

O planejamento em saúde sob o foco da hermenêutica

Health planning beneath the hermeneutical focus

Rosana Teresa Onocko Campos¹

Abstract *This paper analyses the constitution of the health-planning field, in Brazil, using a Hermeneutical analysis of Abrasco papers, published during the eighties. With this purpose, a theoretical fundamentality is made in order to clarify the dilemmas of this area. Finally, a theoretical proposal is made to support a reconstitution of health planning field.*

Key words *Health planning, Public health, Hermeneutical approach*

Resumo *Este artigo investiga a constituição do campo do planejamento em saúde no Brasil a partir de uma análise hermenêutica de documentos da Abrasco da década de 1980. Com essa finalidade, realiza-se uma fundamentação teórica e ensaia-se uma análise dos textos para elucidar os dilemas da área neste início de século. No final, propõe-se a utilização de alguns conceitos teóricos para subsidiar uma reconstituição do campo do planejamento em saúde.*

Palavras-chave *Planejamento em saúde, Saúde pública, Abordagem hermenêutica*

¹ Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp. Rua Américo Campos, 93 – 13083-040 – Cidade Universitária – Campinas – SP. rosana@mpc.com.br

Introdução

Para qualquer pessoa, para o senso comum, “fazer planos” é pensar sobre o futuro. Os seres humanos planejam o tempo inteiro: sobre a vida, sobre o trabalho, até sobre os filhos. Essa parece ser uma capacidade “natural” do cérebro humano, tanto que, em épocas recentes, têm aparecido novas teorias sobre o funcionamento cerebral, que pretendem mostrar como uma das primeiras capacidades perdidas em algumas doenças ou lesões cerebrais é a de tomada de decisão ou capacidade de fazer planos (Sacks, 1995; Damásio, 1996), considerada a mais complexa das capacidades humanas.

Se admitimos que planejar é uma atividade quase natural ao homem, podemos entender por que o problema de como planejar e de como fazer os planos acontecerem – virarem realidade – preocupa à racionalidade contemporânea.

Alguns pensadores modernos mostraram como a constituição dos discursos e a conformação do campo e do objeto das diferentes disciplinas estão profundamente entrelaçadas à época, à constituição histórico-social e até subjetiva dos autores (Foucault, 1987; Castoriadis, 1987 e Bourdieu, 1992).

A partir dessa posição, parece-nos que fica mais claro o florescer das teorias sobre administração e planejamento no capitalismo contemporâneo. O funcionamento engajado (e bem “azeitado”) entre meios e fins constitui um dos pressupostos básicos da sociedade “eficiente”. Assim sendo, a racionalidade moderna tem trabalhado com afinco na procura de métodos e técnicas (de planejamento, de organização) que mantenham a “teoria” (a organização capitalista do mundo globalizado).

Nos últimos anos, na literatura sobre gerenciamento e gestão de serviços de saúde, diferentes correntes que procuram produzir mudanças institucionais têm proposto diversas técnicas de intervenção nas organizações de saúde. O pano de fundo comum é a crise financeira provocada pelos custos crescentes da assistência à saúde e a crescente perda de legitimidade dos serviços públicos como espaços que poderiam garantir eficácia e qualidade aos cuidados da saúde da população.

O objeto de reflexão deste trabalho é o surgimento, a partir da década de 1980, do campo do planejamento em saúde no contexto brasileiro e dentro do marco da reforma sanitária. Desde então, o cenário sanitário mudou. Tentaremos mostrar que o planejamento é um

campo determinado e determinante dessa mudança.

Na área de saúde pública, uma das tecnologias gerenciais mais difundidas foi o planejamento estratégico. A partir da década de 1960, na América Latina, o planejamento foi apresentado como uma ferramenta capaz de dar conta dos desafios do setor da saúde. Números esforços já foram empreendidos visando ampliar sua difusão, tanto no nível governamental quanto na intervenção institucional.

Os desafios e dilemas colocados pelo movimento sanitário na década de 1980, que culminou com a promulgação da Constituição de 1988, foram substituídos por outros novos. Tentaremos mostrar como o campo do planejamento não ficou alheio a essas questões após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Objetivo

Propomo-nos a analisar como o planejamento em saúde, no marco da reforma sanitária Brasileira, foi se constituindo, primeiro como campo e, depois, como *corpus* tecnológico fechado. Ao final, propomos algumas linhas de intervenção, visando quebrar essa cristalização e subsidiar a reformulação do campo.

A saga

Para contextualizar a história do planejamento, é preciso recuperar brevemente qual a teoria que está por trás do nascimento do planejamento em saúde na América Latina. Para entender essa questão, deve-se voltar no tempo umas quatro décadas, aos anos 50, auge do racionalismo científico, para o qual o mundo seria melhor por efeito da razão. O desenvolvimento se espalha pela região: o Estado deveria dirigir os investimentos para as áreas estratégicas que, garantindo o crescimento econômico, garantiriam o progresso social para todos. Nesse contexto, na saúde, o percurso histórico do planejamento como prática instrumental acompanhou as idéias hegemônicas de desenvolvimento econômico. A saúde da população passou a ser considerada um fator de produtividade e os recursos de saúde a serem tratados do ponto de vista dos modelos de custo-benefício. Por iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde, essa etapa produziu como documento mais significativo o

texto “Problemas conceptuales e metodológicos de la programación en salud” (OPAS, 1965). O método proposto nesse documento marcou fortemente as duas décadas seguintes: a de 1960, visando à sua implementação; e a de 1970, produzindo uma crítica que rompeu com a chamada planificação normativa e levou ao surgimento das propostas de planejamento estratégico (Rivera, 1989).

