

# Saúde e planejamento: novos paradigmas\*

JUAN STUARDO YAZLLE ROCHA\*\*

**SUMÁRIO:** 1. Introdução; 2. O planejamento em saúde na América Latina; 3. Tendências atuais do planejamento em saúde; 4. A mudança dos paradigmas da saúde e do planejamento; 5. Os novos paradigmas da saúde e do planejamento.

**PALAVRAS-CHAVE:** saúde; planejamento; políticas sociais; reformas da saúde.

Após uma breve revisão dos modelos de planejamento em saúde na América Latina e de suas tendências mais recentes, este artigo discute as transformações sociais e políticas que propõem a redefinição do modelo de Estado e a reformulação das políticas sociais. O artigo compara as reformas da saúde nos principais países europeus com as propostas para o setor no Brasil e analisa os novos paradigmas da saúde e do planejamento: planejar agora exige conhecimento da articulação da saúde com a realidade social e da nova dinâmica do setor.

## **Health and planning: new paradigms**

After a brief review of health planning in Latin America and its current trends, this article discusses the social and political changes that propose the redefinition of the State's model and the reformulation of social policies. The article compares health reforms in the most important European countries with the proposals for this sector in Brazil, and analyzes the new health and planning paradigms: planning now demands knowledge of how health articulates with social reality, as well as that of the sector's new dynamics.

## **1. Introdução**

O planejamento como instrumento para dirigir processos de mudança, seja nos serviços públicos, seja em empresas privadas, vem ganhando relevância,

---

\* Este artigo foi desenvolvido com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

\*\* Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP).

mesmo em tempos de políticas neoliberais, pois, apesar da ênfase no mercado como regulador da produção e consumo de bens e serviços, é cada vez maior a necessidade de melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas. Embora alguns setores sociais propugnem publicamente a redução da intervenção do Estado na sociedade (vide crise do *Welfare State*), não se questiona a função pública na área da proteção, promoção e recuperação da saúde em países onde a maioria da população tem baixa renda. O que se questiona é, entre outras coisas, a baixa eficiência do setor, o nível dos investimentos, os mecanismos de controle dos prestadores e o modelo assistencial vigente, temas que remetem à necessidade de racionalizar o sistema de saúde, de instituir mecanismos de controle eficazes e democráticos. O planejamento é o instrumento que busca o conhecimento de uma realidade, integrando diferentes aspectos numa idéia síntese, de forma a permitir intervenções mais seguras voltadas para as metas desejadas.

## 2. O planejamento em saúde na América Latina

O planejamento, segundo Pereira (1970), é um instrumento das ciências sociais, desenvolvido na fase pós-concorrencial do sistema capitalista, e teria o objetivo de controlar os processos de mudança. Corresponde, portanto, a um instrumento de controle social, inovador (práxis inovadora) por oposição aos controles repetitivos (práxis repetitiva). Foi aplicado inicialmente com o objetivo de controlar as crises do sistema capitalista (manter a eunômia) nos países centrais, na década de 30, e de promover o desenvolvimento na América Latina, após a II Guerra Mundial. Logo se percebeu, na periferia do sistema, que o almejado desenvolvimento não ocorreria se os setores sociais não fossem incorporados ao planejamento. Por esse motivo, na Reunião de Ministros de Punta del Este, em 1961, os países do continente assumiram o compromisso de trabalhar pelo desenvolvimento econômico-social (Kornis, 1988; Opas, 1973).

A Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) foi solicitada a promover o desenvolvimento de uma metodologia de planejamento em saúde. Foi assim que, com a colaboração do Centro de Estudos para o Desenvolvimento (Cendes) da Universidade Central da Venezuela, foi elaborado um documento, em 1964, acerca dos problemas conceituais e metodológicos do planejamento em saúde. Todavia, ele se tornaria mais conhecido por conter uma proposta de programação de saúde local, elaborada técnica e metodologicamente, que ficaria conhecida como Cendes/Opas (Opas, 1965).

Recebida com grande expectativa e esperança, a proposta logo apresentaria uma série de limitações, não se adaptando às condições vigentes na maioria dos países latino-americanos: pressupunha sistemas de saúde inte-

grais, enquanto todos os países tinham uma estrutura dicotômica no setor — ministérios da saúde e da previdência (ou seguridade) social; foi criada para estimular o planejamento local, quando prevalecia, nos países do continente, a administração centralizada; exigia governos fortes com propostas claras no setor, enquanto predominavam governos fragilizados por conflitos sociais, sem opções prioritárias por esta área, entre outros problemas. Todavia, promoveu a implantação definitiva de alguns conceitos como *danos, instrumentação, eficácia, rendimento, normatização* etc.

