

Planejamento em saúde: a armadilha da dicotomia público-privado*

Rosana Onocko Campos**

SUMÁRIO: 1. Introdução; 2. As noções de público e privado: uma armadilha conceitual; 3. A medicalização como estratégia de extração de lucro; 4. O planejamento em saúde na década de 1990: a eficiência como imperativo público; 5. O planejamento analítico institucional: uma questão de saúde; 6. Fazendo público, tornando privado.

SUMMARY: 1. Introduction; 2. The notions of public and private: a conceptual conundrum; 3. Medicalization as a profit-gaining strategy; 4. Health planning in the 90s: efficiency as a public imperative; 5. Institutional analytical planning: a health issue; 6. Making it public, becoming private.

PALAVRAS-CHAVE: saúde pública; setor privado; planejamento em saúde; subjetividade; processo de trabalho.

KEY WORDS: public health; private sector; health planning; subjectivity; work process.

Este artigo discute as noções de público e privado como dimensões no campo da saúde, nos serviços pertencentes aos setores público e privado. Assume-se que nunca existirá, por exemplo, um serviço totalmente público, ainda que se trate do setor estatal; nem, tampouco, um serviço absolutamente privado, mesmo que seja um serviço lucrativo. Essa delimitação estanque e estrita entre público e privado tem sido ultrapassada pela própria sociedade civil e pela compreensão dos direitos dos cidadãos. A defesa da vida tem sido assumida como valor social, senão em todos os espaços sociais, pelo menos no da saúde. O artigo analisa como o planejamento em saúde lidou com esses conceitos durante a década de 1990 e as

* Artigo especialmente produzido para este número da *RAP*, recebido em fev. 2003.

** Médica, doutora em saúde coletiva, pesquisadora colaboradora do DMPS/FCM/Unicamp.
E-mail: rosanaoc@mpc.com.br.

conseqüências práticas daquelas abordagens. Por último, propõe-se a incorporação de novas categorias de análise e intervenção para a área de planejamento em saúde que lhe permita sair do papel de disciplina de controle e enquadramento de profissionais e equipes, para transformá-la em instrumento que propicie graus maiores de compromisso com a produção de saúde e libertação da capacidade criativa de profissionais e equipes. Destacam-se, entre essas novas categorias, algumas vinculadas à gestão, organização do processo de trabalho e subjetividade.

Health planning: the public-private dichotomy conundrum

This article discusses the notions of public and private as dimensions of the health field, both in public and private services. It presumes that there will never be, for example, a totally public service, even it concerns the State sector, neither an absolutely private service, even if it is profitable. This fixed and strict delimitation between public and private has been surpassed by the civil society itself and by the understanding of civil rights. The fight for life has been undertaken as a social value, if not in all social environments, at least in the healthcare area. The article analyzes how health planning has dealt with those concepts during the 90s and the practical consequences of those approaches. Finally, it proposes the incorporation of new analytical and intervention categories in the area of health planning, allowing it to abandon its disciplinary and controlling roles and transforming it into an instrument that will further higher levels of commitment to the production of health and the liberation of creativity by healthcare workers and teams. Among these new categories, the article highlights a few related to management, work process organization, and subjectivity.

1. Introdução

Em saúde, as relações entre o público e o privado, e a utilização desses conceitos, deveriam sempre ser problematizadas. Há séculos que para a saúde pública o tema da saúde de grupos e populações deixou de ser um tema privado, para se transformar em objeto de políticas públicas e intervenções das diversas esferas do Estado. No Brasil, desde 1988 a saúde é incorporada como direito de todos e dever do Estado na Constituição Nacional. Contudo, a problemática da saúde vive e resiste como uma questão privada, íntima, entrelaçada às maneiras de viver a vida e se expor aos mais diversos riscos para cada um de nós, humanos.

Há também os setores público e privado como setores supostamente complementares na prestação de serviços de saúde à população. Neles, as questões produtivas, financeiras e vinculadas às finalidades colocam tensões variadas, que são incorporadas, rejeitadas ou agenciadas também de maneira diversa, e nas quais acabam-se entrecruzando componentes gerenciais e subjetivos.

