

A ARTICULAÇÃO ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE: UMA ANÁLISE DO SUS EM PERNAMBUCO

THE ARTICULATION AMONG LEVELS OF ATTENTION ON THE HEALTH: AN ANALYSIS OF SISTEM OF IN PERNANBUCO

JACKELINE AMANTINO DE ANDRADE¹

RESUMO: Este artigo analisa a organização de política de saúde considerando o processo de regionalização do SUS tendo como objetivo questionar a lógica dos modelos técnico-assistenciais sob a perspectiva dos estudos organizacionais. A partir de dois estudos de casos realizados no estado de Pernambuco levanta alguns questionamentos sobre as formas de organização e articulação entre os níveis de atenção à saúde. O método da pesquisa foi o estudo de caso qualitativo e os resultados apontaram para uma centralização do processo de regionalização no nível estadual e o predomínio de uma concepção de sistema como estrutura distinta, própria às abordagens da teoria dos sistemas sociais, também baseada em práticas que se aproximam de uma “burocracia leve”, conforme abordam Courpasson e Clegg (2006). Conclui-se, assim, que diante dessas características é difícil compor a rede do SUS como um meio de mediação considerando a noção de situação de que trata Carlos Matus.

ABSTRACT: This article analyses the health policy organization in Brazil considering SUS' regional organization to question its models logics under the organizational studies perspective. From two cases studies carried through in the state of Pernambuco it raises some asks on the organizational forms and joints between health attention levels. The research method was the qualitative case study and the results had pointed to centralization in the state level and to a predominance of a conception of system as proper distinct struture to the boardings of the social systems theory, also based in practices that are approaches to soft bureaucracy as Courpasson e Clegg (2006) treat. One concludes thus that ahead of this issues it is difficult compose SUS network as a way of mediantion in the sense of situational notion proposes by Carlos Matus.

Palavras-chave: Política de saúde; organização de serviços; burocracia; sistemas; redes.

Key words: Health policy; services organization; bureaucracy; systems; networks.

Sumário: Introdução - 1 Modelos Técnico-Assistenciais e as Abordagens Organizacionais - 2 Metodologia de Pesquisa - 3 Resultados e Discussão - 4 Considerações Finais - Referências.

¹Doutora em Administração, Instituição: Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Pernambuco.

INTRODUÇÃO

Este artigo analisa o processo de regionalização da saúde questionando uma condição paradoxal que é inerente a NOAS, ou seja, a possibilidade desta norma ser um ponto de avanço ou de inflexão no que concerne aos princípios que ordenam o SUS. Entende-se, assim, a importância de se fazer uma reflexão sobre os modelos técnico-assistências não apenas vinculada àquilo que vem sendo discutido tanto no contexto de práticas do SUS como da produção de conhecimento da saúde coletiva, destacando-se a relevância das contribuições que os estudos organizacionais podem aportar não apenas em termos teóricos como também para as práticas de gestão do SUS.

São evidentes os avanços que o SUS vem alcançado ao longo dessas duas últimas décadas. Entretanto, como é destacado no campo da atenção à saúde as questões relativas a organização e gestão desse 'sistema' complexo demandam por maiores avanços.

Este artigo busca, então, problematizar o processo de organização de serviços na articulação entre níveis de atenção dentro de uma perspectiva que incorpora na análise das práticas conceitos e categorias dos estudos organizacionais propondo a olhar com novos olhos a possibilidade de construção de novos modos de fazer a saúde no contexto do SUS. Tal problematização foi construída a partir de uma pesquisa sobre a regionalização e a articulação entre os níveis de atenção à saúde no estado de Pernambuco. O item busca aproximar os modelos técnico-assistências ainda como imagem organizacionais daquilo que é tratado pela teoria organizacional seja em relação à burocracia, aos sistemas e às redes organizacionais. A seguir é apresentado o metodologia da pesquisa e resultados dessa pesquisa que instigaram a essa problematização, sendo também apresentada uma discussão sobre estes resultados à luz dessas teorias. Finalmente, são levantadas algumas considerações a partir desses resultados questionando sobre as alternativas possíveis considerando a constatação de que o processo de regionalização da saúde em Pernambuco representou uma inflexão no processo de descentralização do SUS.

1 MODELOS TÉCNICO-ASSISTÊNCIAS E AS ABORDAGENS ORGANIZACIONAIS

A organização dos serviços de saúde no contexto SUS tem sido um dos seus grandes desafios nestes últimos anos. Baseada nos princípios da universalização, da integralidade, da descentralização e da participação social, a Constituição Federal de 1988 definiu que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único” (BRASIL, 1988). Entretanto, é preciso destacar que as formas de organização, indicadas no texto constitucional, comportam em si diferentes referenciais, ou seja, a hierarquia, o sistema e a rede.

Como imagens esses referenciais podem ser compreendidos como metáforas da organização que trazem em si também diferentes concepções sobre a organização e seus processos, algo destacado por Morgan (1996). A hierarquia explicita a burocracia que este autor identifica como a metáfora da máquina. O sistema como imagem organizacional aporta a metáfora do organismo. Por sua vez, a rede, que não é abordada por Morgan, tem sido tratada como a metáfora das inter-relações.

No entanto, mais do que metáforas organizacionais, essas imagens estão relacionada a abordagens que têm ocupado há décadas os estudos organizacionais algo que será tratado a neste artigo. Antes, porém, é necessário compreender como essas imagens aludidas para organização adentram o imaginário e as concepções sobre a organização do SUS.