Quanto ao método normativo, algumas questões já foram muito criticadas por outros autores, tais como a separação entre os espaços técnico e político, a ênfase exagerada na alocação de recursos econômicos etc. (Rivera, 1989; Testa, 1993). Consideramos que essas características do planejamento normativo resultavam da necessária coerência entre teoria e método (Testa, 1993). O técnico, com seu saber, subsidiava linearmente a “melhor” decisão que os políticos se encarregavam de implementar. Essa era, talvez, a linha de pensamento possível que melhor combinava com a expectativa sobre o Estado administrador, que zelava pelo bem comum.

Para vários autores, é a partir de 1975 (no documento “Formulação de políticas de saúde”) que começa a se manifestar o caráter político do planejamento (Rivera, 1989; Chorny, 1990). Em que contexto político regional assistimos a essa mudança? Governos militares haviam surgido em muitos países, a ilusão do desenvolvimento se desmanchava no ar. Os formuladores se refugiavam em núcleos de pesquisa ou em entidades internacionais. Nunca deve ter ficado tão claro para eles a necessidade de uma estratégia política, e as elaborações teóricas começaram a se debruçar sobre os problemas do planejamento para além da questão técnica. É consenso entre vários autores que aí se inicia a constituição de um novo campo: o do planejamento estratégico.

Esse campo em formação recebeu, no setor saúde no Brasil, a influência teórica de dois autores latino-americanos: Matus e Testa. As obras de ambos ainda têm sido bastante difundidas e analisadas por diversos autores da área, com distintas abordagens (Rivera, 1989; Chorny, 1990; Amarante, 1992; Merhy, 1995; Onocko, 1998). Ambos os autores influenciaram o movimento sanitário brasileiro, mas consideramos que a difusão do PES (Planejamento Estratégico Situacional, de Matus) foi bem mais hegemônica.

Gostaríamos de enfatizar algumas diferenças, para nós não suficientemente ressaltadas,

entre esses autores: se podemos compartilhar a crítica de Testa a Matus, de que este teria tentado, na sua proposta metodológica, “substituir a normatividade técnico-econômica por uma normatividade política” (Testa, 1993), a inclusão de Testa no mesmo campo de Matus ou a crítica a respeito da falta de instrumentalização do pensamento estratégico de Testa, todavia, a nosso ver não procedem. Quando Testa critica o PES de Matus e propõe o nome Pensamento Estratégico para sua própria produção teórica, ele define um novo rumo para seu pensamento e abre novos caminhos. Já não está mais interessado em “azeitar meios e fins”. Para o pensador argentino-venezuelano, o importante é questionar os próprios fins da sociedade capitalista dependente e desencadear processos de constituição de atores sociais.

Toda a obra posterior desse autor mostrará sua preocupação crescente com os modos de pensar, com os efeitos do pensamento e as categorias utilizadas sobre a realidade, construindo um percurso mais epistemológico, que inclui a produção científica, a incorporação tecnológica, a inter-relação das ciências sociais com a saúde etc. (Testa, 1993, 1995, 1997). Para Testa o *campo* é outro: não o *Planejamento Estratégico* mas o *Pensamento Estratégico*. Não é uma simples questão de nomes, como muito freqüentemente se tem entendido. Voltaremos a essa colocação uma pouco mais adiante, quando discutiremos a pertinência de resgatar questões do pensamento de Testa no momento atual.

Por que o PES ganhou tanta adesão durante a década de 1980 e começo dos anos 90, até se constituir quase “no” método de planejamento estratégico por excelência? O que isso nos diz em relação à conformação de um dado campo? Qual o desenho do campo quase hegemônico na saúde – pelo menos no setor público? Para qual demanda social essa “instrumentalização da política”, que Testa critica em Matus, era funcional, ou, dito de outro modo, tinha valor de uso? E por que deixou de tê-lo nos anos 90?

Pensamos que essas são algumas das perguntas a serem feitas numa tentativa de interpretação hermenêutica do planejamento em saúde.

(...) o planejamento não é um método descartável; é um modo de viver do homem em direção à liberdade. A alternativa ao plano é a improvisação ou a resignação, é a renúncia a conquistar mais liberdade (Matus, 1993).

Quando Matus fez esta afirmativa, estava preocupado com a construção da governabilidade, com o aprimoramento de um método que permitisse tornar viáveis governos latino-americanos de caráter progressista. Matus iniciou sua reflexão no cárcere, após a queda do governo chileno de Salvador Allende. Perguntamos: não seria por que precisava instrumentalizar a política? Existem numerosos depoimentos de ex-militantes e membros do governo chileno deposto que dão testemunho da necessidade que essas pessoas tiveram de exorcizar esse passado, de processá-lo de algum modo (Dorfman, 1999).

Uma abordagem hermenêutica obriga a pensar nessa questão. Tanto no que se refere ao conteúdo do discurso do planejamento como em seus autores. O *quem*, que Foucault define como a pergunta central da hermenêutica (Foucault, 1987).

