



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Rivera, Francisco Javier Uribe; Artmann, Elizabeth
Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 15, núm. 5, 2010, pp. 2265-2274
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63017467002>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa

Planning and management in health: historical and tendencies based on a communicative view

Francisco Javier Uribe Rivera ¹
Elizabeth Artmann ¹

Abstract *This article aims to present a condensed overview of major trends in Brazil, establish a general taxonomy of models of health management and planning, based on the international scene and support the proposal for a communicative planning. In a context of democratization, argues for a pluralistic conception and concludes that the various currents, albeit with different perspectives and referrals theoretical and methodological dialogue in a process of mutual exchange and learning.*

Key words *Health planning, Communicative action, Public health*

Resumo *Este artigo tem por objetivos apresentar uma visão condensada das principais tendências no Brasil, estabelecer uma taxonomia geral dos modelos de planejamento e gestão em saúde, tendo como base o cenário internacional e fundamentar a proposta de um planejamento comunicativo. Em um contexto de democratização, argumenta a favor de uma concepção pluralista e conclui que as diversas correntes, embora com diferentes perspectivas e encaminhamentos teórico-metodológicos, dialogam num processo de troca mútua e de aprendizagem.*

Palavras-chave *Planejamento em saúde, Agir comunicativo, Saúde pública*

¹ Departamento de Administração e Planejamento, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Rua Leopoldo Bulhões 1.480/sala 7, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ.
uribe@ensp.fiocruz.br

Introdução

O planejamento admite uma primeira distinção, dependendo de seu lugar dentro de um sistema social¹⁻³: como substituto do mercado ou forma de regulação global da economia, de caráter imperativo nas sociedades socialistas e com caráter indicativo, no capitalismo, na medida em que o Estado indica rumos, estimula ou desestimula formas de investimento e prioridades, através de instrumentos de política econômica, ancorado na teoria de Keynes⁴.

Ambas as formas de planejamento estão marcadas por dilemas que geram crises e fracassos relativos. No caso do planejamento socialista, verifica-se uma contradição básica entre plano e descentralização. É o predomínio da centralização a causa fundamental da crise deste modelo de planejamento. A crise do planejamento imperativo corresponde à crise de um paradigma normativo, economicista e tecnocrático, típico duma visão do planejamento como instrumento do Estado em situações de concentração de poder. No caso do planejamento indicativo, o problema básico é o confronto entre plano e mercado, com a possibilidade real de uma superação do plano pela lógica do mercado, que responde mais a interesses particulares do que a interesses gerais da sociedade.

Na América Latina, o planejamento econômico e social recebe a influência dessas duas formas. Um maior dirigismo estatal com planejamento é visto como a racionalidade necessária a uma política substitutiva a serviço do crescimento e do desenvolvimento. Esta noção, inicialmente compreendida como mero crescimento econômico, evolui em função de vários determinantes históricos para uma concepção integrada, que incorpora o social. É nesse contexto que surge o método CENDES/OPAS (*Centro de Desarrollo/* Organização Pan-Americana da Saúde) de programação em saúde⁵, principal marco metodológico do planejamento de saúde. Criticado por seu formalismo economicista e complexidade, o método se torna o representante de um tipo de planejamento normativo, preso a um referencial de eficiência econômica e marcado pela omissão dos aspectos políticos inerentes ao processo de planejamento¹⁻³. Este método foi concebido para operar em um contexto caracterizado por um grande controle do Estado e por um grau avançado de integração sistêmica, condições que não se verificam em um setor saúde com uma forte representação do privado e com altas doses de fragmentação. A fraqueza do setor público e a

desconsideração dos aspectos políticos e macro-institucionais envolvidos nos processos de formulação de políticas e planos contribuíram para invalidar parcialmente a proposta do CENDES. Como alternativa para uma visão do planejamento como a busca da maximização de recursos econômicos abstratos, surge o conjunto de vertentes do planejamento estratégico, articuladas pela concepção do planejamento como processo iterativo, que obriga a considerar os vários atores envolvidos e a viabilidade política dos planos⁶⁻⁸.

A partir da crítica ao planejamento como resultante de um único ator, o Estado, desponta uma visão mais plural, segundo a qual a dinâmica estatal e de intervenção social pressupõe situações de compartilhamento de poder, que suscitem a necessidade de planejar em situações de conflito e cooperação entre os atores. Situações de exceção (regimes autoritários) exacerbaram o conflito e a relação de desconfiança reforçou contextos estratégicos. Com a democratização, volta-se a garantir a institucionalização e legitimação dos espaços de participação da sociedade, na interface entre a sociedade civil, a política e o poder administrativo. Num contexto em que vários projetos de sociedade/atores se encontram em confronto constante, além do reconhecimento do conflito e sua tematização, é preciso fortalecer a capacidade de escuta do outro e de interação e negociação. Por isso, afirmamos que uma concepção pluralista e comunicativa do planejamento apresenta maior aplicabilidade.

