LIANE BEATRIZ RIGHI

PODER LOCAL E INOVAÇÃO NO SUS:
Estudo sobre a construção de redes de atenção à saúde em três municípios no Estado do Rio Grande do Sul

CAMPINAS

2002

LIANE BEATRIZ RIGHI

PODER LOCAL E INOVAÇÃO NO SUS:
Estudo sobre a construção de redes de atenção à saúde em três municípios no Estado do Rio Grande do Sul

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

ORIENTADOR: *PROF. DR. GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS*

CAMPINAS

2002

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

R449p

Righi, Liane Beatriz
PODER LOCAL E INOVAÇÃO NO SUS: estudo sobre a construção de redes de atenção à saúde em três municípios no Estado do Rio Grande do Sul / Liane Beatriz Righi. Campinas, SP : [s.n.], 2003.

Orientador : Gastão Wagner de Sousa Campos
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Modelos organizacionais. 2. Administração de serviços de saúde. 3. Serviços de saúde. 4. Sistemas locais de saúde. 5. Gestão e Administração. I. Gastão Wagner de Sousa Campos. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

UNIDADE BC
Nº CHAMADA
T/UNICAMP
R449p
V EX
TOMBO BC/ 56774
PROC. 16/122/04
C D
PREÇO 11,00
DATA 19/01/2004
Nº CPD CM00219179-6
BIBID. 309602

Banca examinadora da tese de Doutorado

Orientador: Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos

Membros:

1. **Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos**
2. **Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim**
3. **Prof. Dr. Walter Frantz**
4. **Prof. Dr. Lindomar Wessler Boneti**
5. **Prof. Dr. Emerson Elias Merhy**

Curso de pós-graduação Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 31/07/2002

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

Aos mestres Mário Testa e Gastão Wagner de Sousa Campos, construtores de novas organizações e subjetividades

À Sandra Fagundes e à Lúcia Otonelli Crescente, que tecem o cotidiano, apostando nos sujeitos e na sua capacidade de ressignificar a história e produzir o futuro.

À filha que esperamos: Luiza.

Ao Professor Luiz Antônio Righi e à Professora Antônia de Lourdes Righi, pais-professores da casa-escola da Linha 6 Norte, Esquina Irgang, Ijuí/RS que abrigou, entre 1963-1980, minha infância e adolescência.

Ao companheiro Daniel Cenci, por treze anos de muita cumplicidade, pela co-autoria nas mais importantes obras e pela solidariedade que tornou este projeto possível.

À filha Ana, com quem tenho aulas de vida, cidadania e história: "Vocês, professores, estudam, preparam aula e depois querem ensinar: falam, falam... Só que os alunos também sabem e também querem falar..."

À filha Bárbara, 'artista, poeta e malabarista', pelas poesias, a música e 'dicas': "quando se tem uma idéia, tem que anotar logo, porque ela se perde... [e] Não adianta ler muito, porque quando a gente lê, precisa tempo para pensar sobre o que leu..."

Ao filho Eduardo, que apreendeu falar enquanto eu iniciava o doutorado e agora apreende escrever e ler: valeu a versão da estória em que o príncipe é o bandido e a bruxa a vítima. Quando escrevi, depois de ouvir teus causos, escrevi diferente.

Ao Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos, por sua obra, suas aulas e pela orientação que inventou formas de combinar autonomia e liberdade com responsabilidade e compromisso. Obrigada pelo uso terapêutico do poder de orientador na gestão deste trabalho.

À Maria Ceci Misoczki, ao Luiz Antônio Benvegnú, ao Dário Pasche, por muitas co-autorias: de cursos, projetos, textos, análises e intervenções.

Ao Dr. Ricardo Burg Ceccim, por transformar a Escola de Saúde Pública em um espaço de produção e acolhida a pensamentos e sujeitos em processos agenciadores de novas subjetividades. Obrigada por abrigar vários momentos da construção desse trabalho, e pelas contribuições no processo de qualificação.

À Marli Nunes, a Elis Regina da Cunha e a Isabel Oliveira, trabalhadoras domésticas que assumiram parte importante do cuidado dos meus filhos durante minhas ausências.

À Alice Teles, colega de Curso e mãe nordestina, à Cláudia Caimi, à Rosana Onoko Campos, ao Sérgio Resende e à June Freitas, ao Cipriano, à Linete e aos seus filhos, pelo cuidado e acolhida em Campinas.

Aos colegas da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ, que sonham e constroem uma universidade mais democrática e pelo esforço institucional coletivo e solidário que tornou possível a minha saída para o doutorado.

Aos trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde, Cidadania e Assistência Social de Viamão, especialmente à Jô e à Lídia.

Ao Prefeito Ademir Burmann (Alemão), à Secretária Mariane Valandro, e à equipe de saúde de Catuípe.

À administração municipal de Jóia e aos colonos assentados, com uma referência especial ao Roque, que preside o Conselho Municipal de Saúde e ao me apresentar como ‘balizadora’, inspirou vários caminhos desta pesquisa.

À equipe da 17ª CRS de Ijuí, especialmente Paulo Bohrer, Aramis, Iara, Jaque e Bauer, que sonham mudar o mundo e mudam a forma de fazer saúde na região.

Ao Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecilio, pelas contribuições no processo de qualificação.

À Raquel Petry e à Ilaine Schuch, que dividem comigo a gestão do Departamento de Ciências da Saúde da UNIJUÍ, e à Sandra Bartz, à Liamara Ubesi, à Raquel Feistel, secretárias do DCSa, pela solidariedade que me garantiu condições para concluir este trabalho.

Aos professores integrantes da banca de Defesa, Dr. Émerson Elias Merhy, Dr. Walter Frantz, Dr. Lindomar Boneti e Dr. Ricardo Burg Ceccim, pelo investimento, pelos comentários, pelas contribuições a este trabalho.

À Capes, cujo apoio financeiro permitiu minha manutenção em Campinas no período das disciplinas, viabilizou as incontáveis viagens e a realização da pesquisa no Rio Grande do Sul.

PÁG.

RESUMO..... *xxxv*

ABSTRACT..... *xxxix*

INTRODUÇÃO..... 43

1- **A RESPEITO DO TEMA, A DEFINIÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA, OS OBJETIVOS E A CONSTRUÇÃO DE UM MÉTODO**.... 49

1.1- A respeito da história do problema..... 51

1.1.1- Por que o foco (destaque) nas organizações?..... 52

1.1.2- Por que tomar a formação ou produção como problema 54

1.1.3- Modelos desenham organizações, induzem formação de redes e são contraditórios e superáveis..... 55

1.2- Considerações a respeito da trajetória e o fio condutor: o método, suas pretensões e as proposições observacionais..... 58

1.2.1- A respeito da pretensão de articular conhecimento e transformação..... 58

1.2.1.1- A escolha dos casos..... 58

1.2.1.2- A respeito do estudo de estruturas em mutação..... 60

1.2.1.3- A respeito da pretensão de construir uma análise reflexiva sobre os processos de mudança..... 61

1.2.2- A análise de situações complexas remete à diversidade de formas de pesquisa..... 68

1.2.3- A respeito de alguns aspectos da operacionalização da pesquisa.... 69

1.2.3.1- Observação..... 70

1.2.3.2- Entrevistas..... 71

1.2.3.3- Pesquisa documental..... 73

1.3- Organizações produzidas socialmente e suas mudanças..... 74

2- PRODUÇÃO DE ORGANIZAÇÕES, SUJEITOS E MUDANÇAS..... 77

2.1- Conversando com Mário Testa: a respeito da produção de organizações e o "postulado de coerência"..... 79

2.1.1- O papel do Estado, os propósitos de governo e as políticas públicas..... 80

2.2- Reforma do Estado: transformação em organizações do setor público e o terceiro setor..... 83

2.3- Políticas públicas, exclusão e inclusão social..... 86

2.4- O local e os processos de mudanças inclusivas..... 89

2.4.1- A respeito da complexidade do local..... 91

2.5- Organizações e instituições: dá para falar em organizações inclusivas?..... 93

2.5.1- A respeito de organizações e instituições..... 93

2.5.2- Instituintes e institucionalização..... 98

2.5.3- Organizações e instituições têm história..... 99

2.6- A respeito das mudanças: inovações e mudanças organizacionais na perspectiva da inclusão..... 99

2.7- Os sujeitos sociais "co-produzidos"..... 102

2.8- Teorias e métodos: os modelos tecno-assistenciais disputam a produção das organizações..... 103

2.8.1- Vendo modelos como disputas no campo..... 104

2.8.2- A respeito do jogo que está em curso no campo da saúde coletiva: vigilância da saúde e defesa da vida e suas expressões no desenho institucional do SUS..... 106

2.9- A relação entre o PSF e a reforma do estado..... 113

3- ROMPER COM A PIRÂMIDE, RESGATAR A PIRÂMIDE, PROPOR NOVAS FORMAS..... 117

3.1- Pirâmides, círculos, redes: modos de produzir a atenção em saúde..... 120

3.1.1- Rede de atenção à saúde..... 122

3.1.2- A Pirâmide como a forma que expressa uma proposta de atenção e de gestão..... 125

3.1.3- A concepção de rede na proposta dos SILOS..... 126

3.2- Algumas aproximações aos conceitos de rede: que são redes e de que redes estamos falando?..... 130

3.2.1- Um pouco do debate acerca do tema das redes..... 131

3.2.2- Uma aproximação com a rede de serviços de saúde: esta discussão ajuda a atualizar o conceito de rede com que temos operado?..... 134

3.3- Sobre diferentes desenhos organizacionais produzidos por diferentes estratégias: saúde da família, saúde solidária, municipalização solidária.. 136

3.3.1- O PSF e a produção da rede de atenção à saúde..... 136

3.3.2- A municipalização solidária, a saúde solidária e possibilidades de novas conformações de redes..... 136

3.3.3- Perigos das pirâmides e outros perigos..... 138

4- APRESENTANDO E DISCUTINDO CASOS INOVADORES..... 139

4.1- A saúde em Viamão: a cidadania em defesa da vida acelerando processos de inclusão..... 141

4.1.1- Introdução: saúde na cidade dormitório (que já foi capital)..... 142

4.1.2- Sobre a atenção: o crescimento, a mudança e a legitimação..... 144

4.1.2.1- O crescimento..... 144

4.1.2.2- A mudança: fazer diferente..... 147

4.1.2.3- A legitimação: leitura de alguns resultados..... 148

4.1.3- Sobre a gestão: o contexto da mudança..... 149

4.1.4- Viamão: incubadora de novos arranjos institucionais..... 152

4.1.4.1- A constituição do Colegiado Gestor..... 153

4.1.4.2- O novo arranjo e seu cotidiano: análise da produção da inovação..... 154

4.1.5- A história em diversas versões: a situação antes da instituição do Colegiado Gestor e do GruDE..... 157

4.1.6- A inovação em diversas versões: a situação após a instituição do Colegiado Gestor e do GruDE..... 162

4.1.6.1- É novo, diferente, aberto... aberto..... 162

4.1.6.2- Sobre a Gestão Colegiada e a formação de sujeitos..... 164

4.1.6.3- Grupo de Decisão Estratégica – GruDE e o Colegiado Gestor: sobre as leituras dos sujeitos e suas expectativas... 169

4.1.6.4- A relação entre gestão e atenção..... 174

4.1.6.5- A forma de gestão e a formação da rede: as unidades e seus apoios..... 176

4.1.6.6- A perspectiva de rede: reforçar os nós, melhorar os fluxos..... 178

4.1.7- A primeira dobra do fio condutor: concluindo o estudo em Viamão..... 180

4.2- Jóia e Catuípe: a aparência da homogeneidade é enganadora..... 182

4.2.1- Considerações sobre a formação da rede de atenção em municípios de pequeno porte do interior do Estado do Rio Grande do Sul..... 184

4.2.1.1- O hospital: a institucionalização do atendimento..... 184

4.2.1.2- A formação da Rede Básica..... 186

4.2.2- Jóia e Catuípe e os projetos inovadores da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul: iniciando uma exploração das relações entre as disputas mais gerais e os processos locais..... 189

4.2.3- Um olhar mais atento para o local e implicações para a pesquisa... 191

4.2.4- A 17ª Coordenadoria Regional de Saúde e as experiências inovadoras de Catuípe e Jóia..... 192

4.3- Discutindo inovações na gestão da saúde no município: Jóia..... 195

4.3.1- A saúde em Jóia: a respeito das organizações e o desenho institucional do SUS no município..... 197

4.3.1.1- Secretaria Municipal de Saúde..... 198

4.3.1.2- Conselho Municipal de Saúde..... 198

4.3.1.3- Rede básica: uma atenção primitiva?..... 199

4.3.1.4- Sociedade Hospitalar Santa Líbera: as características dos pequenos hospitais do interior gaúcho..... 201

4.3.2- Algumas considerações a respeito do financiamento..... 204

4.3.3- Mudando a forma de gestão e o desenho da rede de atenção: a Proposta da Unidade Mista de Jóia..... 206

4.3.4- Considerações a respeito da aposta na Unidade Mista..... 206

4.3.4.1- Manutenção de Autorização de Internações Hospitalares e Recursos para Viabilização de outras Tecnologias de Cuidado..... 207

4.3.4.2- Considerações a respeito dos sujeitos e seus movimentos de apoio e de resistência..... 211

4.3.5- A Segunda dobra do fio condutor: concluindo o estudo em Jóia..... 213

4.4- Catuípe: mudanças são possíveis..... 214

4.4.1- Sobre Catuípe..... 214

4.4.2- Os hospitais de Catuípe: um pouco de história..... 215

4.4.3- Catuípe, incubadora de novas organizações de atenção à saúde: a respeito de novas teorias e novos autores do campo..... 216

4.4.3.1- Descrição da área física: as internações pelo SUS saem do "porão"..... 217

4.4.3.2- Lições a respeito da relação entre o campo da saúde e a economia local..... 218

4.4.3.3- Quem são os novos sujeitos? O processo desencadeado pela ampliação da equipe..... 219

4.5- Mudar a atenção e mudar a gestão – o município como espaço de produção de tecnologias de gestão e de cuidado: algumas considerações sobre Catuípe..... 234

CONCLUSÃO..... 237

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 245

CAIS	Centro de Atenção Integral à Saúde
CODIS	Consórcio Distrital de Saúde
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
GASS	Grupo de Apoio às Ações e Serviços de Saúde
GRUDE	Grupo de Decisão Estratégica
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NUTEP	Núcleo de Tecnologias de Planejamento
ONG	Organização Não-Governamental
OPS	Organização Panamericana de Saúde
PPGA	Programa de Pós-Graduação em Administração
PSF	Programa de Saúde da Família
SES/RS	Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SMSCAS	Secretaria Municipal de Saúde, Cidadania e Assistência Social de Viamão
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
US	Unidade de Serviço

PÁG.

Figura 1- Tema da pesquisa..... 54

Figura 2- Modelo de estudo de casos múltiplos..... 70

Figura 3- Espaço de formulação de políticas públicas e constituição de sujeitos sociais..... 75

Figura 4- Postulado de coerência..... 80

Figura 5- A proposta de organização da vigilância da saúde..... 109

Figura 6- Formação do colegiado de gestão da Secretaria Municipal de Saúde, Cidadania e Assistência Social de Viamão..... 155

Figura 7- O novo desenho institucional do SUS em Jóia..... 206

Figura 8- Unidade Mista de Catuípe – situação atual..... 230

Figura 9- Unidade Mista de Catuípe – proposta..... 233

PÁG.

Gráfico 1- Distribuição por convênios das internações do Hospital Santa Líbera de Jóia..... 201

Gráfico 2- Distribuição das AIHs do Hospital Santa Líbera de Jóia, por existência de registro de diagnóstico..... 202

Gráfico 3- Distribuição das AIHs do Hospital Santa Líbera de Jóia por dias de permanência..... 202

PÁG.

Quadro 1- Município: espaço de disputa por novas organizações..... 57

Quadro 2- Explicações para a realidade organizacional e lógica de mudança.... 101

Quadro 3- Níveis de organização: a proposta dos silos..... 128

Quadro 4- A atenção primária e a formação da rede básica na base da pirâmide..... 129

Quadro 5- Tipos de rede de acordo com o foco de atuação..... 134

Quadro 6- Tipos de rede quanto à relação entre parceiros..... 135

Quadro 7- Unidades que formam a rede de atenção à saúde de Viamão, ano de 2000..... 145

Quadro 8- Departamento de cidadania e assistência social..... 146

Quadro 9- Distribuição dos trabalhadores vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de Jóia, RS..... 200

Quadro 10- Fontes, valores e carga horária dos médicos vinculados a Secretaria Municipal de Saúde de Jóia..... 205

Quadro 11- Possibilidades de financiamento da Unidade Mista de Jóia..... 211

RESUMO

Contrapondo-se à idéia de um SUS instituído, o trabalho estuda um SUS instituinte, a instituição de novas formas de gestão e de organização da atenção à saúde. Trata-se de um estudo de caso, inovações em processos de gestão e na formação da rede de atenção nos municípios de Viamão, Jóia e Catuípe, RS estudados entre os anos de 1999 e 2002. Observou-se o nascimento do que se denominou inovações: a constituição de um Colegiado Gestor (Viamão) e a construção de novas configurações da rede de atenção à saúde (Catuípe e Jóia). São locais e processos diferentes, mas que têm como característica comum uma certa desobediência ao instituído, em defesa da valorização da realidade local. O estudo caracteriza estas experiências, o contexto em que foram propostas e o movimento de diversos sujeitos em apoio e sustentação destas experiências ou na resistência a elas. O trabalho aponta a importância de se considerar a complexidade de cada local ao se pensar a produção de modelos de gestão e discute a potencialidade destas experiências para a formação de uma rede de atenção à saúde baseada no aumento da autonomia local e na sustentação de compromisso com princípios e diretrizes do SUS, o sentir-se em rede.

Trata-se de uma discussão sobre o poder local, implicado com processos de produção da gestão e atenção no campo da saúde.

Palavras-chave:

Modelos tecno-assistenciais – gestão de organizações de saúde – rede de atenção à saúde.

ABSTRACT

Opposing to the established SUS idea, the investigation studies an instituting SUS, the establishment of new management ways and care organization. It is about a study case, innovations in management processes and in the construction of the care network in Viamão, Jóia and Catuípe cities, RS, which was studied between 1999 and 2002. It was observed the criation, which was called innovations: the constitution of a collegiate management (Viamão) and the construction of new care network configurations to the health (Catuípe and Jóia). They are different places and processes, but they have a common characteristic a kind of desobedience to the established, in defense of the local reality valorization. The investigation makes up these experiences, the context that they were proposed and the action of several social actors in support and maintenance of these experiences or in their opposition. The investigation shows the importance to consider the complexity of each place when we think about the production of management models and it discusses the potenciality of these experiences to the construction of a care network to the health based on the local autonomy increase and in the maintenance of commitment with SUS principles and lines, to belong to the network.

It treats a discussion about the local government, implicated with management production process and caring in the health field.

Keyword:

Assistance models – health organization management – care network to the health.

INTRODUÇÃO

Este trabalho foi tecido entre os anos de 1999 e 2002. Ele parte de inquietações e angústias acumuladas em quase duas décadas de inserção em serviços de saúde (período em que estive ocupada com questões relacionadas à municipalização da saúde e à perspectiva da gestão de sistemas ou serviços de saúde) e de caminhos e potencialidades indicados pelo doutorado.

Esta pesquisa é apresentada como uma possibilidade, uma bricolagem que apresente modos possíveis de ver a realidade, nunca um modo único e final e reconhece que toda a demarcação científica é reveladora de trajetórias, acúmulos, subjetividades e visões de mundo (DEMO, 1995).

A leitura de um poema escrito por Pedro Tierra para a solenidade de encerramento do Segundo Fórum Social Mundial, que aconteceu em Porto Alegre (RS), dia 05 de fevereiro deste ano, e que trouxe a imagem de Artesãos de outros mundos possíveis e de um processo construído como agulhas tecendo um tapete sem desenho prévio, leva a pensar sobre os resultados esperados de uma pesquisa comprometida com mudanças e, especialmente, na sua própria construção. A seguir, falo de algumas agulhas, cores e linhas com as quais produzi este trabalho.

Um trabalho tecido

Minha avó Philomena plantava e colhia o linho e o algodão, fiava, tingia e tecia roupas, tapetes e remendos. Com palhas de trigo – que coletava, selecionava e tingia – ela produzia cestas. Essa é a imagem que tenho de agulhas produzindo um tapete: uma mulher produzindo objetos com valor de uso. Há um projeto no seu ato. O produto, entretanto, depende da necessidade, da qualidade da palha, do desejo, do tempo, do gosto, dos retalhos e das cores disponíveis.

Campos (2000) tem nos ensinado a valorizar, nos processos sociais, os aspectos da obra e do valor de uso. E, em relação à obra, o espaço de autonomia do sujeito. Tecer para vestir ou enfeitar, tecer a partir do que se dispõe, tecer apreendendo e tomando gosto pela construção de novas combinações. A maneira de encarar o desafio de ser artesão de outros mundos possíveis se parece muito com a maneira de produzir os tapetes coloridos, as roupas e os remendos. E isso se assemelha aos processos de construção de conhecimento.

A imagem de alguém tecendo remete à imagem de rede ou de teia. Essa metáfora não só faz alusão à construção da pesquisa, como também à proposta do desenho institucional, mais horizontalizado, tecido sem perder de vista as necessidades[1].

As organizações e o "novo desenho institucional"

Em 1963, quando nasci, meu pai, educador vinculado ao governo de Leonel Brizola (que havia percorrido municípios negociando a implantação da rede de escolas estaduais na região) exonerou-se (antes do golpe militar), assumindo a direção de uma escola rural. Com a moradia do Diretor integrada ao prédio da Escola, desde cedo meu cotidiano foi invadido pela lógica da organização. Antecipei algumas vivências em organizações, observando as visitas da "supervisão escolar" da Delegacia Regional de Educação e da Secretaria Municipal (todas sob o governo da então Aliança Renovadora Nacional – ARENA) e de seus mecanismos de controle e de intimidação. Penso, hoje, que esses mecanismos tendem a resistir a eleições de governos democráticos e a muitos propósitos de mudança.

Em algumas mudanças que antecederam à elaboração deste trabalho (nos municípios de Braga, Alecrim, Boa Vista do Buricá e Chapada), sendo Enfermeira ou Secretária Municipal de Saúde, identifiquei semelhanças entre a rede escolar e a rede de serviços de saúde: escolas amarelas, com janelas azuis e madeiras na posição horizontal indicavam população pobre, vilas pequenas e uma professora com pouca formação dando aulas para várias turmas no mesmo turno e sala. Já nos distritos, escolas de alvenaria, sanitários, áreas e residência de professor, evidências de condições para ensino de melhor qualidade. Rebelei-me: lutei contra o postinho, pensei o acesso a serviços mais bem estruturados e equipes maiores. Depois, identifiquei-me com a obra de Gastão Campos, Luis Cecilio e Emerson Merhy, com suas propostas de novas possibilidades para a produção de organizações no campo da saúde e acumulei alguma experiência com a criação de serviços que mostrassem potencial para romper com a serialização identificada.

[1] Sem que se transforme em uma "teia de Penélope", embora tecer para desmanchar e recomeçar faça parte de um processo de pesquisa. "Segundo a lenda grega, Penélope, mulher de Ulisses, permaneceu-lhe fiel à sua longa ausência, alegando aos pretendentes que não se casaria enquanto não terminasse a feitura de uma grande tela, que tecia durante o dia e desmanchava à noite." (FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo Aurélio século XXI*: o dicionário da Língua Portuguesa. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999).

Seria possível tecer e viajar?

Esta caminhada vai revelando lugares e sujeitos. Como um trabalho tecido, em movimento. Seria de pensar que há momentos de tecer e momentos de viajar? Ou seria de se admitir a possibilidade de tecer e andar, tecer e, ao mesmo tempo, balizar, demarcar? Enquanto a imagem do andar e, depois, parar e tecer remete à simplificação e à possibilidade de acontecer uma coisa a cada tempo, a complexidade da realidade nos remete para imagens onde a produção e o movimento se confundem. Por isso, a idéia de um movimento que vá demarcando, movimento que não se dirija para qualquer sentido ou direção. A exemplo da luta pela terra, uma construção de conhecimento que demarca, baliza, insere-se em disputas.

Assim como em uma viagem em que se vai cruzando fronteiras e tecendo, há, aqui, a tentativa de incorporar, no passeio pelos "territórios de conceitos", a lógica da complexidade das divisas. Lugares do texto, onde conceitos e autores se encontram, enfrentam-se, falam línguas diferentes, produzem a partir de lógicas distintas.

Este estudo apresenta algumas características que resultam de sua relação com processos de mudanças (incluindo mudanças de endereço da pesquisadora): foram quatro cidades em quatro anos – Campinas, Horizontina, Porto Alegre e Ijuí. Se, por um lado, em muitos momentos, perdeu em detalhe a tecedura e ficou meio desarrumada pelo tecer em movimento, por outro ganhou a possibilidade de estudar participando, estando próximo, estabelecendo cumplicidades com os locais estudados.

Gostaria de apresentar a tecedura de uma tese, em seus momentos de exuberante oferta de corantes, fios e inspiração e também naqueles em que estes estiveram escassos. Momentos de uma tecedura seriada, ou ainda, da construção de um tecido que parecia belo, ao qual não havia faltado imaginação, matéria-prima ou cores, mas cujo produto parecia não servir para muita coisa.

Uma tecedura balizada no compromisso de construir organizações mais democráticas e inclusivas, mas com autonomia para escolher as formas e cores, e não sem uma dose meio exagerada de pretensão: talvez propor usos para novas produções, ou apenas descobrir um jeito de remendar o que ainda pode servir.

Sobre a trajetória do fio e suas balizas

O primeiro capítulo deste trabalho apresenta o problema de pesquisa e socializa as escolhas metodológicas.

O segundo capítulo do texto discute a produção de organizações, sujeitos e mudanças.

O terceiro capítulo vai tratar o que poderia ser caracterizado como um diálogo com incertezas que possam evitar a resignação (MORIN, 2000a). Está mais voltado para as apostas, procurando inserir na luta novos desenhos organizacionais, explorando possibilidades de novas formas de gestão e de organização da atenção à saúde.

O quarto capítulo apresenta e discute os casos e propõe alternativas para a produção de novas organizações. A primeira situação apresentada é a da Secretaria Municipal de Saúde, Cidadania e Assistência Social de Viamão e a sua experiência de instituição de uma forma de gestão colegiada. A seguir, o capítulo apresenta o município de Jóia, com as possibilidades de construção de um novo desenho institucional do SUS a partir das organizações existentes. A última situação apresentada é a do Município de Catuípe, que, a partir do fechamento de seu tradicional hospital, desencadeia um processo que resulta na criação de um serviço com novas características e possibilidades de gestão e produção do cuidado em saúde.

Como teia e demarcação, esta pesquisa visa discutir acúmulos de poder que tornem possível a construção de outros mundos, seja pela demarcação de novos territórios, seja pela tecedura de teias. Ou melhor: pela tecedura de teias balizadas no compromisso com a construção de outros mundos.

1- A RESPEITO DO TEMA, A DEFINIÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA, OS OSBJETIVOS E A CONSTRUÇÃO DE UM MÉTODO

1.1- A RESPEITO DA HISTÓRIA DO PROBLEMA

Para Minayo (2000, p. 17, grifos da autora), "*nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática*".

O problema dessa pesquisa vem sendo construído em quase duas décadas de inserção em redes de atenção de lugares periféricos: minha trajetória de trabalho coincide com as grandes mudanças no Sistema de Saúde Brasileiro e com a discussão do esgotamento do modelo de atenção. Na década de 80, participei de projetos vinculados à idéia da Saúde Comunitária, da implantação das Ações Integradas de Saúde e das tentativas de avanço para o SUDS – Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde. Estive presente na 8ª Conferência Nacional de Saúde e participei das mobilizações em defesa de um Sistema Único de Saúde. Conheci os retrocessos do período 88-93 e resisti ao período Sarney-Sarney, às dificuldades impostas pela demora na aprovação da Lei Orgânica da Saúde pela edição da Norma Operacional Básica 01/91, que desconsiderando todo o processo de descentralização, impunha aos municípios a volta a formas de gestão e atenção já superadas.

Bourdieu (1998) assinala que problemas de pesquisa são problemas socialmente construídos. De fato, a forma como construí o problema de pesquisa desta tese tem relação com estas questões nacionais e bem conhecidas para quem está no campo da saúde, mas reflete especialmente questões pertinentes aos lugares nos quais vivi e a partir dos quais me inseri nestes movimentos.

É certo que "pensa-se sempre afogado na realidade dos contextos em que se pratica e que o reencantamento do mundo pressupõe a inserção criativa da novidade utópica no que nos está mais próximo" (SANTOS, 1997a, p. 106). Minha história e minhas preocupações são marcadas pela vida e pelo trabalho em Secretarias Municipais de Saúde de pequenos municípios do Estado do Rio Grande do Sul. Trabalhei na cidade de Braga de 1985 a 1987; fui Secretária Municipal de Saúde em Alecrim nos anos de 1987 e 1988 e assumi a coordenação da área da saúde em Chapada, nos anos de 1991 e 1992. Em 1993 e 1994 fui Secretária Municipal de Saúde em Boa Vista do Buricá e participei da criação do CODIS – Consórcio Distrital de Saúde da Região da Grande Santa Rosa. Meu vínculo com a universidade deu-se em 1990.

Minha condição itinerante revela, ao mesmo tempo, acúmulo de derrotas e de capacidade para responder a uma demanda dos lugares e da época. Assim, este é mais um momento de implicação com as possibilidades criadas pelo processo de descentralização e uma postura radical a favor do município como local de produção e não apenas como espaço de reprodução de projetos, programas e desenhos organizacionais.

Como Alves (2000, p. 31, grifos do autor) diz, "*só nos entregamos a problemas que julgamos poder resolver com os recursos que dispomos*". Considero também pertinente uma outra questão: "Não nos lembramos dos sapatos confortáveis, mas eles se tornam o centro da nossa atenção quando apertam um calo." (ALVES, 2000, p. 34). Nosso problema de pesquisa vai sendo construído por um desconforto em relação ao pequeno espaço que o campo da saúde tem dedicado à construção de alternativas locais.

1.1.1- Por que o foco (destaque) nas organizações?

O destaque, "ao focar o objeto sob investigação, também ressalta seu contexto, as relações entre os sujeitos e as estruturas. E, também, as relações entre pesquisadores e seus objetos." (CAMPOS; CAMPOS, 2000, p. 89). O "objeto de investigação, 'políticas' é um objeto que traz na sua própria definição a pretensão de operar sobre a realidade." (CAMPOS; CAMPOS, 2000, p. 89).

A transformação está relacionada, para Testa (2000), com a construção de instituições porque é por meio delas, de seu funcionamento cotidiano e de sua permanência no tempo que se cria a possibilidade transformadora.

Ou seja:

> Organización y administración se transforman así en el producto concreto de la política, como consecuencia de una comprensión de la misma que implica su conocimiento como poder, pero también como razón. (TESTA, 2000, p. 18).

Os processos de integração se geram e se recriam permanentemente na vida cotidiana[1]. Na vida cotidiana, o sentido do mundo se faz presente, aí se expressam, se sentem os resultados das políticas que impactam nas condições de vida.

Para Testa (1992), uma política é uma proposta de distribuição de poder. Poder com duplo caráter: como instrumento de decisão e como objetivo societário. As políticas fazem parte das práticas que se desenvolvem na vida cotidiana. É resultado da disputa entre atores sociais com interesse no campo. E, ao mesmo tempo, a política se refere ao espaço organizacional. O espaço organizacional se apresenta, assim, como um dos pontos centrais da reflexão sobre a sociedade.

O poder é a categoria que vai estabelecer uma forma de olhar para as paisagens e os sujeitos, para a dança e os dançarinos, para as organizações e os seus produtores/produtos.

O tema central desta pesquisa pode ser visualizado na figura 1. Novas organizações estudadas não como espaços ou situações estáveis, mas se produzindo, em formação, históricas, superáveis.

[1] Estas considerações, o autor faz a partir de Agnes Heller. Ver HELLER, Agnes. *O cotidiano e a história*. 6. ed. Tradução de Carlos Nelson Coutinho e Leandro Konder. São Paulo: Paz e Terra, 2000 e TESTA, Mário. De ilusiones perdidas y esperanzas futuras. *Saúde em Debate*, a. 24, n. 55, p. 5-30, 2000.

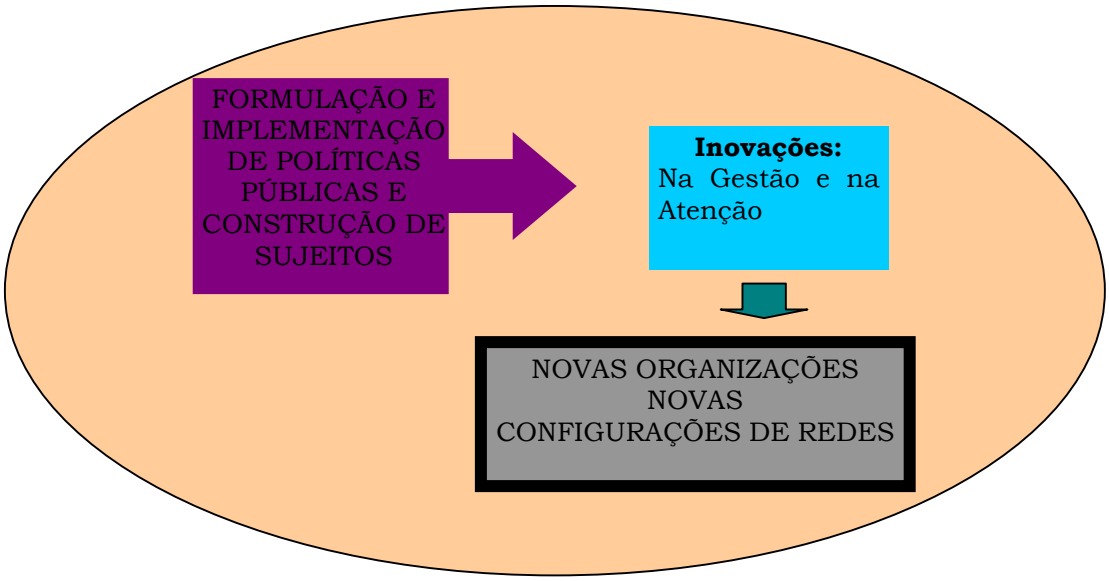


Figura 1- Tema da pesquisa

1.1.2- Por que tomar a formação ou produção como problema

O verbo formar admite a idéia de "dar a forma", de "ter a forma de", mas também de "conceber, imaginar" de "tomar forma" (FERREIRA, 1999, p. 929). É possível, e é o que se pretende aqui, trabalhar com a idéia de que o que se estuda e se discute é o processo de formação da rede de atenção à saúde, processo pelo qual a rede de organizações e as organizações adquirem forma. Campos e Campos (2000) propõe pesquisar o modo como as coisas se produzem.

Para Gadamer (1999, p. 49) a "formação natural" reduz o conceito de formação a suas aparências externas e sobretudo as configurações produzidas pela natureza. Para ele, a palavra forma vem sendo interpretada de uma maneira "puramente dinâmica e natural."

Esta pesquisa, propõe uma aproximação à forma como as organizações se produzem. Toma o termo formação como uma maneira de superar apenas o estudo da forma sedimentada, instituída e desloca seu olhar para o movimento, para o instituinte, para a formação.

Tratando formação como um dos conceitos-guia humanísticos, Gadamer fala do triunfo da palavra formação sobre a forma. Diz: "... em 'formação' [...] encontra-se a palavra 'imagem' [...]. O conceito da forma fica recolhido por trás da misteriosa duplicidade, com a qual a palavra 'imagem' [...] abrange ao mesmo tempo 'cópia' [...] e 'modelo' [...]." (GADAMER, 1999, p. 50).

O termo produção, em Lefebvre (1999, p. 37),

> [...] é tomado numa acepção muito mais ampla que a encontrada nos economistas; ele recolhe o sentido da filosofia inteira: produção de coisas (produtos) e de obras, de idéias e de ideologias, de consciência e de conhecimento, de ilusões e de verdades.

Para captar processos instituintes e estruturas em mutação podemos tomar como pressuposto a idéia de *toda a formação social é suficientemente contraditória, para ser superável*. [Assim,] "toda a formação histórica *está sempre em transição*, o que supõe visão intrinsecamente dinâmica da realidade social, no sentido da *produtividade histórica*" (DEMO, 1995, p. 90, grifos do autor).

Essa pesquisa, ao assumir o conflito e a complexidade como categoria de pesquisa, assume também que "toda a realidade social gera, por dinâmica interna própria, seu contrário, ou as condições objetivas e subjetivas para a sua superação" (DEMO, 1995, p. 91).

1.1.3- Modelos desenham organizações, induzem formação de redes e são contraditórios e superáveis

Os limites e pretensões de uma pesquisa sobre a gestão da política municipal de saúde requer um destaque neste tema, que é vasto e bem explorado. Um exemplo de como modelos e políticas desenham organizações é o estudo de Merhy (1992) sobre os

movimentos sanitários, os modelos tecno-assistenciais e a formação das políticas governamentais no estado de São Paulo, no período de 1920-1948.

O Postulado de Coerência, proposto por Testa (1992), estabelece relações entre Papel do Estado, Teoria e História e que será apresentado no capítulo 2 (figura 4) desse trabalho, aparece como uma espécie de "matriz oculta" no trabalho de Merhy (1992, p. 23), diz o autor:

> [...] se procura fazer uma "leitura" das políticas governamentais como modelos tecno-assistenciais que se constituem [uma construção histórica, que o autor vai investigar] em projetos das forças sociais; procura-se, também, os vínculos que estes modelos estabelecem não só com as chamadas correntes tecnológicas de pensamento do campo das ações sanitárias [as Teorias sobre o processo saúde-doença], mas também com as questões políticas mais amplas [o Papel do Estado], colocadas em seu campo específico...

Para esta pesquisa, decorrem daí duas questões. A primeira é a aproximação a um conjunto de autores e um desenho metodológico importante. A segunda é que ela mostra a necessidade de um entendimento dos modelos tecno-assistenciais a partir de sua relação com a história. Entre a necessidade de relacionar os modelos, a história e os propósitos de governo e os limites de uma pesquisa que não tem esse tema como central, apresento uma rápida sistematização (quadro 1) que, seguindo o caminho proposto por Merhy (1992), tenta relacionar algumas características das décadas de 70, 80 e 90 e tem apenas o objetivo de situar as questões que estarão compondo o referencial do presente trabalho com vistas à exploração do tema em questão: a produção de novas organizações.

Quadro 1- Município: espaço de disputa por novas organizações

Período/ Década		Características	Modelos		Estratégias/ Instrumentos	Município
HEGEMONIA DO MODELO NEOLIBERAL	70	Centralizado Clara divisão Entre saúde e assistência médico-hospitalar Sem controle social	HEGEMONIA DA MEDICINA CIENTÍFICA	Medicina Comunitária (alternativa)	Credenciamento Expansão pela compra de serviço privado Financiamento: F.A.S. e U.S.	Ausente Ou Projetos alternativos de medicina comunitária
	80	Crise. Construção do SUS: Integralidade Participação da comunidade Descentralização		Medicina comunitária Saúde coletiva (SUS)	AIS SUDS SUS	Amplia Participação
	90	Descentralização Disputa de propostas no campo da saúde coletiva		Vigilância da Saúde: cidade saudável, silos saúde da família Defesa da vida	Lei 8080 Lei 8142 Nob 01/91 Nob 01/92 Nob 01/93 Nob 01/96	Faz a direção (Lei 8080/90) Espaço de gestão do Sus Disputa autonomia Espaço de disputas de modelos no campo da saúde coletiva
	LUTAS POR NOVOS DESENHOS ORGANIZACIONAIS PROPOSTAS DE REGIONALIZAÇÃO, POLÍTICA DE INCENTIVO AO PACS E PSF, INCENTIVO ÀS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS E PROPOSTA DE PARTICIPAÇÃO DO TERCEIRO SETOR NA ORGANIZAÇÃO DA REDE BÁSICA. RELAÇÃO ENTRE PROCESSOS DE LOCALIZAÇÃO E GLOBALIZAÇÃO. MUNICIPALIZAÇÃO SOLIDÁRIA E SAÚDE SOLIDÁRIA (RS) – NOAS 2001 E 2002 – POSSIBILIDADE DE CONSTITUIÇÃO DE UNIDADES MISTAS (RS)						

A história da formação das organizações da saúde e de suas redes mostra possibilidades de construções de novas e inéditas organizações de saúde. Boaventura Santos (1999) denomina esses movimentos como disputas por novos desenhos institucionais.

1.2- CONSIDERAÇÕES A RESPEITO DA TRAJETÓRIA E O FIO CONDUTOR: O MÉTODO, SUAS PRETENSÕES E AS PROPOSIÇÕES OBSERVACIONAIS

O conceito de metodologia que utilizo aqui é de "caminho e instrumental próprios de abordagem da realidade" (MINAYO, 1993, p. 22). Desta forma serão discutidas, aqui, as concepções teóricas da abordagem, as técnicas utilizadas e o processo de construção da pesquisa.

"Proposição observacional" é uma expressão tomada de Boaventura Santos (1989), para diferenciar esta das proposições teóricas. No nosso caso, as proposições teóricas (não observáveis) formaram o que denominamos de demarcação, o passeio por autores que permitiram explorar o problema da pesquisa[2]. Aqui, a construção de outro passeio, agora por autores e teorias que permitam uma aproximação com as formas como se procedeu à observação das situações estudadas. Em todas as situações buscou-se produzir saberes a partir da inserção na vida dos sujeitos sociais, produtores das inovações expressas em novas formas de gestão das organizações e na formação de organizações novas, comprometidas com mudanças no modelo de atenção.

1.2.1- A respeito da pretensão de articular conhecimento e transformação

1.2.1.1- A escolha dos casos

A seleção dos casos para estudo resulta de uma análise, de uma compreensão sobre a importância destas situações diante das questões selecionadas para a pesquisa, um momento privilegiado para rever a importância de alguns conceitos esboçados na demarcação teórica. Esta eleição é uma eleição feita a partir de simpatias, de identificação,

[2] Capítulos 2 e 3 desta pesquisa.

da visualização do potencial destas situações para que um estudo com estas características se constitua em uma contribuição para a transformação das organizações e do desenho institucional do SUS.

A pretensão de acrescentar algo novo na perspectiva da construção de organizações mais inclusivas sugere uma inserção militante e comprometida com valores. Portanto, a opção por situações em que se identificou este potencial expressa um vínculo, uma simpatia a estas. O pesquisador, como um ator em situação (MATUS, 1996), uma situação estudada como integrante de um campo (BOURDIEU; WACQUANT, 1995) e, utilizando-se desta metáfora, um campo onde se processa um jogo, em que o pesquisador não é parte desinteressada em seu resultado.

Constitui-se, portanto, em uma referência para a escolha das situações a serem estudadas, a crença de que é "possível inventarem-se mundos, organizações e instituições que produzissem não-Objetos/sujeitados, mas Seres com potencial para pensar (refletir ou analisar) e agir com algum grau de autonomia em relação aos seus determinantes, sejam externos ou internos, conjunturais ou estruturais.." (CAMPOS, 2000, p. 65). Ou, como assume Misoczky (2001, p. 61), "... que pode existir muito sentido e beleza em organizações voltadas para a disseminação de práticas democráticas e de justiça social".

Utilizando expressões de Boaventura Santos, Campos e Misoczky indicam boas motivações "não-científicas" para mudar a teoria. Pode parecer frágil sustentar que motivações como estas garantam uma pesquisa, mas tenho tendência a concordar que a motivação de agir sobre o mundo é que potencializa uma saída da circularidade entre a teoria e uma nova comprovação e que impulsiona permitir que diversas situações e atores construtores de conhecimentos contextualizados e de perspectiva inovadora se espraiem.

Ainda de acordo com Boaventura Santos (1989, p. 90),

> [...] se não tivermos uma motivação (não científica) para mudar a teoria, a tendência será para contextualizarmos os novos fatos ou acontecimentos em associações que nos são familiares e que, por isso, nos devolvem a teoria que perfilhamos e que, desta maneira, confirmamos.

Considera, ainda, Boaventura Santos (1989, p. 89) que:

> Quer a concepção paradigmática (Kuhn), quer a concepção racionalista (Bachelard) da ciência vivem assombradas pelo fantasma da circularidade da teoria: se o campo analítico e o campo observacional são teoricamente constituídos, a teoria que os constitui não pode deixar de se confirmar neles.

Esta circularidade resulta em uma desaceleração, em contenções à expansão do conhecimento, pois

> [...] mantemos sem alteração tanto quanto podemos do conhecimento velho, dos velhos preconceitos e crenças (acontece raramente que um novo fato é acrescentado em cru). Mais freqüentemente é misturado e cozido no molho do velho. (JAMES apud SANTOS, B., 1989, p. 89).

Portanto, a inclusão ou exclusão de casos para um estudo não emerge apenas de uma insatisfação teórica. Situações e sujeitos são selecionados por sua capacidade ou pela possibilidade, que o pesquisador percebe, de responder a algum problema. Ou seja,

> [...] essa insatisfação é sempre uma insatisfação prática que resulta de algum desconforto com um aspecto qualquer do mundo tal como existe. Só em face dessa prática de prática de angústia descobrimos fatos enquanto fatos novos. (SANTOS, B., 1989, p. 90).

A escolha das situações estudadas já reflete uma compreensão do mundo, crenças e opções ideológicas e políticas. Boaventura Santos (1989, p. 83) diz que "a explicitação de crenças ou de opções ideológicas e políticas é uma forma de comportamento estratégico."

1.2.1.2- A respeito do estudo de estruturas em mutação

Especialmente durante os primeiros meses de acompanhamento do trabalho da Secretaria Municipal de Saúde, Cidadania e Assistência Social de Viamão e da formação de suas instâncias de gestão, eu percebi que não havia o resultado de uma construção feita por

outros a respeito da qual me debrucei. A questão em Viamão era a de acompanhar a formação de novos dispositivos e arranjos, a produção da inovação. Seguramente era o caso de uma observação participante, sendo que a continuidade do estudo em Catuípe e Jóia também revelou essas características.

Inicialmente fui construindo algumas respostas para a seguinte questão: qual a relação entre a intervenção e a produção de conhecimento? Demo (1997) discute a relação entre conhecer e transformar e apresenta alguns "enganos" que os pesquisadores podem cometer. Entre eles "... privilegiar o conhecimento da intervenção sobre a política da intervenção [e] separar artificialmente, de um lado, conhecimento e, de outro, intervenção." (DEMO, 1997, p. 294). Enfim, uma pesquisa que me apresentava um duplo desafio: pesquisar e participar (DEMO, 1995).

Campos (2000, p. 195) diz: "O fazer antecedendo e sucedendo o pensar. Pensar sobre a prática, todo o tempo. E abrir a prática às sugestões da teoria produzida pela análise."

O objeto, que no nosso caso são os processos instituintes de novas organizações e os sujeitos construtores deste processo, faz um diálogo permanente com a teoria. Eles vão indicando as novas leituras, vão definindo novos rumos, como nas organizações (CAMPOS, 2000) o sujeito pesquisador também produzido por seus sujeitos objetos de pesquisa. Ou, como disse Fagundes (2001, p. 35), referindo-se ao processo de Viamão, uma construção viabilizada "pelo coletivo que fomos nos constituindo".

1.2.1.3- A respeito da pretensão de construir uma análise reflexiva sobre os processos de mudança

Seria então de analisar, reflexivamente, uma situação, não para encontrar apenas regularidades, mas para compreender e interpretar a mudança. Debruçar-se sobre situações, aceitando, no entanto, que:

> O caso individual não serve simplesmente para confirmar uma legalidade, a partir da qual seja possível, numa reversão prática, fazer previsões. Mais do que isso, seu ideal é compreender o próprio fenômeno na sua concreção singular e histórica. Nesse particular, pode influir ainda quanta experiência genérica se quiser: o objetivo não é confirmar nem ampliar essas experiências genéricas, para se chegar ao conhecimento de uma Lei. (GADAMER, 1999, p. 41).

Análise reflexiva é uma expressão tomada de Gastão Campos. Discutindo modalidades de escuta, observação e leitura e sua influência na produção e análise de textos e mudança das práticas, o autor propõe "... quatro grandes modos de se analisar os dados compostos em textos: análise seletiva ou serial; análise saturada[3]; análise ruído; e análise reflexiva." (CAMPOS, 2000, p. 198).

A análise serial não incorpora paradoxos, contradições e conflitos. O texto é produzido em uma perspectiva totalitária e única. A produção de informação, neste caso, é selecionada, e os temas tomados são os que não evidenciam oposição ao dominante.

A escuta saturada seria outra modalidade de anti-análise, caracterizada por um excesso de dados que levam a um volume e à dispersão que impossibilita a composição de um texto. Aceitar o fato de que "analisar e discutir e deliberar sobre tudo é impossível" (CAMPOS, 2000, p. 199).

Parece que um desafio importante, tanto para o apoiador matricial (que está em discussão no texto citado) como para o pesquisador, é o de, a partir de processos coletivos (que incluem tanto as demandas do grupo como as ofertas e interesses do apoiador ou pesquisador), "conseguir elaborar uma agenda com prioridades" (CAMPOS, 2000, p. 199). No entanto, é difícil tanto renunciar à exploração de mais um aspecto ou mais um autor na composição do texto da pesquisa, como abdicar de mais uma pergunta ou mais um detalhe quando, na condição de pesquisadores, assumimos a responsabilidade de conduzir a produção do texto de um sujeito entrevistado.

[3] A estas modalidades Campos denomina anti-análise.

Finalmente, Campos discute os modos de análise que denomina de “Ruído” e “Reflexiva”. Estas se caracterizariam por permitir o reconhecimento de paradoxos, contradições e conflitos. O texto construído a partir destas modalidades, para Campos (2000, p. 199), “... não oculta a existência de falhas, problemas ou de contradições; fornecendo, portanto, bases para o questionamento da legitimidade do instituído”. Diferem-se as modalidades de Análise “Ruído” e “Reflexiva” pela sua capacidade de possibilitar que problemas e ruídos sejam analisados. Desta forma,

> [...] na Escuta Ruído os problemas e conflitos aparecem como um incômodo tão grande que a possibilidade de serem analisados é pequena. [...] A principal característica desse tipo de análise é que ela não estimula a implicação dos agentes com Tarefas concretas. (CAMPOS, 2000, p. 200).

Procurar evitar, ao máximo, a produção de textos seriados e sem crítica e, por outro lado, também evitar que os conflitos imobilizem os sujeitos. Para este estudo, a implicação com tarefas concretas não é uma questão secundária.

Então, buscar construir uma Análise Reflexiva da Situação[4], criando espaços de escuta que permitissem

> [...] a construção de um Texto e de um modo de analisar que produz conhecimentos sobre os mecanismos de produção de fatos e posturas, dependentes tanto de fatores internos como de fatores externos ao grupo, permitindo construírem-se projetos de intervenção sobre o real. (CAMPOS, 2000, p. 200).

Debruçar-se sobre situações: o entendimento do caso em estudo como uma situação a ser analisada. Situação produzida e produtora de sujeitos. Sujeitos produtores de textos: análises, comentários, intervenções, entrevistas, documentos, monografias, silêncios...