O PES foi “o” método de planejamento mais difundido pela Reforma Sanitária Brasileira. Simplificado, reformulado ou em sua complexidade integral, o método foi introduzido em programas de ensino de especialização e pós-graduação, nos vários núcleos de planejamento e gestão que começaram a se espalhar pelo país nos anos 80.

A hermenêutica como metodologia

Em *Theatrum philosophicum*, Foucault (1987) diz: *Talvez seja a primazia da interpretação em relação aos símbolos o que dá um valor decisivo à hermenêutica moderna (...) Em oposição ao tempo dos símbolos que é um tempo com vencimentos, e por oposição ao tempo da dialética, que é apesar de tudo linear, chegamos a um tempo de interpretação que é circular. Este tempo está obrigado a voltar a passar por onde passou (...)*

A partir das formulações contemporâneas sobre a hermenêutica, acreditamos nesse percurso com um formato espiralado, um voltar a passar que não pretende chegar ao mesmo lugar, mas lançar-se além. Nesse sentido é uma *passagem*, próxima da concepção psicanalítica, que no ato de passar produz. Acreditamos que sempre se produz “passando”.

(...) Como se começa o esforço hermenêutico? Que conseqüências tem para a compreensão a condição hermenêutica de pertença a uma tradição? Recordamos aqui a regra hermenêutica, segundo a qual tem-se de compreender o todo a

partir do individual e o individual a partir do todo (...) Aqui como lá subjaz uma relação circular. A antecipação de sentido, no qual está entendido o todo, chega a uma compreensão explícita através do fato de que as partes que se determinam, a partir do todo determinam, por sua vez, esse todo (Gadamer, 1997).

Na obra de Gadamer, a questão da tradição é ressaltada. O sujeito que compreende deve-se reconhecer em uma dada tradição. Para Gadamer a tradição é *essencialmente conservação e como tal está atuante nas mudanças históricas. No entanto, a conservação é um ato da razão (...)* Na realidade a tradição sempre é um momento da liberdade e da própria história (Gadamer, 1997).

Polemizando com Gadamer, Habermas (1987) defende: *Todavia, o substancial do historicamente pré-dado não fica intocado ao ser assumido na reflexão. A estrutura preconceitual que se tornou transparente não pode mais funcionar à maneira de preconceito.* Embora esta controvérsia tenha ficado famosa, consideramos que esses autores enfatizam as duas faces de uma mesma questão: há razão e reflexão no ato de repensar a si mesmo em uma dada tradição. Gadamer resalta a escolha do que deve ser conservado; Habermas, o efeito implacável da reflexão quando aplicada aos preconceitos, que não poderiam mais manter a função reprodutora do ponto de vista social.

A opção metodológica deste trabalho é a de elaborar, primeiro, uma interpretação hermenêutica do planejamento, tal como ele tem sido até hoje, para poder estabelecer o reconhecimento crítico da tradição na qual nos encontramos inseridos por formação e por nossa história pessoal. A grande tarefa da hermenêutica na área de planejamento, acreditamos, poderia se refletir sobre o já dado, visando desconstruir os preconceitos e permitindo escolhas racionais sobre o que conservar ou resgatar do passado da área.

O fenômeno da compreensão e da maneira correta de se interpretar o que se entendeu não é apenas, e nem especial, um problema da doutrina dos métodos aplicados nas ciências do espírito (...) Por isso, desde sua origem, o problema da hermenêutica esteve sempre forçando os limites que lhe são impostos pelo conceito metodológico da moderna ciência (...) o fenômeno hermenêutico não é, de forma alguma, um problema de método. O que importa a ele, em primeiro lugar, não é a estruturação de um conhecimento seguro, que satisfaça aos ideais meto-

dológicos da ciência – embora, sem dúvida, se trate também aqui do conhecimento e da verdade (Gadamer, 1997).

No campo da saúde coletiva e, em particular, na área do planejamento, consideramos que essa postura de interrogação/interpretação hermenêutica pode ser de muita utilidade.

Em outro trabalho (Onocko, 1999), discutimos as correntes de planejamento em saúde, no Brasil, na década de 1990, questionando as relações que se estabeleceram com a razão instrumental. Tais relações, quando não explicitadas, reforçam o aspecto socialmente reprodutor de certas técnicas. E elas só podem ser evidenciadas por uma interpretação que ressalte certas ligações e/ou mediações, e não nos moldes de uma validação “científica”. Neste sentido, a hermenêutica não pode ser considerada um método na acepção cartesiana do termo. Diz Gadamer (1997): (...) *um uso metódico e disciplinado da razão é suficiente para nos proteger de qualquer erro. Esta é a idéia cartesiana do método.*

A pressão em relação à precisão metodológica também se exerce nas ciências sociais em saúde, e um dos seus pilares tem sido a questão do “recorte” do objeto. Recorte que, algumas vezes, extrapola a necessária delimitação para se transformar naquilo que consideramos uma “amputação” do objeto das micro e macrorrelações de sua produção. Portanto, neste artigo, escolhemos trabalhar destacando e não recortando o objeto.