Cecílio (1997) destaca que a proposta de regionalização e hierarquização da saúde foi traduzida na concepção de uma pirâmide. Esta seria a representação do modelo técnico-assistencial do SUS. Uma base ampla relativa à atenção primária para o atendimento de uma população geograficamente adscrita constituindo-se na porta de entrada do sistema. No seu nível intermediário estariam os serviços de atenção secundária e no seu topo os serviços de maior complexidade. A pirâmide representaria a possibilidade de uma racionalização do atendimento ordenando fluxos de pacientes tanto de baixo para cima como de cima para baixo propiciando o tratamento dos usuários em espaços tecnológicos específicos e adequados e, incorporando, assim, o ideário de luta do SUS no que diz respeito a expansão de cobertura e a democratização do acesso; a capacidade da atenção primária de gerar modelos alternativos focados na prevenção e na promoção da saúde, como também um melhor uso dos recursos.

Também o pressuposto de modelo assistencial procura traduzir em si a noção de sistema quando é definido como uma articulação de recursos físicos, tecnológicos e humanos a fim de garantir a integralidade de ações para o cuidado da saúde em diferentes níveis de atenção. (MERHY, MALTA & SANTOS, 2004). Por outro lado, a rede é, normalmente, identificada como uma infra-estrutura, seja básica, assistencial ou hospitalar, disposta em territórios específicos, uma concepção também atribuída a outras infra-estruturas, tais como as de energia elétrica, de comunicações, de transportes, etc., ou como uma rede social que integra diferentes atores na participação decisória e de controle social da política de saúde ou como um modo que, de acordo com Junqueira (2000), possibilitaria a construção da intersetorialidade; ou mesmo, como uma rede de política (policy network), que traduziria o SUS numa coordenação interorganizacional (FLEURY & OUVREY, 2007).

O imaginário do SUS comporta, assim, essas diferentes metáforas e imagens. Entretanto, permanece o desafio do SUS, ou melhor, de seus gestores e trabalhadores em 'definir' como organizar essa rede hierarquizada e regionalizada constituindo um sistema de comando único.

Cecílio (1997, p. 475) sugere relativizar a concepção de pirâmide e adotar a concepção de círculos como "idéia de movimento, de múltiplas alternativas de entradas e saídas." Uma multiplicidade em movimento o círculo se aproximaria ao que parece da imagem do sistema com suas entradas e saídas em constante adaptação.

Refletindo sobre essas diferentes formas, cabe agora retomar um pouco as discussões dos estudos organizacionais e suas abordagens, até aqui apenas indicadas e repensar os sentidos para a organização da rede de serviços do SUS.

A hierarquia é uma das características da burocracia apontadas por Max Weber. Para Weber a hierarquia é uma estrutura de autoridade que dá limites às áreas de comando e responsabilidade; uma base normativa que regula toda a estrutura organizacional indicando quem tem poder sobre outros para impor regras legítimas dentro do aparato administrativo. Por isso, ele define a burocracia como o exercício da autoridade legitimada sob princípios racionais-legais onde regras definem o caminho da hierarquia de tal modo que o aparato administrativo não pertence ao burocrata, mas sim, a estrutura e aos processos organizacionais fundamentados no conhecimento técnico para atingir a eficiência máxima.

Pode-se, assim, compreender que o cuidado em saúde ordenado hierarquicamente em espaços tecnológicos visando a eficiência com a melhor utilização de recursos da rede de cuidado nos seus diferentes níveis de atenção à saúde dá forma a uma estrutura burocrática que se apóia na legitimidade do conhecimento técnico e nos caminhos da hierarquia com pacientes seguindo seus fluxos. A ampliação da base da pirâmide com o objetivo de expandir a cobertura e dar acesso explicitam a lógica da eficiência, enquanto a capacidade da atenção básica em produzir novos modos de cuidado permanece ainda como uma possibilidade diante de

princípios racionais e legais que predominam nesse processo de organizar.

Fala-se em possibilidade porque o modelo da pirâmide como modelo técnico-assistencial apesar de fortemente destacar a descentralização e a capacidade contra-hegemônica atribuída à atenção básica para transformar a realidade mantém em si o sentido da burocracia. Ou seja, um tipo especial de relações de poder que se legitima pela dominação. A burocratização como um movimento histórico, como diria Weber, em que a racionalização ao mesmo tempo produz irracionalidades ao ameaçar a liberdade e a democracia. A burocratização também tratada por Michels ([1915] 1949) que impossibilita a democratização das organizações e concentra o poder nas elites que formam variados centros de poder em competição e limitam as bases de qualquer participação real dentro do processo político. Ou ainda como diria Torqueville (2005), a burocracia na qual há uma maior valorização da igualdade em relação à liberdade reproduzindo o sentido da obediência na democracia como o poder centralizado por meio de regras uniformes que são aceitas pela maioria.

É nesse sentido do poder centralizado em normas uniformes e de sua concentração pelas elites que Courpasson e Clegg (2006) propõem a idéia de “soft bureaucray” nas atuais realidades organizacionais pós-fordistas. Uma forma mais leve da burocracia que representa interesses policêntricos com vista a comprometer a todos por meio dos ideais de consenso transparecendo um sentido circular, que, no entanto, reproduz padrões oligárquicos no exercício da persuasão e da influência para manter o controle e o comando.

Considerando o que trata os estudos organizacionais sobre a burocracia e as imagens atribuídas ao SUS e aos seus modelos técnico-assistenciais, questiona-se: até que ponto a hierarquização regionalizada do SUS, baseada no princípio de descentralização, constitui-se numa “burocracia leve” que sobre padrões oligárquicos organiza os serviços uniformemente a partir de influências centralizadas de controle e comando?

