magnitude das mudanças que o programa ocasionaria, o autor do documento chama a atenção para a questão do poder, a qual direciona e determina a viabilidade de tais propostas:

“... a viabilidade da proposta dos serviços básicos é, sobretudo, um problema político. Depende das relações de poder real na sociedade, da importância relativa dos agentes sociais e dos grupos de interesse que a apoiem ou a ela se oponham” (BRASIL, Anais VII CNS,1979:111).

Parece ainda importante assinalar alguns pontos levantados por um dos grupos de debate dentro da VII CNS acerca da Regionalização e Organização de Serviços de Saúde nas Unidades Federadas.

O grupo definiu a proposta de Regionalização como *"um processo de descentralização, com o objetivo de hierarquizar, disciplinar e operar uma rede de serviços de saúde, sob a forma de complexibilidade crescente, de acordo com as necessidades da população"* (BRASIL, Anais VII CNS,1979:159). A partir deste entendimento da Regionalização, considerou que no Brasil este processo se encontra em fases e com características distintas nas várias regiões do país, de acordo também com as diversas instituições:

²¹ Nesse momento são atribuídas as respectivas Secretarias de Saúde, assessoradas por mecanismos representativos multi-institucionais as responsabilidades de coordenação do desenvolvimento do programa nos Estados e de assegurar o apoio técnico e administrativo aos níveis, regionais e locais. Os serviços básicos locais, por sua vez, deveriam idealmente, ainda segundo o autor, ser geridos pelas municipalidades, com o apoio do Estado e da União.

²² A conjuntura política em que surge o PREV-SAÚDE é analisada por vários autores. CORDONI, J.L. & ALMEIDA, M.J., comentam, por exemplo, que "O PREV-SAÚDE, como os programas de medicina Comunitária, parece surgir como resposta a duas ordens de determinação: por um lado, a politização do setor saúde, crescente numa conjuntura própria ao recrudescimento de tensões sociais e, por outro, a crise financeira da Previdência Social. In: VII. Conferência Nacional de Saúde: um passo adiante? Saúde em Debate, 10, jan/jun, 1980. p. 11-5. TEIXEIRA, C.F.; JACOBINA, R.R.; SOUZA, A.L., também afirmaram que: "A abertura política, conquistada pelo avanço dos movimentos populares, tem permitido a explicitação e debate das mais diversas tendências, reorganizando-se grupos em torno de projetos distintos, como atesta a atual reformulação partidária..." as políticas sociais expressam a contradição de um Estado que pretende legitimar-se promovendo o "bem-estar" sem ter bases financeiras para tanto". In: Para uma análise política da conjuntura política em Saúde. Saúde em Debate, (9):4-9, jan /mai, 1980, p. 7.

"Em alguns locais e instituições trata-se apenas de uma divisão formal de áreas, em outras já há desconcentração de atividades administrativas e em outras há início de delegações do processo decisório para níveis regionais e, finalmente, umas mais avançadas já apresentam início de hierarquização dos Serviços" (BRASIL, Anais VII CNS, 1979:174).

Desse diagnóstico, observa-se que o discurso dos participantes assume uma tendência inovadora, mas com aspectos racionalizadores bem evidentes. A Regionalização não é apenas uma divisão formal de áreas com desconcentração de atividades administrativas, como afirma o discurso administrativo, mas sim um processo que implica em uma delegação de poder e hierarquização, dos serviços, como enfatizam os discursos racionalizador e inovador²³.

Os problemas apontados pelo grupo como adversos à Regionalização poderiam ser resolvidos ou minimizados através de medidas governamentais, muitas das quais o discurso dominante já incorporou dentro da própria VII CNS. A Regionalização, para o grupo, pode-se dar, mesmo considerando a questão do poder que ela implica, através de soluções de ordem política/institucional que, em última instância, se reverteriam em medidas burocráticas e administrativas. Assim é que as recomendações do grupo técnico de trabalho da VII CNS para que se efetive a Regionalização são na grande maioria relacionadas com esses aspectos (BRASIL, Anais VII CNS, 1979:159).

Embora as recomendações de caráter administrativo, como aquelas políticas e institucionais, pudessem ser defensáveis, o grupo não analisa a viabilidade de tais propostas num país cuja dinâmica política tem levado à centralização do poder decisório e cujos interesses dizem respeito às necessidades do processo de acumulação do capital e da dominação de classe. Isto significa que o grupo não privilegiou a análise das questões centrais que interferem na organização dos serviços de saúde no país.