Japiassu, apresentando os textos de Paul Ricoeur, diz:

Todos [os textos da coletânea] se inscrevem em uma problemática fundamental: a de converter o método hermenêutico ou interpretativo num esforço por salvar o homem da (ou mesmo apesar da) ciência (...) Diríamos que contra o esprit géométrique ainda muito vivo nos cientistas humanos, a hermenêutica opta pelo esprit de finesse que só compreende o cogito quando mediatizado pelo universo dos signos: a consciência não é imediata, porém mediata; não é uma fonte, mas uma tarefa, a tarefa de tornar-se consciente, mais consciente. Neste sentido não há hermenêutica geral (...) (Japiassu, 1990).

Para Foucault (1987), a interpretação hermenêutica moderna está sempre relacionada com uma certa terapêutica. Assim, Freud, Marx e Nietzsche seriam os principais formuladores da mesma.

(Talvez, no fundo, estejamos atrás de uma “cura” – a dos males provocados pela aplica-

ção instrumental de certos métodos que acabaram sendo fetichizados por alguns planejadores modernos).

A conformação do campo

Corresponde, no entanto, a uma freqüente transferência do devir para o ser, o fato de que a formação (...) designa mais o resultado desse processo de devir do que o próprio processo. A transferência, aqui, é bastante compreensível, porque o resultado da formação não se produz na forma de uma finalidade técnica, mas nasce do processo interno de constituição e de formação e, por isso, permanece em constante evolução e aperfeiçoamento (...) Nesse sentido, tudo que ela assimila, nela desabrocha. Mas na formação, aquilo que foi assimilado não é como um meio que perdeu sua função. Antes, nada desaparece na formação adquirida, mas tudo é preservado. A formação é um conceito genuinamente histórico (...) (Gadamer, 1997).

A noção de formação, tal como trabalhada por Gadamer no parágrafo acima, é apropriada para enquadrar a discussão da conformação de um campo, que, como no caso do planejamento, não poderia ser pensado simplesmente no seu caráter de campo disciplinar (de teorias ou de saberes), mas deveria abranger a reflexão sobre o desenvolvimento de certas práticas. Tratando-se de planejamento, consideramos que a discussão sobre o campo deveria ser sempre uma discussão sobre o “saber fazer”.

O *Dicionário Aurélio* registra vários usos possíveis da palavra campo. Conceito polissêmico. A hermenêutica ensina que não existe nenhum que não o seja. Aos fins deste trabalho, resgatamos os seguintes: 1 – Área, espaço; 2 – Matéria, assunto; 3 – Domínio, esfera, âmbito; campo de ação (*Dicionário Aurélio*, 1997).

Bourdieu, talvez um dos pensadores que mais tenha trabalhado com a noção de campo, nunca a define exatamente, ou seja, não construiu um conceito “fechado”. Contudo, deixa claro que a noção de campo tem uma amplitude maior e mais abrangente que, por exemplo, a de *corpus*. Para Bourdieu (1992), o *corpus* está como que contido ou incluso num certo campo.

O conjunto de transformações tecnológicas, econômicas e sociais, correlato ao desenvolvimento das cidades e, em particular, aos progressos da divisão do trabalho e à aparição da sepa-

ração do trabalho intelectual e do trabalho material, constitui a condição comum de dois processos que só podem realizar-se no âmbito de uma relação de interdependência e de reforço recíproco, a saber, a constituição de um campo (...) relativamente autônomo e o desenvolvimento de uma necessidade (...) de sistematização das (...) práticas (...) (Bourdieu, 1992).

Retiramos o adjetivo religioso(a) do parágrafo acima para mostrar sua pertinência se pensado em relação ao planejamento.

Se, como já dissemos, planejar é uma tarefa que faz parte do mundo da vida dos seres humanos, quando essa capacidade foi expropriada da maioria dos mortais e elevada ao lugar de *corpus* complexo e secreto, só acessível para *experts*?

Bourdieu continua: *Enquanto resultado da monopolização da gestão dos bens (...) por um corpo de especialistas (...) socialmente reconhecidos como os detentores exclusivos da competência necessária à produção ou reprodução de um corpus deliberadamente organizado de conhecimentos secretos (e portanto raros), a constituição de um campo (...) acompanha a desapropriação objetiva daqueles que dele são excluídos e que se transformam por esta razão em leigos (...)* (op. cit., grifos do autor).

Concordando com esse autor, poderíamos entender que se trata, na verdade, de dois momentos: primeiro, a conformação de um certo campo, e logo, como resultado da monopolização da gestão dos saberes, da produção de um *corpus* fechado. É preciso, para Bourdieu, *situar o corpus assim constituído no inteiro do campo (...) de que faz parte, bem como estabelecer as relações entre a posição deste corpus neste campo (...)* Em outros termos, *é necessário determinar previamente as funções de que se reveste este corpus no sistema de relações de concorrência e de conflito entre grupos situados em posições diferentes no interior de um campo intelectual (...)* (Ibidem, grifo nosso).

Consideramos que estas funções estão relacionadas a um certo valor de uso, vinculadas à produção de certos fins e não de outros. Isto é válido para o campo em análise: certas metodologias de planejamento, que foram amplamente difundidas, eram/são funcionais para quais fins sociais?