Este artigo tem por objetivos apresentar uma visão condensada das principais tendências no Brasil, estabelecer uma taxonomia geral dos modelos de planejamento e gestão em saúde, tendo como base o cenário internacional, e fundamentar a proposta de um planejamento comunicativo.

Principais tendências de planejamento/gestão em saúde no Brasil

Paim e Teixeira⁹ buscam identificar as inflexões que marcaram a produção de conhecimento em política, planejamento e gestão no Brasil, considerando as diversas conjunturas políticas e acadêmicas, e concluem que esta produção é marcada pelos desafios que exigem não só conhecimento técnico-científico, mas também militância sociopolítica. Alguns autores¹⁰ adotaram uma periodização que contempla diferentes fases em que os temas são incorporados segundo se apresentam novos desafios na trajetória política, fortemente marca-

da pela Reforma Sanitária e suas diferentes fases de implementação. Outros autores^{3,11} assinalam a existência de quatro correntes de planejamento/gestão em saúde, que não deixam de estar marcadas pelos desafios prático-teóricos e diversidade de influências teórico-metodológicas:

(1) A gestão estratégica do Laboratório de Planejamento (LAPA) da Faculdade de Medicina de Campinas defende um modelo de gestão colegiada e democrática, com as seguintes premissas: forte autonomia, colegiados de gestão, comunicação lateral e ênfase na avaliação para aumentar a responsabilidade. Propõe a utilização de uma “caixa de ferramentas”, que inclui o pensamento estratégico de Testa, o planejamento estratégico-situacional (PES) de Matus, elementos da qualidade total, da análise institucional, entre outros. Esta corrente critica o modelo piramidal da proposta de hierarquização de serviços em prol do modelo do círculo, que enfatiza a coordenação horizontal entre todos os níveis da rede e a centralidade da rede básica de atendimento^{12,13}. Mais recentemente, incorpora, a partir da Saúde Mental, os conceitos de acolhimento e vínculo, ligados à política de humanização¹⁴. Crescentemente preocupada com os microprocessos de trabalho assistencial, a escola introduziu novos instrumentos de análise, como os fluxogramas analisadores¹⁵. É importante citar, ainda, os aportes relacionados ao conceito de clínica ampliada ou do sujeito¹⁶, que integraria o melhor da clínica não degradada, um olhar voltado para a subjetividade dos usuários e outro para seu o contexto social e de Mehry sobre o processo de trabalho médico, que utiliza tecnologias leves, leve-duras e duras¹⁵, destacando-se a importância do componente relacional da tecnologia leve;

(2) O planejamento estratégico comunicativo, representado por núcleos da ENSP/Fiocruz, com base na teoria do agir comunicativo (TAC) de Habermas¹⁷, resgata aspectos comunicativos do planejamento estratégico-situacional¹⁸⁻²³, mas não se limita a ele. Incorpora um enfoque de planejamento/gestão estratégica de hospitais²⁴⁻²⁸ e desenvolve uma reflexão sobre componentes de uma gestão pela escuta, como a liderança, práticas de argumentação, negociação, dimensão cultural, redes de conversação^{21,26,29-31}, com alguma influência da escola da organização que aprende e da filosofia da linguagem aplicada à gestão organizacional³²⁻³⁶. Representa uma crítica ao paradigma estratégico. Também é necessário destacar que a contribuição da ENSP/Fiocruz não se limita ao grupo do “planejamento estratégico comunicativo” referido por Mehry³. Um impor-

tante aporte tem sido feito por pesquisadores que buscam aplicar o referencial da psicossociologia à gestão organizacional e ao desenvolvimento das capacidades de liderança³⁷;

(3) A corrente da Vigilância à Saúde, representada por um grupo heterogêneo do ponto de vista geográfico e institucional, postula um modelo de vigilância à saúde que propõe pensar numa inversão do modelo assistencial³⁸⁻⁴⁰. Este modelo combate a velha atomização dos programas verticais da Saúde Pública e defende a necessidade de integração horizontal dos seus vários componentes. Em grande parte, esta possibilidade de coordenação se apoia na aplicação do PES no processamento de problemas transversais. A Vigilância à Saúde se caracterizaria por este tipo de integração, mas também pela busca de uma atuação intersetorial, na linha da promoção à saúde, que seria o paradigma básico da vigilância, alternativo ao paradigma flexneriano da clínica. Contemplaria como um dos seus alicerces assistenciais a rede básica de atendimento e primordialmente o modelo de médico de família. Uma das principais contribuições da escola é a proposta de sistemas de microrregionalização solidária, como célula de um sistema regionalizado que avance na possibilidade de constituir sistemas integrados de saúde por oposição aos sistemas fragmentados. A este respeito, é importante destacar a contribuição de Mendes⁴¹ no planejamento e montagem de redes de atenção à saúde;