Interente a “burocracia leve” está uma imagem que possa transparecer o movimento e a circularidade que Cecílio contrapõem ao modelo da pirâmide. Mas, como foi, anteriormente, destacado nessa contraposição proposta pelo autor há implicitamente a imagem de um outro modelo, o sistema, que, no entanto, deve ser também refletida a partir daquilo que trata os estudos organizacionais.

Scott (1998) apresenta a amplitude de abordagens referenciadas à categoria de sistemas. Em primeiro lugar, aborda como dentro dessa perspectiva existe uma preocupação com interconexões para o alcance de objetivos que não são apenas aqueles definidos para organização operá-los, mas também, a própria manutenção ou sobrevivência da organização de maneira que esta em vez de ser um meio para atingir objetivos torna-se um fim em si mesma; a perspectiva dos sistemas naturais, como ele denomina. Em segundo lugar, destaca a interdependência da organização e do ambiente de modo a produzir laços, recebendo e enviando recursos diversos a fim de alimentar um equilíbrio através dessas entradas e saídas, que é, normalmente, mantido por relações mais flexíveis, ou seja, a perspectiva dos sistemas abertos. Sob essas duas perspectivas, o autor destaca um conjunto de teorias, abordagens e autores. Por exemplo, a teoria funcionalista, a teoria institucional de Philip Selznick, a abordagem dos sistemas cooperativos de Chester Barnard, identificados com os sistemas naturais, e a cibernética, os sistemas casados frouxamente (loosely coupled systems), que tratam Cyert e March, a teoria contingencial, entre outros, vinculados a perspectiva dos sistemas abertos.

Além do que é destacado por Scott (1998) podem ser acrescidas outras e mais recentes abordagens no contexto dos estudos organizacionais relativas aos sistemas. É o caso da teoria da autopoesis de Humberto Maturana e Francisco Varela (ver Morgan, 1996) e da teoria de sistemas elaborada por Niklas Luhmann que foi objeto de

um número específico da revista *Organization* no ano de 2006 (ver Seidl e Becker, 2006).

Não é intenção deste artigo tratar de todas essas abordagens, mas, fundamentalmente, considerar a organização dos modelos técnico-assistenciais do SUS sob a perspectiva do sistema, conforme abordam os estudos organizacionais. Como colocado acima a imagem do sistema está implícita e explícita no SUS começando pela sua denominação e as idéias relativas a esses modelos que se referem a entradas e saídas diversas e a articulação de recursos entre níveis diversos de atenção. Assim, são aqui considerados os princípios que fundamentam a abordagem de sistemas na teoria organizacional, isto é, referentes as suas bases funcionalistas identificadas na obra de Talcott Parsons e sua teoria dos sistemas sociais e as redefinições feitas mais recentemente por Niklas Luhmann, que iniciou sua vida acadêmica sob a orientação do primeiro.

No funcionalismo parsoniano a organização é compreendida como um sistema social onde há uma relação entre as partes e o todo na qual cada parte deve exercer um papel ou função que contribui para a realização dos objetivos deste todo. Parsons (1951) define o sistema como um modelo que tem quatro funções básicas: a) adaptação que trata da aquisição de recursos suficientes no ambiente; b) atendimento dos objetivos que se ocupa de definir e implementar objetivos; c) integração que é relativa à coordenação de subunidades ou subsistemas e d) latência que trata de criar, preservar e transmitir a distinção do sistema em termos de cultura e valores. Como ressalta Scott (1998) o sistema para Parsons é uma solução estrutural com o objetivo de eliminar tensões em qualquer nível. Mouzelis (1967) salienta o que caráter dinâmico do sistema é referente à necessidade de reprodução da estrutura, pois as tensões em relação às regras necessitam de constante renovação do controle.

Luhmann (2006) retira indelevelmente do sistema social qualquer tipo de ação, e, conseqüentemente, a existência de um poder a priori. Para ele o sistema é uma cadeia de operações, uma estrutura circular produzida por um único operador: a comunicação. Esta não está baseada na idéia de emissor e receptor, mas como um elemento de informação, expressão e compreensão que substitui a ação. A circulação ou autopoiesis constitui-se no processo de conectividade desse operador para a reproduzir o sistema a fim de caracterizar sua distinção. Portanto, Luhmann mantém a idéia de distinção inerente à função de latência tratada por Parsons, distanciando-se, no entanto, da ação humana, uma vez que este último compreender que a reprodução do sistema dá-se pela cultura e pelos valores.

Questiona-se então: como a proposição de sistema focada fundamentalmente na distinção de uma estrutura reproduzida tem sido incorporada na definição dos modos de organizar os serviços do SUS?

Diferente das outras imagens a rede do SUS parece ter uma representação mais aproximada em referência a infra-estrutura de serviços. Todavia, nos estudos organizacionais a rede tem se destacado como metáfora; como uma representação de conectividade, de interligação, de simultaneidade e de interdependência refletindo a dinâmica e a complexidade das relações organizacionais na atualidade. Uma imagem para representar conexões múltiplas, relações horizontais, interação entre diversos atores intra e interorganizacionais que tem ocupado os estudiosos das organizações nos últimos anos. Parte-se do pressuposto de que as redes são arranjos híbridos e variados configurando a ação imersa em estruturas (NOHRIA & ECCLES, 1992; POWELL, 1987, 1990; UZZI, 1997; GULATI, 1998, entre outros) baseados, em parte, na concepção de Granovetter (1985) de que as estruturas são produzidas, reproduzidas e transformadas pela ação de redes que lhes estão imersas. É certo que há ainda uma tendência de muitos estudos em tratar as redes como formas a serem estabilizadas, ou melhor, como estruturas implicando a ordem que é inerente à

burocracia e a necessidade de distinção destacada nos sistemas. Porém, tem sido trazida para o campo dos estudos organizacionais a concepção da rede de atores baseada em autores como Callon (1986) e Latour (2000) de modo a compreender as redes como mediações para produzir ordenações sempre parciais de peças técnicas e sociais no processo de organização (ver ANDRADE, 2004).