Em outro trabalho (Onocko, 1998), valemo-nos do uso ampliado dos conceitos de *campo* e *núcleo* na concepção de outros autores. Campos *et al.* afirmam que a diferenciação de áreas de competência e de responsabilidade

em campo e núcleo poderia subsidiar uma série de negociações nas instituições de saúde. Para eles, *campo de competência* seria o espaço mais geral dos saberes de uma especialidade dada, *um espaço de sobreposição de exercício (...)* ou seja, *campo de interseção com outras áreas*, e o *núcleo*, o mais específico, “incluiria as atribuições exclusivas” da especialidade em questão, (...) *assim, o campo de competência teria limites e contornos menos precisos e o núcleo, ao contrário, teria definições as mais delineadas possíveis (...)* (Campos *et al.*, 1997). Esses autores assumem que esses espaços seriam construídos mediante um jogo de negociações provisórias que, ineludivelmente, deveriam abarcar aspectos corporativos, técnicos e políticos em uma reconstrução permanente.

Os conceitos de campo e núcleo foram elaborados originalmente para subsidiar a reflexão sobre as especialidades médicas, e propusemos a sua utilização para pensar o saber-fazer em equipes multiprofissionais de saúde (Onocko, 1998). O uso de campo e núcleo nesses autores não é, acreditamos, análogo ao trabalho de Bourdieu. Para Bourdieu, a passagem do *campo* ao *corpus* é uma passagem de um certo senso comum ao saber dos especialistas. Passagem que implica o controle (e a regulação) de certas técnicas, e que se faz possível por meio de uma expropriação dos leigos constituídos nesse mesmo processo. Diferentemente, os conceitos de *campo* e *núcleo* como propostos por Campos *et al.* subsidiam uma tensão e um reordenamento dos saberes e compromissos no interior mesmo de um campo profissional já constituído, visando desalienar a relação dos especialistas com as práticas e saberes com os quais estão envolvidos. Nesse sentido não produzem um questionamento sobre a técnica, mas sobre o trabalho como práxis social.

Consideramos, assim, que ambos os usos do termo campo têm sentido no nosso trabalho: o de Bourdieu, para entender como foi se constituindo o campo do planejamento no Brasil da Reforma Sanitária; e o de Campos, para a fase mais propositiva do estudo, enfatizando o entendimento do possível valor de uso em jogo para o planejamento em saúde no fim do milênio.

Pretendemos mostrar como o campo do planejamento em saúde no Brasil da Reforma Sanitária foi se estruturando até se constituir em vários *corpi* fechados; como as mudanças de cenário podem ter influenciado esse movi-

mento; e, por fim, propor alguns caminhos teórico-metodológicos para subsidiar uma saída do *corpus* superespecializado na direção da constituição de um novo campo.

Para isso, faz-se necessário “voltar a passar por onde já passou” (Foucault, 1987). Daí a escolha metodológica, a opção por uma leitura hermenêutica de alguns documentos históricos do planejamento da década de 1980 no Brasil.

Análise de alguns documentos

Vejam os desenvolvimentos da área. No ano de 1974, no curso de saúde pública da Escola Nacional de Saúde Pública, o planejamento ocupava 50 horas/aula em um total de 1.120 (4,5%). Já no ano seguinte, ocupava 80 de um total de 800 horas (10%) (Abrasco, 1982). Ou seja, o peso do planejamento no currículo duplicou de um ano para o outro. Isso marca, no mínimo, uma valorização, um aumento da expectativa na época sobre a contribuição que esse novo conteúdo poderia trazer à saúde pública.

Em 1982 realizou-se a Primeira Reunião Nacional sobre ensino e pesquisa em administração e planejamento na área da saúde coletiva, sob o patrocínio da recém-criada Abrasco. Nesse encontro, três temas constituíram o eixo dos trabalhos de grupo:

Delimitação do espaço do planejamento e da administração em saúde

Dois olhares convivem no relatório final desse grupo: o dos que consideraram o planejamento como parte integrante do processo administrativo (concepção instrumental), e o dos que colocaram a planificação em saúde como uma proposta historicamente mais recente que teria a pretensão de modificar as práticas em saúde de maneira abrangente (concepção política) (Abrasco, 1983). As expectativas desses subgrupos parecem diferentes em relação à constituição do campo do planejamento: o primeiro o pensa como um instrumento administrativo e o segundo, como um dispositivo para promover mudanças. É interessante perceber como esse campo nasce na controvérsia. Uma análise mais extensa poderia rastrear essa controvérsia até os dias de hoje. Por vezes ela aparece sob a forma de posturas explícitas, por outras, implicitamente.

A falsa contradição teoria/prática na atual conjuntura do setor (risco de adoção de um movimento pendular de teórico/crítico para o técnico/pragmático)

No relatório aparece também a posição de dois subgrupos: um, que avaliava que o predomínio teórico existente na área era determinado pela dificuldade de inserção prática nos serviços (enfatizando, o “é assim”), e outro, que advogava a imperiosa necessidade de aproximação dos serviços, visando ao equilíbrio entre o político/conceitual e o técnico/instrumental (enfatizando o “deve ser”) (Abrasco, 1983). Consideramos que este último subgrupo estava chamando para o interior do campo do planejamento a própria ação política. Como se pode ver, o grupo que discutiu o que estava sendo chamado de “falsa” contradição evidenciou, em seu relatório, uma outra contradição, a da existência de dois olhares com ênfases diferentes que levariam, sem dúvida, a práticas diferentes na hora de operar no campo.