Outra limitação importante deste modelo de programação em saúde residia no seu caráter economicista e normativo (Matus, 1989), fato sentido e logo apontado por estudiosos e trabalhadores do setor. Coerente com a corrente sociológica à qual se filia, o positivismo durkheimiano, interpreta a realidade através dos fatos sociais, tratados como coisas, excluindo os aspectos subjetivos dos atores sociais.

Diante das “falhas” apontadas procurou-se, na década seguinte, incorporar elementos teóricos e metodológicos que permitissem elaborar os conflitos e as divergências nas propostas de saúde, a fim de viabilizar a implementação de políticas. Com esse propósito, a Organização Pan-Americana de Saúde, através do Centro Panamericano de Planificación de la Salud (Santiago, Chile), promoveu estudos e a elaboração de um novo documento, *Formulación de políticas de salud*, divulgado de forma restrita em 1975. Sua grande contribuição consistiu na incorporação da análise política ao planejamento, a partir das concepções weberianas do Estado e da política. O momento histórico da sua elaboração é o dos governos burocráticos e autoritários na maioria dos países da América Latina, quando os conflitos e divergências se expressavam, muitas vezes, através do confronto entre forças militares e guerrilha. O documento constitui um modelo para *compreender* a perspectiva dos diferentes atores sociais na tentativa de obter consenso entre valores divergentes e conciliação entre opositores, enfatizando a necessidade da negociação, com concessões entre as partes, a fim de construir projetos com viabilidade política. O *querer* na área da saúde representa-se na imagem-objetivo que se deseja alcançar dentro do processo social.

A tentativa de incorporar ao planejamento em saúde questões político-sociais daria origem, no início da década de 80, ao planejamento estratégico (Giovanella, 1991), que se desdobraria em duas vertentes: o planejamento estratégico situacional, cujo expoente maior é Carlos Matus, e o pensamento estratégico, desenvolvido por Mário Testa.

Matus partiu de uma crítica implacável ao planejamento normativo, principalmente porque este desconhece os outros atores sociais que determinam o fluxo dos acontecimentos. Desenvolveu uma concepção particular da estrutura e dinâmica da sociedade, dividida em genoestrutura e fenoestrutura, que, embora assemelhada às interpretações funcionalista e marxista, com elas não se confunde. Incorporou conceitos positivos do planejamento norma-

tivo e pretende ter desenvolvido uma metodologia de *instrumentação* da política (Matus, 1987 e 1989).

Testa elaborou seu pensamento estratégico desde uma perspectiva marxista, concebendo a sociedade dividida em classes antagônicas, dominantes e dominados, e fixando como alvo principal a luta *contra-hegemônica*, onde o avanço político permitiria ocupar espaços de poder (Testa, 1989 e 1992). Também incorporou elementos “clássicos” do planejamento normativo, aos quais tentou agregar conceitos da epidemiologia social latino-americana: a concepção da saúde-doença como produto da condição de vida e trabalho da população.

Em trabalho anterior (Rocha, 1992), demonstramos que cada um destes modelos de planejamento em saúde na América Latina, ao procurar desenvolver o conhecimento da realidade, promoveu um tratamento diferente do social, caracterizando-se cada um por uma filiação teórica e metodológica diferente entre as correntes do pensamento sociológico. Não representam o desenvolvimento de um modelo, mas sim a procura por caminhos diferentes de soluções para problemas específicos não resolvidos nas propostas existentes. Esses modelos contêm concepções diversas, às vezes até antagônicas, a respeito do Estado, da política e, como demonstrado por Pereira (1970), também em relação ao conhecimento e à história. A tendência no planejamento em saúde, até o final dos anos 80, foi procurar conciliar perspectivas sociológicas divergentes ou opostas, através de um ecletismo arriscado mas com poucos resultados no plano teórico-metodológico.