(4) A escola da ação programática da Faculdade de Medicina da USP destaca-se pela ênfase a formas multidisciplinares de trabalho em equipe. Sustenta a necessidade de uma abertura programática por grupos humanos amplos, para além de um recorte por patologias. Enseja assim condições para uma abordagem mais integrada e coordenada do atendimento. Atribui, tal como na escola da vigilância, uma importância crucial ao uso inteligente da epidemiologia clínica e social, como disciplina útil na possibilidade de programação das práticas de serviços, incluindo os clínicos. Alguns autores⁴²⁻⁴⁴, da mesma forma que a corrente da ENSP, mostram uma preocupação importante pelo ramo da filosofia da linguagem dentro da vertente comunicativa de Habermas. Considera que a busca da integração entre serviços básicos e hospitalares depende basicamente do estabelecimento de processos comunicativos. Esta escola tem se diferenciado, ainda, pelas reflexões sobre o processo de trabalho em saúde. É relevante a análise de Schraiber⁴⁴ sobre as características do trabalho médico, enquanto um duplo técnico e humano: um saber e uma forma de

intervenção tecnológica e uma forma de interação ou de agir comunicativo.

É importante destacar a contribuição específica do Instituto de Medicina Social da UERJ, que se refere ao desenvolvimento de um laboratório de integralidade, que produziu um grande volume de trabalhos sobre o tema inseridos na área de gestão de redes em Saúde⁴⁵.

Enfoques metodológicos de planejamento: panorama internacional

Inicialmente, identificam-se dois grandes modelos: o primeiro, o planejamento baseado no enfoque problema-solução, correspondente ao planejamento estratégico-situacional e ao enfoque de planejamento da qualidade total, e, um segundo, o planejamento estratégico a partir de cenários, no qual se destaca o modelo da perspectiva estratégica de Godet⁴⁶. No primeiro, temos um modelo de planejamento que vai do presente para o futuro. No segundo, um enfoque que transita do futuro para o presente.

Embora existam similaridades entre os instrumentos do PES e da qualidade total na explicação dos problemas, esses enfoques são bastante diferentes. Em um contraponto entre os dois, Rivera⁴⁷ assinala que o método da qualidade total difere do PES pela ausência de análise estratégica dos atores do plano e pela falta do cálculo de cenários.

A gestão pública por resultados⁴⁸ defende a necessidade de explorar os dois enfoques, correspondendo a um modelo misto. O PES se diferencia da perspectiva de Godet, mas também contempla no momento normativo uma análise de cenários, embora simplificada. Apresenta, ainda, forte correlação com a gestão pública por resultados, pois é desenhado para a administração pública centrada na avaliação por resultados.

Outro enfoque importante no campo corporativo é de Porter⁴⁹, com adaptações para o campo da saúde²⁴. Apoia-se na análise estratégica das vantagens comparativas dos vários segmentos de produção. Embora a categoria segmento seja o ponto de partida, permite problematizar e tem um conteúdo prospectivo que corresponde à análise do valor ou do grau de atratividade dos segmentos em função da análise do ambiente externo específico a cada um deles, ao lado da análise da outra variável representada pelos fatores-chave de sucesso (FCS) de cada atividade.

Mintzberg⁵⁰ estabelece uma diferenciação entre estratégia e planejamento. A estratégia seria o

fruto de uma análise da alta gerência, a partir dum cálculo de síntese, baseado na intuição, na experiência e na necessidade imediata da ação. O planejamento, como cálculo analítico, seria um desdobramento operacional da estratégia. O perigo desta visão é recair numa concepção autoritária e centralizadora da estratégia, que se opõe a uma visão de planejamento comunicativo, na qual a estratégia é fruto da negociação entre atores plurais.

Este autor permite, porém, ressaltar a importância de funções cruciais do planejamento, como de comunicação e de controle de resultados, e de funções dos planejadores, dentre elas, a função de analistas estratégicos e de catalisadores da formação das estratégias e planos. No processo de aprendizagem, os planejadores teriam uma função importante, difundindo teorias, enfoques e métodos, apropriados pelos agentes organizacionais e utilizados nos cálculos estratégicos e operacionais, realizados ao interior de processos de negociação e de tomada de decisão da assim chamada gestão do cotidiano, que redundam em estratégias emergentes. Este último conceito, diferente do conceito de estratégia pretendida pela cúpula, chama a atenção para a possibilidade de um processo participativo e real de formação da estratégia, não dissociada do operacional, que situa o planejamento como instrumento de aprendizagem. Seriam padrões que surgem em determinados setores da organização, no processo de busca de soluções e se tornam modelos. No entanto, para que aconteça uma inflexão estratégica importante que ultrapasse o incrementalismo, é necessário que este processo de aprendizagem se apoie em teorias, métodos e enfoques que induzam a pensar globalmente a organização, incluindo a necessidade de uma boa análise do ambiente externo, de uma formulação coletiva de prioridades e de uma definição de um esquema de pertença a redes amplas. Haveria também a necessidade de articulação de uma estratégia pretendida prospectiva que reagisse às estratégias emergentes de maneira construtiva no sentido de influenciá-las e de ser influenciada por elas. Antecipação é fundamental especialmente em contextos de mudança veloz.

