



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Biomédico

Instituto de Medicina Social

Eduardo Alves Melo

“A sustentabilidade de iniciativas inovadoras na gestão do SUS a partir da experiência de Aracaju: entre o instituinte e o instituído”

Rio de Janeiro

2008

Eduardo Alves Melo

“A sustentabilidade de iniciativas inovadoras na gestão do SUS a partir da experiência de Aracaju: entre o instituinte e o instituído”

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos

Rio de Janeiro

2008

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

M528 Melo, Eduardo Alves.

A sustentabilidade de iniciativas inovadoras na gestão do SUS a partir da experiência de Aracaju: entre o instituinte e o instituído / Eduardo Alves Melo. – 2008.
106f.

Orientador: Ruben Araújo de Mattos.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Aracaju, Região de (SE) – Teses. 2. Política de saúde - Aracaju, Região de (SE) – Teses. 3. Saúde pública – Administração – Aracaju, Região de (SE) – Teses. I. Mattos, Ruben Araújo de, 1987- II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614.008.1(813.17)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Eduardo Alves Melo

“A sustentabilidade de iniciativas inovadoras na gestão do SUS a partir da experiência de Aracaju: entre o instituinte e o instituído”

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 02 de dezembro de 2008.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos (Orientador)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Emerson Elias Merhy
Departamento de Saúde Coletiva – UFRJ

Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Júnior
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Sônia Maria Fleury Teixeira
Fundação Getúlio Vargas – FGV

Rio de Janeiro

2008

DEDICATÓRIA

A todos que se ocupam, de distintos modos, com a defesa e a produção de vida.

AGRADECIMENTOS

Ao coletivo de gestão do Projeto Saúde Todo Dia, pela experiência;

Ao Ruben, pela alteridade, pela presença e pelo suporte intensivo;

À Maria, pela convivência e pela cumplicidade;

Ao Antônio, pelo companheirismo e pela revisão;

À Daniela Luquetti, pela proximidade;

Ao Emerson Merhy, pelas contribuições instigantes;

Aos entrevistados neste trabalho, pela disponibilidade e pela riqueza de informações;

Aos cariocas e quase-cariocas, pelo acolhimento e pelas novas redes e conexões;

RESUMO

MELO, Eduardo Alves. *“A sustentabilidade de iniciativas na gestão do SUS a partir da experiência de Aracaju: entre o instituinte e o instituído.* 2008. 106 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2008.

Este trabalho tem como objeto as estratégias de construção de sustentabilidade do Projeto Saúde Todo Dia, no SUS de Aracaju- SE. As dimensões estudadas foram o Projeto de Saúde Municipal, a Política de Educação Permanente, o SAMU e a Política de Saúde Mental, no período de 2001 a meados de 2008. A abordagem do objeto se deu através de entrevistas semi-estruturadas com membros das três gestões da saúde no período, ligados às quatro dimensões descritas. Observaram-se diferentes trajetórias nas dimensões estudadas ao longo as gestões, com continuidades e descontinuidades, a partir das quais se construíram eixos de análise baseados nas Relações entre Política de Saúde e Dinâmica da Política Municipal, nas Lógicas e Modos de Operar da Gestão Formal, na Articulação entre Projeto Setorial e sociedade Civil e em Perspectivas de Sustentabilidade. Adotando como referência o conceito de “Sustentabilidade Instituinte”, produzido no decorrer do trabalho, concluiu-se que no Projeto Saúde Todo Dia foram produzidas inúmeras inovações nos modelos de atenção e de gestão, desencadeadas algumas estratégias de construção de sustentabilidade, em sua maioria de elementos estruturados, sendo mais limitadas, porém, as iniciativas de construção micropolítica junto aos trabalhadores e usuários, bem como as tentativas de constituição de redes de coletivos e de movimentos junto a estes segmentos.

Palavras-chave: Inovação. Sustentabilidade. Gestão. Política

ABSTRACT

This study has as the object the strategies for the sustainability construction of the project “*Saúde Todo Dia*”, in the health system of Aracaju, Northeast of Brazil. The aspects studied were the Health Municipality Project, the Permanent Education in Health Policy, the Emergency Medical Mobile Service (SAMU), and the Mental Health Policy, in the period from 2001 to middle 2008. The approach of the object of study was performed through semi-structured interviews with members of the three health administrations of the period, who were connected to the four aspects described. Different trajectories were observed in the studied aspects throughout the administrations, with continuances and discontinuances from which some analysis axis were constructed, such as: Relations between Health Policies and Municipal Policy Dynamics, Acting Ways of Formal Management, Mediations between Management and Health Workers, Articulation between Health Sector Project and Civil Society, and Sustainability Perspectives. Following as the reference concept the “Instituting Sustainability”, produced during the study, it was concluded that in the *Projeto Saúde Todo Dia* countless innovations in the care and management models were produced, and triggered some construction strategies of sustainability. However, the micropolitics construction initiatives with health workers and community members were more limited, as well as the attempts of the constitution of collective and movements networks with these segments.

Keywords: Innovation. Sustainability. Management. Policy

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- CAPS** – Centro de Atenção Psico-Social
- CEPS** – Centro de Educação Permanente da Saúde
- EP** – Educação Permanente
- NOB** – Norma Operacional Básica
- PCdoB** – Partido Comunista do Brasil
- PT** – Partido dos Trabalhadores
- SMS** – Secretaria Municipal de Saúde
- SAMU** – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- SUS** – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Compartilhando a consciência possível sobre a minha implicação	12
1.2	Sobre os desafios à construção e continuidade de iniciativas inovadoras no SUS	14
1.3	Um pouco da experiência de Aracaju	16
2	COMPONDO UM MOSAICO TEÓRICO ou EM BUSCA DE ELEMENTOS PARA PENSAR SOBRE SUSTENTABILIDADE	22
2.1	O Discurso da sustentabilidade	22
2.2	Hegemonia e instituições	23
2.3	Aproximando-se das políticas sociais	25
2.4	Alguns desafios do SUS	27
2.5	Gestão, cuidado e trabalho em saúde	29
3	O PLANEJAMENTO DA VIAGEM A ARACAJU	34
4	CARTOGRAFANDO VOZES, OLHARES E IMPRESSÕES SOBRE O PROJETO SAÚDE TODO DIA	37
4.1	Sobre o Projeto Geral de Saúde	37
4.2	Sobre a Política de Saúde Mental	54
4.3	Sobre a Política de Educação Permanente	59
4.4	Sobre o SAMU	64
4.5	Compartilhando análises preliminares	67
5	ENSAIANDO REFLEXÕES SOBRE SUSTENTABILIDADE A PARTIR DO SAÚDE TODO DIA	71
5.1	Relações entre a Política de Saúde e a dinâmica da política municipal	71
5.2	Lógicas e modos de operar da gestão formal	76
5.3	Mediações entre gestão e trabalhadores	82

5.4	Articulações entre projeto setorial e sociedade civil	84
5.5	Perspectivas de sustentabilidade	88
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
	REFERÊNCIAS	102
	ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	103
	ANEXO B – Roteiros de entrevista	104

1 INTRODUÇÃO

1.1 Compartilhando a consciência possível sobre a minha implicação

A história da qual faz parte este trabalho começou há pelo menos 11 anos, quando eu, um estudante de medicina “convencional” em Aracaju (SE), ao entrar em contato com o movimento estudantil, me vi, de repente, desterritorializado, afetado e mobilizado por coisas que minha razão não conseguia explicar muito bem. Este encontro, ou melhor, os vários encontros que foram se produzindo a partir daí, me levaram para o “mau caminho”. E, desde então, ficou difícil não me questionar, não me incomodar com a postura de tantos professores, com o modo como os usuários eram tratados, com a forma de lidar com o espaço público. A militância pela mudança da formação, pela construção do SUS e por uma outra sociedade passaram a fazer parte de um cotidiano instigante, tenso e vivo, junto a muitas pessoas, em Aracaju e em tantos outros lugares do país.

Em 2001, quando ainda faltavam 2 anos para concluir o curso, o PT assumiu a prefeitura de Aracaju. Rogério, que era uma referência muito importante para nós, foi convidado a assumir a Secretaria Municipal de Saúde e, junto com ele, vários outros companheiros vieram para Aracaju, compor um coletivo de gestão. Ainda como estudante, participei de vários espaços do SUS (conferência de saúde, capacitações, reuniões do conselho municipal de saúde, estágio) e acompanhava com muita curiosidade o processo intenso que os amigos (por vezes chamados preconceituosamente de forasteiros, médicos de chinelo) estavam vivendo na gestão, construindo coisas numa velocidade e com uma ousadia que pareciam compensar os embates e o sofrimento vivido. Estava nascendo e sendo batizado o projeto “Saúde Todo Dia”.

Duas semanas depois de me formar, fui atuar como médico de família na Unidade de Saúde “Celso Daniel”, em Aracaju, onde passei 1 ano e meio trabalhando intensamente, tentando colocar em prática tantos sonhos numa realidade em muitos

aspectos tão dura, mas que, sem dúvida, foi um período muito produtivo, de muita experimentação e, ao mesmo tempo, de muita reflexão e crítica. Naquele mesmo momento, vários outros companheiros mais “contemporâneos”, com quem partilhara muitos momentos no movimento estudantil de medicina, também migraram para Aracaju, atraídos pelo projeto de saúde que vinha sendo construído. Parecia mentira! Havia uma aposta e uma expectativa da gestão em nós, e sempre estivemos muito próximos do “pessoal da gestão”, pela trajetória comum desde o movimento estudantil. E nós sabíamos da grande possibilidade de irmos trabalhar na gestão em algum momento. Eu acabei trabalhando 2 anos na gestão da Secretaria Municipal de Saúde, passando pela atenção básica e pela atenção especializada, e boa parte daquelas pessoas também passou a integrar o coletivo de gestão.

A vivência na gestão foi especialmente interessante. Muita coisa já havia sido criada naqueles 4 anos de governo, as diretrizes do modelo de atenção e de gestão eram muito claras, apesar de várias necessidades de aprimoramento e de implantação mais efetiva. O fato de ter vivenciado a rede como cuidador facilitava a percepção de alguns problemas da gestão, ao mesmo tempo em que a vivência nela também me ajudava a refletir sobre a prática de cuidador. Essa passagem foi produtora de muita alteridade.

Dessa experiência, ficou a memória muito forte de ter participado de um coletivo de gestão, num projeto inovador, que alterou bastante o setor saúde na cidade. Por outro lado, apesar de tudo que foi construído (e não foi pouco!), vários incômodos: com algumas das nossas práticas de gestão, com o modo de constituição do controle social, com a dificuldade nossa de estabelecer relações mais amistosas com os trabalhadores, com as práticas desses mesmos trabalhadores. Algumas coisas compreensíveis, parte “natural” do processo. Outras nem tanto! Ao mesmo tempo, fortes tensões, instabilidades e ofensivas políticas, atravessamentos.

Pouco tempo depois de sair de Aracaju, era desalentadora a percepção de que muitas coisas que, para nós, eram caras estavam acabando ou mudando bastante de

perspectiva. Por outro lado, parecia também ser a possibilidade de exercitar outros tipos de reflexão.

O fato de saber que o projeto que construímos é contra-hegemônico, que há alguns “inimigos claros” e que o esforço e a produção do coletivo produziram diferença, operam em mim como uma preocupação de não ser inseqüente ou irresponsável ao falar do Saúde Todo Dia . Por outro lado, me parece essencial estar livre e aberto para perceber os desconfortos, interrogar os sentidos e efeitos das nossas práticas e políticas, pensar e inventar outras possibilidades, investir menos no medo e mais no desejo. Enfim, entrar em educação permanente!

1.2 Sobre os desafios à construção e continuidade de iniciativas inovadoras no SUS

Nas últimas décadas do século 20, um amplo movimento, com características plurais em termos de lógicas de atuação e composição (porém unificados em torno de causas comuns), atuou na mobilização de atores sociais com o objetivo de alterar a situação da saúde no país e de contribuir para a reforma do Estado brasileiro. Este movimento, conhecido como “movimento da reforma sanitária”, teve como um dos seus marcos principais a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, no contexto da transição democrática (Baptista, 1996). As principais deliberações desta conferência nortearam a legislação relativa à saúde na Constituição de 1988, com a definição da saúde como um direito de todos e dever do Estado, a criação do SUS e a definição de princípios e diretrizes tais como a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e a descentralização.

Boa parte da década de 90 esteve marcada, no campo da saúde, por tentativas de produção de recuos e vetos nas conquistas constitucionais, notadamente no período

Collor. Por outro lado, nesta mesma década, houve avanços consideráveis em algumas políticas específicas, tais como as relativas à AIDS, bem como o início de uma expansão da estratégia de saúde da família. Nos últimos anos, além da manutenção de boa parte destas políticas, outras áreas têm sido objeto de novas políticas governamentais, tais como a Saúde Bucal, a Saúde Mental, a Urgência e Emergência, dentre outras. Cabe destacar que a existência de políticas nacionais não necessariamente se reflete na implementação de suas diretrizes nos diversos municípios do país, mas criam condições (e em alguns casos pressões) que tornam mais viáveis estes processos. Também é válido lembrar que algumas políticas foram influenciadas fortemente pela articulação e organização de atores e movimentos, criando demandas que pautaram a agenda governamental, sendo a política de combate à AIDS emblemática neste sentido (Vilella, 1999).

Contraditoriamente, diversos avanços que se têm obtido no âmbito do SUS convivem com situações críticas, não resolvidas, como por exemplo, o financiamento insuficiente, a gestão ineficaz, a hegemonia de um modelo de atenção médico e procedimento-centrado, a existência de situações trabalhistas precárias e a fragilidade de boa parte das instâncias de controle social, para citar alguns exemplos (Campos, 2007; Feuerwerker, 2005).

No entanto, é importante destacar que, em virtude de condições históricas locais e de diretrizes como a descentralização da saúde, algumas experiências inovadoras no SUS têm acontecido, notadamente no âmbito municipal, não apenas em áreas específicas, mas num conjunto de redes e serviços de saúde, incidindo sobre algumas das dimensões críticas anteriormente apontadas. Muitas destas experiências têm servido como referência para outros municípios do país, bem como para a (re)formulação de políticas nacionais. Como exemplos, poderíamos destacar experiências como as das cidades de Campinas, Belo Horizonte, Betim, Niterói e Aracaju, sendo a última a mais recente. Nestes locais, é possível identificar algumas características singulares, tais como governos considerados de esquerda, movimentos sociais atuantes, coletivos de gestão com competência técnico-política, capacidade de inovação, criatividade e

diálogo crítico com as políticas do Ministério da Saúde (estas características se apresentam com variados pesos e formas nestes municípios). Em algumas, inclusive, há políticas que persistiram mesmo depois de mudanças significativas dos governos, como na cidade de Campinas.

Estas experiências inovadoras, no entanto, também são marcadas por determinados limites e desafios, ainda que sejam evidentes os avanços e, em certa medida, diferentes as suas dificuldades em termos de continuidade. Dentre estes desafios destacam-se, neste trabalho, aqueles relativos à continuidade e aos processos de aperfeiçoamento de modelos de atenção e de gestão, nos diferentes contextos de governo por que passam. Em especial, interessam, aqui, os fatores e processos que influenciam na trajetória de experiências municipais de saúde coerentes com os princípios do SUS e com os ideários dos movimentos pela reforma sanitária no Brasil.

1.3 Um pouco da experiência de Aracaju

A cidade de Aracaju, capital do Estado de Sergipe, possui uma população em torno de 480.000 habitantes, sendo o principal pólo de referência e desenvolvimento econômico no Estado. Até o ano de 2000, apenas os serviços de atenção básica desta cidade estavam sob gestão municipal, enquanto todos os outros estavam sob gestão estadual (na capital estavam concentrados cerca de 80% dos serviços de média complexidade e 100% dos serviços de alta complexidade do Estado). Em 2001, quando um governo do PT assumiu a condução do executivo municipal, este município passou à condição de gestor pleno do sistema de saúde regulamentada pela NOB 96, graças à ação política da gestão municipal, o que foi acompanhado, naquele e no ano seguinte, pelo fato de assumir a gerência da maior parte dos serviços especializados próprios, bem como a gestão dos contratos dos prestadores públicos, filantrópicos e privados, tanto na área hospitalar quanto na ambulatorial.

Desde então, no sistema de saúde de Aracaju houve numerosas inovações, chegando a ser considerada uma das experiências de implantação exitosa do SUS no país. Ações como ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família de 30% para quase 90% da população, construção de 2 Hospitais Municipais de Pronto-Socorro, criação do SAMU, ampliação da oferta de exames e consultas ambulatoriais especializadas, criação de uma Central de Regulação de Exames e Consultas, implantação de Serviços em Hospitais Conveniados (urgência infantil, UTI neonatal, serviços de neurocirurgia, enfermaria de pediatria.), criação de 4 CAPS, criação de Centro de Especialidades Infantis, Centro de Reabilitação Físico-Motora e Hospital-Dia, dentre outras, revelam um grande investimento na capacidade instalada da rede pública municipal, com impacto direto no acesso dos usuários a estes serviços (Santos,2006).

O modelo tecnoassistencial do Projeto “Saúde Todo Dia” (marca adotada pela gestão municipal de Aracaju até meados de 2006) considerava que as necessidades de saúde (individuais e coletivas) devem ser o objeto das práticas profissionais, dos serviços e do Sistema de Saúde, devendo ser abordadas segundo as diretrizes do Acesso, Acolhimento, Compreensão/Significação/Intervenção, Vinculação, Responsabilização e Resolutividade, tendo como resultado esperado a ampliação dos graus de autonomia dos usuários e grupos populacionais. Adotou como uma das estratégias para construção da integralidade da atenção a constituição de redes assistenciais (Saúde da Família, Urgência e Emergência, Saúde Mental, Ambulatorial Especializada e Hospitalar), com a perspectiva de conformar Linhas de Cuidado que transversalizassem potencialmente tais redes, guiadas pelo projeto terapêutico individual do usuário (Santos, 2006). Podemos visualizar estas formulações e ações no quadro a seguir:

Quadro 1 : articulação entre a teoria e a política implementada no modelo Saúde Todo Dia

TEORIA	POLÍTICA
Acesso	Investimentos na Rede Assistencial para ampliação de oferta. (construção, reforma, ampliação, adequação de US).
	Investimento em controle social, com a constituição de Conselhos Locais de Saúde e pactuação na Conferência Municipal da política a ser implementada.

Acolhimento	Capacitação dos profissionais, para qualificar as necessidades a partir da manifestação de sua dimensão ponderável e imponderável.
	Espaço com conforto físico e estético;
	Organização da agenda com ofertas programadas e espaço para atender as necessidades não programáveis.
	Todos os serviços devem ser capazes de fazer a inclusão do usuário na oferta mais adequada
Compreensão/ Significação/ Intervenção	Desenvolvimento de Pessoal com capacitação para mudança do paradigma das profissões de saúde
	Identificação de grupos e condições de risco
	Programas e Protocolos para cada tipo de risco com organização de linhas de cuidado específicas
	Projeto terapêutico singulares, ou seja, oferecido para as situações específicas de cada usuário.
Vinculação	Adscrição de clientela às equipes
Responsabilização	Gestão Plena do Sistema com desenvolvimento de instrumentos de gestão eficazes.
	Complexo Regulatório/ Sistema Responsável com capacidade de gerenciar todos os recursos disponíveis e garantir acesso mediante necessidade, promovendo equidade.
Resolutividade	Complementaridade das ações, redes com interação lateral.
	Adensamento tecnológico para otimização dos recursos existentes, não competitividade da rede prestadora, incentivo ao desenvolvimento da vocação dos serviços com vistas a excelência.
	<u>Linhas de Produção do Cuidado</u> – Linhas imaginárias e dependentes de cada usuário. Universal porque permite que qualquer problema seja abordado. Organização dos recursos existentes em matriz produtiva que inclui os usuários a partir de suas necessidades e não o contrário.

Fonte: Rogério Carvalho Santos, Painel “CONSTRUÇÃO DA EQUIDADE: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS DO SUS”, VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva - Brasília/DF, 02 de Agosto de 2003.

Do ponto de vista da gestão do trabalho, o município realizou 2 concursos públicos para todos os cargos (exceto para os agentes comunitários de saúde, por questões ligadas à legalização da profissão) após 15 anos sem nenhum concurso, de modo que a quase totalidade dos trabalhadores passou a ser concursada, contando com Plano de Cargo, Carreira e Vencimentos parcialmente implantado. Além disso, criou uma política de educação permanente para os trabalhadores, com foco central na discussão dos processos de trabalho dos mesmos, entendida como uma grande estratégia de gestão para implantação do novo modelo de atenção adotado. Cabe ainda lembrar que o município passou a investir 15% da receita municipal na saúde com este governo.

Nos quase 6 anos do referido governo (2001 a meados de 2006), foram realizadas duas Conferências Municipais de Saúde, além de terem sido criados Conselhos Locais de Saúde em todas as Unidades de Saúde da Família (um total de 44, com cerca de 130 equipes) bem como uma Ouvidoria municipal.

É relevante lembrar que o Secretário de Saúde, quando convidado pelo prefeito para assumir a Secretaria Municipal de Saúde, apesar de estar afastado da vida política da cidade teve grande margem de autonomia para compor a equipe de gestão, e que grande parte dos gestores, inclusive os da alta direção, eram oriundos de duas gerações próximas do movimento estudantil de medicina altamente implicadas com a reforma sanitária brasileira (Santos, 2006). A maior parte destes trabalhadores/gestores também foi concursada no município.