Não importa quantas comissões se criem, no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde, dos Ministérios ou até mesmo dos municípios, para fiscalizar, definir e implementar uma nova organização dos serviços de saúde, se na prática não dispuserem de poder político para atuar em função dos interesses da maioria da população. Nesse sentido é que muitas propostas, planos e programas elaborados por técnicos bem-intencionados e até mesmo identificados com os anseios da maioria da população resumem-se em "declarações de intenções". Assim foi o caso do próprio PREV-SAÚDE, na medida em que suas várias versões, surgidas a partir da VII CNS, não conseguiram ao menos concretizar-se enquanto programação de fato²⁴.

²³ Esta última tendência está clara no momento em que ressalta os possíveis fatores adversos à efetivação da proposta, os quais podem ser resumidos da seguinte maneira: (1) Resistência à delegação do poder; (2) Pressões contrárias de vários grupos empresariais; (3) Multiplicidade de órgãos de saúde, o que leva à falta de uma unidade do Setor, ou seja, falta de um Sistema Único de Saúde; (4) Estrutura tributária excessivamente centralizadora; (5) Diferentes sistemas de Regionalização em cada nível do governo em cada instituição; (6) Política de financiamento do setor saúde que privilegia interesses privados e os serviços hospitalares em detrimento do setor público e da rede básica". Ver Conferência Nacional de Saúde, 7. Anais... Brasília, Ministério da Saúde, 1979. p. 158-9.

²⁴ Em agosto de 1982, o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária - CONASP (Decreto nº. 86. 329 de 02/09/81) sugere também mudanças nas políticas de saúde, que culminaram com a elaboração do Plano do CONASP (Portaria n) 3.062 de 23.08.82). Este plano teve grande repercussão no âmbito das políticas de saúde no Brasil, à semelhança do PREV-SAÚDE, mais precisamente porque representou a penetração de políticas racionalizadoras na organização da assistência médica previdenciária. Nele, também, foram recomendadas, entre outras medidas, a prioridade às ações primárias, ênfase na assistência ambulatorial e integração institucional (federal, estadual e municipal) no sistema regionalizado e hierarquizado, além de uma participação complementar da iniciativa privada e simplificação do pagamento de serviços a terceiros com o controle dos órgãos públicos. Nesse sentido, os enfrentamentos

Estas constatações sugerem que a estratégia de hegemonia do Estado recupera na elaboração do discurso dominante, de muitas das necessidades identificadas no seio da sociedade civil. Assim é que várias propostas surgidas na área de saúde, como a própria Regionalização dos Serviços de Saúde, Municipalização, Descentralização e Participação Comunitária, assumidas por movimentos inovadores que ocorrem ao nível da sociedade como um todo, são incorporados posteriormente pelo discurso do Estado. Todavia, não se tratam de propostas viáveis e factíveis, se mantida a configuração do poder político no país. Isto significa que não basta ao Estado, através dos seus aparelhos, discorrer a respeito de propostas racionalizadoras e inovadoras. É necessário que, para elas se concretizarem de fato, ocorra uma redefinição do poder pela sociedade, a qual certamente implicaria num processo de mudança mais amplo da estrutura social.

Com efeito, a descentralização e a regionalização são reveladas através de várias matrizes: divisão de território, descentralização de atividades, de serviços, de recursos e de poder. Desse modo, o que é fundamental nesta proposta é a questão do poder e da sua redistribuição ou transferência. Entretanto, ao ser tratada na grande maioria dos documentos governamentais como mero mecanismo administrativo, lhe é negado ou escamoteia-se o seu carácter histórico e social, o qual está relacionado diretamente com a forma como se estrutura a sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....(em construção)

À título de considerações finais, ainda que provisórias, considerando que a trajetória semântica da regionalização e descentralização aqui apresentada refere-se apenas ao período de 1960 a 1980, e a proposta desta pesquisa vai até os anos 2000, teço algumas reflexões críticas sobre os sentidos atribuídos à regionalização e descentralização e suas vinculações com os pressupostos teóricos dos estudos organizacionais.