De maneira dominante, o planejamento em saúde não tem sabido lidar com essa complexidade e variação de problemas, tendo respondido quase sempre de maneira prescritiva e tecnocrática (R. O. Campos, 2000). Como exemplo extremo dessa posição, assistimos na década passada a uma divisão das tecnologias de planejamento entre aquelas que poderiam ser aplicadas em serviços públicos e aquelas que poderiam sê-lo em serviços privados, as primeiras visando enquadrar os trabalhadores e profissionais na ditadura das finalidades, e as segundas procurando o mesmo tipo de enquadramento em prol da eficiência e da rentabilidade financeira.

O planejamento em saúde poderia muito bem incorporar outras categorias de análise e outras maneiras de operar junto a grupos e organizações, contribuindo para o descentramento dessas noções estereotipadas de público e privado, promovendo novas formas de produzir saúde, seja no setor público, seja no setor privado da prestação de serviços. Uma dessas categorias é o reconhecimento da dimensão subjetiva; a capacidade de intervir no plano intersubjetivo propiciaria um outro papel para equipes e trabalhadores de saúde, desenvolvendo sua capacidade de intervenção sobre problemas de saúde, promovendo a eficácia e potencializando a sua criatividade.

2. As noções de público e privado: uma armadilha conceitual

Um sujeito vai a uma consulta médica por sofrer hipertensão. O médico o examina rapidamente, indica-lhe algumas medidas higiênico-dietéticas rapidamente e lhe receita um remédio para tomar pelo resto de sua vida. Tudo isso rapidamente. O hipotético paciente sai cheio de dúvidas, temores, um pouco depressivo ou um pouco reativo a seu recém-adquirido diagnóstico. Pergunta-se como irá conciliar os conselhos médicos com sua intensa jornada de trabalho. Podemos estar falando do alto executivo de uma firma multinacional ou de um oficial pedreiro.

Essa consulta foi efetivada no setor público ou privado da assistência à saúde?

Os entraves aqui esboçados para a adesão ao tratamento são públicos ou privados? A pressa do médico deve-se ao baixo salário que recebe da prefeitura local ou ao incentivo ao lucro gerado na moderna clínica particular?

Afinal, a saúde e a vida são públicas ou privadas?

Hoje em dia, se alguém quiser gastar sua vida mais rapidamente fumando um maço de cigarros por dia ser-lhe-á dito que deve parar de fumar, pois o sistema de saúde gasta muito dinheiro todo ano por causa das despesas em assistência médica decorrente do uso de tabaco. Trata-se do mesmo sistema de saúde que gasta muito dinheiro por ano em hospitalização, tratamento e reabilitação de pacientes com acidentes vasculares cerebrais, conse-

qüentes à hipertensão arterial mal controlada. Mas, se alguém se dedicar a praticar esportes radicais automaticamente se transforma em um aventureiro, no máximo um pouco excêntrico, com todo o direito do mundo de fazer o que bem quiser com sua vida. Alguém pensou alguma vez em fazer redução de danos com Ayrton Senna?

Alguém me dirá que se uma pessoa arriscar sua vida e tiver reservas financeiras para pagar a conta, tudo bem, está no seu direito. O problema é criar despesas no sistema público. Será? Quantos jovens de famílias com alto poder aquisitivo acabam em uma madrugada de sábado em um pronto-socorro público por ter decidido arriscar sua vida misturando álcool e carros último modelo?

Afinal, a saúde, a nossa saúde e a nossa vida são privadas, únicas, nossas, não repetíveis, mas também são públicas, desde que construídas num mundo humano e social, permeado de valores.

Qualidade de vida, estilos de vida saudáveis, viver mais e melhor, ficar para sempre jovens e belos, não correr riscos, são todos valores que as ciências da saúde, em particular a medicina e a saúde pública, ajudaram a construir na sociedade. Adolescentes grávidas da periferia de grandes cidades dizem ter como principal preocupação na gravidez não ficarem gordas e feias. E por que não deveriam? E por que assim não seria? Pois é; é que para nós — que ouvimos isso depois de uma jovem contar que teve que sair de casa porque o pai não aceitou a gravidez, enquanto outra dizia ter parado de estudar no primeiro grau —, parece uma preocupação quase *naïf*, juvenil demais!

O processo de construção de valores sociais e culturais sobre o adoecer, sobre o envelhecer, sobre o viver, está fortemente marcado pelos discursos disciplinares que montamos no curso dos últimos séculos.

Que direito temos de invadir a privacidade das pessoas em nome da saúde pública?