No ano de 2006, por conta das eleições estaduais, houve mudança tanto do prefeito quanto do secretário de saúde (o primeiro foi candidato a governador e o segundo a deputado estadual, ambos sendo eleitos, pelo PT). A nova secretária de saúde, também filiada ao PT e ligada ao movimento sanitário (em Minas Gerais), foi definida num contexto de grande tensão entre a equipe de gestão da Secretaria e o prefeito que assumiu (do PC do B), tendo ela permanecido no cargo por cerca de 1 ano. Durante boa parte deste período, a maioria dos integrantes da equipe de gestão foi mantida em seus postos (os principais dirigentes, desde a gestão anterior, eram oriundos

do movimento estudantil de medicina e de processos recentes de formação especializada na saúde coletiva, tendo grande proximidade com as formulações dos membros do LAPA/Unicamp). Por sua vez, a condução da nova secretária caracterizou-se pela tentativa de manutenção do que havia sido construído (com algumas alterações na estrutura de gestão), reafirmação do modelo de atenção até então adotado, poucas inovações e um grau menor de interlocução com os trabalhadores . Do ponto de vista político houve grandes tensões na relação do prefeito que assumiu com a equipe de gestão da Secretaria diante do contexto eleitoral, ficando a secretária numa situação de difícil mediação.

Com a ida do antigo Secretário Municipal (eleito deputado estadual), em 2007, para a Secretaria Estadual de Saúde, boa parte dos dirigentes foi para a gestão estadual em Sergipe, enquanto outra parte foi para a gestão da Secretaria de Saúde da Bahia, onde um governo do PT também foi eleito, provocando uma mudança significativa na composição da gestão municipal em Aracaju. Alguns meses depois, a secretária exonerou-se do cargo. Atualmente, o Secretário Municipal é um médico especialista, com história predominante na iniciativa privada, indicado e nomeado pelo prefeito.

Pelo fato de a alocação de recursos próprios do município não ser grande (diante das necessidades), com considerável dependência do financiamento federal, e de ter feito um alto investimento na capacidade instalada da sua rede e na contratação de mais profissionais, nos últimos anos começou a haver dificuldades com o orçamento, que passou a estar negativo.

Não é possível afirmar com certeza que tenha havido, com as mudanças de gestão (notadamente com a última), um comprometimento do acesso e da qualidade dos serviços prestados pela rede municipal, mas parece ter havido um comprometimento importante da capacidade de gestão, pela saída de um contingente significativo de gestores com reconhecida capacidade técnico-política, seja para a secretaria estadual de saúde de Sergipe, seja para outros Estados (Bahia, principalmente), com exceção da gestão da rede de saúde mental, que foi renovada e ampliada com a secretária de saúde

anterior , constituindo um coletivo gestor . A política de educação permanente, uma das principais marcas do projeto “Saúde Todo Dia” até o início de 2006, que se caracterizou por encontros freqüentes dos gestores com os trabalhadores (sobretudo da atenção básica) no Centro de Educação Permanente da Saúde (CEPS), tendo como foco de discussão o processo de trabalho dos mesmos e as novas diretrizes do modelo de atenção, teve seu desenvolvimento alterado com as duas alterações de secretários.

Diante desta experiência, fazemos algumas perguntas. Qual o impacto que as mudanças de gestão na saúde podem ter numa cidade em que há uma razoável estruturação formal do controle social, bem como uma grande estabilidade da maior parte dos trabalhadores? Quais os sentidos das inovações produzidas para os trabalhadores e a sociedade? **Como os gestores do Saúde Todo Dia lidaram com a sustentabilidade deste projeto?**

A partir da opção de trabalhar centralmente com a última questão, nesta dissertação buscaremos, inicialmente, mapear a produção de alguns autores cujas perspectivas dialogam, de diferentes formas, com o tema da sustentabilidade. Em seguida, descreveremos a estratégia de exploração do objeto. Logo depois, apresentaremos os produtos do trabalho de campo e faremos, no capítulo seguinte, algumas análises e reflexões. Por fim, teceremos algumas últimas considerações.

2 COMPONDO UM “MOSAICO TEÓRICO” ou EM BUSCA DE ELEMENTOS PARA PENSAR SOBRE SUSTENTABILIDADE

No processo de construção deste trabalho, entramos em contato com o pensamento de alguns autores que nos pareciam oferecer elementos relacionados com o tema da sustentabilidade, de forma mais ou menos explícita. Esta tentativa de “escuta” teve como objetivo construir um certo mapa das perspectivas com as quais estes autores desenvolvem suas abordagens. Faremos, a partir de agora, uma rápida passagem pelas teorias, idéias e conceitos que exploramos.

2.1 O Discurso da sustentabilidade

O tema da sustentabilidade emerge como discurso na década de 70, num contexto de questionamentos acerca dos impactos do capitalismo sobre a natureza (Lima, 2003), vinculando-se aos debates que vêm se travando em relação ao crescimento econômico e ao desenvolvimento, considerados por alguns como sinônimos, em geral associados à idéia de progresso e modernização (Rua, 2005).

Nesta perspectiva, um dos entendimentos é o da sustentabilidade como garantia do atendimento às necessidades atuais de desenvolvimento sem comprometer o futuro das gerações seguintes. De um lado, esta preocupação decorre de movimentos de resistência ao modo hegemônico de desenvolvimento e, de outro, reflete a constatação de limites de reconstituição do planeta pela tecnologia (Acsehrad, 2000). Ainda neste sentido, passa a haver preocupações com as formas de vida para manutenção do capital, buscando-se minimizar alguns efeitos do capitalismo sobre a natureza, sem, contudo, comprometê-lo. Em contraposição, há movimentos tentando imprimir outros sentidos e significados ao tema do desenvolvimento, num esforço de trazer esta discussão para o campo das relações sociais, por vezes deslocando a discussão da sustentabilidade dos recursos naturais para a sustentabilidade das formas de sua apropriação (Acsehrad, 2000).

Avançando neste sentido, pode-se ainda perceber que a própria vida (mais precisamente certas formas de vida, modos de viver) passa a ser objeto do capital. A produção subjetiva como uma estratégia de realização e de continuidade do capital. Como diria Pelbart (2003), “*De repente os aspectos mais humanos do homem, seu potencial, sua criatividade, sua interioridade, seus afetos, tudo isso que ficava fora do ciclo econômico produtivo, e dizia respeito antes ao ciclo reprodutivo, torna-se a matéria-prima do próprio capital, ou torna-se o próprio capital*”. (p. 99)

Destacam-se, nestas discussões, dois elementos. O primeiro são algumas estratégias de sustentabilidade que o capital produz para si, para sua (re) produção. O segundo refere-se a uma certa “desnaturalização” do discurso da sustentabilidade, revelando as possibilidades de questões que estão em jogo. Neste sentido, ainda que com perspectivas diferentes, percebemos que a sustentabilidade é objeto de preocupação e do discurso tanto dos ambientalistas como do capital, o que nos indica a necessidade de considerar tanto o sentido dado pelos atores ao termo, quando o utilizam, como o projeto ou interesse que lhes justifica.

2.2 Hegemonia e Instituições

Tomaremos como ponto de partida o conceito de hegemonia, a partir de uma leitura sobre a produção de Gramsci que considera a hegemonia como um processo no qual busca-se estender os fundamentos ideológicos e culturais de um grupo social a toda a sociedade (Portelli, 2002). Partindo da formulação de um “estado ampliado”, formado pela articulação entre a sociedade política (representada pelos aparelhos típicos de estado) e a sociedade civil (representada pela maior parte da superestrutura), tem-se nas instituições (civis e políticas) um intenso movimento de viabilização da hegemonia do bloco dominante, permanentemente refeito. Para isso, utilizam-se estratégias de coerção e, principalmente, de consenso. Alguns tipos de instituição utilizam-se mais da coerção, enquanto outras têm nas estratégias de consenso sua principal arma, embora não haja exclusividade no uso destes mecanismos. A efetivação da hegemonia se dá, assim, em vários lugares e de várias formas, buscando convencer e modular o pensamento e o desejo dos indivíduos e grupos sociais.

Gramsci situa, na construção da hegemonia, a figura dos intelectuais como agentes da superestrutura que atuam na construção da ideologia da classe à qual se vinculam, distinguindo o intelectual tradicional do intelectual orgânico (Portelli, 2002). A leitura feita por Portelli sobre a obra de Gramsci aponta ainda uma relação orgânica entre estrutura e superestrutura, articulada pelos intelectuais (não haveria uma relação de determinação da estrutura econômica sobre a superestrutura).

Por outro lado, as estratégias de construção da hegemonia nas instituições enfrentam resistências, tensões, desvios, ou seja, são também lugares de disputa de poder, de enfrentamentos. E neste sentido, a contra-hegemonia passa pela possibilidade de produção de anti-discursos nos vários lugares.

De uma certa forma, esta idéia de construção da hegemonia em múltiplos lugares, destacando-se as instituições, é compatível com a noção do poder como algo que não existe em si nem se localiza num lugar, mas existe nas relações, de diferentes formas e em diferentes lugares (Foucault, 2005).

Segundo Luz (1979), as instituições se constituem como modos e núcleos de poder, e não apenas como reflexo do modo de produção social. A autora fala “...*das instituições como conjunto das malhas do poder social (poder de classe), interpenetradas e ao mesmo tempo dispendo de relativa autonomia na organização e concentração do Poder. As Instituições, pertencendo ou não à Cultura, ao Saber, são as malhas concretas da hegemonia. O “poder espiritual” que todo bloco no poder precisa instaurar para exercer sua dominância se transmite pelo conjunto das instituições e não apenas pelos “aparelhos de Estado” designados para isto*” (p. 44)

Neste sentido, destacam-se as formulações da Análise Institucional, que emergiram no final da década de 60 e, sobretudo, na década de 70, na França, tendo René Lourau como um dos seus principais teóricos. A análise institucional é um campo

teórico-político que busca incidir sobre as relações de poder nas instituições (Luz, 2004) ou, forçando um diálogo com a formulação de Gramsci, sobre a instituição da hegemonia no cotidiano, na perspectiva de ampliação dos campos de análise e de intervenção dos agentes, grupos e coletivos nas instituições. (Barembilit, 1996).

Concebem-se, assim, as instituições como espaços em que o *instituído* representa os movimentos e forças de conservação da ordem, e o *instituinte* representa a transformação, a mudança, a alteração do que está dado. Diz Lourau (2004): “*Por ‘instituinte’ entenderemos, ao mesmo tempo, a contestação, a capacidade de inovação e, em geral, a prática política como ‘significante’ da prática social. No ‘instituído’ colocaremos não só a ordem estabelecida, os valores, modos de representação e de organização considerados normais, como igualmente os processos habituais de previsão (econômica, social e política)*” (p. 47). Estas tensões entre o instituinte e o instituído podem se expressar de variadas formas, dentre as quais se destacam os *analísadores*, entendidos como situações, fatos ou elementos que ajudam a indicar ou revelar conflitos, relações de poder. Por outro lado, aparece aqui a figura do analista institucional, atuando nas instituições desde um lugar de *implicação*, conceito que “*requer a análise do saber conscientemente dissimulado e do não-saber inconsciente próprio de nossas relações com a instituição*” (Lourau, 2004, p. 113).

2.3 Aproximando-se das Políticas Sociais

Pelo fato de a saúde, no caso do Brasil e na perspectiva deste trabalho, ser objeto de políticas públicas, é oportuno explorar alguns referenciais que tratam deste tema, de modo a identificar formulações existentes e possibilidades de diálogo com as mesmas para o estudo da sustentabilidade de iniciativas inovadoras no SUS.

Cabe destacar duas autoras que trabalham o tema das políticas públicas na interface com o setor saúde. Segundo Viana (1995), é possível identificar três principais

abordagens das políticas sociais. A primeira seria a abordagem “Institucionalista”, focada nos processos organizacionais e decisoriais do aparato público, privilegiando o papel das instituições do Estado na constituição das políticas; a segunda é a abordagem “Contextualista”, centrada no contexto externo e na estrutura econômica e social, e a terceira abordagem seria a “Política”, que busca analisar relações de poder, partidos políticos e a relação capital-trabalho. Esta autora defende um modelo “Multicausal”, agregando estas perspectivas (instituições, contexto e política), como o mais adequado para o estudo das políticas sociais. Agrega ainda a noção de desenvolvimento do processo político proposto por Ferrera (apud Viana, 1995), segundo o qual há três fases neste processo, sendo a primeira de Emergência a partir da crise das políticas, seguida pela Mobilização de Atores culminando com Respostas Institucionais (do Estado).

Uma outra perspectiva nos é oferecida por Gerschman (1989), através da proposta de enfoque integrado na análise das políticas sociais. Citando Clauss Offe, que segundo ela opera uma articulação do marxismo com a teoria weberiana das instituições, são adotados dois planos de análise da política social: estrutural e singular. No plano estrutural “as políticas estão ligadas ao Estado Capitalista e às suas determinações” e são entendidas como “um instrumento de regulação política ou de criação de condições sócio-estruturais para que o trabalho assalariado funcione efetivamente como tal”. No plano singular são consideradas as peculiaridades das políticas, em que “*o conhecimento se apóia na pesquisa empírica centrada em dois eixos básicos: a) a explicação da evolução, modificações e inovações de uma política social dada, e b) a relação entre as estratégias de racionalização administrativa e a implementação de inovações políticas*” (p. 127). Segundo ela, o Estado reage tanto às exigências da classe operária como a necessidades previsíveis ao processo de acumulação, de acordo com as relações de força existentes, partindo da idéia de exigências enquanto demandas admitidas pelos sistemas de barreiras e filtros (Hirsh apud Gerschman) que constituem uma seletividade nas instituições públicas. A autora agrega ainda contribuições da literatura latino-americana, como o “papel dos atores sociais” no plano singular das políticas e a “complexificação do social” no plano estrutural (segundo a qual não é possível atualmente localizar claramente duas classes fundamentais- a burguesia e o proletariado).

Considerando a natureza e as perspectivas deste trabalho, parte da abordagem “institucionalista” (na perspectiva descrita por Viana) pode ser incorporada, na medida em que os atores da gestão formal na saúde estão envolvidos em processos desta ordem. No entanto, esta abordagem parece limitada pelo modo como trata o papel das instituições do Estado nas políticas sociais, deixando de lado um conjunto de atores, processos e arenas que podem influenciar tais políticas seja no âmbito do Estado seja da sociedade civil. Por sua vez, o enfoque integrado, ao incorporar a dimensão singular, abre espaço para análises de processos específicos, buscando articulá-los com dimensões estruturais. Entretanto, os eixos de abordagem singular, apesar de relevantes, parecem genéricos para o estudo em questão, além de esta dimensão relacionar-se com o plano estrutural numa lógica de aparente determinação por este.

2.4 Alguns Desafios do SUS

Há certos autores que vêm discutindo sobre as conquistas, dificuldades e perspectivas do SUS como política pública. De acordo com Paim (2008), o SUS representa a tradução de um conjunto de aspectos do Movimento da Reforma Sanitária na Constituição Brasileira de 1988, embora esta reforma não se restrinja ao SUS. Para ele, a reforma sanitária tem uma dimensão societal e contra-hegemônica e uma dimensão setorial (que tem sido o principal foco de intervenção dos atores sociais). O autor fala ainda que houve, neste processo, um deslocamento das bases de sustentação política do SUS, com maior protagonismo do ator governo. Diz também que “...o SUS continua um ‘sistema em construção’ e para tanto não bastam leis e normas. Ainda enfrenta um conjunto de desafios como a instabilidade e insuficiência do financiamento, investimentos reduzidos, distribuição desigual dos recursos e da infraestrutura, acesso insuficiente, baixa eficácia, qualidade insatisfatória, ineficiência na gestão dos recursos, humanização deficiente, desrespeito ao cidadão, desatenção e maus-tratos”. (p. 111)

No que se refere à gestão, este autor identifica problemas como a vulnerabilidade política, o clientelismo, o patrimonialismo, a alta rotatividade e a baixa qualificação dos gestores. Fala-se também da insuficiência do controle da sociedade

sobre o estado, suas instituições e seus agentes, decorrente , segundo ele, de obstáculos burocráticos. Por outro lado, assinala a importância de eleger governos que fortaleçam “o avanço do movimento sanitário”.

Paim reafirma o caráter contra-hegemônico do projeto da reforma sanitária e defende a necessidade de mobilização da sociedade civil e de constituição de novos atores sociais, além de falar da necessidade de uma reconfiguração institucional do SUS, mantendo seu caráter público e supra-partidário, como forma de blindar tal sistema diante dos jogos político-partidários. Neste sentido, afirma que “*A conquista da sustentabilidade institucional e da sustentabilidade política aponta a necessidade de construção de um ‘bloco histórico’ específico, reunindo um feixe de forças que atravesse a sociedade civil e o Estado...*” (p. 117)

Numa perspectiva muito próxima a esta, Campos (2007) faz uma análise de alguns aspectos críticos para a continuidade dos avanços do SUS, partindo da premissa de que há neste sistema tanto sinais de crescimento quanto de degradação. Segundo o autor, um dos principais nós diz respeito a um certo desencantamento e descrédito no SUS e, para recuperar/construir seu prestígio, há que se enfrentar desafios de ordem política, de gestão e relativos à organização do modelo de atenção, representados: 1) pela necessidade de criação de um amplo movimento em defesa de políticas de proteção social e distribuição de renda; 2) por uma estratégia eficaz de comunicação/convencimento da sociedade quanto à sua potencialidade de produção de bem-estar e 3) pelo desempenho concreto do SUS, sua capacidade efetiva de melhorar as condições de saúde das pessoas. A isto ele acrescenta a necessidade de se “*demonstrar a viabilidade da universalidade e da atenção integral à saúde*”, além de identificar desafios como o aprimoramento do gerenciamento e da utilização dos recursos financeiros, a mudança do modelo de atenção, a definição de responsabilidades macro-sanitárias e micro-sanitárias, a ampliação da cobertura e resolutividade da Estratégia Saúde da Família, dentre outros.

Em outro trabalho, Campos (2006), partindo da idéia de que a descentralização tem produzido efeitos paradoxais no SUS, diz , dentre outras coisas, que “*O poder dos governos de intervir na definição de políticas e na gestão da saúde continua bastante superior ao de outros atores sociais*” (p. 434), e identifica a “*institucionalização do movimento sanitário nos espaços formais do SUS*”, inclusive nos conselhos e conferências de saúde, vendo nisto um afastamento de movimentos internos ao SUS em relação à sociedade. Além disso, o autor fala da necessidade de outros desenhos para as organizações públicas, como forma de enfrentar os constrangimentos impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal e para diminuir a interferência partidária e das alterações de governo sobre o SUS.

Nas idéias defendidas por estes dois autores que destacamos, é possível perceber uma preocupação comum em torno da preservação ou proteção do SUS diante dos governos e da necessidade de maior mobilização e participação da sociedade civil na construção deste sistema. Por outro lado, aparece também, sobretudo na contribuição de Jairnilson Paim, uma atenção às oportunidades de avanço do SUS que determinados grupos políticos, ao assumirem espaços formais de governo, podem abrir ou facilitar.

2.5 Gestão, Cuidado e Trabalho em Saúde

O processo de implantação do SUS na década de 90 aconteceu e vem acontecendo, até os dias atuais, de forma bastante heterogênea nos municípios e regiões brasileiras. Além disso, diferentes perspectivas de modelos tecno-assistenciais foram sendo adotadas tanto no campo da saúde coletiva quanto em experiências municipais, dentre as quais os SILOS, as cidades saudáveis e a proposta ‘em defesa da vida’ (Silva Jr, 1998).

Desde a década de 90, alguns autores têm tematizado a necessidade de tornar o trabalho em saúde um assunto de maior centralidade na pauta dos atores envolvidos na

construção do SUS, como uma condição para o enfrentamento do modelo médico-hegemônico (Campos, 2006). Boa parte destas produções têm sido influenciadas pela proximidade de um conjunto de experiências municipais de implantação do SUS.

Numa trajetória de crítica ao modelo hegemônico e a algumas propostas no campo da saúde coletiva (notadamente à programação em saúde), Campos (2003) tem buscado, na formulação da clínica ampliada, configurar uma proposta de mudança do paradigma biomédico. Este autor também tem feito críticas às lógicas e práticas de gestão dominantes. Partindo de uma perspectiva de democratização institucional e da idéia de que as instituições possuem 3 finalidades principais (produção de valores de uso, satisfação do trabalhador e reprodução da própria instituição), o autor propõe a co-gestão como uma estratégia de produção de liberdade e compromisso, de autonomia com responsabilização nas instituições de saúde (Campos, 2000).

Por sua vez, Merhy tem feito formulações em torno do tema do cuidado, no qual enfatiza a micropolítica do trabalho em saúde, defendendo a tese de que, por se tratar de trabalho vivo em ato, carrega em si distintas possibilidades, a depender do uso que os trabalhadores fazem do seu auto-governo (Merhy, 2002). Neste sentido, analisa e critica as lógicas de cuidado profissional-centradas em detrimento de lógicas mais usuário-centradas.

Num dos seus trabalhos, este autor procede a uma análise das características dos processos de produção da saúde, partindo da premissa de que todos os atores envolvidos nestes processos governam, buscando ainda problematizar a atuação dos trabalhadores, usuários e gestores formais, numa perspectiva de ampliação conceitual do campo de análise sobre este processo. Este último ator (o gestor governo), entendido como expressão de um bloco político que disputa e/ou ocupa espaços institucionais, por deter parte significativa do controle da máquina pública (financiamento, formulação de políticas, arenas decisórias, etc) é identificado pelo autor como um agente privilegiado na produção de sentidos para as políticas públicas, ainda que com possibilidades

distintas nos diferentes contextos. E neste sentido, parte importante da sua capacidade de dar direcionalidade às políticas depende do modo como constitui as arenas institucionais; da disposição em torná-las permeáveis aos interesses dos diferentes atores a ponto de isto influenciar na formulação das políticas; da possibilidade de atuar nos processos de contratualização entre trabalhadores e usuários (a ponto de influenciar as práticas de saúde, o processo de trabalho); do grau de legitimação que determinados projetos ou políticas constroem na sociedade, dentre outros.