Considerando que a rede de serviços do SUS é constituída de espaços tecnológicos e sociais diversos em que atuam diferentes organizações produzindo diferentes modos de organizar o cuidado à saúde que necessitam também ser articulados, questiona-se: em que medida a concepção de rede ou, mais especificamente, a rede como meio de mediação entre processos técnicos e sociais pode se desvelar nas práticas do SUS?

2 METODOLOGIA DA PESQUISA

Esta pesquisa se inseriu num projeto de pesquisa maior financiado pelo CNPq que teve como foco de investigação a articulação entre os níveis de atenção à saúde a fim de identificar a criação de formas organizacionais e de articulação interorganizacional coerentes ao princípio de descentralização do SUS. Foi analisado o processo de regionalização da saúde desencadeado a partir da NOAS, considerando, de um lado, que esse processo propiciaria a criação de novas formas de articulação e, de outro, que haveria uma limitação para essa capacidade criativa diante da própria formalização inerente a essa norma.

Dada a complexidade do fenômeno e a necessidade de coletar dados mais próximos a sua origem e de desenvolver um esquema analítico que facilitasse a teorização foi escolhido como método o estudo de casos múltiplos (EISENHARDT, 1989; VAN MAANEN 1983 e YIN, 1989). Os casos foram selecionados de modo intencional considerando as características sócio-econômicas e espaciais das microrregiões de saúde no estado de Pernambuco. Uma situada no Agreste e identificada de acordo com os dados de Pernambuco (2004) como a menos desenvolvida econômica e socialmente e outra situada no Sertão e identificada como uma das mais desenvolvidas.

O trabalho com os casos buscou apreender aquilo que lhes era particular para ampliar uma compreensão a partir da prática, e com isso, talvez, modificar as generalizações até então atribuídas a essa realidade (STAKE, 1995). A coleta de dados foi realizada através de: documentos, disponibilizados na internet e aqueles fornecidos pela Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco; observação direta que ocorreu durante a pesquisa de campo no período de setembro de 2007 a janeiro de 2008 nos 27 municípios das duas microrregiões e entrevistas não-estruturadas realizadas junto a gestores e trabalhadores da saúde desses municípios. A análise de dados deu-se de forma progressiva ao longo do processo de pesquisa buscando a triangulação do dados. De acordo com Stake (1995), a triangulação serve para capturar as múltiplas perspectivas dos atores que precisam ser representadas, sendo, também, uma forma de validação dos dados. Ainda segundo esse autor o foco progressivo auxilia na localização dos dados num processo de interpretação contínuo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A NOAS-SUS, publicada em 2001, tinha como objetivo desencadear o planejamento e a adequação dos modelos assistenciais e de gestão visando avanços no processo de organização do SUS no que concerne a regionalização, uma vez que "existem, no Brasil, milhares de municípios pequenos demais para gerirem, em seu

território, um sistema funcional completo” (BRASIL, 2001). Por isso a sua proposta de “organização funcional” dos sistemas de saúde em todos os níveis de atenção com vista a evitar “a desintegração organizacional e a competição entre órgãos gestores e a conseqüente atonômização do SUS em milhares de sistemas locais ineficientes, iníquos e não resolutivos” (BRASIL, 2001). Uma nova versão dessa norma em 2002 reconhece que “foram identificados entraves na sua operacionalização [...] dificuldades para estabelecer o comando único [...] e assegurar a totalidade da gestão municipal nas sedes dos módulos assistenciais”, entretanto, permanecem os pressupostos da regionalização com a “conformação dos sistemas funcionais de saúde” antes estabelecidos no desenho de macrorregiões, microrregiões e módulos assistenciais apenas destacando-se uma flexibilização para os estados implementarem os seus Planos Diretores de Regionalização (BRASIL, 2002).

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) de Pernambuco, que começou a ser definido ainda sobre a vigência da NOAS 01/01 e finalizado na NOAS 02/02, foi analisado, num primeiro momento, a fim de identificar a “organização funcional” proposta para o estado e suas diretrizes de forma a dar base à pesquisa de campo e, num segundo, momento objetivando o foco progressivo de interpretação procedeu-se uma análise crítica de discurso de seu texto, considerando a triangulação com os dados relativos às observações diretas e entrevistas.

A organização das bases territoriais que foram definidas pelo PDR previa 3 macrorregiões, 11 microrregiões e 48 módulos assistenciais, alguns destes sem nenhum outro município vinculado, lembrando que Pernambuco tem 184 municípios e 1 distrito (Fernando de Noronha). O Quadro 1 a seguir apresenta essa organização referente às duas microrregiões estudadas.