Aspectos gerais

Esse grupo abordou diversos temas. Em relação ao “papel político do planejador”, apareceram também duas visões diferentes: uma considerava que o planejador sempre tinha um espaço a conquistar na instituição, independentemente da política partidária ou da ideologia (papel técnico “puro”); a outra acreditava que a atividade política faz parte do real e supõe a necessidade de negociação permanente, que deveria ser enfrentada (papel técnico-político). O grupo analisou que se impunha a formação de um novo tipo de profissional e a redefinição de modelos de planejamento (Abrasco, 1983).

Esta divergência, coincidentemente constatada nos três grupos de trabalho, leva-nos a pensar que sendo essas as questões dilemáticas da área, compunham, naquele momento, o desenho de um certo campo de saberes e fazeres.

(E hoje, já estão resolvidas?)

No mesmo documento aparece a bibliografia mais utilizada tanto nos cursos de especialização como nos de mestrado e doutorado. Nela se encontram dois textos mimeografados de Testa: “Estrutura de poder no setor saúde” e “Planificación estratégica en el

sector salud” (que posteriormente integrariam o *Pensar em salud*) e um livro de Matus (*Estratégia y plan*), o que confirma nossa percepção sobre a influência desses autores na constituição teórica do campo do planejamento em saúde na reforma sanitária brasileira.

Por sugestão desse encontro, realizou-se, no final de 1983, o primeiro curso de Atualização em Planejamento, sob a coordenação da Abrasco e de caráter interinstitucional. Durante 80 horas, trinta docentes de planejamento debateram, com a metodologia de “seminário interpares”, o seguinte temário: Capitalismo e Planejamento em Saúde; Problemas Fundamentais do Planejamento em Saúde; Práticas de Planejamento em Saúde; e Perspectivas do Planejamento em Saúde (Abrasco, 1984).

Na avaliação do curso, ressaltava-se sua grande contribuição *no propósito de promover o Planejamento de Saúde no Brasil, a grande oportunidade havida na época de realização do curso, quando o momento político nacional, especificamente na área de saúde, trazia à discussão boa parte dos conteúdos do curso*; e a importância do apoio institucional da Abrasco a esse tipo de iniciativa (Abrasco, 1984).

O conteúdo desse documento da Abrasco mostra a preponderância que o planejamento vinha ganhando nessa época e as potencialidades que lhe eram atribuídas em relação ao cenário da saúde coletiva daquele momento e naquela conjuntura.

Em um outro texto do mesmo documento, apresentam-se recomendações para cursos de saúde pública. A proposta era de uma carga horária mínima de 630 horas, das quais 150 de planejamento (24%). Em uma década – de 1974 a 1984 – a área de planejamento quintuplicou seu peso relativo nos cursos de saúde pública. É interessante perceber que, enquanto o curso de atualização deu um certa ênfase aos temas “estratégicos”, esses temas eram quase ausentes da proposta oficial para cursos de saúde pública. Como se o estratégico fosse conteúdo somente para professor aprender. Tampouco houve menção a autores do planejamento estratégico na bibliografia proposta para os cursos de especialização. Consideramos que isso reforça nossa análise de que o planejamento era um campo em constituição naquele momento; estava-se conformando como *campo* (no sentido Bourdieu), mas ainda muito pouco como *corpus*. Nos conteúdos dos cursos várias visões convivem e se confrontam (as contradições dos subgrupos dos relató-

rios), ainda sem hegemonia clara. Na verdade, o planejamento em saúde aparece como um *campo* em formação, ganhando autonomia em relação ao campo – esse sim, já constituído – da administração pública.

Avancemos no tempo e chegamos aos anos 90. Vários autores denunciam o predomínio tecnocrático, administrativista, na área de planejamento em tempos recentes (Campos, 1989; Chorny, 1998). Chorny defende: *Se puede afirmar, sin temor a cometer grandes injusticias, que, actualmente, gran parte de los modelos de planificación en el área de la salud son orientados por el simple y único objetivo de reducir gastos, privilegiando la racionalidad de los medios sobre los fines* (Chorny, 1998).

Concordando com esse autor, consideramos o predomínio da racionalidade instrumental como indicativo da constituição de um campo (o do planejamento em saúde pública) e, talvez, de uma passagem ao *corpus*. O mesmo autor conclui:

Los planificadores, todo poderosos ayer, hoy se refugian en las academias o en núcleos, que bajo la denominación de planificación se ocupan del control de gastos. Mientras florecen propuestas teóricas y se incrementa la discusión, la realidad queda cada vez más lejana. La innovación se transformó en un fin en sí mismo, no se innova para hacer frente a nuevos problemas o a viejos problemas no resueltos, se crean “ondas” para hacerse un lugar (...) (op. cit.).

Ressaltamos nesse texto o duplo – e simultâneo – movimento de constituição de um *corpus* e de alienação dos fins. Assim, concordamos com a afirmação de Chorny de que, para grande parte dos planejadores contemporâneos, o objeto da planificação em saúde deixou de ser a produção de saúde para se concentrar na simples administração “eficiente” de recursos. Como pretendemos mostrar, essa contradição não é nova, nem aparece agora. Ela já estava presente nas discussões dos grupos da Abrasco na década de 1980. Isso mostra que o *corpus* foi se fechando sob a hegemonia dos administrativistas.