Nesse trabalho, Merhy (2003) defende a idéia de que *“Qualquer tentativa de receita para a gestão em saúde terá de enfrentar a tensão constitutiva desse campo nos terrenos da política e do processo de trabalho, que conformam as bases para o conjunto das organizações de saúde, onde se opera cotidianamente a produção dos modelos de atenção, e reconhecer que a saúde é um território de práticas em permanente estruturação, ontologicamente conflitivo, conforme os sujeitos coletivos em cena”* (Pgs. 33-34). A isto ele ainda acrescenta que *“...não há como anular aquele território tenso e aberto do ‘fazer em saúde’, não há como não se experimentar, o tempo todo, a emergência de novos processos instituintes que podem ser a chave para a permanente reforma do próprio campo de práticas, o que constitui em si desafios constantes para qualquer paradigma a ser adotado”*. (p. 34)

Numa perspectiva que se aproxima a esta, Cecílio (2007), discutindo sobre o “trabalhador moral” no contexto de processos de gestão que objetivam mudanças, fala *“... de assumirmos a existência deste espaço de liberdade irredutível dos trabalhadores de saúde, produtor de sentidos que muitas vezes são a reprodução de instituídos, que, afinal, parecem ir na direção oposta às propostas que julgamos inovadoras e necessárias. Por outro lado, sabemos que, se as práticas dos trabalhadores comportam sempre uma margem de liberdade, também são muito marcadas pelo conjunto de regras, normas, lugares, saberes, hierarquias, referências instituídas que configuram seus territórios existenciais e profissionais”*. (p. 348)

Criticando o caráter autoritário de alguns processos de mudança justificados por causas justas e nobres, defende a idéia de que “... o ponto de partida de toda a pretensão de se conduzir mudanças verdadeiras na forma de se fazer a gestão e de se organizar o cuidado em saúde, deva ser a capacidade de aprender a interrogar o mundo do trabalho, antes de propor, aprioristicamente, conceitos e/ou modos muito prescritivos de se fazer a gestão. Os dispositivos de gestão, se é que podemos chamá-los assim, são o próprio ato de interrogar”. Segundo ele, “...talvez o mais difícil seja não pretender penetrar neste mundo já armado com fórmulas, com definições prévias de modelos ou métodos ou arranjos de intenções “democratizantes” e conseguir construir uma postura de interrogação do mundo do trabalho, no seu dia-a-dia concreto. Penso, cada vez mais, que interrogar é o “método”. Então, é necessário que tenhamos o cuidado de não levar prontas, sistematizadas, encadeadas, categorias incrustadas em modelos ou métodos, mas (des)construir categorias/conceitos/sentidos no encontro dialógico, tenso, com o outro, também produtor de conceitos, de categorias que nem sempre são as nossas ou têm os mesmos sentidos das nossas. Conceitos em movimento”. (p. 348)

Nestas formulações, está presente o reconhecimento de que as práticas de saúde, no cotidiano, apresentam certos graus de autonomia, e de que isso tem implicações quando se pensa na mudança do modelo tecnoassistencial hegemônico, que passa pela mudança do trabalho em saúde, das lógicas de cuidado. Ao mesmo tempo, problematizam-se as perspectivas a partir das quais se lida com esse reconhecimento, no campo da gestão.

Por fim, destacamos que hegemonia, instituições, políticas públicas, auto-governo e autonomia são idéias e conceitos que vão nos acompanhar no desenvolver deste trabalho, não como um referencial teórico a ser aplicado, testado ou comprovado, mas como ferramentas conceituais que podem nos auxiliar nos processos de análise e formulação. Antecipamos que as idéias de “potência instituinte” e de “blindagem”, particularmente, farão parte deste mapa conceitual com uma certa centralidade. No entanto, parece-nos também fundamental estarmos abertos às questões e desafios que a exploração da experiência de Aracaju pode nos colocar. Isto ficará mais claro quando

apresentarmos a noção de “Sustentabilidade Instituinte”, que foi sendo elaborada a partir de interações que se deram no decorrer da construção do trabalho.

3- O PLANEJAMENTO DA VIAGEM A ARACAJU

Este trabalho foi motivado pela necessidade de refletir criticamente sobre uma questão principal, a saber:

- Como foi tratado o tema da sustentabilidade no projeto Saúde Todo Dia?

Sendo assim, construímos como foco, como objeto de estudo, as concepções e estratégias de sustentabilidade desenvolvidas no projeto Saúde Todo Dia.

Ao pensar no desenho de investigação, optamos por examinar alguns elementos que foram introduzidos pelo Saúde Todo Dia no sistema de saúde de Aracaju, buscando selecionar, a partir da impressão do autor, tanto aqueles que pareciam ter tido continuidade, quanto outros que pareciam ter descontinuidade nas gestões seguintes à do Projeto Saúde Todo Dia. A partir destes critérios, escolhemos o *SAMU*, a *Política de Educação Permanente* e a *Política de Saúde Mental*. Além disso, por considerar as conexões destes elementos com o seu contexto de produção, incluímos também o *Projeto Geral de Saúde* do município como um elemento de exploração. Estas quatro dimensões foram abordadas buscando caracterizá-las e analisá-las, tanto no período do Saúde Todo Dia (2001 a março de 2006), quanto nas duas gestões seguintes (abril de 2006 a maio de 2007, junho de 2007 até o momento atual), utilizando entrevistas semi-estruturadas como a principal técnica de exploração do campo (Anexo). A justificativa para a inclusão de questões sobre as gestões seguintes ao projeto Saúde Todo Dia se deu pela necessidade de analisar possíveis efeitos das estratégias de sustentabilidade formuladas pelos atores daquele projeto.

Fizemos a opção de entrevistar gestores destes períodos, ligados às respectivas áreas, contemplando suas visões, tanto sobre a área específica, quanto sobre o projeto

geral de saúde. No caso dos gestores mais ligados ao projeto geral de saúde (aqui entendidos como a alta direção da Secretaria Municipal de Saúde), além de abordar esta dimensão, consideramos também as outras 3 áreas. A decisão de entrevistar apenas gestores se deu por considerarmos que, a partir do lugar da gestão formal, seria possível acessar outros lugares (dos trabalhadores e usuários). No entanto, isto não significa que os gestores representariam estes outros atores e suas visões. Sendo assim, este trabalho deve ser lido considerando as perspectivas de sujeitos que estiveram ou estão inseridos em espaços formais de gestão. Ao todo foram entrevistadas 13 pessoas (4 da alta direção, 3 do SAMU, 3 da saúde mental e 3 da educação permanente).

No caso dos sujeitos que foram gestores no Projeto Saúde Todo Dia, a entrevista incluía uma avaliação do projeto geral de saúde e da área específica, opinião sobre o que poderia ter acontecido e não aconteceu, tratamento dado ao tema da continuidade do projeto (geral e/ou específico) e avaliação sobre a trajetória do(s) elemento(s) analisado(s) nas duas gestões seguintes.

Para os sujeitos que não foram gestores do Saúde Todo Dia, a entrevista previa uma avaliação sobre o(s) elemento(s) em questão no Saúde Todo Dia e a situação deste(s) elemento(s) na(s) gestão(ões) da qual fez e/ou faz parte.

Todos os entrevistados leram e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, preservando o anonimato (anexo). Das 13 entrevistas, 11 foram gravadas e 2 enviadas por correio eletrônico (pela impossibilidade de encontro com o entrevistado).

No processo de realização das entrevistas não houve problemas na recepção da minha pessoa (o único entrevistador) nem dificuldades de compreensão dos entrevistados sobre as perguntas feitas. Foi possível perceber que as pessoas vivenciaram o processo de entrevista de diferentes formas. Alguns faziam muitas descrições, outros analisavam mais, outros respondiam de forma mais direta. Alguns

revelaram que a entrevista provocou reflexões que ainda não haviam sido feitas pelos mesmos. Houve também pessoas que ficaram bastante emocionadas em determinados momentos. O fato de muitos dos entrevistados estarem em espaços de governo parece ter influenciado a manifestação de algumas opiniões em relação a assuntos mais delicados, provavelmente por um receio de serem identificados ou de expor outros atores. Nessas situações, eu busquei pactuar o que poderia ser transcrito, considerando o conteúdo do termo de consentimento.

Todas as entrevistas foram escutadas ou lidas, procedendo-se a uma sistematização inicial das principais falas por sujeito entrevistado, seguida de uma sistematização por dimensão avaliada. O contexto de produção de cada fala foi considerado no processo de sistematização.

4- CARTOGRAFANDO VOZES, OLHARES E IMPRESSÕES SOBRE O PROJETO SAÚDE TODO DIA

Conforme exposto ao final do capítulo anterior, após sistematizar cada entrevista, buscamos destacar os elementos relacionados a cada uma das dimensões estudadas (Projeto Geral de Saúde, Política de Saúde Mental, Política de Educação Permanente e SAMU). Partindo disto, passaremos agora por cada uma destas dimensões, buscando explorar, conforme indicado no roteiro de entrevistas, a avaliação dos atores sobre o que se desenvolveu no Projeto Saúde Todo Dia, as estratégias de continuidade pensadas pelos gestores, bem como a análise dos atores sobre a trajetória dos aspectos estudados ao longo das gestões seguintes.

Vale lembrar que, como forma de evitar a identificação das falas (conforme previsto no termo de consentimento), optamos por não utilizar nenhum símbolo que possibilitasse visualizar as falas de um mesmo entrevistado ao longo do texto. No entanto, quando nos pareceu relevante, fizemos eventualmente a conexão entre duas falas de uma mesma pessoa, identificando ou não como sendo do mesmo entrevistado.

4.1 Sobre o projeto geral de saúde

Já buscamos caracterizar, em linhas gerais, o projeto Saúde Todo Dia, na introdução deste trabalho. Sendo assim, passaremos a examinar o conteúdo das entrevistas no que se refere a esta dimensão.

Inicialmente, destacaremos a avaliação geral dos atores sobre o Projeto Saúde Todo Dia, tendo o período de janeiro de 2001 a março de 2006 como marco temporal.

Foi relativamente freqüente a associação do Saúde Todo Dia com os princípios do SUS e com a reforma sanitária brasileira. Vejamos:

“...eu avalio que a gente conseguiu realmente fazer a reforma sanitária no município. A gente conseguiu, efetivamente, fazer com que as diretrizes e os princípios do SUS acontecessem na prática...Anteriormente, o modelo assistencial era desarticulado, não operava em rede (...)o acesso era dificultado(...) Nós reorientamos o modelo; o eixo central do modelo assistencial passou a ser as necessidades de saúde da população.”

Neste caso, a justificativa para a avaliação feita se deu a partir de elementos referentes ao modelo assistencial. Na fala seguinte, destaca-se uma característica do modo como o sistema de saúde se configurou no projeto:

“O Saúde Todo Dia foi uma experiência de efetivação da reforma sanitária no âmbito municipal. Nós construímos um sistema articulado, tendo o foco no objeto como estruturante do sistema e do modelo de gestão”.

Nesta outra fala se acrescentam os “saldos” deixados pela experiência e a avaliação do impacto do projeto na sociedade:

“...acho que foi um projeto que conseguiu se implantar praticamente na íntegra da sua concepção; conseguiu ter praticamente todas as suas redes construídas...com impacto muito positivo na opinião pública, com relação à mudança que se deu na atenção à saúde, no acesso à saúde...Enfim, acho que foi uma experiência que deixou um saldo muito significativo pra o grupo todo coletivo que tava vivendo aquela experiência, pra reforma sanitária brasileira. E deixou um saldo mais ainda importante para o sistema de saúde do estado.”

Destaca-se também uma perspectiva de mudança no caráter público do sistema, provocada pelo projeto:

“...eu consigo visualizar, sentir a mudança do antes e do depois, não só na ampliação dos serviços, mas também da tentativa de garantia dos princípios do SUS, do olhar do usuário, da desprivatização do sistema de saúde de Aracaju.”

Aparecem ainda sinalizações a respeito de outros referencias do projeto:

“...foi uma experiência positiva, inovadora... conseguimos implantar numa cidade do nordeste uma experiência com uma cara nova do SUS, levando os conceitos de humanização, de acolhimento e de responsabilização.”

Um dos entrevistados menciona de forma explícita um efeito do projeto no que se refere aos trabalhadores:

“...eu qualifico como ótimo, dentro da referência de saúde pública que se tinha antes da implantação do projeto e das várias conquistas que ficaram incorporadas em relação aos trabalhadores e à própria comunidade.”

Além disso, fala-se também do modo como se deu a construção do projeto entre os gestores, e se avalia o projeto a partir da atuação da gestão:

“...o projeto foi construído(...) de uma maneira coletiva com as pessoas que, naquele momento, estavam no coletivo dirigente(...) Foi muito ímpar em termos de tornar as pessoas sujeitos do seu trabalho; foi um momento de muita experimentação(..); foi um projeto de transformação.”

“Acho que a gestão municipal da saúde no governo Déda foi revolucionária. Evidentemente, podemos identificar deficiências, e opções que não foram as melhores, mas o saldo é altamente positivo”

Como se pode ver, as avaliações feitas revelam uma considerável centralidade da gestão na viabilização do projeto. Por outro lado, um dos entrevistados sinaliza na avaliação a perspectiva sob a qual fala (neste caso, da gestão), parecendo abrir a possibilidade de se avaliar o Saúde Todo Dia de diferentes formas, a partir de outros lugares:

”...Acho que a gente precisa pensar no que a gente está chamando de Saúde Todo Dia(...) Entendendo o Saúde Todo Dia na concepção mais de um determinado ator (o ator secretaria de saúde com um projeto claro),(...) acho que é um

projeto muito estruturado, articulado, com muita consistência do ponto-de-vista da articulação das várias partes(...).É nítido que mudou a cara da rede de saúde de Aracaju..”

Por fim, percebe-se numa das falas uma perspectiva de continuidade do projeto:

“...um projeto muito interessante, que vem em consolidação no município...”

Como se pode ver, as avaliações caminham no sentido de atribuir um caráter “positivo” ao Projeto Saúde Todo Dia. Percebe-se em muitas colocações uma idéia muito forte de que o Saúde Todo Dia provocou profundas mudanças no setor saúde em Aracaju. Ao serem convidados a falar sobre as marcas deste projeto, a maioria dos entrevistados fez menção a elementos em comum, dentre os quais destacam-se:

- A ampliação da oferta de serviços, com ampliação do acesso ;
- A reforma e construção de unidades, com padrão humanizado de ambiência, constituindo redes de serviços;
- A política de Educação Permanente;
- A realização de concursos públicos;
- A criação de um complexo regulatório, garantindo mais equidade e transparência no acesso;
- A formação de quadros para a saúde;
- A constituição de conselhos de saúde;

Por outro lado, os mesmos entrevistados, espontaneamente (como autocrítica) ou a partir de uma indagação acerca da existência ou não de fatos ou processos que gostariam que fossem diferentes ou que tivessem acontecido, apontam um conjunto de questões.

No que se refere à organização dos serviços e à implantação do modelo de atenção, destacamos algumas falas.

De início, alguns entrevistados apontam a dificuldade de concretização cotidiana do modelo de atenção adotado:

“ Do ponto-de-vista da implantação dos serviços, a gente conseguiu um avanço muito grande (...), mas ainda tinha pontos de fragilidade na assistência que precisavam ser aprimorados, como a própria discussão do acolhimento, e precisavam ter uma discussão colada com um novo processo de educação permanente, mais voltado pros serviços, com a supervisão (apoio institucional) incorporando a dimensão pedagógica no seu trabalho (...) O foco do apoio institucional (...) Se falava muito em cuidado, mas o foco não era esse. Não tinha discussão de casos...A gente fez um momento de educação permanente com eles, mas eles não incorporaram essa dimensão da atenção básica que impacta significativamente.”

Aponta-se como uma das dificuldades a atuação cotidiana dos supervisores da atenção básica, por meio do apoio institucional às equipes de saúde e da educação permanente nos serviços. Outro entrevistado considera a distância entre o discurso sobre Saúde Todo Dia e o que se conseguia fazer em alguns espaços:

“...Faltou muito alguns avanços do ponto-de-vista da mudança concreta do processo de trabalho. O discurso do Saúde Todo Dia é imensamente mais avançado que a prática concreta que as equipes produziam, desde os espaços de gestão(...), a lógica da organização dos serviços(...), mas isso é normal, faz parte do processo, é uma mudança cultural...”

Por outro lado, numa outra fala, avalia-se o que se construiu tendo como referência o tempo de permanência da gestão:

“...Eu acho que tinha coisas a serem concluídas, do ponto-de-vista da mudança do modelo, da integralidade, da própria educação permanente, mas eu acho que, dentro do tempo que nós tivemos, a gente fez muito mais do que poderia ser feito.”

Por fim, aparecem problemas referentes à articulação das redes assistenciais e, especificamente, relacionados aos mecanismos de acesso na área hospitalar:

“Enquanto avanços na arquitetura do sistema, o complexo regulatório não foi capaz de articular as diversas redes de atenção de forma efetiva (...). Ainda sobre o Sistema, identifico que não fomos capazes de garantir acesso com equidade na atenção hospitalar. Mesmo reconhecendo que ampliamos o acesso, os mecanismos de regulação de leitos não puderam ser concretizados...”

A despeito de ter sido citada como uma das marcas do Saúde Todo Dia, nota-se acima algumas dificuldades relativas ao complexo regulatório.

Aparecem também algumas colocações que remetem à dinâmica interna da gestão da Secretaria Municipal de Saúde:

“No âmbito do modelo de gestão, eu acho que a gente teve um modelo com foco no objeto, que deu bastante autonomia aos atores para operarem em cima do objeto. Só que, também, a gente careceu de um processo de integração maior entre as áreas (...). Um tensionamento muito forte na área da regulação...”

Além de tensões entre áreas, fala-se se do alto grau de autonomia dos gestores para trabalhar sobre alguns objetos. Por outro lado, na fala seguinte, aparece uma certa dificuldade destes gestores de pensarem sistemicamente o projeto:

“A importância de empoderamento dos atores sociais envolvidos no projeto (na dimensão política), podendo ser também um centro de fala (não só o gestor maior), até pro fortalecimento deste grupo enquanto grupo político na cidade, isso, realmente, poderia ter acontecido, mas não aconteceu (...). Sabendo que esse componente político é também um componente estratégico na definição, por exemplo, do perfil dos gestores que irão dar seqüenciamento a esse projeto, dos compromissos e das diretrizes do governo futuro, da própria compreensão externa de que existem vários sujeitos políticos envolvidos nesse projeto, que é uma rede, o gestor que é a liderança maior (...) não tá isolado, com apenas cumpridores de tarefas(...).Eu acho que todos que construíram o Saúde Todo Dia eram sujeitos do projeto em várias dimensões e tinham autonomia para operar o projeto na sua micropolítica, mas na hora de pensar sistemicamente o projeto e pensar na sustentabilidade da política pública, aí tem um silêncio...”

É interessante notar acima que se aborda a expressão e a força política dos gestores do Saúde Todo Dia, assim como a relação disto com a definição das novas gestões.

Outro entrevistado coloca algumas dificuldades na atuação dos gestores aos serviços, justificadas pela necessidade de produzir alguns resultados:

“...Possuíamos um coletivo de sujeitos na gestão de Aracaju que poderia ter avançado mais na consolidação das ações de saúde a nível micropolítico. Nosso coletivo era muito qualificado, muito cúmplice e presente nas diversas redes de atenção, o que permitia uma identidade de projeto muito grande e capilarizada na gestão. No entanto, gastamos grande energia em “controlar”, implantando com muita “força” determinadas políticas. Podíamos ter gastado mais energia com os processos de educação que, muitas vezes, disparamos no CEPS, mas que nem sempre foram realmente tratados como educação permanente nas Unidades de Saúde, com toda a equipe de apoiadores institucionais. Poderíamos ter sido mais potentes no envolvimento de trabalhadores e usuários nestes processos.”

Um aspecto que chama a atenção é a cumplicidade de um coletivo de gestores presentes em diferentes espaços de gestão. E ainda nesta exploração das análises sobre possíveis problemas e limites do projeto Saúde Todo Dia, identificamos algumas falas que tratam mais explicitamente das interfaces dos gestores do Saúde Todo Dia com os trabalhadores e com a sociedade:

“...Os recursos humanos nesse projeto(...), de certa parte, falhou, porque não dependia simplesmente de algo prescritivo. Dependeria, sim, da vontade de querer incorporar, de tornar sujeitos implicados, atores sociais, aqueles atores importantíssimos a esse projeto(...). Apesar de tudo, esse projeto ainda não tem a cara que nós gostaríamos que ele tivesse(...). Sempre nós estamos na mídia por problemas de acolhimento...”

Vê-se nesta colocação um problema no que se refere ao modo de lidar com as práticas profissionais. Por outro lado, na fala a seguir, menciona-se uma certa racionalidade fechada do Saúde Todo Dia como dificultador dos processos que envolviam gestão e trabalhadores:

“...Os trabalhadores chamavam a criatividade deles no cotidiano de Saúde Todo Dia? (...) Acho que o projeto, por ter dialogado pouco com a diversidade do fazer desses sujeitos, ele deixou de agregar sujeitos pra que a proposta do Saúde Todo Dia fosse uma proposta de todos, ou, pelo menos, de grande parte de quem produz micropoliticamente os serviços(...) O projeto, por essa racionalidade muito fechada e muito dirigida de um determinado lugar, ele acabava incluindo pouco e se abrindo pouco pra uma certa diversidade...”