Os tipos ideais de organizações de Mintzberg⁵¹ ajudam a pensar o contexto organizacional da saúde onde há forte predominância da autonomia dos centros operadores devido a um saber especializado, o que exige comunicação intensiva com a finalidade de prover formas de autoconhecimento e insumos para a formulação coletiva de uma visão estratégica. A função de

catalisador dos planejadores (estimulando processos de aprendizagem coletiva) e a função de comunicação dos planos e dos processos de formulação dos mesmos se destacam neste processo específico⁵⁰.

Há nesta fundamentação de um planejamento mais informal, exigente em comunicação e em reconhecimento mútuo, elementos da proposta da escola da organização que aprende³⁴. Esta assume o planejamento como instrumento de aprendizagem e, especificamente, o planejamento de cenários como um diálogo, que permitiria trazer à tona e discutir os modelos mentais que presidem as narrativas de futuro, facilitando a obtenção de consenso a partir dos pressupostos básicos da construção de futuros.

O planejamento comunicativo

O planejamento comunicativo representa um contraponto aos enfoques de planejamento estratégico em saúde, tendo por referência a teoria do agir comunicativo (TAC) de Jurgen Habermas¹⁷ e se insere no campo da filosofia da linguagem, dentro de uma perspectiva pragmática baseada em grande parte na teoria dos atos de fala de Austin³² e Searle³³. A partir da identificação de limitações destes enfoques estratégicos, dentre as quais se destacam a visão instrumental e quantitativa do poder, a sobrevalorização das situações do conflito implicando uma visão reificada do outro, a ausência de maior aprofundamento analítico da dimensão da cultura, o insuficiente tratamento da estratégia de negociação cooperativa e uma discussão ainda instrumental do fenômeno da liderança^{11,21}, buscou-se desconstruir o planejamento estratégico e propor uma versão mais comunicativa conduzida pela busca do entendimento e pela preocupação com a legitimidade dos planos. Estas áreas definem desafios metodológicos importantes e se transformam em questões norteadoras e protocolos de pesquisa e investigação. Com base em Habermas, busca-se explorar os elementos comunicativos, os quais, embora presentes na obra de Matus e Testa, encontram-se ainda insuficientemente aprofundadas^{18-23,26}.

Na perspectiva de fundamentar um modelo comunicativo, é importante salientar que autores tradicionais do planejamento estratégico como Testa⁶ e Matus^{7,8,52} se preocuparam em inserir elementos comunicativos no planejamento, a partir dos aportes de Habermas, Toulmin, Austin, Searle e Flores, entre outros. Testa atribui à comunicação, com base em Habermas, a função de produ-

zir consenso e sustenta que “[...] o plano só tem sentido na medida em que proporciona uma linguagem e uma estrutura comunicativa na qual o povo debate sua história e seu futuro⁶”. Para Matus⁵², o plano é uma aposta argumentativa, cuja confiabilidade depende de um exame apurado das condições de vulnerabilidade dos argumentos implícitos na definição do modelo de explicação causal dos problemas, do plano normativo de operações e do modelo de análise estratégica do momento normativo. Para o autor, o plano é ainda um conjunto de atos de fala ou um conjunto de módulos comunicacionais, em que cada ato de fala comporta critérios de validação característicos, que devem ser considerados nos processos argumentativos que visam ao resgate de pretensões específicas. Por fim, o autor, analisando os tipos de liderança, estabelece uma ligação clara entre o modelo maquiavélico de liderança e a racionalidade estratégica e o modelo de Ghandi e a racionalidade do acordo comunicativo, fazendo eco à tipologia da teoria da ação habermasiana e reafirmando a dimensão comunicativa dos processos de condução.

O PES, enquanto uma análise situacional de problemas, comporta uma tendência para o estabelecimento de nexos ou transversalidades, que ajuda a costurar redes⁵³. Em função disso, a escola da vigilância à saúde defende o uso do PES, de modo a superar a visão arcaica de programas verticais e promover um sistema em rede, que articule a promoção.

Austin³² e Searle³³ questionam a visão representacional e passiva da linguagem, restrita à nomeação de objetos de um mundo ontológico, e propõem uma visão pragmática, segundo a qual os atos de fala são formas de ação que criam novas realidades no mundo. Ambos os autores estabelecem uma taxonomia dos atos de fala, em que podemos citar as declarações, as afirmações, as petições e os compromissos, dentre outros.