Macrorregião	Microrregião	Módulo Assistencial	Municípios Vinculados
		Águas Belas	Itaíba
		Bom Conselho	Brejão, Terezinha
		Caetés	-
		Canhotinho	Angelim, Quipapá
Caruaru	Garanhuns	Capoeiras	-
		Garanhuns	Correntes, Jacuti, Jupl, Palmeirina, Paranatamá, Saloá
		Iati	-
		Lagoa do Ouro	-
		Lajedo	Calçado
		São João	-
		Cabrobó	-
Petrolina	Petrolina	Petrolina	Afrânio, Dormentes, Lagoa Grande
		Santa Maria da Boa Vista	Orocó

Quadro 1 – Regionalização da Saúde em Pernambuco relativa aos Casos de Estudo. Fonte: PERNAMBUCO (2002)

As diretrizes desse PDR propunham o aprofundamento da descentralização, sendo a atenção básica em bases ampliadas a “estratégia estruturante para a organização do sistema de saúde” através da consolidação do Programa Saúde da Família (PSF) atribuindo para os módulos assistenciais a oferta de serviços da média complexidade em M1 e a disposição de estrutura hospitalar “para clínicas médica, pediátrica e gineco-obstétrica, serviços de apoio diagnóstico aos procedimentos”, para as microrregiões a oferta da média complexidade em M1, M2 e M3 dispondo “de serviços de apoio ao diagnóstico e terapias especializadas e procedimentos de alta complexidade e com estrutura hospitalar para a realização de cirurgias” e para as macrorregiões a oferta de alta complexidade com a disposição da oferta na “média e alta complexidade, estrutura hospitalar para a realização de cirurgias mais complexas e internações especializadas e atendimento em UTI’s.”

Durante a pesquisa de campo pôde-se constatar que o PSF começa a se tornar o modelo hegemônico nas duas microrregiões apesar de ainda predominar em

alguns municípios uma cobertura maior da atenção básica através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Também se observou em ambas microrregiões a predominância no imaginário dos usuários e de muitos trabalhadores da saúde do modelo hospitalocêntrico, pois se atribuía às Unidades Mistas ou Centros de Saúde instalados nos municípios a denominação de hospital, muitos destes identificados com essa denominação em placas, o que representa a concordância de gestores e prefeitos com essa representação. Como foi relatado por um gestor de um dos municípios na microrregião de Garanhuns há uma preocupação com a implantação de Hospitais de Pequeno Porte na região: “o município A já tem, tem um ano, um ano e pouco e eu acredito e aqui na região só falta [nós] prá ser enquadrado nessa categoria de HPP que é conhecido como hospital de pequeno porte.”

Quanto ao atendimento da média complexidade em M1, dos treze módulos assistências implantados nas microrregiões, apenas Garanhuns e Lagoa do Ouro fazem a oferta integral dos serviços, os demais, incluindo Petrolina que é também sede de macrorregião, utilizam os serviços de outros municípios previstos na Programação Pactuada Integrada (PPI). As microrregiões Garanhuns e Petrolina não dão conta de atender toda a média complexidade, assim há um encaminhamento, principalmente, para Recife.

Um fato que compromete a integralidade do cuidado à saúde, pois Garanhuns está distante 229 km e Petrolina a 769 km de Recife. Além disso, a rede de serviços é fundamentalmente estadual. Por exemplo, em Garanhuns os atendimentos de média complexidade são realizados pelo Hospital Regional Dom Moura e em Recife apenas 30% de toda a rede é gerida pelo município. Diante dessa distribuição da rede, a Secretaria Estadual de Saúde implantou a Central de Leitos, entretanto, ainda pode-se questionar a efetividade dessa ação em relação à integralidade apesar de uma visão de melhora por parte de alguns municípios, veja-se o relato de um trabalhador da saúde de um dos municípios dessa microrregião, mas também o contraponto do Secretário Municipal de Saúde de Garanhuns a seguir.

Aí a central diz Dr. Fulano de tal encaminhe o seu paciente prá Caruaru, encaminhe prá Arcoverde, encaminhe prá o Hospital Restauração [fica em Recife]. Ele já dá o número do leito que o paciente vai ser atendido lá. É organizada essa central ... [...] E melhorou muito. Quando não tinha era um pouco bagunçado. Por exemplo, aconteceu um acidente aqui a gente mandava prá Caruaru, Caruaru mandava prá Arcoverde, Arcoverde mandava... e saía mandando. E com essa central esse diabo vai certo sabendo que o leito dele já vai tá pronto prá ele ser atendido. (Entrevista Trabalhador da Saúde).

Tem o Hospital Regional que está na sede, no território, mas é de competência do estado. Tem os filantrópicos, conveniados. Mas esses hospitais têm uma característica regional. Então eles não atendem a população de Garanhuns. Atendem uma população de quase 700 mil habitantes que é o entorno. E é preciso que o município tome a iniciativa de fazer isso. [...] Eu sempre achei que o município deveria ter um serviço próprio. [...] E a gente vem tentando mostrar essa necessidade de a gente ter uma referência. Porque você faz a rede básica até; você cuida dos procedimentos, mas na hora de referenciar você perde o controle sobre esses pacientes. Até as informações que estão em uma outra esfera de gestão. É claro que integração deve existir, mas nem sempre ela se processa com tanta eficiência. (Entrevista Secretário Municipal de Saúde de Garanhuns).

Em Petrolina, o Hospital Dom Malan que era regional está sob a gestão municipal. No entanto, a realidade da organização dos serviços nessa macrorregião,

que é também sede da microrregião, é bastante complexa para não dizer complicada. O fato é que como disse um trabalhador da saúde de um dos municípios dessa microrregião “a demanda no Dom Malan é muito grande”, e, como também disse uma trabalhadora de outro município, “tudo que não resolve por aqui se manda prá Petrolina”. Sob a gestão da nova Secretária Municipal de Saúde, o município limitou o atendimento aos demais municípios apenas para urgências e, mesmo assim, aquele primeiro trabalhador que tratou da demanda ressalta que é muito complicado ver “o nosso povo morrendo nas macas para o Dom Malan.” Essa questão tem mobilizado os gestores dos demais municípios como se constata nas falas de dois secretários municipais de saúde.