Esta dificuldade é colocada como um limitador do tamanho da “autoria” do projeto, o que de certa forma também está sendo dito no trecho seguinte:

“...Deixamos uma grande lacuna na Participação Popular e Controle Social. A necessidade de fazer com “rapidez” e de consolidar “marcas de gestão” fez com que deixássemos o envolvimento de outros atores sociais – não envolvidos com a prestação de serviços de saúde – de lado. A gestão nunca fez um convite para que os setores sociais tivessem um envolvimento orgânico com a construção e consolidação do Projeto. As “marcas de gestão” são as marcas da gestão de Rogério Carvalho e de sua equipe, não as marcas das conquistas da população pela saúde em Aracaju.”

Como podemos ver, tais dificuldades de abertura e construção pactuada do projeto foram associadas à necessidade de consolidação das marcas da gestão, e isso parece ter consequência nas bases de sustentação do projeto.

Também buscamos explorar as estratégias de continuidade pensadas no Saúde Todo Dia, a partir de uma indagação aos entrevistados sobre o tratamento dado a esta questão. Vejamos:

“A gente tinha e tem uma visão de que a política não é só de governo, a gente tá construindo uma política de estado (...) pra que, independente de governo, aquilo fique e possa se perpetuar, como um direito conquistado, inabalável, como consenso...A gente ia discutir com os trabalhadores e com os usuários (...) e tudo que estava sendo conquistado, inclusive com a participação deles, tinha que se tornar um patrimônio público, adquirido pela própria conquista social (...). A população aderiu, contribuiu com essa proposta, e os trabalhadores também contribuíram(...), porque a gente tinha um formato mas esse formato foi modelado também com a atuação, intervenção e disputa com esses atores”

Percebe-se aqui a idéia do Saúde Todo Dia ao mesmo tempo como política de governo, política de estado e perpetuação, além da participação dos trabalhadores e

usuários na construção do projeto. O entrevistado mostra ainda ações que buscavam garantir a continuidade do projeto:

“Quando a gente estabeleceu o controle social, no formato que a gente estabeleceu - tem conselhos locais de saúde, com a comunidade no âmbito local também discutindo e apoiando- de uma certa forma foi uma ação com tentativa de perpetuação(...).Quando a gente discutiu educação permanente, e também pós-graduação, também é um dispositivo de perpetuação(...). O fato de construir unidades de saúde daquele padrão que a gente construiu, o padrão do SAMU, não volta mais(...). Se alguém quiser acabar com o SAMU, com a estrutura física das unidades, inclusive do ponto de vista até eleitoral, corre o risco de perder a eleição, porque vai ter um desgaste político tão grande (...). Tem alguns processos, do ponto-de-vista da perpetuação, que são inabaláveis.”

Fala-se aqui de diferentes tipos de ações convergindo para a finalidade de perpetuação. Destaca-se a análise do padrão físico das unidades como dispositivo de continuidade que constrange os governos a mantê-lo. Por outro lado, a idéia de “estabelecimento do controle social” pela gestão parece contraditória com a do projeto como uma conquista social.

Outra perspectiva é trazida a seguir:

“...Essa coisa da institucionalização ficou pendente, porque se a gente tivesse espaços onde a gente pudesse institucionalizar a prática e o modelo que a gente tava implantando, talvez ele tivesse mais sustentabilidade(...), porque quando a coisa não tá institucionalizada ela fica vulnerável a qualquer vento, a qualquer situação que abale a estrutura porque ela não é institucionalizada..A gente não conseguiu, por exemplo, ter uma lei municipal que dissesse como o SUS de Aracaju deveria funcionar, com todas as suas diretrizes, com uma política institucionalizada...”

Neste caso, aparece a institucionalização como uma estratégia de continuidade (não realizada no Saúde Todo Dia), tendo a lei como um exemplo. É possível que esta colocação guarde alguma relação com o processo de regulamentação legal do SUS que a gestão estadual vem pautando atualmente.

Partindo também da idéia de política de estado e das marcas de governo existentes no Saúde Todo Dia, outro entrevistado acrescenta outras estratégias de continuidade:

“Óbvio que tem uma marca evidente de governo no Saúde Todo Dia, mas (...) embora o Saúde Todo Dia fosse comprometido com uma lógica eleitoral (e eu não coloco isso como pejorativo),tem um tema de estado no Saúde Todo Dia (...), claro, por exemplo, no esforço de tentar fazer com que o conjunto das pessoas que trabalhavam fossem concursadas, o esforço de especializar o conjunto das pessoas que entram(...), o tema do controle social também passa por isso(...), aumentar a quantidade de conselhos locais de saúde (...). Investe-se em algumas estruturas de racionalidade tecnológica dura, tipo a da regulação, um aparato complexo que, pra vc poder desmontar, vc desorganizaria bastante a rede(...). Vai assumindo um grau de estruturação, de organização ,de ordenamento... Você vê que é um sistema com dificuldade de ser desmontado a partir de alguns graus que chegou, e isso, pra mim, é bastante intencional, bem evidente. Então, o grupo tinha uma preocupação com a sustentabilidade(...). Tinha um outro elemento aí, que é o diálogo com a população,então também se tentou com a ouvidoria, se discutia(...). O próprio Rogério se colocava muito...O acolhimento , várias coisas se trazendo como conquistas..... Começa a se tentar fazer com que a população incorpore algumas coisas como direito, pra que ela brigue pela sustentabilidade disso (...). Na expansão dos serviços isso é evidente, o próprio Rogério colocava muito claramente que, expandindo serviços, a população não aceita, depois, retirar serviço, então pressiona até pra sustentar o gasto em saúde.”

Pudemos ver aqui, como estratégias de continuidade, a montagem de aparatos estruturados nos espaços de gestão e a ampliação do acesso a serviços de saúde (acompanhada de ações que buscaram fazer com que a população os incorporasse como direito).

Em outra linha, surge uma colocação que mostra uma conexão entre eleições, concepções e mecanismos de continuidade, a saber:

“...Com a disputa eleitoral, o gestor municipal da saúde definiu que a continuidade seria a vitória eleitoral, que garantiria a sobrevivência do grupo político da saúde, que se constituiu nos 03 anos anteriores. Desta forma, a continuidade não era mais do Projeto Político – Assistencial para a Saúde municipal (Modelo de Atenção e Gestão da saúde), mas sim a continuidade de um grupo político e de um projeto político partidário do nosso candidato.”

Destaca-se aqui a perspectiva de continuidade de um grupo político e de um projeto político-partidário de um candidato que integra e lidera o grupo. Por um lado, isto pode representar uma ampliação do horizonte de atuação deste grupo político, e por outro pode sinalizar uma possibilidade de modificação nas interfaces da gestão de saúde com a política eleitoral e partidária.

Por sua vez, apareceram análises sobre discontinuidades no projeto, remetendo-se a problemas nas interfaces com os trabalhadores e usuários:

“Tinha que ter um grau de tradução disso cotidianamente na prática das pessoas porque, senão, essas estruturas não tinham a força de sustentação que a gente achava. Por exemplo, controle social teria uma sustentabilidade forte pra não deixar fechar serviço, pra não deixar faltar profissional, mas pra sustentar a mudança do modelo (...) o controle social tinha muita pouca capacidade (...). O movimento que a gente fez, de tentar colocar na boca do controle social nossa proposta, é diferente de você construir cotidianamente capacidade de o controle social, no dia-a-dia, identificar a proposta. Achava que discutir que o acolhimento é isso, que existem padrões de integralidade, era um discurso bom pro conselho municipal de saúde, mas eu acho que era pouco potente do ponto-de-vista dos conselhos locais de saúde. A mesma coisa com os trabalhadores: ou o projeto é um projeto construído pelos trabalhadores, e aí o acolhimento não podia ser um acolhimento que foi feito pela secretaria e os trabalhadores tiveram que se adequar. Ou eles produziam uma avaliação de que aquilo era melhor do que outras situações. Ou se deixava eles experimentarem, desmontarem um pouco e montarem de outro jeito, pra eles poderem construir um entendimento sobre aquela proposta, ou aquilo precisava da gestão estar sustentando. Com o modelo de gestão, é a mesma coisa: ou se criava um valor de uso que fizesse com que os trabalhadores exigissem um determinado modelo de gestão, cobrassem o apoio (...), ou um outro gestor fazia facilmente uma mudança do modelo de gestão, e aí, de fato, aconteceu mudanças do modelo de gestão com os outros gestores (...). Óbvio que alguns elementos, como o gasto em saúde e a quantidade de serviços, esses se mostraram fortes. As gestões que entraram, ainda que endividadas, teriam dificuldades de retroceder nisso, mesmo que quisessem.”

Destaca-se a necessidade de diferentes planos e estratégias de diálogo com as instâncias de controle social e de uma abertura maior com os trabalhadores para viabilizar a mudança do modelo de atenção, atentando-se para os sentidos e significados atribuídos pelos mesmos às propostas de mudança. E se evidencia, nesta outra fala, uma aparente surpresa com as discontinuidades:

“Eu achava que Aracaju tinha uma capacidade de sustentação muito maior do que mostrou ter (...). Várias outras coisas, que a gente achava que tinha superado, voltaram com muita força; por exemplo, alguns modos de organização dos serviços mais médico-centrados ou profissional-centrados voltaram com muita força, quando a gestão deixou de ser a guardiã (...). Mas a gente tem que refletir profundamente. O caso do acolhimento, mesmo, traz um grau de sofrimento pras equipes que, muitas vezes, não coincide com o desejo das equipes na organização dos serviços. Passa, por exemplo, pela quantidade de equipes que a gente tem pelo número de pessoas(...). Tem algumas modalidades de organização que o grau de sofrimento, de trabalho que elas acrescentam ao trabalhador, e o trabalhador sendo um sujeito altamente empoderado na saúde (mesmo com alguma pressão dos usuários, mesmo com alguma atuação da gestão), ele tem um espaço de autonomia tal, que ele faz prevalecer, sobre as outras lógicas, a sua opinião(...). Não to fazendo uma análise simplória... Acho só que a nossa estratégia teria que ter sido mais ampla, mais complexa, a gente tinha que ter dado mais valor a um elemento (...) que estava nos referenciais e no entendimento que aquele coletivo construiu como comum... Mas a gente subjugou alguns elementos disso, e isso mostrou ter uma força muito maior pra sustentar o projeto numa outra lógica.”

A partir de um olhar sobre o acolhimento e seus impactos no processo de trabalho das equipes, busca-se nesse caso evidenciar os graus de autonomia dos trabalhadores em relação a outros atores bem como os sentidos para os quais o uso da autonomia pode apontar.

Por fim, buscamos explorar a avaliação dos sujeitos sobre o projeto municipal de saúde nas gestões seguintes à do Saúde Todo Dia.

Começaremos com uma análise sobre o contexto político da cidade e na gestão da saúde, durante a primeira transição de prefeito e de secretário :

“ ...um momento muito complicado, do ponto-de-vista da cidade(...). Tinha uma polarização (...), tava muito partido. Existia, por parte da equipe, uma certa expectativa (...) de que alguém da equipe assumiria a gestão do projeto (...). E esse grupo muito dividido, se posicionando de forma contrária ao prefeito (...). Um nível de polarização muito grande entre a equipe (...) e o prefeito. E isso chegou em níveis impressionantes no período eleitoral (...). Toda a equipe muito mobilizada com uma agenda muito eleitoral, e a tentativa, a todo momento (...), do prefeito colocar a sua candidata naquele momento,(...) com alguns momentos muito tensos, (...) às vezes algumas unidades de saúde muito mobilizadas, não pra oferecer serviços, mas pra sair pra fazer campanha (...). Um grupo denunciando outro grupo...”

Como se pôde ver, é relatado um certo conflito entre a equipe de gestão do Saúde Todo Dia (que permaneceu) e o novo prefeito (antes vice), tendo a disputa eleitoral (especificamente em torno de candidaturas a deputados estaduais) como um dos motivos. Continuando:

“Depois, teve um momento de saída de 60 pessoas (...) pra poder ir pra gestão estadual (...). Uma tentativa de recomposição do corpo diretivo da secretaria municipal (...). O Conselho municipal de saúde (...), um movimento popular muito mercantilizado (...), fazendo a saúde como uma troca (...). A dívida era muito grande (...), com desabastecimento de coisas básicas nos serviços (...), e uma pouca solidariedade da prefeitura (...). Uma visão, de todos os outros secretários, de que a saúde era rica, que não precisava de ajuda, uma negociação muito dura pra conseguir essa sustentação (...). Os prestadores com muito pouca solidariedade (...), fazendo chantagem (...). O sindicato dos médicos tentava a todo momento fazer a captura da gestora...Ficavam fazendo paralisações mensais(...). Os agentes comunitários de saúde (...), muito fáceis de serem utilizados pra vários fins para além daqueles que eles foram contratados (...). Pelo menos uma auditoria em curso por semana (...). Naquelas condições políticas, o resultado foi muito aquém do esforço que foi feito”

Um dos destaques aqui é a situação financeira, logo após a inauguração de 2 novos hospitais de pronto-socorro e reinauguração de um centro de especialidades que foi ampliado e reformado. Além disso, aparecem pressões de alguns atores sobre a gestão e a falta de apoio do governo municipal, que aparece de uma outra forma na fala que segue:

“Eu acho que teve um desacúmulo, uma desagregação, mas os fatores são variados, não podemos atribuir apenas ao gestor maior.... Ou seja: um cenário diferente. Um governo que tá no campo da esquerda mas tem implicações diferentes e limitações no bancar; na autonomia que se é dada ao gestor na condução desse processo. Na prefeitura Marcelo Déda a saúde gozava de uma autonomia quase plena, onde os vetores políticos tinham uma pouca interferência, onde o prefeito declarava que a escolha da saúde foi justamente pra proteger a saúde de vetores políticos que viessem a prejudicar a construção de uma verdadeira política pública. E essa declaração, numa segunda gestão, ainda que seja uma continuidade, ela não veio de maneira tão clara e tão nítida (...). Antes, no contexto geral, tinha uma declaração pública de um governo que conseguiu segurar o estratégico. Teve problemas em outros campos, mas a gente conseguiu segurar pelo menos o estratégico no discurso e na prática, tanto que a gente conseguiu fazer licitação pública dos prestadores que eram credenciados do SUS na atenção especializada, romper radicalmente com o acesso a esses serviços, escolher plenamente os gerentes das unidades de saúde sem nenhuma interferência política maior (quando se tinha era pontual e, mesmo assim, estava sob avaliação, isso não era condicionante pra permanência da pessoa)”

Como se pode ver, mais do que em qualquer outro momento , aqui aparece com muita ênfase a relação entre a política de saúde e a política municipal de maneira geral, com uma análise bastante freqüente de que se trata de um contexto difícil no que se refere a esta relação, diferentemente do que vinha acontecendo com o prefeito anterior, a despeito de se ter a mesma aliança partidária.

Aparecem também outras colocações sobre as tensões entre a nova secretária e o grupo de gestores do Saúde Todo Dia, assim como sobre o modo como se atuou nesta nova gestão da saúde:

“Na gestão seguinte, houve uma dificuldade de compreensão do que tinha sido criado, desmontou-se a estrutura de gestão da atenção básica.”

“Nas atuações desse gestor líder do projeto, do secretário, tiveram algumas interferências que contribuíram com essa fragilização, inclusive com desautorizações (...) do que foi autorizado pelo secretário (...). E eu acho também (..) que a alquimia, ficou faltando algo, porque tem um grupo aí muito sujeito, muito atuante e antenado, e um outro ator social chegando no processo em que se tinha uma experiência já há longas datas como gestora pública, mas não se tinha acumulado nesse campo (acumulou na saúde pública em outros campos), e aí esse processo de integração dessa equipe com esse novo gestor, a forma de conduzir , a maneira, os estilos, enfim, uma série de fatores que contribuiu pra que houvesse de fato uma desagregação da equipe, um afastamento de alguns quadros, um ressurgimento e uma rerepresentação de outros (...). Isso é natural, e em toda mudança de gestão isso acontece (...). A relação de confiança que se é construída, com uns mais, com outros menos (...). O fato é que isso, de uma certa forma, num momento político muito delicado, criou uma instabilidade à equipe e ao projeto, porque tinha outros atores externos pressionando e corroborando com essa instabilidade (...). E, efetivamente, estilos diferentes, um processo muito focado num processo de contenção de gastos, na gestão financeira e na gestão de micro-processos ,ou seja, mais no gerenciamento do que já estava acontecendo do que numa visão estratégica de governo. Ou seja, nós temos realmente uma crise financeira, um processo em que a gente já chegou num patamar (...), mas o que é que a gente pode construir de novo que construa o nosso diferencial, que coloque a marca dessa gestão e que ao mesmo tempo considere essa variável financeira? (...) Talvez o processo de integração das redes e uma nova proposta de educação permanente pudesse ser um caminho interessante e com custos financeiros baixos...”

Percebe-se nestas falas uma certa dificuldade de aliança entre o coletivo de gestão do Saúde Todo Dia e a nova secretária, que, somada ao menor apoio do prefeito e às pressões de outros atores, parecem vulnerabilizar mais a saúde. Também se aponta

o foco de atuação da nova gestora como um problema, além da alteração posteriormente feita no desenho de gestão na atenção básica. Considerando que esta secretária (Lêda) foi responsável, no final de 2000, pela indicação do secretário (Rogério) que implantou o Saúde Todo Dia, chama-nos a atenção esta dificuldade de articulação entre ela e a equipe que estava na gestão.

A propósito, destaca-se, na colocação de outro entrevistado, uma explicação sobre a razão de possíveis descontinuidades do Saúde Todo Dia baseada na organização e incorporação de tecnologias :

“As coisas que não se mantiveram foram aquelas que a gente não conseguiu sistematizar e transformar em tecnologia que pudesse ser incorporada na organização dos processos...”

A secretária de saúde já mencionada permaneceu no cargo de abril de 2006 a maio de 2007. Desde então, permanece um outro secretário. Sobre as características destas gestões, são feitas comparativamente algumas considerações:

“o Saúde Todo Dia marcava uma disputa contra-hegemônica (...), num município que foi sempre gerido pela direita (...). A Leda assumiu a gestão da secretaria de saúde de Aracaju num momento muito crítico (...). Havia uma força maior daqueles que sempre lutaram contra (...). Outros atores saem e isso foi muito crítico para o projeto e o Saúde Todo Dia ainda não tinha sustentabilidade do controle social (...). O coletivo Saúde Todo Dia se diluiu (...). Os militantes do Saúde Todo Dia precisaram se dividir (inclusive pra outros estados) e algumas pessoas fizeram outras escolhas (...). Na atenção básica se retirou o papel do apoio institucional (...). O Edvaldo Nogueira começou a interferir de alguma forma na gestão, com algumas concessões que foram sendo sofridas pra Leda, enquanto gestora, e pra nós (...). As coisas começaram, desde ali, a ser muito sofridas (...), a ponto da Leda sair daquele lugar e do Edvaldo Nogueira indicar o Marcos Ramos, que é alguém que desconhece a gestão da saúde pública, (...) o que significa a reforma sanitária, (...) porque ele tá aprendendo a fazer gestão não só administrativamente, mas também ideologicamente (...). Ele vem pra reforçar o poder hegemônico (...). Por exemplo, (...) médicos trabalham com carga horária mais reduzida que os demais. Disputas com os sindicatos com muitas concessões e colocando mesmo em risco o projeto que a gente vinha construindo anteriormente; concessões político-partidárias na definição de cargos...”

Essa fala aponta uma acentuação da interferência do prefeito sobre a gestão da saúde, além de uma mudança na condução por parte do atual secretário. Isto também é visto em outra colocação:

“Na gestão de Leda, se tinha uma visão sanitária mais ampla, um conhecimento de saúde pública mais amplo, de SUS, de sistema, mas na atual, tem uma visão mais especializada no que diz respeito à inserção profissional, com baixa inserção no campo da saúde pública (...) No entanto, tem uma facilidade maior pra processos novos, uma abertura maior (...), só que com vetores políticos externos que se exacerbam, que dificultam a implicação e o comprometimento da fala do gestor (...). E aí, você tem uma fragilização da gestão muito grande, um problema de liderança do projeto, que não consegue se legitimar frente aos coordenadores e gerentes desse projeto, e aí, se começa a construir autogovernos muito autônomos, a ter todas as áreas com muita autonomia pra operar, pra fazer o que quiser, porque não tem uma linha, um eixo conceitual, mas, ao mesmo tempo, essa autonomia é um pouco danosa, porque gera encastelamentos de áreas, reforça a não-integração; pode se criar uma linha muito divergente com o que vinha se propondo (...). Acaba fragilizando os pilares desse modelo, e (...) outros atores percebendo que existe essa fragilidade de liderança do projeto, vêm com muita força, como os sindicatos, que foram construindo muito espaço nessa gestão governamental, (...) se legitimando, não em cima de projetos consistentes, mas em cima de um vácuo de poder que se constituiu (...). E, como a gente não criou um grupo político mais coeso (...), que discutisse também essa questão, não conseguimos dar essa sustentabilidade nem discutir a importância de se fortalecer um outro ator social nesse processo (...). Até tentamos (...), mas fazíamos por espasmos de necessidade...”