Chama atenção, na trajetória semântica do “conceito” de regionalização, sentidos mais minimalistas e ou virtuosos, assim como vai ocorrer com o da descentralização nos anos 90 e 2000. No período aqui estudado observou-se uma visão minimalista da regionalização em que predomina o sentido de divisão geográfica e um mais alargado ao

decorrentes deste tipo de proposição, assim como as defendidas no PREV-SAÚDE, levaram a manifestações contrárias por parte dos setores privados, como o caso da Federação Brasileira de Hospitais, que não aceitava o papel complementar da iniciativa privada definido pelo Plano. Da mesma forma, pronunciou-se a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE). A Associação Médica Brasileira, expressão atual do Movimento de Renovação Médica, entretanto, a partir da análise das propostas moralizadoras e racionalizadoras e do resgate de muitos dos objetivos do PREV-SAÚDE, afirma que o Plano CONASP "encontra ampla passagem, mesmo em setores sociais que se opõem às políticas do Governo nesta e noutras áreas". E complementa: "Para que o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde, contra a vontade de seus idealizadores, não de nascimento a um outro modelo de "assistência médico hospitalar mais perverso que o atual, faltam três requisitos fundamentais: primeiro, a efetiva e concreta participação dos usuários na implantação, coordenação e fiscalização do projeto, evitando que distorções graves acabem por desvirtuá-lo; segundo, uma urgente e definida política de recursos humanos, de forma a contemplar médicos e profissionais de saúde com condições de trabalho e remuneração digna e estáveis; por último, que os recursos financeiros destinados ao setor visem satisfazer necessidades reais e não contê-las dentro de dotações rígidas. O respaldo social para o plano CONASP tem este preço. “Resta saber se o governo está disposto a pagá-lo ou liquidará o projeto como já fez com o PREV-SAÚDE”. Estas citações e a análise da conjuntura atual estão mais detalhadas no trabalho: PAIM, J.S., "As políticas de saúde e a conjuntura atual. Anotações para a aula Conjuntura Atual: do PREV-SAÚDE ao CONASP" - do curso de Atualização para Docentes e Pesquisadores na Área de Ciências Sociais em Saúde ABRASCO, Salvador, 16/28 de maio, 1983, p. 9-24, (mimeog.).

lhe atribuir o sentido de desconcentração de atividades, identificando-se como sinônimo da descentralização.

Nesta análise mais “apurada” dos sentidos que adquirem a regionalização e a descentralização nas décadas de 60 a 80, nas políticas públicas de saúde brasileira, como estruturantes do sistema de saúde, é possível confirmar a influência dos fatores conjunturais, políticos e econômicos que determinam inclusive a oscilação entre o domínio da ideia da regionalização em determinados momentos conjunturais e o da descentralização em outros. Só é possível identificar a descentralização ao ampliar o significado da regionalização, ou seja, ao extrapolar o seu sentido de divisão geográfica territorial, inserindo outros “atributos” relacionados a transferência de poder decisório, o qual se identifica mais com o “conceito” de descentralização. Ou seja, a “materialidade” ou significados léxicos, de ambos os termos é diferente, e estar nesta diferença sobre o que cada um deles envolve e que fatos concretos eles sugerem, os condicionantes da ênfase dada a cada uma dessas propostas pelos formuladores de políticas públicas de saúde, ao longo da história da construção do sistema de saúde brasileiro.

Durante toda a década de 60 e 70, quando o Brasil e grande parte dos países da América Latina, viviam sob o regime de ditadura militar, com o cerceamento das liberdades de expressão e sem participação da população, a regionalização é disseminada pelos organismos internacionais de saúde de origem norte-americana, como proposta estruturante da reorganização dos serviços de saúde, com o propósito de “modernização” do setor saúde. Naquele momento, a proposta de regionalização predominou sobre a da descentralização, com sentidos mais restritos ou minimalistas, e forte aderência a ideias administrativas de natureza instrumental. Os discursos sobre a regionalização de natureza administrativa, utilizavam palavras-chave ou temas típicos como: divisão geográfica do Estado, descentralização técnica e administrativa a desconcentração de atividades e recursos; e os discursos de tendência racionalizadora utilizavam palavras-chave como: rede de serviço hierarquizada, sistema de referência e contra-referência de paciente, supervisão especializada e participação da comunidade (ou utilização da comunidade nos serviços de saúde para o barateamento dos custos)