Digo, se a minha vizinha tem um criadouro de mosquitos da dengue no seu quintal, esse é um problema público ou privado? Se meu paciente faz sexo com homens e mulheres sem proteção e sua mulher não sabe, essa é uma questão pública ou privada?

Exemplos como esses enchem o dia-a-dia de serviços de saúde, sejam eles pertencentes ao setor público-estatal ou público não-estatal, ou particular.

A armadilha — pensamos — está contida na palavra “ou”. Todos os serviços de saúde trabalham cotidianamente com as duas dimensões. Então, a preposição a ser utilizada é o “e” da velha dialética, trata-se de analisar e entender como se exercem essas duas dimensões, a pública “e” a privada no cotidiano (Lefevre, 1995; G. W. S. Campos, 2000).

No setor público tende-se a esquecer a dimensão mais privada da saúde. Impregnado de sanitarismo, o setor público (estatal ou filantrópico, ou de ONGs) tem uma tendência a exercer uma espécie de doutrinação san-

itário para com seus usuários. Os usuários sempre devem apreender, entender, mudar, incorporar hábitos de vida saudáveis etc.

Esquece-se, assim, que na determinação da doença e da saúde de cada um de nós (sejamos clientes do setor privado ou usuários do setor público) há sempre uma parte que depende de nossa cultura, de nossa vontade de viver e enfrentar a vida no momento, de questões que por não podermos dizer de outra maneira, inscrevem-se no corpo. Essas questões operam de maneira diferente em cada um de nós, mas também há diferenças nos recursos materiais e simbólicos com que cada paciente conta para poder levar a vida em termos de algumas escolhas, e não simplesmente de um mero sobreviver. Isso está colocado para cada caso, e não depende apenas do nível socioeconômico do indivíduo, ainda que possamos reconhecer fragilidades subjetivas — muito marcadas pela exclusão social — que colocam uma grande parte da população brasileira quase fora da capacidade de simbolização.

3. A medicalização como estratégia de extração de lucro

Muito se têm desenvolvido a tecnologia, a farmacologia, os métodos diagnósticos e terapêuticos nas últimas décadas. Os benefícios desse desenvolvimento atingem — o mais das vezes — somente uma parte da população. Enquanto no setor público, muitas vezes, o estrangulamento dos recursos financeiros cria obstáculos para o acesso a certas tecnologias diagnósticas ou terapêuticas, no setor privado a sangria de recursos praticamente não tem controle. Quantos exames de sangue podem fazer por ano aqueles que por eles paguem? Todos os que quiserem, até a anemização. O cliente da saúde é um refém da ética e da decência de quem o trata. Como poderia um leigo avaliar na saúde o que de fato precisa consumir? Não se trata de comprar mais um par de sapatos, nem de trocar de carro. Com isso, destacamos que não estamos discutindo como sinônimo de privado uma saúde de “mercado”. Se há um setor onde as leis de mercado são claramente inaplicáveis é a saúde. Os valores com relação aos quais a produção da saúde deve ser interrogada são os valores de uso, não os de troca (G. W. S. Campos, 2000).

A quantidade de pessoas submetidas a práticas e intervenções desnecessárias é enorme. Os próprios trabalhadores da saúde (inclusive os médicos, sinto dizer) parecem às vezes confusos e perdidos entre inúmeros novos protocolos e fármacos que, em nome de duvidosos estudos científicos, se oferecem para a compra no mercado livre da saúde particular. É essa uma questão pública ou privada? Quem deve zelar pela saúde dos “clientes” da saúde? Por que foi necessária uma regulamentação dos planos privados de saúde? (Sem avaliar seus méritos...)

Qual o filme de horror a que poderíamos assistir se se tratasse da saúde somente como mercadoria?

Em numerosos centros de atenção à saúde particulares, que trabalham com seriedade ética e científica, começam a se desenvolver programas preventivos de aconselhamento, de melhora da qualidade de vida. Poderíamos pensar que se trata de meras estratégias de redução de custos, porém parecem-nos uma redução da análise encarar o tema dessa maneira. Pensamos que, além da preocupação com os custos, há de fato uma mudança cultural em relação ao valor da saúde, da juventude, da beleza. Há os novos dilemas éticos colocados pelas novas técnicas, há inúmeros trabalhadores da saúde que, ainda trabalhando no setor privado, incorporaram um compromisso na defesa da saúde e da vida como valores sociais.