[4] Convém lembrar, do mesmo autor: “Note-se que em toda a organização há traços de Escuta Serial, Saturada ou de Ruído” (CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 201). Complemento: note-se, também, estas características nas pesquisas e nesta pesquisa.

A idéia (que compartilho) de que, em uma pesquisa, analisa-se sempre (CAMPOS, 2000) está relacionada com uma questão central para a teoria hermenêutica, que "[...] enfatizou o movimento da parte para o todo, e vice-versa, no processo de compreensão." (OUTHWAITE; BOTTOMORE, 1996, p. 352). Esta concepção, conhecida como círculo hermenêutico, está presente na obra de Heidegger, que se refere à existência de um círculo "entre a interpretação e a compreensão, isto é, entre cada interpretação e as pré-concepções." (GRONDIN, 1999, p. 168). Gadamer (1999, p. 401) refere-se a importância da reflexão de Heidegger por demonstrar que este círculo tem um "sentido ontológico positivo".

Ou seja: "Não é uma questão de sair desse Círculo, (como na busca de descobertas 'objetivas'), mas de entrar nele adequadamente, uma vez que ele contém a possibilidade de uma percepção original" (OUTHWAITE; BOTTOMORE, 1996, p. 352). Gadamer (1999, p. 402) estabelece relação entre as questões apresentadas por Heidegger e a interpretação dos textos:

> Quem quiser compreender um texto realiza sempre um projetar. [...] a compreensão do que está posto no texto consiste precisamente na elaboração deste projeto prévio, que, obviamente, tem que ir sendo constantemente revisado com base no que se dá conforme se avança na penetração do sentido.

Para Azúa (1992) é em Ricoeur que está posta a noção de texto, que liberado de sua origem (os textos escritos) é convertida em paradigma de estudo da ação humana[5].

[5] Não é possível deixar de sinalizar (embora não tenha uma relação com este trabalho) a discussão em torno destes autores: a simpatia de Heidegger pelo Nazismo, seu afastamento do Mestre Husserl, a proximidade entre sua obra e a de Gadamer e, finalmente, uma aproximação com um grupo de filósofos franceses (entre eles Ricoeur) e sua distância a Sartre. Ver DELACAMPAGNE, C. *História da filosofia no século XX*. Tradução de Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Zahar, 1997, HABERMAS, J. *O discurso filosófico da modernidade*. Tradução de Ana Maria Bernardo et al. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1990 e STEIN, Ernildo. Heidegger: vida e obra. IN: *Conferências e Escritos Filosóficos/Martin Heidegger*. Tradução e notas de Ernildo Stein. São Paulo: Abril Cultural, 1979. (Os Pensadores).

No entanto, não se espere que este caminho leve a uma forma segura de chegar a algum resultado plausível. As primeiras questões parecem relacionadas ao próprio pesquisador:

> Se a Sociologia do sistema de ensino e do mundo intelectual me parece primordial, é porque contribui também para o conhecimento do sujeito do conhecimento, introduzindo, mais diretamente que qualquer análise reflexiva, às categorias de pensamento impensadas, que delimitam o pensável e predeterminam o pensado: basta evocar o universo de pressupostos, de censuras e de lacunas que toda educação bem-sucedida leva a aceitar e ignorar... (BOURDIEU, 1994, p. 6).

Essa fala de Bourdieu indica para a questão da relação das macroteorias e dos espaços de estudo, como chama atenção Machado (1995), para quem a relação "micro-macro" constitui-se em um dos desafios da Sociologia e tem efeitos no campo da saúde. Próxima à posição de Bourdieu, Machado (1995, p. 89) diz: "O sistema de saúde, implantado no país recentemente, lança desafios importantes para o entendimento da nova dinâmica estabelecida nos vários níveis organizacional e institucional." A partir de Collins, Machado (1995, p. 90) vê como "... problemática a forma, por vezes desideologizada, que assumem as microanálises." Então, as opções expressas até aqui não significam a redução da análise ao espaço micro, embora se reconheça o seu privilegiamento[6].

No nosso caso, tratou-se de estudar processos de mudança de organizações de saúde a partir do cotidiano destas organizações, onde sujeitos sociais produzem e resistem aos processos desencadeados. Então, parece pertinente abandonar o acolhimento seguro de um método de pesquisa ou de análise de dados. Portanto, há aqui, uma bricolagem de formas de coleta ou de interpretação de informações, deixando ao problema de pesquisa a função de fio condutor, como na estória do Equilibrista[7] (que constrói sua história

[6] Esta questão da relação entre o micro e macro, local e global será tratada no capítulo 2.

[7] Almeida e Lopes (1997) criaram uma estória para crianças que chamaram de O Equilibrista. "Vivia em cima de um fio, sobre o abismo. Tinha nascido numa casa construída sobre o fio. E já tinha nascido sabendo que a casa podia desmoronar a qualquer momento. Mas logo percebeu que não havia nenhum outro lugar para ele morar. O equilibrista era bem jovem quando descobriu que ele mesmo é que tinha de ir inventando o que acontecia com o fio. [...] E desenrolava o melhor que podia." Ver ALMEIDA, Fernanda Lopes; LOPES, Fernando de Castro. *O equilibrista*. 9. ed. São Paulo: Ática, 1997. s.p.

equilibrando-se sobre um fio) ou, como no poema de Pedro Tierra[8], as técnicas vistas como agulhas tecendo um tapete em que o desenho prévio não está bem definido. De qualquer forma, o equilibrista ou o costureiro sempre fazendo escolhas e sempre podendo optar entre várias formas de analisar a situação.

Contudo, lembrando o problema identificado por Canesqui (1995), não desconsidero possíveis assimilações superficiais de categorias, teorias e metodologias oriundas das ciências sociais e reconheço este trabalho implicado em responder à conjuntura, em estudar processos de mudança sempre com o intento de propor e intervir.

Disse Bourdieu (1998, p. 78):

> Temos como objetivo não só inventar respostas, mas inventar um modo de inventar as respostas, de inventar uma nova forma de organização do trabalho de contestação e de organização da contestação, do trabalho militante. Aquilo com que nós pesquisadores poderíamos sonhar é que uma parte de nossas pesquisas pudesse ser útil ao movimento social, ao invés de perder-se...

Em uma certa antecipação do que, nesta perspectiva, justifica um estudo com estas características, poderíamos dizer que ele se agrega à vontade de "... ampliar a capacidade de compreender o problema, mas também visando adquirir competência para lidar melhor com as práticas cotidianas e concretas." (CAMPOS; CAMPOS, 2000, p. 89). Debruça-se e analisam-se situações não só para encontrar regularidades, para explicar o já instituído, mas para compreender e interpretar a mudança.

Um dos referenciais em que esta pesquisa se apóia é o de estudos de caso. Considerando a proposta de Yin (apresentada a seguir) para os estudos de caso, entendemos o "fato" como uma situação a ser analisada reflexivamente. A opção pela realização de um estudo com características de estudo de caso e ao mesmo tempo a incorporação do conceito de situação, não é um mero exercício teórico. O conceito de situação de Matus (1996)

[8] Texto lido durante o encerramento do Fórum Social Mundial. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, em 05 de fevereiro de 2002. Publicado pela *Revista Informação* do SINPRO-Ijuí.

estabelece um diálogo com a hermenêutica, especialmente com Heidegger, Sartre e Gadamer e sua exploração é uma tentativa de socializar os conceitos que balizam a análise que o trabalho apresenta.

Um dos problemas a ser enfrentado nesse tipo de estudo é o do pesquisador estar implicado com as situações estudadas. Ou seja, há uma análise "por dentro" e não há como eliminar uma certa dose de cegueira, que nesse caso é admitida. Encontramos referência a esse tipo de estudo em Matus (1996, p. 205), que diz:

> Compreender a realidade encontrando-se nela é a forma de conhecer do homem de ação. [...] É justamente um cálculo situacional, uma reflexão "de dentro". A explicação situacional é consciente de sua cegueira quanto a outras explicações, esforça-se por combatê-la mas ao mesmo tempo reconhece a impossibilidade de eliminá-la completamente. O que a distingue do diagnóstico, supostamente objetivo, não é o rigor científico. Pelo contrário, o diagnóstico é cego a sua cegueira e, por conseguinte, é menos rigoroso.

Nesta mesma perspectiva, para Ricoeur (apud AZÚA, 1992), uma "reflexão total" não existe porque ela equivaleria à situação de um pesquisador colocado à distância e capaz de objetivar todos os seus condicionantes. Em conseqüência, a reflexão é parcial e precedida por uma relação de "pertencimento" do pesquisador à situação. O saber crítico está, portanto, condenado a ser parcial e fragmentário.

Neste sentido, a análise é resultado de um processo de compreensão e interpretação balizado pelas opções da demarcação teórica, de escolhas, de interesses. Sim: aceitar que a definição do que seriam inovações não foi uma escolha neutra, mas que há análise mesmo antes de buscar esta ou aquela informação e na eleição dos temas a serem discutidos: temas com raízes em conceitos anteriores – os preconceitos[9] –, temas oriundos da observação, temas produzidos coletivamente no processo de gestão em formação (demandados e ofertados por gestores, apoiadores, coordenadores de unidades, pela pressão externa). Com forte inspiração em Matus (1996) a construção de um texto sobre uma

[9] Em Gadamer (1999) a expressão preconceito indica conceitos anteriores, não assumindo necessariamente a roupagem negativa da expressão usualmente utilizada. Ver GADAMER, H. G. *Verdade e método*. Tradução de Flávio Paulo Meurer. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

situação se dá na relação do pesquisador com os outros sujeitos produtores de textos em processos de pesquisa em que há "... simultaneidade entre geração, a coleta e a análise de informações." (CAMPOS, 2000, p. 191).

1.2.2- A análise de situações complexas remete à diversidade de formas de pesquisa

A questão da complexidade dos processos estudados será tratada nos próximos capítulos. A respeito da relação desta com a perspectiva dialética materialista, é interessante ver em Sartre (1978) anota sobre Henri Lefebvre. Estudando a realidade camponesa, Lefebvre observa que esta se apresenta, de início, com uma complexidade horizontal, que se duplica de uma complexidade vertical ou histórica. Estas complexidades "reagem uma sobre a outra" (LEFEBVRE apud SARTRE, 1978, p. 134).

Para Sartre (1978, p. 134)

> [...] Lefebvre propõe um "método muito simples" utilizando as técnicas auxiliares e comportando vários momentos: a) Descritivo – observação, mas com um olhar informado por uma experiência e por uma teoria geral...; b) *Analítico-regressivo* – Análise da realidade. Esforço no sentido de *datá-la* exatamente...; c) *Histórico-genético*... – Esforço no sentido de reencontrar o presente, mas elucidado, compreendido, explicado... [grifos do autor].

Ainda no intento de balizar uma análise reflexiva parece oportuno recorrer a Castoriadis (1992, p. 203, grifos do autor): "... *de quem* essa interpretação fala? A quem essa interpretação se dirige?". Referindo-se aos fins, Castoriadis (1992, p. 207,) diz:

> O fim da análise é fazer o advir. O advir é uma possibilidade (abstrata) mas não uma fatalidade para todo o ser humano: ele é *criação histórica* e criação cuja história podemos acompanhar. Esse sujeito, a subjetividade humana, é caracterizado pela reflexividade (que não se deve confundir como o simples "pensamento") e pela *vontade* ou capacidade de ação deliberada, no sentido forte deste termo. [grifos do autor].

O estudo da situação e a construção de um texto, que vimos anteriormente com Campos (2000), exige a priorização. Em Castoriadis (1992, p. 211), também encontramos a relação entre o sujeito (pesquisador) e a seletividade:

> Ora, essa representação não pode ser nem "objetiva" nem "transparente" – seriam contradições nos termos. Ela não pode ser "objetiva" já que é a representação por e para "alguém", portanto necessariamente "ajustada", para dizer o mínimo, às finalidades de alguém, nem "transparente", já que a maneira de ser deste alguém é parte interessada na constituição da representação. Assim, para evocar o aspecto mais obviamente evidente, essa apresentação-representação só pode ser imensamente seletiva. O que é cada vez "percebido" deixa cair uma massa imensamente mais importante de "não-percebido" de todas as ordens: a seleção não é somente quantitativa, ela é necessariamente também qualitativa. Extratos do que é poderão ser "apreendidos/construídos", outros não...

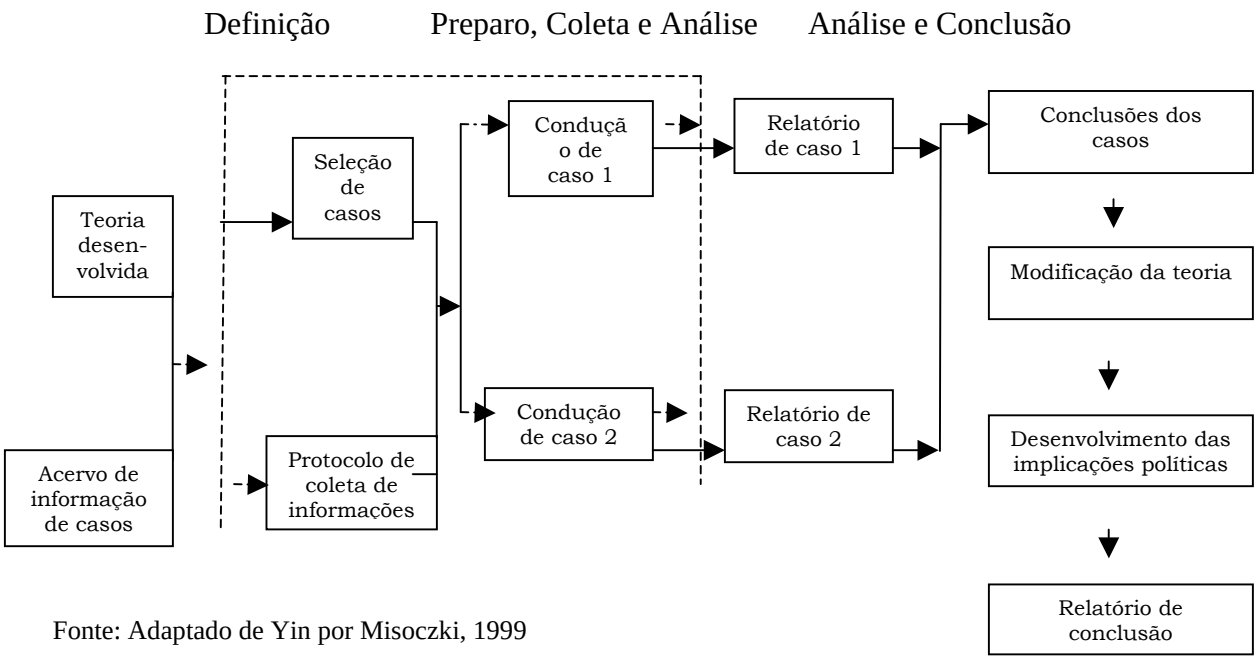
1.2.3- A respeito de alguns aspectos da operacionalização da pesquisa

A estratégia de pesquisa escolhida foi o estudo de casos múltiplos. Para Triviños (1995) o estudo de caso é uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente.

Os estudos multicasos caracterizam-se pela possibilidade que o pesquisador pode ter de estudar dois ou mais sujeitos ou organizações, "mesmo sem a necessidade de perseguir objetivos de natureza comparativa..." (TRIVIÑOS, 1995, p. 136).

O modelo exposto a seguir se constituiu em uma referência para o início deste estudo[10]:

[10] Uma crítica ao modelo proposto é a de que ele parece indicar que a análise será realizada a partir do início da condução dos casos.



Fonte: Adaptado de Yin por Misoczki, 1999

Figura 2- Modelo de estudo de casos múltiplos

No estudo em pauta, as principais fontes de informações foram a observação participante, a entrevista e a pesquisa documental.

1.2.3.1- Observação

Lakatos e Marconi (1986, p. 171) definem como observação não participante aquela em que "o pesquisador toma contato com a comunidade, grupo ou realidade estudada, mas sem integrar-se a ela". As mesmas autoras definem observação participante como sendo aquela cujo observador se incorpora ao grupo, confunde-se com ele. Fica tão próximo quanto um membro do grupo que está estudando e participa das atividades normais deste.

1.2.3.2- Entrevistas

Foram realizadas entrevistas nas três situações estudadas. No entanto, sua utilização, como fonte de informações para análise de forma mais sistemática, aconteceu em Viamão. A decisão sobre que sujeitos deveriam ser entrevistados considerou o exposto em Minayo (1993) a partir de Jonh Dean: a autora cita um agrupamento de atores por suas características e indica a importância de identificar sujeitos colocados em lugares diferentes: novos, descontentes, antigos.

Mesmo sem assumir todas as considerações a respeito da questão, definimos:

a) Grupo 1: sujeitos que participaram da construção da proposta: secretária, pessoas ligadas ao grupo de coordenação;

b) Grupo 2: sujeitos que se mostravam descontentes com o processo;

c) Grupo 3: sujeitos que participaram do processo desde o início, mas não ligados ao grupo de coordenação;

d) Grupo 4: sujeitos novos, que entraram no processo em andamento.

Esta opção levou a seleção, para entrevista, dos seguintes sujeitos:

1. enfermeiro coordenador de uma Unidade Básica de Saúde de uma Vila. Não acompanhou o início do processo, sendo contratado no período em que o Colegiado Gestor estava estruturado; participava das reuniões do Colegiado, não integrava o Grupo de Decisão Estratégica (GruDE) CUR 1;

2. enfermeira que coordenava as Unidades de Saúde. Eu identifiquei que era a pessoa mais mobilizada pelas mudanças em andamento. Por outro lado, ela conhecia muitos dos problemas que eu não conseguia identificar e deveria ter uma leitura diferente do processo, pois participava nas reuniões do Colegiado e do GruDE – DAS 2;

3. médico que coordenou o Departamento articulador das Unidades de Saúde. Também havia sido mobilizado pela mudança e mantinha-se distante do Colegiado. Participava do GruDE – DAS 1;

4. médica coordenadora de uma das Unidades de Referência durante o ano de 2000. No momento da entrevista, era secretária adjunta. Participou na organização do Colegiado, participava no GruDE. – CUR 2;

5. enfermeiro coordenador de uma Unidade de Referência, havia coordenado o Centro de Atenção a Saúde Mental – CAISMental. Participou do "Espaço de Diálogo"; não participava do GruDE – CUB 2;

6. médica, coordenadora de uma Unidade Básica. Participou do "Espaço de Diálogo" e participou intensamente do Colegiado no período estudado. Não participava do GruDE – CUB 1.

As entrevistas foram realizadas entre 02 e 09 de janeiro de 2001, nos locais de trabalho de cada entrevistado.

De acordo com Triviños (1995, p. 146), a entrevista semi-estruturada é:

> [...] em geral, aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.

Neste caso, as perguntas são resultado

> [...] não só da teoria que alimenta a ação do investigador, mas também de toda a informação que ele já recolheu sobre o fenômeno social que interessa, não sendo menos importante seus contatos, inclusive realizados na escolha das pessoas que serão entrevistadas... (TRIVIÑOS, 1995, p. 146).

Para análise das entrevistas realizadas em Viamão, procurei realizar dois movimentos: o de compreender melhor o texto produzido por cada sujeito entrevistado e o de entender melhor o fato, a situação. O movimento de análise de cada entrevista trabalhou com a perspectiva proposta por Demo (2001): uma contextualização sócio-histórica do sujeito, a análise formal do texto (verificando termos e noções mais freqüentes, códigos do discurso, estruturas profundas e estilos de argumentação) e a tentativa de compreender a interpretação que o sujeito faz da situação em que está inserido e que é objeto de análise.

Trata-se de uma adaptação de um roteiro proposto por Demo (2001): 1. Contextualização sócio-histórica; 2. Análise formal: a) freqüências; b) códigos; c) estruturas profundas; d) argumentação; 3. Interpretação: a) do ponto de vista do entrevistado; b) visão crítica; c) reinterpretação[11].

O segundo movimento foi criar categorias, estabelecer uma certa fragmentação que ajudasse a compreender a situação. A partir da identificação de temas, partes do texto das entrevistas foram agrupadas, mantendo-se, contudo, a identificação de seus autores. Os temas relacionam-se tanto com as categorias exploradas e que delinearam o problema de pesquisa, seu aprofundamento na demarcação teórica, como a questões relacionadas aos achados em documentos ou da observação, como de algumas questões novas[12].

De qualquer forma, o texto que analisa o processo de Viamão é construído a partir das entrevistas. No caso de Catuípe, a fala de alguns usuários ajuda a compreender mudanças identificadas na produção do cuidado.

1.2.3.3- Pesquisa documental

A pesquisa documental foi realizada em documentos das organizações estudadas: Leis Municipais, Regulamentos, Atas de Reuniões do Conselho Municipal de Saúde ou dos espaços estudados (como o Colegiado Gestor e o GruDE, em Viamão), Relatórios de Gestão e Plano Municipal de Saúde.

---

[11] Ver o capítulo 3 (Hermenêutica de Profundidade, à la Thompson) em DEMO, Pedro. *Pesquisa e informação qualitativa*: aportes metodológicos. Campinas, SP: Papirus, 2001. (Coleção Papirus Educação).

[12] A este respeito ver capítulo 4, que trata da fase de análise ou tratamento do material. (especialmente a conclusão do capítulo mencionado) em MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento*. Pesquisa qualitativa em saúde 2. ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1993.

1.3- ORGANIZAÇÕES PRODUZIDAS SOCIALMENTE E SUAS MUDANÇAS

Tenho insistido nos termos desenhos, mediações e fluxos porque esta construção não se refere a um modelo na perspectiva do positivismo. Serão necessárias, portanto, algumas considerações sobre a relação desta construção com a perspectiva metodológica, que virá a seguir.

A primeira consideração refere-se à maneira como foi se estabelecendo a relação entre o suporte teórico, o objeto e problema da pesquisa e a denominada pesquisa de campo. O "desenho" que apresento não é um modelo teórico construído pelo método dedutivo porque não parte do geral para, a seguir, descer ao particular (DEMO, 1995). Também não parte de princípios reconhecidos como verdadeiros e indiscutíveis, o que levaria a conclusões puramente formais em virtude unicamente de sua lógica (GIL, 1999). Por outro lado, não se constitui em modelo teórico construído pelo método indutivo porque este "parte do particular e coloca a generalização como produto posterior do esforço de coleta de casos particulares" (DEMO, 1995, p. 137). Não é, portanto, uma pesquisa vinculada à corrente do positivismo.

O "desenho" que apresento só pode ser chamado de modelo se a definição de modelo incluir a idéia de "modelo mutante", desenvolvida por Campos (1995, p. 293) para analisar e propor modelos tecno-assistenciais, "uma síntese mutante, um processo permanente de criatividade: modelo que nunca se completa, um modo de não ser nunca o mesmo modelo".

Badiou (1972, p. 16, grifos do autor) estabelece distinção nos usos da categoria modelo: "um uso *tutelado*, que é somente uma variante, e um uso positivo, investido na teoria da história das ciências". Do ponto de vista da teoria da história das ciências, esta construção não é um modelo, pois (ainda de acordo com Badiou), não se propõe a ser controlável nem tem a pretensão de afastar a opacidade atribuível ao real e não informa (ou explica) todos os fatos observados[13]. Pode ser este um exemplo de uso tutelado, uma mediação onde as setas indicativas de movimento e produção são expressões de uma aproximação ao método dialético.

[13] Esta caracterização baseia-se na análise que Badiou faz do conceito de modelo em Lévi-Strauss.

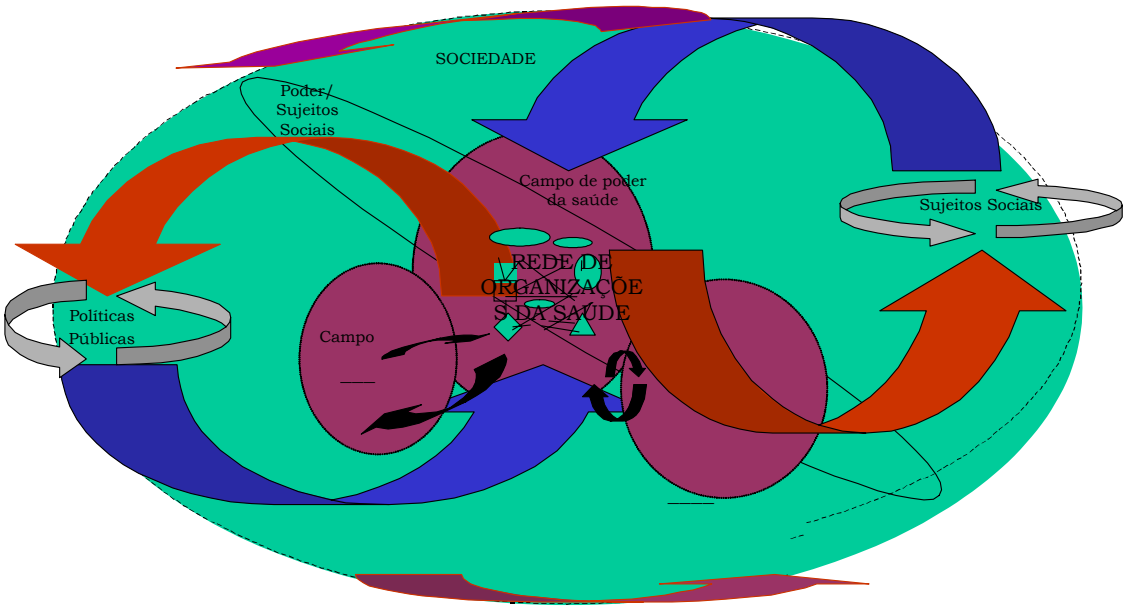


Figura 3- Espaço de formulação de políticas públicas e constituição de sujeitos sociais

Mário Testa (2000) defende a pesquisa em saúde não como uma pesquisa que incorpora categorias do social. Não se trata da incorporação das ciências sociais, mas de pensar a saúde como questão social. Ou, dito de outra forma: "Em meu conceito, a sociedade não tem limite que a separe de tudo o mais, pois não há o tal mais" (TESTA, 1992, p. 34).

Estas questões dão forma aos próximos dois capítulos, que tratarão de discutir os conceitos enfatizados. Esta formulação não tem a pretensão de construir uma teoria explicativa que dê conta da complexidade da realidade local e do cotidiano das organizações. No entanto, é assumida a pretensão da construção de uma abordagem que, mesmo parcial e incompleta, contribua para a análise de avanços na implementação do SUS e indique caminhos para mudanças: nisto pode residir o elemento inovador que justifica o investimento nesta empreitada.

2- PRODUÇÃO DE ORGANIZAÇÕES, SUJEITOS E MUDANÇAS

2.1- CONVERSANDO COM MÁRIO TESTA: A RESPEITO DA PRODUÇÃO DE ORGANIZAÇÕES E O "POSTULADO DE COERÊNCIA"

Mário Testa (1992, p. 110), revela "uma relação necessária entre propostas, métodos para alcançá-las e organização das instituições que se encarreguem disso". Ele chama a esta relação de Postulado de Coerência,

> [...] que diz que os propósitos de uma instituição, os métodos que utiliza e a organização que assume devem ser coerentes [e esta] relação de coerência se exprime, em ciências sociais, de duas maneiras: determinação e condicionamento. (TESTA, 1992, p. 111).

Testa (1992) faz uma diferenciação entre uma relação de primeiro nível (entre propósitos, métodos e organização), na qual existe a possibilidade tanto de determinação como de condicionamento. Esta relação é definida como a "*forma particular* do Postulado de Coerência, em muitos países latino-americanos." (TESTA, 1992, p. 116, grifo nosso).

Assim, o Postulado também é utilizado, nesta pesquisa, não como uma teoria que explique totalmente o objeto, pois se reconhece que isso não é possível nem desejável. É tomado aqui como uma possibilidade de aproximar-se da verdade, uma instância de mediação entre o saber estruturado e a variabilidade das práticas de forma a tornar "possível e suportável esta difícil trajetória entre a certeza da teoria cristalizada e as incertezas do dia-a-dia." (CAMPOS, 2000, p. 140).

A opção da pesquisa refere-se à utilização das categorias propostas por Mário Testa com dois objetivos: explicitar as opções teóricas e, ao mesmo tempo, mediar a relação destas categorias com o trabalho de campo, ou seja, com a complexidade apresentada pela realidade dos casos de pesquisa: a gestão da política de saúde que me proponho a olhar através de mudanças no modelo de atenção e gestão e sua relação com a formação de organizações.

O Postulado de Coerência a seguir apresentado, permite eleger e relacionar conceitos pertinentes a esta demarcação.

Fonte: TESTA, 1992.

Figura 4- Postulado de coerência

2.1.1- O papel do Estado, os propósitos de governo e as políticas públicas

Para Mário Testa (1992, p. 113, grifos nossos).

> [...] o principal papel das instituições do Estado é o de garantir a continuidade do sistema capitalista e, na medida do possível, a resolução das contradições geradas dentro dos grupos dominantes [o Papel do Estado está no primeiro nível de agregação]. No segundo nível de agregação, *surgem elementos de heterogeneidade dentro das instituições do Estado*, [...] que podem dar lugar a contradições que levam à criação de condições favoráveis ao desenvolvimento ou ao fortalecimento dos conflitos.

Nesta perspectiva é que "torna-se simplista entender o Estado como simples instituição de dominação de classe. Ou, por outro lado, torna-se simplista também entender o Estado como instituição neutra, regida pela lei, a serviço de todos os segmentos sociais." (BONETI, 1997, p. 19). Este autor nos indica a possibilidade de fugir de dois extremos (como dois tipos ideais, na concepção Weberiana) e denomina de raciocínio simplista tanto o pensamento gerador de imobilidade, que vê o Estado somente como instituição de dominação de classe, como o pensamento que, por entender o estado uma instituição neutra, o desconsidera na análise dos processos.

No meio do caminho, entre os “tipos-ideais”, caracterizados pela simplificação, uma enorme possibilidade de composições, de coeficientes: abandona-se a simplicidade dos tipos-ideais para assumir que a realidade é caracterizada pela complexidade. Voltamos a uma questão central para o pensamento de Mário Testa: a realidade é complexa, contraditória e conflitiva.

Concordando com Ugá (1997), admite-se que a doutrina neoliberal é o paradigma hegemônico de desenvolvimento econômico, e suas propostas de ajustes levadas ao cabo pelos governos dos países dependentes retiram a capacidade da promoção de políticas públicas. Mas, ao mesmo tempo, não vamos desconsiderar que “o impacto e a força que o discurso neoliberal tem tido na cabeça das pessoas provêm da nossa própria incapacidade de viver e compreender o Estado” (SALAMA, 1998, p. 142).

Quando Testa propõe considerar a heterogeneidade e quando Boneti nos convida a não assumir nenhum pólo como *a verdade*, estão permitindo reconhecer a hegemonia do projeto neoliberal, sem que este reconhecimento signifique negar a possibilidade de espaços de construções de propostas alternativas (a exploração do conflito, da heterogeneidade, da contradição).

Nesta esteira, é que o entendimento de Políticas Públicas proposto por Boneti (1997, p. 19, grifos nossos) é utilizado, como a

> [...] ação que nasce do contexto social, mas que passa pela esfera estatal como uma decisão de intervenção pública numa realidade social determinada, quer seja econômica ou social [é] *resultado da dinâmica do jogo de forças que se estabelece no âmbito das relações de poder* [...].

O “âmbito das relações de poder”, na saúde, tem suas características determinadas, em grande medida, pelo processo de descentralização que altera as relações de poder e inscreve o município na disputa pela capacidade de formulação de diferentes propostas de gestão e de atenção (os modelos tecno-assistenciais) no campo da Saúde Coletiva e pelo controle social sobre o setor. Podemos identificar, no caso da saúde, a constituição de novos sujeitos sociais que jogam e pretendem alterar o resultado desta dinâmica. São, principalmente, os governos municipais com sua heterogeneidade de propósitos (tanto entre governos de diferentes municípios quanto em composições de um

mesmo governo); os trabalhadores apropriados de teorias e acúmulo de experiências, dispostos a propor e disputar a implementação de determinadas formas de "produzir saúde"; e os usuários, com várias possibilidades de disposição e capacidade para realizar o controle social sobre as novas organizações e suas propostas para a gestão e a atenção.

Para Testa (1992, p. 112):

> [...] os propósitos de um governo podem ser definidos da seguinte maneira:
> 1) um propósito permanente que é a legitimação da situação atual, isto é, sua própria legitimação como governo e das características dominantes da formação econômico-social que o sustenta; 2) um propósito principal que é o crescimento [...] e 3) um propósito possível que é a facilitação das condições que conduzam à transformação da estrutura social.

Lembra Testa que os propósitos de legitimação e crescimento estão relacionados com a visão do Estado como sendo homogêneo, e que o propósito de transformação é mais compatível com a consideração do Estado como sendo heterogêneo.

Uma discussão sobre a gestão municipal da política de saúde é uma discussão sobre a gestão pública e, portanto, não pode furtar-se a alguma referência à Reforma do Estado e às propostas de participação do Terceiro Setor, especialmente na prestação de serviços[1].

[1] A opção pelo estudo de Santos, B. S.; Pereira, B. e Grau, C. para um posicionamento sobre a reforma do Estado é devedora às sugestões de leitura do Prof. Luís Carlos de Oliveira Cecilio, durante a disciplina Tópicos de Planejamento (UNICAMP/1998) e do Prof. Marcelo Falcão Milano, durante a disciplina de Análise de Organizações Públicas (UFRGS/1999). A possibilidade de articular estas propostas com os dois autores representantes de distintos modelos tecno-assistenciais (Gastão Wagner de Sousa Campos e a Defesa da Vida; Eugênio Vilaça Mendes e a Vigilância da Saúde e seus desdobramentos: Cidade Saudável, SILOS, e Saúde da Família) é uma construção que inicia com as sugestões de leitura e aportes do Prof. Emérson Elias Merhy, e vai-se consolidando na participação em Cursos de Capacitação de Gestores no Estado do Rio Grande do Sul (setembro/1999 – maio/2000).

2.2- REFORMA DO ESTADO: TRANSFORMAÇÃO EM ORGANIZAÇÕES DO SETOR PÚBLICO E O TERCEIRO SETOR

Boaventura Santos (1999) identifica dois "motores" de transformação: a) a revolução, como movimento externo (agente) que visa à transformação do Estado (objeto) e; b) a reforma, como movimento promovido de dentro do Estado (agente) onde a sociedade é o objeto desta reforma. Assim, para este autor, o que está em crise, neste momento, é especificamente o reformismo, à medida que há um diagnóstico de que o Estado se tornou problemático e que, portanto, deve ser objeto de reformas. No entanto, é este mesmo Estado que gera e implementa as reformas propostas. Ou seja: o Estado é, ao mesmo tempo, agente e objeto. Esse é o pressuposto que sustenta a afirmação que o autor fará mais tarde: a crise do Estado não é o enfraquecimento do Estado, mas o enfraquecimento de suas estratégias de hegemonia e confiança.

Para Boaventura Santos (1997a, p. 02)

Ao nível da estratégia de acumulação [o Estado] é mais forte do que nunca, na medida em que passa a competir ao Estado gerir e legitimar no espaço nacional as exigências do capitalismo global. Não se trata, pois, da crise do Estado em geral, mas de um certo tipo de Estado. Não se trata do regresso do princípio de mercado, mas de uma nova articulação, mais direta e mais íntima, entre o princípio de Estado e o princípio de mercado[2].

Vários textos deste autor vão na direção de ver o Estado como integrante e "... articulador de um conjunto híbrido de fluxos, redes e organizações em que se combinam e interpenetram elementos estatais e não-estatais, nacionais e globais." (SANTOS, B., 1997a, p. 59). Aponta para a democracia redistribuitiva como "primeiro grande investimento da conversão do Estado em novíssimo movimento social." (SANTOS, B., 1999, p. 71).

[2] O Princípio do Estado (Hobbes), do mercado (Locke) e da comunidade formam o que Boaventura de Sousa Santos denomina de Pilar de Regulação. Para ele, o projeto de modernidade é caracterizado por um equilíbrio entre o pilar de regulação e o pilar de emancipação. Este tema é tratado, mais detalhadamente, em SANTOS, B. S. *Pela mão de Alice*. São Paulo: Cortez, 1997b.

Outra formulação do autor em tela é a de Estado experimental, que nos dá bons elementos para pensar as mudanças institucionais, pois defende que um Estado só é experimental à medida que

> [...] às diferentes soluções institucionais são dadas iguais condições para se desenvolverem segundo a sua lógica própria. Ou seja, o Estado experimental é democrático na medida em que confere igualdade de oportunidade às diferentes propostas de institucionalidade democrática. (SANTOS, B., 1999, p. 72).

Assim, este processo só se completa com a convergência de processos de democratização do Estado e da esfera não-estatal.

Quando Campos (2000, p. 147) propõe a co-gestão como "alternativa à privatização e a burocratização estatal", está sintonizado com esta visão de Estado e propõe (a sua proposta de instucionalidade) resgatar o papel do Estado como instância redistribuitiva, legisladora e regulamentadora. Entende que "a democracia e a justiça social dependem de se articular alternativas a sanha privatizante das políticas neoliberais." (CAMPOS, 2000, p. 147).

As organizações sociais são vistas como um novo espaço para a construção de uma nova sociabilidade. A organização pública caracterizada pela co-gestão, ou seja, pelo envolvimento de trabalhadores, governo e sociedade na gestão. Este não é um movimento de privatização, mas poderia ser caracterizado como uma proposta de democratização societal, coerente com a necessidade de refundar tanto o Estado como o terceiro setor, sem a qual, será um engano confiar ao terceiro setor tanto a redemocratização do Estado como a do espaço público não estatal (SANTOS, B., 1997a).

Por outro lado, autores partem do fato de que há uma crise do Estado, e que esta crise abriu oportunidade para outro tipo de respostas. Este outro tipo de resposta é o deslocamento de setores produtivos ou de prestação de serviços da propriedade pública estatal para o que denominam de pública não-estatal. Os autores supõem a "existência de quatro esferas ou formas de propriedade relevantes no capitalismo contemporâneo: a propriedade pública estatal, a pública não-estatal, a corporativa e a privada." (PEREIRA; GRAU, 1999, p. 17).

Pereira e Grau (1999, p. 17) entendem que

> [...] a reforma do Estado que está ocorrendo nos anos 90 deverá conduzir a um Estado fortalecido, com suas finanças recuperadas e sua administração obedecendo a critérios gerenciais de eficiência. [Quanto às atividades sociais, devem ser] realizadas, competitivamente pelo setor público não-estatal[3].

O estudo de Tendler (1998), publicado com o nome "Bom Governo nos Trópicos", indica importantes questões tanto em relação à descentralização, como mito, como quanto ao repasse de atividades para o terceiro setor. É interessante como trata a esfera de governo estadual, pois reconhece, nesta esfera, a possibilidade de desencadear processos de inovação na gestão pública e na condução de políticas sociais. Em relação à melhor qualidade de serviços prestados pelo terceiro setor, a autora contrapõe o fato de que serviços públicos descentralizados podem ser mais eficazes. Ela cita os serviços de saúde, onde verificou, no setor estatal, maior capacidade de atendimento. O trabalho de Tendler trata questões relacionadas ao trabalho e aos trabalhadores públicos e rompe com a idéia de que o funcionário público é sempre desinteressado e ruim, enquanto todo o serviço não-estatal tende a ser eficiente e seus trabalhadores motivados; pelo contrário, identifica, em sua pesquisa empírica, servidores públicos motivados, o que não confirma o euforismo em torno da transferência de serviços para o setor não-estatal. Conclui que o "volume de problemas governamentais que podem efetivamente ser resolvidos dentro do próprio setor público é maior do que pensamos. Por sua vez, passar para as Organizações Não-Governamentais (ONGs) a prestação de serviços pode não ser uma cura tão fácil para as doenças hoje consideradas inerentes ao fornecimento público." (TENDLER, 1998, p. 221).

[3] Eugênio Vilaça Mendes (1998) elabora um diagnóstico de que o Sistema Único de Saúde estruturou-se na contra mão da história, pois a descentralização privilegiou, no município, o espaço de expansão do sistema público. Como Bresser Pereira, ele propõe a retirada do Estado da prestação de serviços. Esta discussão voltará logo a seguir, quando vamos tratar do processo de descentralização e a construção de modelos de gestão e atenção à saúde. Ver MENDES, Eugênio Vilaça. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um novo olhar sobre o nível local. In: _____. (Org.). A organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec, 1998.

Faz-se oportuna uma rápida citação de duas questões relativas ao Estado e suas reformas.

A primeira diz respeito à necessidade de um Estado forte para organizar com eficácia sua fraqueza. Este é, para Boaventura Santos (1998; 1999) o dilema neoliberal e "e desse dilema que as forças democráticas devem partir para fortalecer o conteúdo democrático da articulação estatal no seio da nova organização política e o conteúdo democrático do espaço público não-estatal que ele articula" (SANTOS, B., 1998, p. 70).

A segunda questão também é anunciada por Santos e, como vimos no capítulo anterior, está diretamente relacionada ao tema central deste trabalho. Trata-se da afirmação de que "as lutas democráticas dos próximos anos serão fundamentalmente por desenhos institucionais alternativos" (SANTOS, B., 1999, p. 71).

2.3- POLÍTICAS PÚBLICAS, EXCLUSÃO E INCLUSÃO SOCIAL

No campo da Saúde Coletiva, a expressão "universalização excludente", formulada por Faveret Filho e Oliveira, tornou-se conhecida através de Mendes[4]. A Universalização excludente levou a expulsão de usuários dos serviços públicos e possibilitou a sua absorção no subsistema privado. Trata-se, portanto, de um efeito da forma de organização da atenção constituída em permanente tensão entre o projeto do Sistema Único de Saúde e a hegemonia do modelo proposto pelo projeto neoliberal.

Ao analisar a substituição do modelo médico-assistencial privatista pelo projeto neoliberal da saúde, Mendes (1995, p. 58) o define como:

> Este conjunto complexo e contraditório de movimentos que se dão, concomitantemente, nos usuários, nos produtores de serviços de saúde, estatais e privados, nos trabalhadores de saúde e nas empresas do sistema produtivo, tendo como pano de fundo uma profunda crise do Estado e determinados, em boa parte, por resultados e "efeitos inesperados" das políticas públicas.

[4] MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: _____. (Org.). *Distrito sanitário*. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1992. p. 19-91. No capitulo 1, Mendes faz uma análise das políticas de saúde no Brasil nos anos 80.

Ao contrário, Boneti (1997), defende que a exclusão gerada pela implementação das políticas públicas não é um efeito inesperado. Para esse autor, políticas públicas geram exclusão social como estratégia de desenvolvimento. A exclusão deixa, portanto, de aparecer como efeito inesperado e apresenta-se como efeito esperado, deliberado da formulação de políticas públicas[5].

Dessa forma

> [...] a exclusão não pode ser associada ao resultado não previsto pelo planejamento do desenvolvimento econômico [...] porque, além da conjugação de interesses econômicos que se inserem no âmbito da produção econômica, a modernização, tal como ela é posta em prática a partir dos princípios do paradigma dominante. (BONETI, 1997, p. 48).

A possibilidade de tratar a exclusão como resultado esperado das políticas neoliberais é uma matriz interessante para entender os processos, mecanismos e estratégias que promovem a exclusão na saúde. Dentro dessa perspectiva, o Estado "apresenta-se como o primeiro agente promotor da exclusão, à medida que privilegia a inclusão de novos atores na produção, os que se dedicam à produção tecnificada." (BONETI, 1997, p. 48).

É necessário defender o Sistema Único de Saúde brasileiro como uma grande política promotora de inclusão ao mesmo tempo em que é necessário compreender que, como construção histórica, ele carrega as contradições entre a sua proposta e a proposta de desenvolvimento, que é geradora de exclusão. De qualquer forma, Boneti oferece uma perspectiva interessante para compreender e interferir sobre aspectos da política de saúde onde a lógica de um tipo de desenvolvimento subjugou a lógica do SUS. Essa é uma explicação parcial, mas importante para a desqualificação do atendimento da rede básica, quando esse competir com o privado ou para as conseqüências de um financiamento voltado a viabilizar apenas os serviços consumidores de tecnologia que interesse ao mercado.

[5] Ver BONETI, L. *O silêncio das águas*. Políticas públicas, meio ambiente e exclusão social. Ijuí: Ed. Unijuí, 1997.

Conhecer melhor os processos em que políticas públicas produzem exclusão, seja como efeito inesperado, seja deliberadamente, aumenta as possibilidades de propor políticas e organizações com maior capacidade para gerar inclusão.

Estamos, portanto, dialogando com autores que reconhecem a hegemonia do neoliberalismo na definição do papel do Estado e dos Propósitos de Governo, mas que também reconhecem (de novo, a dialética, o contraditório) que há uma heterogeneidade nestes propósitos. E estamos situados em relação a esta heterogeneidade, em relação aos governos implicados na formulação e execução da política municipal de saúde (seria mais coerente falar em "políticas municipais de saúde"). Esta heterogeneidade aponta para a possibilidade de que muitos governos não estejam dispostos a compartilhar do paradigma hegemônico.

A discussão sobre papel do Estado e Propósitos de Governo, implica decisões sobre o encaminhamento da pesquisa. São elas:

1. há um modelo hegemônico, mas não homogêneo na definição do Papel do Estado. A transformação, como propósito de governo, pressupõe heterogeneidade;

2. na saúde, há heterogeneidade e, portanto, possibilidade de criação de espaços que facilitem transformações;

3. a exclusão pode ser efeito inesperado ou resultado deliberado das políticas públicas do Estado para o modelo hegemônico (neoliberal). Em um contexto de heterogeneidade e transformação, a aposta é na formulação de políticas inclusivas;

4. o desmonte das estratégias de exclusão, a construção de estratégias de inclusão bem como os efeitos da inclusão ou exclusão são sentidos no local (município, cotidiano).

2.4- O LOCAL E OS PROCESSOS DE MUDANÇAS INCLUSIVAS

Em Hobsbawm encontramos uma discussão sobre o conceito de inovação que se aproxima das formulações de Mário Testa. O passado é rejeitado quando a

> [...] inovação é identificada tanto como inevitável quanto como socialmente desejável: quando representa 'progresso' [...] parece que a novidade ou mesmo a inovação constante é aceita mais prontamente na medida em que se refira ao controle humano sobre a natureza não humana... (HOBSBAWM, 1998, p. 29).

Estas inovações não suscitam problemas de legitimação porque são vistas como obviamente úteis e socialmente neutras. Por outro lado, inovações sociopolíticas tendem a encontrar maior resistência, portanto, dificuldades para legitimação.

A esta idéia de inovação como progresso, Testa (1992) vai denominar crescimento, identificado como o principal propósito de governo e relacionando-o a uma visão de Estado como sendo homogêneo.

As inovações sociopolíticas identificadas por Hobsbawn (1998) aproximam-se do que, para Testa (1992, p. 112), é transformação definida como "facilitação das condições que conduzam à transformação da estrutura social", mais compatível com a consideração do Estado como sendo heterogêneo.

Testa utiliza a categoria inovação em oposição à de reprodução, e relaciona estas às de instituinte e instituído[6]. "De modo que los proyectos innovadores se encuentran de preferencia orientados hacia el futuro, en tanto que los reproductores lo están hacia el pasado" (TESTA, 1997, p. 64). Desta forma, encontra situações de estabilidade no encontro da reprodução com o instituído (Instituído-Reprodutor) e de interesse relativo no encontro entre reprodução e instituinte (Instituinte-Reprodutor).

[6] Ver esta discussão em BAREMBLITT, G. *Compêndio de análise institucional*. 3. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996. p. 31). O autor refere-se à vertente do instituído e do instituinte. "O instituinte aparece como processo; o instituído como resultado".

Estamos defendendo que a história da construção do Sistema Único de Saúde, a partir de um movimento de descentralização, é a história de inclusão de novos atores (atores locais) na formulação, execução e avaliação/controle da política de saúde, e até aí, não há novidade. A novidade está em reconhecer que a heterogeneidade destes atores é fator importante para a constituição de espaços que criem condições para a transformação. E aí se faz necessário uma breve conversa com alguns autores que contribuem para pensar o local e o cotidiano.

Para Guatari (1986, p. 127), entre o que se denomina de níveis molar e molecular, "não há uma oposição distintiva, que dependa de um princípio lógico de contradição; [...] as lutas sociais são, ao mesmo tempo, molares e moleculares". Ou ainda: "o molecular, como processo, pode nascer no macro. O molar pode se instalar no micro." (GUATARI, 1986, p. 128). Ele aconselha desconfiar das categorias que separam demasiadamente os campos. A leitura de Guatari sugere o tratamento de nossas categorias mais molares, como o papel do Estado e as Políticas Públicas e as nossas categorias mais moleculares, como as organizações, os sujeitos e os grupos organizados para a produção[7], com alguma autonomia e especificidade sem, contudo, conferir-lhes autonomia e especificidades demasiadas.

Boaventura Santos (1997b, p. 175, grifo nosso) trata a relação dialética entre local e global na mesma perspectiva. Defende que a experiência que temos da globalização é sempre local e que

> [...] um dos problemas mais complexos na compreensão do mundo contemporâneo é o da articulação entre o global e o local. [Para ele, além de reconhecer que vivemos em um período de globalização, é preciso também reconhecer que] [...] vivemos igualmente em um período de localização e que a *expansão da globalização vai de par com a expansão da localização*.

[7] Grupos Organizados para a produção é uma apropriação de um conceito de Campos que será explorado a seguir.

Campos (1994, p. 67), trabalhando com esta relação dialética, entende como necessária

> [...] a construção de um saber crítico que negasse o suposto determinismo absoluto do geral sobre o particular, do econômico e do político sobre as instituições e destas sobre as pessoas e grupos. Admitir a possibilidade do novo surgir da base da sociedade, e reforçar o efeito de mão dupla [a dialética] que combina o efeito demonstração de ações exemplares, o embate público de projetos contraditórios com a desobstrução de canais de baixo para cima.

Ou ainda a proposta de "combinar as disputas mais gerais e pretensamente mais estratégicas, com uma multiplicidade de micro-conflitos, valorizando todos os procedimentos para fazer também micropolítica." (CAMPOS, 1994, p. 67).

Contudo, é bom lembrar que "... o cotidiano não pode ser pensado como um lugar mítico onde, em sua pureza, os pobres se apresentam como são, libertos de ideologias estranhas. Melhor vê-lo em sua ambigüidade de 'conformismo e resistência'." (SADER, 1991, p. 141).

2.4.1- A respeito da complexidade do local

Lidar com a idéia de que o município é local de produção e não apenas de implementação de programas leva à necessária consideração de que o espaço do município é complexo. Como em Mário Testa, também em Morin e Kliksberg, aparecem "áreas de borramento" nas fronteiras dos territórios de mudança e complexidade. Para Morin (2000a, p. 14), "o desafio da globalidade é também o desafio da complexidade".

A velocidade das transformações globais dão o tom da instabilidade e da complexidade. Mas nos interessa muito, aqui, as transformações que são sentidas no local. Então, a complexidade é característica também do local. E, se isto é correto, o local não é espaço da simples execução de ações resultantes de decisões em níveis hierárquicos superiores das estruturas organizacionais piramidais. A partir do processo de Reforma Sanitária, é o município (espaço local) o novo intrometido, e ele entra na gestão do SUS carregando a sua principal característica: a complexidade.