No campo da gestão organizacional, Flores³⁵ e Echeverria³⁶ se apropriam da teoria dos atos de fala desses autores, aplicando-a diretamente a uma nova compreensão linguística das organizações. Matus⁷ aplica-a na compreensão do plano como compromissos de ação. Estes autores realizam uma mediação entre uma metateoria - o agir comunicativo - e a gestão organizacional, considerando as ligações entre Habermas e a pragmática de Austin e Searle. Flores³⁵ é um dos primeiros autores a entender as organizações como redes de conversações. Esta compreensão supõe que a organização responde, em última análise, a uma petição ou demanda social do ambiente ex-

terno e que, internamente, ela se configura como uma rede predominantemente de petições e compromissos, apoiada nas afirmações e declarações. Estas últimas fundam ou criam as organizações. Os nós desta rede corresponderiam a especializações em determinados compromissos com conversações nitidamente recorrentes.

Para Rivera²⁰, a teoria social habermasiana aplicada ao campo das organizações refere uma visão dual de sociedade, configurada por duas perspectivas de análise relacionadas dialeticamente: o mundo da vida e o sistema. Esta visão opera como pano de fundo para o entendimento do fenômeno organizacional a partir de uma metáfora múltipla, que incorpora elementos do enfoque sistêmico e contingencial, assim como elementos do paradigma da ação, que acentua o lado da organização como construção social de atores, de natureza dialógica. Dentro deste marco interpretativo que destaca o múltiplo, a própria metáfora da cultura destaca-se como uma compreensão importante da organização e, neste caso, é vista como dimensão fundamental do conceito de mundo da vida da teoria social de Habermas, ou seja, como o conjunto de configurações simbólicas da tradição organizacional que serve de base ou de pré-compreensão para os processos de percepção e intervenção organizacionais³⁰.

Na busca de respostas às lacunas observadas nos enfoques de planejamento, apontam-se desenvolvimentos específicos sobre a negociação cooperativa e o diálogo²¹, utilizando como referências “o modelo de negociação baseado em princípios”, de Fisher, Ury e Patton⁵⁴, de Harvard, e os protocolos de diálogo, de indagação e argumentação, apresentados por Senge⁵⁴. As contribuições de autores como Thévenet⁵⁵ e Schein⁵⁶ nas reflexões sobre métodos de ausculta cultural, passível de ser utilizada em pesquisas desenvolvidas em organizações profissionais⁵¹, permitem discutir as relações entre cultura, gestão e mudança organizacional, no contexto da saúde. O campo da liderança, instância facilitadora da aprendizagem coletiva, também se mostra promissor^{21,29}.

O enfoque habermasiano representa uma proposta profícua para entendermos como os agentes sociais coordenam a ação e se organizam como sociedade. A coordenação enquanto fenômeno linguístico corresponde ao reconhecimento feito por Habermas de uma forma de ação social, o agir comunicativo, que representa uma alternativa ao agir estratégico e que permitiria a coordenação dos agentes sociais através do entendimento linguisticamente mediado. Entendendo a linguagem como um conjunto de atos de

fala que operam como pretensões de validade ou proferimentos que podem ser aceitos ou não, o agir comunicativo seria uma forma de produção linguística de consensos naturais (acríticos) ou argumentativos (discursivos) sobre pretensões. Diferentemente da coordenação viabilizada pelo agir comunicativo, o agir estratégico seria uma forma de coordenação da ação de mais de um agente, com base em seus interesses particulares condicionados pelas esferas do poder e do mercado. Este agir pode se ancorar indiretamente em atos de fala, utilizando-se de argumentos empíricos e coercitivos, mas não seria uma coordenação baseada no entendimento. Este conceito de coordenação da ação de natureza comunicativa se revela um instrumento poderoso para compreensão da lógica da coordenação de serviços de saúde, dentro da imagem-objetivo dos sistemas integrados de saúde³¹.

Lima^{31,57} analisa a coordenação de serviços de saúde a partir de um modelo construído a partir da lógica do agir comunicativo e baseado na interrelação entre interdependência, coordenação e integração, cujo eixo estruturante é uma rede dinâmica de conversações que se estabelece entre os distintos atores que interagem no sistema. A ideia de rede de conversações^{35,36} como operadora da atividade de coordenar interdependências e promover integração fornece uma oportunidade de análise a partir das conversações que se estabelecem nas distintas dimensões de integração do sistema. O autor rastreia as redes de conversações que se estabelecem a partir de determinados rompimentos (*quiebres*) na experiência analisada de um SAMU (serviço de atendimento móvel de urgência) regional, identificando os atos de fala predominantes nestas redes: juízos, afirmações, declarações, ofertas, promessas e os principais grupos de atores envolvidos nos fluxos de conversação catalogados, assim como as possibilidades de encaminhamento positivo dos rompimentos em termos de compromissos.

A partir de Searle³³, Flores³⁵ e Echeverria³⁶ assumem que os atos de fala em geral correspondem a formas de compromisso social, na medida em que os sujeitos que proferem estes atos se obrigam a determinados compromissos. Por exemplo, quem faz uma promessa, assume os compromissos da sinceridade, da consistência e da responsabilidade. Quem faz afirmações, por outro lado, obriga-se a apresentar evidências ou testemunhas que avalizem a descrição de situações de fatos.