Além da vulnerabilização externa, fala-se também de uma deslegitimação interna do secretário, favorecendo a fragmentação da gestão. Esta fragmentação é afirmada numa outra colocação:

”Do âmbito macro é um momento bem difícil. Não é um momento de muito contentamento, eu diria, mas, por outro lado, muitas coisas não deixam de acontecer. Mas a secretaria tem uma dificuldade de produzir articulações pra ela mesma (...). Por exemplo, de redes assistenciais se encontrarem (...), de a gente produzir projetos coletivos de fato.”

E mais uma vez evidenciam-se diferenças entre as gestões:

“O início desse projeto teve uma energia muito positiva, porque nós tínhamos um tipo de gestor, com um tipo de energia, e foi o mentor, foi o pai desse projeto. Então, é diferente de quem dá continuidade a esse projeto (...). A Leda

tentou dar o máximo que ela pôde, porque ela tinha uma formação muito na linha de Rogério, mas as dificuldades foram muitas; tentamos fazer o máximo (...). A própria Leda viu que não tinha condições de continuar e saiu (...) Essa outra gestão que nós temos agora já é muito diferente da primeira, porque é um gestor que não é da área da saúde pública; se incorporou agora, tá aprendendo conosco, mas o tempo vai passando e o tempo não retroage. Nós tivemos uma realidade com Leda de grande dificuldade, mas nós tínhamos uma pessoa que era dotada na saúde pública. O projeto não nasceu com ela, mas ela tinha conhecimento do projeto, porque foi um projeto que foi construído, não na história simplesmente de Aracaju, também pegou uma história do estado onde ela tinha sido secretária (...) Mas hoje já mudou muita coisa; a gente vê dificuldades maiores...”

A despeito da menção mais enfática à liderança do secretário do Saúde Todo Dia (Rogério) e das tensões já descritas entre Leda e a equipe de gestão, essa fala sugere haver perspectivas de atuação mais convergentes entre eles do que com o atual secretário de saúde.

Por outro lado, um entrevistado faz algumas considerações diferentes no que se refere à situação atual:

“A visão atual é uma visão, além de incorporar tudo aquilo que foi feito na primeira etapa ainda mais ampliado e buscando a resposta ao cidadão, aquele verdadeiramente usuário do sistema único de saúde.”

E em relação ao financiamento, corroborando uma das análises feitas por outra pessoa quando tratamos da continuidade do Saúde Todo Dia, se diz:

“...Cada gestor tem seu tempo e sua condição (...). Houve uma facilidade no financiamento, o que fez com que alguns projetos fossem tocados de uma maneira mais rápida, e não houve, então, essa adequação entre o repasse do recurso e a execução da obra (...). O crescimento da rede também foi rápido e o município não tava preparado financeiramente pra suportar isso (...). Nós tivemos passivos criados em relação a isso, mas o prefeito, por sorte, deu respostas, com o repasse de receitas próprias...”

Por fim, registramos uma avaliação que aponta a interrupção das diretrizes do Saúde Todo Dia com a saída dos gestores:

“... a gente saiu. E meio que com as pessoas, saiu o projeto também. Ele não ficou; ele não vingou, nesse sentido.”

4.2 Sobre a Política de Saúde Mental

Iniciaremos com uma fala que recupera a história da política de saúde mental no Saúde Todo Dia:

“De 2001 a 2006 foi o boom da saúde mental em Aracaju e em Sergipe, inclusive, foi o momento de maior elaboração da política de saúde mental, da maior construção de um modelo de atenção nessa área, que não tinha. O modelo de atenção era internação psiquiátrica em hospitais manicomial, inclusive emergência manicomial (...), e ambulatório, pra atender o estado todo, o estado não tinha CAPS(...). Mas a partir de 2002 (...) a gente teve a liberdade de ousar; a gente não foi tolhido nesse sentido. A gente pensou o que a gente quis na saúde mental; a gente montou diversos modelos diferentes . Foi uma das áreas que mais ousou inovar nos modelos, tanto de gestão (foi o primeiro colegiado da secretaria, o da saúde mental), como em termos de modelo. A gente montou um CAPS 24 horas dentro de um manicômio, que esse manicômio, além de tudo, era porta de entrada pro estado todo nas internações. Então, nós fizemos frente às internações do estado inteiro; eram 320 leitos pra gente enfrentar. E a gente fez muito porque o gestor disse assim: “olhe, a gente tem que fazer, ou a gente faz isso ou a gente não vira esse modelo”.. No mesmo ano, a gente montou 3 CAPS (...), então, isso não é pouca coisa. A gente teve 6 meses sem financiamento , de CAPS AD e pro CAPS III, e o gestor bancou. Então, foi o momento que a gente teve pra experimentar (...). A gente conseguiu diminuir leitos (...) A gente saiu do quintal , do cárcere privado, pra sala de estar; a saúde mental passou de um espaço de sombra pra um espaço de visibilidade.”

Percebe-se aqui uma expansão rápida de equipamentos de saúde mental considerados substitutivos aos manicômios. Além disso, é bastante evidente o apoio e o protagonismo do secretário de saúde neste processo. Por outro lado, é bastante enfática a afirmação da autonomia que a gestão da saúde mental teve no período.

Acontece uma certa tendência em outras avaliações a fazer reconhecimentos semelhantes aos da primeira fala no que se refere à mudança do modelo de atenção na

saúde mental, ao mesmo tempo em que se colocam, espontaneamente, algumas análises sobre limites e dificuldades. Vejamos:

“A gente fecha hospitais psiquiátricos e abre serviços substitutivos (...). A gente tem todos os tipos de CAPS no Saúde Todo Dia (...). Posteriormente, a implantação das residências terapêuticas, redução gradativa dos leitos . Então, o grande marco da saúde mental, no Saúde Todo Dia, foi, de fato, a efetivação da política pública pra transformação do cuidado em saúde mental, a partir da lógica da luta anti-manicomial...Entretanto, a gente tem uma dívida muito grande com relação à qualificação desses serviços e desses trabalhadores (...). A saúde mental demanda da gente, enquanto trabalhadores, um desejo muito grande de estar naqueles espaços (...). Era necessário, desde o primeiro momento de inserção, um acolhimento pedagógico daqueles trabalhadores (...). A gente corria o risco de ter CAPS funcionando como pequenos hospitais psiquiátricos (...). Pouco se avançou na qualificação dos leitos hospitalares, mesmo que o número seja reduzido (...). A urgência mental ainda funciona com práticas manicomialis (...). Essa evolução gradativa do número de serviços não foi acompanhada pela evolução gradativa do investimento nesses trabalhadores (...). E isso é um grande nó, reconhecendo toda a importância da força que o projeto teve inicial de efetivar a reforma psiquiátrica no município.”

Numa outra fala, também nesta perspectiva, aponta-se uma possível razão para os problemas levantados:

“Avançou bastante no processo de implantação, porque não tinha nada e teve que começar praticamente do zero (...). Mas teve falta de liderança (...), porque é um campo em que você, além de ter um discurso geral, tem que ter a experiência (...) e trazer alguns componentes, porque são realidades que chocam os olhos das pessoas. E precisa ter um balizador externo pra dialogar com as equipes (...). Se tinha clareza do projeto, tem uma militância, uma equipe uníssona no projeto de implantação. Agora, faltava uma visão gestora mais potente na implementação,(...) nos desdobramentos. Faltou realmente um componente gestor, uma capacidade organizativa da equipe pra construir processos mais estruturados pra dar conta de algumas questões e não se aprisionar a formatos do MS (...). Se permitir ousar mais, (...) porque tem sujeitos que te surpreendem o tempo todo. Então, pra que você não os manicomialize, mesmo em instituições livres, (...) você precisa ter criatividade e, ao mesmo tempo, ter alguns processos estruturados que dêem chão à equipe....”

De uma certa forma, estas duas falas seguintes também sinalizam dificuldades de aprimoramento:

“ Na saúde mental, tinha muita militância, muita vibração. E uma política efetiva de desmanicomialização, com o fechamento de hospitais e a criação dos CAPS, que faz, hoje, de Aracaju, a melhor rede de saúde mental do Brasil (...). Faltou a organização de tecnologias do processo de trabalho”

“Aracaju se tornou referência nacional em saúde mental (...) mas, mesmo assim, a gente avalia que sempre pode ser melhor. Por exemplo, a parte de educação permanente era uma área que podia ter sido melhor (...). Álcool e outras drogas com outras redes (...). A redução de leitos podia ter sido mais efetiva (...). A gente não conseguiu implantar o novo CAPS III..”

No que se refere à continuidade da política de saúde mental desenvolvida no Saúde Todo Dia, coloca-se que:

“A gente pensou, no momento, que a gente incentivou a criação da associação de usuários de CAPS (...). Esse seria um espaço de controle social (...). A gente subestimou o poder que a gente tinha; a gente não achou que o nosso espaço fosse ser um espaço de disputa (...). A gente achou também que os trabalhadores fossem fazer uma insurreição, fossem se colocar caso houvesse um retrocesso. Mas, na verdade, não foi um processo assim. Os trabalhadores ficaram muito desmotivados com o processo de mudança (...) e, pela desmotivação, fez com que eles abandonassem a saúde mental (...). Acho que a gente poderia ter investido mais no controle social, tinha usuários que eram conselheiros(...), mas isso não se reverteu em questionamento, em acompanhamento do processo pra que a coisa não caísse.”

Além de mencionar uma estratégia com vistas à continuidade da política de saúde mental, nessa fala há uma indicação de que houve problemas na sequência do processo. Ao explorar o caminho da política de saúde mental nas gestões seguintes, percebem-se algumas tensões:

“Em 2006, aconteceu um retrocesso, porque a saúde mental não era mais prioridade (...). A secretária tirou a saúde mental do foco da gestão (...). Ela expôs isso, falou claramente que o foco eram os hospitais zona norte e zona sul, a rede de urgência (...). A gente ficou 8 meses com um CAPS funcionando só leito noturno, por causa de um esgoto entupido...”

“A transição não foi boa (...). A secretária decidiu quem seria a nova coordenadora sem falar com o grupo da saúde mental; criou um clima de golpe (...). Isso teve uma quebra (...), saíram mais duas pessoas, e, então, foram inseridas mais 8 pessoas pra ampliar a gestão da saúde mental (...). Mas as pessoas não entendiam qual o objetivo dessa

ampliação (...). Foram criados vários nomes (...), mas as pessoas não sabiam o que era (...). Isso foi uma cascata da gestão pra os CAPS; essa insegurança, essa incerteza...”

Estas tensões se associam, inicialmente, ao grau de prioridade na utilização de recursos financeiros da SMS, e depois à definição da pessoa que assumiria a coordenação de saúde mental. De um outro modo, é dito que:

“...houve uma certa rejeição `a pessoa que foi colocada (...), porque já se tinha pensado numa articulação para uma outra pessoa (...). Tinha um CAPS (...) em construção, parado, porque não tinha dinheiro (...). Um CAPS numa situação (...) que parecia um buraco negro (...). Acho que ganhou muito em dinâmica e vivacidade quando entrou a nova direção.”

Por outro lado, na fala a seguir são trazidos um certo processo de construção de entendimentos sobre necessidades de mudança, ações realizadas pela nova gestão e o posicionamento de pessoas que foram da gestão anterior:

“... ainda com o coletivo gestor anterior da saúde mental, a gente começa a dialogar com a urgência, com a atenção básica, com a sociedade e com as universidades, e isso faz com que a gente precise mudar nosso desenho de gestão...E a gente começa a ampliar as ações daquele coletivo gestor e a avaliar que aquela forma como aquele coletivo gestor estava organizado não dava conta das novas necessidades da gestão. Por exemplo, o nosso foco agora não é só gerenciamento de CAPS (...), mas a gente também precisa qualificar o cuidado (...). Então, a gente começa a fazer uma gestão inter-redes (...), a gente implanta um núcleo de apoio ao cuidado na atenção básica (...), e a gente pensa, também, numa coordenação pras residências terapêuticas (...). Nesse movimento, o coletivo gestor anterior tem uma dificuldade de se encontrar com essa nova forma de fazer (...). A gente sai do foco de implantação de CAPS (...) e muda o foco pra qualificação do cuidado em saúde mental (...). O CAPS é um ordenador da rede de saúde mental (...), mas outras intervenções e articulações são necessárias pra produzir esse cuidado.”

A propósito, uma das falas traz uma análise sobre a perspectiva dos 3 secretários de saúde em relação à política de saúde mental:

“O Rogério assume a gestão do município e demarca isso: que é ator militante da reforma psiquiátrica, da luta anti-manicomial (...). A Leda Lucia tinha uma sensibilidade muito grande pra isso, ela tinha um cuidado muito grande com a saúde mental e ela tinha meio que um encantamento com o que a saúde mental produzia; Ela conseguia olhar pra um usuário e se emocionar, por exemplo; Ela conseguia entrar num CAPS e questionar como aquilo era possível e como a gente não desenvolveu aquilo antes (...). E o Marcos pouco conhece (...), não conhecia CAPS, e, aí, a gente teve que construir junto com ele essa nova lógica...”

Por outro lado, a despeito destas características identificadas no atual secretário, avalia-se que houve continuidade nas características da gestão da saúde mental, ainda que haja dificuldades de articulação interna na secretaria de saúde:

“A saúde mental não teve a ruptura com a saída da Leda. A gente continuou com a mesma autonomia pra dentro da secretaria...Acho que pela pouca propriedade mesmo que o novo secretário tinha pra intervir nos processos. A gente não tem grande visibilidade no sentido de mídia e publicitária pro projeto do prefeito (...). A gente continuou trabalhando, inclusive com ganhos importantes em 2007, como, por exemplo, a aprovação de todos os projetos de educação permanente pra 2008 no conselho municipal de saúde e no orçamento municipal (...). E, durante todo esse processo (...), a gente teve um reforço muito importante da política nacional de humanização, com oficinas, com o próprio apoio institucional, com o próprio acompanhamento e monitoramento permanente. A gente não retrocedeu com a gestão de Marcos Ramos, apesar de todo esse contexto desfavorável da secretaria (...). Mas espaços de negociação entre as redes do município, aí sim, isso se inviabilizou e em diversos momentos a gente assumiu agendas que seriam compartilhadas (...). A gente acabou assumindo a gestão da urgência de saúde mental (...); A gente assume a construção de protocolo de urgência e emergência pra remoção de usuários em crise; A gente assume a co-gestão das clínicas psiquiátricas (...). Todo o processo de educação permanente que foi desenvolvido em 2007 e agora em 2008 também, ele tem sido desenvolvido pela gestão da rede, articulado com a educação permanente do município com relação a recursos financeiros. Mas a gente não senta junto pra formular projetos..”

Neste caso, parece acontecer na gestão da saúde mental um percurso diferente do conjunto da SMS no momento atual, o que é corroborado por outro entrevistado:

“A saúde mental tem muito destaque na secretaria (...), e a gente vem conseguindo manter o projeto que a gente espera pra Aracaju (...) E tem sido muito forte, nesse ano de 2008, um investimento em educação permanente (...). A todo momento, a gente tem se encontrado com trabalhadores, trazendo experiências externas (...). Não é só instrumentalizar os nossos trabalhadores a lidar com transtornos mentais, é pra além disso. Tem sido produzir

articulações (...), encontros (...). Mas falta militância, a gente não tem aqui em Aracaju um coletivo de militantes em saúde mental (...). A associação de usuários não tem grande força...”

Como poderemos ver adiante, a gestão da saúde mental parece ter sido um dos poucos lugares em que a educação permanente dos trabalhadores foi desenvolvida após as mudanças de secretários de saúde. Esta última fala, no entanto, aponta uma dificuldade atual no campo da saúde mental, no que se refere à atuação política de movimentos da sociedade.

4.2 Sobre a Política de Educação Permanente

Como se pôde ver (quando tratamos do projeto de saúde de Aracaju), a Educação Permanente foi citada pela maioria dos entrevistados como uma das marcas do projeto Saúde Todo Dia. Sobre as características desta política, destacam-se algumas colocações:

“A característica mais forte é que a educação permanente se caracterizou como um espaço de gestão. Então, era um espaço de formulação coletiva, das principais diretrizes, dos elementos do processo de trabalho, das tecnologias que diziam respeito ao modelo técnico-assistencial (...). O outro traço forte foi a pedagogia adotada. Então, a gente trabalhou o tempo inteiro guiado pela pedagogia do fator de exposição (...), metodologia problematizadora; tivemos uma inovação que foi a educação juntando com a arte (...), que dava um colorido, uma feição especial, lúdica (...). Praticamente, a atenção básica ocupou a nossa agenda estratégica durante 4 ou 5 anos, nossa agenda circulou em torno daquilo que era demanda pra implantação da atenção básica (...). Sempre começava com uma necessidade que vinha da gestão. Isso era processado até que a gente chegava num tema. Depois, era discutida a metodologia em comum (...). Naquele momento, os gestores, além de formularem, assumiam um papel docente na capacitação (...). O espaço de educação permanente, ao mesmo tempo, era um espaço de supervisão, de gestão e de capacitação.”

“Não era uma coisa distante de quem operava a gestão (...). O diferencial dessa proposta de educação permanente é que o gestor era um componente pedagógico do projeto importante (...), um ator que era preparado pra incorporar conceitos pedagógicos avançados, arrojados (...). De uma certa forma, era um espaço de transformação desse sujeito gestor...”

“Na educação permanente a gente construía diálogo com os trabalhadores, buscando definir o papel da equipe e de cada profissional, com foco no objeto (...). Enfim, era um espaço de gestão, de realização de acordos e de construção de sujeitos”.

Nas falas anteriores aparece a idéia da educação permanente como um espaço de gestão envolvendo gestores e trabalhadores, o protagonismo dos gestores na formulação e mediação dos processos pedagógicos, a conexão entre as necessidades de implantação do modelo de atenção e os conteúdos trabalhados nas capacitações, e inovações nos métodos e técnicas pedagógicas.

Por outro lado, aparece uma crítica ao modo de definição das necessidades de capacitação:

“...essas capacitações (...), faziam uma concentração, mas a dispersão nunca acontecia (...). A capacitação não partia de uma necessidade sentida, ela partia de uma necessidade que a gestão tinha com o projeto, sem envolver os atores que estavam envolvidos, sem atender realmente algumas necessidades...”

Além disso, uma necessidade de maior disseminação da educação permanente:

“Mas não se pode trabalhar só com um formato, de concentração e dispersão (...); precisa pensar como isso se capilariza pra dentro das redes assistenciais (...). Faltou suficiência pra construir isso, porque também não é tarefa fácil, corre o risco também de você se dispersar e não ter aquele produtinho já certinho (...) Mas eu acho que a gente devia ter se arriscado, enveredado por outros caminhos...”

E, na fala seguir, dentre outras, a dificuldade e necessidade de singularização da educação permanente:

“A estratégia era pensada para o conjunto (...); a lógica era mais plasmada, mais homogênea pra todo mundo (...). A educação permanente ganhou um lugar, ela se territorializou, o que é um problema (...). No final das contas, Aracaju deu um salto muito grande nos métodos de educação permanente, colocar a educação permanente como um eixo estratégico da gestão, de trazer uma educação permanente que, de fato, tinha impacto na mudança do processo do trabalho. Mas depois teve 3 problemas. Um era trabalhar com uma certa homogeneização, como se o tempo de todos os sujeitos fosse o mesmo tempo. Dois, é que esse tempo era calculado pelas necessidades da gestão (...). E três, não ter conseguido se abrir à singularidade do que as pessoas queriam e dos processos locais que poderiam ser disparados (...). Até a grande função da educação permanente em Aracaju, que cumpriu um papel (...) de grande espaço de negociação, tem uma hora que ela foi perdendo um pouco essa capacidade de negociação (...), porque foi ficando cada vez mais explícita a natureza de pouca negociação nesse espaço (...). A gente fazia uma estratégia de convencimento mesmo dos trabalhadores...”

Estas críticas apontam, como problemas, uma dificuldade de descentralização da política de educação permanente e de capilarização dos seus resultados, pouca abertura às demandas de educação permanente emanadas dos serviços, a despeito de, nos espaços de educação permanente, se tratarem temas e questões relacionadas ao modelo de atenção e ao processo de trabalho das equipes de saúde, utilizando-se de variados métodos pedagógicos.

Na fala a seguir parece haver uma concordância com estas críticas, no entanto argumenta-se que não poderia ter sido diferente. Vejamos:

“Em dando continuidade àquele projeto, tinham coisas a serem revistas (...). Da onde vinham as demandas; quais as necessidades que eram priorizadas; quem era que assumia um papel central nesse processo (...). Enfim, tem uma série de coisas que poderiam ser revistas a partir do processo histórico (...). Eu não consigo vislumbrar outro modo de ter sido operacionalizado...”

E ao se abordar o tratamento dado à possibilidade de continuidade da política de educação permanente, coloca-se:

“Eu acho que a gente não tinha uma preocupação com relação à continuidade (...), parecia que a sustentabilidade tava dada...”

Por outro lado, ao tratar da trajetória da educação permanente na gestão seguinte ao Saúde Todo Dia, aparece, inicialmente, uma diminuição da frequência de realização de atividades de educação permanente, avaliada como necessária por conta do ano eleitoral e da transição de governo:

“A gente tava num ano atípico, que era um ano de transição de governo. Na verdade, um ano eleitoral era um ano que não era pra se iniciar nenhuma política. Era um ano de conclusão ; pra se começar um ciclo novo. Independente de qualquer coisa, eu acho que essa seria a postura de qualquer governo que assumisse. Lá no CEPS a gente teve total paralisação das atividades de educação permanente por um período..”

Aqui parece evidenciar-se a educação permanente como uma necessidade da gestão. Não há referência a demandas de educação permanente pelos trabalhadores nem a relatos de experiências locais.