Kliksberg (1997, p. 76) também discute a gestão social em um contexto mundial marcado pela incerteza, ele diz: "Penetramos em um mundo que parece estar cercado pela incerteza, a qual, por sua vez, está associada à complexidade". Em função disso, há uma crise no paradigma gerencial tradicional, determinada pela sua insuficiência para "lidar" com situações de instabilidade[8].

Esta construção resulta na defesa de um "pluralismo organizacional", ou seja, o pensamento organizacional corrente não mais é adequado, e é necessário propor novos desenhos organizacionais.

De acordo com Santos, "o local é a realização possível num dado momento. Mas, quando encaro o global, vejo outras perguntas e almejo alcançá-las. Quando as vejo presentes em outros lugares me pergunto: por que não aqui?" (apud SEABRA; CARVALHO; LEITE, 2000, p. 54). É nesta dinâmica entre o global e o local que se vislumbra o possível.

Este autor refere-se à esquizofrenia do local: "É que no local tem-se a obediência e a revolta. Há sempre as duas coisas." (SEABRA; CARVALHO; LEITE, 2000, p. 63). Ao falar em retorno ao território, Santos (1996) define-o como arena de oposição entre o mercado (que singulariza) e a sociedade civil (que generaliza). "Por enquanto, o lugar – não importa a sua dimensão – é a sede dessa resistência civil, mas nada impede que aprendamos as formas de estender essa resistência às escalas mais altas" (SANTOS, 1996, p. 19).

A complexidade da cidade leva Fischer (1997, p. 255) a entendê-la como uma teia organizacional: "... idéia-símbolo de um fluxo em transformação, [a cidade] é uma bela metáfora de organização de indiscutível e desafiadora complexidade". A autora percebe que "cidades e organizações tem os mesmos traços distintos de complexidade, diversidade, singularidade e contradição." (FISCHER, 1997, p. 256). Para ela, a cidade é "Conjunto complexo de teias organizacionais, com diversidades e singularidades que geram forte multiplicação de projetos, jogos cooperativos, exclusões e conflitos, alianças e rejeições, a

[8] A crítica que este autor faz ao "Paradigma Gerencial Tradicional" está muito próxima da que Carlos Matus e Mário Testa fazem do planejamento normativo. Na mesma perspectiva, Kliksberg refere-se a planejar em mundo de intrometidos.

cidade é ordem e desordem, real ou virtualmente produzidas." (FISCHER 1997, p. 257). Na cidade, "... organizações inovadoras e tradicionais contracenam e criam pautas de convivência e conflito, rejeição e solidariedade..." (FISCHER, 1997, p. 258).

A disputa entre o local e o global na construção das instituições também está presente em análises sobre a utopia política das Missões[9], e é interessante ver que:

> A análise dos Trinta Povos como um todo, ao contrário do que já se tentou provar, não confirma as hipóteses de ter sido sua organização política uma unidade estatal independente, nem possuir modelos anteriores que possam ter servido como projeto inicial. A regularidade do plano das Missões, com suas ruas paralelas e sua praça central com a igreja, seguia a tradição das cidades espanholas, enquanto a organização social interna das casas comunais obedecia aos costumes da tradição indígena dos guaranis. (KERN, 1982, p. 263).

2.5- ORGANIZAÇÕES E INSTITUIÇÕES: DÁ PARA FALAR EM ORGANIZAÇÕES INCLUSIVAS?[10]

2.5.1- A respeito de organizações e instituições

São vários os conceitos de organização. Uma definição mais próxima à Teoria Geral da Administração é a de que é "uma construção humana arbitrária com base lógica e racional pela intenção explícita de se alcançar um objetivo." (MOTTA, 1998, p. 128).

[9] Trata-se da polêmica e interessante experiência de redução dos índios ao catolicismo ou da formação da República Guarani. De qualquer forma, as missões, a partir de 1607, formam organizações no território onde hoje se localiza o Estado do Rio Grande do Sul. Estas organizações são destruídas a partir do Tratado de Madri, em 1750.

[10] Não se desconhece a discussão acerca dos problemas conceituais das categorias de exclusão e inclusão. Ver DEMO, Pedro. *Charme da exclusão social*. Campinas: Autores Associados, 1998 e, especialmente WANDERLEI, Mariangela Belfiore. Refletindo sobre a noção de exclusão. In: SAWAIA, Bader (Org.). *As artimanhas da exclusão*. Petrópolis: Vozes, 1999. LESBAUPIN, Ivo. *Poder local x exclusão social*. Petrópolis: Vozes, 2000, também discute a utilização do conceito de exclusão.

Testa (1992, p. 113). diz que

> Uma organização é, considerada de forma instantânea, uma cristalização da história, um momento da mesma que recolhe, nessa forma concreta, todo um desenvolvimento relacionado a outras determinações sociais, culturais, políticas e econômicas.

Entender a organização como resultado de determinações permite, para Testa, localizá-la, no Postulado de Coerência, como determinada pela história e determinante e condicionada pelo Método e pelo Propósito de Governo.

Ver a organização como *uma* forma concreta, entre outras possíveis, é a proposta dos institucionalistas. Para Lourau (1996), Lapassade (1989) e Baremblitt (1996) o conceito de organização está relacionado ao de instituição. Baremblitt (1996, p. 27) diz que

> As instituições são lógicas, são árvores de composições lógicas, que segundo a forma e o grau de formalização que adotem, podem ser *leis*, podem ser *normas*, e quando não enunciadas de maneira manifesta, podem ser *pautas*, regularidades de comportamento.

As organizações são, então, dispositivos concretos nos quais as instituições se materializam e assumem formas muito variadas, desde um complexo organizacional até um pequeno estabelecimento. “As organizações são grandes ou pequenos conjuntos de formas materiais que põem em efetividade, que concretizam, as opções que as instituições distribuem, que as instituições anunciam.” (BAREMBLITT, 1996, p. 30).

A relação entre instituição e organização é assim compreendida:

> [...] as instituições não teriam vida, não teriam realidade social se não fosse através das organizações. Mas as organizações não teriam sentido, não teriam objetivo, não teriam direção se não estivessem informadas, como estão, pelas instituições. (BAREMBLITT, 1996, p. 30).

Em relação aos objetivos das organizações, os conceitos de objetivos oficiais e objetivos operacionais. Esta possibilidade é coerente com o conceito de organização que estamos trabalhando e, a partir deste autor, encontramos vários estudos sobre organizações (PERROW, 1993 apud VIEIRA; CARVALHO, 1999; CARAPINHEIRO, 1998; CECILIO, 2000).

Justifica-se uma "pausa" para conversar com estes autores porque eles nos ajudam a qualificar a "entrada" na organização, à medida que avançam na análise de organizações, incorporando o poder e o conflito.

Carapinheiro (1998), ao analisar os saberes e os poderes no hospital recorre ao conceito de objetivos de Perrow, dizendo:

Na perspectiva de Perrow, os objetivos ligam-se a estrutura de poder da organização. Ao longo da história, o hospital é controlado pelos grupos que desempenham as tarefas mais difíceis e críticas e são as características destes grupos que determinam as políticas hospitalares e objetivos organizacionais. (CARAPINHEIRO, 1998, p. 60).

Para esta autora, "em qualquer organização, a interpretação oficial dos objetivos é *sempre temperada* pelos entendimentos particulares dos grupos que pertencem à organização" (CARAPINHEIRO, 1998, p. 60, grifo nosso). Isso explica porque não é possível, embora seja esta uma tendência, estabelecer uma relação "íntima e exclusiva" entre a estrutura formal e os objetivos explicitamente definidos (os objetivos oficiais). Dito de outra forma,

> [...] em cada organização não é clara a relação entre as regras, os procedimentos e os objetivos, pois há sempre algumas regras e alguns procedimentos que não decorrem directamente da prossecução dos objectivos oficiais, que se criam, recriam ou se abandonam, de acordo com os interesses e as necessidades dos grupos com mais poder e mais influência. (CARAPINHEIRO, 1998, p. 60).

Esta perspectiva remete para a análise da estrutura informal das organizações. Ela informa sobre a "regulação dos comportamentos considerados adequados para a realização de projectos de poder de determinados grupos da organização, podendo até impedir ou contrariar o exercício das regras formais." (CARAPINHEIRO, 1998, p. 60). Fica claro que as regras informais têm relação com os objetivos operativos, e se concretizam, mesmo que distantes dos objetivos oficiais da organização.

Fora do campo da saúde, Vieira e Carvalho (1999, p. 137), também a partir de Perrow, dizem que os objetivos organizacionais são

> [...] produto de um processo político na organização, que envolve conflito entre os grupos de interesse, entre esses e o grupo ou coalizão dominante, e a estrutura e o processo do uso de autoridade e poder. Entretanto, essa visualização não pode perder de vista o processo social conflitante no nível macrossocietário de análise e entre eles descobrir as relações existentes nos domínios histórico, econômico e político[11].

Aqui, vamos recorrer a Lapassade (1989) para lembrar que um grupo pode ser compreendido como uma organização social e que é sempre determinado por instituições. Ou seja, "é preciso admitir como hipótese prévia, que o sentido do que se passa aqui e agora nesse grupo liga-se ao conjunto da contextura institucional de nossa sociedade." (LAPASSADE, 1989, p. 14).

Portanto, enquanto o objetivo oficial é vago e genérico, o objetivo operativo indica o que a organização está atualmente tentando fazer, mesmo se o que ela realmente está tentando fazer, não coincida com os objetivos oficiais (PERROW apud VIEIRA; CARVALHO, 1999). É importante lembrar que, embora responsáveis pelo estabelecimento dos objetivos organizacionais, nenhum indivíduo ou grupo possui poder suficiente para determiná-los completamente. Os objetivos organizacionais são diferentes dos objetivos de qualquer um de seus participantes, e mudanças na composição da coalizão dominante vão se refletir nos objetivos operativos da organização.

[11] A partir de pesquisa em ambientes carcerários, Vieira também analisa a percepção da qualidade dos serviços a partir do estudo dos objetivos operacionais dos grupos das organizações.

Cecilio (2000) também explora a possibilidade de entender o que uma organização realmente faz a partir do estudo ou identificação dos grupos e seu poder na organização. E mais, avança ao utilizar estas categorias para discutir a aposta dos vários grupos e a consideração destas apostas nas propostas de mudanças.

Esta revisão ajuda a perceber que, para uma aproximação aos objetivos de uma organização, não são suficientes pesquisas junto a documentos oficiais ou entrevistas com o grupo dirigente. Sairá, desta abordagem, uma aproximação aos objetivos oficiais da organização. Mas, para entender quais os objetivos que determinam a forma como a organização opera, é preciso saber quais são os grupos e coalizões e de que poder dispõem. Isso só é possível acompanhando o cotidiano da organização estudada.

Para Campos (2000), as instituições apresentam duplicidade de objetivos, sendo o reconhecimento desse "duplo papel" essencial para a reconstrução de modos de governá-las. Os objetivos institucionais identificados pelo autor são os de produzir bens ou serviços de interesse social e assegurar a sobrevivência da própria organização e do conjunto de agentes que a integrem ou dela dependam[12].

O conceito de organização leva a "uma noção que indica uma estrutura e um funcionamento ordenados segundo uma racionalidade rígida e com limites bem definidos" (CAMPOS, 2000, p. 19). Ao propor um método que privilegia as pessoas, Campos depara com os limites do conceito de organização. "A Organização – aquela, objeto de estudo da Administração e do direito [aquela com a qual nos ocupamos até aqui] seria apenas um dos tipos possíveis de Coletivo." (CAMPOS, 2000, p. 20). "Um coletivo Organizado para a Produção constitui-se na medida em que logra produzir-se com capacidade de análise e com potência para agir." (CAMPOS, 2000, p. 168).

No caso da pesquisa em pauta, a formulação de Campos permite superar questões de nomenclatura e de metodologia que, até aqui, vinham sem definição. É possível, a partir da categoria Grupos Organizados para a Produção, estabelecer de forma mais coerente o fio condutor da pesquisa: pesquisar a gestão da política municipal de saúde através das inovações nos modelos de gestão e atenção[13].

---

[12] Este estudo, especialmente a investigação relacionada à crise dos hospitais locais, confirma a existência da duplicidade de objetivos, identificada por Campos.
[13] Ver figura 1, p. 25.

2.5.2- Instituintes e institucionalização

Os dois conceitos são utilizados por esta pesquisa. O conceito de processos instituintes é tomado dos institucionalistas. Aos

> [...] momentos de transformação institucional [ou], a estas forças que tendem a transformar as instituições ou também a estas forças que tendem a fundá-las (quando ainda não existem), a isso se chama o instituinte, forças instituintes. São forças produtivas de códigos institucionais. (BAREMBLITT, 1996, p. 32).

O instituinte é um processo e tem como resultado o instituído. Este, como efeito da atividade instituinte, transmite uma característica estática, congelada, que apresenta uma disposição a persistir. Da mesma forma, Baremblitt (1996, p. 33) refere-se ao que acontece no nível organizacional: o organizante, como "atividade permanentemente crítica e transformadora [...] e o organizado, que se pode ilustrar como o famoso organograma ou fluxograma".

Misoczky (1999), ao analisar o processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde brasileiro identifica duas abordagens para o conceito de institucionalização; uma, que a vê como um processo adaptativo, no qual a estrutura organizacional é vista como um veículo moldado em reação às características e compromissos dos participantes ou das influências e limitações do meio externo; outra, que a vê como um processo que cria realidades.

Seguindo Misoczki (1999), vamos encontrar em Berger e Luckmann (1998) as características desta segunda abordagem. Ela é vista como um processo que "ocorre sempre que há uma tipificação recíproca de ações habituais por tipos de atores." (BERGER; LUCKMANN, 1998, p. 79). Pode-se dizer ainda que estes autores identificaram a institucionalização como processo central na criação e perpetuação de grupos sociais duradouros e, a partir daí, é que Tolbert e Zucker (1999, p. 205) propõem

> [...] um conjunto de processos seqüenciais – habitualização, objetivação e sedimentação – sugerem variabilidades nos níveis de institucionalização, implicando, deste modo, que alguns padrões de comportamento são mais sujeitos do que outros à avaliação crítica, modificação e mesmo eliminação.

2.5.3- Organizações e instituições têm história

Ao justificar a relação de condicionamento da organização pela história, Testa (1992, p. 113) diz: “Portanto, a análise das organizações existentes em um determinado momento histórico fala-nos indiretamente das outras determinações procedentes do passado, junto com as advindas do momento atual”.

Esta discussão sobre a história das organizações que estamos propondo como objeto de pesquisa também pode ser justificada, lembrando Gadamer (1999), porque a nossa ação presente se inscreve na continuidade de uma memória assim como, para os indivíduos e os povos, a identidade da organização que estudamos hoje não é um dado, mas uma construção. Por isso, mesmo uma narrativa que procure reviver o passado, fala do nosso real (DELACAMPAGNE, 1997).

Desta forma, “as instituições têm sempre uma história, da qual são produtos. É impossível compreender adequadamente uma instituição sem entender o processo histórico em que foi produzida.” (BERGER; LUCKMANN, 1998, p. 79).

Ou, “a objetividade do mundo institucional, por mais maciça que apareça ao indivíduo é uma objetividade produzida e construída pelo homem.” (BERGER; LUCKMANN, 1998, p. 87).

2.6- A RESPEITO DAS MUDANÇAS: INOVAÇÕES E MUDANÇAS ORGANIZACIONAIS NA PERSPECTIVA DA INCLUSÃO

Inovação pode ser entendida como “Ato ou efeito de inovar. Novidade” (FERREIRA, 1999, p. 1115). Mais próxima a esta definição está a de que “Inovar é introduzir a novidade de tal forma a deixar explícito que alguma tecnologia, habilidade ou prática organizacional se tornou obsoleta. Inovação traz a visão de progresso, carrega a conotação da virtude e do mais bem realizado.” (MOTTA, 1998, p. xiv). (Apenas uma necessidade, apenas crescimento, diria Mário Testa). E mais: uma introdução indiscutível,

necessária, conseqüência da superação de uma tecnologia. Inovação na gestão seria, então, a introdução de uma nova tecnologia de gestão pelo entendimento de que a tecnologia anteriormente utilizada tornou-se obsoleta. Assim são introduzidas várias tecnologias de gestão. Mas esta não é a única perspectiva.

Para Demo (1997, p. 29), uma "compreensão humana de inovação deverá saber distinguir entre o que se pode abandonar e mesmo desfazer, e o que faz parte da própria razão de ser da instituição ou da história em questão."

O autor refere-se a seres humanos que sabem "pensar e fazer a inovação que interessa à história humana" (DEMO, 1997, p. 31). Para estes, o questionamento estaria "direcionado para um compromisso reconstrutivo, ainda que provisório, e não para fins de inovação pela inovação ou de competitividade" (DEMO, 1997, p. 34). Para ele, "... saber pensar a inovação imposta pelo conhecimento, combinando progresso técnico com bem comum, possivelmente seja o que melhor teríamos que saber pensar."

Para Motta (1998, p. 128), "... a inovação danifica práticas usuais, gera receios sobre a possibilidade de controle das novas rotinas." Lembra também que

> [...] a intenção de inovar aguça as contradições naturais já existentes no meio organizacional. Ao contrapor as forças de estabilidade e as da mudança, rompe valores e interesses, gerando apoios e resistências mais nítidos, além de fazer aflorarem emoções e imaginações menos conhecidas.

Transformar é "criar um novo modelo de organização e produção; significa alterar as próprias premissas sobre a realidade e compreender a mudança como fundamental para o êxito organizacional." (MOTTA, 1998, p. xiv). Processos de transformação questionam "... todas as dimensões organizacionais para dar margem à novidade e a novas fontes de sucesso". (MOTTA, 1998, p. xiv).

Para Morgan (1996) organizações podem ser vistas como máquinas, organismos, cérebros, culturas, sistemas políticos, prisões psíquicas, como fluxo e transformação ou instrumento de dominação. O autor percebe três diferentes imagens da mudança que fornecem "um meio de explicação de como a realidade da organização pode estar

embutida na própria lógica de mudança.” (MORGAN, 1996, p. 241). As imagens de mudança estão relacionadas a autopoiesis, a cibernética e a dialética, conforme veremos no quadro a seguir, que também estabelece relações entre estas teorias, suas explicações para a realidade da organização e para a mudança e a nossa pesquisa.

Quadro 2- Explicações para a realidade organizacional e lógica de mudança

Teoria	Explicação da realidade da organização	Lógica da mudança	Implicações para a pesquisa
Abordagem tradicional	É tipicamente considerada como um sistema aberto e em constante interação com o seu ambiente.	A mudança se origina no ambiente.	Ênfase no estudo do ambiente.
Autopoiesis	Os sistemas não são isolados, mas são fechados e autônomos. O que caracteriza os sistemas vivos são a autonomia, circularidade e auto-referência.. Idéia de conjuntos dentro de conjuntos (Maturana e Varela). As organizações tentan atingir uma forma de confinamento auto-referencial em relação aos seus ambientes, interpretando estes últimos como projeções das suas próprias identidades ou auto-imagem. Muitos dos problemas que as organizações encontram ao lidarem com seus ambientes se acham intimamente ligados com o tipo de identidade que tentam manter.	Localiza a fonte da mudança em variações aleatórias que ocorrem dentro do sistema total.	As explicações da evolução, mudança e desenvolvimento das organizações devem dar basicamente atenção aos fatores que determinam a identidade de uma organização.
Cibernética		Está encoberta pelas tensões e tendências encontradas nas relações circulares (rede de causalidades múltiplas). É difícil deter a mudança ou preservar interminavelmente determinado modo de organização.	Acontecimentos iniciais de alta probabilidade. Novas formas de organizações podem emergir em tempos de mudança. Análise de situações como círculos e não como linhas.
Dialética	Contradição e fluxo como aspectos que definem a realidade. A visão dialética da realidade sugere que tensão e contradição sempre estarão presentes.	A mudança é o produto de relações dialéticas entre opostos.	Análise das tensões, estudo dos opostos.

Fonte: MORGAN, Gareth. *Imagens da organização*. Tradução de Cecília Whitaker Bergamini e Roberto Coda. São Paulo: Atlas, 1996.

Nota: As idéias expostas neste quadro-síntese referem-se ao capítulo 8 (Revelando a Lógica da Mudança).

2.7- OS SUJEITOS SOCIAIS "CO-PRODUZIDOS"[14]

Nós apostamos que é possível inventarem-se organizações e instituições. Essa invenção é um projeto de sujeitos, em parte determinados pela história, por suas organizações, pelo instituído, mas em parte sujeitos instituintes, portadores de vontades, de desejo de mudança e de poder para propô-las, desencadeá-las ou acelerá-las. Também sujeitos com autonomia para resistir, impedir as mudanças, impedir a sedimentação de processos inovadores. Secretários e Secretárias e outros envolvidos na gestão da saúde como espaço de realização de suas obras (seus postos, hospitais, seus afetos, seus projetos, seus sonhos, suas propostas): uma disputa pela análise e pela proposta de mudança.

Essa perspectiva nos aproxima de Sader (1991, p. 53, grifos do autor) que fala das variações para o uso do conceito "sujeito". Ele diz que a utilização do conceito de sujeito é associada a "*um projeto*, a partir de uma realidade cujos contornos não estão plenamente dados e em cujo devir o próprio analista projeta suas perspectivas e faz suas apostas. E outro traço comum, vinculado a este, é a conotação com a idéia de *autonomia*".

Nossa análise tomou, de Testa (2000) a idéia de que os sujeitos não estão constituídos a priori, mas que são produtores e produtos dos processos[15]. Portanto, sujeitos portadores de projetos e com uma certa dose de autonomia para realizá-los. É possível também trazer para a construção desse trabalho, a idéia de que, dialeticamente, os sujeitos são produtores e produtos de suas apostas.

Diz Campos (2000, p. 65):

> Então, cabe a pergunta se seria possível inventarem-se mundos, organizações e instituições que produzissem não-Objetos/sujeitados, mas Seres com potencial para pensar (refletir ou analisar) e agir com algum grau de autonomia em relação aos seus determinantes, sejam externos ou internos, conjunturais ou estruturais?

[14] O tema do Sujeito tem merecido destaque na produção recente do campo da Saúde Coletiva. Ver em Cecilio (1997) uma interessante discussão sobre a utilização da categoria Sujeito e seus riscos.
[15] Ver TESTA, Mário. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas; Abrasco, 1992.

Essa pesquisa partiu de uma resposta afirmativa a pergunta formulada por Campos e optou por discutir com os sujeitos as formas como se dá a produção em saúde e sua própria produção neste processo, assumindo a aposta em um projeto: de forma mais ampla, a defesa do SUS e, de forma mais vinculada ao cotidiano e à "micropolítica", a aposta de que as "coisas" podem se produzir de forma diferente.

2.8- TEORIAS E MÉTODOS: OS MODELOS TECNO-ASSISTENCIAIS DISPUTAM A PRODUÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES

Um dos pilares do Postulado de Coerência proposto por Testa é a questão do método. Aqui se faz uma adaptação, entendo-se que a concretização da teoria e método são, em saúde, os modelos tecno-assistenciais.

É preciso dizer o que se entende por modelo. E esta definição já é uma antecipação da explicitação sobre o lugar de onde se fala, se avalia e opta por considerar expressões de um ou outro modelo como inovadoras ou não.

Para Merhy (1992, p. 26),

> [...] modelos tecno-assistenciais são *apenas* [grifos meus] os projetos que possuem as seguintes dimensões:
>
> a) [... são], antes de tudo, projetos políticos e não saberes tecnológicos, mesmo que estes sirvam de base para a formação daqueles;
>
> b) no seu conjunto, um modelo deve ser capaz de descrever explicitamente qual é o seu problema de saúde, quais são as suas práticas, para que servem e como devem ser organizadas, enquanto serviços, além de explicitar quem são os seus trabalhadores e os seus usuários;
>
> c) sob a configuração institucional, um modelo é a organização de uma dada forma de poder político, e como tal tem de expressar uma dada conformação do Estado;
>
> d) como política, um modelo tem de construir uma visão dos outros modelos.

2.8.1- Vendo modelos como disputas no campo

É freqüente a expressão "paradigma" para caracterizar a Medicina Científica, Saúde Comunitária ou Saúde Coletiva[16].

A idéia de paradigma, para Kuhn, está intimamente ligada à idéia de comunidade científica, que é a unidade produtora e também legitimadora do conhecimento científico (HOCHMAN, 1994). A ciência normal baseia-se no

> [...] pressuposto de que a comunidade científica sabe como é o mundo. Grande parte do sucesso do empreendimento deriva da disposição da comunidade para defender esse pressuposto [...] a ciência normal freqüentemente suprime novidades fundamentais, porque estas subvertem necessariamente seus compromissos básicos. (KUHN, 1978, p. 24).

É a comunidade científica que detém o monopólio da prática científica estabelecida. Ela é extremamente estável e baseada na solidariedade e no compromisso; é a agência, ao mesmo tempo criadora, legitimadora e reprodutora do conhecimento científico, e estabilidade se manterá enquanto ela for capaz de resolver os problemas dentro da tradição compartilhada (HOCHMAN, 1994).

É como diz Kuhn (1978, p. 13): "Considero 'paradigmas' as realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência". A comunidade científica é a que compartilha de um paradigma e, em "tempos normais" os cientistas resolvem os problemas que se apresentam com base no consenso por parte dos cientistas que compartilham das mesmas regras e padrões, uma "certa tradição de fazer ciência na sua especialidade" (HOCHMAN, 1994, p. 202).

[16] Sobre a utilização da categoria "paradigma" em saúde e a introdução da noção de campo, ver também PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

A comunidade científica sofre, portanto, de um isolamento da dinâmica social[17] à medida que só ela é competente para o equacionamento dos problemas científicos, e esta é, inclusive, condição necessária para que cada cientista concentre sua "atenção sobre os problemas que se julgue competente para resolver." (KUHN, 1978, p. 206). Ao adquirir um paradigma, a comunidade científica escolhe critérios para a escolha de problemas, e aqueles considerados como uma solução possível são "os únicos problemas que a comunidade admitirá como científico ou encorajará seus membros a resolver." (KUHN, 1978, p. 60).

Os outros problemas ou são rejeitados ou são demasiadamente problemáticos para merecerem dispêndio de tempo. Um paradigma

> [...] pode até afastar uma comunidade daqueles problemas sociais relevantes que não são redutíveis a forma de quebra-cabeça, pois não podem ser enunciados nos termos compatíveis com os instrumentos e conceitos proporcionados pelo paradigma. (KUHN, 1978, p. 60).

E mais: assim como o cientista não precisa se preocupar com as exigências dos não-especialistas ou da vida cotidiana, seu trabalho também não se destina a integrantes de outras escolas; ele trabalha apenas para uma audiência de colegas que compartilha de seus valores e crenças.

As denominadas Revoluções Científicas são, portanto, processos internos às comunidades científicas que, enquanto aceitam um paradigma, consideram que o fracasso em encontrar solução para certo problema se deve ao fracasso dos integrantes e não do paradigma compartilhado. O acúmulo de problemas não resolvidos leva ao surgimento de novas explicações: é a crise do paradigma, e seu resultado será a substituição parcial ou total do paradigma. Este processo não é tranqüilo para a comunidade científica, ela resiste à mudança (o que garante, para Kuhn, a estabilidade necessária para a produção científica em tempos de "ciência normal"), mas se torna mais flexível, permitindo um certo nível de conflito. Com a aceitação do novo paradigma, há uma reorganização da comunidade científica, com base neste paradigma (HOCHMAN, 1994, p. 206).

[17] Há, no entanto, uma ressalva do autor: "Nas ciências (embora não nos campos como a Medicina, a Tecnologia e o Direito, que tem sua raison d'etre numa necessidade social exterior) a criação de jornais especializados, a fundação de sociedades de especialistas e a reivindicação de um lugar especial nos currículos de estudo, têm geralmente estado associadas com o momento em que um grupo aceita pela primeira vez um paradigma único." (KUNH, Thomas S. *A estrutura das revoluções científicas*. 2. ed. Traduzido por Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira. São Paulo: Perspectiva, 1978).

De qualquer forma, a idéia central é a de que a substituição (parcial ou total) de um paradigma se dá pela sua superação, e que este é um processo interno da comunidade científica.

A concepção de Campo proposta por Bourdieu e Wacquant (1995, p. 64) será discutida a seguir porque "pensar em termos de campo significa *pensar em termos de relações*"[18], e isso contribui para entender os modelos tecno-assistenciais não como propostas diferentes elaboradas e superadas dentro da comunidade científica, mas como propostas em disputa, um jogo em um campo que pode ser definido

> [...] como uma rede ou configuração de relações objetivas entre posições. Estas posições se definem objetivamente em sua existência e nas determinações que impõe a seus ocupantes, sejam agentes ou instituições, por sua situação atual e potencial na estrutura da distribuição das diferentes espécies de poder (ou de capital)... (BOURDIEU; WACQUANT, 1995, p. 64).

Em um campo há lutas; portanto, há história. Só pode haver história se os indivíduos se rebelam, resistam e reajam. O campo é cenário de relações de força e de lutas que buscam transformá-las. Por conseguinte, é espaço de mudança permanente.

2.8.2- A RESPEITO DO JOGO QUE ESTÁ EM CURSO NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA: VIGILÂNCIA DA SAÚDE E DEFESA DA VIDA E SUAS EXPRESSÕES NO DESENHO INSTITUCIONAL DO SUS

Silva Junior (1998) identifica, no campo da saúde coletiva, disputa entre três propostas: a proposta baiana de SILOS (Sistemas Locais de Saúde), a proposta de Curitiba (Cidades Saudáveis) e a proposta LAPA-UNICAMP (Defesa da Vida). Em suas conclusões, Silva Junior (1998, p. 131) afirma que

[18] As citações de Bourdieu e Wacquant, são traduções livres do espanhol.

> [...] as propostas "Silos-brasileiro" e "Saudicidade" em que pesem suas diferenças políticas, constituem o pólo dominante do campo científico/político da Saúde Coletiva, caracterizado por um certo "pragmatismo político" que aceita certas simplificações ou "mutilações", como "o possível nesta conjuntura política", ou seja, promovem sua ascensão no campo "por dentro" do modelo hegemônico.
>
> No outro pólo, a proposta "Em Defesa da Vida" e outras mantém uma posição "intransigente" na implementação das consignas da Reforma Sanitária, em especial na democratização das relações Estado/Sociedade e na criação de novos sujeitos sociais capazes de construir uma coalizão contra-hegemônica.

A partir do reconhecimento desta "polarização" entre as propostas de Cidade Saudável, Silos, de um lado, e a proposta Em Defesa da Vida, por outro, e pela importância no contexto da gestão da política municipal de saúde e na opção por modelos de atenção, de estratégias como a de Saúde da Família, estou optando por continuar esta discussão. E opto por não considerar como modelos distintos as estratégias de Saúde da Família, Cidade Saudável e a experiência brasileira de SILOS, que reúno sob a denominação de Vigilância da Saúde[19].

O recorte que faço é referência a Jairnilson Paim e Eugênio Vilaça Mendes, na condição de formuladores da proposta que hegemoniza o campo da Saúde Coletiva, e a busca das coincidências de suas propostas no que identifico, seguindo Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998) como modelo da Vigilância da Saúde.

[19] Esta construção foi possível a partir das discussões na disciplina Seminários... com o prof. Émerson Elias Merhy (trabalho sobre o livro "Uma agenda para a Saúde"), discussão, na mesma disciplina, sobre Jairnilson Paim. Recentemente, registro as contribuições de discussão com o Enf. Dário Pasche, que dividiu comigo a responsabilidade de apresentar a versão final do programa e assumir as aulas da disciplina Estratégias Tecno-assistenciais em Saúde da Escola de Saúde Pública da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Finalmente, este conteúdo recebe um novo tratamento a partir de solicitação da 4ª Cordenadoria Regional de Saúde de Santa Maria que assumiu a descentralização para a Capacitação de monitores de Equipes de PSF (Programa de Saúde da Família) e queria um curso para discutir as diferenças e proximidades entre a proposta do Modelo Em Defesa da Vida (especialmente a partir de textos de Gastão Campos que eu havia discutido no curso de Capacitação de Gestores) e as propostas de Eugênio Vilaça Mendes, que o grupo conhecia.

Vamos partir da constatação de que, para este modelo:

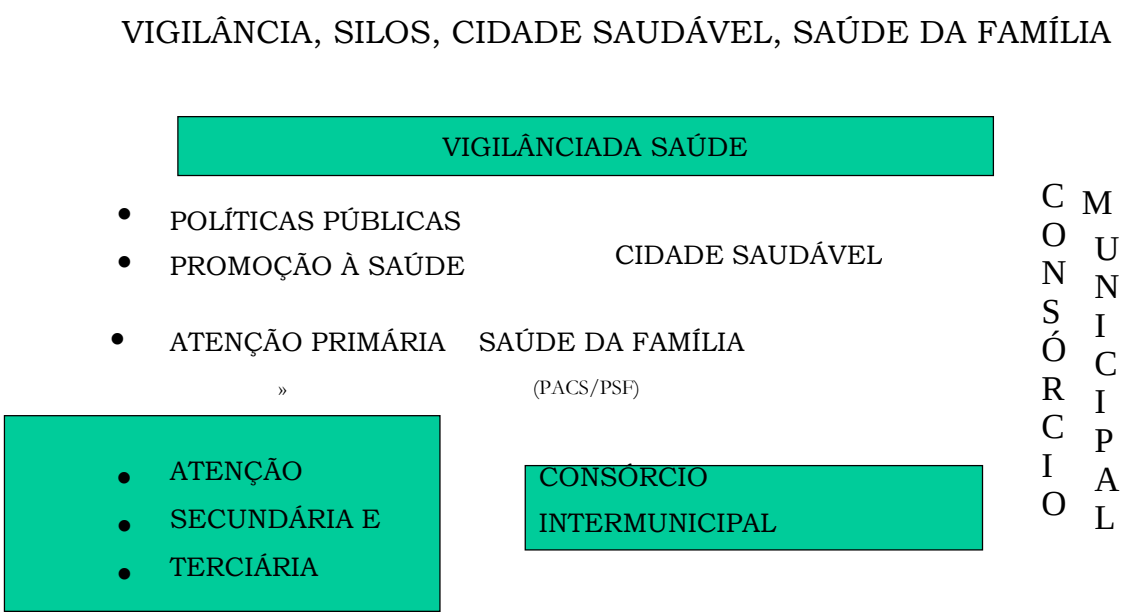
> O eixo comum é a abertura para a epidemiologia, tanto no que diz respeito a sua contribuição para a análise dos problemas de saúde que transcenda a mera sistematização de indicadores gerais, quanto no âmbito sobre planejamento e organização de sistemas e serviços, isto é, na implantação de novas práticas e novos "modelos assistenciais." (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998, p. 12).

A aposta destes autores é no município[20], nos "Sistemas Municipais de Saúde" que

> [...] tem condição de articular o conjunto das propostas, programas e estratégias que vem sendo definidas no nível federal e em vários estados para desencadear, em seu âmbito, um processo de reorientação do "modelo assistencial" do SUS que não signifique a mera reprodução do "modelo médico-assistencial privatista" subordinando o "modelo sanitarista", ou seja, a chamada "inampização do SUS". (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998, p. 10).

Na perspectiva da conformação da Vigilância da Saúde, o município pode ordenar as estratégias propostas pelo Ministério da Saúde. Não passa desapercebida a observação de que a estratégia da Saúde da Família (PSF), para os autores "'invade' os níveis de atenção secundária e terciária, na medida em que sua equipe, particularmente o médico e a enfermeira, pode se responsabilizar pelo paciente e pelo apoio à sua família..." (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998, p. 12). No entanto, esta observação não resolve o dilema de fundo desta proposta. Ele se expressa na aceitação de que vigilância da saúde e atenção à demanda são práticas *contraditórias*.

[20] Esta aposta no município, convém deixar claro, não chega ao ponto de entendê-lo como espaço de geração de alternativas, mas de articulação das propostas que estão na agenda das outras esferas de governo. Não é por acaso, então, que o quadro proposto por estes autores estabelece um lugar para as estratégias que estão sendo priorizadas pelo Ministério da Saúde, especialmente o Programa de Saúde da Família, que com a Nob 01/96 e a Portaria nº 1.348/GM, de 18 de novembro de 1999 ganha a condição de estratégia única para a recomposição da rede básica em todo o território Nacional. Se a expressão "único" causou algum desconforto, e o(a) leitor(a) lembrou que a Nob 01/96 faz referência a "estratégias similares", vou já lembrando que o incentivo para as estratégias similares representa metade do valor repassado a iniciativas que se constituem em *verdadeiros* Programas de Saúde da Família.



Fonte: Adaptado de Teixeira, Paim e Vilasbôas, 1998.

Figura 5- A proposta de organização da vigilância da saúde

Em publicação da Organização Panamericana da Saúde – OPS, em 1993, Mendes (1993, p. 16) trata assim esta questão:

> Identificam-se, então, duas práticas sanitárias.
>
> Uma, voltada para a intervenção sobre problemas de enfrentamento contínuo, eleitos no âmbito de grupos populacionais do distrito sanitário, a vigilância à saúde.
>
> Outra, dirigida à intervenção puntual – portanto correspondente aos problemas de enfrentamento ocasional – que se faz sobre os efeitos dos problemas em nível individual, auto-percebidos, a atenção à demanda.
>
> Estas duas práticas sanitárias, ainda que contraditórias entre si, devem, dialéticamente, conviver no espaço do distrito sanitário, uma vez que partem, para sua estruturação, de lógicas distintas. A prática da atenção à demanda estrutura-se pela lógica do "paradigma flexneriano", enquanto a prática da vigilância à saúde, organiza-se segundo o paradigma da "promoção da saúde".

> O que deve estar claro é que, na proposta de um processo de distritalização, ambas as práticas devem ser organizadas, obedecidas suas lógicas próprias, com hegemonia da vigilância à saúde.

Antes de qualquer comentário, vamos ao conceito de promoção da saúde. Para Mendes (1993, p. 17), "a promoção da saúde refere às ações sobre os condicionantes e determinantes e estão dirigidas a impactar, favoravelmente, a qualidade de vida das gentes. Por isso, caracterizam-se, fundamentalmente, pela composição intersetorial."

Coerente com esta proposta, a Cidade Saudável aparece como o projeto estruturante para a promoção à saúde na proposta da Vigilância da Saúde (figura 5).

A proposta denominada Ação Programática[21], tem muita proximidade com o modelo da Vigilância da Saúde e também parte do pressuposto de que "há oposições entre a prática clínica e a prática sanitária, enquanto modelos assistenciais de perspectiva diversa: de '*consultação' e de 'controle sobre a doença/saúde'*" (SCHREIBER, 1993, p. 19, grifos do autor).

Identifica-se, tanto nos textos de Mendes como de Schreiber, a crítica a forma de organização da clínica e a proposta de sua superação pela oferta de ações de caráter mais coletivo com ênfase na promoção da saúde. Hegemônica no campo da saúde coletiva, essa visão é importante à medida que atualmente formata as propostas oficiais de desenho da rede de atenção à saúde. O pressuposto de oposição entre a prática clínica e a prática sanitária, produz uma forma de organização dos processos de trabalho e cria as próprias organizações de saúde. Na oposição entre o trabalho clínico e o trabalho sanitário, localiza-se, para Campos (1994, p. 59) "o cerne de nossas divergências"[22].

[21] Ver Críticas às Noções que Fundamentam o Método de "Programação em Saúde" em CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *A saúde pública e a defesa da vida*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 55-88.
[22] Trata-se da introdução e o capítulo 1 da publicação "Programação em Saúde Hoje". A introdução de autoria de Lilia Blima Schreiber e o capítulo 1 de autoria de Lilia Blima Schreiber, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves e Maria Baptistella Nemes.

Campos refere-se a uma confusão entre mecanismos de intervenção e o modo de produzir serviços. Ele diz:

> Polemizo também com o que considero o eixo principal dos dois artigos citados: a hipótese de que haveria uma contraposição entre a Atenção Individual e a Saúde Pública. Tese que confunde estes dois mecanismos de intervenção sobre a realidade com a instituição de um dado modo de produzir serviços de saúde... (CAMPOS, 1994, p. 59).

Não é desconhecendo este debate que, Mendes (1998, p. 34) volta a afirmar que:

> As lógicas organizativas dos níveis de atenção dos sistemas de serviços de saúde *são distintas* (sem grifos no original). A atenção primária estrutura-se descentralizadamente; seu sujeito é hegemonicamente coletivo; seu instrumento básico é a epidemiologia; e sua oferta deve ser territorializada. Ao contrário, os níveis secundário e terciário devem ser, por razões de escala e de disponibilidade de recursos, relativamente centralizados; seu sujeito hegemônico é o indivíduo; seu instrumento básico, a clínica; e sua oferta não necessita de ser necessariamente territorializada.

E é o mesmo movimento que propõe, também em 1998, recuperando produção de Paim (1993), a inclusão das Ações Programáticas de Saúde como intervenção social organizada na proposta de um diagrama de Vigilância da Saúde[23].

É ingênua a aceitação deste referencial sem a tentativa de situá-lo na disputa pela hegemonia no campo da saúde coletiva. E isso implica em reconhecer a hegemonia das propostas que impõem a separação entre a atenção clínica e a vigilância da saúde (MENDES, 1993), a clínica e a ação programática (SCHREIBER, 1994) ou a clínica e a atenção primária (MENDES, 1998). Saúde da Família, a tradução brasileira dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), a tradução brasileira da proposta canadense de Cidade Saudável

[23] Ver PAIM, Jairnilson Silva. Vigilância sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Zélia. *Epidemiologia e saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993. p. 455-466.

e propostas da Ação Programática encontram-se, complementam-se, legitimam-se nas últimas versões da proposta da Vigilância da Saúde[24].

A proposta de Mendes (1996) sobre a produção social da saúde como um novo paradigma sanitário é mais uma tentativa de reunir estas propostas e estabelecer sua complementariedade. No paradigma da produção social da saúde, encontramos a Cidade Saudável como projeto estruturante para o campo da saúde; o Distrito Sanitário como projeto estruturante para o campo dos serviços de saúde; a Saúde da Família como projeto estruturante da estratégia da Atenção Primária; e os Consórcios de Saúde como projeto estruturante da estratégia de organização dos níveis secundário e terciário.

Este movimento não está "descolado" de uma visão do Papel do Estado e de seus Propósitos de Governo. Identificando Mendes como importante articulador e implementador das propostas deste campo (SILVA JR., 1998), vamos, mais uma vez, recuperar, no seu discurso, a leitura da relação entre a implementação das propostas da Vigilância da Saúde com uma determinada visão do Papel do Estado. Esta "leitura" é facilitada porque, a partir da segunda década de 90, o autor passa a fazer referência ao Postulado de Coerência de Mário Testa e justifica suas propostas a partir de uma relação entre Papel do Estado e o que denomina de "novo desenho institucional", que desemboca na tese de que, no processo de descentralização, o Sistema Único de Saúde estruturou-se como monopólio estatal e na conseqüente defesa da retirada do Estado da prestação de serviços (MENDES, 1996, 1998).

Para ilustrar, vejamos:

> A privatização [...] fundamenta-se na necessidade de liberar o Estado para as suas funções substantivas, para o que ele deve abandonar espaços mais vocacionados para a iniciativa privada. [...] No Brasil, estão se dando, concomitantemente, todas estas quatro formas ou graus de descentralização [a responsabilização local, a delegação, a regulação e a privatização]. Mais, elas podem conviver, em certos setores, como no caso dos serviços de saúde, com movimentos de centralização. (MENDES, 1998, p. 31).

[24] Considera-se Teixeira, Paim e Vilasbôas (op. cit.) e também a proposta da Produção social da Saúde (MENDES, 1996).

O Programa de Saúde da Família (PSF) é apresentado, na Norma Operacional 01/96, como uma proposta para a rede básica. No campo da saúde, é sustentado pelo modelo de Vigilância da Saúde (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998). Para estes autores o PSF, mesmo sendo uma estratégia para a rede básica, não deve ficar confinado a este espaço, mas deve contaminar todo o Sistema de Saúde[25]. Na mesma perspectiva, é visto por Mendes (1996) como a estratégia de organização da atenção primária de Saúde[26].

Bueno (1997, p. 195), criticando o modelo expresso na Nob 01/96, disse que:

> A contraposição do modelo clínico ao modelo epidemiológico é uma falsa questão, maniqueísta, como se o modelo clínico fosse do mal, sem a possibilidade de uma nova ética com acolhimento, vínculo, responsabilidade e compromisso, o que só é possível no modelo epidemiológico, que é bom[27].

2.9- A RELAÇÃO ENTRE O PSF E A REFORMA DO ESTADO

O PSF, nestes anos de implantação, constituiu-se, mais que uma estratégia para a alteração do modelo assistencial, em uma potente estratégia para desacelerar a expansão dos serviços públicos municipais de saúde, especialmente os chamados serviços da rede básica, pela via do concurso público e contratação de equipes de saúde. Ou seja, viabilizou a redução do Estado ou, pelo menos, está impedindo a sua ampliação em uma área em que o setor estatal estava em expansão.

---

[25] Arouca (1975) aponta para um "comportamento" semelhante do conceito de prevenção, que parte de uma aproximação com a higiene, mas vai-se transformando em uma postura, uma visão que também, espera-se, contamine todos os âmbitos da prática médica.

[26] A crítica ao Programa de Saúde da Família – PSF em relação à sua capacidade de responder à construção de um novo modelo assistencial é discutido por Franco e Merhy (1999). Estes autores, a partir da história da construção dos modelos de atenção, encontram contradições entre o objetivo de mudar o modelo e as características do programa.

[27] A este respeito, é interessante ver, em Campos (1994), críticas às noções que fundamentam o método de programação em saúde e, em Mendes (1998) a manutenção do modelo com "duas" lógicas distintas para a organização da atenção.

Bueno (1997) antecipava o risco de que a indução pelo financiamento ao PSF levasse o município a terceirizar a própria assistência básica, através de Cooperativas. Esta terceirização seria determinada por dificuldades operacionais, especialmente a viabilização dos salários diferenciados para os trabalhadores das equipes do programa.

Gierme (2001) realiza um estudo junto aos municípios da área de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde, com sede em Ijuí (RS), que optaram pela adesão ao PSF[28]. A autora não encontra nenhuma variação na forma de contratação: todas as equipes são terceirizadas. Contudo, a forma de terceirização é diferente em cada um dos municípios estudados. Os municípios "repassam" recursos para que hospitais locais ou outras instituições da comunidade contratem os trabalhadores, ou incentivam a criação de "firmas" e "cooperativas".

Entrevistando os gestores para saber porque optaram por determinada forma de contratação e que vantagens e desvantagens vêem na forma escolhida, a autora encontra, entre outras, questões que são pertinentes para o entendimento da relação entre esta forma de organização da atenção básica e o propósito de reforma do Estado.

Em relação às vantagens da terceirização identificadas pelos gestores, a pesquisa aponta: a) os gestores optam pela terceirização, tentando "fugir" das disposições da Lei de Responsabilidade Fiscal, para agilizar o processo de contratação, para evitar alterações na legislação municipal (especialmente os salários destes profissionais nos quadros de carreira); b) a opção pela terceirização se dá porque o gestor entende que aumenta a sua liberdade para contratar e também para demitir; c) a terceirização seria a única alternativa para viabilizar salários que permitam a contratação (especialmente dos médicos) para o cumprimento de horário integral; d) a terceirização permite ao município enfrentar a instabilidade imposta pela acelerada rotatividade dos trabalhadores entre os municípios que vão aderindo ao programa; e) a terceirização permite ao gestor escolher os profissionais e substituí-los quando necessário; f) a terceirização permite enfrentar a precariedade do programa e a baixa aposta na sua sedimentação.

[28] A 17ª Coordenadoria Regional de Saúde – 17ª CRS é uma das instâncias regionais da Secretaria Estadual de Saúde – SES-RS. Sua área de abrangência incluía, no ano de 2000, 16 municípios da região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Destes, seis municípios possuíam equipes de Saúde da Família.

As desvantagens da terceirização identificadas pelos gestores foram: a) a impossibilidade de manter equipes mais estáveis nos municípios; b) os altos custos destas contratações, pois as cooperativas e empresas têm um alto custo operacional; c) progressiva diminuição do vínculo dos trabalhadores com o município; d) instabilidade e insegurança para o gestor e para o profissional; e) dúvidas sobre questões legais; f) a terceirização não diminui a responsabilidade do município com possíveis ações trabalhistas.

Decorrente destas questões, o receituário imposto aos municípios: cooperativas criadas de última hora com assessoria das prefeituras para contratação de Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família – o que seria uma rede básica transformada em pequenas ilhas gradativamente entregues à população de seu território. Por outro lado, a estratégia dos Consórcios para o nível secundário e terciário: municípios formando uma nova instância jurídica, de caráter privado, que nem presta serviço, nem regula; apenas compra.

A opção pela utilização do Postulado de Coerência proposto por Mário Testa para eleição de questões que determinam a formação de organizações de saúde nos levou a procurar identificar, em cada caso estudado, as relações entre a organização estudada, sua história, teorias, modelos, papel do Estado e propósitos de governo que sustentam estas organizações ou que determinaram suas características atuais. Em um processo dialético, também ajuda a identificar como propostas de modelos e propósitos de governo são condicionados às organizações existentes, em uma disputa que se expressa no cotidiano dos serviços. A partir desse entendimento, as organizações locais ganham uma importância maior porque são vistas como local de produção de modos de atenção, de gestão, de teorias e de uma estreita relação com as possibilidades de avanço das políticas sociais e de propósitos de governo, sejam eles o governo municipal, o estadual ou o nacional.

Este estudo segue sua demarcação teórica tentando mostrar que é possível a formação de organizações mais inclusivas, que respeitem as características locais, que garantam a sobrevivência e a produção de sujeitos e, ao mesmo tempo, produzam serviços mais adequados às necessidades da população.

3- ROMPER CO A PIRÂMIDE, RESGATAR A PIRÂMIDE, PROPOR NOVAS FORMAS

ROMPER COM A PIRÂMIDE, RESGATAR A PIRÂMIDE, PROPOR NOVAS FORMAS[1]

"LADO

Estava do meu lado
Do teu lado
Do nosso lado

Eu estava do meu lado
Do teu lado
Que era meu.

Estava do teu lado
Que era meu,
Estava do meu lado
Que era teu.

Estava do meu lado -
Que era teu,
Estava do teu lado
Que era meu.

Estava de um lado
De qual lado?

E de um lado
Que era nosso".

Bárbara Righi Cenci[2]

[1]Este capítulo reúne material que integrou publicações minhas entre 2001 e 2002. Uma versão da primeira parte, Pirâmides, círculos, redes: modos de produção da atenção à saúde foi publicado pela UFRGS/Programa de Desenvolvimento e Gestão em Saúde e Editora DA CASA em um livro organizado por Maria Ceci Misoczky e Jaime Bech denominado Estratégias de Organização da Atenção à Saúde, em 2002.
A discussão aqui iniciada gerou o texto A Estratégia do Programa de Saúde da Família: reflexões sobre algumas de suas implicações, publicado no mesmo livro.
A Segunda parte (ampliada) integra o texto Saúde da Família, Saúde Solidária, Municipalização Solidária e a produção de um novo desenho organizacional no campo da saúde: considerações a partir do Postulado de Mário Testa, que integrou um Painel do VI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, realizado em Buenos Aires, Argentina, em novembro de 2001.
[2] Bárbara Righi Cenci tinha 9 anos quando escreveu esta poesia, em 22/02/2001, depois que tentei responder-lhe por que estava trabalhando com a idéia de redes. Nossa conversa incluiu, os fluxos e os nós das redes que cercavam as janelas de nosso apartamento, em Porto Alegre.