Esta concepção da linguagem como compromisso social foi explorada por Rivera e Artmann²⁹

para fundamentar uma nova compreensão do fenômeno da liderança, apoiada em boa medida em reflexões prévias de Flores. Nesta moldura, a liderança surge como um juízo estabelecido pela comunidade acerca do grau de cumprimento dos compromissos sociais inerentes aos atos de fala da liderança e aos seus atos derivados. Assim, uma liderança inconsistente e pouco responsável no plano dos seus atos compromissários tende a perder níveis de confiança e a se enfraquecer, considerando que a responsabilidade, a consistência e a sinceridade são os critérios de validade dos compromissos. Esta linha de análise representa outra vertente de aplicação do paradigma da linguagem à gestão organizacional, que pode oferecer possibilidades importantes no campo da pesquisa.

No Brasil, diversos autores^{16,30,44,58} destacam a importância que assume a comunicação no desenvolvimento de cuidados de saúde de natureza mais integral, de uma cultura de humanização que permeie as políticas e cuidados de saúde e, dentro da perspectiva da humanização do cuidado, de um sistema de acolhimento dos pacientes marcado por um relacionamento ético e por uma perspectiva receptiva e integradora.

Campos¹⁶ propõe uma clínica ampliada, que articularia o melhor da clínica não degradada, o resgate da subjetividade do usuário e seu sofrimento com a preocupação com o contexto social do sujeito doente. Esta clínica seria uma conjugação de saber tecnológico e agir comunicativo e incorporaria um enfoque de educação em saúde ou de promoção voltado para aumentar a capacidade de autonomia dos sujeitos que adoecem.

Peduzzi⁴³ trabalha especificamente a questão do desenvolvimento de equipes multiprofissionais de saúde como condição de possibilidade de um atendimento integral, a ser verificado já no acolhimento primário do paciente. Para a autora, esta equipe deveria assumir, a partir de Habermas, a feição de uma equipe-interação, articulada pela comunicação, com um nível de reconhecimento expressivo entre os participantes e com a possibilidade de refletir e definir um projeto assistencial comum.

Teixeira⁵⁸ entende o sistema de acolhimento como uma rede de conversações. O conceito chave do autor é o de acolhimento-dialogado, que possui uma dimensão primária de aceitação moral de uma demanda do paciente e a dimensão de um diálogo voltado para o reconhecimento das necessidades trazidas pelo paciente e das formas de intervenção, que implicam eventualmente o encaminhamento do paciente para o nível de complexidade tecnológico mais adequado dentro do sistema.

Neste sentido, o acolhimento é uma conversa que objetiva também a distribuição do paciente pelos vários pontos de atenção. Na medida em que diferentes saberes são insuficientes, há a necessidade de equipes e de uma interconexão entre os serviços. O conceito de acolhimento como rede conversacional corresponde à possibilidade de interconexão entre saberes, categorias profissionais e pontos de atenção em saúde, que condensam conversações especializadas ou recorrentes e diferenciadas. O acolhimento não se refere apenas à relação profissional-usuário, mas se refere ao acolhimento entre profissionais e serviços, como dinâmica de vínculos dialógicos entre profissionais e instâncias diferentes, mas interdependentes.

Artmann e Rivera³⁰ desenvolvem uma discussão sobre a política de humanização na sua relação com uma cultura da comunicação, assumida como premissa para o sucesso dessa política. Os autores sustentam que é possível falar em humanização, apesar das dificuldades para sua implantação como política. Isto se deve ao desenvolvimento de um padrão cultural nas organizações profissionais de saúde com traços emergentes de uma cultura que preza o trabalho em equipes e em redes solidárias, e um modelo de gestão mais colegiado e participativo que dê conta da articulação entre os diferentes saberes em pauta. A reflexão é de que enfoques e modelos de gestão comunicativa seriam capazes de reforçar o desenvolvimento de coletivos participativos, em que se problematize a qualidade do atendimento à saúde.

Estes autores, entre outros, contribuem para estabelecer uma sólida vinculação entre políticas e práticas de saúde e agir comunicativo. Já autores como Fleury e Ouverney⁵⁹ aplicam o paradigma das redes à organização de sistemas regionais de saúde, referindo-se à necessidade de um consenso comunicativo para a ação coordenada e interdependente dos serviços. Para eles, as redes se caracterizam como sistemas não hierárquicos, essencialmente cooperativos, intensivos em informação e comunicação, em que se destaca a permanente busca de reconhecimento do outro.

Destacam-se, ainda, estudos que apontam para a possibilidade de um entendimento comunicativo do enfoque *démarche* estratégica, reforçando o objetivo fundamental da perspectiva de colaboração em redes estabelecidas através de parcerias entre hospitais e outros serviços²⁶⁻²⁸.

Uma contribuição importante para a perspectiva da negociação se refere à produção sobre a escuta³⁶, tida como uma capacidade básica da aprendizagem, ligada em primeiro lugar à dimensão da indagação. Escutar e saber indagar são

capacidades extremamente importantes para um modelo de negociação, junto à dimensão da argumentação ou fala propositiva.