Consideramos que outra evidência da constituição do *corpus* pode ser encontrada no movimento de superespecialização que atingiu a área, fragmentando o campo. Como bem mostrou Campos (1999), atualmente o *corpus* da moda é a avaliação, embora, durante anos se tenha dito que era uma parte indelével do planejamento, e também que era uma das menos praticadas (Silver, 1992). Parece que, no

fim do milênio, além de se criar especialistas novos para “fazer ondas”, os *corpi* vão se fechando e se constituindo em territórios autônomos.

Com a fragmentação do campo, não há espaço para a complexidade teórica e as discussões se prendem apenas a aspectos parciais. Tendo se perdido o campo, a possibilidade de reconstruções teóricas é ocultada por um véu de disputas – inócuas e menores – sobre questões técnicas ou metodológicas. No melhor dos casos, com o formato de discussão tecnológica, que também não resolve a questão, pois esta postura, apesar de bem-intencionada, esquece que as tecnologias só podem ser avaliadas em cada contexto singular e, assim, contribui também para sucatear o necessário debate teórico.

Nem todos os planejadores da saúde fecharam-se em algum *corpus*. Alguns saíram de núcleo e ampliaram o campo até diluí-lo. Como já tentamos mostrar em outro trabalho (Onocko, 1999), alguns autores da área assimilaram o planejamento à prática política. Se isso é verdade, o planejamento pode muito bem desaparecer, subsumido em outro campo (o da política). Em outras palavras: não teria valor de uso.

Conclusão provisória

Tentemos agora reconstituir algumas ligações perdidas. Se caracterizamos o Estado desenvolvimentista como um Estado administrador, ao qual teria correspondido historicamente, na área de planejamento em saúde, o modelo normativo; se houve um Estado arena (consideramos que isto é válido, no caso brasileiro pelo menos para o setor saúde: Escorel, 1998), ao qual correspondeu o auge do planejamento estratégico; pretendemos mostrar como o Estado omissor, deste final de século pós-moderno, corresponde à fragmentação do campo, a superespecialização associada à alienação dos fins pelos meios, sob o reinado da eficiência.

Se, na década de 1980, a instrumentalização da política foi funcional para o campo do planejamento, pensamos que a fragmentação tecnocrática é funcional para as mudanças políticas, econômicas e do aparelho de Estado da década que ora se acaba. As conseqüências práticas da situação atual minam nossos serviços públicos de saúde. Em geral (há exceções que muito podem nos ensinar), quem administra

pouco planeja ou avalia. Quem planeja não avalia. E quem avalia não o faz em relação aos fins preestabelecidos por plano algum.

(E vamos continuar assim?)

Qual a demanda (como tradução do valor de uso) do setor público de saúde para nós, planejadores, no próximo século?

Fazendo um contraponto com Matus, Testa argumenta:

Aqui o que falta é desencadear um processo. Ao falar desencadear um processo estamos estabelecendo prazos curtos, ou seja, começos e não pontos da chegada (...) (Testa, 1995).

No mesmo texto esse autor questiona “a tendência funcionalista” de considerar a política como objetivo e a estratégia como instrumento, questionamento que se justifica pela inseparabilidade de meios e fins.

De maneira que, na nossa concepção, a política pode ser objetivo da estratégia, tal como esta é o instrumento da política, em um diálogo circular ou, para dizer em termos mais acadêmicos, em um movimento recursivo que não tem princípio e nem fim (Testa, 1995).

Reformulando nossa pergunta anterior: o que será que o setor público de saúde espera de nós, planejadores, e o que será que pretendemos para o setor na próxima década (note-se que vou reduzindo os prazos: passei de milênio a século e depois a década), talvez nos próximos cinco anos? Concordando com os prazos curtos, que processos deveríamos estar preocupados em começar – já, agora – a desencadear?

Alguns autores trabalharam a passagem do planejamento normativo ao estratégico como uma mudança de paradigma (Rivera, 1989; Chorny, 1990), e paradigma, num sentido estrito, remete à conformação de uma certa ciência (Kuhn, 1962). Em contrapartida, para Testa o planejamento é uma prática (Testa, 1995), todavia, ainda assim, respeitando a proposta metodológica da hermenêutica, é necessário saber quais os pressupostos teóricos que regem o campo dessa prática.

No caso do planejamento, o componente teórico apresenta-se mascarado sob certos métodos aos quais foi atribuído o caráter de teoria, como conseqüência da fragmentação do campo. Essa usurpação da teoria pelo método é uma das grandes armadilhas da modernidade, talvez a mais indicativa da colonização que a razão instrumental impõe ao mundo da vida.

Uma outra linha de análise a aprofundar deve ser a relação: teoria – método – técnica.

Acreditamos que existe saída para essa armadilha pós-moderna. Propomos voltar ao *campo*. Mas ao *campo* na concepção de Campos *et al.* Ou seja, reconhecemos que há valor de uso para um *campo* de saberes específicos, especializados, de planejamento na saúde pública. E esse *campo* é comum a todas as subespecialidades da área. A avaliação, a administração-gestão, as próprias técnicas de planejamento seriam *núcleos* dentro desse *campo* mais amplo.