3.1- PIRÂMIDES, CÍRCULOS, REDES: MODOS DE PRODUZIR A ATENÇÃO EM SAÚDE

A pirâmide traduz a idéia do projeto de atenção à saúde que gostaríamos de construir com a implantação plena do SUS, o que representaria a possibilidade de uma racionalização do atendimento e suportaria as propostas de regionalização e hierarquização dos serviços. (CECILIO, 1997b). Mas, na prática, o desejo de construir a 'pirâmide do SUS' não tem se concretizado. O autor diz que "todos aqueles que têm atuado no setor saúde ou precisado utilizar-se dele nos últimos anos podem afirmar, sem muitas dúvidas, que anda bastante difícil visualizar qualquer coisa que, de fato, se aproxime da imagem projetada da pirâmide" (CECILIO, 1997b, p. 471).

No entanto, não é difícil visualizar a imagem da pirâmide nos processos de gestão do SUS em territórios, pois o organograma taylorista também pode ser expresso por uma pirâmide, com a gerência no topo. Há uma separação entre o ato de pensar (localizado no topo) e o ato de fazer (localizado na base) e também, uma clara localização dos sujeitos que produzem necessidades (topo) e os que atendem às necessidades definidas por outros (base) (CAMPOS, 2000).

Boneti (1987, p. 40) refere-se à "abertura de um elo dicotômico entre o ato de pensar, o de fazer e à supressão histórica da atividade intelectual do trabalho humano". Trata-se, para este autor, de um processo de expropriação do poder de criar[3].

[3] Para Nietzsche, o Homem é estimador por excelência, viver é basicamente avaliar, medir: "Valores foi somente o homem que pôs nas coisas, para se conservar – foi ele somente que criou sentido para as coisas, um sentido de homem! Por isso ele se chama de 'homem', isto é: o estimador. Estimar é criar: ouvi isso, ó criadores! O próprio estimar é, para todas as coisas estimadas, tesouro e jóia. Somente pelo estimar há valor: e sem o estimar a noz da existência seria oca. Ouvi isso, ó criadores! Mutação dos valores – esta é a mutação daqueles que criam. Sempre aniquila quem quer ser um criador. Criadores foram os primeiros povos, só mais tarde os indivíduos; em verdade, o próprio indivíduo é ainda a mais jovem das criações." Ver ONATE, A. M. *O crepúsculo do sujeito em Nietzsche*. São Paulo: Discurso; Ed. Unijuí, 2000 e NIETZCHE, Friedrich. Assim falou Zaratrusta. In: *Os pensadores*: obras incompletas. 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

Para Campos (1998, p. 885), a

> Teoria Geral da Administração, o Taylorismo em particular, coloca-se a tarefa de administrar pessoas como se elas fossem instrumentos, coisas ou recursos destituídos de vontade ou projeto próprio. Faz parte da cultura tradicional da maioria das Escolas de Administração o objetivo explícito de disciplinar o trabalhador, quebrar-lhe o orgulho, a autonomia e a iniciativa crítica.

Uma pirâmide, então, sustentada por uma base que faz, mas não cria, não estima e que tem no seu topo, na direção, gerência, os espaços de comando, controle e de criação.

Também na proposta que construímos para o SUS, os princípios da Administração Científica foram naturalmente assimilados. Assim, a imagem da pirâmide sobre as três esferas de governo revelará uma forte tendência de constituição do Ministério da Saúde como espaço de pensar; os outros como espaços do fazer. Projetando a pirâmide sobre os territórios dos Estados da federação, no topo estará o gestor estadual; na base, os municípios. E sobre o território do município, uma base nos diversos serviços executores de ações de saúde e um topo de organizações de comando, de definição de como fazer.

O questionamento da pirâmide que é feito aqui não vai na direção de sua total substituição, do questionamento de sua lógica para toda a organização da atenção, porque se reconhece nela um instrumento de disputa com o mercado, e é nesta perspectiva que se pretende entrar neste debate. Portanto, não se propõe aqui um novo modo de organização que em tese, estaria substituindo a pirâmide por superá-la, em todos os aspectos. A construção do conceito de rede ou a flexibilização da pirâmide não devem constituir-se caminhos ou alternativas excludentes. O certo é que há indícios da necessidade de tomar esta construção como objeto de análise e intervenção, mas o que construirmos de novo terá incorporado o velho. Pirâmides arredondadas, círculos, redes? Vamos ao debate.

3.1.1- Rede de atenção à saúde

O termo rede de atenção tem sido usado no campo da saúde para denominar serviços localizados em um determinado território e com características semelhantes. Assim, expressões como rede básica, rede de hospitais, rede de laboratórios são correntes na área. A construção do Sistema Único de Saúde – SUS, a partir das diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade, é espaço para a discussão de uma rede composta por serviços públicos nos diversos níveis de complexidade de atenção, com a complementariedade do setor privado. A rede de atenção do SUS é complexa, formada por serviços estatais e privados, filantrópicos ou lucrativos.

A forma que tem expressado a constituição da 'rede de atenção' é a pirâmide. Nela, os serviços de atenção primária estariam localizados na base, os intermediários no centro e no ápice, estariam localizados os serviços de alta tecnologia. Diferentes concepções de rede têm sido utilizadas para cada um destes níveis: na rede básica, há a hegemonia de uma concepção de rede tutelada, sem autonomia, um espaço de execução de programas e ações. Um estudo das características desta rede, em determinado território e período mostra uma homogeneidade na formação das equipes, na proposta de área física e a padronização do processo de trabalho. A rede estruturada antes do processo da Reforma Sanitária foi subordinada às Secretarias Estaduais de Saúde. A partir da década de 80, consolida-se uma rede sob a gestão do município, mas esta descentralização não implicou, necessariamente, aumento de autonomia destes serviços nem possibilidade de diversificação de seus processos. Este é o espaço essencialmente público estatal, onde os processos de gestão referem-se aos serviços próprios.

Nos níveis mais altos da pirâmide, há uma outra concepção de rede: clínicas, hospitais ou serviços de referência integram-se à rede de atenção, mas mantêm sua identidade. Neste espaço, o gestor municipal relaciona-se, prioritariamente, com o setor privado não-lucrativo, que é hegemônico na prestação de serviços hospitalares no Estado do Rio Grande do Sul. Os serviços de referência para especialidades, quando ambulatoriais, são executados hegemonicamente por uma rede de consultórios privados, cuja principal articulação ou idéia mobilizadora é a venda de serviços.

O principal perigo da forma piramidal seria a aceitação de que tudo tende à pirâmide e que, sendo a base pouco complexa, seria possível normatizar todas as suas ações. Cecilio (1997b) e Campos (1998) referem-se à história de desenhos piramidais e desenvolvem novos desenhos para a rede e para os arranjos organizacionais.

A questão é como garantir a integralidade da atenção, que exige *a regionalização dos serviços de utilização menos freqüentes*[4], garantindo a diretriz da descentralização com o reconhecimento de que os lugares de desconcentração de recursos tecnológicos em saúde não devem implicar a sua desconstituição como espaços do pensar, do criar, do gerar tecnologias de gestão e atenção.

Santos diz que o problema do nível de serviços previstos está sem solução, ou melhor, ainda não foi esboçado:

> [...] a situação atual exige correção urgente, de forma a atribuir à totalidade da população aquele mínimo de condições sem as quais a vida não é digna. Devemos, porém, estar conscientes dos limites da tarefa. Tais limites são, sobretudo, limites estruturais. Parece em primeiro lugar inviável, nas condições presentes, trazer às populações todos os serviços de que elas necessitam, em virtude da forma como os recursos são alocados; em segundo lugar, é provável que a própria realização de tais serviços, em lugar e tempo inadequado, venha a agravar as condições agora reinantes. (SANTOS, 1997a, p. 81).

Na maioria das vezes, a saúde concebe o território como espaço para a organização da atenção, reduzida à localização de equipamentos e não como espaço social onde estão inseridos os sujeitos e as organizações implicadas com a gestão do SUS: uma regionalização que define o que é complexo, e o define por critérios de mercado. A pirâmide, portanto, se não expressa o modelo de atenção, informa a forma de gestão que efetivamente se transformou na verdade do planejamento da saúde, mesmo em detrimento da diretriz de descentralização.

[4] A Expressão "regionalização de serviços de uso menos freqüente", substitui expressão "hierarquização dos serviços de maior complexidade", utilizada até então nos meus textos e na versão apresentada para o processo de qualificação desta tese. A sugestão é do Dr. Ricardo Ceccim, parecerista, e permite reconhecer a necessidade de regionalizar sem que este processo remeta a uma hierarquização de valor ou importância. Os serviços que se destinam a uma população maior estão neste lugar da rede, por serem menos utilizados e, embora apresentem custos maiores e concentrem um tipo de tecnologia, não são, necessariamente, os locais com processos de trabalho ou de projetos terapêuticos mais complexos, como a expressão anterior induzia.

Santos refere-se a regiões do fazer e regiões do mandar. Ou seja:

> Naquelas regiões onde o sistema de objetos e o sistema de ações são mais densos, aí está o centro do poder. Naquelas outras áreas onde o sistema de objetos e o sistema de ações é menos complexo e menos inteligente, aí está a sede da dependência, da incapacidade de dirigir a si mesmo. (SANTOS, 1997b, p. 114).

Cecilio (1997b) propõe o círculo como a forma que poderia expressar uma nova relação entre os serviços de saúde e a possibilidade de ruptura da tradicional divisão de atribuição nos diversos 'níveis de atenção' que a pirâmide induz. A contribuição deste autor é importante para propor a revalorização dos espaços denominados periféricos, sejam eles bairros ou vilas das cidades, sejam municípios pequenos periféricos em relação aos municípios mais importantes que são cidades centrais e de referência em relação a estas regiões constituídas por municípios de pequeno porte. A possibilidade de reconceber os espaços dos Postos de Saúde, de ampliar as ações desenvolvidas pela rede básica é estratégia para contrapor ou resistir a lógica do etnocentrismo[5] e revalorizar espaços.

Romper com a pirâmide não pode significar a negação da necessidade de centralizar serviços, localizando-os em lugares de melhor acesso, ou seja, nas cidades maiores ou nos centros das cidades, quando isso for necessário. Para contrapor um pouco os efeitos destas medidas sobre o território e sobre o imaginário será preciso uma transformação de várias organizações locais (postos de saúde, hospitais) de forma a aumentar a sua resolutividade e legitimidade junto aos usuários[6].

[5] Seguindo com a discussão das formas (pirâmide, circulo), Boneti (2000) diz que o papel do etnocentrismo, seu papel de dominação e na produção de desigualdades pode ser visualizada com o uso de uma metáfora: a da esfera, onde a idéia do centro funciona como uma atribuição real ou simbólica para onde a periferia é atraída. Para ele, centro e periferia são espaços geográficos, lugares.

[6] Continuar a defesa destas propostas seria repetir o que defende Luis Cecilio. Seu texto tem provocado a discussão sobre as possibilidades de uma nova relação entre os serviços do município e na região.

3.1.2- A Pirâmide como a forma que expressa uma proposta de atenção e de gestão

Mesmo em um contexto de hegemonia das propostas neoliberais, o SUS logrou um avanço dos direitos de cidadania. No entanto, a repercussão deste avanço sobre as organizações do setor de saúde é tímida. Para Campos (1994), ao se discutir e propor modelos trata-se da construção de novas mediações entre a política e a prática, da construção de novos modelos de atenção e gestão. Para o autor, modelos mutantes, flexíveis, "links" entre uma nova prática coerente com a política do SUS.

Não discutir a categoria modelo na gestão e atenção produz efeito inverso da pluralidade de estratégias esperadas, pois não questionar e não propor modelos de atenção e gestão mantém o espaço de reprodução dos modelos hegemônicos. No caso da Saúde, a garantia da integralidade, diretriz expressa na Constituição (Art. 198), exige a ampliação do direito de acesso aos serviços de saúde, dificultado, no cotidiano, pelas práticas dos serviços.

Trabalharemos a partir do entendimento de que o modelo hegemônico de conformação da atenção da saúde é o da medicina científica e que este se associa a um modelo Taylorista de gestão. É neste contexto que entendemos pertinente a discussão e proposição de modelos de atenção e gestão mutantes e flexíveis capazes de suportar a diferença e complexidade dos vários locais que fazem a direção do SUS, como uma política que tem a descentralização como uma de suas diretrizes. Modelos de atenção e gestão construídos a partir da política de saúde proposta pelo SUS e da complexidade local, esta última pouco reconhecida tanto por governos responsáveis pela implementação das políticas de saúde, quanto por uma grande parcela daqueles que propõem formas de organização de atenção e de gestão.

A discussão que se trava no campo da saúde coletiva não pode desconsiderar a hegemonia do modelo da medicina científica e o tensionamento constante para que o desmonte da pirâmide seja no sentido da desregulamentação e devolução dos serviços à lógica do mercado, o que não exclui um tipo de ordenamento como o logrado pela medicina comunitária que, mesmo organizando serviços básicos, não chega a interferir na ordenação de outros níveis de atenção. De qualquer forma, reconhecemos que "a política pública de

saúde, implantada durante a década de 90, guarda importante antagonismo com a crescente liberalização da economia, com o desmonte de outras políticas públicas e com o avanço do modelo neoliberal" (CAMPOS; CAMPOS, 2000, p. 87).

Assumo estar trabalhando com o pressuposto de que os modelos de organização dos serviços (Em Defesa da Vida e Vigilância da Saúde) se aproximam mais de um ou de outro modelo de atenção e gestão (pirâmide ou círculo)[7].

3.1.3- A concepção de rede na proposta dos SILOS

A concepção piramidal e a concepção de rede não se excluem; pelo contrário, para a formação dos Sistemas Locais de Saúde, elas foram apresentadas como complementares[8]. Ou seja:

> A concepção teórica do sistema escalonado de níveis de atenção, expressado na estrutura já descrita da rede de serviços, se desenvolveu como uma resposta eficaz para a urgência política de extensão universal da cobertura de atenção e a necessidade de racionalizar a utilização dos serviços fazendo-os mais eficientes. (TEJADA, 1990, p. 281).

Do ponto de vista das limitações conceituais, Tejada (1990, p. 282) aponta para a concepção de rede:

> Sem dúvida, a mais importante delas [das limitações] tem sido a de considerar como rede só aos estabelecimentos, quando o conceito deveria ampliar-se ao conjunto dos recursos envolvidos, adequando os sistemas administrativo e de pessoal.

[7] Para a discussão de propostas de novas formas, as principais referências são Campos (1998, 2000) e Cecilio (1997).
[8] Discussões sobre a rede proposta pelos SILOS fazem parte da publicação científica 519 da Opas/OMS.

Este autor levanta o problema de que a concepção de rede se reduz aos recursos imóveis e fixos. Ele propõe: “debe pensarse en los recursos como pertenecientes a la totalidad de la red o sistema local de salud (SILOS)” (TEJADA, 1990, p. 282).

Outras questões importantes apontadas pelo autor em pauta é a centralidade do hospital em relação aos outros serviços: a centralidade de um (do hospital) refere-se à periferia de outro (os serviços que denominamos rede básica). Tejada (1990) segue propondo questões que mantêm uma importância estratégica no debate do campo da saúde coletiva e identifica sinais de uma discussão que se processará com maior ênfase nos anos seguintes. Ele propõe alterações que resultam de uma revisão conceitual da rede, reconhece as limitações desta discussão à medida que identifica no modelo tradicional (centrado no hospital) a origem de parte deles.

Nestes termos:

> Es posible, técnicamente, dentro de los límites del modelo tradicional, hacer que los recursos se conciban y se asignen como pertecenientes a una red de servicios e que ‘roten’ en su interior; que se distribuyan los recursos privilegiando a los servicios periféricos y a la atención preventivo-promocional; y que, por último, se dote de uma base material de articulación entre los niveles de atención que le dé sentido práctico al sistema de referencias e contra-referencias, para que este funcione y lo haga bidireccionalmente. (TEJADA, 1990, p. 283).

A idéia de uma rede está muito presente:

> Não se tratava, pois, de construir unidades produtoras de serviços isoladas umas das outras, mas, ao contrário, articuladas e comunicadas entre si, a maneira de uma rede onde cada módulo da mesma está unido funcionalmente aos outros. (TEJADA, 1990, p. 281).

A expressão da aposta no modelo piramidal como hegemônico neste campo e sua convivência com a idéia de rede parece bem representada por Villar. Ao discutir o hospital e apresentar propostas para sua inclusão no sistema local de saúde, diz: “o hospital é um dos elementos da rede, no qual cumprirá um papel condicionado por sua localização geográfica, seus recursos e seu nível de complexidade.” (VILLAR, 1990b, p. 290).

O autor relaciona esta visão a uma proposta para a administração do hospital: propõe para o hospital, a exemplo da gestão das unidades, níveis de organização, característica que, para ele, estão presentes no hospital "como em qualquer nível social" (VILLAR, 1990b, p. 290).

A partir desta concepção, caracteriza os três níveis de organização que expressam a relação entre atenção e gestão à medida que definem o tipo de rede que poderá formar-se.

Quadro 3- Níveis de organização: a proposta dos SILOS

Estratégico	Está representado pelos órgãos de governo e a direção do hospital. Neste nível se definem as políticas gerais do sistema, objetivos, planos e programas, os regulamentos e normas que regulam o funcionamento do sistema. **DEFINE- SE QUE SE DEVE FAZER E PARA QUÊ**
Tático	Começa na direção do hospital, que estabelece o nexo, o enlace entre os órgãos de governo e de administração. Neste nível, estão os chefes de unidades de organização e os "mandos intermediários" Neste nível, definem-se métodos e procedimentos a aplicar, para alcançar os objetivos, seguindo as políticas e as normas definidas. **DEFINE- SE COMO FAZER, QUANDO, QUEM, COM QUE, ONDE**
Nível operativo	É integrado pelos cargos da base da pirâmide da organização. Nível onde se leva a cabo a operação do sistema. **EXECUTA-SE A OPERAÇÃO**

Fonte: Adaptado de VILLAR, Hugo. La direccion del Hospital: necesidades de formación. In: PAGANINI, José Maria; CAPOTE MIR, Roberto (edit.). *Los sistemas locales de salud*: conceptos – métodos – experiencias. Organização Panamericana de Saúde, 1990. p. 287-289. (Publicação Científica n. 519).

Para a formação da rede de atenção à saúde é importante o debate em torno da rede básica e de sua relação com os outros níveis de atenção.

Villar (1990a), ao discutir as bases para a organização dos sistemas locais de saúde apresenta os entendimentos acerca do conceito de atenção primária e rede básica que resultarão também em propostas diferentes para a rede de atenção. Em linhas gerais, o texto do autor sugere:

Quadro 4- A atenção primária e a formação da rede básica na base da pirâmide

Entendimento de Atenção Primária	Implicação concreta (aspectos operacionais) na proposta de formação das redes
Atenção primária como um nível de atenção dentro do sistema	Limita a sua noção a uma noção do tipo técnico-administrativo; Refere-se apenas a um dos níveis definidos segundo o conceito de complexidade tecnológica (pirâmide); Confunde as noções de nível de atenção.
Atenção Primária como Programa	É inconsistente: resulta em desenvolvimento de programas marginais, dirigidos a populações marginais, de regiões marginalizadas. É a aplicação de uma política discriminatória que vai consolidar as desigualdades pessoais e regionais.
Atenção Primária como Estratégia	Compreende (abarca) e afeta todo o sistema de saúde e toda a população. É mais justa e democrática.

Fonte: Adaptado de: VILLAR, Hugo. Bases para la organizacion de los sistemas locales de salud. In: PAGANINI, José Maria, CAPOTE MIR, Roberto (edit.). *Los sistemas locales de salud*: conceptos – métodos – experiencias. Organização Panamericana de Saúde, 1990. p. 136-46. (Publicação Científica n. 519).

Merhy (1997) propõe uma outra tipologia para entender as distintas conformações tecno-assistenciais da rede básica: as posições mais conservadoras, as reformadoras e as transformadoras. A conservadora, por defender a lógica do mercado para a organização dos serviços de saúde, não consegue gerar uma proposta para a atenção básica. A proposta reformadora teria, para o autor, duas 'tendências': uma que manteve a

dicotomia entre a assistência médica e a Saúde Pública e outra, que visualizava a rede básica como 'porta de entrada'. A posição transformadora é a que assume a necessidade de invenção da forma de produção da assistência.

Merhy (1997, p. 219) identifica, nesta 'corrente' transformadora a proposta de formação de uma rede "planejada e orgânica, com um eficiente e eficaz sistema de retaguarda, sem os quais a base/origem não funciona a contento."

Nesse caso, novas formas de provisão de serviços se expressam em novas denominações[9], em serviços locais identificados com propostas nacionais (a luta pela construção do SUS e a luta do movimento da área da saúde mental), mas têm características diferentes, seja pela composição da equipe, formas de atendimento ou alternativas para a gestão. Especialmente no movimento de saúde mental, a diversidade e a construção de alternativas locais é um dos requisitos para estar articulado com o movimento. Ou seja, a possibilidade transformadora, ou a inovação, não se dá somente pelas características dos serviços, mas também por sua capacidade de organizar-se em rede[10].

Quando se dá a formação de serviços com características transformadoras evidenciam-se limitações na proposta de gestão representada pela pirâmide. É disso que passamos a tratar.

3.2- ALGUMAS APROXIMAÇÕES AOS CONCEITOS DE REDE: QUE SÃO REDES E DE QUE REDES ESTAMOS FALANDO?

Trata-se então de ir buscando responder como se organiza a atenção e perguntar, a exemplo de Callai (1999)[11] quais são os novos espaços da produção da atenção e gestão da saúde? Quais as novas organizações? Esta pergunta pode incorporar questões

[9] Em municípios do interior do Rio Grande do Sul: CAIS – Centro de Atenção Integral à Saúde, em Chapada e Tucunduva, Nossa Casa, em São Lourenço, e Nosso Espaço, em Santo Augusto.
[10] Esta discussão é apresentada por Abramovay (2000). Ele refere-se a entidades que formam uma rede de tecnologias alternativas na área agrícola.
[11] A autora questiona: "Quais são os novos espaços do ensino-aprendizagem? Qual é o lugar da escola em si?" (CALLAI, Helena. O espaço e a pesquisa em educação. In: CALLAI, H.; ZARTH, P. (Orgs.). *Os conceitos de espaço e tempo na pesquisa em educação*. Ijuí: Ed. UNIJUÍ, 1999. p. 31).

suscitadas por Boaventura Santos (1999). Qual o desenho institucional da saúde? Esta institucionalidade se traduzirá em organizações, ou antes em redes e fluxos, ou até em dispositivos híbridos (entre a organização e o fluxo), flexíveis e reprogramáveis? Tem o conceito de rede a potência de abrigar as propostas que queremos inscrever na luta por desenhos institucionais e organizacionais alternativos?

A forma como utilizamos o conceito de rede é uma das utilizações possíveis: "redes que agregam entes de uma mesma natureza ou de naturezas diferentes, no que diz respeito à filiação ao setor público ou setor privado, à figura jurídica, à competência, ao produto ou serviço..." (INOJOSA, 1999, p. 116).

Em relação à discussão atual em torno do conceito, diz:

> Parece que a atual emergência das redes como forma alternativa para a ação social tem sido provocada pela crítica aos resultados da gestão das políticas públicas através de estruturas organizacionais, públicas ou privadas, que se articulam em sistemas onde as partes são interdependentes, mas cujo modo de operar, na prática, tem sido fragmentado. (INOJOSA, 1999, p. 117).

Adverte que "rede virou uma palavra mágica, uma receita capaz de resolver os mesmos problemas que já foram objeto de sucessivas reinvenções [...], quase tudo passou a ganhar o rótulo de rede, como um modo de apresentar propostas de forma atraente..." (INOJOSA, 1999, p. 117).

3.2.1- Um pouco do debate acerca do tema das redes

Mance (2000) discute as redes de colaboração solidária. Diz ele: "O termo rede tem sido empregado, com sentidos diversos, por muitos movimentos sociais, ONGs e intelectuais que atuam junto a estas organizações". (MANCE, 2000, p. 23).

Para ele, a idéia de rede é simples. Assim:

> A idéia elementar de rede é bastante simples. Trata-se de uma articulação entre diversas unidades que, através de certas ligações, trocam elementos entre si, fortalecendo-se reciprocamente, e que podem se multiplicar em novas unidades, as quais, por sua vez, fortalecem todo o conjunto na medida em que são fortalecidas por ele, permitindo-lhe expandir-se em novas unidades ou manter-se em equilíbrio sustentável. Cada nódulo da rede representa uma unidade e cada fio um canal por onde essas unidades se articulam através de diversos fluxos. (MANCE, 2000, p. 24).

Para Castells (2000a, p. 498):

> Rede é um conjunto de nós interconectados. Nó é o ponto no qual uma curva se entrecorta. Concretamente, o que um nó é depende do tipo de redes concretas de que falamos. [...] A topologia definida por redes determina que a distância (ou intensidade e freqüência da interação) entre dois pontos (ou posições sociais) é menor (ou mais freqüente, ou mais intensa), se ambos os pontos forem nós de uma rede do que se não pertencerem a mesma rede. Por sua vez, dentro de determinada rede os fluxos não têm nenhuma distância, ou a mesma distância, entre os nós.

Castells (2000b, p. 426, grifos do autor), ao referir-se aos campos povoados por movimentos sociais, diz que o principal agente identificado nestes campos:

> [...] consiste em *uma forma de organização e intervenção descentralizada e integrada em rede, características dos novos movimentos sociais*, refletindo a lógica da dominação da formação de redes e reagindo a elas [...] estas redes fazem mais que simplesmente organizar atividades e compartilhar informações. *Elas representam os verdadeiros produtores e distribuidores de códigos culturais.*

Não é exagero uma analogia da rede de atenção à Saúde com a rede urbana, pois “os aspectos atuais das redes traduzem não apenas as necessidades presentes, variadas das regiões e dos países mas também fenômenos de sobrevivência das fases anteriores da implantação das cidades.” (ROCHEFORT, 1998, p. 23). Resulta daí a complexidade das redes e das redes de atenção à saúde.

Para Souza (1995), o território, em sentido usual, pressupõe contigüidade espacial. A rede, ao contrário, é concebida sem contigüidade espacial e, neste caso, o que há, em termos abstratos e para efeito de representação gráfica, é um conjunto de pontos – os nós – conectados entre si por segmentos – arcos – que correspondem aos fluxos que interligam, ‘costuram’ os nós – fluxos de bens, pessoas ou informações.

Também discutindo a emergência do conceito de rede, Dias (1995) a relaciona ao de território, neste caso, defendendo que a primeira tem efeitos sobre a organização do segundo. A rede aparece como um instrumento que viabiliza duas estratégias: circular e comunicar.

De acordo com Dias (1995, p. 147), Raffestin “mostra como as redes se adaptam às variações do espaço e às mudanças que advêm do tempo, como elas são móveis e inacabadas, num movimento que está longe de ser concluído”.

Nesta perspectiva, segue a autora, “A rede desfaz-se as prisões do espaço tornado território: tanto libera como aprisiona. É porque ela é instrumento, por excelência do poder” (RAFFESTIN apud DIAS, 1995, p. 147).

Redes poderiam lidar melhor com a complexidade e a diversidade. Nós com identidade e dependência, com funções e competências específicas ou comuns.

3.2.2- Uma aproximação com a rede de serviços de saúde: esta discussão ajuda a atualizar o conceito de rede com que temos operado?

A proposta de organização da atenção hierarquizada e o desenho da rede básica levam a convivência da pirâmide com uma rede. Especialmente em relação à formação da rede básica, é interessante a caracterização de redes proposta por Inojosa (1999). O quadro 5 indica os tipos de redes de acordo com o foco de atuação.

Quadro 5- Tipos de rede de acordo com o foco de atuação

Redes de mercado	Articuladas em função da produção e/ou apropriação de bens e serviços Visam à complementaridade ou à potencialização dos parceiros em face do mercado As relações são perpassadas pelos interesses do mercado e podem oscilar entre cooperação e competição A relação de parceria das redes de mercado tende a ser de subordinação ou tutela
Redes de Compromisso Social	São redes que têm como foco questões sociais Visam a complementar a ação do Estado ou a suprir sua ausência no equacionamento de problemas sociais complexos, que põem em risco o equilíbrio social As relações nascem e se nutrem de uma visão comum sobre a sociedade ou sobre determinada questão social e da necessidade de uma ação solidária Demandam estratégias de mobilização constante das parcerias e de reedição

Fonte: Adaptado de INOJOSA, Rose Marie. Redes de compromisso social. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, n. 33, a. 5, p. 115-41, set/out. 1999.

A tipologia proposta por Inojosa leva-nos a perceber que, embora a rede do SUS tenha como foco a questão social, ela tende a ser vista e gerida como uma rede de mercado, onde as instituições oscilam entre relações de cooperação e competição, sua integração está centrada na complementariedade e há uma forte tendência a relações de subordinação.

Quadro 6- Tipos de rede quanto à relação entre parceiros

Rede subordinada	Os entes são parte de uma organização ou sistema Existe uma interdependência de objetivos A Articulação independe da vontade dos entes Há apenas um locus de controle Cadeias de lojas
Rede tutelada	Os entes têm autonomia, mas articulam-se sob a égide de uma organização A rede fica dependente da persistência de propósitos do ente mobilizador, que constitui o centro da rede O ente mobilizador tende a ficar como locus de controle
Rede Autônoma ou orgânica	Os entes são autônomos e articulam-se voluntariamente Pressupõe uma idéia-força mobilizadora A rede é aberta e trabalha por pactuação As identidades dos parceiros são preservadas, e é construída uma identidade da rede O controle é compartilhado

Fonte: Adaptado de INOJOSA, Rose Marie. Redes de compromisso social. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, n. 33, a. 5, p. 115-41, set/out. 1999.

Novamente, em relação ao SUS, parece possível identificar importantes características de rede subordinada. Torna-se fácil, também, identificar a relação destas características com a gestão e a organização da rede baseada exclusivamente na idéia da pirâmide.

Na rede orgânica, a idéia-força ou idéia mobilizadora é a que determina as principais características. Ela leva seus entes a “definir, em conjunto, um objetivo comum, a ser realizado através de sua articulação, com a preservação da identidade original de cada participante”. (INOJOSA, 1999, p. 118).

Identidade, para Castells (2000a, p. 39), é o

> [...] processo pelo qual um ator social se reconhece e constrói significado principalmente com base em determinado atributo cultural ou conjunto de atributos. (...) Afirmação de identidade não significa necessariamente incapacidade de relacionar-se com outras identidades (...) ou abarcar toda a sociedade sob essa identidade [...].

As categorias de campo e núcleo propostas por Campos (1997) ressaltam a existência de coeficientes de especialização e polivalência entre os integrantes de uma equipe de saúde. Para propor a formação, a identidade e a autonomia de serviços em uma rede de atenção à saúde, a questão da identidade – assim como a questão da autonomia – não se adapta a avaliações simplificadoras.

3.3- SOBRE DIFERENTES DESENHOS ORGANIZACIONAIS PRODUZIDOS POR DIFERENTES ESTRATÉGIAS: SAÚDE DA FAMÍLIA, SAÚDE SOLIDÁRIA, MUNICIPALIZAÇÃO SOLIDÁRIA

3.3.1- O PSF e a produção da rede de atenção à saúde

A estratégia do Programa de Saúde da Família induz a formação de uma rede de serviços de saúde com alto grau de homogeneidade. Com características de uma rede subordinada, contribui pouco para a formação de alternativas locais e para a experimentação na medida em que destina recursos para os municípios que aderirem ao Programa.

3.3.2- A municipalização solidária, a saúde solidária e possibilidades de novas conformações de redes

Da experiência de gestão solidária proposta e implementada pela atual gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul – SES-RS, discutiremos aqui seus dois componentes: a municipalização solidária e a saúde solidária.

A municipalização solidária é:

> [...] forma de cooperação técnica e financeira com todos os municípios em alguma forma de gestão do SUS, para a ampliação e qualificação da atenção à saúde prestada à população nos seus municípios, desconstruindo a divisão burocrática de responsabilidades entre os gestores. (FERLA; MARTINS, 2001, p. 14).

A forma de repasse de recursos do governo estadual para os municípios tem, a partir deste processo, uma nova metodologia: além da ampliação dos recursos destinados ao setor saúde, a iniciativa rompe com a forma tradicional de compra de serviços, convênios entre as esferas de governo e também com a destinação de recursos para projetos apresentados por municípios.

As estratégias criadas pelo governo da Frente Popular no estado do Rio Grande do Sul estabelecem uma nova relação entre as esferas de governo. Talvez o maior desafio desta iniciativa seja o enfrentamento da tendência de reprodução de ações mais compatíveis com os interesses do mercado do que com a formação de uma rede de atenção.

Na perspectiva da coerência com a construção do SUS (especialmente suas diretrizes de descentralização, participação da comunidade e atendimento integral), listamos alguns aspectos desta iniciativa: a) reforço ou aceleração do processo de descentralização ou resistência à recentralização determinada pela agenda imposta aos municípios; b) respeito e potencialização do controle social, na medida em que o Conselho de Saúde não apenas diminui a possibilidade de fraude, mas decide quais as ações e quais as organizações que devem ser reforçadas; c) assume que a rede de atenção à saúde formada nesta perspectiva é uma rede com organizações com características heterogêneas, o que exige outra forma de relacionamento entre as esferas de governo; d) é uma iniciativa que se aproxima ao conceito de estratégia, tendo mais condições de lidar com a complexidade do local; e) exige investimento no sentido de construção de propostas para formas de gestão e de apoio aos municípios, bem como de novos critérios de avaliação.

3.3.3- Perigos das pirâmides e outros perigos

A proposta do Colegiado Gestor da Secretaria Municipal de Saúde, Cidadania e Assistência Social de Viamão e o desenho da rede de atenção dos Municípios de Jóia e Catuípe representam um esforço para construir outras formas de gestão, e sua expressão no desenho da rede tenta fugir, tanto de alguns 'perigos das pirâmides', como do perigo da reprodução e do isolamento, que se traduz na impossibilidade de inserção em redes.

Todas estas construções apresentam contribuições e limites para análises e produção de novas configurações de redes em saúde. No entanto, no centro de nossas discussões está a relação entre os desenhos de redes e os processos de gestão (controle, autonomia, centralização) e a manutenção ou não da identidade pelos entes que se articulam em rede.

Nosso estudo pretende não se filiar nem às propostas de organização da atenção e de gestão sustentadas pelos modelos que simplificam as realidades locais a ponto de proporem organizações homogêneas articuladas em uma rede subordinada, nem às propostas que pretendem gerar organizações, redes de atenção e formas de gestão sem indução de qualquer proposta de modelo.

4- APRESENTANDO E DISCUTINDO CASOS INOVADORES

Como falamos anteriormente, a escolha de Viamão, Catuípe e Jóia é realizada a partir da identificação da inovação. Nos três locais, os processos estudados resultam, em parte, de ofertas de gestores – a gestão local, em Viamão ou o gestor estadual, através da Coordenadoria Regional de Saúde, em Catuípe e Jóia. No entanto, também resultam da ação dos sujeitos envolvidos: trabalhadores, administrações municipais e população.

A ênfase no estudo em Viamão é a mudança no processo de gestão, com a criação do Colegiado Gestor, do Grupo de Decisão Estratégica – GruDe e do Grupo de Apoio aos Serviços de Saúde – GASS. Nos dois estudos seguintes – Catuípe e Jóia, a ênfase está na mudança no desenho organizacional do SUS pela criação de novas organizações.

4.1- A SAÚDE EM VIAMÃO: A CIDADANIA EM DEFESA DA VIDA ACELERANDO PROCESSOS DE INCLUSÃO

O estudo das mudanças na forma de gestão da Secretaria Municipal de Saúde, Cidadania e Assistência Social de Viamão – SMSCAS – aconteceu entre maio de 1999 e janeiro de 2001, e a apresentação do estudo será realizada em dois momentos: o primeiro destinado à caracterização do modelo de gestão e atenção à saúde no município e o segundo à discussão das mudanças em curso na gestão da Secretaria.

A caracterização do modelo de atenção e gestão foi realizada a partir da observação, de informações documentais – especialmente os Relatórios de Gestão ou outros documentos produzidos pela Secretaria durante o período estudado. Dois textos produzidos pela Secretária Municipal de Saúde foram utilizados para compor a primeira parte do estudo[1].

[1] Foram publicados dois textos que analisam o sistema de saúde de Viamão e as mudanças no período. Ver FAGUNDES, S. Viamão: cidadania em defesa da vida. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 24, p. 28-43, dez. 2001 e FAGUNDES, S. A democratização do SUS em Viamão: o Colegiado Gestor. In: MISOCZKY, M. C.; BECH, J. *Estratégias de organização da atenção à saúde*. Porto Alegre: Da Casa, 2002. p. 53-57.

A análise e discussão do processo instituinte de mudanças na gestão da Secretaria foi realizada com o apoio das entrevistas realizadas com sujeitos localizados em diferentes espaços da rede de serviços ou da direção da Secretaria.

4.1.1- Introdução: saúde na cidade dormitório (que já foi capital)

– "Vi a mão", teria gritado o sacerdote ao visualizar, da torre da igreja em construção, a confluência dos rios que formam o lago Guaíba. (FAGUNDES, 2001). Há várias versões para a história de Viamão. Documentos da Secretaria Municipal de Saúde trazem a história ouvida no município – Viamão já foi capital do Estado. (FAGUNDES, 2001) – enquanto outras fontes referem-se a uma alteração de endereço da sede do " Governo de Rio Grande de São Pedro" que, em função da invasão de tropas castelhanas, em 24 de abril de 1763, transferiu-se para a capela de Viamão, sendo que, de 1767 a 1773, as sessões do Senado da Câmara realizaram-se em Viamão. (IBGE, 1959, p 402). Acontece que nem Porto Alegre, nem Viamão existiam à época, na qualidade de municípios; os dois eram distritos de Laguna, hoje, município do estado de Santa Catarina. "Com a divisão da Capitania do Rio Grande de São Pedro do Sul, pelo Alvará de 27 de abril de 1809, ficou o Rio Grande com quatro municípios, a saber: Pôrto Alegre, Rio Grande, Rio Pardo e Santo Antônio da Patrulha". (IBGE, 1959, p. 402) E ainda: "Viamão foi elevada à categoria de cidade pelo Decreto estadual nº 7.842, de 30 de junho de 1939." (IBGE, 1959, p. 403).

Localizado na região metropolitana de Porto Alegre, Viamão possui uma área de 1.493 km^2. E, embora 1.000 km^2 sejam de área rural, 93% da população reside na cidade. Em 1996, estimou-se que 76% da população economicamente ativa trabalhava em Porto Alegre, especialmente nos setores de comércio e serviços com salários de até dois salários mínimos. A taxa de desemprego é de 10%, e a expectativa de vida ao nascer é de 64 anos – sete anos inferior que a do Estado do Rio Grande do Sul. (FAGUNDES, 2001).

Viamão possui o 31º Produto Interno Bruto do estado, tendo melhorado sua posição entre os anos de 1999 (US$ 277 milhões) e 2000 (US$ 294,1 milhões). O desempenho econômico do município de Viamão, em 2000, indica desempenho de +6,16

em relação ao ano anterior. Considerados os anos de 1999 e 2000, entre o grupo de municípios com mais de 100.000 habitantes, Viamão é o município com maior crescimento econômico do Estado (38,2%). Para o período de 1996 a 2000, entre o mesmo grupo, Viamão lidera o crescimento econômico, que é de 104,6%. Para a década, continua liderando o grupo, com crescimento econômico, entre 1991 a 2000, de 187,3%[2].

A população é de 227.429 habitantes, sendo que, numericamente, predominam as mulheres (são 115.862 mulheres e 111.567 homens). Cerca de 92% dos moradores de Viamão residem na área urbana e a taxa de alfabetização é de 94%[3].

Em Viamão, a direção do SUS é exercida pela Secretaria Municipal de Saúde, Cidadania e Assistência Social[4]. A municipalização é a estratégia estruturante do sistema de saúde (FAGUNDES, 2001). Essa afirmação indica para a aceleração da criação de uma infra-estrutura de serviços com a valorização de processos locais, o que significa uma ruptura com a concepção de dependência da capital, expressa no desenho e investimentos na rede.

Viamão assumiu a construção de um sistema de saúde coerente com os princípios de cidadania e de defesa da vida, mesmo encontrando uma rede desvalorizada de Unidades, Postos e Centros de Saúde e pelos Postos de Atendimento Médico (PAM), instalados e mantidos pelas esferas estadual e federal no período anterior ao processo de municipalização.

A construção da rede de atenção de Viamão se dá pela recuperação de unidades sucateadas na sua estrutura física e função, pela adaptação de espaços disponíveis para implantação de novas unidades e investimentos para a construção de novos serviços, incluindo o projeto de um hospital municipal.

---

[2] KLÉRING, Roque. *Análise do desempenho econômico dos municípios do RS em 2000*. (Resultados Iniciais). Disponível em: http://www.terragaucha.com.br. Acesso em: 03 mar. 2002.
[3] CENSO de 2002. IBGE. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/cidadesat. Acesso em: 03 mar. 2002.
[4] A estrutura da Secretaria determinará algumas características deste capítulo. O Departamento de Cidadania e Assistência Social integra as instâncias de gestão da Secretaria, fato que será sinalizado, mesmo que este estudo não contemple a repercussão desta forma de gestão nas ações deste.

4.1.2- Sobre a atenção: o crescimento, a mudança e a legitimação

4.1.2.1- O crescimento

A rede de serviços, em 2000, era formada por 13 unidades de saúde, 03 unidades de referência, 02 unidades móveis, 03 postos e 03 serviços especializados (quadro 7). Com os municípios de Alvorada e Gravataí, Viamão mantém, através de Consórcio Intermunicipal, atendimento oftalmológico[5]. O único hospital geral localizado em Viamão destina-se somente ao atendimento de convênios privados. No distrito de Itapuã, localiza-se o Hospital Colônia Itapuã, onde vivem cerca de 200 moradores-usuários. Esta instituição está vinculada à Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul – SES-RS.

[5] A Secretaria distribuiu um Guia de Serviços e Endereços, nomeando a rede de postos, os serviços especializados e os programas da área da saúde e de Assistência Social. O Guia orienta os usuários sobre quais serviços estão disponíveis em cada serviço.

Quadro 7- Unidades que formam a rede de atenção à saúde de Viamão, ano de 2000

<table>
<tr><td>São Lucas</td><td rowspan="3">Unidades de Referência</td><td>Clínica geral, ginecologia, odontologia, cardiologia, pediatria, otorrinolaringologia, peneumologia, enfermagem</td></tr>
<tr><td>Lomba do Sabão</td><td>Clínica geral, ginecologia, odontologia, pediatria, gineco-obstetrícia, psicologia, nutrição, enfermagem</td></tr>
<tr><td>Centro</td><td>Clínica geral, ginecologia, odontologia, pediatria, neuropediatria, Psicopedagogia, enfermagem</td></tr>
<tr><td>NISE I</td><td colspan="2" rowspan="12">UNIDADES DE SAÚDE: Na maioria das unidades, o atendimento acontece de segunda a sexta-feira, das 07:00 às 18:00 horas. Todas as equipes contam com auxiliares, enfermeiros e médicos. As unidades maiores têm horário de atendimento ampliado, e a equipe passa a contar com especialidades médicas nas áreas de ginecologia e pediatria. Algumas unidades contam com odontólogos, nove contam com salas de vacinas e, em sete, é realizada a vacina BCG e o Teste do Pezinho. Uma está em fase de implantação e uma conta com fonaudiólogo e psicólogo</td></tr>
<tr><td>Paraíso</td></tr>
<tr><td>CAIC</td></tr>
<tr><td>São Tomé</td></tr>
<tr><td>Esmeralda</td></tr>
<tr><td>Santa Cecília</td></tr>
<tr><td>Planalto</td></tr>
<tr><td>Orieta</td></tr>
<tr><td>Módulo Santa Isabel</td></tr>
<tr><td>Itapuã</td></tr>
<tr><td>Capão da Porteira</td></tr>
<tr><td>Vila Elza</td></tr>
<tr><td>Índio Jary</td></tr>
<tr><td>CTA</td><td colspan="2">Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/AIDS</td></tr>
<tr><td>Cais Mental</td><td colspan="2">Centro de Atenção à Saúde Mental</td></tr>
<tr><td>Central de Ambulância</td><td colspan="2">Transporte em situação de emergência. Serviço acionado por telefone ou rádio transmissor</td></tr>
<tr><td>Unidade Móvel I</td><td colspan="2">Equipe de Odontólogos. Trabalho preventivo e curativo nas escolas públicas do município</td></tr>
<tr><td>Unidade Móvel II</td><td colspan="2">Equipe com médico (clínico geral), odontólogo e auxiliar de enfermagem. Atendimento em regiões mais distantes</td></tr>
<tr><td>Central de Marcação</td><td colspan="2">Funciona junto à Unidade de Referência São Lucas. Assume o encaminhamento para os atendimentos referenciados para Porto Alegre</td></tr>
</table>

Fonte: Trabalho de campo e Guia de Serviços – Secretaria Municipal de Saúde, Cidadania e Assistência Social de Viamão

São identificados, no âmbito do Departamento de Saúde, os seguintes programas: saúde da mulher, saúde bucal, saúde do adulto, saúde da criança, vigilância em saúde, vigilância epidemiológica, vigilância nutricional, pnemologia sanitária, atenção à saúde indígena e Agentes Comunitários de Saúde.

Em 1999, o Departamento de Cidadania e Assistência Social contava com o trabalho de dez Assistentes sociais, sete psicólogos e quatorze monitores. Este Departamento estrutura-se por divisões que são apresentadas no quadro 8.

Quadro 8- Departamento de cidadania e assistência social

Divisão Plantão Social		
Divisão de Atenção à Família	P R O G R A M A S	FAMÍLIA
		IDOSO
		MULHER
		PORTADOR DE DEFICIÊNCIA
		ABORDAGEM SOCIAL DE RUA
		ABRIGAGEM
		ASSISTÊNCIA AOS POVOS INDÍGENAS
Divisão de Assessorias	CONSELHO TUTELAR ENTIDADES NÃO GOVERNAMENTAIS GERAÇÃO DE RENDA	

Fonte: Pesquisa de campo – SMSCAS

O crescimento da rede é acelerado. Entre os anos de 1996 e 1998, o número de trabalhadores salta de 96 para 307, ou seja, um aumento de 319%. Neste período, se considerarmos a contratação de Agentes de Saúde, a nomeação de Cargos em Comissão (12), estagiários (23), a municipalização de funcionários estaduais (47) e de funcionários federais (23), o incremento, em pessoal, é da ordem de 478% (FAGUNDES, 2001).

O número de unidades da rede de atenção à saúde também é ampliado no período. Além da criação de estrutura para cinco novas unidades entre 1996-1998, o período de 1999 e 2000 é marcado pelos movimentos de ampliação da rede (FAGUNDES, 2001). A Agenda da Secretária e a pauta das novas instâncias de gestão terão como ponto importante a viabilização de investimentos para recuperação ou ampliação da rede e a construção de um hospital no município.

4.1.2.2- A mudança: fazer diferente

A aceleração na ampliação da rede de atenção, em Viamão, tem características que apontam para um novo modelo de atenção à saúde deste município.

Para Fagundes (2001), a proposta de modelo de atenção de Viamão não despreza as contribuições dos projetos propostos pelo campo da Vigilância da Saúde, (como a utilização da epidemiologia e a territorialização), mas tem marcadamente, e como centro, a tarefa de construção do modelo em defesa da vida”[6].

O objetivo de mudança do modelo de atenção se expressa na constituição de espaços para experimentação de novas tecnologias de atenção e na definição dos serviços de saúde como Unidades que acolhem, cuidam e zelam. Para Fagundes (2001), as unidades de saúde se constituem em incubadoras: da atenção domiciliar, do trabalho intersetorial, do trabalho comunitário, de serviços especializados, de tecnologias de cuidados e de programas de saúde.

[6] Participação no Seminário Interuniversitário, realizado na Fundação Universidade de Rio Grande em 25 nov. 2000.

A perspectiva de mudança do modelo de atenção se expressa no cotidiano da Secretaria e no trabalho das instâncias de gestão de duas formas muitos especiais: na discussão das áreas físicas das unidades construídas, para que respondam às novas necessidades da equipe e dos usuários e na socialização das novas tecnologias de cuidados.

O município também inova em relação à composição das equipes e na forma de contratação de trabalhadores e, mesmo em um contexto de uma limitação significativa de recursos e da alta velocidade em que os processos são desencadeados, Viamão opta pela realização de concurso público para provimento dos cargos na área da saúde[7]. Esta opção tem conseqüências na forma como a Secretaria pauta suas demandas junto ao Conselho político e outros setores da administração municipal e demanda a necessidade de garantir a velocidade de processos internos ao setor público, ou seja, de romper com a tradição de morosidade dos processos no setor estatal.

Para Fagundes (2001, p. 32), a proposta da atual gestão da saúde em Viamão "... parte da concepção de que a saúde é do povo, conseqüentemente o trabalho das equipes deve abranger os âmbitos sociocomunitário, institucional, grupal e individual, com estratégias adequadas a cada um"[8].

4.1.2.3- A legitimação: leitura de alguns resultados

O contexto que marca o período de implementação das mudanças estudadas é de legitimação do projeto da Secretaria junto aos trabalhadores e à Administração Municipal. A mobilização dos cidadãos-usuários, pela forma como são realizadas e divulgadas as ações da Secretaria, contribui para a legitimação de seu projeto.

[7] Conforme referência no capítulo anterior, as administrações públicas municipais optam pela terceirização do trabalho das equipes de saúde.
[8] Chamo atenção para a forma como a geração de novas tecnologias e o aumento da autonomia das equipes para 'incubar' as novas idéias mobilizam a relação entre os programas e as unidades de saúde, sejam da rede básica ou serviços de referência.

Entre estas ações, é possível destacar: o pagamento de 50 partos/mês no hospital de Viamão, que possibilitou – enquanto se encontram formas de viabilizar novos espaços para o atendimento hospitalar – o nascimento de crianças em Viamão, e o atendimento odontológico para adultos que, considerando o fato de que os moradores de Viamão trabalham em Porto Alegre, é ampliado para o turno da noite.

O aumento da cobertura vacinal entre 1996 e 1999 e a redução do coeficiente de mortalidade infantil são indicadores comemorados.

4.1.3- Sobre a gestão: o contexto da mudança

Em seu Relatório de Gestão de 1999, a Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social de Viamão manifesta:

> Ao longo de dois anos, a Secretaria foi reestruturada, houve concurso público para ingresso dos trabalhadores, foi-se estruturando a coordenação da Secretaria e foram instituídas as coordenações dos serviços de saúde e de assistência social. Os espaços criados de articulação, de encaminhamento de problemas/soluções e de decisões foram as reuniões de coordenadores de unidades de saúde, de programas de saúde e de assistência social e da coordenação geral da secretaria. Anualmente, foram realizados seminários de avaliação e de planejamento, dos quais participaram todos os coordenadores. Em 99, foi oferecido um espaço de diálogo para os coordenadores das unidades de saúde com os objetivos de capacitá-los enquanto gerentes locais e de instituir o modelo de atenção direcionado para a defesa da vida. (SMSCAS, Relatório de Gestão, 1999).