Tais palavras-chave ou temas típicos, são representativos da teoria da Administração Clássica, assentada na visão positivista e mecanicista da ciência, e que esteve em evidência no início do século passado, no campo das ciências humanas e sociais, favorecendo uma visão simplista da realidade organizacional. Esta visão desemboca, na grande maioria das vezes em “prescrições”, ou seja, no “deve ser”, sem considerar fatores externos e internos às organizações. Tal simplificação sustenta, por sua vez, as propostas de modelagem organizacional, a exemplo da regionalização e/ da descentralização, que são também acompanhadas de alusões sobre elementos “virtuosos” destas propostas, “iludindo” em relação à factibilidade destas modelagens nos contextos específicos, principalmente em relação aos resultados pretendidos com a sua implementação, em países com realidades tão complexas e heterogêneas como a brasileira.

O virtuosismo é verificado a partir de um discurso de “tendência inovadora”, no qual a regionalização é referida como um processo de descentralização técnica, administrativa e política, o que implica na necessidade de uma autonomia regional, na participação efetiva de todos os níveis do sistema de saúde, inclusive a comunidade, no planejamento das ações de saúde, e definição de prioridades para sua região. Suas palavras-chave são: delegação de poder, autonomia regional (técnica, financeira) e participação comunitária.

A categoria “poder” aparece no campo dos estudos organizacionais, desde a teoria da Administração Clássica, assim como as outras escolas ou vertentes teóricas, Relações Humanas, Teoria da Contingência, Teoria sistêmica, Comportamentalista, as quais

predominaram até meados do século 20, relacionada a autonomia decisória, como um atributo capaz de ser delegado, sem considerar a possibilidade de existência de conflitos inconciliáveis e de se constituir em uma categoria de forte conteúdo político e quase nenhum instrumental ou procedimental.

O sentido mais amplo da regionalização e a descentralização, presente nos documentos institucionais no período aqui estudado, incluem a categoria “poder” nesta perspectiva, ou seja, como possível de ser “administrada” por mecanismos e instrumentos que estão marcados pela matriz mecanicista e não chega se quer ao estruturalismo weberiano de forma plena e mais robusta. Pelo contrário, buscam no weberianismo pontos de apoio para a manutenção de aspectos da modelagem organizacional proposta, cujo tripé sustenta-se na divisão geográfica, na desconcentração de atividades para os diferentes níveis do sistema e na hierarquização dos serviços orientadores da pirâmide decisória de Fayol. Este tripé é coroado pelo estruturalismo de Weber através da defesa da tecnocracia como critério legitimador das decisões centralizadas e da divisão de tarefas com base na especialização do conhecimento.

Nos documentos institucionais da política de saúde brasileira, bem como nos textos de administradores de saúde latinoamericanos no período aqui estudado, observa-se que, a proposta de regionalização e da descentralização dos serviços de saúde são apresentadas como solução para os grandes problemas de ineficiência e ineficácia dos sistemas de saúde de vários países da região, mantendo-se assim o viés prescritivo e, mesmo aqueles que avançam ou extrapolam a visão minimalista não conseguem se desprender do virtuosismo.

Esta constatação revela a força que ainda exerce, no campo da saúde, e dos estudos organizacionais ou das teorias administrativas, o movimento da administração clássica, mesmo considerando o desenvolvimento das críticas sobre suas insuficiências e após o surgimento de novas vertentes teóricas a exemplo da teoria crítica recriada nas últimas décadas deste século²⁵. A maioria dos documentos publicados por organizações como a