Aqui as fronteiras entre o público e o privado se diluem, pois quando tratamos da saúde sempre estaremos intervindo em esferas públicas e privadas. E isso é independente do subsetor prestador de serviços.

4. O planejamento em saúde na década de 1990: a eficiência como imperativo público

Durante a década de 1990, houve uma queda no prestígio do planejamento em saúde. Contrariamente à década anterior, nos núcleos de planejamento no interior da saúde coletiva começou a se esboçar um decréscimo das temáticas vinculadas ao planejamento e uma nova ênfase nas questões de avaliação (G. W. S. Campos, 1999). Em muitas dessas avaliações, assim como nos interstícios remanescentes de planejamento no setor público, as questões prioritárias passaram a ser as avaliações de produtividade visando à eficiência.

Já não se discutem as finalidades, inventam-se modas para tornar os meios mais eficientes (Chorny, 1998). Cobra-se do setor público que mostre sua produção (em termos de procedimentos) como garantia inquestionável de eficiência. E inúmeros autores levantam a “necessidade” de o setor público de saúde (o SUS) prestar contas de sua eficiência. O que caracteriza a eficiência é a produção máxima ao menor custo possível. Na década de 1990 essa argumentação é fortemente alimentada pela restrição de recursos para as políticas públicas, entre elas a saúde. Mas, quem precisa que o setor público seja — prioritariamente — eficiente? O setor saúde — sobretudo o subsetor público — nasceu para ser eficaz.

A eficácia tem a ver com a produção de saúde, com o impacto no nível dos indicadores de saúde da população. Se, para ser viável, ele precisa também ser eficiente, isso é um meio, nunca uma finalidade.

Com base nessa lógica da eficiência, encheu-se o Brasil de prontos atendimentos. Claro que essa não é a única razão. Há uma vinculação do valor

(socialmente construído pela Constituição) do acesso como direito do cidadão. Essa associação de valores (eficiência e acesso universal) contribuiu em muito para a degradação da clínica (G. W. S. Campos, 2001), para o atendimento na forma de queixa-conduta, que não garante resolutividade para grande parte dos problemas de saúde contemporâneos no Brasil. Assim, por exemplo, numerosos hipertensos têm como única forma de atendimento os prontos-socorros, nos quais a adesão ao tratamento dificilmente será lograda, e a vinculação com uma equipe que permita a avaliação de outros riscos (subjetivos, sociais) que não o biológico nunca será feita.

E nesse emaranhado de novos valores lá se foi o planejamento, somente ficando as planilhas de avaliação de produção, mas de produção de procedimentos, quase nunca de saúde. Prestam-se contas: fizeram-se *X* consultas, *Y* intervenções ou análises laboratoriais. Mas, essas consultas serviram para quê? A taxa de mortalidade por AVC brasileira é maior que a de muitos lugares do mundo — esta taxa é um indicador de eficácia.

Poderíamos pensar nas recentes inúmeras campanhas verticais estimuladas pelo Ministério da Saúde como um exemplo desse furor pela eficiência. Para que serve fazer um diagnóstico — sempre duvidoso, quando realizado numa medida rápida — de hipertensão arterial? Se o que interessa e será registrado é o número dos supostos diagnosticados, estamos quase que frente a um caso de marketing sanitário. Claro que o diagnóstico precoce é importante, mas ele deve, necessariamente, estar vinculado ao acesso a formas de assistência eficazes: nesse exemplo, o controle efetivo da hipertensão arterial e de outros fatores de risco, a adesão ao tratamento etc.

Devemos começar a pensar um planejamento do setor saúde (público e privado) que recupere em parte uma antiga tradição da área: repensar as finalidades, recolocar o “para quê” de nossas práticas (R. O. Campos, 2001). Fazer isso o mais eficientemente possível, sem dúvida, porém sem colocar o carro na frente dos bois. O que o SUS deve produzir é saúde para a população, impacto nos indicadores de saúde. Redução de mortes e agravos evitáveis. Isso é eficácia; não se resolve com contas, e sim com intervenções no nível da organização do trabalho e dos processos de subjetivação das equipes de saúde. E para fazer isso não basta a avaliação, seja qual for a linha metodológica escolhida. Temos que voltar a planejar, mas de maneira diferente.