O mesmo documento, ao analisar as dificuldades, refere que

> [...] as dificuldades identificadas nos referidos espaços convergem para problemas de comunicação, dessincronia entre as necessidades dos serviços e o suprimento administrativo, dissociação entre os departamentos de atenção à saúde, assistência social e administrativo, distanciamento entre os níveis local e central da Secretaria, com concentração do poder decisório no nível central da mesma. (SMSCAS, Relatório de Gestão, 1999).

Esta avaliação indica que, embora a Secretaria tenha, até então, criado dispositivos que permitiram a socialização de informações e a ampliação dos espaços para discussão dos problemas, ainda não havia alterado seu arranjo organizacional[9]. Esse momento é marcado pela realização de seminários e oficinas com coordenadores, e há, pela direção da Secretaria, a oferta da proposta da construção de Campos (1998) em relação à constituição de Unidades de Produção e Colegiado Gestor. Em um diálogo permanente com a discussão de avanços na forma de organizar a atenção e, especialmente, a oferta de cuidado pela rede básica, os novos espaços de gestão consideram as necessidades de apropriação, pelos trabalhadores, da proposta tecno-assistencial, da estrutura de toda a rede de atenção e de condições para a coordenação das unidades da rede. É preciso ressaltar que outra necessidade, não menos importante, é a de acelerar processos. Isso se deve tanto à rápida expansão da rede como à dificuldade de manter os trabalhadores de saúde vinculados ao sistema de saúde de Viamão, seja pelas limitações impostas pela condição financeira do município, e que se expressam em salários que não conseguem competir com os praticados em Porto Alegre, seja porque, na condição de cidade dormitório, Viamão não é local de residência dos trabalhadores, quase todos residentes em Porto Alegre.

Portanto, trata-se de um movimento que busca encontrar alternativas para a necessidade de expandir a rede e, ao mesmo tempo, democratizar a gestão constituindo espaços de formação dos trabalhadores como estratégia para capilarizar processos de co-gestão em toda a rede.

A citação seguinte ilustra este momento:

> A situação atual da Secretaria com os avanços e as dificuldades pontuadas possibilita a criação de dispositivos potentes para a superação dos problemas e para o fortalecimento de uma gestão participativa, rede básica centrada. (SMACAS, Relatório de Gestão, 1999).

[9] Faz-se necessário um esclarecimento. Eu estou seguindo a definição de dispositivos e arranjos proposta por Campos (2000). No entanto, os documentos da Secretaria farão sempre referência à constituição de dispositivos.

O mesmo processo que instituiu o Colegiado de Gestão e sua mesa coordenadora acelerou a discussão sobre a valorização dos serviços e da necessária discussão da forma de organização da atenção.

Marcas desta estreita relação podem ser identificadas no processo de construção dos arranjos organizacionais e das formas de produzir o atendimento. Ainda em 1999, os seminários preparatórios para a instituição do colegiado de gestão buscaram definir melhor as funções dos serviços da rede básica, a partir da proposta dos autores do modelo em defesa da vida, ou seja, constituir espaços para clínica, vigilância e acolhimento[10].

O Seminário de Reestruturação da Rede Básica, realizado em 1999, buscou responder às seguintes questões: a) Qual a unidade que queremos e o que falta?; b) Qual a relação das unidades com a rede e a SMSCAS?; c) Qual a relação das unidades com a Assistência Social?

A sistematização[11] das respostas a estas questões indicou que a unidade que queremos é uma unidade que acolhe, cuide e zele, onde a população possa participar e que seja parte integrante do todo. Para isso, é necessário melhorar a informação sobre a rede, capacitar para o acolhimento e melhorar as áreas físicas das unidades. O seminário também indica para a necessidade de criação de protocolos e de descentralização das ações de vigilância e o incremento da resolutividade da denominada rede básica. Defende um processo de regionalização com flexibilização e integração com a rede.

O seminário também apontou para uma relação de dependência excessiva das unidades em relação à Secretaria e de pouca resolutividade destes espaços. Defendeu uma relação mais horizontal, com parcerias calcadas no interesse coletivo, a integração e comunicação permanente entre os serviços, com fluxos definidos, reflexão crítica e referência e contra-referência eficazes. Em relação ao Departamento de Assistência Social, defendeu uma maior proximidade deste com as outras áreas da Secretaria, possibilitando trabalhos conjuntos.

[10] Esta formulação é de Gastão Campos e se insere em uma importante discussão entre as propostas da Vigilância da Saúde e a Defesa da Vida. Esta discussão é apresentada no referencial teórico deste trabalho.
[11] As fontes para esta exposição são anotações pessoais e uma versão do relatório do Seminário citado.

A partir das propostas discutidas ou geradas nestes espaços, os coordenadores das Unidades de Saúde da rede básica passam a reivindicar maior participação nas decisões da secretaria e identificam problemas no arranjo vigente, que os vincula a coordenações de programas ou de categorias profissionais. Esta situação aponta à necessidade de mediação de alguns conflitos que expressam a dificuldade e, ao mesmo tempo, o desejo de encontrar um novo lugar no novo arranjo que estava sendo gestado, situação que será explorada nas entrevistas, a seguir.

A primeira proposta de constituição do Colegiado Gestor foi um resultado das opções teóricas (especialmente a construção de Gastão Campos e o seu método da roda) e do processo local. O colegiado proposto é amplo porque tem como principal objetivo a inclusão do maior número possível de trabalhadores na gestão da Secretaria. Esta decisão terá conseqüências no seu cotidiano e é outra questão que será objeto de um olhar mais atento da pesquisa e das entrevistas com pessoas situadas em diversos lugares dos arranjos identificados, antes e depois da formação do Colegiado Gestor.

Então, a partir de um conceito acordado com os coordenadores, foi proposta a constituição do Colegiado Gestor, que ficou composto por 42 Coordenadores de Unidades de Saúde, Programas e Departamentos da Secretaria. Como indicado em sua caracterização, a composição do Colegiado Gestor incluiu os Coordenadores das áreas de atuação do Departamento de Cidadania e Assistência Social.

4.1.4- Viamão: incubadora de novos arranjos institucionais

O novo arranjo inclui os seguintes espaços: Colegiado Gestor, Grupo de Direção Estratégica (GruDE) e Grupo de Apoio aos Serviços de Saúde (GASS).

O Colegiado Gestor foi, inicialmente, definido como "fórum de escuta dos ruídos e das demandas, de processamento para pactuação e de deliberação dos modos de gerir a rede municipal de atenção e de executar as ações produtoras de saúde e de cidadania." [12] (FAGUNDES, 2002, p. 54).

[12] Esse foi o primeiro conceito, proposto pela Secretária e aprovado no Seminário de Reestruturação da Rede Básica.

O Grupo de Direção Estratégica foi proposto como grupo permanente, que viabiliza as deliberações do Colegiado, define a agenda estratégica e decide sobre as demandas do cotidiano. O GruDE é, inicialmente, concebido como uma mesa diretora do Colegiado.

O Grupo de Apoio aos Serviços de Saúde é constituído por decisão do Grude ou Colegiado para apoiar processos de abertura, avanços e consolidação nos diversos espaços da Secretaria e da Rede de atenção.

4.1.4.1- A constituição do Colegiado Gestor

A lógica de constituição do Colegiado Gestor é da participação dos Coordenadores das Unidades de Produção e seus Apoiadores[13]. A idéia central, em Viamão, foi a de 'trabalhar a partir do que existe'; então, mesmo a partir da identificação de que os coordenadores dos programas como o núcleo mais resistente, eles foram incluídos no Colegiado[14].

A partir do conceito proposto pela gestora em seminário anterior, contribuíram para a consolidação da proposta do Colegiado os representantes de Coordenadores de Unidades e de Departamentos, bem como assessores. Resultou desse trabalho a seguinte proposta:

> O dispositivo proposto é a constituição do colegiado de gestão. Composto pelos coordenadores das unidades de saúde, de assistência social, de apoio administrativo, dos programas, dos departamentos, assessorias e gabinete da secretaria. O objetivo geral é direcionar toda a secretaria para a qualificação dos serviços que atendem diretamente a população. Os objetivos específicos são criar mecanismos de decisão coletiva, acelerar a resolução dos problemas

[13] Ver: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 14, a. 4, p. 863-870, out.-dez. 1998 e CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

[14] Há uma aposta: os sujeitos são formados no processo de gestão. Esse tema foi apresentado no Cap. 1 e, em Viamão, será apresentado a seguir.

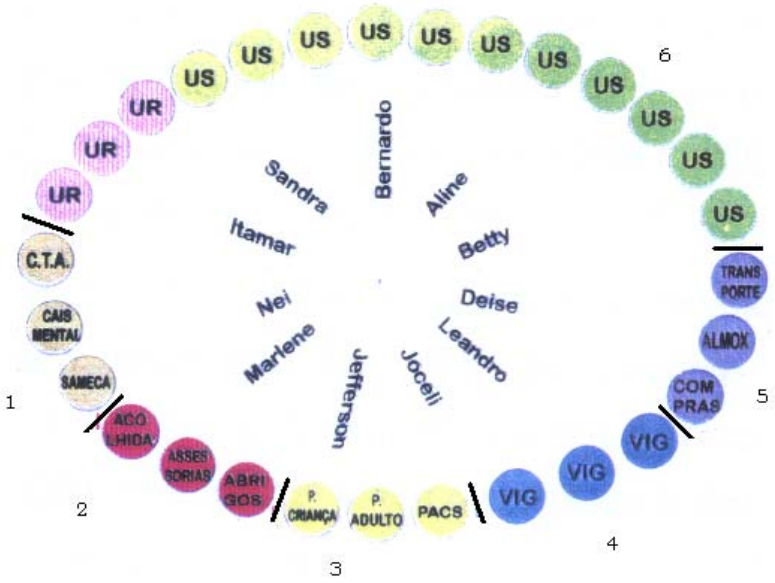
> e o cumprimento dos encaminhamentos acordados entre todos, instituir o planejamento estratégico e participativo, formar gerentes em serviço. (Relatório de Gestão, 1999).

O Relatório de Gestão de 1999 refere-se à proposta de organização do Colegiado Gestor. A figura 6 expressa a formação do Colegiado Gestor quando proposto e instituído, em janeiro de 2000.

O Colegiado reunir-se-á mensalmente, terá uma mesa diretora formada pela coordenação central e por representantes das unidades de referência e de saúde. A mesa reunir-se-á semanalmente e terá como atribuições preparar as reuniões do colegiado, encaminhar e monitorar as resoluções do mesmo. O colegiado é conseqüente a um processo de horizontalização do organograma da Secretaria. (SMSCAS, Relatório de Gestão, 1999).

4.1.4.2- O novo arranjo e seu cotidiano: análise da produção da inovação

O desenho apresentado a seguir expressa a primeira composição do Colegiado Gestor da Secretaria Municipal de Saúde, Cidadania e Assistência Social de Viamão, em janeiro de 2000.



1. Serviços especializados

2. Dep. da Cidadania e Assistência Social

3. Programas de Saúde

4. Sistema de vigilância em Saúde Sanitária, Epidemiológica e Nutricional

5. Dep. Apto. Administrativo

6. Unidades de Saúde e de Referência

Figura 6- Formação do colegiado de gestão da Secretaria Municipal de Saúde, Cidadania e Assistência Social de Viamão.

Criado o novo arranjo, o ano de 2000 foi de acompanhamento deste, especialmente as reuniões semanais do GruDE e as mensais do Colegiado Gestor. O GruDE foi se constituindo em um espaço de aceleração de processos, de reuniões de discussão e de tomada de decisão e encaminhamentos; identificado como um espaço de podera Secretaria, a participação no GruDE foi disputada por diversos grupos. O trabalho do GASS, a definição de suas atribuições e composição, foi um processo difícil. O Colegiado, por sua vez, um grande fórum para socialização de informações, para formação, para trocas.

O ano de 2000 marca um período de campanha e eleição de novas administrações municipais. Em Viamão, a discussão sobre a forma de gestão da Secretaria Municipal de Saúde, Cidadania e Assistência Social invade os espaços de formulação da proposta de governo. Outro aspecto importante é que os primeiros movimentos de construção do Colegiado também coincidem com um período de necessário corte de investimentos por redução de recursos e adequação à Lei de Responsabilidade Fiscal, que implicou a desaceleração de contratações e da criação de estrutura para a rede. Neste contexto, o Colegiado Gestor assume duas funções que repercutem na forma como a Secretaria assumiu a priorização de investimentos e garantiu a manutenção das ações que considerou necessárias. Nesse novo cenário financeiro, o Colegiado Gestor foi o espaço de deliberação, sendo que coordenadores de diversas unidades e áreas da secretaria socializaram a situação dos espaços sob a sua coordenação e negociaram com outros coordenadores. O fim do ano de 2000 é marcado pela reeleição do Prefeito e pela recondução da Secretária para mais um mandato.

Neste contexto, com a perspectiva de mais quatro anos de governo, é que, entre os meses de novembro e dezembro, desencadeia-se um processo de avaliação da gestão e da atenção. Este processo tem dois momentos a destacar: o Seminário de Avaliação, para o qual foram convidados todos os trabalhadores da Secretaria, e uma reunião do Colegiado Gestor. Para preparação do Seminário, o GruDE elaborou um questionário com questões sobre o colegiado Gestor[15]. Já a reunião de encerramento das atividades do Colegiado Gestor no ano de 2000 aprovou a sistematização do 'novo conceito' do Colegiado, conceito este resultado das respostas dos trabalhadores e da discussão do Seminário.

Para seus participantes, O Colegiado Gestor

> [...] é uma instância democrática, participativa, de encontro, de intercâmbios, de integração, de informação, de socialização, propositiva, de decisão coletiva, mensal, com agendamento prévio, em processo permanente de construção, do qual participam as coordenações dos serviços da rede de Saúde e de Assistência Social e Secretária Municipal, para apropriação, deliberação, avaliação e

[15] O documento sistematiza as respostas de 21 membros do Colegiado Gestor.

> discussão da Política de Saúde e Assistência social e suas diretrizes, para o gerenciamento conjunto do sistema municipal de saúde e assistência social, bem como para o encaminhamento de possíveis soluções dos problemas e questões geradas no cotidiano dos serviços, visando a construção do modelo de atenção em defesa da vida em Viamão. (Colegiado Gestor – Viamão, dezembro de 2000).

A análise deste processo procedeu-se a partir dos textos de pessoas que, em diferentes lugares da Secretaria, contribuíram para acelerar o movimento instituinte das mudanças e a incubação da nova forma de gestão ou para reforçar resistências a ele.

4.1.5- A história em diversas versões: a situação antes da instituição do Colegiado Gestor e do GruDE

Encontramos, nas entrevistas com os coordenadores de unidades e áreas, várias referências ao espaço de reunião de coordenadores de unidades, que acontecia antes da formação do Colegiado Gestor e Grupo de Decisão Estratégica (GruDE). Entre eles, há uma tendência a perceber que o Colegiado Gestor e o GruDE decorrem do aprimoramento do processo iniciado com a reunião dos coordenadores. Pessoas ligadas à Coordenação de Departamentos na forma anterior de gestão tendem a ser menos críticos em relação ao modelo anterior e identificam, com maior facilidade, as limitações dos espaços de gestão instituídos.

Na fala do antigo coordenador do Departamento de Ações de Saúde (DAS), aparece, como central, a questão do afeto: quando a organização era centrada nos departamentos, as reuniões entre os coordenadores de unidades caracterizavam-se como espaços festivos. As reuniões eram sediadas pelas unidades e, para sua realização o atendimento na unidade anfitriã, era suspenso.

> Então as pessoas tinham, assim, esse gosto de receber na sua casa. Isso eu achava legal. E ao mesmo tempo, assim, depois da reunião, o anfitrião nos mostrava o posto e saía assim, tipo, todo mundo olhando e apreendendo. Então, esta troca era muito boa... (DAS-1).

O coordenador também identifica algumas fragilidades deste espaço (reunião de coordenadores), especialmente quando o grupo se ampliou em função da expansão da rede e do aumento de coordenadores, expressão da ampliação dos serviços neste período.

> Olha, no início, (porque se começou antes da municipalização), era um grupo pequeno, quando municipalizou, nós abraçamos todas as unidades do estado e continuou, também, o pessoal indo para as reuniões.. Mas como algumas unidades ainda não tinham chefia nomeada, ainda não era um grupo tão grande... No final ficou mais complicado porque o grupo começou a crescer, mas mesmo assim todo o mundo ia... (DAS-1).

Quando a estrutura começou a ficar mais complexa e aumentou o número de participantes, as reuniões passam a ter uma pauta muito extensa, e os primeiros a abandonarem este fórum foram os coordenadores de unidades maiores.

A fala do Coordenador do Departamento parece indicar que este espaço foi-se estabelecendo mais como de acolhimento de novos trabalhadores e encontro que propriamente um espaço de tomada de decisão:

> Quem faltava mais eram as unidades grandes, mas as pequenas, todo mundo participava e era muito bom, sabe? A gente voltava cansado porque era uma reunião assim que todo o mundo queria falar ao mesmo tempo... Mas eram bem interessantes. Eu insistia nestas reuniões, acho que nem era tanto... tinha a parte informativa, e tudo, e a gente discutia, mas a confraternização, assim, a gente tinha a oportunidade de troca... (DAS-1).

O período em que se iniciam as reuniões de coordenadores é relacionado ao atual:

> Logo que eu comecei, a gente tinha reuniões de coordenação, que não era tão diferente do Colegiado. Nós fazíamos reunião com todas as chefias de unidade, mas não só das unidades, a gente tinha um pessoal que trabalhava nas vigilâncias, um representante de todos os.. era praticamente como o colegiado... e a gente começou a fazer uma reunião itinerante... (DAS-1).

Sem desconsiderar a importância do caráter deste fórum para aquele momento da formação da estrutura da Secretaria e como estratégia de acolhimento aos novos trabalhadores, é possível identificar alguns motivos de sua retração: as discussões exaustivas não eram acompanhadas de um encaminhamento de soluções, até porque o fórum não previa a participação de pessoas responsáveis pela viabilização de encaminhamentos para os problemas discutidos. Esta situação levou a uma mudança no rumo deste fórum: tendo diminuído a sua capacidade de atrair as unidades maiores – demandadoras de problemas mais visíveis e que descobriram caminhos mais efetivos – pela dificuldade de articulação com os setores de apoio e os diversos programas, a coordenação deste espaço acaba buscando a recuperação da sua efetividade em uma receita velha: o fórum vai-se constituindo como a reunião dos enfermeiros, cuja função se confundiu com a de coordenadores de unidades.

Para uma coordenadora de Unidade de rede básica, os problemas das reuniões de coordenadores estavam relacionados à falta de constituição destas como espaço de apropriação de conhecimentos sobre a rede e à sua redução a um espaço de queixas, onde cada coordenador de unidade procurava convencer os coordenadores de Departamentos sobre a maior gravidade dos problemas que enfrentava, buscando sensibilizá-los para a priorização de suas demandas. Ou seja:

> Então, se trazia problemas direto ali para o grupo, então eu estava colocando meus problemas ali e não interessava para o coordenador do outro posto saber dos meus problemas. Então ficava assim mais... ficava muita discussão, que cada um queria contar os seus problemas, discutir os seus problemas, tentar resolver os seus problemas naquela reunião. Então acabava dando tumulto, o pessoal não se entendia porque um achava que o seu problema era pior do que o do outro. (MÉDICA, CUB-1).

Para a coordenadora do DAS, na época, ao contrário, as reuniões de coordenadores e a existência de um coordenador de rede visavam garantir um espaço de escuta e de uma certa objetividade, resolutividade: esta leitura da história vai-se refletir na forma como avaliarão os processos instituintes de novas formas de gestão.

> [...] antes do Colegiado a gente tinha as reuniões de coordenação que eram uma espécie de colegiado, onde se falava de coisas mais específicas do seu serviço e se tinha uma forma de discussão mais... tu vias a pessoa e colocava teu problema e elas debatiam mais sobre seus problemas. (DAS-2).

A experiência do fórum dos coordenadores contribui para problematizar a relação que se estabelece entre quem está na coordenação de unidade, o coordenador da rede e o setor administrativo da Secretaria. A partir da visão de que o setor administrativo tem outra lógica e que a sua presença polui as discussões mais pertinentes ao trabalho das unidades de saúde, seu representante passou a participar da reunião dos coordenadores de unidade apenas quando solicitado.

> Ele participava quando era pedido, porque se o administrativo faz parte das reuniões, as reuniões predominam sobre questões do administrativo. Então ele é um espaço que tem que ser fora: Espaço de resolução fora dalí. (Tu achas, mesmo? Perguntei) Tem que ser. A gente tentou, nas reuniões de coordenação (as antigas) que o administrativo fizesse parte, daí começa, sabe aquelas coisas: a luz, a porta, sei lá o quê e aquilo toma conta de tudo. E o macro, tipo atendimento, programa, o que tu está desenvolvendo, o que tu pode desenvolver, como é que está isso, não é discutido. Porque daí predomina a falta, a falta de alguma coisa, alguma coisa material. (DAS-2).

Em relação aos denominados programas, eram centralizados com uma coordenação única. A coordenação dos programas de saúde participava das reuniões dos coordenadores, o que desencadeou a necessidade de uma ação mais articulada destes e um diálogo com as unidades de saúde. Surge, aí, um outro espaço de reuniões.

> Da mesma forma que a gente tinha estas reuniões de coordenação das unidades, a gente tinha também um grupo que trabalhava com os programas e fazia reunião de 15 em 15 dias para trocar experiências de um programa com o outro para tentar integrar, não ficar essa coisa tão separada... Ter alguma coisa mais de visão integral, da pessoa... A gente resolveu fazer dois grupos de programas: saúde da criança e saúde do adulto, porque também começou a ficar muito grande o grupo e estava difícil da gente controlar, conseguir reunir todo o mundo e agente achou que seria interessante juntar todo o mundo, conversar... (DAS-1).

Avaliando as perspectivas do investimento nas ações programáticas, especialmente as reuniões quinzenais, o entrevistado reconhece:

> [...] os programas também tinham problema. Na época, a gente estava também tentando acertar... as reuniões também eram cansativas. Eu tinha dúvida sobre até que ponto aquilo se refletiria na população, mesmo. Não sei se amadurecendo, com o tempo ia se chegar a algum lugar... (DAS-1).

A segunda pessoa a assumir a coordenação do DAS avalia da seguinte forma a reunião dos coordenadores:

> Era uma espécie de Colegiado, mas aí só os coordenadores das unidades, não eram tantos serviços. Mas era um espaço onde se trocava: trocava problemas, trocava soluções, trocava móveis, trocava... Resolvia. (DAS-2).

Em Viamão, existia uma leitura da insuficiência deste espaço para fazer frente aos objetivos de mudanças do modelo de atenção, de otimização dos limitados recursos e de constituir a gestão como espaço de formação de sujeitos.

Neste contexto, um coordenador identifica a proposta de gestão colegiada com uma aposta:

> Tudo tem que ter uma dinâmica demorada, arrastada? Eu acho que isso é o que a gente queria mostrar: que poderia ser diferente, que a coisa poderia ser mais resolutiva. Então, tinha que acreditar, tinha que trabalhar com isso. (CUR-1).

Em resumo, a exploração de características da forma de gestão anterior revela limitações das propostas de muitos governos comprometidos com propósitos de mudança. Há uma ampliação do número de pessoas que passam a ter acesso às informações, os projetos e planos de intervenção são mais discutidos, mas, com o custo de uma saturação de reuniões, que implica a desmotivação de seus participantes e – parece que há, neste caso, – uma tendência à repetição de formas mais tradicionais de gestão como alternativa para as dificuldades de responder a questões pontuais que este modelo apresenta. Em Viamão, o fórum dos coordenadores dos programas se dispersou, e a reunião dos coordenadores de unidades foi-se transformando em reunião dos enfermeiros.

4.1.6- A inovação em diversas versões: a situação após a instituição do Colegiado Gestor e do GruDE

4.1.6.1- É novo, diferente, aberto... aberto...

As expressões novo, diferente e aberto se associaram, com ênfase, na fala de um coordenador de unidade de referência, enfermeiro que participou da criação dos dispositivos da gestão, da Secretária Adjunta (médica) e de um enfermeiro coordenador de uma unidade periférica.

Quando questionados sobre a forma de gestão, eles se referem ao processo de construção dessas instâncias, e há uma certa dose de encantamento pelas situações que vivenciam. Ouvi pessoas entusiasmadas, como se pode perceber a seguir:

> Bom, eu vejo o Colegiado como uma coisa que está se estruturando, está engatinhando, não é? É uma coisa – para mim nova, nova no sentido de modelo de gestão. Mas tudo para mim é novo. O trabalho em serviço público é uma coisa nova, também. (CUR-2).

A inovação não é avaliada apenas em relação ao novo arranjo (criação do Colegiado e GruDE), mas como marca do processo de gestão da Secretaria. Outro aspecto é que, para algumas pessoas, trata-se da avaliação do processo a partir de apostas que fizeram na perspectiva de participarem de um governo democrático.

> O que eu vi quando eu cheguei aqui, uma coisa que me chamou a atenção foi o modo como você era recebido. E quando eu vim, tinha uma motivação pessoal, eu já havia escutado sobre a [secretária]... sobre os planos dela para a saúde mental... aceitei este trabalho e tinha esta proposta nova desta mudança de fazer esta gestão colegiada. (CUR-1).

A avaliação dos mais antigos não se diferencia muito da fala de um coordenador mais jovem no processo. Esse diz: "... amplia muito essa forma de administração. A administração que é mais hospital é diferente dessa administração de saúde pública. Eu acho que estou engatinhando, ainda" (CUB-2).

A discussão da inovação remete estes sujeitos às suas experiências anteriores, e este relato é mais forte no coordenador, enfermeiro, mais jovem, com recente vivência acadêmica e em hospital. Questionado sobre sua experiência em processos de co-gestão, ele diz:

> Ah. Assim não, dessa forma aberta, não. Na graduação, a administração era bem hospital mesmo: supervisão, cobrança e aquela coisa de hospital, mesmo. Não tenho muita saudade dessa parte da administração... (CUB-2).

Em relação ao hospital, faz a seguinte relação: "Eu vi diferença... no hospital a coisa não é tão assim, tão aberta, não é? A coisa é mais específica: tu vais lá na Chefia, a chefia... Agora aqui no Colegiado, a coisa é diferente, se discute mais aberto..." (CUB-2).

Este entrevistado encontra na estrutura hospitalar – onde demandam para os níveis hierarquicamente superiores e esperam por suas decisões – um processo de definição de prioridades próximo do relatado anteriormente por outra coordenadora para o período em que os problemas da Secretaria eram encaminhados em reuniões de coordenadores.

Ele identifica como uma das mudanças e de abertura da gestão o fato de que a definição de prioridades é pauta do Colegiado. Assim, fala sobre o processo novo:

"O posto de lá precisa disso com mais urgência do que o meu, ou se eu vou solicitar uma coisa e não é tão prioridade, eu acho que a gente tem aquele meio de discutir as prioridades". (CUB-2).

Marcando posição contrária, surge, com força, em um dos textos, a leitura de que o processo não apresenta novidade, mas a adaptação local de processos vivenciados pelo sujeito em outras organizações. Trata-se, de fato, de um sujeito com trajetória em instituições com experiências mais democráticas. Contudo, há uma certa desvalorização do processo local. Diz seu autor:

> [...] eu me sinto a vontade com este tipo de gestão; (...) tem diferenças de um local de trabalho para o outro, eu noto assim que para Viamão é uma inovação, nos outros locais que eu trabalhei já era rotina. Para mim é uma coisa natural... (DAS-1).

4.1.6.2- Sobre a Gestão Colegiada e a formação de sujeitos

Falar de sua história e das mudanças provocadas pela nova forma de gestão em suas atitudes na organização foi uma postura da maioria dos entrevistados. Novamente, parece ser o lugar que ocupam na organização, e não a profissão, tempo ou conhecimento da história do processo ou de seus referenciais teóricos, o que diferencia a construção de seus textos. Contudo, é uma fala com sujeitos mobilizados, desacomodados.

Um coordenador de unidade de referência, ao manifestar a sua posição frente à nova forma de gestão, diz:

> Mexe, porque na verdade tu trabalhas com a destruição de estereótipos. O que a gente tem na saúde, hoje? Tu ouves aquelas mesmas coisas: saúde pública é uma porcaria, os técnicos são ruins, ninguém atende, tudo isso tem que mudar. Então tu tens que acreditar que este esse cara que não atende, que não trabalha bem hoje, que ele vai se transformar em um parceiro amanhã. E aí entra as tuas coisas pessoais, que eu acho que algumas pessoas têm, eu tive que passar por cima de idéias que eu achava que tinham que ser aceitas (tu achas que sempre tá certo, é uma coisa tua, né?) Acho que a questão pessoal mesmo, de acabar com algumas coisas, do que tu acreditavas que era saúde. (CUR-1).

O texto que estes sujeitos produzem diz respeito, também, à forma como entendem que seus colegas vivenciam o processo.

> Isso... abre um espaço e é um espaço que as pessoas não estão acostumadas a utilizar, tanto assim de saber até que ponto ela tem direitos de reivindicar coisas, de discutir coisas, não por obrigação, mas porque faz parte do funcionamento da coisa a participação dela. Então isso é uma coisa que o grupo está formando ainda. Essa idéia, este pensamento de que vai para lá não é para sentar em um lugar e ouvir o que os outros têm para dizer e voltar para casa e dar as informações. Ele tem que ter alguma coisa para dizer. Ele tem este espaço e ele tem que usar este espaço. Isso aí a gente tem que apreender. Acho que vai muito da personalidade de cada um: uns são mais introvertidos, ou extrovertidos. (CUR-2).

Os coordenadores referem-se ao aprendizado de uma nova forma de se relacionar com a organização, processo que exige, destes sujeitos, capacidade de inovarem-se.

> Mas os trabalhadores em geral, vai muito da história que eles viveram até hoje, chegar em um lugar e ouvir o que ele tem que fazer, o que os outros tem que fazer e virar as costas e ir embora. Acho que isso aí é um aprendizado. Aí que assusta, porque uma coisa é tu chegar em um lugar para reclamar: Ó, não tenho isso, não tenho isso, aqui deu isso, aqui deu aquilo. Estou com um problema aqui outro ali. Tá feita a reclamação e vamos ver o que eles vão resolver. (CUR-2).

Vamos ao texto de mais um coordenador de unidade de referência que relaciona a produção da forma de gestão com a produção de sujeitos:

> Na realidade, não se trata de cada um fazer a sua parte e isso é uma secretaria. Não! Isso de estar discutindo me chamou a tenção e eu entrei e participei bastante deste processo. E também me incomodou bastante, sofri também como profissional quando coisas minhas iam sendo trabalhadas. Dentro deste processo, não tem como tu não fazer isso. (CUR-1).

O coordenador mais jovem fala da expressão destes conflitos no dia-a-dia dos coordenadores. “Sim, muda, assim, vou dizer, tu muda, indiretamente tu vai mudando, tu vai administrando a tua unidade conforme as orientações, tu vai mudando. Não me faço de deus mas eu procuro manter a linha do colegiado”. (CUB-2).

Sua fala é um depoimento sobre o significado dessas mudanças, sobre esse processo de inovar e inovar-se, de mudar práticas antigas. A experiência de participação na Gestão da Secretaria nem sempre é suficiente para espraiar este arranjo nas unidades da rede. A fala seguinte pode indicar que os coordenadores estão vendo a necessidade de instituir Colegiados nas Unidades, mas têm dificuldades para isso.

> Só que eu não faço reunião com os médicos, os dentistas, eu converso diretamente com cada um quando tem um assunto que diga respeito a todos e a clientela nossa, o nosso usuário. Eu procuro falar,... fazer isso... Eu acho que é através dessas decisões que a gente vai mudar o comportamento... Conceitos meio ultrapassados... É o meu ver... acho que é por aí... essa forma mais aberta, né?. (CUB-2).

A fala seguinte também se refere à mudança dos sujeitos. Este texto é produzido pela médica que assumiu a coordenação da maior Unidade de Referência e que, na gestão que se iniciava, assumia o cargo de Secretária Adjunta. Sua fala é reveladora de uma aposta da administração, já expressa em citações de falas da Secretária. Ela diz:

> Eu acho que tem mudanças que agente faz nas pessoas, tanto pra melhor quanto pra pior! Que marcam a vida das pessoas e ficam! E eu acho que agente está fazendo mudanças pra melhor! A gente ensina as pessoas a tratar melhor as outras pessoas! Dificilmente ela vai achar bom voltar a tratar mal! Então, eu acho que agente está criando uma coisa acima de tudo cidadã nas pessoas! (CUR-2).

Uma outra questão que se coloca é a expectativa do governo em relação aos sujeitos. Na abertura desses espaços, o governo precisa admitir o fato de que os sujeitos podem participar de várias formas e que é no processo que vão adquirindo competências para qualificar a sua participação. Contudo, outros podem não participar.

Sobre isso a Secretária Adjunta fala: “É uma coisa nova e é uma coisa que assusta, às vezes, um pouco porque ao mesmo tempo que abre um espaço para as pessoas falarem, a gente imagina que as pessoas que estão ali têm que falar”. (CUR-2).

E quando o coordenador mais jovem no processo comentava sobre a sua dificuldade para falar nas reuniões do Colegiado, de sua timidez, eu lhe disse que isso a gente supera. Então o que ele falou e a forma como disse são revelações de sofrimentos, transformações e de apostas, aposta no diferente. Mas isso não é imediato; os sujeitos precisam de algum tempo:

> Ah não, ainda não. Porque eu – como te disse – eu sou um pouco tímido e então, ainda não estou bem estruturado nesta forma aberta, ainda preciso me trabalhar em muitas coisas – como eu te disse, em hospital é totalmente diferente, né? Tem sempre alguém acima de ti.

> Ali [no Colegiado] tem que... quem tem mais destreza, eu acho que se sobressai mais até, né? Com o tempo, aos poucos tu vai começando... E é uma forma diferente, para mim é a primeira vez. Em hospital tu fazias reuniões com a tua chefia, discutia o assunto ali, a tua chefia fazia reunião com a administração e assim era... Totalmente diferente... (CUB-2).

Outros entrevistados entendem que os sujeitos não estão preparados para ocuparem estes espaços:

> As pessoas não estão acostumadas, elas querem autonomia mas não querem responder pelas coisas... Bom, o que eu vejo aqui em Viamão é que hoje as pessoas entendem um pouco o que é Colegiado, mas passou um ano e não ficou bem claro o que era o Colegiado. E acho que a proposta não ficou bem clara. Bom, vocês vão participar, das resoluções, as coisas... como é que elas são feitas, vocês vão decidir... Bom, só que as pessoas seriam preparadas para isso, então neste processo... (DAS-2).

Por outro lado, a Secretária Adjunta entende que o próprio Colegiado é um espaço de formação:

> Eu acho que todos esses trabalhadores que, fazem parte de um Colegiado, estão tendo oportunidade de conviver com uma nova maneira de exercitar o poder. É uma coisa que as pessoas estão aprendendo, então é lógico que por isso também o colegiado está em construção. Esses atores têm que apreender a fazer isso. Até então é uma coisa nova, se alguém tem alguma experiência é individualmente em algum outro setor, mas na área da saúde não é. Então é esse aprendizado de troca, de informações, de dados, de decisões de discussão. É nesse sentido que tá sendo a capacitação, a formação de um novo modelo de trabalhador. Para exercer esse novo modelo de gestão precisa formar novos indivíduos que sejam capazes de exercer isso aí. Então é nesse sentido que tá havendo a formação também desse trabalhador. (CUR-2).

Considerando que as organizações formam sujeitos, e que os trabalhadores de Viamão vêm de uma forma de gestão tradicional, um coordenador (enfermeiro) avalia:

> É, muda. Agora *eu* tenho que tomar mais decisões. Porque quando eu era chefe de unidade de hospital eu tinha a supervisora, a supervisora ainda tinha mais um enfermeiro geral, bem acima... Aqui, tem que cobrar o médico, tem que cobrar o dentista... O que difere do hospital é isso, que tu só supervisiona a auxiliar, pessoal de nível médio... Então aqui a coisa depende de que tu tens que negociar... (CUB-2).

Os sujeitos se apropriam deste processo?

> Se apropriam de forma diferente. Vai muito da individualidade de cada um, de onde cada um vem.Tem gente nova na saúde, tem profissionais que estão chegando e que vem de uma formação eminentemente técnica; outros, que são mais antigos, que vem de uma estrutura bem burocrática. Então, evidentemente, que apropriação vai ser diferente para cada um deles. (CUR-2).

Questionada sobre a construção destes sujeitos, a entrevistada diz:

> Eu não sei se eles já são novos, mas eu acho que eles não são exatamente os mesmos.. Eu acho que eles estão se apossando dessa possibilidade de ter uma participação ativa nas decisões ou pelo menos ter um espaço pra colocar a sua opinião, o seu ponto de vista, a sua experiência no seu local de trabalho, que é uma coisa importante que a gente sabe que não dá para uniformizar. Então esse espaço e que tá sendo construindo, tá sendo transformador desses trabalhadores. Respeitando as individualidades de cada um, eu acho que, uns mais outros menos, tão conseguindo aos poucos utilizar esse espaço, estão aprendendo a utilizar este espaço, tão conseguindo sair da casca pra dizer o que pensam, pra dizer o que querem, a que vieram. (CUR-2).

4.1.6.3- Grupo de Decisão Estratégica – GruDE e o Colegiado Gestor: sobre as leituras dos sujeitos e suas expectativas

Assim como a questão da informação é problematizada pelos sujeitos envolvidos nesse processo, também a constituição desses espaços como local de tomada de decisão é tema do grupo. Os sujeitos têm visões muito diferentes sobre a constituição de novos espaços e formas de tomar decisões. Novamente, é possível identificar semelhanças na leitura que pessoas mais próximas ao governo e que coordenadores novos ou de rede básica fazem desse espaço; ao mesmo tempo, identifica-se aproximação da análise que fazem os antigos coordenadores do Departamento de Ações de Saúde (DAS). Para os primeiros, o GruDE é um espaço onde se tomam decisões; para os segundos, estes são locais de informação ou de informes. Em relação ao Colegiado Gestor, a análise dos entrevistados aproxima-se do texto votado no próprio colegiado, e que fizemos referência anteriormente.

O antigo coordenador do DAS, que atualmente coordena a Divisão de Informação em Saúde (DIS), participa do GruDE e do Colegiado, mas não tem investido nessa segunda instância. Quanto ao GruDE, pensa que

> [...] é um instrumento de informação... a gente troca muita informação e decide algumas coisas. Para mim que trabalho com informação é o lugar onde eu posso falar o que eu estou vendo, já que para as unidades eu não tenho tanto acesso [...]. Então para mim, eu acho bom, no sentido que é bom conversar com a [secretária], ter a informação. Muitas coisas que são decididas ali eu vejo que não vão para a frente, morrem ali... (DAS-1).

Nesta direção, mas agora em relação ao Colegiado, outra entrevistada diz que ele ‘perdeu a função que tinha’ quando era restrito aos coordenadores. Vê, portanto, na ampliação a inviabilidade em constituir-se em espaço de tomada de decisões:

> Perdeu a função porque ampliou: são outros serviços, outras...não são coisas do grupo. Não são as lidas diárias. Porque hoje, o que eu vejo: as unidades têm a lida diária parecida, têm a lida junto. Daí tu vê, bom... Vem a vigilância, a vigilância tem uma dinâmica, tem coisas

> próprias, diferenciadas. Tem o setor administrativo que é uma outra... tu entendes? Então são coisas diferenciadas e que são levadas para aquele conjunto ali. (DAS-2).

O fato de que a ampliação do número de participantes no Colegiado Gestor limitaria a sua constituição como espaço de gestão da Secretaria não era novidade; tanto que a proposta do GruDE, com representantes das Coordenações das Unidades e seus apoiadores, tentou diminuir esta limitação: o GruDE é menor, como única instância teria dificuldade para acelerar a apropriação de informações pela rede, mas possui agilidade para tomar decisão. Quando levantei esta questão, ouvi, da antiga coordenadora dos Enfermeiros:

> Pois é, eu acho que daí eu volto para aquilo que eu te falei: o que é a decisão? Qual é a decisão de interesse? Eu acho que não está muito claro isso. O que parece, as vezes, assim, é que foi criado um sistema bom, isso quer dizer que tem alguma coisa para responsabilizar mais gente, tu entende? Por que às vezes é assim : nós vamos decidir tal coisa, a temática é nós decidimos, mas às vezes não é *nós* decidimos [ênfase], entende... a coisa vem, só que daí todo o mundo assina junto naquilo ali. Tu entendes? E eu acho que é isso, e o espaço de decisão é o espaço onde tu possas colocar as tuas coisas e serem respeitadas. Isso está faltando muito. (DAS-2).

Não se tratava, portanto, das mesmas questões que vínhamos identificando. A insistência no tema levou ao aprofundamento deste desconforto. Ela identificava o mesmo problema em relação ao GruDE, que considera muito amplo e heterogêneo:

> O que eu vejo, também, de problema, em relação ao GruDE, sobre o que eu acho que é decidido ali. Tem muitas pessoas, tem aquela coisa toda... tem a teoria que tem toda a perfeição, e não conseguem enxergar isso dentro da prática. É que não podem sair coisas prontas sem a percepção da realidade. (...) Uma das coisas que tu não pode levar para essa gente que está lá na ponta é só teoria que não tem nada a ver com o que eles fazem, senão ele recua, ele não vai nem fazer, tu não vai conseguir nada assim. Tu tem que falar mais, tu tem que fazer coisas, planejar coisas mais próximas à realidade deles. E isso eu vejo como problema no GruDE. Não tem tal coisa, são

> pensadas coisas, são ditas coisas ali por pessoas que têm um conhecimento realmente, da teoria, como ela deva ser e tudo, mas não condiz com a realidade. E quando quiserem implantar não vai dar certo. (DAS-2).

A discussão se vincula ao fato de que a constituição de duas instâncias de gestão da Secretaria não preservou o espaço anterior de uma reunião de coordenadores. O Colegiado Gestor reúne os coordenadores da rede, mas não havia mais um coordenador de rede. A última coordenadora de rede diz: "Eu acho que as pessoas precisam de uma referência, independente de Ter estas outras instâncias elas precisam de uma referência mais resolutiva que dê um retorno. Precisam disso por mais autonomia que eles possam ter". (DAS-2).

Outra entrevistada, que participa do Colegiado e do GruDE, faz outra avaliação da relação entre estes dois espaços. "Eu acho que as coisas, nesse momento ainda estão chegando sem muito tempo pra que o colegiado possa participar dessas decisões. Eu acho que essas decisões têm ficado mais com GruDE". (CUR-2).

Sobre a pauta destas duas reuniões, reflete: "A pauta do Colegiado é uma pauta que é construída ao longo do mês com todas as coisas que são discutidas no GruDE. A pauta do colegiado é feita no GruDE, e dela participam assuntos mais variados". (CUR-2).

A coordenadora da Unidade de Referência também constrói uma leitura interessante sobre como as decisões do GruDe vão mudando em função de antecipar as posições do Colegiado. Ela vai construindo o argumento de que a existência da instância ampliada – o Colegiado – forma um Grupo de Decisão Estratégica mais conectado à rede. O GruDE trabalha sabendo que suas decisões serão informadas e discutidas no Colegiado Gestor.

> Mesmo não indo para pauta do colegiado, o GruDE sabe mais ou menos por onde ele vai votar, o que ele vai decidir... Tem uma idéia de como aquele grupo pensa, do que tem por prioridade, o que vê como coisas importantes. (CUR-2).

Estas leituras vão indicando uma posição destes sujeitos sobre as instâncias que a Secretaria Municipal de Saúde, Cidadania e Assistência Social de Viamão criou. O Colegiado Gestor amplo, com a participação de todos os coordenadores de unidades, responsáveis por programas e departamentos de apoio que têm como principal característica a possibilidade de colocar em discussão as questões, o modelo de atenção e a gestão, discutir e encaminhar as que não demandem urgência e, especialmente, ser um espaço de apropriação, por parte de cada participante, das informações sobre a rede de atenção e a administração da Secretaria. O Grupo de Decisão Estratégica, formado por representantes de cada conjunto de unidades de produção, com características e localização semelhantes, têm, por sua constituição e periodicidade, capacidade de discutir, decidir e encaminhar as questões que pautam o cotidiano da Secretaria.

O coordenador de UBS identifica a dificuldade de intervir durante as reuniões do Colegiado de Gestão. Ele diz: "Porque é muito rápido [...] quem tem mais pique, se dá melhor no colegiado... às vezes os assuntos não são muito restritos ao problema aqui da unidade; eles abrangem o todo. Então, às vezes a gente fica meio atrapalhado, né?" (CUB-2).

As pessoas que acumularam a experiência de coordenação da reunião dos coordenadores de unidades indicam para uma excessiva formalidade nas instâncias criadas. Além disso, entendem que a ampliação deste espaço com a entrada de outros setores – como a Vigilância, o setor administrativo – e, no caso de Viamão de todo o departamento de Assistência Social – atrapalha o processamento das discussões.

> É, eu participei pouco do colegiado e as poucas vezes que participei eu não me senti tão a vontade, não sei, alguma coisa está... muita gente agora, ou a pauta é muito fechada. Que antes a gente ficava assim: ficava numa rodinha, vamos conversar várias coisas...[...] eu tinha a sensação de que a gente conversava. Agora ficou muito formalizado. Alguém está inscrito, tem que esperar por ele... acho que perde um pouco a criatividade das pessoas, ficam amarradas na iniciativa. Não sei se é porque se tornou uma reunião muito grande com muita gente, toma um caráter mais formal, então eu não me sinto mais tão a vontade. (DAS-1).

Mesmo que partam de avaliações diferentes sobre a trajetória do Fórum dos coordenadores, os dois diretores fazem uma análise muito próxima no que se refere ao Colegiado, entendendo que este não se constituiu em um espaço democrático.

> Outra que eu vejo e ouço muito é isso. Bom, é um lugar só de informes onde as coisas vem prontas e são colocadas para nós. Tá. Isso é o que se ouve (o problema é que as pessoas não dizem, dizem que está muito bom... Mas é isso que elas pensam no geral: é um lugar de informes onde as coisas vêm prontas e onde a gente tem um curto espaço de tempo. (DAS-2).

> Hoje, no colegiado eu não vejo isso como espaço que dê para ti falar das coisas e ter uma troca, assim, ver como é que está a unidade (...) e eu acho que esse espaço não pode faltar. Porque lá é feito uma reunião 'mega', onde é passado para as pessoas os recursos e as coisas que conseguimos – quase duas ou três horas de informe- alguém intervém e fala, começa a agendar coisas assim, depois... e fica aquilo ali, fica naquilo ali. O espaço de troca mesmo, de fala de seus problemas, de troca com o outro não acontece. E antes, nas reuniões da coordenação, acontecia. Eu acho então, que tem que dar mais uma lapidada. (DAS-2).

O Coordenador de Unidade Básica, que diz estar atrapalhado e sem pique para intervir nas reuniões do Colegiado, pela densidade dos assuntos em pauta e da própria pauta, parece encontrar espaço para resolver problemas como:

> [...] a falta do medicamento, a falta de mais profissionais, essas coisas assim. Às vezes a gente até não usa o espaço do colegiado para questões específicas, mas tu pegas a pessoa ali e cobra, né? Tu pegas.... eu tenho o meu grupo de diabéticos, então se eu vejo a farmacêutica ali, eu vou ali, cobro dela e... pergunto: Ó, tem previsão, como é que faz, tu queres que eu busque? É uma forma também de tu te integrar. (CUB-2).

Uma das dificuldades levantadas pelos entrevistados que participam dos dois espaços é o excesso de reuniões, já que a representação do conjunto de unidades no GruDE demandaria reuniões destes segmentos.

> Então, tem a reunião semanal do GruDE, tem a reunião mensal do Colegiado, têm todas as coisas do trabalho de rotina e teria que ter mais um espaço para reunião ou um encontro dessas unidades, para que realmente houvesse uma troca, para que realmente houvesse uma representatividade. Esse encontro aí que não está acontecendo. Acho que por várias dificuldades! E inclusive nossa de como 'botá' isso aí na prática. (CUR-2).

4.1.6.4- A relação entre gestão e atenção

A fala dos coordenadores faz referência a uma estreita relação entre gestão e atenção. O enfermeiro mais jovem no processo assim expressa esta relação:

> Sim, tem a ver porque a gente discute formas... até de administrar. Tem a acolhida... são coisas assim que tu procuras passar. o que é a acolhida? Acolhida é a recepção, né? A nossa entrada ali... então, coisas que tu vai, vai até tu te trabalhando, né? Então, para mim tem, bom tem tudo a ver, né? (CUB-2).

Ou, então:

> Bom, a gente começou, acho que desde o início tentando, com o Colegiado, apreender algumas coisas da administração mesmo, de cada setor nosso. Uma das coisas principais foi o atendimento que tu vai dá a pessoa que vai chegar, a porta de entrada foi uma das coisas bem discutidas. No início do nosso Colegiado, a gente debatia bastante a porta de entrada, quem vai receber, o que a gente vai dizer para o paciente, para a pessoa que vem procurar a unidade, quais as soluções para os problemas quando a gente não consegue oportunizar a pessoa do que ela busca, quando a oferta é pouca e a procura é bem maior. Foi uma das coisas inicial do Colegiado e isso aí foi bom porque a gente conseguiu, ao menos assim, com uma boa orientação,

> encaminhar as pessoas para algum local se tu não tens o atendimento necessário que a pessoa veio procurar, conseguir ao menos orientá-la para conseguir um atendimento melhor. (CUB-1).

O enfermeiro, coordenador de UR, diz:

> Na realidade ele pode, não, na realidade ele mexeu no serviço, ele mexeu muito. E até nesta questão de mudar os estereótipos que a gente estava falando. Eu acho que ele ajudou muita gente a mudar. Algumas pessoas, também hoje conseguiram reverter alguns modelos de atenção de que estavam imbuídos. (...) Quem trabalha com isso, trabalha com criatividade, com pensamento... com a evolução de pensamento, com a superação de paradigmas de saúde que as pessoas têm, que eu tenho. (CUR-1).

Quando se abandona a idéia de modelo de atenção acabado e aposta no local como espaço de produção da atenção, exige-se que a gestão suporte as disputas que aí se processam. Ou seja, aquelas disputas antes processadas pelos assessores ou técnicos vinculados a coordenações de programas ou a níveis hierarquicamente superiores de secretarias municipais, estaduais ou do Ministério da Saúde, e que não chegam à rede (a rede vai absorver, sob a forma de treinamento, apenas a proposta hegemônica); agora compõem a pauta do Colegiado de Gestão da Secretaria. Há, portanto, uma aproximação entre a concepção de formas de processar o cuidado, a disputa pela forma de implementação das propostas e o cotidiano das unidades da rede. Diz um Coordenador:

> O que a gente vê é que algumas pessoas pensam sempre em inferiorizar, sempre em diminuir, sempre em centralizar... E algumas pessoas estão sempre pensando em abrir os postos, levar os postos para fora da sua ação, do seu espaço territorial... (CUR-1).

Abre-se, então, uma discussão sobre as questões que dificultam a aceleração da mudança no modelo de atenção: uma delas é a necessidade de melhorar o fluxo de informações. Em linhas gerais os coordenadores identificam uma visão muito compartimentada da rede e a necessidade do aperfeiçoamento de formas de comunicação permanentes. Ou seja: "... acho que realmente tem que ser mais trabalhado. As unidades têm que ser mais visitadas e eu acho que a gente fica muito em reunião, muita reunião..." (CUR-1).