Esta proposta pode ser formulada a partir de uma abordagem hermenêutica e do resgate racional, crítico e seletivo de uma certa tradição. Algumas coisas eram boas, lá, de onde viemos: os planejadores sabiam programar, os programas tinham indicadores de avaliação predefinidos, os custos eram uma parte de nossos problemas e não o único problema.

Propomos também utilizar o par de conceitos *campo* e *núcleo* como uma luneta que nos permita redimensionar o foco segundo a finalidade de nossa análise. Nesse caso, o cam-

po do planejamento, como objeto de análise, pode ser desmembrado em núcleos específicos; mas não pode ser separado da discussão do planejamento como núcleo de saberes dentro do campo da saúde pública. Por quê? Porque isso o determina como campo e lhe outorga parte de sua especificidade. Se amputarmos essas relações, vale tudo: receitas de empresas privadas seriam igualmente pertinentes e automaticamente aplicáveis a centros de saúde; o objeto de nossos serviços públicos seria a eficiência e não a eficácia em termos de produção de saúde; enfim, nossos problemas seriam problemas de “caixa” e não de defesa da vida.

O planejamento está relacionado com o futuro (Chorny, 1998). Não podemos planejar o passado. Mas podemos revisá-lo e aprender com isso.

A reflexão é condenada a chegar depois do fato, mas ao olhar para trás desenvolve uma força retroativa (Habermas, 1987).

Referências bibliográficas

- Abrasco 1982. *Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil 1*. Rio de Janeiro.
- Abrasco 1983. *Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil 2*. Rio de Janeiro.
- Abrasco 1984. *Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil 3*. Rio de Janeiro.
- Amarante P 1992. O planejamento na desconstrução do aparato manicomial, pp. 139-153. In Gallo (org.). *Planejamento criativo*. Editora Relume-Dumará, Rio de Janeiro.
- Bourdieu P 1992. *A economia das trocas simbólicas*. Editora Perspectiva, São Paulo.
- Campos GWS 1989. *Considerações sobre o processo de administração e gerência de serviços de saúde*, pp. 9-32. In Campos M & Nunes. *Planejamento sem normas*. Hucitec, São Paulo.
- Campos GWS 1999. Evaluation: from soliloquy to dialogue. *Cadernos de Saúde Pública* 15 (2): 229-259
- Campos GWS, Chakour M & Santos R 1997. Notas sobre residência e especialidades médicas. *Cadernos de Saúde Pública* 13(1):141-144.
- Castoriadis C 1987. *As encruzilhadas do labirinto II*. Paz e terra, São Paulo.

- Chorny AH 1990. Enfoque estratégico para el desarrollo de recursos humanos. *Revista Educación Médica y Salud* 24(1).
- Chorny AH 1998. Planificación en salud: viejas ideas en nuevos ropajes. *Cuadernos Médico-Sociales* 73.
- Damásio A 1996. *O erro de Descartes: emoção, razão e cérebro humano*. Companhia das Letras, São Paulo.
- Dorfman A 1999. *Uma vida em trânsito*. Editora Objetiva, Rio de Janeiro.
- Escorel S 1998. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Ferrater JM 1994. *Diccionario de Filosofia*. Editorial Ariel, Barcelona.
- Foucault M 1987. *Theatrum philosophicum*. Editora Princípio, São Paulo.
- Gadamer HG 1997. *Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Editora Vozes, Petrópolis.
- Habermas J 1987. *Dialética e hermenêutica*. Editora LPM, Porto Alegre.
- Horkheimer & Adorno 1989. *Conceito de iluminismo* (Coleção Os pensadores). Editora Nova Cultura Ltda., São Paulo
- Japiassu H 1990. Paul Ricoeur: filósofo do sentido. In *Interpretação e ideologias (Paul Ricoeur)*. Francisco Alves Editora, Rio de Janeiro.
- Kuhn T 1962. *A estrutura das revoluções científicas* (5ª ed., 1997). Editora Perspectiva, São Paulo.
- Matus C 1993. *Política, planejamento & governo*. IPEIA, Brasília.
- Merhy EE 1995. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil, pp. 117-148. In Gallo (org.). *Razão e planejamento*. Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro.
- Onocko R 1998. *O planejamento no divã ou análise crítica de uma ferramenta na gênese de uma mudança institucional*. Dissertação de mestrado. Departamento de Medicina Preventiva e Social/FCM/UNICAMP.
- Onocko R 1999. *Planejamento e razão instrumental: análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil*. Campinas (no prelo).
- OPAS 1965. *Problemas conceptuales y metodológicos de la programación en salud*. Publ. Científicas, nº 111, Washington.
- Rivera FJU 1989. *Planejamento e programação em saúde – um enfoque estratégico*. Cortez Editora, São Paulo.
- Rivera FJU 1995. *Agir comunicativo e planejamento social*. Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Sacks O 1995. *Um antropólogo em Marte*. Editora Companhia das Letras, São Paulo.
- Silver L 1992. Aspectos metodológicos em avaliação dos serviços de saúde. In *Planejamento criativo*. Editora Relume-Dumará, Rio de Janeiro.
- Testa M 1992. *Salud pública: acerca de su sentido y su significado*. OPAS, Publicación Científica, nº 540.
- Testa M 1993. *Pensar en salud*. Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Testa M 1995. *Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde*. Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro
- Testa M 1997. *Saber en salud*. Lugar Editorial, Buenos Aires.