5. O planejamento analítico institucional: uma questão de saúde

Propusemos em outro trabalho (R. O. Campos, 2001) uma modalidade de planejamento que não se preocupe tanto com a elaboração de planos, e sim com a formulação de projetos.

“É preciso não confundir projeto e plano. O plano corresponde ao momento técnico de uma atividade, quando condições, objetivos, meios podem ser e são determinados ‘exatamente’ (...), [enquanto que] o projeto (...) é a intenção de uma transformação do real, guiada por uma representação do sentido dessa transformação, levando em consideração as condições reais e animando uma atividade” (Castoriadis, 1986:97).

Um plano é um instrumento técnico, no qual estão resolvidas operacionalmente as questões dos meios e os fins para uma finalidade dada. Há várias técnicas para efetivar essa instrumentação (programação em saúde, Zoop, PES etc.). Segundo o caso e o tipo de problema, essas ferramentas técnicas poderão ser agenciadas.

Mas, em saúde, e com maior frequência após o furor efficientista da década de 1990, há sempre a necessidade de se refletir sobre as finalidades e a questão da eficácia de nossas práticas. Isso nos colocará sempre frente a escolhas clínicas. Por isso, defendemos que em saúde quem queira ajudar a planejar e/ou gerenciar equipamentos de saúde tem que saber de saúde e ter propostas clínicas. Não haverá jamais nenhum economista que faça isso por nós. Toda desistência nesse terreno será uma abdicação da eficácia para entronizar simplesmente questões de eficiência (produção a baixo custo, extração de mais valia etc.). A questão que deixará de ser abordada será a do “para quê?” de nossas práticas. A finalidade, o sentido, a teleologia.

Tendo claro isso, há ainda a necessidade de um grupo agenciar essa proposta e operar com ela: ou seja, ter um projeto. E um projeto nunca é somente uma proposta técnica (ainda que defendamos que em saúde essa dimensão nunca pode ser esquecida); um projeto é a articulação de valores a um conjunto de técnicas em prol de uma finalidade definida, com as quais alguém tem de operar no mundo material e humano. Mundo, portanto, permeado pelos estrangimentos do real (o financiamento sempre estreito, a incorporação tecnológica vertiginosa etc.) e pelo subjetivo (desejos, temores, valores, jogos de poder, de afetos e desafetos etc.).

Os seres humanos não mudam por decreto; nós, seres humanos, temos dificuldades para encarar as mudanças (e elas não se resolvem dizendo simplesmente às pessoas “vejam, vocês têm é dificuldade de mudar” — Johnson, 2001). É preciso, então, nos capacitarmos como planejadores para trabalhar com grupos humanos, entendendo que muitas vezes os obstáculos com os quais nos deparamos na hora da mudança não são racionais, mas estão ancorados no simbólico dos grupos. Temos o desafio de abrir trilhas para transitar entre a macropolítica (aquela das regras, do financiamento e das leis) e a micropolítica (das relações de poder no cotidiano, dos medos inconscientes e irracionais, das defesas estruturadas). Sustentamos que a capacidade de agir racionalmente é inseparável do processo subjetivo dos grupos.

É no meio, pensamos, desse trânsito que um projeto poderá ser formulado e operado. Por isso falamos de um planejamento intermediário, extrapolando o conceito winnicottiano de processo intermediário. Para Winnicott

(1999), esse tipo de processo é o que faz a intermediação entre o mundo interno e o externo, e caracteriza todas as atividades da vida social e cultural humana.

Na história de nosso próprio desenvolvimento como sujeitos, diz Winnicott, alguém deverá ter cumprido com duas funções fundamentais para conseguirmos ultrapassar essa fase. Essas duas funções são a de suporte (*holding*) e a de manejo (*handing*). A exploração dessas funções (que, tipicamente, a mãe desempenha para a criança) deverá ser exercida por alguém nos grupos para que seja possível ter um projeto. Chamamos tais planejadores de supervisores institucionais e gerentes para o exercício dessas funções, exercício que compõe um novo papel profissional que preferimos, com G. W. S. Campos (2000), chamar de apoiador.