4.1.6.5- A forma de gestão e a formação da rede: as unidades e seus apoios

A formação de Colegiados nas Unidades de Saúde não é movimento naturalmente decorrente da formação do Colegiado Gestor da Secretaria. Em Viamão, esta dificuldade não pode ser pautada sem a relação com o fato do município ter uma rede de unidades – especialmente as unidades básicas – ainda precárias, e das dificuldades em sustentar uma política de pessoal. Assim, trabalha com altos índices de rotatividade e descontinuidades na composição das equipes.

A fala de uma coordenadora dá a impressão de uma certa acomodação com a criação de alguns dispositivos.

> Todo o problema que aparece na unidade, a gente faz reunião com o grupo e funcionários mesmo que seja um funcionário da limpeza, um problema da limpeza, um problema qualquer. Seguido a gente faz uma reunião de todo o grupo e tenta resolver e solucionar os problemas ali dentro mesmo. Quando acontece alguma coisa, um problema de horário, de férias ou sei lá, (...) então quando complica um pouco e a gente vê que não tem alternativa, um funcionário da limpeza sai de férias e não tem alguém para substituir, então a gente vem para a administração. Mas há vários problemas que a gente tenta resolver ali mesmo e consegue, entendes? (CUB-1).

Em relação à gestão das unidades, os coordenadores expressam a vontade e a dificuldade de desencadear a institucionalização de novos espaços nas unidades. Estas dificuldades parecem se relacionar tanto com dificuldades para participar da construção da proposta – a idéia de que as mudanças encerram com a participação dos coordenadores na gestão da secretaria – como dificuldades frente a estrutura dos serviços ou questões pessoais do coordenador. Coordenadores (médicos ou enfermeiros) têm dificuldade para instituir reuniões de equipe. As reuniões acontecem com os auxiliares, enfermeiros e coordenadores. Em relação aos demais trabalhadores de nível superior, a estratégia são as conversas mais informais. É interessante que os médicos, quando coordenadores, tendem a reproduzir esta estratégia, predominante entre os enfermeiros.

Diz o enfermeiro:

> Reunião, eu faço mesmo é com o meu pessoal, com os auxiliares. Se a gente tem que discutir alguma coisa referente a unidade ou que me passem, mais é com o meu pessoal. Com os médicos... (é que os horários não são bem definidos) então eu falo pessoalmente com eles. Uma decisão, o que tem que mudar, alguma orientação... com os médicos, com os dentistas, pessoalmente... De repente por eu ser meio tímido, eu não acerto isso. (CUB-2).

Sobre a possibilidade de avançar para a constituição de um colegiado de gestão na unidade, este enfermeiro diz: "Até vejo, né? Só que eu tenho que eu me trabalhar um pouco mais, porque, para mim, é difícil. [...] A gente conversa, isso sim." (CUB-2).

A questão levantada é que a institucionalização da gestão colegiada nas unidades não acontece como um desdobramento natural da instituição do Colegiado Gestor. Ou seja, os coordenadores necessitam de apoio para esta ação.

> Na prática a gente sabe que isso não aconteceu, de repente... eu estava esperando por uma coisa que eu achava que já era natural. Eu acho que não chegou a acontecer nas unidades. Para as pessoas não era tão natural, assim. (DAS-1).

Há uma tensão entre a coordenação das unidades e a organização dos denominados programas de Saúde. Os programas, em Viamão, caracterizam-se por estarem relacionados a um serviço de referência. A tensão é determinada por uma tendência centralizante dos programas, tendência esta que empurra os serviços para uma posição mais desvalorizada na rede – as unidades encaminham para os serviços de referência – e o movimento provocado pela nova forma de gestão. A instituição dos Colegiados vai constituindo as unidades como espaço de produção de gestão e como espaços maiores de autonomia para definir também questões relativas ao modelo de atenção. Os coordenadores identificam problemas em relação à coordenação das ações programáticas; suas falas indicam a necessidade de apoio para desencadear ações locais, que ampliem a resolutividade da rede.

Há, na fala do coordenador do Departamento, uma aposta nas diretrizes da Ação Programática, o que o leva a um certo desencanto com a organização dos programas de atenção à saúde no município. Vejamos: "... não sei se dá até para chamar de programa, porque o que tem é um serviço funcionando, ele perdeu um pouco aquela coisa de ter metas... isso tudo se perdeu..." (DAS-1).

Outra referência para analisar a relação das unidades com os programas é a de que estes têm dificuldade em entenderem-se como fluxos, como propostas e conhecimentos sobre uma certa área que são oferecidos para os serviços. O conjunto de propostas vai, então, tendendo a um lugar, seja um serviço de referência, seja uma hierarquia que garanta a apropriação de parcelas dos serviços.

4.1.6.6- A perspectiva de rede: reforçar os nós, melhorar os fluxos

Então, os sujeitos vão construindo seus textos que, ao mesmo tempo, analisam o processo vivido e constroem propostas para o futuro. Uma dessas propostas é o aprimoramento de espaços e estratégias que apóiem a rede e melhorem os fluxos.

> A gente se apropriar do restante da rede, por mais que tu repasses notícias e informações, não é a mesma coisa que o contato regular com os demais integrantes dos outros serviços. Ter o contato, tu saberes o que está acontecendo nos outros lugares, como as outras pessoas estão trabalhando, e haver uma troca. Eu acho que certamente facilita no sentido de criar alguma coisa que é, não sei o nome... uma rede. (CUR-2).

Este processo implica uma leitura sobre a relação dos membros do Grude com as instâncias que representam. Para a representante das unidades de referência no GruDe, elas estão muito isoladas:

> Esse lado aí não andou tão bem! Não andou tão bem! Acho que faltou... (é, ... não sei dizer que ingrediente faltou exatamente), mas acho que as unidades de referência ainda estão isoladas, umas das outras. Acho que as coordenações dessas unidades estão muito

> independentes. Até porque as unidades têm realidades bem diferentes! Elas são unidades de referência, mas elas têm realidades bem diferentes. Então, cada uma está tendo um tipo de trabalho. (CUR-2).

Reforçando a posição de que as reuniões não podem se constituir em estratégia única, diz o coordenador de UR:

> A gente não tem um fluxo de entendimento fora do colegiado. Tu podes definir algumas coisas, mas fora das reuniões nós não somos ágeis. Tudo tem que ser levado para as reuniões. Tem algumas questões do dia-a-dia que eu acho que não dá. Tem situações que tem que ser bem objetivo. Primeiro que a gente não trabalha com máquina, trabalhamos com pessoas, com o sofrimento, com dificuldades. Então, estas coisas precisam ser agilizadas. Tem situações que não pode esperar. Se a pessoa está aqui no posto ela tem que ser atendida, de alguma forma tem que definir alguma coisa. (CUR-1).

O coordenador que defende agilidade está-se referindo à função da rede de atenção. Sua posição é de defesa de uma rede resolutiva.

> Ah! Não tem ficha, não tem ficha, tchau. Esta é uma coisa que a gente está vendo. Só que para tu operacionalizar isso, aí falta este fluxo de rede, está aí uma coisa difícil das pessoas entenderem: qual o papel delas neste trabalho de gestão, que é de defesa da vida. (CUR-1).

Os dois coordenadores de UR, e que participaram dos processos de mudança, referem-se à necessidade de que a apropriação de informações aliada à capacidade e vontade de tomar decisões redefinam a autonomia de cada unidade e seu compromisso com os outras unidades.

> Alguns postos acabam extrapolando este poder de definição local e acaba criando uma coisa diferente, e alguns serviços me chamaram atenção. Eu acho que está um pouco fora da política da rede. E aí alguns postos fazem algumas coisas diferenciadas dizendo que são experiências melhores. Eu acho que tem especificidades, sim, acho que eles devem ser entendidas, mas acho que trabalhar muito diferente é ruim, porque aí tu acaba perdendo a linha. (CUR-1).

4.1.7- A primeira dobra do fio condutor: concluindo o estudo em Viamão

Tentei apresentar as críticas ao GruDE e ao Colegiado, na perspectiva dos diversos sujeitos. A primeira leitura foi a de que a forma como os grupos elaboravam sua análise estava diretamente relacionada ao fato de terem acumulado ou perdido poder na estrutura administrativa da Secretaria. Penso que isso explica, em parte, os 'achados' em suas falas.

No entanto, de forma mais ou menos incisiva, todos (a única exceção é o Coordenador de Unidade Básica – CUR-2 – com quem eu não provoquei o tema) se referem a algum grau de dificuldade para chegar à unidade – não chega a informação até o trabalhador da unidade e não chega ao Colegiado e, especialmente, ao GruDE. Como vimos, há várias explicações – e também várias propostas de saídas – para esta situação.

De uma leitura mais idealizada de diversos momentos da reunião de coordenadores, os sujeitos sugerem tornar as novas instâncias menos formais ou reduzir o número de participantes (DAS-1 e DAS-2), o que implicaria reativação do espaço de reuniões dos coordenadores (DAS-2). Outra, identifica problemas na representatividade dos componentes do GruDE (CUR-2) e, ainda, outros dois, referem-se a dificuldades em serem apoiados para desencadear ações (CUR-1 e CUB-1).

Mais que explicar como funciona o Colegiado, seus protagonistas revelaram suas expectativas, suas apostas e disputas. É importante salientar que o texto desses sujeitos é produzido no período em que o Colegiado completava 01 ano de constituição e, formalmente, a Secretaria convocava seus participantes para um processo de avaliação.

A partir da participação, entre maio de 1999 e dezembro de 2000, do processo de avaliação da gestão e da atenção à saúde em Viamão e da instituição de suas instâncias gestoras e, durante o ano de 2000, em reuniões do Colegiado Gestor e em várias reuniões do GruDE, aponto os seguintes aspectos:

a) As inovações na forma de gestão, na Secretaria Municipal de Saúde, Cidadania e Assistência Social de Viamão resultam da necessidade de diminuir a distância entre a rede de atenção e os espaços de tomada de decisão e da oferta de possibilidades a

partir da proximidade do gestor local, com a produção de um segmento do campo da saúde coletiva. Em Viamão, a oferta da proposta de Colegiado de Gestão e de formação de Unidades de Produção – propostas que integram a obra de Gastão Campos – foi decisiva para a tomada de decisões sobre o novo arranjo institucional. No entanto, a experiência de Viamão, não se resume à aplicação de um novo arranjo. A novidade está na forma como os conceitos e propostas estabelecem diálogo com o já instituído, produzindo um desenho que se filia e reproduz uma proposta que é ofertada, mas, que, ao mesmo tempo apropriando-se dela autoriza-se a modificá-la. O resultado é um novo desenho, em parte produzido pela oferta, em parte pelas necessidades e disputas locais. Creio que essa investigação produz alguma novidade sobre este processo.

b) Os espaços instituídos resultam – no âmbito das disputas locais – de vontade política da gestão local. Portanto, são estratégias produzidas por uma gestão mais democrática e que tem o objetivo (oficial, conforme tratamos no capítulo 2) de ampliar a participação dos trabalhadores e melhorar a atenção prestada pela rede. A aposta nos espaços criados se expressa na efetiva constituição destes como local de encaminhamentos e de tomadas de decisões pela secretaria. Mudanças de coordenadores, investimentos, acompanhamento de processos administrativos para a aceleração dos projetos encaminhados pela secretaria, priorização de ações e desenho de ações emergenciais são exemplos de temas que integraram a pauta do GruDE e do Colegiado Gestor durante o período estudado.

c) A nova forma de gestão incluiu novos sujeitos na discussão da gestão e em decisões relativas ao modelo de atenção. Um tema presente na pauta do Colegiado Gestor foi a instituição de formas de acolhimento nas unidades da rede.

d) Os espaços de gestão instituídos se caracterizam por uma certa formalização, se comparados aos espaços de reuniões de equipe. Embora esse aspecto tenha sido pautado, por alguns entrevistados, como um ponto negativo da atual forma de gestão, tendo a considerar que há uma 'certa formalização necessária' (pauta, horários, resoluções), na medida em que estes são espaços de co-gestão têm como

responsabilidade, além da formação dos sujeitos e da democratização do acesso à informação, o compromisso de dar encaminhamentos e de tomar decisões.

O estudo em Viamão foi encerrado em janeiro de 2001, com a realização das entrevistas acima apresentadas. Algumas questões levantadas pelo estudo reforçam a teoria sobre gestão colegiada desenvolvida por Gastão Campos. Outras, representam uma contribuição a partir de uma experiência concreta.

4.2- JÓIA E CATUÍPE: A APARÊNCIA DA HOMOGENEIDADE É ENGANADORA

Municípios rurais com menos de 10.000 habitantes. Seria de imaginar cenários de poucas disputas, de decisões fáceis para problemas pequenos onde apenas a ignorância de população e de governos, ou a escassez de recursos sigam justificando a existência de problemas. Ao contrário, nossa pesquisa encontra realidades locais complexas, recursos que possibilitam inovações, instituições e atores resistentes ou impulsionadores de mudanças: contextos ricos em contradições e conflitos que desenham as novas organizações que formam o SUS, para os sujeitos que vivem nestes lugares.

Estes estudos aprofundam e exploram novas perspectivas a partir do problema que norteia a construção deste trabalho, ou seja, a produção de novas organizações no campo da saúde. O estudo da formação de unidades mistas em municípios de pequeno porte indica para um novo aspecto do processo inovador: o questionamento, a danificação[16] e a superação de práticas tradicionais em organizações tradicionais. Estaremos falando de hospitais e de postos de saúde que adquirem novos nomes, novas atribuições e que necessitam de novas formas de gestão. Finalmente, eles também se relacionam de forma distinta com a região, especialmente os serviços de referência, e com a instância regional da Secretaria Estadual de Saúde.

[16] Danificar é utilizada aqui como em Motta (1998), citado no capítulo 2. A compreensão da danificação de práticas usuais – no nosso caso, as práticas de financiamento e a organização do trabalho a partir de interesses de corporações (por exemplo) indica o cuidado com a observação dos sujeitos que apóiam e os que resistem à mudança.

A experiência com o estudo em Viamão e o referencial teórico estão aqui como um balizamento que condiciona e ao mesmo tempo direciona o entendimento e a intervenção neste processo. Trata-se de relatar e analisar o contexto do esgotamento das velhas organizações e a produção das novas.

Catuípe e Jóia são pequenos municípios localizados na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, área de abrangência da 17ª CRS, que expressam a impossibilidade de viabilizar o Sistema Único de Saúde a partir das organizações existentes: seus hospitais estão sucateados e sem condições de recuperação, a população está sem acesso aos serviços, o perfil das internações e suas indicações levam a emissões de Autorizações de Internações Hospitalares suscetíveis a glosa por processos de auditoria. Ao mesmo tempo, a insistência na manutenção das práticas e do funcionamento sedimentado, aliado à compreensão, pelos gestores e população, da importância dos hospitais locais, levou a instituição de formas de repasse de recursos do orçamento municipal da saúde para estas instituições. Em Jóia, esse repasse aconteceu como subvenção ao hospital comunitário e em Catuípe, por tratar-se de instituição privada, a prefeitura comprava, mensalmente, um determinado número de internações. Paralelamente, os dois municípios estavam discutindo a implantação do Programa de Saúde da Família – PSF.

Implicados com a manutenção dos hospitais, a proposta do PSF arrastou-se sem a implantação: o motivo expresso foi a falta de recursos municipais e a falta de trabalhadores. Por outro lado, o argumento para não investir na rede básica, freqüente em pequenos municípios, é de que qualquer aposta na melhoria do atendimento da rede básica determina o esgotamento das condições para manutenção dos hospitais e da rede de serviços privados que o circulam. Mesmo que o PSF assuma o enfrentamento com a organização da atenção baseada na lógica da produção de procedimentos, em Catuípe e Jóia vamos deparar com dificuldades em lidar com as disputas locais.

Neste contexto, a constituição das Unidades Mistas assume o desafio de reunir propostas, fontes de financiamento e organizações que já compõem à rede local de atenção à saúde para formar um novo desenho de rede de atenção que responda às necessidades de saúde e não signifique contribuição ao empobrecimento destes locais e de suas populações. Os processos estudados têm como característica a produção de novas organizações e não

apenas o aporte financeiro para manutenção ou recuperação financeira das já existentes, rompendo com as práticas de financiamento, especialmente o pagamento por Autorização de Internação Hospitalar – AIH, e alterando a relação entre as prefeituras e o setor privado, tanto na perspectiva da superação da distribuição de atividades entre o público e o privado como em relação às formas de gestão, controle e financiamento.

Estas experiências indicam a necessidade de novos modelos para propor e entender estes processos, pois a divisão entre supostos níveis de atenção mostra-se insuficiente. Por não se tratar da implantação de um programa, estamos em um processo de produção de um desenho institucional ou uma rede regional de atenção à saúde, formada por organizações que mantêm sua identidade.

4.2.1- Considerações sobre a formação da rede de atenção em municípios de pequeno porte do interior do Estado do Rio Grande do Sul

Atualmente, postos de Saúde, projetados para ações tradicionais do campo da saúde pública em um tempo anterior à implantação do Sistema Único de Saúde Brasileiro, convivem com hospitais construídos na mesma época sob a influência de um Estado pouco heterogêneo, com um papel bem direcionado à concentração e à privatização.

O encontro entre a perspectiva centralizadora e privatizante do Estado Brasileiro, especialmente na década de 70, a hegemonia do modelo da medicina científica e a organização e capacidade de investimento de comunidades fez surgir uma rede de hospitais comunitários, mais tarde complementada por ações dos postos de saúde, que formam as redes de atenção nos municípios.

4.2.1.1- O hospital: a institucionalização do atendimento

O serviço de saúde que, há mais tempo, está presente na história do município é o hospital. No estado do Rio Grande do Sul, parte pela coincidência do modelo hegemônico com a ocupação do território gaúcho, o hospital comunitário fez parte do conjunto de

instituições necessárias para a consolidação de uma comunidade em condições de lutar por sua emancipação político-administrativa. Assim como a assistência à saúde estava diretamente relacionada, quase que exclusivamente, ao trabalho médico, os hospitais eram necessários para captar este profissional que tinha, no hospital, a partir da teoria da medicina científica, o espaço de trabalho. A consolidação da medicina científica e os propósitos do governo da década de 70 levaram à expansão dos hospitais localizados nas cidades regionais.

A partir do Postulado de Coerência formulado por Testa (1992)[17], é possível uma leitura da história destas organizações. Os hospitais têm sua estruturação a partir do início do século passado, em uma coincidência entre o avanço da teoria da medicina científica, fundamentada na unicausalidade e tratamento médico-hospitalar. Este modelo é coerente com a expansão, em âmbito internacional, da indústria farmacêutica e de equipamentos. No espaço da formulação nacional da política de saúde, a rede hospitalar se expande, especialmente no Estado do Rio Grande do Sul, a partir do propósito de privatização – política dos governos militares. A expressão desta relação que viabiliza expandir o mercado na área da saúde é a política da previdência, responsável pela compra de serviços médicos e hospitalares e pelo financiamento de novos hospitais com recursos públicos. No espaço regional e local, o período de vigência desta política coincide com a estruturação das comunidades rurais e a emancipação de várias localidades, sendo que, para os municípios emancipados na década de 70, o hospital é instituição presente.

Resultado deste processo, o hospital local existente no interior do Rio Grande do Sul, não é estatal, mas pertencente a instituições filantrópicas de caráter religioso ou comunitário. Em resumo, mais da metade dos municípios do estado do Rio Grande do Sul possuem instituições hospitalares que, consideradas as possibilidades tecnológicas de atendimento ambulatorial, a necessidade de incorporação tecnológica nas internações hospitalares e as distâncias entre as sedes dos municípios em diversas regiões do estado, seriam estruturas desnecessárias.

[17] Neste trabalho, o Postulado de Coerência é apresentado no capítulo 3.

Não é possível desconhecer que estes hospitais internam apenas pessoas com quadros clínicos pouco complexos, o que determina uma baixa remuneração, visto que recebem por fatura de procedimentos com pouco valor na tabela do Sistema Único de Saúde. São conhecidas, também, as fraudes realizadas por estas instituições. Na medida em que não 'captam' usuários de planos privados, elas procuram 'cobrar a diferença' dos que, em função de utilizarem os serviços do SUS, têm estas instituições como referência. Este comportamento se constitui em um potente mecanismo de reforço da exclusão a que as populações residentes em municípios localizados na periferia dos centros regionais vêm sendo submetidas.

Na tentativa de manter o hospital aberto, muitos municípios têm destinado parcelas importantes de seu orçamento para complementar o pagamento das internações. Neste caso, recursos já escassos, e que deveriam ser destinados para atividades de atenção que evitassem a internação hospitalar, a estimulam.

No entanto, fechar estes hospitais não constitui solução, mas agravamento do problema: a interrupção do ingresso destes recursos no município aumentaria a situação de pobreza destes locais e reforçaria a concentração nas cidades maiores. Além disso, forçaria trabalhadores de saúde a deixar de viver na pequena cidade.

Apesar dos grandes avanços na formulação e implementação do SUS, no Brasil, a forma de pagamento predominante para os serviços hospitalares é o pagamento por prestação de serviços. Esta condição, mesmo quando superada pela Norma Operacional Básica 01/93 e 01/96, não impacta sobre o financiamento das ações hospitalares, especialmente porque os municípios pequenos, menos estruturados administrativamente, não têm aderido a formas mais autônomas de gestão.

4.2.1.2- A formação da Rede Básica

Os primeiros serviços que irão formar a rede básica constituem-se em serviços complementares ao hospital. Localizados no espaço do município, estas unidades são locais projetados e espaço de execução de atividades programadas e coordenadas pelo Governo do Estado.

Neste período, de acordo com Cohn (1996, p. 46):

> A atuação do Estado no setor passa cada vez mais a ser regida pela lógica que define sua competência como sendo por excelência medidas de caráter coletivo, da esfera de Saúde Pública, cabendo ao setor privado, a assistência médica individual. E neste processo, progressivamente, o setor público vai assumindo um caráter suplementar, tendo que suprir a ausência do setor privado onde este não tem interesse por inviabilidade de retorno econômico.

Os serviços da rede básica surgem para garantir acesso, para toda a população, às ações de caráter preventivo e coletivo, como as vacinas e o controle e tratamento de doenças infecto-contagiosas, bem como para dar início à estruturação do sistema de informações. Em relação ao atendimento clínico, estas unidades incorporam, de forma secundária, o atendimento médico aos carentes. Os trabalhadores acessavam a este atendimento nos consultórios privados credenciados ou Postos; os trabalhadores rurais, quando incorporados ao 'benefício' do atendimento médico-odontológico da Previdência, eram atendidos nos Sindicatos dos Trabalhadores Rurais. Portanto, a rede básica universalizou a atenção de caráter preventivo e focalizou ações de uma clínica médica menos qualificada aos 'não contribuintes', grupo composto por trabalhadores informais e pequenos produtores rurais não sindicalizados.

Outro movimento que contribui para a formação da rede básica foi a discussão em torno da medicina comunitária e a implementação de serviços e ações a partir de municípios vinculados a partidos de oposição ao governo federal. Na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, a Fundação de Integração e Desenvolvimento do Noroeste do Rio Grande do Sul – Fidene, assessorou e obteve auxílio internacional para a construção de Unidades de Saúde nos municípios de Ajuricaba, Ijuí e Braga. Diferenciando-se dos Postos de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado, estes eram denominados Centros Integrados de Atendimento à Saúde – CIAS[18], coordenados pelos municípios e localizados a partir de uma discussão com as comunidades.

[18] Há variações destas denominações, mas elas demonstram a intenção de superação da fragmentação: Os Centros Rurais de Atendimento à Saúde – CRAS (Ajuricaba, 1984) são exemplo disso.

A partir da estratégia das Ações Integradas de Saúde – AIS, os municípios aceleram a estruturação de uma rede própria, seja pela construção de novas unidades de saúde, seja porque assumem parte do atendimento nas unidades já existentes. O desafio neste período é o da construção de serviços que garantam o acesso para toda a população.

É possível identificar posições transformadoras[19] na conformação da rede de atenção básica no Estado do Rio Grande do Sul. Há municípios em que ela sofreu poucas modificações, pois o modelo do município se esgota no hospital e na compra de atendimentos médicos e odontológicos, seja de profissionais da cidade, seja de clínicas de cidades maiores, através dos Consórcios de Saúde[20].

Outros municípios promoveram mudanças na perspectiva de reformar a rede: ampliaram o acesso, possibilitaram a qualificação das ações de vigilância, mas não alteraram a complexidade deste nível de atenção, reservando para o setor privado, especialmente o hospital, todo o atendimento individual que exigisse alguma incorporação tecnológica.

No nosso entendimento, transformaram a rede os municípios que ampliaram os serviços da rede básica provocando o deslocamento de ações do setor privado (consultórios e hospital) para este espaço. Parece constituir um eixo comum nestes locais a existência de três fatores: vontade política, controle social e trabalhadores com propostas de mudança. A vontade política e controle social têm relação com a conformação de propósitos de governo e do Papel do Estado; os trabalhadores de saúde têm uma importância e responsabilidade maior na discussão da teoria e dos métodos de intervenção.

[19] O termo 'posição transformadora' é proposto por Merhy (1997). Nessa pesquisa, foi apresentada no capítulo 3.

[20] Os Consórcios de Saúde são instâncias previstas pelos proponentes do modelo da Vigilância da Saúde para o atendimento de níveis secundário e terciário. Eles são constituídos por municípios e atuam, especialmente na intermediação de compra de serviços do setor privado.

4.2.2- Jóia e Catuípe e os projetos inovadores da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul: iniciando uma exploração das relações entre as disputas mais gerais e os processos locais

O desejo de trabalhar com processos de mudança em pequenos municípios esteve presente em vários momentos da produção de projetos para seleção ao mestrado e ao doutorado e, de junho a setembro de 1999, visitei municípios e busquei informações sobre quinze municípios, de diversos portes e diferentes localizações no território do Estado do Rio Grande do Sul. A maioria expressava a adesão e reprodução de estratégias, sendo a principal o Programa de Saúde da Família, induzido pelo Ministério da Saúde.

É importante reconhecer que as experiências de alteração do desenho da rede de atenção e do desenvolvimento de novas formas de gestão são produto tanto da ação de sujeitos locais como de políticas e estratégias propostas pelos governos estadual e federal. Nestes casos, a ação da Coordenadoria Regional de Saúde representa uma novidade importante e a possibilidade de desestabilizar a correlação de forças locais que indicavam a resistência à mudança e revindicavam a participação maior da população e do governo para a preservação de suas práticas. Neste contexto, para alguns sujeitos locais, tanto a proposta do PSF como qualquer outra que melhore o acesso aos serviços públicos, é vista como ameaçadora.

No período estudado, vive-se o fechamento do Hospital de Catuípe, a crise no hospital de Jóia, a proposta para institucionalização das Unidades Mistas e a construção da viabilidade na perspectiva do financiamento destas experiências. Este processo vincula-se à nova relação que a SES-RS estabelece com a rede hospitalar do Estado, estabelecendo critérios e diretrizes para o financiamento da atenção hospitalar, possibilitando a criação de alternativas assistenciais mais adequadas a cada local.

Outro ponto importante nesta iniciativa da SES-RS é a vinculação do repasse de recursos a uma proposta de reformulação do modelo de atenção, a perspectiva de alteração na gestão das unidades hospitalares e de uma nova inserção dessas na rede de atenção à saúde local e regional. A proposta denominada Saúde Solidária estabeleceu a criação, no

âmbito de cada organização hospitalar vinculada ao SUS e apoiada por estes recursos, de um Conselho Gestor[21][22] (FERLA; MARTINS, 2001).

Para o conjunto das instituições hospitalares gaúchas, o Conselho Gestor proposto foi interpretado pelos representantes de hospitais e Santas Casas como uma intervenção do Estado na administração destas, sendo substituído por Câmaras Técnicas. No contexto das experiências inovadoras em curso na região da 17ª CRS, é mantida a proposta de Colegiados Gestores, sendo que em Jóia está estruturado.

Parto da constatação de que temos desacelerado possibilidades de avanço em função de uma leitura pobre sobre as alianças e apostas de vários segmentos locais: profissionais da saúde que representam o setor privado, atrasado, podem estar aliados aos mais militantes do movimento de Trabalhadores Sem Terra para lutar pela manutenção de um hospital. E estas situações não são encaminhadas nem pela indução de uma única alternativa de organização da atenção, nem pela ausência de indução ou de intromissão nas questões locais. Retomando alguns aspectos já tratados neste trabalho, seriam processos em que diversos atores planejam em um mundo de intrometidos (KLIKSBERG, 1997) e que, balizando as relações entre o mais geral e o cotidiano local está a crítica aos processos colonizadores e as homogeneizações[23].

Os estudos em Jóia e Catuípe estão, do ponto de vista do tempo de realização, inseridos na proposta de instituição de Unidades Mistas, iniciativa induzida por parte da Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul por meio de um componente do projeto Saúde Solidária, denominado Incentivo a Experiências Inovadoras. Em linhas gerais, a proposta torna possível a manutenção de serviços e a experimentação de tecnologias de assistência pela alteração na forma de financiamento. Concretamente, nos casos estudados, o projeto tornou possível propor a substituição de uma parcela de

[21] Os autores também apresentam a concepção da estratégia denominada Saúde Solidária e os valores repassados pela SES-RS aos hospitais gaúchos.

[22] A criação de Conselhos de Gestão em Hospitais apoiados com recursos da Saúde Solidária foi juridicamente questionada pela Federação de Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Rio Grande do Sul e, atualmente, há indicação para formação de Comissões de acompanhamento do investimento de recursos SUS nestas instituições.

[23] Ver análise sobre o cotidiano e a técnica desenvolvida a partir de Heller e Lefebvre em TEDESCO, João Carlos. *Paradigmas do cotidiano*. Introdução à constituição de um campo de análise social. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 1999.

internações por um valor negociado, repassado mensalmente. A expressão desta indução, no cotidiano dos sujeitos e das organizações locais, é, ao contrário de um programa homogeneizado, a valorização de espaços de diálogo, conflito e negociações, seja pela ampliação da capacidade de regulação do Estado – a possibilidade de realização de auditorias sérias, à medida que a seriedade dos critérios para indicação de internações não se relaciona mais à inviabilidade dos hospitais – pela necessidade de definição local das relações interinstitucionais – a valorização do espaço do Conselho Municipal de Saúde e a criação de Conselhos Gestores, – e a indicação de necessidade de nova forma de gestão dos serviços, remetendo decisões para os trabalhadores – a discussão sobre a pertinência de atendimentos domiciliares como substitutivos à internação hospitalar foi pautada pela leitura sobre a ocupação do território, condições de deslocamento e composição das equipes. Catuípe e Jóia geram alternativas diferentes para várias situações referentes ao modelo de atenção e à gestão dos espaços que constituem a sua rede.

A proposta de Incentivo às Experiências Inovadoras soma-se aos projetos de Municipalização Solidária e Saúde Solidária, em desenvolvimento no Estado do Rio Grande do Sul e apresentados no capítulo 3.

4.2.3- Um olhar mais atento para o local e implicações para a pesquisa

É preciso também pontuar algumas situações que determinaram velocidades, ações e características do estudo nestes municípios:

1. Em Jóia, há um processo de convencimento do gestor local, dos médicos instalados na cidade e da Sociedade Hospitalar em relação à pertinência da proposta que parte da Coordenadoria Regional. Por outro lado, há um movimento de forte apoio por parte do principal movimento social local: o Movimento dos Sem Terra. Com várias lideranças assentadas no município, é um representante deste movimento o Presidente do Conselho Municipal de Saúde. Durante todo o período estudado, o hospital manteve suas atividades. Assim, em Jóia o trabalho assume algumas características em função deste contexto: a) há um investimento maior em entender a situação do hospital e de suas

internações porque há o interesse em participar da criação das condições para a concretização da Unidade Mista; b) o trabalho se encerra com a elaboração da proposta e algumas considerações sobre as formas de organização da atenção e perspectivas para a gestão. Esta opção é expressão da estratégia de resistência desencadeada no município e que resulta no adiamento de mudanças nos processos de trabalho, na composição da equipe e no desenho e gestão da rede.

2. Em Catuípe, a pesquisa já encontra um hospital fechado, e há um gestor local provocando a Universidade e a Coordenadoria Regional para a busca de viabilidade para as alternativas que estão sendo geradas pelos atores locais. Não há um investimento em conhecer a situação do hospital local, nem os motivos de seu fechamento. Por outro lado, Catuípe permite visualizar situações criadas pela nova composição da equipe, novas opções tecnológicas para atenção e pela nova relação com o setor privado. Indica também para a necessidade da problematização da forma de gestão, alertando para que, mesmo em situações de governos com propósito de mudança, pode haver resistência para uma gestão mais democrática do cotidiano institucional.

4.2.4- A 17ª Coordenadoria Regional de Saúde e as experiências inovadoras de Catuípe e Jóia

A Coordenadoria é uma estrutura complexa: ao mesmo tempo em que guarda importantes características de uma delegacia dividida em programas concebidos no nível central e destinados à execução no município, indica a produção de novos sujeitos e de novas referências éticas e políticas. As mudanças na gestão dos processos de trabalho da Coordenadoria são tímidas e caracterizadas pela inclusão de um número maior de trabalhadores na discussão das denominadas políticas de atenção integral que, embora tenham avançado na sua denominação, mantêm o desenho proposto pela concepção de organização das ações proposto pelos defensores da Estratégia das Ações Programáticas.

A intervenção organizada por Programa e por Campanha teve, no Estado do Rio Grande do Sul, um importante local de experimentação, especialmente durante o governo Jair Soares, da antiga Aliança Renovadora Nacional (ARENA), na época com a denominação de PDS (1982-1986). O governo seguinte – Pedro Simon, do Partido do

Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) –, não reforça esta lógica, inaugurando a expressão Políticas de Atenção Integral para as diversas áreas de atuação, como a saúde mental, da mulher, criança, trabalhador e outras. No entanto, as instâncias regionais são frágeis e não respondem à mudança, levando a uma relação direta entre os municípios e a Secretaria Estadual. (Assim o Estado do Rio Grande do Sul implanta o Programa das Ações Integradas de Saúde e alguns municípios, em 1987, aderem a proposta dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS). Contudo, as denominações de Divisão voltam a aparecer no governo seguinte – Alceu Colares (1990-1994), do Partido Democrático Trabalhista (PDT) e são reforçadas no Governo Antônio Brito (1994-1998) do PMDB, que, a partir de uma aliança com o Partido da Frente Liberal (PFL), reconduz à Secretaria Estadual de Saúde o Secretário de Jair Soares, Germano Bonow e, com ele, reforça a organização da secretaria pela lógica da execução de programas. Neste contexto, as Delegacias Regionais têm uma clara divisão entre a ação técnica – de treinamento e supervisão do município, e a política – do delegado como representante com alguma capacidade de influir na destinação de recursos públicos para os municípios.

A Delegacia Regional de Saúde de Ijuí (17ª CRS) é implantada durante o governo do PDT, respondendo à tradição e importância deste partido no município. O perfil dos Delegados nos dois governos foi o de profissionais vinculados aos serviços privados locais, sem acúmulo, experiência ou formação no campo das políticas públicas.

A partir da vitória da Frente Popular no Estado do Rio Grande do Sul, em 1998, os espaços das Delegacias Regionais de Saúde foram resignificados. A mudança de denominação de Delegacia para Coordenadoria, o investimento na formação dos trabalhadores promovido, especialmente, pela Escola de Saúde Pública (ESP-RS) e o incentivo a uma intensa articulação interinstitucional constituíram-se marcas do atual governo na área da saúde, nesta região do Estado. Em Ijuí, negociações entre os partidos da Frente Popular e a movimentação de sujeitos vinculados à saúde em várias instituições, construíram a indicação, para o Cargo de Coordenadora, de uma enfermeira sanitarista, com vínculo com o movimento de saúde mental e com serviços de saúde em municípios da região. A coordenadora integra os quadros do Partido Comunista do Brasil (PC do B). O coordenador adjunto é um engenheiro, também sanitarista, filiado ao Partido dos

Trabalhadores (PT). A coordenadora e o coordenador adjunto são funcionários da SES-RS, concursados para o quadro da 1ª CRS. Os demais cargos de coordenação estão distribuídos entre militantes dos dois partidos e funcionários da CRS.

A relação que a 17ª Coordenadoria Regional de Saúde, com sede em Ijuí e que tem na sua área de abrangência Jóia e Catuípe, estabelece como os seus municípios e, especialmente, como participa da construção de inovações na gestão da saúde, não serão aprofundadas aqui, embora seja reconhecida como fundamental para a existência das experiências e para a realização deste estudo[24].

Alguns registros desta pesquisa indicam novidades experimentadas e que constroem a possibilidade de novas formas de gestão das políticas públicas e, especialmente, do desenho institucional do SUS na região:

Registro 1: encontro de prefeitos, secretários e conselheiros municipais de saúde marca a abertura de um curso de formação de gestores e a inauguração da Unidade Mista de Coronel Barros. Pela presença da secretária estadual de saúde, as falas têm uma forte marca da posição partidária dos sujeitos e, portanto, de crítica a algumas conduções da Secretaria Estadual de Saúde e reivindicação de recursos. Todas as falas de prefeitos e secretários, no entanto, iniciam fazendo referência à contribuição da Coordenadoria aos processos locais e ao apoio aos gestores (Coronel Barros, setembro de 2001).

Registro 2: o coordenador adjunto levanta a discussão sobre a relação entre os espaços e as formas de atenção. Suas publicações e trabalho com os municípios provocam alteração na forma de atuação da Vigilância Sanitária da SES-RS: da região da 17ª CRS sai a indicação de novos nomes para os espaços e propostas de adaptação das áreas dos antigos hospitais, a partir das necessidades das atividades que serão realizadas, da equipe existente e de seu processo de trabalho (Ijuí, outubro de 2001).

[24] As relações entre as esferas de governo e a capacidade de indução do financiamento, bem como a possibilidade de uma relação emancipatória entre as esferas subnacionais de governo será problema para uma pesquisa já iniciada.

Registro 3: o coordenador adjunto fala do processo de pactuação de indicadores nos municípios da região:

> Para as primeiras pactuações, íamos com dois ou três carros, pois cada trabalhador era responsável e podia discutir a sua área. A partir do 10º município diminuímos o número de carros e, nos últimos, fomos em três ou quatro pessoas: houve um processo de apropriação dos saberes dos diversos setores e de um olhar mais qualificado para a realidade do município. É verdade que o município não pode tratar com todos os técnicos, e de forma fragmentada, sempre. (Ijuí, setembro de 2001).

Registro 4: o prefeito de Augusto Pestana (8.000 habitantes, próximo a Jóia) falou sobre a impossibilidade de implantar equipes de PSF e, ao mesmo tempo, impedir o fechamento do hospital local. Perguntava sobre quem vai atender quando os postos do PSF não estão atendendo, quem vai atender as urgências, as internações... Sua reflexão foi reveladora do dilema dos gestores quando forçados a optar entre prevenir ou curar, que resulta na criação de novos serviços ambulatoriais mal-estruturados e no abandono das estruturas hospitalares. Lembrou também que o fechamento dos hospitais, nos pequenos municípios tem o significado da diminuição da capacidade de resolver problemas que são de responsabilidade do gestor local. Finalizava perguntando: "– Quem vai carregar a cruz de fechar um hospital?" (Ijuí, 17ª CRS, junho de 2002).

4.3- DISCUTINDO INOVAÇÕES NA GESTÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO: JÓIA

O segundo caso é o sistema municipal de saúde de Jóia, com ênfase na construção de organizações alternativas ao hospital e posto de saúde. A pesquisa em Jóia acontece durante o ano de 2001. Trata-se do primeiro ano de mandato da atual administração municipal, uma coligação entre o Partido Liberal (PL) e o Partido Democrático Trabalhista (PDT). O prefeito eleito (PL) é produtor rural no município, e a Secretaria Municipal de Saúde é coordenada por uma enfermeira sanitarista, vinculada ao hospital macroregional de Ijuí, e filha do prefeito.

Emancipado em 12 de maio de 1982, pela Lei 7656/82, tendo sua origem distrital dos municípios de Tupanciretã e Santo Ângelo, Jóia está distante 434 km de Porto Alegre. Integra a Associação dos Municípios do Planalto Médio (AMUPLAM) e o Conselho Regional Noroeste Colonial.

Jóia está entre os municípios que mais cresceram no estado nos últimos 5 anos. Entre 1996 e 2000 Jóia aumentou sua população em 17,1%. O crescimento econômico, no entanto, indica percentuais de crescimento de – 28,550 na última década e – 13,77 apenas entre 1999 e 2000 [25].

Sua área é de 1.246,30 km^2. A população em 2000 era de 8.284 habitantes, sendo que 76% reside na zona rural. A população masculina, em 2000, era de 4.343 e a feminina de 3.941. O número de propriedades rurais está estimado em 1.541, e a área média destas é de 82,53 hectares. A taxa de alfabetização é de 93,0% (IBGE, 2000).

A renda do município está baseada na agropecuária, responsável por 88,69% dos recursos do município (IBGE). O desempenho econômico do município de Jóia, em 2000, indica desempenho de -28,55 em relação ao ano anterior.

Este crescimento negativo deve-se, principalmente, ao fato de que Jóia apresentou, em 2000, casos de Febre Aftosa e cerca de um terço de seu rebanho de bovinos foi, por indicação sanitária e econômica, abatido. Jóia apresentou o primeiro caso da doença, que levou o Estado do Rio Grande do Sul a perder seu certificado de zona livre de aftosa. Várias localidades ficaram isoladas, o comércio de leite foi suspenso e o deslocamento em toda a região, restrito. Em função desta situação, há financiamento de projetos para recuperação do rebanho, sobrevivência das famílias e assistência social. Jóia é também o município que mais tem demandado ações da Unijuí e da 17ª CRS. Na área da saúde, há um projeto de equipe itinerante com perspectivas de financiamento através de organismos internacionais.

[25] KLÉRING, Roque. *Análise do Desempenho econômico dos municípios do RS em 2000*. (Resultados Iniciais). Disponível em: http//www.terragaucha.com.br. Acesso em: 03 mar. 2002.

Mesmo assim, considerando os percentuais de crescimento econômico, o município de Jóia cresceu, entre 1990 e 2000, 17,18%, estando também entre os municípios que, entre 1995 e 2000, mais cresceram no estado (KLÉRING, 2002).

Ao contrário da maioria dos pequenos municípios gaúchos – que apresentam um crescimento negativo e uma diminuição da população rural – Jóia cresce por conta dos assentamentos: Rondinha, Barroca, Seres, 14 de Julho são algumas das vilas formadas por famílias assentadas nos antigos latifúndios que estruturavam as relações sociais no município[26].

Embora o direito à saúde tenha sido garantido na mesma Constituição que se mostrou atrasada em relação ao processo de reforma agrária, em Jóia os colonos assentados denunciam não ter garantido o direito à assistência à saúde.

Em audiência pública, em outubro de 2001, os agricultores assentados trouxeram, como doações ao Hospital Santa Líbera, produtos de seu trabalho, como arroz, feijão, mandioca e hortaliças. Com este ato, denunciaram a pressão que, em momentos que procuram o hospital para atendimento, sofrem e que resultam na assinatura de recibos de "doações" em dinheiro. Houve o depoimento de várias mulheres que, na presença da coordenadora regional de saúde, da promotora, do prefeito e da secretária municipal de saúde, denunciaram a humilhação de preencher cadastros "de carentes" para receber atendimento na Secretaria Municipal de Saúde. Folhetos impressos com os direitos dos usuários foram distribuídos no hospital, mas não resultaram em nenhuma formalização de denúncia, embora divulgassem o telefone da casa da promotora.

4.3.1- A saúde em Jóia: a respeito das organizações e o desenho institucional do SUS no município

A rede de atenção à saúde do município de Jóia é formada pela Associação Hospitalar Santa Líbera, pelas unidades ambulatoriais vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde, pelos serviços de apoio localizados na própria secretaria, e por um conjunto de serviços privados: consultórios médicos, odontológicos e laboratório.

[26] Hoje, os colonos dos novos assentamentos aquecem o comércio de material de construção, móveis e veículos usados da cidade de Ijuí, mas não sensibilizam grande parcela dos antigos moradores de Jóia.

4.3.1.1- Secretaria Municipal de Saúde

Criada em 1986, a Secretaria apresenta como objetivos

> [...] dar prioridade para as atividades curativas e principalmente preventivas, implementar os programas de saúde já existentes no município [...], implementar programas de saúde conforme necessidades da população [...], garantir universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde, propor a integralidade das ações e serviços de saúde em prol do aumento da resolutividade dos serviços públicos existentes através do Consórcio Intermunicipal de Saúde. (Prefeitura Municipal de Jóia, 2000).

A posição é reveladora de um modo de construir o modelo de atenção e de gestão desencadeado pela Secretaria. Em gestão plena da atenção básica, pela NOB 01/96, a secretaria entende-se como coordenadora de sua rede de serviços que, na perspectiva da assistência, é uma rede destinada aos pobres. A organização da rede está alicerçada em ações opostas: a clínica e os programas.

Além disso, é a secretaria que faz os encaminhamentos para exames, tratamento em outros municípios e autorização de medicamentos. Em função da precariedade da rede, mesmo medicamentos da denominada lista básica são autorizados "caso a caso" pela Secretaria, dando a esta ação o caráter de assistência aos carentes. Não raro, a própria secretária assume a autorização de medicamentos ou transporte, ações que, em detrimento da existência formal de um gestor local ficam dependentes da disponibilidade de recursos, sejam eles do orçamento do município ou de repasses de outras esferas de governo.

4.3.1.2- Conselho Municipal de Saúde

O Conselho Municipal de Saúde foi criado pela Lei Municipal nº 641/97. Atualmente é presidido por um colono assentado no município. Tem uma grande capacidade de mobilização. Em razão das distâncias, da situação econômica e da falta de tempo e recursos para a atuação no Conselho, sua direção, com freqüência, convoca reuniões ampliadas. Nestas, é expressiva a participação dos agricultores. O presidente acompanhou, no período estudado, todas as reuniões para discussão da proposta da Unidade Mista.

As reuniões do Conselho são pautadas por sucessivas denúncias de cobranças, de problemas com o transporte das pessoas até a sede do município e, especialmente, de situações em que o hospital e os médicos negam-se a prestar atendimento. Por outro lado, por parte da prefeitura, arrastam-se justificativas que relacionam a falta de recursos, a insuficiência de repasse de outras esferas de governo (especialmente o governo do Estado), a Lei de Responsabilidade Fiscal, as dívidas da Prefeitura. Embora tenha dificuldades para encaminhar soluções para os problemas pautados, o prefeito municipal participou de todas as reuniões do Conselho e Assembléias para as quais foi convidado e permaneceu durante todas as discussões.

4.3.1.3- Rede básica: uma atenção primitiva?[27]

A formação da rede básica remete a um modelo de atenção voltado para um atendimento descontínuo para populações carentes. De acordo com a prefeitura Municipal,

> O serviço de Saúde está estruturado a partir da Secretaria Municipal de Saúde a qual mantém a gerência das Unidades Sanitárias do Posto de Saúde Central e dos distritos de São José, Carajá Grande, Botão de Ouro, Assentamento Rondinha, Assentamento Ceres, São Pedro, Espinilho Grande, Assentamento Maravilha e Rincão dos Pires. Todos esses serviços são executados por uma equipe de profissionais: enfermeira, médicos e odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde sob uma coordenação geral – secretária municipal de saúde. (RELATÓRIO DE GESTÃO, 2000 – 4º trimestre).

Os serviços referidos no relatório e o posto de saúde localizado na área urbana são estruturas sucateadas. No interior, o serviço é restrito ao atendimento médico em alguns dias da semana.

[27] A caracterização da rede de atenção à saúde vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de Jóia foi realizada com a contribuição de Carla Maurer, Luis Antônio Müller, Simone W. Brand e Zana Andréia da Silva, alunos do Curso de enfermagem da Unijuí, que visitaram as unidades de saúde, conversaram com usuários e com Agentes de Saúde.

Em seu Relatório de Gestão, a Secretaria assim descreve sua rede de serviços:

> O atendimento aos usuários, tanto médico quanto odontológico, nas unidades de saúde é prestado de acordo com a necessidade da demanda, e quando necessário realiza-se consulta de enfermagem seguida de triagem da demanda. Este critério está sendo adotado de acordo com a Portaria 3046/82.
>
> Nas Unidades de Saúde também são realizados atendimentos ambulatoriais como: curativos, aplicação de medicamentos IM e EV, verificação e controle da pressão arterial e de peso, controle de sinais vitais e retirada de pontos.

Quadro 9- Distribuição dos trabalhadores vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de Jóia, RS

Local de Trabalho	Categoria Profissional	Nº de Profissionais	Órgão de origem/ vínculo	Carga Horária Semanal
US Sede	Auxiliar de Enfermagem	03	Município	40 horas
US Sede	Odontólogo	02	Município	20 horas
US Sede	Clínico Geral	03	Município	40 horas
US Sede	Enfermeira	01	Município	40 horas
US São José	Auxiliar de Enfermagem	01	Município	20 horas
US São José	Agente de Saúde	01	Município	40 horas
US Carajá Grande	Agente de Saúde	01	Município	40 horas
US Botão de Ouro	Odontólogo	01	Município	20 horas
US Botão de Ouro	Agente de Saúde	01	Município	40 horas
Secretaria de Saúde	Fiscal da Vigilância Sanitária	01	Município	40 horas
Secretaria de Saúde	Secretária Municipal de Saúde	01	Município	40 horas
Secretaria de Saúde	Auxiliar de Enfermagem	01	Município	40 horas
Secretaria de Saúde	Secretária Administrativa	01	Município	40 horas
Total	18			

Fonte: Prefeitura Municipal de Jóia, Relatório de Gestão 2000/quarto trimestre

4.3.1.4- Sociedade Hospitalar Santa Líbera[28]: as características dos pequenos hospitais do interior gaúcho

A Sociedade Hospital Santa Líbera é uma organização não governamental e, para o SUS, pertence ao setor privado não lucrativo. A partir de dados coletados do registro do perfil de internações nos meses de Julho e Agosto de 2001, é possível afirmar que os recursos do SUS são responsáveis por mais de 80% das internações realizadas no período pela Associação Hospitalar Santa Libera de Jóia, o que contraria as prioridades de investimentos e de previsão de espaços projetados pela sua direção.

Os dados do gráfico 01 permitem visualizar a importância do SUS para a manutenção do hospital.