²⁵ A teoria crítica surge no Instituto de Pesquisa Social de Frankfurt, criado em 1923 na Alemanha. Teve em seu quadro cientistas sociais conceituados como Marcuse, Adorno, Fromm, Horkheimer e Habermas, este último com uma grande importância para os estudos mais modernos dos fenômenos organizacionais. A teoria crítica assume uma postura crítica sobre o fenômeno organizacional e o núcleo central da própria teoria administrativa. Tomavam inicialmente o método de análise marxista, a “lei das influências contrárias”- materialismo histórico-, que admitia que o próprio impulso à mudança social produz reações que dificultam a obtenção de sucesso. Também assumia o pensamento dialético de Hegel, que afirma que a força da evolução vem do constante conflito de ideias opostas. Para cada tese a um antítese que representa sua negação. E do conflito entre ambos surge uma síntese. O conflito é visto como natural e necessário para o desenvolvimento da sociedade. Habermas incorporou ao grupo e é considerado um grande herdeiro da tradição da escola de Frankfurt. Faz crítica ao tecnicismo e cientificismo que “ao seu ver, reduzem o conhecimento humano ao domínio da técnica e modelo de ciências empíricas, limitando o campo de atuação da razão aos conhecimentos considerados objetivos e práticos”(Ferreira et alii, 2009:143). Os teóricos da escola de Frankfurt fazem da análise da razão ou racionalidade, a questão central de seus estudos- “o conceito de racionalidade como usado nas sociedades atuais – racionalidade instrumental- seria muito mais uma ferramenta de dominação do que a expressão da verdadeira razão”. Retomam a distinção existente no conhecimento clássico entre razão substantiva e razão instrumental. Habermas propõe a construção de um tipo de razão prática a ser obtida por meio de processos de comunicação no qual os interlocutores buscam, através de argumentação fundada, o consenso possível (racionalidade comunicativa). Outras contribuições dos teóricos da teoria crítica dizem respeito ao estudo das organizações como espaços efetivos de poder e de como se articulam, nesses espaços, os diferentes interesses de indivíduos e grupos e apontam para os limites de autonomia das organizações nas democracias políticas contemporâneas, e defendem a ampliação dos controles sociais e políticos sobre o universo empresarial. Além desta, há também uma corrente que estuda as questões sobre as relações de trabalho nas organizações modernas e as novas formas de controle cultural-ideológico presentes nos ambientes organizacionais por meio da ação gerencial. Por fim há a contribuição de Morgan(2002) orientada para a ação no espaço das organizações, de classificação dos

Organização Panamericana de Saúde-OPAS, que assume um papel disseminador de modelos de organização de serviços de saúde para a América latina, assim como documentos institucionais da política de saúde brasileira, embora estes últimos em face do seu caráter “normatizador” comportem “prescrições”, não os eximem de análises mais acuradas sobre a complexidade da realidade social, econômica e política dos países deste continente, e sobre os fatores que condicionam e muitas vezes determinam a viabilidade e factibilidade de tais modelos serem ou não implementados nestes contextos específicos.

Tal complexidade não comporta, portanto, visões prescritivas e receituários de como organizar serviços de saúde, distribuídos em diferentes espaços territoriais, como se a divisão do território se reduzisse a uma mera delimitação geográfica, desprovida de interesses e de conflitos sociais, econômicos e políticos, os quais a vertente instrumental e mecanicista da administração clássica não fornece as bases teóricas para sua análise e enfrentamento.

Os argumentos favoráveis a essas estratégias estão sempre relacionados a impossibilidade de se administrar uma rede de serviços de forma centralizada num país com as dimensões territoriais e com as desigualdades inter e intra regionais presentes. E a necessidade de se redistribuir recursos entre as esferas de governo da Federação brasileira, historicamente mais concentrados na esfera federal, e com isso construir relações territoriais mais solidárias e transferir poder decisório para a esfera de governo mais próxima do cidadão, o que em última instância implica em redistribuição territorial de poder no Estado.

Posto isto, é possível admitir o fato de que, apesar das propostas da regionalização e da descentralização terem incorporado ao longo de quase meio século, novos “vocábulos” e novas “narrativas”, ampliando o leque de sentidos e de pretensões, não abandona completamente as premissas da teoria da administração clássica. Pressupostos racionalistas e mecanicistas continuam inspirando os formuladores de políticas pública de saúde no Brasil, e parte da produção acadêmica na área de saúde, ao tratar a regionalização e descentralização como “procedimento”, “geradores e potenciadores de conflitos, em contextos desiguais como o brasileiro, cuja materialidade depende da correlação de forças políticas, econômicas e sociais em contextos específicos e cujo enfrentamento não se dá através de instrumentos normativos.