Ambas as funções, ensina Winnicott, precisam de um lugar e de um tempo. Assim, nossa tarefa não poderá mais ser pontual, mas processual. Um apoiador nesse novo perfil acompanhará equipes com uma certa regularidade. Isso será fundamental para a função de suporte. Assim, também é preciso dar aos encontros uma regularidade ritmada, mantendo horário, desligando celulares, fazendo deles verdadeiros espaços de encontro, e não aquelas reuniões corridas, com pautas imensas a que já estamos acostumados. A lógica do trabalho em saúde impõe às equipes, muito freqüentemente, um ritmo acelerado. Essa pressa é a melhor aliada da banalização e da alienação pelos meios que desejamos combater. Temos chamado isso de função vírgula do apoiador (R. O. Campos, 2002). Abrir pausas para a reflexão, ajudar a suportar o mal-estar (Freud, 1997) inevitável do trabalho em equipe ou em qualquer organização — pública ou privada —, criar um espaço de fala protegido, todas essas atividades se enquadram na função suporte.

No entanto, será necessário mais do que isso para sermos eficazes em produzir mudanças nos serviços de saúde. Ai entra a função manejo. O manejo tem relação com o domínio de certas técnicas e saberes específicos sobre saúde, organização do processo de trabalho, novas modalidades clínicas etc. Para isso deveremos ter o que ofertar (G. W. S. Campos, 2000) como saídas técnicas para as equipes. Por isso, tampouco poderemos entregar essa função a qualquer analista institucional. Há necessidade de formarmos pessoas para o exercício desse novo papel profissional, na interface da subjetividade e do planejamento-gestão. Resumimos, então, os princípios fundamentais desse novo planejamento:

- † inseparabilidade do agir racional, deliberado, do momento subjetivo dos grupos;
- † inseparabilidade das questões clínicas daquelas do planejamento;
- † predomínio das questões de finalidades (eficácia) sobre as questões dos meios (eficiência);

o novo perfil profissional para o apoio a equipes de saúde.

6. Fazendo público, tornando privado

Em se tratando de serviços de saúde, muitas vezes se destaca a necessidade de fazer públicas certas questões aparentemente privadas — os usos do espaço, a aplicação das regras institucionais, os jogos do poder interno. Afirmamos que essas questões se relacionam mais com as lógicas institucionais que ao fato de o serviço em questão pertencer ao setor prestador público ou ao privado. Essas questões são produzidas pela dinâmica institucional, sempre vinculada a movimentos de velamento do poder, ao ocultamento de certos pactos denegatórios (Kaës, 1991), à impossibilidade de analisar as diferenças de interesses (G. W. S. Campos, 2000). Elas independem do regime de propriedade ou de direito vigente. Toda organização se estrutura nelas, e nelas assenta uma parte de sua mitologia fundacional e de seu funcionamento (Kaës, 1991).

Portanto, sempre haverá algumas coisas para tornar públicas quando pensamos numa intervenção institucional. Questões inscritas no funcionamento da organização que não serão nunca resolvidas por decreto, seja do prefeito, seja da comissão diretiva da S.A. Temos enxergado no setor público (R. O. Campos, 2001) uma maior potencialidade para exercitar essas reflexões. Em parte, pelo fato de — no setor público — não imperar o lucro, o que facilitaria a análise junto às equipes da produção de valores de uso. Contudo, há também as modalidades de gestão como um fator interveniente importante em ambos os subsetores. Uma gestão autoritária e pouco participativa, ou omissa, quase que *pro forma*, como às vezes acontece no subsetor público, obstrui a possibilidade de se aprofundar nessas questões e obter níveis de análise e operatividade que viabilizem esse tipo de mudanças.

Ainda se fala muito pouco da necessidade de tornar privadas algumas questões no serviço público, mas também no privado.

Um usuário chega a um serviço de saúde. No balcão de entrada perguntam-lhe sobre a queixa que o levou até lá. Geralmente há, no mínimo, três ou quatro pessoas por perto, que nada têm a fazer ali, ouvindo o seu problema. E o direito ao sigilo? Ao pudor? Tenho constatado essa situação pessoalmente (como usuária) tanto no setor público quanto privado.

Nos serviços que trabalham com formação de profissionais o paciente terá seu caso discutido em inúmeras instâncias. Todos sabemos que nem sempre o código de discrição é bem respeitado pela equipe, situação que se torna mais complexa quando se trata de equipes multiprofissionais, em ambientes ditos democráticos, onde os casos são discutidos por pessoal técnico e não-técnico. Não que isso não deva ser feito; a ampliação da clínica (G. W. S. Campos, 2001) se

sustenta nessa diversidade de olhares e de escutas. Contudo, chamamos a atenção para a necessidade de se qualificar, de não banalizar esses espaços.