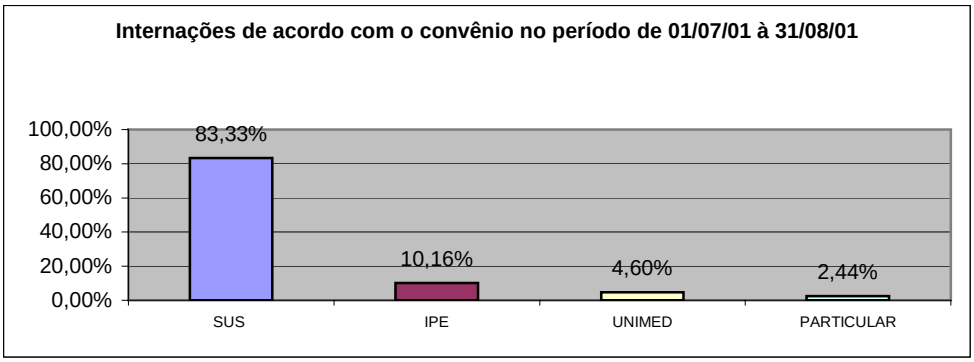


Gráfico 01- Distribuição por convênios das internações do Hospital Santa Líbera de Jóia

[28] O trabalho de coleta e sistematização de dados sobre a assistência hospitalar foi realizado por Anelise Lemos, Francielli da Costa, Luciana Scortegagna e Nádia Ferreti, alunas do Curso de Enfermagem da Unijuí. Nas reuniões de discussão destes com o poder público municipal, médicos e Conselho Municipal de Saúde contamos com o apoio da 17ª CRS, especialmente pelo trabalho dos médicos auditores Ricardo Pittas e Silva, Patricia Kulig e de César Augusto Ames, médico auditor da Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa (FUMSSAR).

A importância do SUS para este hospital não se reflete na destinação de espaços e em sua qualificação. As enfermarias do SUS ocupam os locais que, visivelmente, recebem os menores investimentos.

Outro dado relevante é o número de AIHs que não possuem diagnóstico, que totalizam 48,78% das internações (gráfico 02).

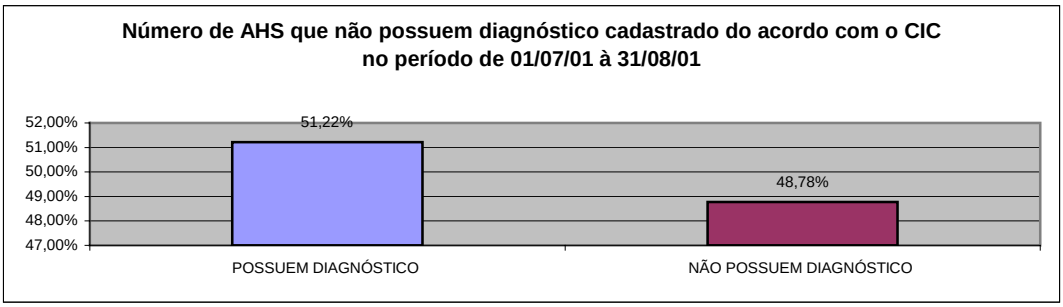


Gráfico 02- Distribuição das AIHS do hospital santa líbera de jóia, por existência de registro de diagnóstico

O estudo apontou, também, para uma baixa permanência, sendo que as internações com menos de 48 horas somam, aproximadamente, 65% do total de internações.

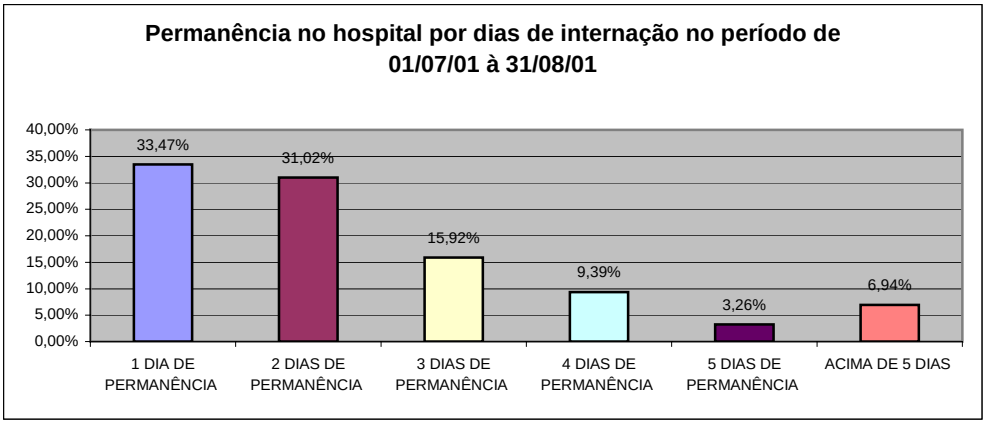


Gráfico 03- Distribuição das AIHS do Hospital Santa Líbera de Jóia por dias de permanência

Estamos diante de um hospital que tem dificuldades para justificar as internações que faz, recebe mal por elas porque estas ações situam-se nos espaços desvalorizados pela tabela SIA-SUS e tenta cobrar esta conta do poder público municipal ou do usuário: os relatórios de gestão apresentados pela Secretaria Municipal de Saúde de Jóia indicam constante repasse para a Associação Hospital Santa Líbera. Os Relatórios de Gestão referentes ao primeiro, segundo, terceiro e quarto trimestre de 2000 repetem o texto que segue:

> No município de Jóia existe um hospital – Associação Hospital Santa Líbera, onde o mesmo é filantrópico e possui 25 leitos. A Prefeitura em parceria com o mesmo fez um convênio onde repassa um valor mensal para o atendimento da *população carente* (grifos meus) e atendimento de consultas médicas de urgência e emergência e procedimentos ambulatoriais... (Prefeitura Municipal de Jóia, 2000).

A cobrança de atendimentos prestados pelo hospital foi pauta de reuniões do Conselho Municipal de Saúde em todo o período do estudo e, a partir da realização de audiência pública e da formalização de denúncias de cobranças ilegais, esta situação vem sendo acompanhada pelo Ministério Público.

A atuação da auditoria da CRS indica que o comportamento atípico das internações, tanto em relação à permanência como à indicação ou oscilação não encontram justificativa, situação que tem determinado a glosa do pagamento de vários procedimentos. Outra situação que se repetiu em vários momentos do período estudado foi a existência de internações em número muito superior à disponibilidade de AIHs. Esta situação expõe os usuários a pagamentos e amplia a dívida do hospital.

Os trabalhadores dos setores administrativo, de apoio e de enfermagem do Hospital são pressionados pelos médicos – que os responsabilizam pelas cobranças – e pela direção do hospital, que os responsabiliza pela viabilidade das atividades do mesmo. Cabe a estes trabalhadores a negociação dos pagamentos irregulares e a mediação com os médicos para o atendimento. São fortes os depoimentos deste grupo em todos os espaços de discussão.

Então, o Hospital é uma organização que, consideradas as diretrizes do SUS, tem seu valor de uso questionado e em que a realização da obra e a sobrevivência de seus trabalhadores é cotidianamente ameaçada, seja pelas condições precárias de trabalho, seja pela concreta possibilidade de demissão.

4.3.2- Algumas considerações a respeito do financiamento

O financiamento das ações e dos serviços de saúde em Jóia caracteriza-se pela fragmentação e pela total dependência de recursos específicos. Durante o período estudado, aconteceu uma greve dos médicos da cidade[29]. O estudo das características da paralisação revelariam uma forma de realizar a gestão financeira na Secretaria: todas as fontes de recursos eram tratadas como fontes isoladas e entravam em discussão no CMS a cada perspectiva de repasse. Desta forma, a paralisação funcionou como um analisador da utilização e controle dos recursos do SUS.

O quadro seguinte é resultado de reuniões com a secretária, contador da prefeitura, administração do hospital e Conselho Municipal de Saúde. Essa perspectiva vai possibilitando a visualização de um Conselho Gestor, que tenha uma capacidade de gestão de todos os recursos do SUS utilizados no município.

[29] Curiosamente a greve acontecia apenas em algumas horas do dia e relacionava-se à suspensão do atendimento na cidade. Isso acontecia porque o pagamento daquelas horas de trabalho era feito com recursos repassados pela SES-RS, conforme havia sido aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.

Quadro 10- Fontes, valores e carga horária dos médicos vinculados a Secretaria Municipal de Saúde de Jóia

Trabalhador		**PREFEITURA**				**Sociedade Hospital Santa Líbera**		**TOTAL**
		Fonte 1	**Fonte 2**	**Fonte 3**	**Fonte 4**	**Fonte 5**	**Fonte 6**	
Médico 1	Contrato	06Hs	20Hs	URG. EMERG.			INT	26Hs + INT. + URG. EMERG.
	Pagamento	525,00	1.529,00	333,33			536,67	2.924.50
Médico 2	Contrato	20HS	20 HS	URG. EMERG			INT.	40Hs URG. EMERG. INT
	Pagamento	1.750,00	1.142,54	333,33			536,67	3.762,54
Médico 3	Contrato	14Hs	20	URG EMERG			INTER-NAÇÃO	34Hs URG. EMERG. INT
	Pagamento	1.225,00	1.142,54	333,33			536,67	3.237,54
Medico 4	Contrato	08H						08 H
	Pagamento	666,67						666,67

FONTE: PESQUISA DE CAMPO

NOTAS:

[1] Este estudo ficou restrito aos médicos porque estes representavam as situações de múltiplas formas de pagamento

[2] Fonte 1: SES/RS – Municipalização Solidária

[3] Fonte 2: Prefeitura – Receita Própria

[4] Fonte 3: Ministério da Saúde – PAB

[5] Fonte 4: SES/RS – Povos Itinerantes

[6] Fonte 5: SES/RS – SAÚDE SOLIDÁRIA

[7] Fonte 6: AIHs

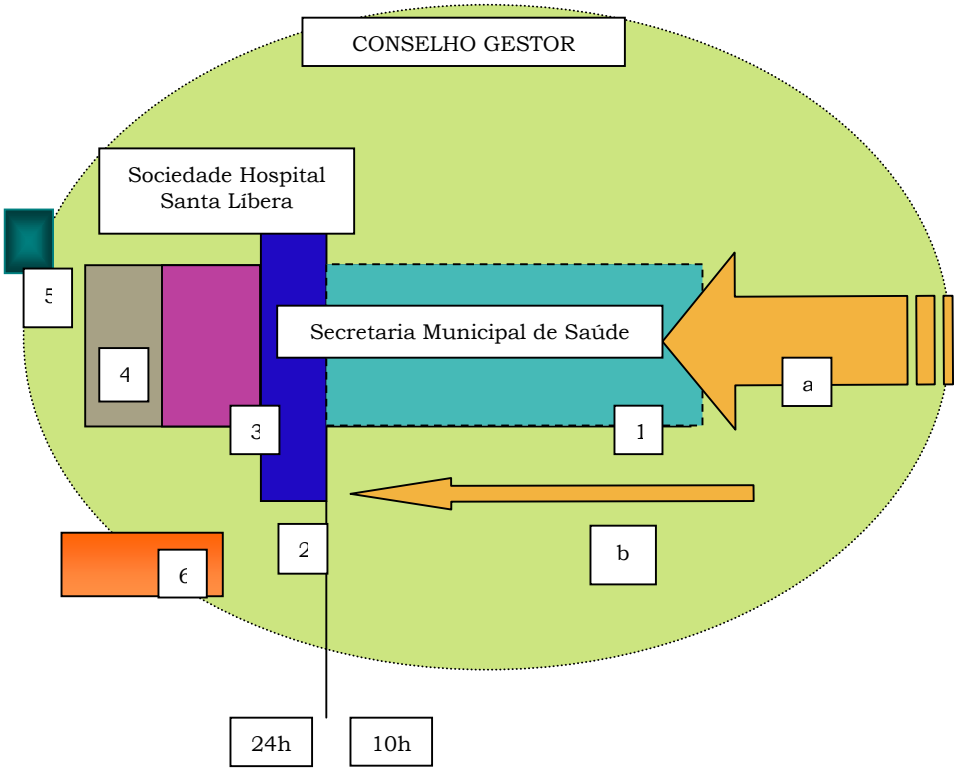
A lógica da fragmentação não é característica exclusiva da secretaria. A discussão das fontes de financiamento dos médicos vinculados ao SUS trouxe para análise a postura do MST em relação a um componente da Municipalização Solidária que reforça este recurso em municípios com populações itinerantes.

4.3.3- Mudando a forma de gestão e o desenho da rede de atenção: a Proposta da Unidade Mista de Jóia

Em 2001, a novidade foi a transferência do atendimento médico da Unidade de Saúde para a área do Hospital, como parte do processo de qualificação dos serviços e de sobrevivência deste. Este movimento é desencadeado pelos diversos atores sociais – MST, 17ª CRS/SES-RS, SMS/Prefeitura, CMS, Sociedade Hospitalar, UNIJUÍ – que assumem, como objetivos, qualificar o atendimento, superar as cobranças, garantir o direito a assistência.

4.3.4- Considerações a respeito da aposta na Unidade Mista

UNIDADE MISTA DE JÓIA



a- PORTA DE ENTRADA
b- PORTA DE ENTRADA EMERGÊNCIA
1 AMBULATÓRIO
2 LEITOS DE OBSERVAÇÃO
3 INTERNAÇÃO
4 INTERNAÇÃO
5 CASA DE PASSAGEM
6 FARMÁCIA

Figura 7- O novo desenho institucional do SUS em Jóia

A seguir, algumas considerações sobre a proposta de Unidade Mista que está sendo produzida em Jóia.

4.3.4.1- Manutenção de Autorização de Internações Hospitalares e Recursos para Viabilização de outras Tecnologias de Cuidado

A proposta que está sendo construída busca preservar as organizações já existentes no município. Então, há o movimento de aproximar as organizações, criar espaços para mudança de suas formas de organizar a atenção, incentivando um campo de atuação de todas elas e, ao mesmo tempo, respeitando o núcleo de atividades que as caracteriza e para as quais desenvolveram capacidades. A Secretaria Municipal de Saúde e a Sociedade Hospital Santa Líbera passam a ocupar o mesmo prédio, ou seja, a estrutura física do Hospital que anteriormente era destinada somente para internações e que está parcialmente ociosa[30]. A manutenção dos espaços de maior atividade dos diretores ou trabalhadores vinculados à secretaria ou ao hospital, diminui a resistência à inovação proposta e acelera o movimento de constituição da Unidade Mista.

A fusão das duas organizações com a criação de uma Fundação (por exemplo) é uma possibilidade que não será explorada aqui, mas isso não representa resistência à idéia de que alternativas deste tipo possam ser construídas no futuro.

Outras duas alternativas poderiam ser a terceirização de todos os serviços para a Associação Hospital Santa Líbera ou o fechamento do hospital com a ampliação dos serviços da Prefeitura. A opção foi a preservação de algumas características das ações e da forma de financiamento anterior[31] de cada organização, mesmo compartilhando espaços físicos de um único prédio. Esta forma parece mostrar maior capacidade para lidar com as incertezas, e a que dá aos atores sociais um leque maior de alternativas para enfrentar os problemas que a realidade irá apresentando.

---

[30] Sobre a criação de "Novos espaços para acolher novas propostas" (BOHRER, Paulo Roberto. Rede básica: construindo novos espaços para acolher novas propostas. *Revista Contexto e Saúde*, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Ijuí: Ed. Unijuí, v.1, n.1, p.43-62, jul./dez. 2001).

[31] Desta forma, houve a redução, mas não eliminação das internações, tendo com forma de pagamento a emissão de AIHs.

Em Jóia, a redução do espaço físico e do número de internações abriu espaço para a introdução de uma nova "tecnologia de atenção" – a observação que, embora exista no jargão da área da saúde, aqui assume o caráter de novidade com a importância estratégica de requerer espaços, trabalhadores e financiamento que já não respondem às características de nenhuma das formas organizativas anteriores.

No desenho proposto, o espaço da observação aparece como um espaço intermediário entre a internação e a porta de entrada e clínica ambulatorial e tomou-se o cuidado de indicar a responsabilidade, tanto do hospital como da secretaria, pela gestão e manutenção das atividades neste espaço.

A Casa de Passagem é proposta em função das características da ocupação e extensão territorial do município de Jóia. Resulta, também, da discussão da origem dos laudos excedentes, das AIHs não pagas e das internações sem diagnóstico.

Mesmo em situações de grande hostilidade dos médicos com o SUS, não se pode reduzir a compreensão sobre as causas das emissões de laudos para internações consideradas desnecessárias a tentativas de fraude ao sistema. Embora a fraude seja, possivelmente, o principal fator de excesso de internações em hospitais com as características do hospital de Jóia, ela resulta também da inexistência de outras formas de acompanhar o usuário.

O incentivo para diminuição de internações hospitalares, os serviços substitutivos desta tecnologia, o trabalho da auditoria médica que glosa as internações consideradas desnecessárias são fatores que tendem a gerar, em Jóia, o agravamento de uma situação que já é de desassistência. Tratar em casa sintomas respiratórios de crianças e idosos, aguardar o número de contrações indicativas da proximidade de um parto para então dirigir-se ao hospital, são exemplos de situações desejáveis e possíveis para as pessoas que têm acesso aos serviços de saúde e a outras formas de serviços, como transporte e telefone, além de vínculos familiares que viabilizem o cuidado. Em Jóia, para a grande maioria da população rural, essas condições não existem. Para quem mora na comunidade de Espinilho Grande, chegar à cidade fora do horário de ônibus custa vinte reais, e o trajeto de 60 Km pode demorar mais de uma hora. Para quem acaba de chegar ao município e que, a exemplo

do período de acampamento, ainda reside em barraca de lona, cuidar de uma criança com sintoma respiratório no período de inverno gaúcho, experimentando temperaturas negativas, é um exemplo da expressão de uma política pública implementada ao avesso e geradora de sofrimento com requintes de crueldade.

A Casa de Passagem é projetada para ser uma estrutura que viabilize a responsabilização sem, contudo, reduzir esta responsabilização à existência de uma indicação ou diagnóstico médico que justifique internação. A Casa de Passagem, contudo, também é estruturada com recursos de área física e móveis excedentes no hospital e, do ponto de vista da viabilização econômica do mesmo, mantém-se com recursos destinados à assistência à saúde de povos itinerantes. Moradores em comunidades mais distantes e assentados não podem depender de vínculos com moradores da área urbana para garantir o acesso aos serviços de saúde. Portanto, a Casa de Passagem responde a situações que indicam necessidade de acompanhamento e que, em outros municípios gerariam acompanhamento domiciliar ou simplesmente garantia de acesso ao serviço. A estruturação da Casa de Passagem agrega movimentos para garantir o transporte em situações de urgência: os agricultores pressionam para que a Prefeitura garanta, com recursos da parcela destinada para populações itinerantes, antecipação de litros de combustível para donos de veículos dispostos a este trabalho e estrategicamente situados nas localidades. Medidas como esta, embora legítimas e justificáveis do ponto de vista ético, encontram resistência dos administradores municipais, devido à possível necessidade de justificação dos mesmos perante as auditorias do Tribunal de Contas.

A valorização dos espaços onde se processa o trabalho em Saúde é um dos desafios importantes para a construção do SUS em Jóia. A precariedade das unidades de saúde e dos espaços de atendimento na Secretaria Municipal de Saúde são condicionantes para a possibilidade de qualificar os serviços, como espaço de atendimento de usuários e de permanência dos trabalhadores de saúde.

Em relação ao Programa de Saúde da Família, trabalhamos com a perspectiva de que esta forma de organização dialoga ou se aproxima de suas diretrizes, como alteração do modelo de atenção e estabelecimento de vínculo, mas antecipam-se dificuldades para receber os incentivos do Programa, visto que a recomendação de fixar pequenas equipes em territórios definidos exclui a proposta de constituição da Unidade Mista.

A organização proposta tende à constituição de espaço com maior capacidade para lidar com um leque maior de alternativas, e seus membros tendem a participar de forma mais efetiva na construção da rede, que se define à medida que é realizada. Nesta perspectiva, não há a pretensão de que o processo de trabalho da equipe seja totalmente antecipado. A organização do trabalho, o desenho das organizações e as configurações de rede resultam de disputas entre várias lógicas, sendo que o município não se reduz a território da expressão de disputas travadas em outros espaços de definição de políticas de saúde e de modelos tecno-assistenciais.

O quadro 11 aponta para a diversidade de fontes de recursos que estruturam e mantêm a nova organização. Além das fontes vinculadas ao SUS, a farmácia e a manutenção de internações por convênios também compõem as receitas da unidade. O Conselho Gestor da Unidade Mista apropria-se do valor, da destinação, de critérios de utilização, das necessidades e decide sobre os investimentos na Unidade.

Desta concepção, que remete a uma nova relação com órgãos públicos, com as Organizações não-governamentais, emergem, também, as discussões sobre a redefinição da composição do Conselho Gestor e de suas relações com as organizações que compõem a rede e com o Conselho Municipal de Saúde.

Quadro 11- Possibilidades de financiamento da Unidade Mista de Jóia

PREFEITURA MUNICIPAL DE JÓIA	**RECEITA PRÓPRIA**	
	MINISTÉRIO DA SAÚDE	PSF
		PAB
	SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE – SES/RS	MUNICIPALIZAÇÃO SOLIDÁRIA
		POVOS ITINERANTES
ASSOCIAÇÃO HOSPITAL SANTA LÍBERA	SES-RS: SAÚDE SOLIDÁRIA/EXPERIÊNCIA INOVADORA[32]	
	AIHs	
	FARMÁCIA	
	CONVÊNIOS COM PLANOS PRIVADOS	

Fonte: trabalho de campo

4.3.4.2- Considerações a respeito dos sujeitos e seus movimentos de apoio e de resistência

Para o Hospital, a adesão à proposta de constituição de uma Unidade Mista representa a possibilidade de sobrevivência e, durante todo o processo de negociação, seus representantes pautam a reivindicação de recursos para pagamento de sua dívida e investimentos em recuperação da estrutura física. Por outro lado, o hospital busca, no processo, dividir a responsabilidade pelo atendimento ambulatorial, ampliada pela fragmentação dos serviços da rede básica e pelas características de extensão e ocupação do território no município.

[32] Entende-se que este recurso deve garantir algum investimento em infra-estrutura que viabilize a melhoria das condições de trabalho da equipe de saúde e a manutenção de recursos para enfrentar despesas entre as liberações de parcelas de Saúde Solidária e Municipalização Solidária. Nossa pesquisa aponta para o fato de que, embora estes recursos sejam importantes e indispensáveis para a garantia das inovações propostas, eles são mal utilizados à medida que não são considerados "fonte segura" pelos gestores, conselho e pessoal responsável pelo setor de finanças do município. Em decorrência disto, os planos de aplicação não refletem as necessidades do serviço, mas buscam utilizar o recurso em uma ação que não exija continuidade.

Para a Prefeitura, a proposta representa uma forma de ampliar o ingresso de recursos no município, responder à demanda do CMS e agregar parceiros para mudanças na relação estabelecida com os médicos. No entanto, a construção da unidade mista não chega a se constituir, para a administração municipal, em uma possibilidade de mudar o modelo de gestão e de atenção; com freqüência, apresenta motivos para desacelerar o processo de mudanças em curso. A inserção dos médicos no trabalho em saúde da rede pública, a descontinuidade do atendimento, a falta de medicamentos básicos ou as cobranças praticadas não são vistas como situações superáveis e, quando pautadas pelo MST, as denúncias são tratadas como exigências exageradas e radicais. Impossibilitada de ignorar as demandas do MST, a administração municipal tem realizado enfrentamentos pontuais com os médicos e encaminhado algumas indicações da Coordenadoria Regional de Saúde, sem contudo, bancar mudança ou a continuidade dos processos iniciados.

Os médicos participaram do processo com algumas estratégias interessantes, tais como a participação formal quando convocados (a prefeitura reforçava esta estratégia, realizando as reuniões no gabinete do prefeito) e o boicote, expresso na utilização dos instrumentos viabilizadores do financiamento de seu trabalho como ferramentas de resistência às mudanças.

O MST pauta a sua participação no processo marcando posição no Conselho Municipal de Saúde: defende a garantia de acesso aos serviços de saúde, especialmente ao atendimento médico, hospitalar, aos serviços de referência e aos medicamentos. O discurso dos representantes do MST ou dos assentados nas reuniões ampliadas ou na audiência pública parece revelar o entendimento de um sistema hierarquizado. Eles defendem recursos para a prevenção, onde incluem o trabalho nas comunidades, os programas preventivos, a educação e as terapias alternativas. Para os demais níveis de atenção, também vislumbram uma perspectiva tradicional de atenção. De uma forma geral, há uma clara divisão entre a educação e a prevenção e a clínica, o atendimento. Em função das dificuldades para garantir seu atendimento, o MST tem pautado a gestão dos recursos destinados pelo governo estadual para a saúde de povos itinerantes e, com eles, compra medicamentos e realiza pagamento de exames para os assentados.

4.3.5- A Segunda dobra do fio condutor: concluindo o estudo em Jóia

O estudo em Jóia permite entender melhor as potencialidades e limitações de processos de construção de alternativas organizacionais e, portanto, de mudanças, a partir da valorização de problemas locais e da busca de suas soluções. Chama atenção o esforço empreendido para a apropriação de movimentos, financiamentos, propostas e de sua utilização para a implementação de processos locais.

O debate em relação à possibilidade de criar novas organizações de saúde enfrenta a lógica de mercado. E a proposta da Unidade Mista de Jóia vai na contramão dos processos em curso no campo da saúde.

A proposta de Jóia reitera a necessidade de novas (e mais complexas) formas de gestão para diminuir o impacto da deteriorização dos serviços de saúde na crescente queda da economia desses locais.

É possível que a formação da rede indique para a recuperação e manutenção de algumas estruturas de atendimento já existentes no interior do município. A manutenção de um serviço com atendimento contínuo, com alta capacidade de acolhimento e com capacidade de discutir a incorporação de tecnologias de forma que a ampliação de sua resolutividade não se baseie em critérios de mercado, qualifica a integração do município a uma rede regional de atenção.

O fato de preservar organizações importantes na história dos lugares – optar pela sua resignificação e não pela sua destruição – a preservação de empregos, a criação de um novo espaço de gestão e de uma nova relação entre o público e o privado, podem estar se constituindo em uma novidade que sinalize para algum diálogo entre as propostas de organização da atenção e gestão da saúde nos pequenos municípios.

A proposta inovadora – neste caso, a construção de um novo desenho organizacional no município de Jóia – deve estar balizada pelo compromisso com o SUS e sua expressão em serviços qualificados, projetados para atender às necessidades de cidadãos, e permeável ao controle destes. Essa perspectiva, entendida no contexto da realidade local, é que vai permitindo a construção da proposta, em parte elaborada a partir

de opções em relação ao modelo de atenção e gestão, a possibilidade de constituição do espaço local como espaço de produção de alternativas e, em parte, elaborada a partir das possibilidades do espaço e tempo em que se foi concretizando.

4.4- CATUÍPE: MUDANÇAS SÃO POSSÍVEIS

Até aqui, o passeio proporcionado pela pesquisa vinha revelando duas possibilidades de mudança em duas situações diferentes: Viamão e Jóia. Do ponto de vista da realização de uma pesquisa e também dos prazos para a sua conclusão, estava posta a avaliação de que a tarefa, em junho de 2001, não era a continuação da viagem. Era a hora de recolher o fio, sistematizar, pensar, apresentar algum resultado.

Mas, na região de abrangência da 17ª CRS, chama atenção a forma como o município de Catuípe pauta e encaminha situações referentes ao esgotamento do modelo de atenção à saúde no município. O estudo, em Catuípe, acontece entre os meses de junho de 2001 e abril de 2002. Inicia com a participação em uma reunião entre a CRS, o coordenador da CRASS-SES-RS e representantes de Catuípe. Quando o que se esperava era mais um município pedindo recursos para evitar o fechamento do hospital local, o que se ouvia era um texto pautado na contradição entre a história do hospital, sua relação com o crescimento do município e a relação de seu fechamento com a decadência do local.

4.4.1- Sobre Catuípe

Catuípe está situado na região missioneira do estado do Rio Grande do Sul, pertence ao Conselho Regional Noroeste Colonial, está distante 420 Km de Porto Alegre. A População total é de 10.198 moradores, sendo 5.098 homens e 5.100 mulheres. A população urbana é de 6.180 habitantes, enquanto 4.018 catuipanos residem na área rural. A taxa de alfabetização é de 92,3% (IBGE, 2000).

Emancipado em 1961, possui uma área de 538,36 Km^2. As 1732 propriedades rurais possuem, em média 31,08 hectares. A população teve um importante crescimento negativo nas últimas décadas. Eram 15.394 moradores em 1970; 11.719 em 1980; 10.989 em 1991; 10.646 em 1997[33].

O desempenho econômico do município de Catuípe, em 2000, indica desempenho de -3,28 em relação ao ano anterior. Em 1999 e 2000, o município acumulou -6,54 de crescimento. Considerando os percentuais de crescimento econômico nos últimos 10 anos, o município de Catuípe cresceu, entre 1990 e 2000, 5,01 % (KLÉRING, 2002).

4.4.2- Os hospitais de Catuípe: um pouco de história

Os hospitais de Catuípe estão ligados à história de duas famílias. Chegaram a funcionar em prédios separados, como instituições distintas, por alguns anos. Reuniram-se, mais tarde, a partir de um incêndio que destruiu parcialmente um deles. Mais curioso é que o período em que os dois estavam funcionando coincide com a fundação de uma associação comunitária com o objetivo de construir um hospital comunitário para a cidade. Então, no início deste estudo, havia, em Catuípe, um hospital privado, recentemente fechado, com parte de sua área física alugada para uma associação comunitária que, por sua vez, era proprietária de um terreno e alicerces daquilo que seria um hospital comunitário com mais de 1.000 m^2.

Havia, também, um Poder Público Municipal, representado pelo prefeito, vice-prefeito e secretária municipal de saúde, portadores de um diagnóstico de que nem o hospital privado ainda existente, nem o projeto da construção de um novo hospital respondem às novas necessidades. Diagnóstico compartilhado com o Conselho Municipal de Saúde, com vários vereadores e com uma importante parcela dos trabalhadores de saúde. No entanto, a expectativa dos antigos donos dos hospitais era alugar o prédio para a Associação Comunitária sem interromper o atendimento e sem discutir ou alterar a forma como vinha sendo prestado.

[33] Dados do NUTEP do PPGA da UFRGS. Acesso em: 03 mar. 2002.

A Secretaria Municipal de Saúde contava com uma equipe, integrada por dentistas, psicóloga, nutricionista, auxiliares de enfermagem, enfermeiros farmacêutica e médicos. Possuía, também uma área física ampla junto à prefeitura e próxima ao prédio alugado pela Associação Comunitária. Todo esta estrutura para atenção à saúde estava concentrada em uma única quadra no centro da cidade.

O fechamento do hospital privado determinou a criação de uma infra-estrutura para plantão e observação junto à Secretaria Municipal de Saúde. Este atendimento, visto inicialmente como precário e transitório (encerraria com a reabertura do hospital), mostrou potencial para substituir o hospital: tratava-se da incubadora da Unidade Mista de Catuípe.

As primeiras reuniões em Catuípe revelavam a preocupação com a construção urgente de uma nova área física ou a improvisação de alguma reforma para que todo o atendimento fosse concentrado em um único prédio. Começaram a trabalhar com a possibilidade de utilização de todos os espaços físicos e discutir sua adequação à determinada atividade.

4.4.3- Catuípe, incubadora de novas organizações de atenção à saúde: a respeito de novas teorias e novos autores do campo

> - Olha, a gente vê que muitas vezes dá para internar ou para cuidar em casa. Nesse ponto, seria bom ouvir a gente, as condições da estrada... A gente leva gente para casa e depois fica preocupado porque se a situação piorar, as pessoas não podem sair de lá. Não seria desmerecer o conhecimento do médico, mas o nosso pode contribuir... [34] (Motorista de Ambulância, em reunião com os antigos donos do Hospital, equipe de saúde, representantes da Câmara de Vereadores, da Administração Municipal e da Unijuí).

O primeiro momento da pesquisa é o do acompanhamento da construção da possibilidade de manutenção, pela Prefeitura Municipal, de um serviço de saúde para substituir o Hospital. Nesse momento, são exploradas as expectativas dos diversos sujeitos

[34] Este texto é produzido a partir de anotações do “diário de campo”.

sociais: trabalhadores, Poder Público Municipal, proprietários do hospital, médicos, vereadores, Conselho Municipal de Saúde e a Associação Comunitária. A figura 8 mostra a alternativa construída para este momento, que é marcado pela organização de um serviço público municipal, com a ampliação da Secretaria Municipal pela utilização da área física do antigo hospital, definição da equipe de trabalhadores e pelo debate a respeito da forma de gestão e a organização da atenção no município. Esta etapa é concentrada entre junho e novembro de 2001.

O segundo momento, entre fevereiro e abril de 2002, incluí no texto da pesquisa como parte da leitura que os sujeitos instituintes fazem do processo que estão protagonizando. Ouvimos a diretoria do Conselho Municipal de Saúde, a presidenta do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Catuípe, a secretária Municipal de Saúde e os integrantes da equipe, tanto os que estavam na Secretaria em 2001 como os que passaram a integrar a equipe após a constituição da Unidade Mista. Também foram entrevistadas dez pessoas que estavam utilizando o serviço de saúde durante uma semana do mês de março de 2002[35]. Está sendo incluída, neste estudo, a análise de alguns aspectos da repercussão das mudanças ocorridas em Catuípe, na região. Para isso, acompanhamos as reuniões do Conselho Regional de Saúde, as discussões na Coordenadoria Regional de Saúde e os processos de denúncias formalizadas por Catuípe contra o Hospital Regional, localizado na cidade de Ijuí.

4.4.3.1- Descrição da área física: as internações pelo SUS saem do "porão"

O processo de discussão da utilização dos espaços do antigo hospital incluiu aspectos da história do atendimento pelo SUS no município, pois as internações eram realizadas no subsolo, conhecido como porão. As conseqüências da realização do atendimento a todos os usuários do serviço no andar superior, foram sentidas com as primeiras pessoas que utilizaram o novo espaço de observação da Unidade Mista. Neste espaço, encontravam-se os denominados quartos privativos, destinados aos usuários

[35] Uma análise da percepção de usuários sobre as mudanças na organização da atenção à saúde de Catuípe está sendo desenvolvida por Janice Piccinin em seu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

diferenciados pela adesão aos planos privados de saúde ou pelo pagamento direto ao prestador. Neste espaço, há banheiros privativos e salas para permanência de acompanhantes. Ocupar o espaço das internações privadas para o atendimento ambulatorial e para os leitos de observação implicou manter parte da estrutura do serviço junto à Prefeitura. As antigas enfermarias foram desativadas e seu espaço não foi utilizado. O porão ficou vazio.

A fala de um usuário marca a importância desta decisão:

> Hoje está muito bom. Nós somos pobres, nunca imaginava um dia deitar nesta cama. A última vez que baixei no hospital, me botaram lá no porão... Não era tão ruim assim, mas não era como aqui, dava para agüentar... Pois eu acho que nós estávamos acostumados... (J. F., 54 anos, agricultor.).

Outro agricultor, em observação na Unidade Mista, diz: "Estou baixado pelo SUS, num quarto que era apenas para os ricos... Tem até banheiro."

4.4.3.2- Lições a respeito da relação entre o campo da saúde e a economia local

Em 1992, um comerciante da cidade de Chapada, RS falou sobre a relação entre a existência de um serviço público de saúde, o aquecimento de vendas no comércio local e a diminuição da inadimplência. A fala deste comerciante dava-se em um contexto de derrota eleitoral do grupo que havia organizado o Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS) e da indicação, para o cargo de secretária municipal de saúde, de profissional vinculada ao setor privado da cidade. A Associação Comercial e Industrial (ACI) da cidade estava pressionando para a manutenção do serviço. Nessa década (1992-2002), o CAIS de Chapada manteve-se em funcionamento e, em todo o período, administrações dos diversos partidos contrataram alguns médicos, odontólogos e enfermeiros da equipe com horário integral e dedicação exclusiva como estratégia para garantir o enfrentamento com a lógica do setor privado local.

Em Catuípe, uma empregada doméstica de 42 anos, que em maio de 2002, estava buscando atendimento na Unidade Mista disse à entrevistadora:

> Que bom que a Prefeitura está conseguindo fazer isso pela saúde desse povo, porque se a gente não tem saúde, não tem condições de viver uma vida melhor, pois gasta todo o dinheiro que a gente ganha em remédios. A cidade ganha com isso, porque a gente consegue gastar o dinheiro dos remédios (que a gente ganha aqui) com outras coisas, como comprar comida e comprar alguma roupinha melhor.

Os procedimentos de compra e padronização da medicação que antecederam à criação da Unidade Mista, em Catuípe, indicam para outro ponto de necessário investimento público e de conflitos locais em pequenos municípios. Como no caso dos consultórios privados, as prefeituras não têm qualificado o processo de compra e distribuição de medicamentos. Se por um lado, explica-se esta dificuldade por falta de recursos, por outro, não é desprezível o fato de que muitos administradores optam por não interferir no lucro dos donos de farmácias locais.

Penso que essa discussão indica a possibilidade de ampliação da base de apoio a governos portadores de propostas de mudanças e da capacidade de produção e manutenção de novas organizações no campo da saúde.

4.4.3.3- Quem são os novos sujeitos? O processo desencadeado pela ampliação da equipe

Em março 2002, fui apresentada para os novos componentes da Equipe de Saúde de Catuípe. Eram três médicos, uma odontóloga e uma enfermeira. Convidados a falar, eles resumiram sua apresentação ao nome, formação, a identificação como componentes da equipe do PSF e sua intenção em apostar na educação e na prevenção como características de uma ação de ruptura do atendimento curativo. A surpresa com a ausência de processos locais na fala destes trabalhadores me levou a pensar que não haviam se apropriado ou não estavam valorizando os processos de mudança em que estavam inseridos. Como retornavam de uma capacitação para equipes de Saúde da Família, suas

falas estavam, em grande medida, pautadas pela falta, ou seja, pelas características da Unidade Mista que não respondiam a proposta do PSF. O fato de realizarem clínica, de possuírem uma equipe maior, pareciam situações que necessariamente deveriam ser superadas para que a atuação, na perspectiva do Programa de Saúde da Família, respondesse à nova expectativa.

A coincidência de vários projetos junto a Catuípe permitiu aprofundar esta questão. Iniciava o estágio curricular de Enfermagem em Saúde Pública II, desenvolvido no 7º semestre do Curso de Enfermagem da Unijuí. A partir da leitura da necessidade de investimento nos trabalhadores, foi possível uma rápida articulação entre a Coordenadoria Regional de Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde de Catuípe, o Núcleo de Extensão do Departamento de Ciências da Saúde da Unijuí e propor um curso de extensão universitária destinado à equipe de saúde de Catuípe e aberto à participação de técnicos da Coordenadoria Regional, inclusive à coordenação regional do PSF. Os encontros foram propostos para o turno da noite, e a construção do processo contou com a participação da professora Águida Kopf, enfermeira e doutora em Saúde Pública, com quem também divido a disciplina em pauta. Voltamos a discutir e acordar sobre o fato desta atividade constituir-se espaço da minha pesquisa.

Voltando ao tema proposto, com objetivo de entender melhor como os trabalhadores estavam se apropriando da proposta, como se percebiam entre as demandas da Unidade Mista e as demandas do Programa de Saúde da Família, foi proposto que grupos produzissem uma representação gráfica de como viam a organização da atenção à saúde no município. Os trabalhadores que participaram do processo de fechamento do hospital e constituição da Unidade Mista representaram os dois momentos: o primeiro, caracterizado pela existência de filas, de medicalização excessiva, de internações hospitalares desnecessárias e de uma centralidade no atendimento médico baseado em uma clínica de pouca qualidade no serviço público; o segundo, marcado pela criação da Unidade Mista é representado por duas situações: na porta da Unidade Mista dois componentes da equipe acenam para outra parte do grupo que está em um veículo, rumo a atividades nas comunidades ou residências.

O trabalho, em trinta horas de oficina, reuniu auxiliares, médicos, enfermeiros, odontólogos, a presidenta do Conselho Municipal e a secretária Municipal de Saúde. Fiz o registro destas discussões, sendo que algumas apresentações em fita cassete. Paralelamente, Janice Piccinin entrevistou, entre 18 a 24 de março de 2002, dez usuários do serviço de saúde e entre os dias 02 e 04 de maio de 2002, mais dez. Deste processo, foram eleitas as categorias discutidas a seguir e que possibilitam analisar as mudanças em curso, os ruídos e construir uma agenda de prioridades.

Tentarei explorar melhor a análise desta situação utilizando uma forma proposta por Cecilio (2000). Para este autor, trabalhar com "pares de opostos" permite a construção de cartografias para tratar objetos complexos.

A respeito da densidade tecnológica e a descentralização

A densidade de equipamentos em um município de pequeno porte é uma questão difícil de ser tratada. Na lógica do mercado e na perspectiva de apresentar uma alternativa local para os clientes com potencial de pagamento, a medicina tradicional tem procurado concentrar o máximo de equipamentos e de serviços e relacionado esta concentração com a qualidade de atendimento. As propostas de gestores, população e trabalhadores partem do pressuposto de que quanto mais equipamentos e estrutura para internações e cirurgias, maior a resolutividade e menor a necessidade de encaminhamentos para outros municípios.

As informações disponíveis em Catuípe mostram o equívoco desta prática. Mesmo sem realizar internações, cirurgias ou partos, a Secretaria Municipal de Saúde diminuiu o número de encaminhamentos para outras cidades.

No entanto, há entre os sujeitos envolvidos, diferentes percepções sobre os critérios para a eleição de áreas e de aporte de recursos. Se a tradicional incorporação para captar compradores dos serviços disponibilizados não pode ser parâmetro para uma nova forma de organizar a rede de atenção local e participar da formação da rede regional, a alternativa gerada por segmentos do campo da saúde coletiva também apresenta problemas.

Esta discussão, em Catuípe, estava pautada pela queixa de gestores e trabalhadores em relação à expectativa da população e sua incapacidade de compreender a importância de ações preventivas. Esta era também a aposta dos atores resistentes à inovação que, partindo de uma análise muito próxima, insistiam na tese de que havia um processo de desqualificação da atenção.

Esta dificuldade se expressa, de forma muito clara, na discussão sobre a implantação de uma casa de parto. A situação concreta do atual prédio alugado dá condições para a assistência ao parto, mas a estrutura não reúne, neste momento, as mínimas condições para qualquer prática cirúrgica. Há, entre os médicos, o consenso de que é perigosa a assistência ao parto nestas condições e, portanto, as mulheres em trabalho de parto são transportadas para a cidade de Santo Ângelo.

A impossibilidade de garantir os partos na cidade de Ijuí (distante 10 Km de Catuípe, por via asfaltada) fez com que todas as mulheres em trabalho de parto fossem transferidas para Santo Ângelo (distante 30 Km, e parte do trajeto por estrada de chão). Como o município está encaminhando projeto para a construção de área própria para a unidade mista, acompanhei reuniões com engenheiros, equipe, Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, vereadores e prefeito e identifico algumas simplificações.

A referência que sustenta o discurso da equipe e dos gestores é de contradição entre os propósitos de resolver e de prevenir. Assim, ou resolve, ou previne. Aliado a isso, é forte a tendência de associar a resolutividade ao setor privado e a prevenção ao público. Esta matriz teórica parece impedir que, mesmo protagonizando importantes processos de mudança na forma de organização, os sujeitos possam formular propostas que incluam a convivência de diversas ações. A partir do seu referencial, a equipe organiza uma leitura da forma como a população deve estar analisando o processo de mudança. Ou seja, há no imaginário da equipe um povo reivindicando um serviço mais resolutivo e criticando a atual inversão de prioridade. Em síntese, uma equipe esforçada para prevenir, mas tendo que curar, e uma população querendo a cura, desvalorizando o esforço que equipe e gestores fazem para prevenir.

Isso não é confirmado nas entrevistas com usuários. Pelo contrário, menos preocupados em responder a um modelo reconhecidamente correto, seu referencial para a avaliar as mudanças em curso são suas necessidades. Desta forma, são discursos abrangentes, que identificam avanços e problemas nas visitas, no transporte, no acesso à medicação, a forma como o enfermeiro responsável pela vigilância encaminha a socialização de informações, na atuação dos agentes.

Dona de casa, assentada, mãe de criança pequena, referindo-se à resolutividade ou a tecnologia necessária no local, diz:

> Nunca vimos disso. Quem chega é atendido, às vezes demora um pouco porque tem bastante gente, mas a gente nunca vai embora sem atendimento. Também consegui agendar o preventivo com a enfermeira, tu imaginas que eu nunca tinha feito... Tu imaginas que quando a gente chega aqui eles já nos conhecem... nos ajudam para a gente tratar as crianças em casa e, se não der certo, a gente traz aqui.

Desempregada, 27 anos, uma usuária relaciona a resolutividade com a capacidade de vínculo e a necessidade de uma política de pessoal que permita a manutenção da equipe. O contexto desta fala e a referência ao trabalho dos enfermeiros provavelmente estão relacionadas a substituição recente de um dos enfermeiros e à alta rotatividade destes profissionais no município. Pode ser um recado para a constituição de uma equipe com capacidade de manter vínculos. É também uma análise de que a resolutividade tem componentes técnicos e administrativos.

> Eu acho que os enfermeiros estão bem preparados para atender e já conhecem todas as pessoas e os problemas de cada um. Só que daí é brabo, tem que ficar sempre com o mesmo, pois se mudam fica difícil. Porque é difícil as pessoas conhecer os problemas de cada um. Para nós que estamos do lado de cá [como usuária, penso] tudo o que não se resolve aqui é encaminhado, vai com tudo pronto. Antes tu tinha que se virar sozinha, tinha que vir duas, três vezes atrás das coisas, até na 17ª [Coordenadoria Regional de Saúde] era a gente que tinha que ir.

Esse trabalho tem caracterizado situações locais como complexas. Cecilio (2000) indica que situações complexas exigem soluções que contemplem tanto um como outro oposto. Desta forma, as mudanças em curso em Catuípe serão analisadas a partir da aceitação de uma relação dialética entre lógicas aparentemente opostas.

Investir na Rede Básica e preservar o Hospital Local

No processo possível em Catuípe, aconteceu o fechamento do hospital local. No entanto, é necessário esclarecer que a decisão de fechar o hospital foi de seus proprietários e antecedeu a estruturação da Unidade Mista. Mesmo assim, o diagnóstico que leva à interrupção das atividades do Hospital de Catuípe é a mesma que leva as instituições de caráter comunitário a buscar alternativas para o seu financiamento: há um esgotamento do modelo e das possibilidades de sobrevivência do hospital tradicional em municípios de pequeno porte. Catuípe antecipou essa situação porque se tratava de hospital privado, mas do ponto de vista da saúde financeira das instituições hospitalares da região, não era exceção.

Interessante observar que, para sair desta situação, necessita-se do apoio da Sociedade Hospitalar Comunitária (que aluga o prédio do hospital) e da estrutura do antigo hospital, bem como da Secretaria Municipal de Catuípe que possui uma boa área física, o que é diferente de muitos municípios da região.

Assim, movimentos vistos como excludentes por representantes de setores importantes do campo da saúde coletiva, tomam aqui outra perspectiva: o movimento que consolida serviços com maior densidade tecnológica na porta de entrada dos usuários na rede de atenção à saúde é o mesmo que oferece a alternativa de manutenção aos hospitais locais.

No caso de Catuípe, esses movimentos se traduzem em mudanças no desenho das organizações de saúde, incorporando espaços, tecnologias e potencializando o trabalho da equipe, ao mesmo tempo em que aumenta a capacidade de resposta para as necessidades de atendimento, expressas pelos usuários, e de responsabilidade do gestor local.

A estrutura física hospitalar existente em Catuípe, se excessiva para ser utilizada exclusivamente para internações, mostrou um potencial para abrigar as novas tecnologias propostas, como a ampliação e qualificação do espaço dos consultórios médicos, a criação de espaços para consultórios de enfermagem, para salas de observação e para recepção e acolhimento. Além disso, as estruturas hospitalares, por sua localização na rede, abrigam os espaços de atendimento à urgência das cidades. A incorporação destes espaços ao trabalho da equipe tem-se mostrado potente para aumentar a capacidade de vínculo, resolutividade e legitimidade das mudanças e de seus protagonistas junto à população.

Iniciativas que tratam rede básica e hospital como espaços e lógicas excludentes tendem a se expressar em fortes estratégias de exclusão e de enfraquecimento econômico e político dos municípios periféricos aos grandes centros. A indução de uma rede de serviços paralela à existente determina uma disputa para que só uma permaneça. No caso de permanecer a rede do PSF, em pequenos municípios, ela se traduzirá em atendimentos descontínuos, pouco resolutivos (se a equipe tem 01 médico e 01 enfermeiro, a unidade está descoberta para urgências enquanto esses estão em atividades em domicílios, na comunidade ou em capacitações) e que necessitarão, para um grande número de situações, de encaminhamentos a serviços que estarão localizados em outros municípios. Embora, como efeito inesperado das políticas públicas, [diria MENDES, 1995] esse desenho de rede desemboca em uma estratégia de exclusão (BONETI, 1997).

Criar estrutura local e participar da formação da rede regional

A formação de uma rede regional de atenção deve suportar que, para estes municípios, estruturar serviços não significa que não mais demandarão serviços para os quais criaram estrutura local. Isso acontece porque nem todos os médicos da equipe poderão realizar uma cirurgia. Por exemplo, nem sempre estarão disponíveis todos os trabalhadores necessários para uma determinada intervenção. Especialmente em relação à urgência, emergência e partos, os pequenos municípios precisam da retaguarda de serviços com maior demanda e capacidade de resposta imediata a situações de urgência. A criação de estruturas locais precisa considerar, também, a hegemonia da lógica da lucratividade e da produção de atos médicos para garanti-la. No caso do projeto da Casa de Parto,

projetamos o apoio de uma sala cirúrgica, exclusivamente para situações de alto risco. Ou seja, em situações de ampliação de acesso ao pré-natal com ações qualificadas e de um bom acompanhamento, a indicação de parto por cesária acionaria o serviço de referência na cidade de Ijuí, visto ser este de fácil acesso também para familiares, e dotado de estrutura para eventos que indiquem uma assistência mais especializada ao recém-nascido.

Aspectos da forma como os usuários avaliam esta questão, foram extraídos de algumas entrevistas:

> Conversei com algumas mulheres que tiveram neném em Santo Ângelo e elas me disseram que foram muito bem atendidas e receberam toda a assistência que precisavam e que não tem nenhuma queixa, o ruim é que tem que se deslocar até lá. (Vendedora Ambulante, 35 anos).

"Acho que o que precisaria era essas mulheres terem filhos aqui e não precisarem ir para outro lugar, ampliar o atendimento aqui seria o ideal" (Doméstica, 27 anos).

Ou ainda, depois de expressar aprovação ao trabalho da Unidade Mista, de lembrar cobranças, de fazer referência à visita domiciliária do médico e enfermeiro:

"Que pena que não tem mais hospital, não é? Para a gente ganhar os filhos aqui..." (Doméstica, 43 anos).

Em relação à resolutividade dos serviços locais e à incorporação de tecnologia, os usuários tendem a ser mais generosos e flexíveis que a equipe, aceitando que, tendo hospital ou não, internando ou não, algumas coisas não serão resolvidas e serão encaminhadas.

A participação de Catuípe na construção da rede regional e, especialmente na definição dos serviços de referência, sofreu profundas alterações durante o período estudado. Embora a criação da Unidade Mista tenha resultado na diminuição de encaminhamentos para hospitais regionais, a partir da repercussão do fechamento do hospital e da criação da Unidade Mista, o maior serviço de referência, considerando a inexistência do hospital como sinônimo de baixa resolutividade, passou a exigir pagamento para os atendimentos prestados. Denúncias oferecidas por Catuípe à auditoria da Secretaria

Estadual de Saúde e à Promotoria Pública, desencadearam mobilização do Conselho Regional de Saúde que identificou a prática de cobranças da mesma instituição para outros municípios. Esse processo não está encerrado, mas já determinou a inserção do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul na defesa de médicos indicados nas denúncias e a identificação de orientações da direção do hospital em pauta para a cobrança de atendimentos encaminhados por municípios da região e determinou, também, a queda do administrador do referido hospital.