### 3. Tendências atuais do planejamento em saúde

A produção acadêmica na área do planejamento em saúde vem-se enveredando, desde o início dos anos 90, na tentativa de incorporar outras perspectivas sociológicas de interpretação da realidade social, principalmente no referente à compreensão da origem do poder e à determinação da política, alterando a seleção dos objetos de ação e as estratégias com vistas ao sucesso e aumentando a diversidade dos enfoques. Destacam-se, aqui, os estudiosos de Habermas (Gallo, 1995; Melo, 1994; Rivera, 1995) que trabalham com conceitos próprios deste autor, como *ação comunicativa*, *mundo da vida* e *sistema*, procurando incorporá-los ao campo da saúde. Melo nos apresenta estes conceitos básicos de Habermas:

“Para Habermas, apenas o poder gerado pelo entendimento recíproco entre sujeitos, isto é, o poder comunicativamente gerado pode ser considerado legítimo: *O poder legítimo só se origina entre aqueles que formam convicções comuns num processo de comunicação não-coercitiva*; ele é fruto do consenso racionalmente obtido pela argumentação; é discursivamente gerado. (...)

*Falo de ações comunicativas quando os planos de ação dos atores implicados não se coordenam através de um cálculo egocêntrico de resultados, mas mediante atos de entendimento. Na ação comunicativa os participantes não se orientam primariamente ao próprio êxito; antes perseguem seus fins individuais sob a condição de que seus respectivos planos de ação possam se harmonizar entre si, sobre a base de uma definição compartilhada da situação.*

Na perspectiva dos participantes da ação comunicativa, o mundo da vida constitui o contexto ou lugar quase transcendental onde se formam os processos de entendimento e onde os falantes e ouvintes se movimentam (...) contexto que permanece implícito, inacessível a qualquer tematização, (...) É, então, uma rede de pressuposições intuitivas, um *a priori* social, constituído de um 'saber cultural pré-reflexivo', consensual e inerente à espécie humana que se evidenciará parcialmente em cada situação, em toda e qualquer prática comunicativa.

*Eu compartilho da definição de um sistema como 1) algo que consiste de um conjunto (finito ou infinito) de entidades 2) entre as quais pode-se especificar um conjunto de relações, de tal forma que 3) seja possível estabelecer deduções de uma relação para outra ou das relações entre os elementos para o comportamento ou história do sistema.* Todavia, ao contrário (de Parsons), para Habermas a sociedade não pode ser pensada apenas como sistema. É necessário incorporar também o mundo da vida, sem contudo, subsumi-lo às categorias sistêmicas" (Melo, 1994; grifos nossos).

O questionamento dos mecanismos sociais de formulação de políticas levou esses autores (Gallo, 1995; Melo, 1994; Rivera, 1995) a procurar elaborar e desenvolver o conceito habermasiano de democracia, o qual viria certamente a reformular as relações entre Estado, sociedade, economia e, portanto, a saúde, incluindo as políticas do setor; mais do que uma mudança na saúde é um projeto de mudança radical nas relações sociais. Esta proposta tem ainda um longo caminho a percorrer, tanto no plano teórico-metodológico quanto no concreto, onde a tarefa de construção de relações sociais em novas bases, como as da ação comunicativa, se apresenta como extremamente complexa e demorada.

Dessa forma, o planejamento em saúde na América Latina distancia-se da concepção do planejamento em saúde de autores de língua inglesa (Knox, 1987; Reinke, 1972; Taylor, 1972), que assumem o planejamento como uma das etapas para a implementação de políticas previamente existentes, às quais se subordinaria o processo do planejamento. Entre nós, aspirou-se a alcançar o entendimento, e o controle ou direcionamento, dos processos políticos de decisão, a fim de garantir a governabilidade e a viabilidade de determinadas diretrizes políticas da saúde, como funções do Estado.

Todavia a década de 90 traria mudanças fundamentais nos cenários social e político dos países periféricos do sistema capitalista, questionando o modelo de sociedade e de Estado de bem-estar construídos a partir da indus-

trialização e alterando também a inserção da saúde e do planejamento nos sistemas sociais.

#### 4. A mudança dos paradigmas da saúde e do planejamento

Podemos dizer que relevantes processos sociais — históricos — ocorridos nas últimas décadas conduzem à necessidade de repensar a saúde e o planejamento na saúde. Entre eles, e de longe o mais importante, destacam-se a queda do socialismo real e sua substituição no contexto internacional, de forma predominante, pela globalização das relações econômico-financeiras, a aceleração do desenvolvimento tecnológico, o acirramento da competição entre nações, e a adoção de políticas neoliberais nos países centrais do sistema. A crise dos Estados nacionais e o enfraquecimento do Estado-nação, caracterizados pelo descontrole fiscal, redução das taxas de crescimento econômico, aumento do desemprego e elevação da inflação, conduziriam à crise do modelo de sociedade de bem-estar.