Imaginemos, na atualidade, uma equipe de saúde da família na qual os agentes de saúde são pessoas que moram perto dos usuários, são seus vizinhos. Se a discussão dos casos clínicos não é feita com o maior cuidado e zelo pela intimidade do usuário, há o risco de ele assistir a uma discussão de seu próprio caso clínico na padaria do bairro. As novas formas de organização do trabalho em saúde escancaram a necessidade de nos determos em questões éticas de uma maneira muito mais crítica que antigamente.

Uma política de redução de danos, por exemplo, pressupõe uma aceitação por parte da equipe de uma série de valores que não lhe são próprios. Trabalhando na defesa da vida e da saúde, como aceitar uma estratégia que “tolera” que os usuários continuem com práticas consideradas não saudáveis (utilizando drogas injetáveis, por exemplo)?

Os processos de identificação, de transferência e de contratransferência acontecem o tempo todo nos serviços de saúde, nos quais há sempre um grupo de humanos cuidando de outros humanos, o mais das vezes sem que tenhamos consciência disso. Em geral, os processos serão detonados por questões parecidas com os exemplos que tratamos.

Mas isso significa recuperar, inclusive para a saúde pública, o respeito por uma dimensão privada, a aceitação da sua própria “castração” (conquanto não onipotência) disciplinar. Claro, isso cabe muito bem, também, para a própria medicina e para o próprio setor privado de saúde que, muitas vezes, coloca mal a questão: a saúde tem uma dimensão privada, independentemente do subsector de prestadores de que se trate, mas é também um serviço público (enquanto direito, por isso nunca deixado somente nas mãos do mercado).

Problematizar essas questões junto a trabalhadores da saúde — sejam eles funcionários públicos ou privados — é de fundamental importância, diz respeito à própria saúde dos trabalhadores e ao desabrochar de suas capacidades criativas e solidárias.

Nunca fazendo tudo público, nunca mantendo guetos privados de sentido e compromisso com a tarefa. No trânsito, no meio (que não é o justo termo *meio*), no intermediário.

“Se acaso devemos, eu e os outros, encontrar o fracasso nesse caminho, prefiro o fracasso numa tentativa que tem um sentido a um estado que permanece aquém do fracasso e do não fracasso, que permanece irrisório” (Castoriadis, 1986:113).

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Evaluation: from soliloquy to dialogue. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, n. 2, p. 229-259, 1999.

———. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

———. La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada. In: *Gestión en salud, en defensa de la vida*. p. 71-84 (coletânea do autor). Buenos Aires: Lugar Editorial, 2001.

CAMPOS, Rosana Onocko. Planejamento e razão instrumental: análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde nos anos noventa, no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 723-731, 2000.

———. *O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica*. 2001. Tese (Doutorado) — DMPS/FCM/Unicamp, Campinas.

———. La gestion: espace d'intervention, d'analyse et de spécificités techniques. In: SEMINÁRIO FRANCO-BRASILEIRO DE ANÁLISE INSTITUCIONAL, 1. Paris, 2002. *Anais...*

CASTORIADIS, Cornelius. *A instituição imaginária da sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. 418 p.

———. *As encruzilhadas do labirinto/1*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. 335 p.

CHORNY, Adolfo, 1998. Planificación en salud: viejas ideas en nuevos ropajes. *Cuadernos Médico Sociales*, Rosario, n. 73, p. 5-30, 1998.

FREUD, Sigmund. O mal-estar na civilização. *Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

JOHNSON, Spencer. *Quem mexeu no meu queijo?* Rio de Janeiro: Record, 2001. 107 p.

KAËS, René. Realidade psíquica e sofrimento nas instituições. In: KAËS, R.; BLEGER, J.; ENRIQUEZ, E.; FORNARI, F.; FUSTIER, P.; ROUSSILLON, R. & VIDAL, J. P. (Orgs.). *A instituição e as instituições*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991. p. 1-39.

———. *O grupo e o sujeito do grupo: elementos para uma teoria psicanalítica do grupo*. São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora, 1997. 333 p.

LEFEVRE, Henri. *Lógica formal/lógica dialética*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995. 312 p.

WINNICOTT, D. W. *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa, 1999. 199 p.