Os fatos demonstram equívocos na leitura do novo lugar de Catuípe na saúde da região. Sujeitos que partiram do diagnóstico de que a assistência havia piorado e que estavam frente a um gestor enfraquecido e disposto a sujeitar-se a maiores exigências, encontraram, em um município pequeno e sem hospital, a geração de condições suficientes para o enfrentamento com uma condição histórica de silenciamento. A ação da auditoria e do Conselho Regional aponta que outros gestores, embora tenham hospitais em seu território, estão mais fragilizados para este tipo de disputa.

Resolver e Vigiar: a respeito da densidade e a disputa em torno das tecnologias

Assim como a articulação regional, o processo de trabalho e a gestão da secretaria complexificaram-se. Do ponto de vista da diversidade de tecnologias de cuidado, é possível identificar a ampliação do cardápio de ações ofertadas. A situações que a estrutura antiga respondia com internação hospitalar, a nova organização pode responder com internação, observação ou internação domiciliar. Há novidades também no estabelecimento de novos vínculos, pois no modelo centrado na consulta médica e na internação, o vínculo do usuário era com o seu médico e, portanto, a resolutividade da atenção estava limitada à ação deste profissional. O novo arranjo, que induz ao trabalho em equipe, torna possível a discussão de casos, e como a remuneração não está amarrada ao número de pacientes atendidos[36], especialmente os médicos passam a identificar nos colegas maior potencial para resolver determinadas situações.

[36] O leitor pode imaginar que se trata de uma leitura muito simplista, visto que a maioria dos serviços ambulatoriais opera com médicos contratados. No entanto, a prática do atendimento de um determinado número de fichas induz ao mesmo comportamento.

Seguindo as diretrizes do Programa de Saúde da Família, o município havia acordado com a Coordenação Regional que, mesmo centralizando o trabalho das três equipes na área do antigo hospital, cada uma seria responsável pelos atendimentos dos moradores de áreas distintas. Assim, o município foi dividido em três áreas de abrangência, e seus moradores vinculados às respectivas equipes. No cotidiano, entretanto, essa norma passou a dialogar com as necessidades do novo processo de trabalho, impulsionado pela composição da equipe, pela área física e pela função do serviço na sua condição de unidade de maior resolutividade no território do município. Categorias profissionais responderam de diferentes formas a este desafio, sendo consenso que o simples cumprimento da norma atrapalhava o trabalho da equipe.

O primeiro acordo feito foi o de que quem procurasse o serviço seria atendido, independente de ser no horário de atendimento da equipe de referência para o seu território. Entre os médicos, houve o entendimento de que o pediatra deveria acompanhar todas as crianças do município, e que casos que necessitassem de acompanhamento domiciliar ou indicassem outras formas de acompanhamento da família seriam socializados com toda a equipe, sendo que estas atividades seriam coordenadas pela equipe de referência. Em relação ao atendimento às gestantes, a equipe propôs que fosse realizado pelo enfermeiro da equipe de referência e o médico com mais experiência e vontade de trabalhar na área.

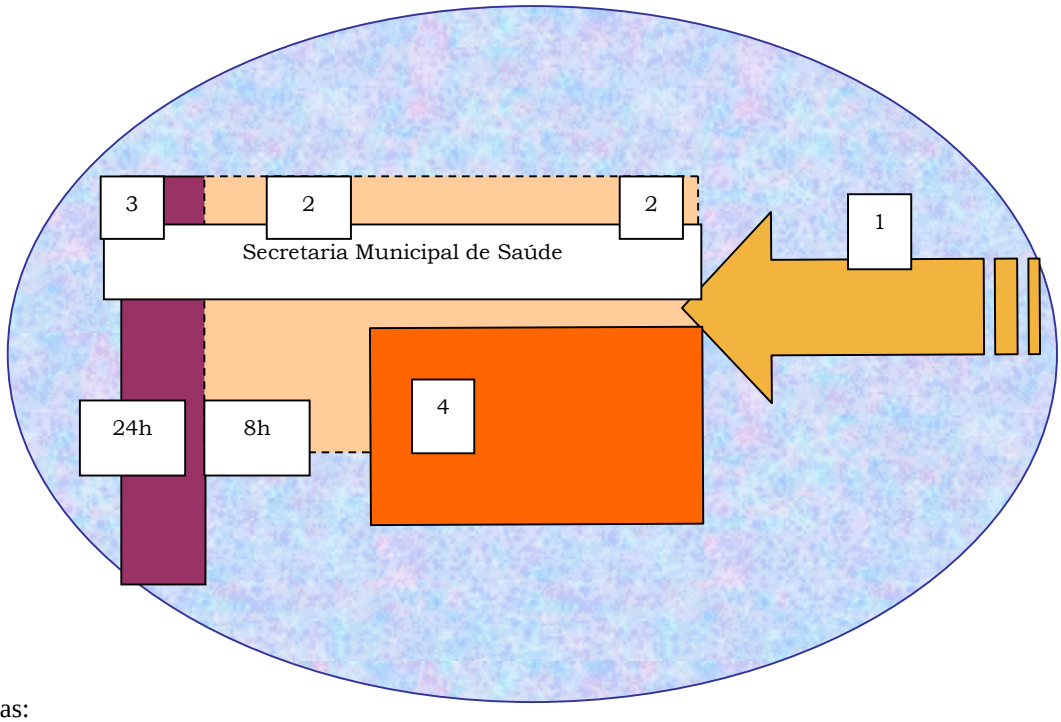
Situações como as relatadas remetem para uma análise das diferenças entre expectativas, formação e inserção das diferentes categorias. Enquanto os médicos orientaram suas atribuições por competências clínicas, os enfermeiros tenderam a uma distribuição por tarefas ou por escalas. É preciso salientar que parte dessa organização deve estar relacionada a características da composição da equipe: respondendo a uma política salarial, a Administração Municipal captou trabalhadores com formação diferenciada. Enquanto entre os médicos o salário proposto foi suficiente para contratar um especialista, o salário proposto para os enfermeiros gerou uma seqüência de contratações de pessoas com vínculos familiares no município, recém egressas da graduação. Outro aspecto é que, para a estruturação da Unidade Mista e PSF, o município contratou três médicos e um enfermeiro, sendo que outros dois já faziam parte do quadro de pessoal. No caso dos enfermeiros, houve uma tendência à acomodação das atividades antes desenvolvidas: uma

continuar com a coordenação de todos os agentes de saúde, o outro continuar com a coordenação da área da vigilância, e a mais nova contratada assumir uma carga de trabalho maior no atendimento na Unidade Mista. Há muitos ruídos no processo de organização do trabalho dos enfermeiros, seja por questões contratuais, por indefinições de responsabilidade sobre os plantões e emergências ou por uma maior fidelidade às propostas da ação por programas. Contudo, os processos em curso indicam para saídas mais criativas e para a constituição de espaços para explicitação de conflitos e expectativas. Parece que este movimento é mais interessante que uma proposta homogeneizadora de processos que desconsidere as diferenças.

A área da odontologia conta com o trabalho de quatro cirurgiões-dentistas e uma recepcionista. Há, na recepção, um leque de possibilidades de entrada: agendamento, urgências, acompanhamento de escolares. Com processos de trabalho mais diferenciados que médicos e enfermeiros e, neste momento, em prédios distintos, a odontologia vive um certo afastamento das mudanças em curso. A discussão de seu processo de trabalho indica uma boa capacidade de encontrar alternativas para garantir o acesso, mas, como os enfermeiros, vê dificuldade em tratar a especialidade: os tratamentos que exigiriam a intervenção de endodontista, por exemplo, são encaminhados ao setor privado local, que também não dispõe deste recurso e este tratamento não é entendido como responsabilidade do SUS. Ou seja, mais que uma organização por níveis de complexidade ou capacidade instalada, há uma lógica de preservação do espaço do setor privado local, mesmo às custas de perda de qualidade e da não garantia do direito à assistência. A partir de uma leitura de mercado, o município mantém, para os odontólogos, a exemplo dos enfermeiros, salários que correspondem a 25% do salário dos médicos. Contudo, é evidente a qualidade diferenciada e a resolutividade do serviço. Chamou atenção a posição da equipe em relação à qualidade do atendimento prestado, indicando, ao mesmo tempo, a queda significativa dos índices de CPOD (dentes perdidos, cariados ou obturados) e a qualidade das restaurações estéticas.

É interessante a avaliação que a equipe faz de seu trabalho, especialmente em relação às restaurações estéticas, que deveriam compor os indicadores pactuados pelo SUS, porque se referem à tecnologia possível para serviços públicos de rede básica e têm grande

impacto na vida, na aparência, na auto-estima e nas possibilidades de trabalho dos sujeitos. Nessa perspectiva, a organização de referência para endodontia e prótese assume, além da garantia de um direito constitucional, a lógica da inclusão social.



Notas:

1. Principal porta de entrada para a rede de atenção à saúde do município de Catuípe

2. Centro Integrado de Atenção à Saúde (CIAS) CATUÍPE - PSF (prédio 2)

3. Observação (prédio 2)

4. Secretaria Municipal de Saúde (prédio 1): farmácia, atendimento odontológico, coordenação do PACS, sala de reuniões

Figura 8- Unidade Mista de Catuípe – situação atual

Inovar no espaço estatal e no espaço comunitário

Ao mesmo tempo em que implementava o serviço, a Administração Municipal chamava a discussão para a construção de uma alternativa permanente e sustentável e para as opções de formas de relação com o setor privado e a Associação Comunitária (figura 9), bem como os critérios para incorporação tecnológica e alternativas de financiamento[37].

Uma nova relação com a Associação Comunitária indica a possibilidade de voltar a constituir um hospital que esteja em condições de emitir faturas de prestação de serviços para os planos de seguro saúde, realizar algumas internações com utilização de Autorização de Internação Hospitalar, contribuindo para a viabilidade financeira da proposta. Em Catuípe, a concentração de moradores na área urbana indica a existência de trabalhadores urbanos e aumenta a importância do plano privado para a sustentação de hospitais locais, mas essa solução, contudo, tem o permanente risco de ser colonizada pela lógica do lucro, que levaria a um investimento em estrutura e equipamentos como estratégia para manter os pacientes vinculados a seguros privados. Outro risco seria o retrocesso das alternativas tecnológicas já experimentadas pela equipe, pois a lógica de pagamento dos planos privados representa um atraso em relação à atual configuração do financiamento das ações do SUS na cidade.

Outra implicação seria o retorno de um serviço que abrigaria as necessidades de internação e procedimentos dos consultórios privados da cidade, apresentando sempre o risco de retrocesso à utilização da estrutura resultante do esforço localizado no setor público para a lógica da lucratividade.

[37] Pela impossibilidade de, a longo prazo, continuar utilizando o prédio do antigo hospital (pelas condições físico-sanitárias e preço de venda), o município apresentou ao setor de Vigilância Sanitária da SES-RS uma proposta de ampliação da área da Secretaria Municipal de Saúde e utilização de parte da Câmara de Vereadores e andar térreo da Prefeitura. O grupo que elaborou a proposta inicial foi constituído por representante da Prefeitura, do Conselho Municipal de Saúde, de trabalhadores da saúde, da Associação Comunitária e da CRS, assessorados por engenheiros e arquitetos do município e 17ª CRS.

Entende-se este como um espaço de permanente confronto e disputa sobre a ocupação de espaços e de implementação de tecnologias, processo que reserva ao gestor local e aos sujeitos defensores do projeto de mudança, um conjunto de novas competências[38], tanto na produção da gestão como na produção do cuidado.

A adesão a uma proposta mais geral e a necessidade de uma marca local: um nome mais complexo e disputado

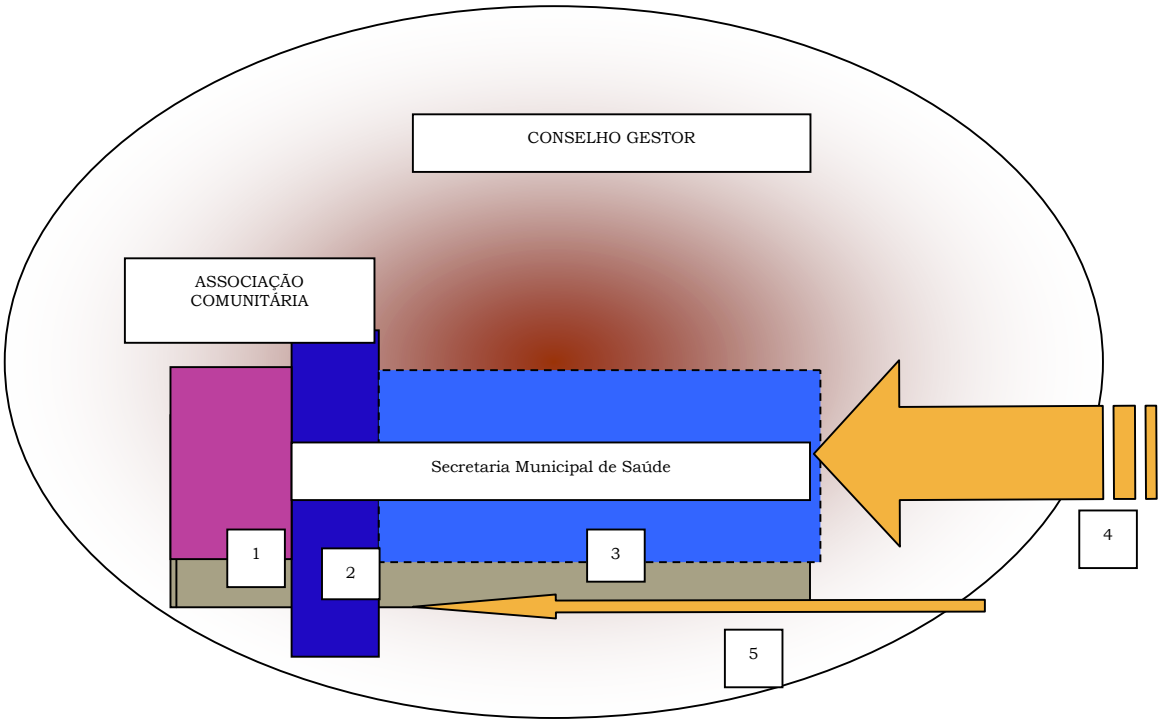
Não tive o cuidado de alterar os nomes que foram sendo gerados para a nova organização. O primeiro nome expressa a importância da proposta de Unidade Mista como principal referência para o novo arranjo. Um espaço, denominado Centro Integrado de Atenção à Saúde, representaria a inclusão do serviço público municipal a esta composição. Com a agregação da marca do Programa de Saúde da Família e da identificação de sua capacidade de constituir-se como única referência, em uma reunião entre Administração Municipal, Associação Comunitária e Conselho Municipal de Saúde, optou-se por um nome que indicasse a construção local (tivesse o nome do município) e que indicasse um atendimento com maior abrangência e resolutividade. Resulta daí a expressão "integral".

[38] Recente publicação do professor Emerson Merhy trata da disputa dos diversos atores, sobre a gestão e produção do cuidado. Reconheço a presença do texto deste autor na revisão do meu texto. Ver MERHY, E. E. Todos os atores, em situação, na saúde, disputam a gestão e produção do cuidado. In: MERHY, E. E. *Saúde*: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 149-178.

Centro de Atenção Integral à Saúde/CAIS – CATUÍPE:

Unidade Mista/Programa de Saúde da Família

Município de Catuípe/SMS – Secretaria Estadual de Saúde – Ministério da Saúde “O SUS é Legal”



Notas:

1. Internações

2. Observação – Emergência – Casa de Parto.

3. Centro Integrado de Atenção à Saúde (CIAS) CATUÍPE – PSF

4. Principal porta de entrada para a rede de atenção à saúde do município de Catuípe

5. Porta de entrada: ênfase para urgências

Figura 9- Unidade Mista de Catuípe – proposta

4.5- MUDAR A ATENÇÃO E MUDAR A GESTÃO – O MUNICÍPIO COMO ESPAÇO DE PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS DE GESTÃO E DE CUIDADO: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE CATUÍPE

O desenho organizacional proposto para o serviço de saúde de Catuípe é mais complexo que uma rede de serviços tradicionais, tanto de rede básica como de hospital. Dessa forma, este processo necessita uma forma de gestão que responda a esta complexidade. A constituição de Unidades de Produção, de um Colegiado Gestor para a Secretaria Municipal de Saúde e de um Conselho Gestor (CAMPOS, 1997; 2000) para a rede chegou a ser proposta e discutida com a secretária municipal e a equipe vinculada ao município, mas segue apenas como uma possibilidade. A limitação da experiência de Catuípe é a de manter uma forma de gestão que não responde à complexidade da nova organização, o que se está refletindo na dificuldade de apropriação do processo por parte de integrantes da equipe e do afastamento da Associação Comunitária que não encontra o seu lugar no novo desenho. É preciso reconhecer, no entanto, a provisoriedade destas considerações, já que neste momento não foram objeto de uma observação mais sistemática. Apenas identifica-se a falta de coordenação do trabalho na unidade mista e a impossibilidade de impor algum limite à continuidade de práticas de desrespeito aos usuários por parte dos antigos donos do hospital que, neste momento, são médicos funcionários do município. Embora a equipe identifique os problemas, eles aparecem sob a forma de queixa e como situação temporária que se solucionaria pela mudança da área física para um prédio próprio. Relatos sobre a continuidade de sinetas nos consultórios, da formação de filas nos corredores como exigência para apressar a seqüência das consultas, da persistência de características de uma clínica desqualificada na unidade mista, resulta no diagnóstico de uma incapacidade de definir quem tem a responsabilidade de enfrentar e com que método se enfrentam estas situações.

Uma comissão convocada para tomar decisões sobre a nova estrutura do serviço é formada pelo Conselho Municipal de Saúde, representantes de trabalhadores da Unidade Mista, governo municipal e estadual (representado pela 17ª CRS) e indica a viabilidade de um Conselho Gestor. Este Conselho teria como desafio garantir a lógica do público na definição de prioridades de investimentos e traduzir as várias fontes de recursos disponíveis

ou com possibilidade de agregação – mesmo que atreladas a modelos de utilização de tecnologia superados pelas opções criadas a partir das inovações de Catuípe – em recursos que garantam sustentabilidade para a forma de incorporação e de complexidade tecnológica possível. Ou seja, Catuípe aponta para importantes alterações na qualidade da participação do terceiro setor na construção do SUS e em uma nova relação entre este e o Estado.

CONCLUSÃO

Mostrar inovações na incubadora, apontar novas formas de gestão e de organização da atenção, mostrar que são possíveis e desejáveis. Tecer alternativas, observar as mudanças produzidas nas políticas e nos sujeitos. Observar e participar do nascimento do novo, de um novo produzido por sujeitos em lugares dos quais não se tem esperado mais que a reprodução. Trazer a novidade, novidade repleta de potencial para pensar que outras formas são possíveis... que muitos outros mundos são possíveis. Penso que estas foram as principais questões que impulsionaram a construção deste trabalho.

Propor alternativas implica buscar mudanças nos serviços e em sua articulação regional ou estadual. Assumir que a complexidade dos locais não está resumida à concentração de equipamentos de assistência à saúde, mas que implica também mudanças nas instâncias nacional, estadual e regional, alteração de relações, do conteúdo dos seus programas em geral de corte vertical. Urge romper com a história de programas e ações pontuais que pouco ou nada consideram da especificidade dos municípios. Seria reconhecer que a ação de uma instância regional não se resume ao treinamento, mas também ao apoio para aumento da autonomia das redes locais ou municipais. O processo de gestão é produção de sujeitos e de novos lugares, novos modos de funcionamento e de organização dos serviços.

A Saúde Solidária e a Municipalização Solidária, projetos da gestão 1998/2002 da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, partem da concepção de respeito à autonomia local. No entanto, mesmo dentro destes projetos, observou-se uma tendência de alguns municípios para a utilização de recursos destes projetos na continuidade dos processos instituídos, para a reprodução do modelo médico hegemônico, o que leva a uma cristalização das organizações, ou seja, um modelo de desenvolvimento subordinado a determinações sociais, culturais e econômicas de um momento histórico complicado para movimentos de inclusão. No entanto, estudaram-se casos em que parte dessas dificuldades foram superadas.

O estudo indica que o avanço destas propostas exigiu a qualificação da relação da SES-RS com os municípios, criando novos espaços institucionais de apoio à formação da rede de atenção à saúde local. A importância da proposta de Gestão Solidária é maior que o sucesso de cada experiência inovadora que ela viabilizou, pois mantém aberta a

possibilidade de se continuar com a construção de um SUS instituinte, construindo-se novas formas de gestão e de produção do cuidado.

A lógica centralizadora produz uma simplificação das realidades locais. Desta forma, o desenho da rede de atenção tende a reproduzir as organizações dos municípios maiores sem que as realidades, valores e necessidades locais influenciem na sua concepção e no seu desenho. Este estudo revelou o município, o território loco-regional, como espaço de produção de novas tecnologias, estratégias e modelos de atenção e de gestão.

Para Gramsci (1995, p. 162)

> Colocar o problema como uma pesquisa de leis, de linhas constantes, regulares, uniformes, esta atitude está ligada a uma exigência – concebida de uma maneira um pouco pueril e ingênua – de resolver peremptoriamente, o problema prático da previsibilidade dos acontecimentos históricos.

Procurei, nessa investigação, assumir o desafio de deslocar o problema científico da análise de processos para quadros estáticos que sugerissem estabilidade. Ou seja, tive a preocupação de compreender os modos como as coisas se produzem e como os sujeitos envolvidos nestes processos respondem às possibilidades concretas de protagonizarem mudanças. Sujeitos nem sempre determinados e produzidos, mas que "criam e recriam, permanentemente, as condições de produção e novos determinantes para os processos políticos e sociais." (CAMPOS; CAMPOS, 2000, p. 86).

Creio que as novas organizações produzidas em Viamão, Jóia e Catuípe possuem maior capacidade para lidar com a incerteza, à medida que agregam um conjunto mais amplo de fontes de financiamento, de vínculos sociais e de estratégias de cuidado. No entanto, a investigação permite apenas prever a luta (GRAMSCI, 1973), mas não cada momento dela, nem – no nosso caso – quais as características das novas organizações que irá gerar. A previsão, também aqui, "... não como um ato político de conhecimento, mas como expressão abstrata do esforço que se faz, o modo prático de criar uma vontade coletiva." (GRAMSCI, 1995, p. 162).

Um novo desenho do SUS, com vistas à constituição de uma rede de atenção, está relacionada à possibilidade de formação de pessoas com capacidade para articular diferentes espaços de governo, respeitando a autonomia e a legitimidade local e, ao mesmo tempo, inserindo-se na disputa pela conformação dos modelos de atenção e das próprias características das redes de atenção nos municípios e na região.

Neste sentido, Catuípe, ao qualificar seus serviços, passou a pautar discussões no Conselho Regional de Saúde e, ao expor a dificuldade em respeitar todas as regras propostas pela implantação do Programa de Saúde da Família e denunciar o hospital regional pela insuficiência de sua contribuição para a formação da rede de atenção regional, mostrou que o espaço local é complexo e demanda formas de gestão regional mais adequadas que as que o campo da saúde tem experimentado.

As propostas de atenção desenvolvidas em Jóia e Catuípe vão na contramão dos processos em curso. A Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 2001, por exemplo, que associa gestão à concentração de equipamentos, não considera estes municípios como gestores plenos. Nossa pesquisa reitera a necessidade de novas (e mais complexas) formas de gestão para diminuir o impacto da deteriorização dos serviços de saúde na crescente crise da economia destes locais. Propostas tradicionais do campo da Vigilância da Saúde, arraigadas entre os implementadores de políticas para a atenção básica, levariam a implantação de três equipes de Saúde da Família, espalhadas pelos territórios dos municípios de Catuípe e Jóia, sem preocupar-se com o destino das organizações já existentes, no caso o abandono de hospitais comunitários locais contribuiria para um ainda maior empobrecimento destes municípios.

Em Jóia e Catuípe, a forma de territorialização e composição de equipes proposta pelo Programa de Saúde da Família não teria potência para garantir atenção integral, e talvez sequer acesso e vínculo. A distância de várias comunidades já estruturadas e dos assentamentos dificulta a implantação de equipes isoladas. No caso, há que se pensar formas de assegurar acesso até um serviço de maior resolutividade. Este e outros elementos levaram à construção de um projeto que mesclava pedaços de saúde da família com pedaços da lógica do hospital.

Catuípe mostra que é possível a manutenção de um serviço com atendimento contínuo, com alta capacidade de acolhimento e em condições de incorporar tecnologias, de forma que a ampliação de sua resolutividade não se baseie em critérios de mercado, ou no modelo tradicional, mas nas necessidades da população e na integração a uma rede regional de atenção.

Mais que criar um novo conhecimento, este trabalho tentou transitar em várias áreas, buscando respostas e possíveis soluções para os problemas que as situações estudadas foram revelando. Utilizando aspectos da discussão acerca do "conhecimento de fronteira", seria oportuno dizer que neste estudo houve um constante borramento das soluções estruturadas e mais tradicionais, na tentativa de exploração dos espaços que delimitam as diversas áreas e que mostraram capacidade, tanto para elucidar a problemática da pesquisa como para a análise dos achados.

Com limitações, o estudo procurou proceder à construção de sínteses com capacidade de operar sobre a realidade (CAMPOS, 2000); realidade sempre complexa, contraditória e conflitiva (TESTA, 1992). Trazer a novidade, novidade repleta de potencial para pensar que outras formas são possíveis... que muitos outros mundos são possíveis.

Para além da utilização metafórica do conceito de "fronteira", o estudo esteve concretamente implicado com situações e lugares distantes dos centros regionais, tanto do ponto de vista da importância das cidades investigadas como em relação à valorização atribuída aos serviços de saúde nelas localizados. Assim, de acordo com Boaventura Santos (2000), andamos nas margens de regiões, lugares de hierarquias mais fracas, da utilização de conhecimentos de forma mais seletiva e instrumental, de misturas de heranças e invenções. Lugares de uma subjetividade e de paradigmas emergentes que se manifestam na proliferação de margens. Ou seja: "A cumplicidade simbiótica entre a fronteira e a transição paradigmática reside nesta escassez de centros e na abundância das margens. Viver na fronteira é viver nas margens sem viver uma vida marginal." (SANTOS, B., 2000, p. 353).

Tomo do mesmo autor a idéia de que, nesses locais, a criação de obrigações horizontais sobrepõe-se à criação de obrigações verticais, o que conduz a uma participação mais orientada pelo princípio da comunidade; no caso do nosso estudo, as questões locais

relacionadas às necessidades de atenção à saúde e da manutenção de instituições com valor real e simbólico para as populações que aí vivem. Ao contrário da lógica hegemônica vigente no campo da organização da atenção da rede básica, que, como já citamos, induz a uma homogeneização da rede de atenção e de reprodução de programas, nosso estudo aponta para o potencial desses lugares periféricos e desvalorizados como lugares privilegiados de invenção de novas formas de produzir a gestão e o cuidado em saúde, apesar das situações de grande instabilidade, situações em que as instituições podem "estar por um fio": o hospital pode fechar a qualquer momento, pode não ter médico de uma hora para a outra, é possível sair de casa sem saber onde vai se dar, a poucas horas, o nascimento de um filho... Situações que indicam a necessidade histórica de inventar, de assumir uma imensa responsabilidade e de criar situações de transparência entre os atos e as suas conseqüências: os trabalhadores rurais de Jóia representam, neste estudo, o lugar mais precário, mais instável, menos estruturado. E é em Jóia que se produz o desenho de organização mais complexo, com maior heterogeneidade de alternativas de financiamento e de produção do cuidado. Como também é em Viamão, periférico em relação ao centro da complexidade da atenção e gestão em saúde – a Capital –, que surge, com mais força, a vontade de inovar na gestão.

Que este trabalho ajude sujeitos na construção da tecedura de suas redes, de seus lugares e na sua própria construção. Que contribua para a utopia de uma rede de atenção à saúde a semelhança das teceduras da palha com cores e formas ou das agulhas bordando sem que todo o desenho esteja definido previamente.

Pessoalmente, fui desenrolando o fio amarrado no marco de um problema de pesquisa e, muitas vezes, avaliei que não havia apertado bem o nó. Precisei suportar muita incerteza, pois nem sempre as balizas que deviam demarcar o caminho entre os meus territórios estiveram visíveis. Nesses momentos nebulosos, tive orientação ou mesmo companhia, até ver novamente as balizas e retomar a caminhada. Voltar ao caminho anterior ou, outras vezes definir novos caminhos e novos limites para os territórios e para a trajetória.

A metáfora da pesquisa conduzida por um fio remete à imagem de um pesquisador equilibrista, cuja trajetória poderia ser descrita na versão poética de um texto, já citado, e que inspirou vários passos dessa trajetória.

O Equilibrista,

Malabarista,

Se desequilibrou,

Caiu na pista.

Chorou,

Chorou, Chorou,

O público,

Gozou.

O Equilibrista,

Se Magoou,

Reclamou,

E desmaiou

O Equilibrista

Meio desiquilibrado

se levantou

E continuou...

Mas esta poesia terminou,

Acabou...

CENCI, Bárbara Righi, 1999

Tendo a ver, hoje, um trabalho de pesquisa como produto e produtor do sujeito pesquisador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMOVAY, R. A rede, os nós, as teias: tecnologias alternativas na agricultura. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, a. 6, n. 34, p. 159-77, nov./dez. 2000.

ALMEIDA, Fernanda Lopes; LOPES, Fernando de Castro. *O equilibrista*. 9. ed. São Paulo: Ática, 1997.

ALVES, Rubem. *Filosofia da ciência*. Introdução ao jogo e a suas regras. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2000.

AROUCA, Sérgio. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Campinas: São Paulo, 1975. Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas, 1975.

AZÚA, J. B. R. *De Heidegger a Habermas*. Barcelona: Herder, 1992.

BADIOU, A. *Sobre o conceito de modelo*. São Paulo: Mandacaru, 1972.

BAREMBLITT, Gregório. *Compêndio de análise institucional e outras correntes*. 3. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

BERGER, Peter I.; LUCKMANN, Thomas. *A construção social da realidade*. 15. ed. Tradução de Floriano de Souza Fernandes. Petrópolis: Vozes, 1998.

BOBBIO, Norberto. *O futuro da democracia*. Uma defesa das regras do jogo. Tradução de Marco Aurélio Nogueira. 6. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

BOHRER, Paulo Roberto. Rede básica: construindo novos espaços para acolher novas propostas. *Revista Contexto e Saúde*. Ijuí: Ed. Unijuí, v.1, n.1, p.43-62, jul./dez. 2001.

BONETI, Lindomar Wesller. Estado e exclusão social hoje. In: ZARTH, Paulo Afonso et al. *Os caminhos da exclusão social*. Ijuí: Ed. Unijuí, 1998.

_____. Etnocentrismo e desigualdade social. In: _____. (Org.). *A contramão da singularidade*. Políticas públicas e exclusão social. Ijuí: Ed. Unijuí, 2000.

_____. *O silêncio das águas*. Ijuí: Ed. Unijuí, 1997.

_____. O trabalho e a expropriação do poder criador. *Contexto e Educação*, Ijuí, n. 7, p. 40-49, jul./set. 1987.

BOURDIEU, Pierre; WACQUANT, Loïc J. D. *Respuestas*. Por una antropología reflexiva. Tradução de Hélène Levesque Dion. México, D. F.: Grijal bo, 1995.

BOURDIEU, Pierre. *Contrafogos*. Tradução de Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

_____. *Lições de aula*. 2. ed. Tradução de Egon de Oliveira Rangel. São Paulo: Ática, 1994.

BRASIL. *Constituição (1988).* Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988.

_____. Lei 8.080, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre as Condições para a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, a Organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes, e dá outras Providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 set. 1990.

_____. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a Participação da Comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde-SUS e sobre as Transferências Intergovernementais de Recursos Financeiros na Área da Saúde, e dá outras Providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 31 dez. 1990.

BUENO, Wanderlei Silva. Betim: construindo um gestor único pleno. In: MERHY, Emerson Elias; ONOKO, Rosana. *Agir em saúde*: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 169-196.

CALLAI, Helena. O espaço e a pesquisa em educação. In: CALLAI, H.; ZARTH, P. (Orgs.). *Os conceitos de espaço e tempo na pesquisa em educação*. Ijuí: Ed. UNIJUÍ, 1999.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *A saúde pública e a defesa da vida*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, a. 4, n. 14, p. 863-870, out./dez. 1998.

_____. *Reforma da reforma repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. Sobre la reforma de los modelos de atención: un modo mutante de hacer salud. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). *Política de saúde*: o público e o privado. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. p. 293-314.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.; ONOCKO (Orgs.). *Agir em saúde*: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.

_____. *Tomar a terra de assalto*. São Paulo: Hucitec, 1999.

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

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; CAMPOS, Rosana Onocko. Ciências e políticas públicas em saúde: relações perigosas. *Saúde em Debate*. a. 24, n. 55, p. 82-91, 2000.

CANESQUI, Ana Maria. Ciências sociais, a saúde e a saúde coletiva. In: CANESQUI, Ana Maria *(Org.) Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva*. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1995.

CARAPINHEIRO, Graça. *Saberes e poderes no hospital*. Lisboa: Afrontamento, 1998.

CASTEL, Robert. As armadilhas da exclusão. In: CASTEL, Robert; WANDERLEY, Luiz Euardo; BELFIORE-WANDERLEY, Mariangela. *Desigualdade e a questão social*. 2. ed. São Paulo: Ed. da PUC, 2000. p. 17-50.

CASTELLS, M. *A sociedade em rede*. Tradução de Roneide Venancio Majer. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000a.

_____. *O poder da identidade*. 2. ed. Tradução de Klauss Brandini Gerhardt. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000b.

CASTORIADIS, Cornelius. As encruzilhadas do labirinto/3: o mundo fragmentado. Tradução de Rosa Maria Boaventura. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997a.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Considerações sobre alguns “pares de opostos” que tornam singular a gestão do hospital. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 54, v. 24, p. 108-110, jan./abr. 2000.

_____. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, a. 3, n. 13, p. 469-478, 1997b.

COHN, Amélia. A saúde na Previdência Social e na Seguridade Social: antigos, estigmas e novos desafios. In: COHN, Amélia; ELIAS, Paulo E. *Saúde no Brasil*: políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez/CEDEC, 1996. p. 11-56.

DELACAMPAGNE, C. *História da filosofia no século XX*. Tradução de Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

DEMO, Pedro. *Charme da exclusão social*. Campinas: Autores Associados, 1998.

_____. *Conhecimento moderno*. Sobre ética e intervenção do conhecimento. Petrópolis: Vozes, 1997.

_____. *Metodologia científica em ciências sociais*. São Paulo: Atlas, 1995.

_____. *Pesquisa e informação qualitativa*: aportes metodológicos. Campinas, SP: Papirus, 2001. (Coleção Papirus Educação).

DIAS, Leila Cristina. Redes: emergência e organização. In: CASTRO, Iná Elias de; GOMES, Paulo César da Costa; CORREIA, Roberto Lobato (Orgs.). *Geografia*: conceitos e temas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995. p. 141-162.

FAGUNDES, Sandra. A democratização do SUS em Viamão: o colegiado gestor. In: MISOCZKY, Maria Ceci; BECH, Jaime. *Estratégias de organização da atenção à saúde*. Porto Alegre: Da Casa, 2002. p. 53-57. (Programa de Desenvolvimento da Gestão em Saúde – PDGSaúde).

_____. Viamão: cidadania em defesa da vida. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 24, p. 28-43, dez. 2001.

FARAH, Marta. Gestão pública e cidadania: iniciativas inovadoras na administração subnacional no Brasil. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, a. 4, n. 31, p. 126-56, 1997.

FERLA, Alcindo; MARTINS, Fernando. Gestão solidária da saúde: a experiência de gestão estadual do SUS no Rio Grande do Sul. *Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 23, p. 8-20, dez. 2001.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo Aurélio século XXI*: o dicionário da Língua Portuguesa. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FISCHER, Tânia. A cidade como teia organizacional. Inovações, continuidades e ressonâncias culturais – Salvador da Bahia, cidade Puzzle. In: MOTTA, Fernando C. Prestes; CALDAS, Miguel P. (Orgs.) *Cultura organizacional e cultura brasileira*. São Paulo: Atlas, 1997.

FRANCO, Túlio; MERHY, Emerson Elias. *PSF*: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial.[Campinas: s.n, 1999].

GADAMER, H. G. *Verdade e método*. Tradução de Flávio Paulo Meurer. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

GENRO, Tarso. 21 Teses para a criação de uma política democrática e socialista. In: GENRO, Tarso (Coord.); RIGO, Tadeu; SPOLIDORO, Vera (Orgs.). *Porto da cidadania:* a esquerda no governo de Porto Alegre. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1997. p. 11-16.

GIERME, Denise. *Programa de saúde da família e reforma do Estado*: formas de contratação dos enfermeiros e médicos em uma região do Estado do Rio Grande do Sul. Ijuí, 2001. Monografia (Graduação em Enfermagem), Curso de Enfermagem, Departamento de ciências da Saúde, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, 2001.

GIL, Antonio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GRAMSCI, Antonio. *Concepção dialética da história*. 10. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

_____. *El materialismo histórico y la filosofia de Benedetto Croce*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1973.

GRONDIN, J. *Introdução à hermenêutica filosófica*. Tradução de Benno Dischinger. São Leopoldo: Unisinos, 1999. (Coleção Focus).

GUATARI, Félix; ROLNIK, Sueli. *Micropolítica*. Cartografias do desejo. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

HABERMAS, J. *O discurso filosófico da modernidade*. Tradução de Ana Maria Bernardo et al. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1990.

HAESBAERT, Rogério. Desterritorialização: entre as redes e os aglomerados de exclusão. In: CASTRO, Iná Elias de; GOMES, Paulo César da Costa; CORRÊIA, Roberto Lobato (Orgs.). Geografia: conceitos e temas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995. p 165-205.

HARVEY, David. *Condição pós-moderna*. 7. ed. Tradução de Adail Ubirajara Sobral e Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Edições Loyola, 1998.

HELLER, Agnes. *O cotidiano e a história*. 6. ed. Tradução de Carlos Nelson Coutinho e Leandro Konder. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

HOBSBAWM, Eric. *Sobre história*. Tradução de Cid Knipel Moreira. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

HOCHMAN, Gilberto. A ciência entre a comunidade e o mercado: leituras de Kuhn, Bourdieu, Latour e Knorr-Cetina. In: PORTOCARRERO, Vera (Org.) *Filosofia, história e sociologia das ciências*: abordagens contemporâneas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

IBGE. Enciclopédia dos Municípios Brasileiros (Planejada e organizada por Jurandir Pires Fereira), 1959.

_____. CENSO DE 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat>. Acesso em: 03 mar. 2002.

INOJOSA, Rose Marie. Redes de compromisso social. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, a. 5, n. 33, p. 115-141, set./out. 1999.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, a. 6, n. 34, p. 35-45, nov./dez. 2000.

KERN, Arno Alvarez. *Missões*: uma utopia política. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1982.

KLÉRING, Roque. *Análise do desempenho econômico dos municípios do RS em 2000*. (Resultados Iniciais). Disponível em: <http//www.terragaucha.com.br>. Acesso em: 03 mar. 2002.

KLIKSBERG, Bernard. *O desafio da exclusão*. Para uma gestão social eficiente. São Paulo: FUNDAP, 1997.

KOSIK, Karel. *Dialética do concreto*. 2. ed. Tradução de Célia Neves e Alderico Toríbio. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

KUHN, Thomas S. *A estrutura das revoluções científicas*. 2. ed. Traduzido por Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira. São Paulo: Perspectiva, 1978.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. *Fundamentos de metodologia científica*. São Paulo: Atlas, 1986.

LAPASSADE, Georges. *Grupos, organizações e instituições*. 3. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1989.

LEFEBVRE, Henri. *A cidade do capital*. Tradução de Maria Helena Rauta Ramos e Marilena Jamur. Rio de Janeiro: DP&H, 1999.

LESBAUPIN, Ivo. *Poder local x exclusão social*. Petrópolis: Vozes, 2000.

LOURAU, René. *A análise institucional*. 2. ed, Tradução de Mariano Ferreira. Petrópolis: Vozes, 1996.

MACHADO, Maria. Helena. Macro-Micro: os novos desafios da Sociologia e os efeitos no campo da saúde. In: CANESQUI, A. M. *Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1995. p. 83-94.

MANCE, Euclides André. *A revolução das redes*. A colaboração solidária como uma alternativa pós-capitalista à globalização atual. Petrópolis: Vozes, 2000.

MATUS, Carlos. *Política, planejamento & governo*. 2. ed. Brasília: IPEA, 1996.

MENDES, Eugênio Vilaça. A construção social da vigilância à saúde no distrito sanitário. In: _____. (Org.). A vigilância à saúde no distrito sanitário. Brasília: OPS. Representação do Brasil, 1993.

_____. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um novo olhar sobre o nível local. In: _____. (Org.). A organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec, 1998.

_____. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: _____. (Org.). *Distrito sanitário*. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1995. p.19-91.

_____. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

MERHY, Emerson Elias. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, Emerson Elias; ONOKO, Rosana. *Agir em Saúde*. Um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 197-228.

_____. *A saúde pública como política*. Um estudo de formuladores de políticas. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. *Saúde*: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: _____. (Org.). *Pesquisa social*. Teoria, método e criatividade. 16. ed. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 9-30.

_____. *O desafio do conhecimento*. Pesquisa qualitativa em saúde 2. ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM nº 2.203, de 5 de novembro de 1996 (Norma Operacional Básica – SUS 01/96). *Diário Oficial da União*, Brasília, 6 nov. 1996. Seção 1.

_____. Portaria GM nº 545, de 20 de maio de 1993 (Norma Operacional Básica – SUS 01/93). *Diário Oficial da União*, Brasília, 24 maio 1993. Seção 1.

_____. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a Descentralização com eqüidade no acesso. Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 (Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/02). Série A Normas e Manuais Técnicos. 2. ed. Brasília, 2002.

MISOCZKY, Maria Ceci et al. *Impacto social e inovações gerenciais decorrentes de novas políticas sociais*: um estudo de múltiplos casos em municípios do Rio Grande do Sul (Projeto de Pesquisa), 1999.

MISOCZKY, Maria Ceci. Dilemas da burocracia no campo das políticas públicas: neutralidade, competição ou engajamento? In: *Organização e Sociedade*, n. 20, v. 8, p. 61-72, jan./abr. 2001.

MORGAN, Gareth. *Imagens da organização*. Tradução de Cecília Whitaker Bergamini e Roberto Coda. São Paulo: Atlas, 1996.

MORIN, Edgar. *A cabeça bem-feita*. Tradução de Eloá Jacobina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000a.

_____. A epistemologia da complexidade. In: MORIN, Edgar & LE MOIGNE, Jean-Louis. *A inteligência da complexidade*. Tradução de Nurimar Maria Falci. São Paulo: Peirópolis, 2000b. (série nova consciência).

_____. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. 2. ed. Tradução de Catarina E. F. da Silva e Jeanne Sawaya. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2000c.

MOTTA, Paulo Roberto. *Transformação organizacional*. A teoria e a prática de inovar. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1998.

NIETZCHE, Friedrich. Assim falou Zaratrusta. In: *Os pensadores*: obras incompletas. 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

ONATE, Alberto Marcos. *O crepúsculo do sujeito em Nietzsche*. São Paulo: Discurso; Ijuí: Ed. Unijuí, 2000.

OUTHWAITE, William; BOTTOMORE, Tom (Edit.). *Dicionário do pensamento social do século XX*. Traduzido por Eduardo Francisco Alves e Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

PAIM, Jairnilson Silva. Vigilância sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Zélia. *Epidemiologia e saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993. p. 455-466.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PEREIRA; Luis Carlos Bresser; GRAU, Nuria Cunill. Entre o Estado e o mercado: o público não-estatal. In: _____. (Orgs.). *O público não-estatal na reforma do Estado*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999. p. 15-52.

PREFEITURA Municipal de Jóia. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão*, 2000.

PREFEITURA Municipal de Viamão. Secretaria Municipal de Saúde, Cidadania e Assistência Social. *Relatório do Seminário de Reestruturação da Rede Básica*, 1999.

_____. Secretaria Municipal de Saúde, Cidadania e Assistência Social. *Relatório de Gestão*, 2000.

_____. Secretaria Municipal de Saúde, Cidadania e Assistência Social. *Guia de Serviços e endereços*. Criação e Elaboração de Angela Birk [1999].

ROCHEFORT, Michel. *Redes e sistemas*. Ensinando sobre o urbano e a região. Tradução de Antônio de Pádua Danesi. São Paulo: Hucitec, 1998.

SADER, Eder. *Quando novos personagens entraram em cena*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

SALAMA, Pierre. A trama do neoliberalismo. Mercado, crise e exclusão social. In: SADER, Emir (Org.). *Pós-neoliberalismo* – As políticas sociais e o Estado democrático. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998. p. 139-180.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *A crítica da razão indolente*. Contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. A reinvenção solidária e participativa do Estado. SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOCIEDADE E A REFORMA DO ESTADO. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Centro de Estudos. Coimbra: Mare, 1997a.

_____. *Introdução a uma ciência pós moderna*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

_____. *Pela mão de Alice*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1997b.

_____. Reinventar a democracia; entre o pré-contratualismo e o pós-contratualismo. In: HELLER, Agnes; SANTOS, Boaventura de Sousa; CHESNAIS, François. *A crise dos paragdigmas em ciências sociais e os desafios para o século XXI*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1999. p. 33-76.

_____. *Um discurso sobre as ciências*. 10. ed. Porto: Afrontamento, 1998.

SANTOS, Milton; SILVEIRA, Maria Laura. *O Brasil*: território e sociedade no início do século XXI. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SANTOS, Milton. *Espaço & método*. 4. ed. São Paulo: Nobel, 1997a.

_____. *O espaço do cidadão*. 4. ed. São Paulo: Nobel, 1998.

_____. O retorno do território. In: SANTOS, Milton; SOUZA, Maria Amélia; SILVEIRA, Maria Laura (Orgs.). *Território globalização e fragmentação*. 3. ed. São Paulo: Hucitec-ANPUR, 1996. p. 15-20.

_____. *Técnica, espaço, tempo*. Globalização e meio técnico-científico informacional. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1997b.

SARTRE, J P. *Questão de método*. Seleção de textos de José Américo Motta Pessanha. Tradução de Vergílio Ferreira et al. São Paulo: Abril Cultural, 1978. (Os Pensadores).

SCHREIBER, Lilia Blima. Programação hoje: a força do debate. In: _____. (Org.). *Programação em saúde hoje*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1993.

SEABRA, Odete; CARVALHO, Mônica de; LEITE, José Corrêa. *Território e sociedade*. São Paulo. Perseu Abramo, 2000. Entrevista com Milton Santos.

SILVA JR., Aluísio Gomes da. *Modelos tecnoassistenciais em saúde*. O debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

SOUZA, Marcelo José Lopes. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: CASTRO, Iná Elias de; GOMES, Paulo César da Costa; CORRÊIA, Roberto Lobato (Orgs.). *Geografia*: conceitos e temas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995. p. 77-116.

STEIN, Ernildo. Heidegger: vida e obra. In: *Conferências e Escritos filosóficos/Martin Heidegger*. Tradução e notas de Ernildo Stein. São Paulo: Abril Cultural, 1979. (Os Pensadores).

TABUCCHI, Antonio Afirma Pereira. Um testemunho. Tradução de Roberta Barni. Rio de Janeiro: Racco, 1995.

TEDESCO, João Carlos. *Paradigmas do cotidiano*. Introdução à constituição de um campo de análise social. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 1999.

TEIXEIRA; Carmem Fontes; PAIM; Jairnilson Silva; VILASBÔAS, Ana Luiza. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. *IESUS*. Brasília, v. 2, n. VII, p. 7-28, abr./jun. 1998.

TEJADA, David Pardo. El hospital en los sistemas locales de salud. In: PAGANINI, José Maria; CAPOTE MIR, Roberto (Edit.). *Los sistemas locales de salud*: conceptos – métodos – experiencias. Publicação científica, n. 519. Organização Panamericana de Saúde, 1990. p. 276-286.

TENDLER, Judith. *Bom governo nos trópicos*. Tradução de Maria Cristina Cupertino. Rio de Janeiro: Revan, 1998.

TESTA, Mário. Análisis de instituciones hipercomplejas. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Orgs.). *Agir em saúde*. Um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 17-70.

_____. De ilusiones perdidas y esperanzas futuras. *Saúde em Debate*, a. 24, n. 55, p. 5-30, 2000.

_____. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas; Abrasco, 1992.

TIERRA, Pedro. Carta do Sul. *Revista Informação*, Ijuí: SINPRO, n. 25, p. 9, jan./fev. 2002.

TOLBERT, Pamela S.; ZUCKER, Lynne G. A institucionalização da teoria institucional. Tradução de Humberto Falcão Martins e Regina Cardoso. Revisão Técnica de Marcelo Milano Falcão Vieira e Roberto Fachin. In: CLEGG, S.; HARDY, C.; NORD, W. (Orgs.). *Handbook de estudos organizacionais*. (Organizadores da Edição Brasileira: CALDAS, M.; FACHIN, R. FISCHER, T.). São Paulo: Atlas, 1999. v. 1, p. 196-219.

TRIVIÑOS, Augusto. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Atlas, 1995.

UGÁ, Maria Alicia Domingues. Ajuste estrutural, governabilidade e democracia. In: GERSCHMAN, Sílvia; VIANNA, Maria Lúcia Werneck. *A miragem da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

VIEIRA Marcelo Milano Falcão. Qualidade, grupos e objetivos organizacionais: um estudo exploratório no Serviço Penitenciário do Estado de Santa Catarina. In: VIEIRA, Marcelo Milano Falcão; OLIVEIRA, Lúcia Maria Barbosa de (Orgs.). *Administração contemporânea*. Perspectivas estratégicas. São Paulo: Atlas, 1999.

VIEIRA Marcelo Milano Falcão; CARVALHO, Cristina Amélia Pereira de. Qualidade e objetivos: implicações teóricas e metodológicas para a análise de organizações. In: VIEIRA, Marcelo Milano Falcão; OLIVEIRA, Lúcia Maria Barbosa de (Orgs.). *Administração contemporânea*. Perspectivas estratégicas. São Paulo: Atlas, 1999.

VILLAR, Hugo. Bases para la organizacion de los sistemas locales de salud. In: PAGANINI, José Maria; CAPOTE MIR, Roberto (Edit.). *Los sistemas locales de salud:* conceptos – métodos – experiencias. Publicação científica, n. 519. Organização Panamericana de Saúde, 1990a. p. 136-146.

_____. La dirección del hospital: necessidades de formación. In: PAGANINI, José Maria; CAPOTE MIR, Roberto (Edit.). *Los sistemas locales de salud*: conceptos – métodos – experiencias. Publicação científica, n. 519. Organização Panamericana de Saúde, 1990b. p. 287-293.

WANDERLEI, Mariangela Belfiore. Refletindo sobre a noção de exclusão. In: SAWAIA, Bader (Org.). *As artimanhas da exclusão*. Petrópolis: Vozes, 1999.