Como conseqüência, nos países centrais se iniciaram processos de reforma do aparelho de Estado e de reformulação das políticas sociais, que ora se tentam introduzir nos países do Terceiro Mundo, implicando a redefinição do papel do Estado, que relega a produção de bens e serviços e transforma-se em promotor e regulador das atividades econômicas. Outros aspectos da reforma do Estado são: o ajuste fiscal, a liberalização comercial, as privatizações e a publicização — transferência para o setor público não-estatal (as chamadas organizações sociais) — da gestão dos serviços competitivos ou não-exclusivos do Estado, mediante contratos entre Estado e sociedade para seu financiamento e controle. Na saúde, em particular, tem significado a introdução de medidas de *cost containment* e a subordinação do setor a avaliações de custo-efetividade (Melo & Costa, 1994).

Essas mudanças e tendências desenharam nos países industrializados, como Reino Unido, Suécia, Alemanha e França, um novo paradigma — emergente — de políticas sociais (Almeida, 1996; Chernichovsky, 1995), caracterizado por: pluralidade de setores envolvidos (estatal, privado lucrativo e filantrópico); descentralização de ações; separação das funções de financiamento e prestação do serviço; alocação competitiva de recursos; licitações; capacitação do usuário para interferir nos processos decisórios; liberdade de escolha; co-financiamento; criação de quase-mercados no interior do sistema público; procura da satisfação dos usuários (incluindo tratar desigualmente os desiguais); focalização (ações concentradas dirigidas a alvos específicos).

No Brasil, o projeto de reforma do Estado (Brasil, 1995) busca o fortalecimento das funções de regulação e de coordenação no nível federal, e a progressiva descentralização vertical, para os níveis estadual e municipal, das funções executivas no campo da prestação de serviços e de infra-estrutu-

ra. Pretende-se uma transição programada da administração pública burocrática — entendida como rígida e ineficiente, voltada para si própria e para o controle interno — para uma administração pública gerencial — que seria flexível e eficiente —, voltada para o cidadão, permitindo a governabilidade, ou seja, a implementação de políticas públicas com legitimidade, isto é, com apoio da sociedade civil. Comparada à administração pública burocrática, a administração pública gerencial apresenta outros valores e paradigma: considera o cidadão como contribuinte e cliente; busca atender suas necessidades antes que as do sistema; fundamenta-se na confiança e descentralização da decisão; exige formas flexíveis de gestão; apresenta horizontalização de estruturas e descentralização de funções, dá incentivos à criatividade; caracteriza-se por uma competição administrada (Brasil, 1995).

Ao mesmo tempo, em vários países da América Latina processos sociais levam a movimentos de reforma sanitária que conduzem, como no caso brasileiro: à inscrição, na Constituição Federal, do direito dos cidadãos à saúde e assistência, garantido por dever do Estado; à criação do Sistema Único de Saúde, público, universal, com comando único em cada nível de governo; à descentralização da organização e implementação das ações e programas de saúde; à implantação do modelo de assistência integral; à instituição, nos vários níveis de governo, do controle social sobre o sistema, garantido pela participação legalmente prescrita de 50% de representantes da comunidade, 25% de trabalhadores da saúde e 25% da esfera do governo; à regulamentação das relações entre os setores públicos e privados; à fixação de uma base financeira estável para a saúde pública; à incorporação de novos modelos de gestão na saúde. Estes três últimos itens ainda estão sendo equacionados.

Como já foi observado (Barros, 1996), as transformações nos sistemas de saúde, ainda em curso, apresentariam pontos de convergência entre algumas das propostas da reforma sanitária e o modelo de gestão pública gerencial e, também, pontos de conflitos. Entre os primeiros, temos: a descentralização, que viria reforçar o poder local; o controle social; modelos de gestão abertos à participação da sociedade civil. Entre os segundos, destacam-se: a redução dos compromissos do Estado com a saúde, principalmente quanto ao financiamento público do sistema; a publicização dos serviços públicos; a divisão da assistência, de um lado, em um pacote de cuidados básicos e, de outro, na assistência especializada e hospitalar; a introdução da competição entre prestadores, bem como de mecanismos de mercado, conduzindo à quebra da equidade na saúde, para aumentar a captação de recursos.