Ainda que reconheça avanços nos “discursos” e sentidos mais ampliados sobre a regionalização e descentralização, ao estarem sendo concebidos como fenômenos políticos, aproximando-se das ciências política, as abordagens e recomendações sobre suas implementações, nos documentos das políticas pública de saúde, para a realidade concreta brasileira, não autorizam uma visão otimista sobre tais avanços. Isto porque, estas abordagens minimizam os conflitos de poder decorrentes da introdução de diferentes atores sociais no processo decisório e da transferência de poder entre esferas de governo da Federação Brasileira, que dão materialidade a estes fenômenos políticos, os reduzindo a problemas de natureza administrativa e gerencial, reforçando o domínio da visão mecanicista da sociedade, tão cara ao taylorismo e ao fayolismo pais fundadores do Movimento da Administração Clássica.

Nesta perspectiva, a regionalização e descentralização como propostas de estruturação do sistema de saúde, mais ou menos descentralizados, fazem parte da história da organização dos serviços de saúde no Brasil ao relacionar-se com a forma como os serviços se distribuem no território nacional, suas prioridades e o como e quem participa das decisões sobre a formulação e implementação de políticas públicas de saúde. Por esta razão, a trajetória da incorporação da proposta de regionalização e descentralização, no

modelos e de uma parcela relevante do conhecimento organizacional por meio de metáforas (sistemas políticos, prisões psíquicas e dominação). Resumo extraído de Ferreira et alii, 2009: 142-44)

âmbito dos projetos dos diferentes governos brasileiros desde a década de 30, se confunde com a própria história da política de saúde, na medida em que a incorporação da regionalização e da descentralização, enquanto estratégias para a organização do sistema de saúde, tem se dado também a partir de uma trajetória de idas e voltas, a qual associa-se aos avanços e retrocessos do próprio processo de democratização do país.

BIBLIOGRAFIA

ABRAAN, S, et alii. Medicina sanitária y administración de la salud; atención de la salud. Buenos Aires, Ed. Ateneo, 1978.

ACUNA, H. Discurso de encerramento da Conferência Nacional de Saúde, 5. Brasília, 1975. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 59. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1975.

ALMEIDA FILHO, N. Conceito de diagnóstico e as teorias de organização. In: PAIM, J.S. & ALMEIDA FILHO, N. Introdução a crítica do planejamento de saúde. Salvador, UFBA/ Departamento de Medicina Preventiva, 1982.

ARCOVERDE, W.M. Um novo caminho para a saúde. Brasília, 1980. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 79 Anais. Brasília. Ministério da Saúde, 1980, p. 7-9.

AROUCA, S.A. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Campinas, 1975. Tese de doutoramento apresentada a UNICAMP.

AZEVEDO, A.C. Política nacional de saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 69 Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1977.

CAMPOS, E. org. Sociologia da burocracia. Rio de Janeiro, Zahar, 1966, p. 111-33.

BARNARD, Chester. *Organization and Management*. Cambridge, Harvard University Press, 1956, p. 94.

BRAGA, J.C. de S. & PAULA, S.G. Saúde e previdência: estudo de política social. São Paulo, HUCITEC, 1981.

BRAVO, L.A. Regionalización: organización y funcionamiento coordinado de los servicios de salud en zonas rurales y urbanas. Bol. Of. Sanit. Panamer., 77(3):231-43, 1974.

BRASIL, Leis decreto etc. Decreto 21.589. dez 1969. Regimento dos Centros Executivos Regionais da Secretaria de Saúde Publica. D.O., 3 de dezembro de 1969.

_____. Ministério da Previdência Social. Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária. Regionalização da assistência médica ambulatorial da previdência social. Brasília, CONASP, 1982 (mimeog).

BRUYNE, P. et alii. Dinâmica da pesquisa em ciências sociais: os pólos da prática metodológica. Trad. de Ruth Joffiley. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1977.

CHAVES, M. Saúde e sistemas. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1971.

CORDONI, J. Medicina comunitária e desenvolvimento na sociedade brasileira. São Paulo, 1977. Dissertação apresentada à USP.

_____. & ALMEIDA, M.J. VII. Conferência Nacional de Saúde. Um passo adiante? Saúde em Debate (10):11-15, jan/jun. 1980.

DIAS, H.P. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 69. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1977.

DONNANGELO, M.C.F. Saúde e sociedade. 2. ed. São Paulo, Duas Cidades, 1979.
FASSLER, C. Transformación social y planificación de salud en América Latina. México, 1979. mimeog.

FAYOL, H. Administração geral e industrial. São Paulo, Atlas, 1960.