Numa outra perspectiva, percebe-se descontinuidade da Política de Educação Permanente, atribuída ao modo de compreensão da gestão seguinte ao Saúde Todo Dia sobre a educação permanente e a não transformação da experiência de educação permanente em tecnologias:

“Houve uma incompreensão da gestão seguinte em relação à educação permanente, na medida em que as duas pessoas que foram formadas não ficaram no CEPS. Como na educação permanente as coisas não estavam organizadas sistematicamente em tecnologias consolidadas, não houve possibilidade de incorporação e reprodução envolvendo os trabalhadores, ficando dependente do gestor (...). O CEPS se tornou um espaço de capacitação clássica”.

Na fala anterior aparece também a opinião de que houve alteração no sentido da educação permanente. Isto é reafirmado por outros entrevistados, chegando-se a uma posição praticamente consensual quanto à interrupção do modo como a mesma era desenvolvida no Saúde Todo Dia:

“Não se pautou educação permanente nessas 2 gestões (...). Essa gestão faz mais treinamento mesmo (...), e na outra gestão, não se discutiu, não se pautou ”.

“Rompeu-se com essa sequência de organização da educação permanente, onde a clínica seria um dos elementos, pra se cobrar mais as especificidades da clínica. E isso tem sido pautado por alguns profissionais (...). As ações de educação permanente têm sido voltadas mais pra dar conta da clínica, da assistência mesmo (...). Qual o sujeito que tem exigido que saia dessa lógica de educação permanente? O profissional médico (...). Ele tem exigido a qualificação da técnica...”

Nessa última fala percebe-se um movimento ativo de alguns trabalhadores em direção a capacitações mais “técnicas” e uniprofissionais, diferentemente da lógica de educação permanente que vinha se desenvolvendo anteriormente.

4.4 Sobre o SAMU

Pouco tempo após ter sido adotado como elemento da política nacional de atenção às urgências, o SAMU foi implantado em Aracaju. Em relação ao que representou o SAMU no Saúde Todo Dia, destacamos:

“O pré-hospitalar causou um impacto considerável na chamada faixa das mortes evitáveis (...). O paciente começou a chegar mais viável no hospital (...). A chegada do pré-hospitalar, de uma certa forma, começou a colocar muito em prática o que o SUS preconiza, que é ser universal, ser integral e ter equidade no atendimento. E o serviço pré-hospitalar, com sua mesa de regulação, é uma ferramenta de inclusão de extremo poder...”

Fala-se aqui no impacto do SAMU sobre as mortes e também se busca mostrar sua estruturação em coerência com os princípios do SUS.

Numa outra perspectiva, outros entrevistados ressaltam as características da equipe de gestão do SAMU no Saúde Todo Dia bem como a expressão social deste serviço:

“O SAMU também tinha muita vibração; foi o serviço que, talvez, tenha mostrado primeiro a possibilidade de uma saúde de qualidade para todos, como direito de cidadania, onde nós tínhamos muita preocupação com os contratos de manutenção e que ganhou o respaldo da sociedade. “

“O SAMU sempre teve muita presença na cidade (...). Foi um dos grandes fatos de voto em Déda e Rogério, porque realmente mudou a cara do atendimento (...). A equipe era muito presente; vestiam muito a camisa...”

Percebe-se nestas falas um alto grau de legitimação social do SAMU em Aracaju, no período do Saúde Todo Dia, além de seu impacto eleitoral.

Por outro lado, são identificados alguns problemas, sobretudo na lógica de funcionamento e na interface com outros serviços da secretaria:

“Foi um marco, ainda que tenha sido normativo, pouco integrado com a rede, pouco participativo com o restante da secretaria. Mas aconteceu, impactou, salvou vidas, ajudou a pensar a rede como um todo (...). Mas tinha um processo de desintegração com as outras redes que precisaria ser aprimorado...”

“Nós vínhamos de décadas de modelo assistencial onde a própria ambulância era chamada de assistência (...). Com a chegada do serviço, esse tipo de modelo foi bloqueado (...), e isso criou muito choque...”

“O serviço é 100% normativo, e, por conta dessa normatização, ele provocou uma reação (...), porque as pessoas que estavam solicitando entendiam que o serviço estava desqualificando seu conhecimento (...). Mas isso foi com o passar do tempo sendo mudado...e se observou que a maioria dos conflitos se deu por não se ter disseminado de forma ampla qual é a importância desse serviço e como ele se relaciona com os profissionais e com as unidades...”

No entanto, estas questões parecem não ter incidido de forma marcante sobre a legitimidade social anteriormente apontada.

Ao explorar o tratamento dado à continuidade do SAMU pela gestão, coloca-se que:

“A preocupação da coordenação do SAMU era: temos que, definitivamente, deixar enraizada a importância do serviço e a qualidade do serviço perante a comunidade, porque, aí, ele terá sua vida perpetuada, independente (...) do gestor municipal (...). E com a qualificação continuada dos servidores, com o aporte do serviço ofertado, a gente foi criando um vínculo muito grande com a população (...), e isso foi ficando enraizado dentro da comunidade e chegou uma época que nós notamos que ele tinha vida própria já, que já conseguia caminhar, que não era mais “nosso” (...). Ele foi tendo uma aceitação muito grande na comunidade.”

Percebe-se aqui uma preocupação com a continuidade do SAMU, bem como o seu respaldo social, que é corroborado nesta outra fala:

“O nível de aceitação do serviço, nas pesquisas que eram feitas, era sempre acima de 85%. Isso é um percentual bom (...). Isso é importante porque o serviço vai ser perpetuado (...), você nunca vai pensar em acabar o serviço (...), porque politicamente isso vai ser ruim”.

Nestas falas, chamam a atenção duas questões. A primeira se refere à idéia de perpetuação do SAMU, e a segunda tem a ver com o posicionamento da população em relação ao serviço, sendo a primeira vez no decorrer do trabalho que se menciona uma avaliação sobre a satisfação dos usuários em relação a elementos do Saúde Todo Dia.

Por fim, buscamos abordar a situação do SAMU nas gestões seguintes. Neste sentido, são feitos os seguintes comentários:

“Houve uma suposta queda na qualidade do atendimento (...). Alguns trabalhadores comentam (...). Eles estão precisando renovar a frota, e, se quebra muito, vai ter um tempo-resposta aumentado (...). Se essa situação se perpetua por muito tempo, ela vai terminar minando a credibilidade, porque a primeira leitura que a comunidade pode fazer é de que já não está chegando rápido como antes (...). Termina gerando a insatisfação do trabalhador...”

“Na gestão seguinte ele perdeu um pouco de eficiência, mas parece vir recuperando e mantendo a legitimidade”.

Apesar de se referirem a problemas de eficiência (muito relacionados à manutenção de veículos e de equipamentos), estas falas não chegam a colocar uma descontinuidade nem uma deslegitimação relevante do SAMU.

Por outro lado, algumas considerações provocam a impressão de que a gestão atual vem atuando para tentar manter o padrão e a legitimidade adquiridos pelo serviço no Saúde Todo Dia. Vejamos:

“Neste momento, temos uma gestão que tem lutado para conseguir a completa renovação do SAMU, tanto da frota como do ambiente e enfatizando o treinamento dos profissionais das diversas áreas componentes.”

“Rogério implantou e consolidou o SAMU (...). A luta hoje é manter a qualidade do serviço”

Isto nos permite perceber que o SAMU, dentre as marcas mencionadas do Saúde Todo Dia, é uma das que se mantém.

4.5 Compartilhando impressões e análises preliminares

A partir do percurso feito nos itens anteriores, cabe destacar, de forma sintética, algumas questões que parecem relevantes.

No que se refere ao *Projeto Geral de Saúde*, de um modo geral, parece ter, de fato, havido uma grande alteração da influência exercida pela mesma coalizão política com a mudança de prefeito, tendo suas principais repercussões no grau de apoio e autonomia política concedida à gestão da saúde pelo mesmo. Por outro lado, parece ter havido também desencontros e dificuldades de aliança entre a equipe de gestão do Saúde Todo Dia e a nova secretária de saúde, por razões variadas, a ponto de ter sido crítica a conformação de um bloco político ou de um coletivo gestor sintonizado (em que pese as proximidades político-ideológicas), inclusive para lidar com as interferências político-partidárias, o que pode ter contribuído para a vulnerabilização política do projeto de saúde. Cabe ainda lembrar que a possibilidade de atuação na gestão estadual, por um lado, representou uma importante alternativa para parte significativa dos gestores do Saúde Todo Dia e, por outro, pode ter repercutido na capacidade de gestão da SMS, ao mesmo tempo em que a nova gestão estadual poderia ser mais favorável ao projeto de saúde de Aracaju do que no governo estadual anterior. Por fim, cabe mencionar o grande destaque dado à dimensão financeira (considerada problemática, embora o orçamento municipal da saúde não tenha diminuído) nas falas relativas às 2 gestões seguintes ao Saúde Todo Dia, apontando a dificuldade de sustentabilidade financeira do projeto de saúde.

Em relação à *Saúde Mental*, levando em conta que nos períodos seguintes ao Saúde Todo Dia não houve fechamento de serviços substitutivos (um CAPS cuja

construção foi iniciada no Saúde Todo Dia foi inaugurado pela atual gestão) e que vêm sendo desenvolvida uma variedade de ações voltadas à qualificação da política de saúde mental, poderíamos arriscar dizer, tomando como referência os ideários da luta anti-manicomial, que vêm ocorrendo continuidade no que se refere às diretrizes gerais e ao conjunto de serviços que compõem esta política, com uma aparente inflexão no modelo de gestão (a partir da ação de um grupo, respaldada pela secretária), tendo como foco principal a qualificação do cuidado em saúde mental nos serviços. Dentre as razões desta continuidade, parece haver um notável peso dos gestores da saúde mental (a maior parte deste grupo vem se mantendo há cerca de 2 anos), inclusive no convencimento dos secretários de saúde, além da atuação junto aos trabalhadores.

Contraditoriamente, nos é permitido supor que, havendo uma mudança substancial na equipe de gestão da saúde mental (com uma mudança de secretário ou de diretriz política geral, por exemplo), esta continuidade pode ser interrompida, sobretudo pelo fato de que parece seguir dependendo mais da capacidade de governo e da clareza de projeto do atual grupo gestor da área do que da força dos trabalhadores e, principalmente, dos usuários (pelo menos nos aspectos estruturais). Parece ser chave, portanto, tanto atuar para fortalecer a capacidade de participação e atuação política dos trabalhadores e usuários, quanto disparar processos que possam facilitar novas incorporações de práticas, auto-análises e reinvenções de forma mais autônoma, dialogando com as bandeiras da luta anti-manicomial.

No caso da *Educação permanente*, é interessante notar que existem pontos em comum mas também divergências sobre sua lógica e sua forma de acontecer, entre atores do Saúde Todo Dia, a partir de um certo momento. De um lado, cabe ressaltar a visibilidade que ganha o discurso sobre a educação permanente no Saúde Todo Dia, bem como um conjunto de experiências de aproximação e diálogo entre gestores e trabalhadores, utilizando metodologias problematizadoras, na abordagem de elementos dos processos de trabalho e do modelo de atenção, e dinâmicas que buscavam dar passagem aos afetos dos trabalhadores, o que seria pouco provável de acontecer sem a decisão da gestão de investir pesadamente em educação permanente. De outro,

considerando a idéia da educação permanente como estratégia de gestão para implantar o modelo, e levando em conta diversos relatos ouvidos durante o trabalho de campo sobre desconstruções no projeto de saúde (muitas concessões para os médicos e fragilização do Acolhimento enquanto diretriz dos serviços, por exemplo), parece pertinente indagar sobre o potencial existente na educação permanente (tal como se desenvolveu) para implantar e manter as diretrizes do modelo de atenção.

Isto se torna ainda mais crítico se utilizarmos como referência a proposta de educação permanente formulada pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/SEGETS/MS) em 2003, que defende a educação permanente “ascendente, transdisciplinar e descentralizada” e como processo educativo que se dá “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho”. Em certa medida, para que esta perspectiva de educação permanente seja adotada, é fundamental a compreensão e o apoio da gestão para a mesma, inclusive para incentivar/garantir espaços/abordagens de educação permanente no cotidiano do trabalho, sem os quais há mais dificuldade (embora não seja impossível) de acontecerem práticas de educação permanente nos serviços (ou mesmo em espaços mais centralizados). No entanto, se as estratégias de educação permanente dos trabalhadores forem exclusivamente centralizadas na gestão ou, em outras palavras, se os próprios gestores não incorporarem a necessidade de atuar para que processos de educação permanente se dêem no cotidiano (a partir dos encontros, desencontros, tensões e incômodos vivenciados nos processos de trabalho), com ou sem a presença dos gestores, a educação permanente tende a ficar atrelada somente à gestão. Cabe ressaltar, no entanto, que não se cogita aqui que os movimentos e necessidades desencadeados a partir da educação permanente sejam suficientes, por si só e contando apenas com a governabilidade dos trabalhadores, para mudar os modelos de atenção, embora esta mudança seja, por outro lado, limitada quando não acontece no cotidiano das práticas de saúde.

Por fim, o *SAMU* parece ter um grau significativo de sustentação ou uma tentativa de manutenção por parte das gestões seguintes ao Saúde Todo Dia, com menos polêmicas e tensões entre as gestões quando comparado à educação permanente e à

saúde mental. O que aparece de mais crítico está atrelado a uma dificuldade financeira. Por outro lado, o grau de legitimação social do SAMU parece pedir, na sua análise, um maior aprofundamento, ainda que alguns elementos sejam indicados, dentre os quais destacamos a lógica do serviço, a satisfação dos usuários, a atuação dos gestores e trabalhadores e, por fim, a relevância político-eleitoral.

5- ENSAIANDO REFLEXÕES SOBRE SUSTENTABILIDADE A PARTIR DO SAÚDE TODO DIA

No capítulo anterior, nos quais foram apresentadas, dentre outras coisas, as estratégias de construção de sustentabilidade e as trajetórias das dimensões estudadas, alguns acontecimentos nos chamaram a atenção, a saber:

- As mudanças produzidas na gestão da saúde com a mesma coalizão política no governo municipal;
- A baixa influência do controle social (pelo menos do ponto de vista das instâncias formais) nos lugares onde houve maiores graus de continuidade (SAMU e Saúde Mental);
- A “inflexão sustentada” da saúde mental ;
- A não incorporação de lógicas e práticas de educação permanente pelos trabalhadores evidenciada a partir de 2006;

A partir destas observações e da necessidade de melhor compreendê-las, construímos quatro eixos de análise, que serão desenvolvidos a seguir. Após isto, será retomada a discussão sobre sustentabilidade de uma maneira mais focada e explícita.

5.1 Relações entre a política de saúde e a dinâmica da política municipal

Quando ocorrem eleições cujo resultado implica em mudanças radicais na coalizão política que ocupa um governo, é freqüente haver mudanças na condução das pastas, muitas vezes acompanhadas por descontinuidades nos projetos. No entanto, chama a atenção neste estudo o fato de que a manutenção da mesma coalizão política no governo municipal não garante (e pode até não permitir) a continuidade da condução de elementos centrais dos projetos setoriais, o que coloca em xeque uma certa tendência de imaginar que a manutenção de coalizões determina o rumo dos projetos setoriais. Contudo, cabe esclarecer que não se argumenta aqui baseando-se na existência de

independência total dos projetos setoriais em relação ao governo e às forças que o sustentam, mas na necessidade de examinar um conjunto de mediações nesta relação.

Primeiro, é preciso perceber que as características de uma mesma coalizão política podem variar nos diferentes contextos. Por exemplo, o peso de determinados partidos ou agentes é algo relativamente dinâmico, e isto importa na análise das tensões e das correlações de força internas às coalizões. Além disso, como parte dos interesses e acordos internos, o grau de disposição dos mesmos agentes políticos para negociar sobre questões consideradas estratégicas também pode mudar. Determinados processos (eleições, por exemplo) costumam ser acompanhados de disputas, negociações e reposicionamentos entre as forças internas das coalizões e também no interior dos partidos. Neste ponto, tanto pode haver opção destes atores por preservar a condução pré-existente em certas áreas, como por abrir mão (ou dar menos importância) em nome de outros interesses ou projetos tidos como mais estratégicos.

Por outro lado, o modo como os atores e forças políticas mais vinculados com projetos setoriais se constituem socialmente e atuam em relação à dinâmica da política partidária e de governo pode influenciar no tratamento dado pela coalizão ao setor, podendo, inclusive, criar pressões e constrangimentos a ponto de garantir a manutenção de atores em certos espaços considerados estratégicos, embora, eventualmente, as condições concretas para atuar nestes espaços não sejam as que tais atores julgam necessárias ao desenvolvimento dos projetos e políticas.

Esta mediação pode se dar por poucos ou múltiplos canais, com possibilidade de haver diferentes graus de capacidade e de chances de os “atores setoriais” terem sucesso nas disputas e negociações travadas. Sem desconsiderar que, por vezes, um único ator (na condição de representante, por exemplo) é capaz de ser bem sucedido neste tipo de dinâmica, parece razoável supor que a articulação de diferentes atores identificados com um projeto setorial pode forjar blocos ou movimentos que ampliam o poder político destes “atores setoriais” e, portanto, suas possibilidades de interferir na

condução dos projetos e políticas setoriais serão maiores, na medida em que se amplia a sua governabilidade.

Este tipo de articulação -convém ressaltar- pode requerer processos partilhados e diversificados de construção que a viabilizem e mantenham, já que não necessariamente ela é homogênea ou isenta de tensões (ainda que a expressão mais homogênea ou múltipla possa variar a partir do lugar de onde se olha e do cenário configurado). Também se deve atentar para o fato de que as características singulares dos atores do bloco podem influenciar este processo, pois são distintas as possibilidades de atuação e os recursos controlados por gestores formais, trabalhadores e organizações/movimentos da sociedade, e de que, mesmo internamente a cada segmento, pode haver diferenças, inclusive nos modos de compreender e de dialogar com os demais atores. Uma das conseqüências disto é existência de diferentes “tempos políticos” (relacionados à sobrevivência e oportunidades de grupos políticos), que, apesar de serem bastante relevantes nas interfaces entre gestão setorial e governo municipal (sobretudo para a sustentação da primeira), pode se referir a questões que se superpõem ou não. Sendo assim, o tempo político para viabilizar um determinado projeto pode coincidir e depender ou não da manutenção dos gestores que o defendem, de acordo com o modo como é construído, com os recursos necessários e com as formas de participação de outros atores.

Cabe ainda mencionar que os efeitos da dinâmica da política municipal sobre o setor podem não se dar de forma homogênea no conjunto de projetos e políticas específicas, sendo possível encontrar situações em que as mudanças internas de uma mesma coalizão ou até a alternância de governos (com coalizões contrárias) provocam descontinuidade ou ruptura total de determinadas ações, mas não se consegue fazê-lo em outras, ainda que haja interesse do novo governo nisto. Entre estes extremos pode haver um amplo espectro de situações, em função do valor atribuído pelo governo municipal aos diferentes projetos de um setor e das possibilidades de controle, resistência, mobilização ou negociação dos trabalhadores, movimentos sociais e dos gestores ou quadros do aparelho burocrático.

Não se trata, aqui, de naturalizar uma dificuldade ou impossibilidade de compatibilização ou coerência entre um projeto setorial e um projeto geral de governo, mas de evidenciar que o lugar de inserção do ator governo interfere na avaliação e na decisão sobre a centralidade das questões setoriais.

Voltando ao Saúde Todo Dia, vimos que no período de sua implantação (2001-2006), a decisão do prefeito foi de conceder autonomia ao secretário na nomeação de cargos, investir financeiramente na ampliação da rede de serviços, autorizar a realização de 2 concursos públicos e respaldar os enfrentamentos da gestão da saúde com os sindicatos (parte considerável deste apoio do prefeito se deu a políticas e projetos formulados pela gestão setorial). Esta mediação entre a política de saúde e a macropolítica municipal parece (pelo que indicam algumas falas), no entanto, ter ficado bastante centrada na figura do secretário, o que, se por um lado, pode ter protegido os demais gestores dos embates políticos e permitido maior foco destes na implantação do projeto Saúde Todo Dia, por outro, pode ter gerado uma grande dependência do secretário para fazer tais mediações. No caso, como a permanência do secretário no cargo foi longa (em torno de 6 anos), os sinais desta dependência talvez tenham ficado mais claros com a transição de secretários no período eleitoral.

Apesar de o PT (representado pelo prefeito) ter sido, até março de 2006, o partido com maior ascensão sobre a gestão da saúde (inclusive para garantir uma importante autonomia ao setor na definição de cargos estratégicos e projetos) e de ter continuado forte na coalizão, o fato de o novo prefeito (até então vice), do PCdoB, ter assumido a condução da prefeitura, modificou esta relação, ainda que esta mudança tenha se dado de forma mais evidente após as eleições estaduais. Antes disso, na medida em que era necessário que as marcas e conquistas do Saúde Todo Dia fossem preservadas, tanto para a eleição do governador (até então prefeito) quanto para a própria governabilidade do novo prefeito, houve um longo período de indefinição quanto ao novo secretário de saúde, que somado à tensão entre parte importante dos gestores da secretaria municipal sobre esta questão e ao fato de o então secretário ser

candidato a deputado estadual, parecem ter feito parte do cálculo do prefeito sobre esta definição, que acabou por se dar em favor da mesma pessoa que havia recebido o primeiro convite (no final de 2000) para ser secretária de saúde de Aracaju (ligada ao PT em Minas Gerais e com história na saúde coletiva e na reforma sanitária). Desse modo, o sucessor do primeiro secretário não saiu dos quadros do coletivo de gestão da Secretaria Municipal de Saúde nem dos quadros do PCdoB ou de outras forças locais, o que parece ter permitido, em algumas dimensões, uma certa proteção ao Saúde Todo Dia no ano eleitoral (um dos sinais disto é o fato de praticamente não ter havido mudanças na equipe de gestão e de as diretrizes do projeto serem mantidas em sua maioria, sem grandes mudanças ou inovações), apesar das tensões internas na gestão.