Porque a gente vem reclamando essa questão de Petrolina não ter condições de assumir nem Petrolina e como é que Petrolina assume 27 municípios?! Então caberia a Petrolina pelo menos assumir os municípios que fazem parte da regional de saúde que é de Cabrobó a Afrânio. [...] Então como é que Petrolina pactua com a gente, tem um documento, um compromisso de que vai prestar serviço prá gente e depois não cumpre! (Entrevista Secretária Municipal de Saúde de Cabrobó).

“O SUS é bonito [...] é importante; tem indicadores bons. [...] Mas, você vai para a realidade e não é isso e se discute que essa realidade poderá melhorar. [...] Então eu acho importante se discutir e trazer propostas no sentido de querer melhorar. Não só recurso, Porque recurso resolve uma parte, mas não resolve a outra. Nós temos que ter compromissos sociais [...] Petrolina, por exemplo, construiu um hospital há trinta anos e está lá do mesmo jeito, recebendo 600 mil pessoas por ano. Construíram [...] o Hospital de Trauma que seria um hospital de emergência que vai resolver a situação [...] que está há oito anos lá cheio de equipamentos sem funcionar.” (Entrevista do Secretário de Saúde de Lagoa Grande).

Por outro lado a Secretária de Saúde de Petrolina se justifica “os leitos são insuficientes em determinadas áreas” e o “Ministério não concorda em se fazer um hospital especializado. Só aceita hospital geral. [...] É o caso do hospital de traumas.” Ela indica como uma saída para esse problema a pactuação interestadual, uma vez que o que separa Petrolina de Juazeiro na Bahia é uma ponte de pouquíssimos quilômetros que transpassa o rio São Francisco. “A gente vem lutando que conversem entre si [os municípios], porque os municípios sofrem muito.” Porém, esses esforços no âmbito municipal dependem de negociações no âmbito estadual e os estados de Pernambuco e da Bahia têm tido dificuldade em chegar num acordo.

Nesta pesquisa também foi analisado o ponto de vista do usuário real, conforme propõe Cecílio (1997, p. 470) em que “a referência passa a ser as pessoas e suas necessidades e não qualquer tipo de “modelo assistencial” que possa ser previamente definido.” O que se constatou foi uma livre circulação desses buscando nos “hospitais”, a maioria de unidades mistas ou centros de saúde, o atendimento mínimo nos poucos procedimentos ofertados por cada município em M1. Também, esses usuários buscavam o atendimento da atenção básica em outros municípios que não o seu, sendo mais fácil essa circulação na microrregião de Garanhuns constituídas por 22 municípios que estão a distâncias menores do que no caso dos 7 municípios da microrregião de Petrolina. Mas, esse livre circular que foi identificado não se limita às fronteiras do estado de Pernambuco nem aos limites das microrregiões, sendo, no entanto, mais fácil constatar aqueles usuários que vinham de outros municípios de outros estados e microrregiões. Por exemplo, alguns municípios da Bahia e Piauí e de microrregiões vizinhas aos municípios da microrregião de Petrolina, e de Alagoas e

vizinhanças na microrregião de Garanhuns.

Assim, constatou-se que nesses contextos “a concepção do sistema como pirâmide está muito distante da realidade do usuário real” como destacou Cecílio (1997, p. 474). Neles os usuários expressam uma territorialidade em relação aos lugares e itinerários que lhes são próprios. Pessoas da zona rural, que apesar de seus sítios estarem localizados no território administrativo de um determinado município, buscavam atendimento no município que lhes era mais próximo. Como destacaram vários trabalhadores da saúde trata-se de usuários “dos sítios, porque é mais próximo daqui do que de lá” que “vem sempre aqui da zona rural” e “também porque faz divisa” (partes de falas diferentes que compõem um mesmo conteúdo). Portanto, é fácil relembrar de quais municípios vêm os usuário como disse a Secretária de Saúde de Cabrobó, o município “serve assim de referencia prá Orocó, pra Serra Nova, prá Ibó que é Belém de São Francisco, prá Ibó Bahia, Abaré, Curaçá [os três últimos municípios baianos]. Sabe! Todos esses municípios aqui a gente é referencia”

Os usuários furam, assim, os bloqueios de que fala Cecílio, também alguns poucos municípios procuram através de seus gestores contribuir para a criação de novos fluxos. Como disse uma gestora “porque é mais fácil atender lá do que mandar prá Garanhuns”. No entanto, são muito poucas essas iniciativas. Na pesquisa só foram identificadas cinco parcerias, na microrregião de Petrolina a parceria entre Cabrobó e Salgueiro e na microrregião de Garanhuns as parcerias entre Caetés e Capoeiras; Caetés e Canhotinho; Capoeiras e Lagoa do Ouro e Iati e Correntes. Parcerias bastante pontuais referentes à compra ou troca de procedimentos específicos, seja RX, ultrassom, etc. Mas, o que mais chamou atenção nesta pesquisa foi que essa quase evidente possibilidade de parcerias não ocorria e quando questionados por quê os gestores sempre expressaram o que sintetiza estas duas falas: “a integração depende dos prefeitos” e “pactuação é compromisso e não forma de conseguir recurso para o município.”