A teoria da argumentação pode ser trabalhada a partir de autores como Toulmin⁶⁰, responsável pela elaboração de um modelo de análise crítica dos argumentos, tendo como base uma lógica informal, prática, e o modelo da jurisprudência e Perelman⁶¹, representante da escola da nova retórica, com uma contribuição decisiva no tocante ao desenvolvimento de técnicas discursivas.

Este desafio de aprofundar modelos de negociação é coerente a partir da perspectiva do planejamento em organizações profissionais⁵¹ e em contextos políticos de compartilhamento do poder. Por último, salientamos as várias complementaridades entre as diferentes escolas de planejamento identificadas, dentre as quais podemos destacar: (a) um componente comunicativo comum entre a clínica ampliada de Campos¹⁶,

a perspectiva de Ayres⁴² e Schraiber⁴⁴ da chamada ação programática em Saúde e o enfoque do planejamento comunicativo da ENSP; (b) o resgate do planejamento situacional por parte da Vigilância de Saúde na construção das transversalidades típicas de um enfoque de trabalho a partir de problemas e na fundamentação da promoção correspondente a um modelo de gestão de redes, que, como assinalado, baseia-se na co-operação e no intercâmbio comunicativo; (c) o acolhimento-diálogo de Teixeira⁵⁷, lido numa perspectiva de reforçar modelos de gestão comunicativa³⁰ e (d) o resgate comunicativo do planejamento e da concepção linguística das organizações de Flores por parte de Cecilio¹².

Podemos concluir, portanto, que as diversas correntes, embora com diferentes perspectivas e encaminhamentos teórico-metodológicos, dialogam num processo de troca mútua e de aprendizagem.

Referências

1. Rivera FJU, organizador. *Planejamento e programação em Saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco; 1989.
2. Giovannella L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de Saúde na América Latina. *Cad Saude Publica* 1991; 7(1): 26-44.
3. Mehry EE. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates sobre planejamento de saúde no Brasil. In: Gallo E, organizador. *Razão e planejamento. Reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1995.
4. Keynes JM, Kalecki M. *Os pensadores*. São Paulo: Abril Cultural; 1978.
5. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. *Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud*. Washington, D.C: Cendes-Venezuela, 1965. [Publicación científica nº 111]
6. Testa M. Estrategia, coherencia y poder en las propuestas de salud. *Cuadernos Médico-Sociales* 1987; 38 (1ª parte) y 39 (2ª parte).
7. Matus C. *Política, planejamento e governo*. Brasília: IPEA; 1993.
8. Matus C. *Adeus, Sr. Presidente. Governantes e governados*. São Paulo: FUNDAP; 1997.
9. Paim JS, Teixeira CF. Política, Planejamento e gestão em Saúde: balanço do estado da arte. *Rev. Saude Publica* 2006; 40(N Esp):73-78.
10. Levcovitz E, Baptista TWV, Uchoa SAC, Nespoli G, Mariani M. *Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em Saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000)*. Brasília: OPAS; 2003. [Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas de Serviços de Saúde nº 2]
11. Rivera FJU, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. *Cien Saude Colet* 1999; 4(2):355-365.
12. Cecilio LCO, organizador. *Inventando a mudança na saúde*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997.
13. Cecilio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad Saude Publica* 1997; 13(3):469-478.
14. Merhy E, Magalhães Junior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno W. *O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
15. Merhy E, Onocko R, organizadores. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997.
16. Campos GWS. *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec; 2003.
17. Habermas J. *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid: Taurus; 1987.
18. Artmann E. *O planejamento estratégico situacional: a trilogia matusiana e uma proposta para o nível local de saúde (uma abordagem comunicativa)*. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 1993.