Anuncia-se a desconstrução da sociedade de bem-estar e dos modelos de serviços sociais por ela instituídos, principalmente na saúde e na educação, ao mesmo tempo que se desenham — e constroem — as tendências dos futuros sistemas de saúde. Estes passariam a ser mistos, com um componente público, consistindo num pacote de serviços básicos, universal e com equidade, e outro privado, de alta complexidade tecnológica, restrito ao consumo

dentro dos mecanismos de mercado (Barros, 1996). Esta é uma estrutura muito diversa daquela proposta nos modelos de seguridade social e comprometerá alguns princípios há muito conquistados, como a unidade e integralidade do setor saúde, que funcionará desarticulado nessas duas esferas.

Qual é a tendência das reformas sanitárias nos países industrializados? Além da inclusão de novos modelos assistenciais (Almeida, 1996), como o *managed care* (EUA), o mercado interno (Reino Unido) e a competição administrada (Suécia) — atualmente insinuando-se na realidade brasileira —, para Chernichovsky (1995) as mudanças nos países industrializados não se reduziram a uma fuga dos sistemas públicos, estatais, para sistemas privados, lucrativos: ele acredita que a tendência revela que há um novo paradigma em construção, que procuraria absorver os aspectos positivos dos sistemas estatais (a macroeficiência) e dos sistemas privados (a microeficiência). O princípio fundamental seria que o cidadão tem direito a um plano de assistência garantido socialmente. Chernichovsky identifica três funções-chave no sistema de saúde:

- ▼ o financiamento;
- ▼ a organização e administração do consumo da assistência (em inglês, OMCC) — semelhante à função do gestor estadual ou municipal de saúde no Brasil;
- ▼ a prestação dos serviços.

Para esse autor, estas três funções, que estavam integradas nos sistemas de saúde estatais, estarão separadas — em diferentes instituições — nos sistemas de saúde emergentes. Segundo Chernichovsky, *a função OMCC, que é a principal característica do paradigma emergente, refere-se à variedade da escolha e à natureza do acesso à assistência colocados à disposição dos consumidores. Conseqüentemente, esta função lida primeiramente com a definição de um “plano” específico de prestação de serviços ou de concessão de direitos relativos ao cuidado publicamente financiado.*

Para Chernichovsky, o Estado permanece primariamente responsável por: fixar a política; instituir e regular padrões; colher e divulgar informações; promover a competição e a escolha dos consumidores; regular monopólios e monopsonias; estabelecer critérios de alocação, principalmente para fundos baseados em impostos, e proporcionar diretrizes para contratos, incluindo sugestões de pagamentos e esquemas de reembolso; apoiar pesquisa e treinamento; financiar gastos imprevistos relacionados com saúde, com conseqüências sociais, tais como desastres e epidemias; regular o acesso aos benefícios sociais. No entender desse autor, fazer a política (de saúde) e proteger o padrão de assistência permanecem como responsabilidades-chave do Estado.

Nos cenários assim delineados desaparecem ou ficam muito atenuados os fatores que no passado impulsionaram o planejamento em saúde: o Estado centralizador de decisões, responsável pela garantia dos direitos sociais dos cidadãos. Como consequência observa-se hoje que ganham maior relevância do que o planejamento os modelos de gestão, os mecanismos de regulação da produção e consumo de serviços e a administração por projetos.

## 5. Os novos paradigmas da saúde e do planejamento

A possibilidade de dirigir processos de mudança — isto é, planejar — repousa na capacidade de conhecer adequadamente o objeto da nossa intervenção. Como referido por Ferreira (1983), difícil não é planejar, difícil é conhecer o que se planeja. O planejamento é uma ferramenta para facilitar e sistematizar o conhecimento do setor saúde e, como tal, um instrumento para guiar a ação e permitir realizar os projetos desejados na área. Conhecer e planejar a saúde é tarefa especialmente complexa no momento atual de reordenamento institucional, com substituição de um modelo — construído e conhecido ao longo de décadas — por outro que ainda não se consegue visualizar claramente.