FERRARA, F.A.; ACEBAL, E.; PAGANINI, J.M. Medicina de la comunidad: medicina preventiva, medicina social, medicina administrativa. 2. ed. Buenos Aires, Inter. Médica, 1976.
(FERREIRA et alii. Modelos de Gestão. 3ª Edição, Rio de Janeiro: Editora Getúlio Vargas, 2009.

FERNANDES, Fernando Manuel Bessa. Regionalização no SUS: uma revisão crítica. Ciência & Saúde Coletiva, 22(4):1311-1320, 2017

MELLO, Guilherme Arantes, MORAIS PEREIRA, Ana Paula Chanchar lo de, UCHIMURA, Liza Yurie Teruya, IOZZI, Fabíola Lana, PIVA, Marcelo Marcos, VIANA, Ana Luiza d'Ávila. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. Ciência & Saúde Coletiva, 22(4):1291-1310, 2017.

FIGUEIREDO, J. B. Discurso de abertura da Conferência Nacional de Saúde, 7a. Brasília, 1979. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7a.. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1979.

GEISEL, E. Discurso de abertura da Conferência Nacional de Saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5º. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1975.

_____. Discurso de abertura da Conferência Nacional de Saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 69. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1977.

GUISHIANI, D. Organización y gestión. Tradução del ruso de L Vadow. México, Cultura Popular, s.d.

HANLON, J.J. Princípios de administração sanitária. 2.ed. México, La Prensa Mexicana, 1963.

HORWITZ, A. Atividades de la OPAS/OMS durante o ano de 1959. Bol. of. Sanit. Panamer. 59(3): 265, 1960.

KOSELLECK. A história dos Conceitos. Estudos Históricos, Rio de Janeiro, V.4, Nº 10, 1992, p134-146

LA PASSADE, G. Grupos, organizações e instituições. Trad. Henrique Augusto de Araújo Mesquita. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1977.

LIMA, L. D. et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, 2012.

.MACEDO, C. Programa de extensão de serviços básicos de saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 79. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1979.

MATITZ. Queila, Regina Souza e VIZEU, Fábio. Construção e uso de conceitos em estudos organizacionais: por uma perspectiva social e histórica. RAP: Rio de Janeiro, 46(2):577-98, março/abril 2012

MAHLER, H. Discurso de abertura da Conferência Nacional de Saúde. 79. Brasília, 1979. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 79. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1979.

MARX, K. Prefácio a contribuição a crítica da economia política. Textos 3. São Paulo, Alfa Ômega, s.d.

MELO, C.G. Saúde e assistência médica no Brasil. São Paulo, HUCITEC, 1977. (Coleção Saúde e Debate)

MERINO, R. El proceso de administración en salud pública. In: SAN MARTIN, H. Salud y enfermedad; ecología humana, medicina preventiva e social. 3.ed. México, La Prensa Médica Mexicana, 1977.

MOLINA, G.G. Introducción a la salud pública. Medellin, Universidad Antioquia, 1977 (mimeog).

MOTTA, F.C.P. Teoria geral da administração: uma introdução. 9. ed. São Paulo, Pioneira, 1981.

MOTTA, F.C.P & PEREIRA, L.C.B. Introdução à organização burocrática. São Paulo, Brasiliense, 1980.

OLIVEIRA, J.A. O sistema nacional de saúde. Saúde Debate (4):54-65, jul/set, 1977.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Centro Pan-americano de Planificación de la Salud. Formulación de políticas de salud. Santiago, CPPS, 1975.

_____. Plano decenal de saúde da aliança para o progresso. Punta del Este, OPS/OMS, 1961.

_____. Sistema de salud. Washington, OPS/OMS, 1977 (Publicación científica, 234).

PAIM, J.S. As ambigüidades da noção de necessidade de saúde. In: ALMEIDA FILHO, N. Introdução à crítica "ao planejamento de saúde. Salvador, UFBA/Departamento de Medicina Preventiva, 1982 (Textos didáticos).

_____. As políticas de saúde e a conjuntura atual . Salvador, 16-28 maio, 1983. mimeog.

_____ & ALMEIDA FILHO, N. Sobre a crítica a abordagem sistemática em saúde. In: PAIM, J.S Introdução à crítica do planejamento de saúde. Salvador, UFBA/Departamento de Medicina Preventiva, 1982 (textos didáticos).