19. Artmann E. Interdisciplinaridade no enfoque inter-subjetivo habermasiano: reflexões sobre planejamento & AIDS. *Cien Saude Colet* 2001; 6(1):183-195.
20. Rivera FJU. *Agir comunicativo e planificação social (uma crítica ao enfoque estratégico)*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.
21. Rivera FJU. *Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
22. Kopf AW, Hortale VA. Contribuições dos sistemas de gestão de Carlos Matus para uma gestão comunicativa. *Cien Saude Colet* 2005; 10(supl):157-165.
23. Heredia-Martínez HL, Artmann E, Porto SM. Enfoque comunicativo del Planeamiento Estratégico Situacional en el nivel local: salud y equidad en Venezuela. *Cad Saude Publica* 2010; 26 (6):1194-1206.
24. Crémadez M, Grateau F. *Le management stratégique hospitalier*. Paris: Interditions; 1997.
25. Rivera FJU. A démarche stratégique: a metodologia de gestão do Centro Hospitalar Regional Universitário de Lille, França. *Cad Saude Publica* 1997; 13(1):73-80.
26. Artmann E. *Démarche stratégique (Gestão estratégica hospitalar): um enfoque que busca a mudança através da comunicação e da solidariedade em rede*. Campinas: UNICAMP; 2002.
27. Artmann E, Rivera FJU. A démarche stratégique (gestão estratégica hospitalar): um instrumento de coordenação da prática hospitalar baseado nos custos de oportunidade e na solidariedade. *Cien Saude Colet* 2003; 8(2):479-499.
28. Andrade MAC, Artmann E. Démarche estratégica em unidade materno-infantil hospitalar. *Rev. Saude Publica* 2009; 43(1):105-114.
29. Rivera FJU, Artmann E. A liderança como inter-subjetividade linguística. *Interface Botucatu* 2006; 10(20):411-426.
30. Artmann E, Rivera FJU. Humanização no atendimento em saúde e gestão comunicativa. In: Deslandes SF, organizadora. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
31. Lima JC, Rivera FJU. Agir comunicativo, redes de conversação e coordenação em serviços de saúde: uma perspectiva teórico-metodológica. *Interface Botucatu* 2009; 13(31):329-342.
32. Austin J. *How to do things with words*. Oxford: Oxford University Press; 1962.
33. Searle JR. *A taxonomy of illocutionary acts in language, mind and knowledge*. Minneapolis: University of Minnesota Press; 1976.
34. Senge PM, compilador. *La quinta disciplina en la práctica. Estrategias y herramientas para construir la organización abierta al aprendizaje*. Barcelona: Granica; 1995.
35. Flores F. *Inventando la empresa del siglo XXI*. Santiago: Hataché; 1989.
36. Echeverría R. *Ontología del lenguaje*. Santiago: Dolmen; 1997.
37. Azevedo CS, Braga Neto FC, Sá MC. Indivíduo e a mudança nas organizações em saúde: contribuições da psicossociologia. *Cad Saude Publica* 2002; 18(1):235-247.
38. Teixeira CF. A construção social do Planejamento e programação local da vigilância a saúde no Distrito sanitário. In: Mendes EV, organizador. *Planejamento e programação da Vigilância da Saúde no distrito sanitário*. Brasília: OPS; 1994. [Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde nº 13]. p. 43-59.
39. Teixeira CF, Paim JS. Planejamento e programação das ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. *RAP* 2000; 34:63-80.
40. Mendes EV, organizador. *A construção social da vigilância à saúde no distrito sanitário*. Brasília: OPS; 1993. [Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde nº 10]
41. Mendes EV. *As redes de atenção à Saúde*. Belo Horizonte: ESP-MG/Autêntica Editora; 2009.
42. Ayres JRC. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Cien Saude Colet* 2005; 10(3):549-560.
43. Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA, organizadores. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/CEPESC/Abrasco; 2007.
44. Schraiber LB. *O médico e suas interações. A crise dos vínculos de confiança*. São Paulo: Hucitec; 2008.
45. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/CEPESC/Abrasco; 2006.
46. Godet M. *Manual de prospectiva estratégica: da antecipação à ação*. Lisboa: Publicações Dom Quixote; 1993.
47. Rivera FJU. Planejamento estratégico-situacional ou controle de qualidade total em saúde? Um contraponto teórico-metodológico. *Cad FUNDAP* 1996;19:25-46.
48. Trosa S. *Gestão pública por resultados*. Brasília: ENAP/Revan; 2001.
49. Porter M. *Choix stratégiques et concurrence*. Paris: Economica; 1980.
50. Mintzberg H. *Ascensão e queda do planejamento estratégico*. Porto Alegre: Bookman; 2004.
51. Mintzberg H. *Structure et dynamique des organisations*. Paris: Éditions d'Organisation; 1982.
52. Matus C. *Teoria do jogo social*. São Paulo: FUNDAP; 2005.
53. Rivera FJU, Artmann E. Promoção da saúde e planejamento estratégico-situacional: intersectorialidade na busca de uma maior governabilidade. In: Czeresnia DF, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
54. Fisher R, Ury W, Patton B. *Como chegar ao sim. A negociação de acordos sem concessões*. Rio de Janeiro: Imago; 1982.
55. Thevenet M. *Audit de la culture d'entreprise*. Paris: Éditions d'Organisation; 1986.
56. Schein E. *Guia da sobrevivência da cultura corporativa*. Rio de Janeiro: José Olympio; 1999.
57. Lima JC, Rivera FJU. Redes de conversação e coordenação de ações de saúde: estudo em um serviço móvel regional de atenção às urgências. *Cad Saude Publica* 2010; 26(2):323-336.

58. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. ***Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde***. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco; 2003. p.89-111.
59. Fleury S, Ouverney AM. ***Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde***. Rio de Janeiro: FGV; 2007.
60. Toulmin S. ***Os usos do argumento***. São Paulo: Martins Fontes; 2001.
61. Perelman C, Tyteca OL. ***Tratado de argumentação. A nova retórica***. São Paulo: Martins Fontes; 2005.