No novo modelo de sociedade em construção é essencial, para aspirar a planejar, ter uma adequada compreensão da articulação da saúde com os setores sociais e a nova inserção destes na economia. Embora este problema não tenha sido devidamente considerado até agora entre nós, não há dúvida de que neste novo arranjo a saúde e suas instituições adquirem um novo significado, diferente daquele construído pela sociedade industrial e implementado no Estado de bem-estar. Portanto, o planejamento em saúde de agora em diante deve partir do conhecimento das características do novo modelo de sociedade e de um conceito de totalidade da saúde, integrando saberes, recursos, práticas, problemas e políticas.

De acordo com Cardoso (1962), *a abordagem totalizadora é uma perspectiva de interpretação para a análise de cada um e de todos os fenômenos sociais. A totalidade pressupõe não apenas a existência de diferenças numa unidade, mas também a existência de "conexões orgânicas" que explicam, ao mesmo tempo, o modo de inter-relacionamento existente entre as determinações que constituem as totalidades e o próprio processo de constituição das totalidades.* Na área da saúde, são importantes também os elementos teóricos e conceituais elaborados pela medicina social latino-americana, principalmente através da incorporação de conceitos da corrente sociológica histórico-estrutural: a compreensão da sociedade produzida pela ação dos homens em condições dadas historicamente; a historicidade dos conceitos do homem, da saúde e da doença; a compreensão do processo saúde/doença/assistência de-

terminado socialmente; o setor saúde como uma totalidade; o caráter mercantil e de classes da estrutura dos serviços de saúde; o caráter de classe do trabalho em saúde; o desenvolvimento da cidadania e a necessidade da democratização da saúde.

Com base nestes pressupostos, propomos partir de uma reflexão acerca do caráter histórico de dois conceitos centrais — a medicina e o corpo —, adotando de início os conceitos elaborados por Foucault (1977), ao estudar as relações entre a medicina e a sociedade na Alemanha, França e Inglaterra: ele entendia a *medicina* (saúde) como *estratégia biopolítica*, e seu correlato, o *corpo*, como *uma realidade biopolítica*. Nestas categorias incluem-se os aspectos materiais e não-materiais da saúde acima assinalados, bem como o significado político-social que adquirem num momento histórico dado. Assim, temos que a valorização do corpo é diferente na sociedade industrial e numa sociedade globalizada, com elevados índices de automação.

A estratégia biopolítica perseguida pela saúde em cada momento histórico — com sua estrutura e ações — atenderá à realização do projeto de sociedade dominante, no qual se inclui a realização do homem, em conformidade com a sua época. O Estado de bem-estar expressa a estratégia política para a realização de um modelo econômico e social específico; a economia da saúde expressa a estratégia política para a realização do modelo econômico, onde a saúde e a assistência deixam de ser bens integrais e universais. São diferentes as estratégias biopolíticas da saúde no contexto do planejamento social para o desenvolvimento ou dentro de um contexto de economia da saúde: a primeira com visão de saúde integral e com equidade, a segunda dentro da perspectiva da redução de custos e diminuição da oferta de serviços. Faz parte de uma dada estratégia biopolítica a estruturação da medicina segundo as classes sociais. É diferente a compreensão da realidade biopolítica do corpo segundo o entendimento da saúde/doença como fenômeno resultante de uma cadeia natural de eventos ou entendê-la como produto de um processo de regularidades socialmente determinadas. Esta compreensão nos exige a capacidade de re-humanizar o social naturalizado.

É diferente a compreensão da realidade biopolítica do corpo que concebe o indivíduo como possuidor de uma essência dada e imutável, daquela que concebe o homem como produto social segundo a realidade concreta da sociedade onde vive. Na política pode ser uma opção capacitar cidadãos a exercerem seus direitos de escolher, interferir e decidir sobre questões políticas; na área da saúde, é uma estratégia biopolítica capacitar cidadãos e pacientes a exercerem seus direitos (*empowerment*) na escolha dos serviços e a opinarem sobre a organização do sistema de saúde e as prioridades no setor (Saltman, 1994).

Finalmente, o conceito de totalidade nos permitirá compreender que a saúde não é neutra, e que é imprescindível saber o significado da estratégia

biopolítica adotada na saúde: está a saúde subordinada ao modelo econômico ou pretendemos um modelo econômico subordinado aos interesses da saúde?