Apesar dessa circulação dos usuários permanece no processo de regionalização as barreiras de acesso aos serviços e de integralidade do cuidado. Para serem atendidos nos procedimentos de M2, M3 e Alta Complexidade só lhes resta adentrar nos fluxos da “pirâmide”. Aguardando os transportes diários, duas vezes por semana, semanais ou mesmo quinzenais que são disponibilizados pelas Prefeituras Municipais, de acordo com a sua capacidade de recursos, e que, normalmente, lhes dá o destino de Recife distante a muitos quilômetros.

É bom recordar, no entanto, que as diretrizes da “pirâmide”, conforme o PDR acima indicado, também não foram concretizadas. Mas quais seriam as “diretrizes” desse plano? A análise crítica do discurso que, de acordo com Fowler (2004, p. 208), é “uma análise para chegar à ideologia codificada, implicitamente por detrás das proposições abertas”, serviu para identificar essas codificações no PDR.

A “garantia efetiva da descentralização” com o “PSF para consolidar um eixo agregador na organização da atenção à saúde”; “assegurar toda a média complexidade” e “estruturar pólos descentralizados para atenção de alta complexidade” (PERNAMBUCO, 2002, p. 15-16) tem como pressuposto a descentralização focada no âmbito do estado. Isto é justificado em face da “imaturidade dos Sistemas Municipais de Saúde na maioria dos municípios [...] que exige por parte da Secretaria Estadual de Saúde uma efetiva cooperação técnica” (PERNAMBUCO, 2002, p. 20 – o grifo é nosso), pois como foi destacado na introdução do PDR:

A rede básica é ainda ineficiente, os hospitais municipais e regionais são pouco resolutivos e agregam pouca tecnologia. Existe uma superposição de oferta de alguns serviços e deficiência quantitativa e qualitativa de profissionais em algumas regiões do estado. [...] A rede ambulatorial é composta por

unidades de saúde, na sua maioria com baixo poder resolutivo, concentrando o atendimento da média complexidade nas sedes das Regionais de Saúde. (PERNAMBUCO, p. 8)

Também há a compreensão de que a NOB 01/96 “desencadeou um processo de descentralização voltado prioritariamente ao interesse do gestor municipal” (PERNAMBUCO, 2002, p. 19) e de que a NOAS é uma forma de inversão desse processo. “A orientação da NOAS-SUS-01, ratificada pela NOAS-SUS-01/02, inverte completamente a lógica de municipalização a partir da motivação unilateral do município e transfere ao Estado o papel de fomentar e estabelece um ordenamento no processo de municipalização” (PERNAMBUCO, 2002, p.19). Assim, o “compromisso com a descentralização” e a “proposta de flexibilização da NOAS para Pernambuco”, que constam do PDR, aportam uma ideologia em que o estado deve ganhar maior centralidade no processo de organização da saúde.

Com base nos achados desta pesquisa é que se retornou a teoria e foram elaboradas as questões apresentadas no item dois. Cabe aqui recordá-las:

- Até que ponto a hierarquização regionalizada do SUS, baseada no princípio de descentralização, constitui-se numa “burocracia leve” que sobre padrões oligárquicos organiza os serviços uniformemente a partir de influências centralizadas de controle e comando?
- Como a proposição de sistema focada fundamentalmente na distinção de uma estrutura reproduzida tem sido incorporada na definição dos modos de organizar os serviços do SUS?
- Em que medida a concepção de rede ou, mais especificamente, a rede como meio de mediação entre processos técnicos e sociais pode se desvelar nas práticas do SUS?

A compreensão de estrutura na organização do SUS em Pernambuco parece evidente. O nível estadual assume um papel central que na realidade busca distinguir, como indicado na abordagem dos sistemas, o SUS como um sistema em reprodução, controlando as tensões em relações às regras através de mecanismo de controle. Assim, apesar de todos reconhecerem a inoperância da PPI suas referências são seguidas em face dos próprios controles estabelecidos pela Secretaria Estadual de Saúde. Essa é uma resposta para o segundo questionamento. Mas também, pode-se constatar que essa estrutura é reforçada naquilo que se denominou “burocracia leve” a partir de uma ação centralizadora por parte do estado para organizar os serviços. Conseqüentemente, há uma obediência às regras uniformes que acabam sendo aceitas pela maioria dos municípios, mesmo que demonstrem se sentir aliados de uma real participação no processo político na sua necessidade de vislumbrar um poder para transformar aquilo que não é concretizado na PPI, estes acabam sendo cooptados pela elite estadual. Outra resposta agora para o primeiro questionamento. Quanto ao terceiro e último questionamento se evidenciou nas entrevistas com gestores e trabalhadores da saúde ao falarem do cotidiano de suas práticas que a rede do SUS seria um meio para gestão de processos técnicos e sociais. No entanto, quando tratadas as formas de articulação verificou-se um aprisionamento na concepção de modelo técnico-assistência para o SUS numa estrutura distinta onde regras, ou melhor, fluxos de referência e contra-referência, devem ser obedecidos (seguidos), apesar da necessidade de se conceber essas articulações de um outro modo diante da evidência de que quando podem os usuários seguem seus próprios itinerários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Merhy, Malta e Santos (2004, p.66) ressaltam que “o modo de se fabricar o cuidado em saúde, é aquele que pode revelar a maneira como os diferentes sujeitos em cena governam e disputam seus projetos, fabricando o dia a dia da produção dos modelos de atenção à saúde, no nível das várias organizações que expressam sua existência material”. Entretanto, o que revelou esta pesquisa foi o predomínio das intenções de um único ator, no caso a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

Assim, os “lugares de produção” como “lugares de sujeitos em ação” (MERHY, MALTA E SANTOS, 2004, p. 66) não puderam ser identificados como lugares estratégicos que possibilitam a mudança dos “modos de se fabricar o cuidado em saúde” de que falam esses autores. No processo de regionalização Pernambuco não predominaram relações mediadas entre os diversos atores envolvidos de forma que o processo de articulação inerente às pactuações tomou um caráter artificial e, conseqüentemente, inoperante distante de um ideal que combina energias e informações entre na consecução dos princípios e concretização do SUS.