Por outro lado, durante o mandato da nova secretária, aconteceram mudanças no grau de sustentação dada pelo prefeito às decisões da gestora, notadamente no que se refere a enfrentamentos com a categoria médica, o que parece ter contribuído para a saída da mesma. No momento atual, as concessões à categoria médica se exacerbam, favorecidas pela própria definição do secretário de saúde, repercutindo sobre diretrizes do modelo de atenção como, por exemplo, o Acolhimento e o Trabalho em Equipe.

Além disso, a visibilidade dada às dificuldades financeiras a partir da segunda secretária pode sinalizar uma gestão mais focada na manutenção do que estava construído, menor apoio da prefeitura no enfrentamento do déficit financeiro, bem como uma dificuldade real de tornar viáveis os serviços por conta do grande aumento da oferta dos mesmos. De qualquer forma, é imaginável que o modo como a prefeitura lida com o problema do financiamento setorial, numa rede recém constituída e ampliada (e onde o município já investia mais de 15% da receita própria, mínimo obrigatório previsto na Emenda Constitucional 29), deve repercutir sobre a gestão da mesma. Por outro lado, há diferentes perspectivas para o problema setorial se o enfrentamento do financiamento insuficiente se dá apenas no âmbito do governo municipal ou se constitui-se numa pauta para debate público, bem como no espaço ocupado por esta pauta na agenda do gestor.

Podemos dizer, com isso, que o projeto (como recurso de convencimento), a capacidade de governo (como capacidade de viabilizar projetos apoiados/autorizados) e a governabilidade (como possibilidade no jogo político) das forças e atores de uma gestão setorial podem influenciar a mediação entre esta e a política geral do governo municipal, ao mesmo tempo em que este também pode fazê-lo, de modo que, antes de uma relação de determinação, trata-se de um conjunto de operações, disputas e negociações com possibilidades de resultados distintos, de acordo com o cenário político, a correlação de forças entre os agentes e os modos de operar técnica e politicamente.

5.2 Lógicas e Modos de Operar da Gestão Formal

Assim como a interface da gestão setorial com o governo municipal é destacável por um conjunto de mediações, também o são os projetos e a dinâmica de constituição e funcionamento da gestão setorial.

Há que se reconhecer, de partida, que os gestores formais costumam ter controle (ou mais controle que outros atores) sobre alguns elementos dos aparelhos de estado, como a execução financeira, o acesso a informações, a coordenação de arenas decisórias e a visão geral do sistema, embora possa variar bastante o grau de apropriação dos diferentes gestores sobre tais dimensões. Esta condição é também influenciada pelo grau de autonomia da gestão setorial em relação à instância máxima do executivo municipal.

Além disso, como em qualquer instância de um regime de democracia representativa, costuma haver, na gestão setorial, tanto disputa pela ocupação de espaços formais de gestão como também expectativas dos demais atores quanto à atuação de quem os ocupa.

A depender do projeto político e dos modos de operar na gestão, deste espaço institucional pode-se ter uma condição privilegiada de disparar processos envolvendo vários atores, muitos dos quais, possivelmente, seriam inviáveis ou até impensáveis sem a disposição da gestão de forçá-los em determinadas direções e de certos modos (a própria constituição da gestão pode ser um exemplo). Por sua vez, estes processos podem se dar a partir de motivações dos gestores formais, do atendimento a demandas e reivindicações sociais ou dos trabalhadores, ou, ainda, dos encontros e tensões entre tais atores. As formulações decorrentes das motivações também podem se dar de variadas formas e, finalmente, convém lembrar que, a depender das estratégias de implantação dos projetos formulados (e do modo com isto também se deu), os projetos podem ficar mais identificados com alguns atores do que com outros. Isto tem implicações, tanto nos graus de reconhecimento e aprovação dos projetos, quanto no sentimento de posse ou pertencimento dos atores, bem como na gestão cotidiana.

Do ponto de vista das lógicas de poder na gestão, para fins de análise, poderíamos configurar duas lógicas e desenhos de gestão, a saber:

- Gestão vertical, com estrutura marcada pela hierarquia e pela separação entre quem sabe/decide e quem executa, com traços de opressão, controle e autoritarismo;
- Gestão horizontal, com processos coletivos de discussão, decisão e intervenção, com espaço garantido ou previsto para o protagonismo e a autonomia;

Com frequência, estes “estilos” se misturam, sendo difícil enquadrar uma gestão totalmente num padrão, embora seja possível perceber os traços mais fortes. Considerando, nessa perspectiva, uma gestão organizada segundo lógicas mais coletivas e horizontais, também pode-se encontrar, nela, graus variáveis de democracia. Por exemplo, o protagonismo e autonomia dos gestores podem ser estimulados e aceitos, desde que respeitando as diretrizes do projeto definidas pelo gestor maior (secretário de saúde, no caso), por um colegiado gestor ou pelo conjunto dos sujeitos (sem mediação

de representantes). Ou pode ser permitido que as diretrizes institucionais sejam criticadas e sujeitas à reformulação pelo coletivo de gestores. Pode ser, também, que haja mais possibilidades de negociação e mudança de algumas diretrizes em relação a outras, assim como pode haver mudanças no grau de horizontalidade da gestão, a depender do contexto político, das relações com outros atores, do tipo de problema ou situação que se está enfrentando e do modo de atuação das pessoas que compõem um coletivo. A ponto de, numa gestão predominantemente horizontal, ser possível encontrar processos altamente partilhados mas também, em certas situações, posturas e decisões verticais, a partir do comando dos lugares formais de poder. A ponto, também, de o protagonismo gerar possibilidades de processos instituintes que alteram estas dinâmicas.

Por outro lado, pode haver gestões com propósitos e projetos bastante claros, ao passo que também os propósitos da gestão podem não ser explícitos. Pode, ainda, haver projetos explícitos que não se articulam ou até que são contraditórios entre si. Tais características, em geral, têm a ver com o modo de constituição/atuação do “gestor maior” e com as características dos grupos presentes na gestão. Estes grupos, por sua vez, podem ser funcionários de carreira de instâncias burocráticas ou da gestão central, profissionais dos serviços ou comissionados/cargos de confiança sem vínculo estável, ou, ainda, profissionais cedidos de outras instituições.

Neste sentido, a conformação de coletivos nos espaços de gestão, entendidos como atores que partilham de desejos e práticas comuns, que atuam técnica e politicamente e que vivenciam coletivamente processos de subjetivação¹, é algo que amplia as possibilidades de resistência e criação na gestão, bem como contribui para a constituição de sujeitos coletivos desde o espaço institucional, podendo constituir novas

¹ Partindo da formulação de Guattari e Rolnik (2005), “...a subjetividade não está sendo encarada aqui, como coisa em si, essência imutável. A existência desta ou daquela subjetividade depende de um agenciamento de enunciação produzi-la ou não. (Exemplo: o capitalismo moderno, através da mídia e dos equipamentos coletivos, produz, em grande escala, um novo tipo de subjetividade.)...Atrás da aparência da subjetividade individuada, convém procurar situar o que são os reais processos de subjetivação.” (p 387). Em outras palavras, “A subjetividade está em circulação nos conjuntos sociais de diferentes tamanhos: ela é essencialmente social, e assumida e vivida por indivíduos em suas existências particulares.” (p. 42)

lógicas e formas de gestão em espaços coletivos, o que pode influenciar nas relações internas dos gestores assim como nas que se dão com os demais atores. Por sua vez, estes coletivos, embora possam ser constituídos por membros concursados para espaços da gestão central (portanto com estabilidade nos aparatos institucionais), não se configuram como uma burocracia (no sentido de serem técnicos de carreira que, a despeito do contexto político, têm sua manutenção garantida em certos espaços e controle sobre determinados processos, podendo, eventualmente, ocupar cargos de chefia ou direção). Seus membros podem, diferentemente, ter inserções e vinculações variadas (mais ou menos estáveis, e em diferentes tipos de espaços), o que, se por um lado não assegura sua permanência nem a continuidade de projetos que deles dependam centralmente, por outro pode possibilitar uma maior capacidade de mobilização/atração de pessoas e uma maior porosidade na composição destes espaços, a ponto de facilitar a instauração de dinâmicas em espaços de gestão menos imagináveis (embora não impossíveis), quando se trata de uma burocracia estabelecida. As inovações disparadas por estes coletivos podem ser acompanhadas por processos com intensidades variadas de desterritorialização², que podem ser chave para a mudança do *status quo* e de cristalizações institucionais sobre as quais interessa a certos atores atuar.

Se formos considerar a necessidade de formação/qualificação de gestores para o SUS, por exemplo, este tipo de arranjo pode ser, ao mesmo tempo, uma estratégia de ampliação solidária das capacidades de gestão de municípios e de criação de redes para os coletivos que atuam na perspectiva de construção do SUS desde os espaços de gestão. No entanto, há que se considerar a fragilidade que a instabilidade nos espaços pode gerar nos projetos, fazendo com que a incerteza da permanência segura deva fazer

² Tomamos a noção de território no sentido formulado por Guattari e Rolnik (2005), para quem “Os seres existentes se organizam segundo territórios que os delimitam e os articulam aos outros existentes e aos fluxos cósmicos. O território pode ser relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio do qual um sujeito se sente ‘em casa’. O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. Ele é o conjunto dos projetos e das representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos.” Segundo os autores, “O território pode se desterritorializar, isto é, abrir-se, engajar-se em linhas de fuga e até sair de seu curso e se destruir.” Por outro lado, “A reterritorialização consistirá numa tentativa de recomposição de um território engajado num processo desterritorializante.” (p. 388)

parte da formulação e gestão dos projetos e políticas, o que traz à tona a necessidade de criar determinadas dinâmicas na cultura e prática institucionais, a partir do diálogo com outros atores (profissionais dos serviços, gestores, movimentos e entidades da sociedade, etc), que dificultem mudanças extremas nos modos de se fazer gestão ou de conduzir projetos partindo apenas dos gestores, sem negociação com os demais atores (mais como um cuidado com os graus de desterritorialização suportáveis e territorializações temporárias necessárias do que como uma pretensão de perpetuação de arranjos ou de interrupção de fluxos instituintes). De outro lado- é importante ressaltar não se trata de uma apologia à precarização de vínculos trabalhistas dos profissionais que atuam na gestão nem tampouco se ignoram as distintas possibilidades de utilização deste tipo de arranjo (que podem ir da constituição de coletivos comprometidos com determinados projetos ao loteamento de cargos por partidos sem nenhuma perspectiva de projeto coletivo e de caráter público). Ao contrário, o central aqui são as possibilidades de inovação quando se constituem coletivos nos espaços formais de gestão, que, por sua vez, podem se dar por diferentes caminhos.

Há que se observar, no entanto, em que medida o sentido dos coletivos de gestão se conecta com os trabalhadores e com a sociedade, e o modo como isto acontece. Em outras palavras, se os processos de subjetivação dos coletivos de gestão se dão sobretudo no que se refere às dinâmicas internas deste segmento ou se ocorrem, também, a partir dos encontros e afecções com os outros atores, ainda que haja vivências num plano da intimidade da gestão. Em um certo sentido, a perspectiva destas conexões pode produzir coletivos e projetos de gestão mais ou menos porosos e abertos ao encontro com outros coletivos, mais ou menos permeáveis, com maior ou menor possibilidade de transversalidade, e isto pode repercutir nos modos como os diversos atores significam e lidam com os projetos em cena. Não se quer, com isso, ignorar ou condenar o fato de os sujeitos e coletivos terem desejos, interesses e projetos, nem tampouco sugerir homogeneizações, mas sim problematizar as dinâmicas de interação, afetação e ação (e as subjetivações produzidas nestes processos afetivo-técnico-políticos), tanto internas à gestão formal, quanto na interface desta com outros atores.

No caso de Aracaju, houve um expressivo número de inovações em um período de tempo relativamente curto, atribuídas, em sua maioria e de maneira nuclear, às formulações e à atuação dos gestores. Percebe-se, também, um papel decisivo do primeiro secretário de saúde na aglutinação de uma geração de ex-militantes do movimento estudantil de medicina, vindos de diferentes partes do país. Este coletivo, além de atuar em parte da formulação do Saúde Todo Dia, aprimorou/desenvolveu capacidades de intervenção nas realidades, facilitando a implantação do modelo de atenção e de gestão adotado pelo Saúde Todo Dia. Por outro lado, também neste coletivo há diferenças e contradições, sobretudo no modo como se formulam e se implantam as diretrizes do modelo. Se, por um lado, este coletivo não conseguiu indicar o sucessor do secretário, por outro, parece ter sido levado em conta quando da definição da nova secretária. Após o período eleitoral, a definição do secretário estadual de saúde e o início das gestões, uma parcela expressiva deste coletivo (sobretudo dos ex-militantes do movimento estudantil) foi migrando para outros estados, notadamente para a Bahia, onde assumiram espaços de gestão. Ao longo deste processo, parte significativa da equipe que constituía a gestão do Saúde Todo Dia foi para a gestão estadual, e algumas pessoas se mantiveram na gestão municipal de Aracaju, muitas das quais foram saindo deste espaço após o pedido de exoneração da secretária e o início da gestão atual.

No caso da saúde mental que, diferentemente das outras áreas analisadas, teve sua equipe de gestão ampliada, percebe-se que o coletivo de gestão que se constituiu atuou na proposição de mudanças no modelo de gestão que provocaram inflexões no desenvolvimento da política (desde a constituição de um outro coletivo de gestão a alterações no modelo de gestão), bem como no convencimento do atual secretário de saúde sobre a política de saúde mental (ainda que o caráter secundário desta política, como vimos, possa ter contribuído).

Os coletivos de gestão e a gestão formal, contudo e portanto, parecem enfrentar uma dificuldade, que se refere à articulação com outros atores sociais a ponto de constituir campos e movimentos (múltiplos coletivos) partilhados que produzam e dêem alguma sustentação às inovações produzidas (sem bloquear novos fluxos

instituintes). Este desafio aparece como um analisador na experiência de Aracaju, marcado pela necessidade da presença dos gestores em determinados espaços institucionais para que certos projetos continuassem sendo desenvolvidos, o que remete a pensar na necessidade de colocar em análise o modo como os diferentes atores atuam nos processos de produção de políticas, bem como seus possíveis efeitos.

5.3 Mediações entre gestão e trabalhadores

A construção do SUS se dá em vários níveis e planos, desde questões mais estruturais (como o financiamento, por exemplo) até questões do processo de trabalho (como o cuidado, por exemplo). Neste caso, o cotidiano das práticas de saúde é uma das questões centrais, na medida em que ali se disputam projetos de saúde no encontro entre trabalhadores e usuários, revelando e constituindo no concreto as visões destes atores sobre o cuidado no SUS. Isto nos remete a considerar duas das constitutividades do trabalho em saúde, quais sejam, a existência do auto-governo dos trabalhadores e o fato de ser trabalho vivo em ato (Merhy, 2003). Se levarmos estas características a sério, rapidamente concluiremos que, mais do que um recurso, os trabalhadores são sujeitos, atores que também governam, que não possuem autonomia total mas que também não são completamente determinados pelas estruturas.

Do ponto de vista da gestão, estas idéias provocam conseqüências nos modos como se pensa o trabalho em saúde e a implantação de modelos de atenção. E neste campo, a educação permanente tem sido defendida como uma importante estratégia que pode favorecer, a partir dos desconfortos, da reflexão e análise dos trabalhadores sobre o próprio processo de trabalho e da tentativa de lidar com o que daí advém, a vivência de processos de subjetivação e a constituição de projetos coletivos dos/pelos trabalhadores. No entanto, não parece ser fácil ou espontâneo o desencadeamento de processos de educação permanente, tornando-se necessário, muitas vezes, que a gestão provoque, apóie e dê suporte a este tipo de processo.

Por outro lado, os gestores também podem ter interesses e projetos que dependem dos trabalhadores para serem efetivados, e estes encontros de projetos podem acontecer sob tensões, sendo difícil (e ao mesmo tempo chave) a produção de caminhos que permitam lidar com os diferentes projetos de forma democrática. Somando-se a isso o fato de os gestores estarem, em geral, provisoriamente nos espaços institucionais, bem como a possibilidade de mudança das condições políticas, as opções feitas pelos gestores podem variar desde estratégias de controle, convencimento até estratégias de provocação/afecção, (auto) análise e pactuação (Ceccim, 2007).

Conforme vimos anteriormente, a experiência da Política de Educação Permanente no Saúde Todo Dia (formulada como uma estratégia de gestão), por um lado, parece ter produzido maior aproximação entre gestores e trabalhadores e facilitado a implantação do modelo de atenção adotado mas, por outro, vários entrevistados colocaram o caráter centralizado, unilateral e de convencimento (ainda que houvesse algumas pactuações e preparação dos trabalhadores para implantação de diretrizes do modelo de atenção adotado pela gestão) como as principais razões que inviabilizaram a descentralização, o surgimento de processos ascendentes de educação permanente e o apoio da gestão a necessidades singulares nas unidades de saúde, caracterizando a educação permanente como um espaço e uma estratégia da gestão formal que não adquiriu capilaridade a ponto de acontecer sem a presença dos gestores, tendo, ao contrário, sido praticamente paralisada quando a nova secretária passou a não considerá-la como estratégia de gestão.

Diante disto, percebe-se que pode se considerar o auto-governo dos trabalhadores para dominá-los ou condicioná-los, mas também para produzir encontros que ampliem a capacidade de (auto)análise e de criação de novas possibilidades de interação destes com os usuários por meio de estratégias reinventadas, ressignificadas e criadas pelos trabalhadores, ainda que sob provocação e com apoio dos gestores (e que disputem o sentido do uso do auto-governo para atender aos desejos e necessidades dos usuários), que facilitem a construção de pactos entre gestores e trabalhadores, que constituam éticas e dinâmicas de suportamento das diferenças entre tais atores. Este

último tipo de vivência parece ter mais possibilidades de resultados sustentáveis (no sentido de continuidades sujeitas a críticas, revisões e aprofundamentos) do que quando os trabalhadores se vêem como executores do projeto do gestor (por mais que este projeto seja centrado nas necessidades dos usuários).

A questão central não é a manutenção ou não do que a gestão propõe ou constrói, mas tem a ver sobretudo com os graus de consciência, desejo e liberdade do trabalhador quando se opta por manter, criticar, reinventar ou resistir a um projeto formulado e proposto pelo gestor. E neste ínterim, talvez seja tarefa do gestor facilitar a expressão das necessidades dos usuários bem como publicizar os atos profissionais, mediando, assim, algumas contratualizações entre trabalhadores e usuários.

5.4 Articulações entre projeto setorial e sociedade civil

De um modo que se aproxima, num certo sentido, das relações entre gestores e trabalhadores, as articulações entre o projeto setorial e a sociedade também aparecem como uma dimensão central no estudo sobre Aracaju (nas falas dos entrevistados), apesar de o controle social não ter sido explorado de forma focada e explícita.

Neste sentido, e considerando a experiência de Aracaju, parece haver dois aspectos centrais a serem examinados. O primeiro diz respeito aos modos como a gestão pode atuar para influenciar as práticas nas instâncias de controle social. O segundo tem a ver com o próprio processo de construção das instâncias e estratégias de controle social e de participação.

Conforme discutimos anteriormente, partindo do reconhecimento dos recursos que o ator governo comumente controla (ou tem mais possibilidades de controlar), quando há uma disposição deste ator em favorecer a constituição de processos de participação popular (sobretudo os formais), as chances de êxitos destes processos parecem ser maiores, o que mostra a necessidade de o ator governo ser tensionado ou de ser considerado na definição de gestores o grau de disposição para isto, o que não significa ter que esperar a existência de gestores dispostos para constituir processos e instâncias de participação. No entanto, há que se analisar os sentidos que são atribuídos a estas instâncias pelos atores e os modos como isto se produz. Por exemplo, um conselho de saúde pode funcionar como um prolongamento ou um braço do governo, como uma concessão do governo para a sociedade ou como espaço público sem “dono” a priori, e a forma como se constitui um conselho pode contribuir para a “cara” que este vai ter, ainda que isto possa ser modificado. Considerando isto, talvez haja diferenças entre serem criados pela gestão ou pelo produto das atuações (ainda que diferenciadas) dos distintos segmentos que as integram.

Por outro lado, as práticas de participação em espaços de controle social podem ter diferentes tons e formatos, dada a diversidade de atores representados e as diferentes culturas políticas que podem existir. Também neste sentido a gestão (mas não unicamente) pode atuar, buscando publicizar questões, facilitar o acesso a informações e construir diálogos e negociações, o que não quer dizer que os gestores não possam ou não devam disputar projetos nestes espaços. Mas pode haver diferenças, a depender dos modos como os interesses dos gestores (assim como dos demais atores) são apresentados e negociados. Por sua vez, as condições de decisão sobre determinados assuntos parecem ser outro elemento destacável. Por exemplo, o grau de clareza dos atores sobre as questões (enquanto conjunto de informações que podem influenciar a formação de uma opinião ou posição), a quantidade e tempo de discussões/debates, a definição do momento em que já se pode ou se deve decidir, dentre outras, são elementos que podem, tanto repercutir sobre o sentido, quanto sobre a efetividade e legitimidade das deliberações, e que podem estar sujeitos aos diversos interesses em jogo. Além disso, podem ser necessárias diferentes

mediações entre as decisões dos conselhos/conferências, a prática cotidiana da gestão e a prática cotidiana nos serviços de saúde, pois estes outros espaços também são lugares de decisão, que podem ter diferentes interfaces com as deliberações dos espaços de controle social. Neste caso pode haver, por exemplo, desde deliberações que são ignoradas pelo conteúdo ou teor que carregam, até aquelas rejeitadas por se considerar que não cabe a determinado espaço tomá-las (ou uma mistura de ambas).