Um modelo de saúde não se institui e mantém sem conflitos, e as ações de saúde têm como objetivo a manutenção e o desenvolvimento do modelo de sociedade que lhe deu origem. O setor saúde é ao mesmo tempo produto e agente das transformações sociais. Planejar a saúde é conhecer a estratégia biopolítica vigente na saúde e saber avaliá-la; é também participar da sua reorientação em função dos interesses sociais majoritários.

## Referências bibliográficas

- Almeida, C. Novos modelos de atenção à saúde: bases conceituais e experiências de mudança. In: Costa, N. R. & Ribeiro, J. M. (orgs.). *Políticas de saúde e inovação institucional*. Rio de Janeiro, Ensp, 1996
- Barros, E. Política de saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo. *Ciência e Saúde Coletiva*, 1(1), Abrasco, 1996.
- Brasil — Ministério da Administração e Reforma do Estado. *Plano diretor da reforma do aparelho de Estado*. Brasília, 1995.
- Cardoso, F. H. O método dialético na análise sociológica. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 2(1):85-106, 1962.
- Chernichovsky, D. Health system reforms in industrialized democracies: an emerging paradigm. *The Milbank Quarterly*, 73(3), 1995.
- Ferreira, F. W. *Planejamento, sim e não: um modo de agir num mundo em permanente mudança*. 5 ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1983.
- Foucault, M. Historia de la medicalización. *Educ. Méd. Salud*, 11(1), 1977.
- Gallo, E. (org.). *Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. Rio de Janeiro, Hucitec/Abrasco, 1995.
- Giovanella, L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 7(1):26, 1991.
- Knox, E.G. La planificación de la atención de la salud (I). In: *La epidemiología en la planificación de la atención a la salud*. México, Siglo XXI, 1987.
- Kornis, G. E. M. Planejamento, planejamento social e planejamento de saúde na perspectiva de um olhar cepalino: algumas anotações preliminares. *Cadernos do Instituto de Medicina Social*. Rio de Janeiro, Uerj, 2(2), 1988.
- Matus, C. *Adiós señor presidente: planificación, antiplanificación y gobierno*. Venezuela, Pomaire, 1987.
- . Carlos Matus e o planejamento estratégico situacional — Instituto Venezuelano de Planificación (Iveplan). In: Rivera, F. J. U. *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo, Cortez/Abrasco, 1989.

- Melo, E. M. Além dos limites do Estado social: a teoria da ação comunicativa de Habermas. Departamento de Ciência Política da Fafich/UFMG, 1994. (Dissertação de Mestrado.)
- Melo, M. A. B. C. & Costa, N. R. Desenvolvimento sustentável, ajuste estrutural e política social: as estratégias da OMS/OPS e do Banco Mundial para a atenção à saúde. *Planejamento e Políticas Públicas*, (11):49-108, 1994.
- Opas. Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud. *Publ. Cient.* (111), Washington, D.C., 1965.
- . Planificación de la salud en la América Latina, *Publ. Cient.*, (272), Washington D.C., 1973.
- & Centro Panamericano de Planificación de la Salud. *Formulación de políticas de salud*. Santiago, Chile, 1975.
- Pereira, L. História e planificação. In: *Ensaio de sociologia do desenvolvimento*. São Paulo, Pioneira, 1970. cap. 1.
- Reinke, W. A. An overview of the planning process. In: Reinke, W. A. *Health planning: qualitative aspects and quantitative techniques*. Baltimore, John Hopkins University, 1972.
- Rivera, F. J. U. *Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1995.
- Rocha, J. S. Yazlle. Análise crítica dos modelos de planejamento em saúde na América Latina. *Educ. Med. Salud*, 26(2), 1992.
- Saltman, R. B. Patient choice and patient empowerment in Northern European health systems: a conceptual framework. *International Journal Health Service*, 24(2): 201-29, 1994.
- Taylor, C. E. — Stages of the planning process. In: Reinke, W. A. *Health planning: qualitative aspects and quantitative techniques*. Baltimore, John Hopkins University, 1972. cap. 2.
- Testa, M. Mário Testa e o pensamento estratégico em saúde: planificação estratégica en el sector salud, Cendes, UCV. In: Rivera, F. J. U. *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo, Cortez/Abrasco, 1989.
- . Tendências em planejamento. In: *Pensar em saúde*. Porto Alegre, Art. Médicas/Abrasco, 1992.