Dentro desse contexto limitador de articulação para definir de estratégias para a regionalização restou aos demais atores apresentarem justificativas e críticas tentando inferir explicações contingenciais, tais como a falta de recursos, o excesso de demanda, a falta de leitos, etc. Portanto, a falta resolutividade, integralidade, descentralização não ficou evidenciada no campo como uma disputa ideológica em que o estado tinha hegemonia.

Sob os efeitos de uma dominação ideológica que fortalece a idéia de organização como estrutura distinta e de controle centralizada pelo nível estadual, perdeu-se a noção de situação, específica de cada contexto municipal e loco-regional para articular a regionalização como um processo político. Misozcky (2002, p. 83), a partir de Carlos Matus, explica o que é a noção de situação. É “entender o outro e assimilar o seu ponto de vista [...] a situação obriga a determinar quem está explicando a realidade, quem identifica-se com uma certa leitura da realidade.”

Na regionalização pernambucana o que prevaleceu foi uma determinada leitura de realidade e este ponto de vista da realidade se sobrepôs aos demais. É necessário, no entanto, para aperfeiçoar esse processo situar outras noções situacionais como ponto de vistas legítimos na organização dos serviços e articulação dos níveis de atenção à saúde no estado de Pernambuco se se quer efetivamente compreender o SUS como uma rede para a mediação de processos. Foi isso o que este artigo procurou problematizar.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. A. Actor-network theory: uma tradução para compreender o relacional e o estrutural nas redes interorganizacionais? **Cadernos Ebape**. v. 2, n. 2, p. 1-14, 2004.

BRASIL. **NOAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **NOAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CALLON, M. The sociology of an actor-network. In: CALLON, M.; LAW, J.; RIP, A. **Mapping the dynamics of science and technology**. London: Macmillan Press, 1986, p. 19-34.

CECÍLIO, L.C. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 13 n. 3, p. 469-478, 1997.

COURPASSON, D.; CLEGG, S.. Dissolving the iron cage? Tocqueville, Michels, Bureaucracy and the perpetuation of elite power. **Organization**. v. 13, n. 3, p. 319-343, 2006.

EISENHARDT, K. **Building Theories from Case Study Research**. Academy of management review. v. 14, n.4, p.532-550, 1989.

FLEURY, S.; OUVENERY, A. M. **Gestão de redes**: a estratégia de regionalização da política da saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

FOWLER, R. Sobre a lingüística crítica. **Linguagem em (dis)curso**. Tubarão, v. 4. n. especial, 2004, p. 202 a 207.

GRANOVETTER, M. Economic action and social structure: the problem of embeddedness. **American Journal of Sociology**. v. 95, n. 3, p. 481-510, 1985.

GULATI, R. Alliances and networks. **Strategic Management Journal**. v. 19, p. 293-317, 1998.

LATOUR, B. **Ciência em ação**. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

LUHMANN, N. System as difference. **Organization**. v. 13, n. 1, p.37-57, 2006.

MERHY, E. E.; MALTA, D. C.; SANTOS, F. P.. In: FREESE, Eduardo. (Org.). **Municípios: a gestão da mudança em saúde**. Recife: Editora UFPE, 2004.

MICHELS, R. **Political parties**. Glencoe: Free Press, 1949.

MISOCZKY, M.C. (Re)encontrando o espaço do território nas estratégias de organização da atenção à saúde. In: MISOCZKY, M.C.; BECH, J. **Estratégias de organização da atenção à saúde**. Porto Alegre: Da Casa Editora/PDGSaúde/EA/UFRGS, 2002.

MORGAN, Gareth. **Imagem da Organização**. São Paulo: Atlas, 1996.

MOUZELIS, N. P. **Organisation and bureaucracy**: an analysis of modern theories. New York: Aldine de Gruyter, 1967.

NOHRIA, N.; ECCLES, R. **Network and organization**: structure, form and action. Boston: Harvard Business School, 1992.

PARSONS, T. **The social system**. Glencoe: Free Press, 1951.

PERNAMBUCO. **Estratégia de Desenvolvimento Local de Pernambuco**. Recife: Secretaria Estadual de Desenvolvimento e Cidadania, 2004.

PERNAMBUCO. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde**. Recife: Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, 2002.

POWELL, W. Hybrid organizational arrangements: new form ou transitional development? **California Management Review**. v. 30, n. 1, p. 67-86, 1987.

SCOTT, W. R. **Organizations, rational, natural and open systems**. Fourth edition. New Jersey: Prentice Hall, 1998.

SEIDL, D.; BECKER, K. H.. Organizations as distinction generating and processing systems: Niklas Luhmann's contribution to organizations studies. **Organization**. v. 13, n. 1, p.9-35, 2006.

TORQUEVILLE, A. **Democracia na América**. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 2005.

VAN MAANEN, J. **Qualitative Methodology**, Newbury Park: Sage Publications, 1983.

YIN, Robert K. **Case Study Research - Design and Methods**. Newbury Park: Sage Publications, 1989.

Artigo recebido em: Outubro/2008

Aceito em: Dezembro/2008