REED Michael. Teorização organizacional: um campo historicamente contestado. In: CLEGG, S.R, HARDY, C E NORD, W R. Handebook de Estudos Organizacionais, vol. 1. São Paulo: editora Atlas S/A, 2014. Pg 61-97

REGIONALIZAÇÃO, municipalização, participação comunitária: o que a reforma tributária tem a ver com isso. Proj. RADIS. Tema 1.1. jul. 1982.

REUNIÓN DEI, CONSEJO DIRECTIVO DE LA OPAS /OMS, 17. Puerto Espana, 1967 . Sistema para aumentar la cobertura de los servicios de salud en Las áreas rurales ; informe final. Puerto Espana, 1967 (Publicación científica, 170).

_____. ESPECIAL DE MINISTROS DE SALUD DE LAS AMÉRICAS, 3. Santiago, 2-9 oct. 1972 . Plan decenal de salud para Las Americas, informe final. Washington, OPS/OMS, 1973. 146p. (OPS/OMS Documento Oficial, 118).

RIVERA, F.J.V. Determinantes históricos do planejamento de saúde na América Latina. Rio de Janeiro, 1982. Dissertação de mestrado apresentada a Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

SAN MARTIN, H. Salud y enfermedad: ecologia humana, medicina preventiva e social. 3. ed. México, La Prensa Medica Mexicana, 1977.

- SCHEFER, M. Princípios y prácticas de la administración de salud, organización. In: SONIS, A. et alii. Medicina sanitária e administración de la salud. Buenos Aires, El Ateneo, 1978.
- SEIPP, C. Planificación de la salud a nível de la comunidad. Bol. Of. Sanit. Panamer., 63{5):385-92, 1962.
- SEIXAS, J.C. O programa de interiorização das ações de saúde e saneamento (PIASS). In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 69. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1977.
- _____. Sistema nacional de saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 59. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1975.
- SIMON, H. & MARCH, J. Teoria das organizações. 5. ed. Rio de Janeiro, Fundação Getulio Vargas, 1981.
- SONIS, A. et alii. Medicina sanitária y administración de la salud - atención de la salud. Buenos Aires, El Ateneo, 1978. p.14-15.
- STEWART, W.R. Community medicine: an american concept of comprehensive care. Pub. Heth Rep. 78(2): 92-100, 1963.
- TAYLOR, W.F. Princípios de administração científica. São Paulo, Atlas, 1960.
- TEIXEIRA, CF. Educação e saúde; contribuição ao estudo da formação dos agentes da prática de saúde no Brasil. Salvador, 1982. Dissertação apresentada ao mestrado de Saúde Comunitária da UFBA.
- _____; JACOBINA, R. ; SOUZA, A. Para uma análise política da conjuntura em saúde. Saúde Debate (9):4-9. jan/mai, 1980.
- TESTA, M. et alii. Estrutura de poder en el setor saúde. Caracas, Universidad Central de Venezuela/CENDES, s.d. mimeog.
- URWICK, L., BRECH,E. The making of scientific management. Londres: mangement Publications,1947
- VIANA,Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias de; FERREIRA, Maria Paula. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. Ciência & Saúde Coletiva, 15 (5): 2317-2326, 2010.
- VIANA, A. L. d'A. et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Saúde Soc. São Paulo**, v.24, n.2, p.413-422, 2015.
- VIDAL, C. Medicina comunitária: novo enfoque de la medicina. s.d. mimeog.
- VIEIRA, P.R. Em busca de uma teoria de descentralização. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1971.

VILLAS-BOAS, A. Extensão das ações de saúde as populações rurais. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 6a. Anais Brasília, Ministério da Saúde, 1977.

WALRLICH, B.M.S. Uma análise das teorias da organização, 9. ed. Rio de Janeiro, Fundação Getulio Vargas, 1971. (Cadernos de Administração Pública, 42).

WEBER, M. Os fundamentos da organização burocrática: uma construção do tipo ideal. In: CAMPO', E. org. Sociologia da burocracia. Rio de Janeiro, Zahar, 1966.

WOLMAN, A. Salud y desarrollo internacional. Bol. Of. Sanit Panarner. (63(4); 294-300, 1962 .