Uma outra questão é que, embora as instâncias de controle social possam representar a divisão do poder de decisão dos governos sobre as políticas com outros atores, o modo como estes têm acesso a estas instâncias e mesmo o modo de operar nestas instâncias não necessariamente permite a expressão e escuta de atores que delas não participam diretamente, na condição de representantes. É como se houvesse, na relação Estado-Sociedade, um esforço de constituição de esferas com lógicas de democracia participativa (não apenas o governo legitimamente eleito decidindo), porém, a entrada dos outros atores se dá na lógica da representação (representantes dos trabalhadores e dos usuários participando das decisões). Obviamente, o grau de distância ou proximidade entre a atuação dos representantes e as necessidades/opiniões dos representados não é algo determinado, mas pode variar significativamente. E, talvez, isto seja um sinalizador da necessidade tanto de diferentes níveis de controle social/representação (local, regional, municipal, estadual, nacional), quanto de uma diversidade de canais (formais e informais) de expressão e de disputa de necessidades e projetos.

Por outro lado, no que se refere à política de saúde, faz diferença se o controle social é incluído no projeto do gestor ou se a construção do projeto de saúde se dá a ponto de não haver um dono do projeto e, ao mesmo tempo, de este projeto ser uma conquista da sociedade (o que não é incompatível com o reconhecimento da contribuição das diferentes gestões). Voltando ao Saúde Todo Dia, apesar de o processo de construção do SAMU não ter sido explorado, e de o modelo médico-hegemônico não aparecer como alvo de grande disputa na fala dos entrevistados (embora apareça a disputa entre usuários e trabalhadores sobre o

conceito de urgência) , é interessante ressaltar a impressão que alguns entrevistados relatam de que a população se apropriou do SAMU como um patrimônio público, e de que os gestores, inclusive para terem legitimidade política e social, precisam garantir seu funcionamento regular.

No caso do SAMU, onde sequer foi constituído conselho de saúde, a legitimidade social parece ter se dado a partir da chamada “opinião pública”, provavelmente influenciada pelos contatos vividos pelos usuários com as ações deste serviço. Isto sinaliza a existência de outras formas de legitimação social das decisões e práticas realizadas no/pelo SUS, além do controle social formal, bem como a possibilidade de outras formas de exercício de influência da sociedade sobre o SUS, não necessariamente atrelada a instâncias formais de participação.

Sem dúvida, a constituição de espaços e instâncias de controle social são elementos que abrem e ampliam as possibilidades de participação de atores sociais e de constituição de sujeitos políticos. Por outro lado, há que se pensar nas mediações entre uma certa “idealização” sobre o modo como o controle social deve atuar e as práticas concretas dos distintos atores nestas arenas. Também é importante considerar as perspectivas demarcadas pelas diferentes inserções, relacionadas à implicação de cada segmento.

Neste sentido, cabe refletir sobre o modo como o ator governo lida com o tema do controle social. Esta relação pode se dar desde uma perspectiva que busca favorecer a ampliação e o fortalecimento da participação popular (sem garantias e sem pretensão de controle sobre os resultados), criando canais de participação e tornando mais porosos os aparelhos de Estado e as políticas públicas, até a inviabilização das esferas de participação.

5.5 Perspectivas de sustentabilidade

Como pudemos ver no capítulo anterior, as principais estratégias de construção de sustentabilidade formuladas e desencadeadas pela gestão do Saúde Todo Dia foram:

- A realização dos concursos públicos;
- A criação dos conselhos locais de saúde;
- A política de educação permanente dos trabalhadores;
- A ampliação da oferta de ações e serviços de saúde aos usuários com ações para incentivar a incorporação destes como direito;
- A constituição de um padrão de ambiência nos serviços;

Pudemos analisar algumas destas estratégias nos tópicos anteriores deste capítulo. Por outro lado, apesar de o conceito de sustentabilidade não ter sido um objeto explícito de abordagem junto aos entrevistados, diferentes idéias de sustentabilidade apareceram no trabalho de campo, dentre as quais destacamos:

- A idéia de perpetuação;
- A sustentabilidade enquanto tradução do Saúde Todo Dia em lei;
- A idéia de institucionalização do Saúde Todo Dia nas práticas dos trabalhadores;
- A idéia de sustentabilidade como incorporação de tecnologias (saberes tecnológicos) na organização dos serviços e dos processos de trabalho;
- A sustentabilidade como reprodução e reinvenção micropolítica;

É interessante perceber que a maioria das concepções destacadas remonta à construção de estratégias de manutenção e conservação de determinado projeto.

Buscaremos reconhecer alguns pressupostos a eles subjacentes, procurando analisar possíveis limites e alcances.

Iniciaremos este exercício a partir da problematização acerca de um sentido atribuído recorrentemente ao termo “sustentabilidade”. Podemos descrever várias palavras para caracterizá-lo, tais como sustentação, manutenção, perpetuação, conservação etc. O que nos importa, neste caso, é perceber que esta idéia remete a um determinado elemento (um projeto, por exemplo) existente ou que se deseja instituir, em relação ao qual se pensam formas de evitar mudanças; estratégias de consolidação ou até poderíamos dizer, de cristalização. Enquanto projeto existente na sociedade, pode ser objeto de graus maiores ou menores de consenso ou de divergência/disputa, ou seja, diferentes tensões podem estar associadas ao mesmo. E, fundamentalmente, relaciona-se com interesses e desejos de sujeitos, atores e grupos sociais.

Trazendo este conceito para a área da saúde, particularmente para o processo de construção do SUS, poderíamos imaginar diferentes formas de incorporá-lo ou de materializá-lo.

Uma primeira possibilidade seria de transformar/traduzir os elementos que, segundo determinados atores, são necessários para a efetivação das diretrizes e princípios do SUS, em lei, de modo a construir uma base legal de sustentação deste sistema. De um lado, este tipo de conformação pode ser um elemento que reforça a atuação dos atores interessados na implantação deste grande projeto, na medida em que instaura no aparato legal uma referência aí prevista e amparada que pode ser evocada por distintos atores (da sociedade ou do estado) na perspectiva de cumprimento da lei, podendo, assim, aumentar as chances de viabilização do SUS em alguns aspectos. Em alguns aspectos (ainda que fundamentais), porque não necessariamente o que cabe no escopo jurídico dá conta dos distintos planos de construção do SUS.

Por outro lado, entendendo as leis, não como naturais, mas como tentativas de tradução de visões e interesses de grupos sobre questões que se dão na sociedade, há que se considerar que, seja pela possibilidade de disputa sobre o objeto e a direcionalidade das leis, seja pelas necessidades de revisão ou invenção impostas pelas necessidades do mundo da vida, uma característica da lei é a possibilidade de mudança (embora isto não necessariamente seja tão simples como pode parecer). Sendo assim, a mesma lei que obriga ou favorece determinadas questões pode ser objeto de ajuste e/ou de exclusão, assim como se pode tentar criar novas leis para dar conta de outras necessidades até então não previstas ou não atendidas desde esta esfera. Também é válido ressaltar que a existência de uma lei não garante a obediência à mesma, e que os elementos necessários à efetivação daquilo que justifica a lei podem estar sujeitos a atores ou espaços sobre os quais a lei não tem controle ou é insuficiente. Em outras palavras, a institucionalização legal de um projeto, por mais que possa facilitar ou forçar a sua implantação, não o traduz integralmente, não o garante e nem é, ela mesma, seguramente definitiva, o que nos permite refletir sobre os alcances, limites e possibilidades inscritos neste tipo de estratégia.

Uma outra forma de construção de sustentabilidade seria a montagem e organização física de estruturas que, uma vez instaladas, dificilmente seriam destruídas (ainda que possa haver graus variáveis de degradação). De fato, a criação de serviços que conseguem facilitar o acesso da população às ofertas de saúde e a satisfação de problemas/necessidades, com padrões de ambiência que propiciam mais conforto aos trabalhadores e usuários, podem se constituir em mecanismos que contribuem para a garantia do direito à saúde e de construção da atenção integral. No entanto, quando isto não é ou deixa de ser acompanhado de outras políticas (desde a gestão do trabalho até a conformação dos modelos de atenção nos processos de trabalho), perde-se parte de suas potenciais contribuições à efetivação do SUS, na medida em que se caracterizam mais como elementos-meio altamente necessários do que como elementos garantidores do acesso universal e da integralidade da atenção, mesmo que estas estruturas se mantenham. Em última instância, o destino das realizações físico-estruturais é altamente dependente do valor de uso, dos graus de legitimação social adquirido pelas mesmas e

da disposição dos atores em mantê-las, alterá-las ou destruí-las, o que nos remete a processos de construção política e subjetiva definidores de sentidos.

Considerando que os serviços de saúde, onde ocorrem processos de trabalho, fazem parte dos planos de acontecimento do SUS (e com relativa autonomia), uma outra estratégia de sustentabilidade estaria representada pela organização do funcionamento dos serviços e pela preparação dos trabalhadores, de forma que estes incorporassem saberes e práticas considerados necessários, a ponto de instituir uma certa rotina ou padronização estável nos modos de operar nestes serviços, reproduzindo assim um processo.

Sem desconsiderar a importância dos saberes e das técnicas, bem como da necessidade de algumas regularidades nos serviços de saúde, este tipo de estratégia parece ter alguns problemas. Primeiro, como um lugar em que se disputam projetos (tanto dos trabalhadores quanto dos usuários e dos gestores) e onde os atores possuem coeficientes variáveis de autonomia, qualquer tentativa de padronização (do modo como se organiza o serviço ou das práticas profissionais) demandaria poderosos mecanismos de controle sobre os auto-governos, que, mesmo se existentes, provavelmente não conseguiriam conter os movimentos de escape dos sujeitos. Ao contrário, a configuração de modos de funcionar teria pelo menos que passar por processos de discussão e pactuação, envolvendo diferentes atores. Por outro lado, as práticas profissionais não são compostas apenas por saberes e técnicas, mas carregam em si elementos de natureza ética, política e subjetiva, que, com frequência imprimem sentidos à própria prática e ao modo como são tratados os saberes e técnicas. Por sua vez, estes elementos, que dão sentidos às práticas, não são cristalizáveis, não podem ser facilmente introduzidos nos trabalhadores, mas estão presentes e se produzindo nos encontros singulares que se dão, sobretudo entre trabalhadores e usuários, de modo que a reflexão e a publicização sobre os efeitos e sentidos das práticas, a partir de situações concretas, embora não garantam resultados previamente calculados, parecem ter maior potência de produzir desconfortos, afetações, desterritorializações, encontros e ações

produtoras de novas subjetivações, de novos territórios existenciais, portanto, de novos sentidos, novos modos de ser, estar e agir no trabalho (Ceccim, 2007).

Isto não quer dizer que os gestores não devam ter projetos, no que se refere ao trabalho em saúde, mas que as formas de mediação entre gestores e trabalhadores, pelas distintas possibilidades de efeitos, devem ser consideradas. Sendo assim, a tentativa de obrigar um trabalhador a executar o projeto do gestor, ou mesmo de convencê-lo, pode ter como resultado um boicote ao projeto, explícito ou não, mais ou menos intenso, a depender da situação (mesmo que a intenção do gestor seja beneficiar os usuários). De outro modo, a abertura para demandas e idéias dos trabalhadores, inclusive a partir das ofertas e provocações feitas pelo gestor, parece ser uma prática que, se por um lado, pode alterar o projeto do gestor, por outro pode produzir maior investimento afetivo do trabalhador e protagonismo na gestão do projeto agora híbrido. Obviamente, pode haver também resistência, que talvez precise ser analisada, dialogada. Em todas essas situações, há que se ter em mente o usuário como um elemento balizador do processo de trabalho, enquanto sujeito de direitos, necessidades e desejos, que justificam, em última instância, a razão de existência dos serviços e das práticas de saúde (individuais e coletivas) que neles se realizam.

A maioria das estratégias de sustentabilidade anteriormente examinadas se dão em grande parte no plano das molaridades³, no plano geral, das estruturas, do padrão, da reprodução, poucas vezes entrando no plano das molecularidades, no plano do desejo, das potências, dos encontros, da produção de subjetivações. Não se trata de estabelecer uma oposição entre o molar e o molecular, ou entre o geral e o singular, mas de perceber que estes planos se transversalizam, não sendo possível subsumir os processos moleculares pelos molares, ainda que processos moleculares possam surgir a partir de

³ Segundo Guattari e Rolnik (2005), "...os mesmos elementos existentes nos fluxos, nos estratos, nos agenciamentos, podem organizar-se segundo um modo molar ou segundo um modo molecular. A ordem molar corresponde às estratificações que delimitam objetos, sujeitos, representações e seus sistemas de referência. A ordem molecular, ao contrário, é a dos fluxos, dos devires, das transições de fases, das intensidades. Essa travessia molecular dos estratos e dos níveis, operada pelas diferentes espécies de agenciamento, será chamada de transversalidade". (p 385)

processos molares. Com isto, por outro lado, não se quer dizer que o molecular seja o “bom” e o molar o “ruim”, mas se intenciona destacar planos nos quais os processos se realizam.

Por reconhecer limites nesta perspectiva e nestas formas de construção de sustentabilidade (que lembram uma certa tentativa de conservação de coisas através de estratégias de reprodução), procuramos adotar e desenvolver aqui uma outra perspectiva, próxima à idéia de reinvenção micropolítica⁴ (anteriormente destacada), que estamos denominando “*Sustentabilidade Instituinte*”⁵. Por um lado, essa noção admite que coisas possam ser sustentadas, possam ter continuidade. Por outro, considera também os movimentos de criação, de (re)invenção, de mudança. Considera tanto o plano das molaridades como o das molecularidades. Tanto as desterritorializações como as (re)territorializações provisórias. Considera também que o que agora quer ser sustentado provavelmente foi, em algum momento, algo inédito, uma inovação, que para ser possível pode ter tensionado com o que estava se sustentando. E que também por isso, mas sobretudo porque não é possível ignorar os processos decorrentes de potências instituintes, prevê a abertura para novos encontros e novas instituições como algo constitutivo.

Pensar a sustentabilidade como instituinte, neste sentido, nem é um contra-senso nem uma dicotomia, mas, antes, parte do entendimento de que a dinâmica dos processos de produção social e da saúde, em particular, pede, nesta discussão, uma compreensão mais ampliada e uma postura mais aberta, ainda que isto tensione ou desestruture nossas supostas certezas. Neste ponto, não estamos tão preocupados com a perpetuação, “...*mas antes com a ousadia de sustentar um espaço de abertura, de indeterminação, um pleno*

⁴ Micropolítica aqui não significa precisamente a política no micro. Refere-se aos processos nos quais as subjetividades são produzidas e onde as mesmas operam. “A problemática micropolítica não se situa no nível da representação, mas no nível da produção de subjetividade” (Guattari e Rolnik, 2005, pg 36)

⁵ Este conceito foi elaborado inicialmente a partir de uma conversa com Túlio Franco, agregando-se, posteriormente, importantes contribuições de Emerson Merhy.

de possíveis, uma crise a partir da qual múltiplas virtualidades possam ser atualizadas.” (Perbart, 2003).

Por coerência, uma das questões-chave nesta abordagem é a consideração de que a crítica ao que tem que ser sustentado (ou não) é algo relevante, não se partindo, portanto, da necessidade definida unilateralmente de sustentar algo que está dado ou mesmo de aperfeiçoá-lo, mas de abrir para a análise coletiva (ainda que ao fazê-la se disputem sentidos). Admite-se, assim, que a produção é mais relevante que a reprodução (ainda que esta possa acontecer). Portanto, que o trabalho vivo é mais relevante que o trabalho morto.

Por sua vez, pensar na sustentabilidade instituinte passa por investir na produção de protagonismo e de coletivos, buscando modificar as subjetividades instituídas, sem eliminar as diferenças (eliminação esta que pode ter a morte como exemplo mais extremo). Sendo assim, admite-se a possibilidade de permanentes processos instituintes, a ponto de sustentar certas coisas e desconstruir ou reconstruir outras. Mais do que a sustentabilidade de arranjos e estruturas, o que está em questão é a sustentabilidade de certas lógicas de produção.

Por fim, vale esclarecer que este sentido de sustentabilidade não significa que tudo vale a pena, nem que tanto faz, não se trata de um relativismo absoluto. Sendo assim, faz diferença se o trabalho vivo e o protagonismo dos sujeitos são usados para produzir vida ou morte. Ou seja, o sentido ético-político dos processos instituintes e instituídos importam, assim como importa, também, o modo como se lida com as distintas perspectivas ético-políticas e com movimentos em perspectivas próximas.

Ao colocar este tipo de lente no Saúde Todo Dia, evidenciam-se alguns limites, menos na dinâmica interna do coletivo de gestão da secretaria e mais nas interfaces deste coletivo com os trabalhadores e usuários. Algumas estratégias de sustentação

produzidas abriram caminho para processos instituintes, de reinvenção, de subjetivação (como a educação permanente e a criação de conselhos locais de saúde, por exemplo), evidenciando a potência da gestão para disparar processos. No entanto, a dificuldade de deslocamento e descentramento progressivo da gestão, ou a necessidade da presença constante de uma força da gestão para conter e manter certos processos (como a própria educação permanente e o acolhimento) se mostram como analisadores, ou seja, parecem nos indicar algo. De um lado, podem nos indicar uma dificuldade de mediação das relações de contratualização entre os trabalhadores e usuários, justificando a necessidade de uma atuação quase tutelar da gestão. De outro, em parte podendo decorrer da dificuldade anterior (e considerando os efeitos das mudanças de gestão), também podem nos estar sendo indicados problemas nas capacidades de constituir redes de coletivos que em determinadas conjunturas se articulem como um “bloco histórico específico”, bem como nos esforços para alterar as correlações de força entre atores da sociedade civil e atores da sociedade política.

Não se pretende aqui apostar numa única explicação para uma questão que nos parece tão complexa. Ao mesmo tempo, este estudo não se propunha a aprofundar a análise de cada dimensão explorada, muito menos a realizar uma análise totalizante. Por isso, nos parece mais adequado perceber limites e indicar algumas questões-chave do que proceder a análises globais e indicar soluções.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho nasceu em profunda conexão com a vivência do autor na experiência de construção do Projeto Saúde Todo Dia, entendido como tradução singular do SUS em Aracaju, que ocorreu de 2001 a meados de 2006. Mais precisamente, o autor parte do reconhecimento de que, no período considerado, houve uma expressiva mudança no sistema de saúde daquela cidade, representada pela rápida expansão da oferta de serviços (com vários serviços novos), pela adoção e implantação de novas diretrizes no modelo de atenção (pautada pelo acolhimento, vínculo, responsabilização e construção de autonomia dos indivíduos e coletivos), pela realização de concursos públicos, pela criação de uma política de educação permanente dos trabalhadores, pela constituição de conselhos locais de saúde em todas as unidades de saúde da família, pela criação de um complexo regulatório, pela constituição de um modelo de gestão colegiada e, finalmente, pela constituição de um coletivo de gestão.

Por outro lado, com as mudanças de gestão que se deram em 2006 e 2007, passaram a acontecer alterações nas inovações anteriormente mencionadas, em graus variados (mas com a impressão de que, no geral, havia uma certa descontinuidade no projeto), que geraram no autor incômodos e a necessidade de refletir sobre este processo. Optamos por focar “no modo como o tema da sustentabilidade foi tratado no Projeto Saúde Todo Dia”.

Simultaneamente, iniciamos um diálogo com alguns autores que tratavam de assuntos relacionados de forma direta ou indireta com o tema da sustentabilidade. Buscamos caracterizar o contexto em que surgiu o discurso da sustentabilidade (na década de 70, em meio a polêmicas atinentes aos impactos do desenvolvimento capitalista sobre o meio ambiente), evidenciando os elementos em jogo e algumas estratégias de sustentabilidade do próprio capital. Por perceber possíveis pontos de contato, acessamos, também, algumas formulações de Gramsci, notadamente o conceito de hegemonia e de estado ampliado, buscando explorar as estratégias de construção de

hegemonia, trazendo como um dos elementos centrais a produção de hegemonia e contra-hegemonia nas instituições, aqui consideradas sob forte influência e, ao mesmo tempo, com autonomia relativa do modo de produção (capitalista). Isto possibilitou uma ponte com a Análise Institucional, que tem como um dos seus focos as relações de poder, de dominação e resistência nas instituições, mediadas por alguns conceitos, como instituinte, instituído, analisador, implicação, dispositivo, dentre outros. Nos aproximamos, ainda, de algumas formulações acerca das políticas sociais, buscando caracterizar alguns enfoques de abordagem. Por outro lado, ao entrarmos em contato com algumas formulações sobre os desafios atuais do SUS (que dialogam com o tema das políticas públicas), foi possível perceber fortes conexões com alguns dos autores e campos anteriores (sobretudo Gramsci), quando um deles identifica o movimento da reforma sanitária como um bloco histórico específico e contra-hegemônico. Outros autores, por sua vez, chamam a atenção para o peso do processo de trabalho em saúde, no cotidiano das práticas, a partir do reconhecimento de graus de autonomia ou do auto-governo dos trabalhadores, como elementos centrais para a transformação concreta dos modelos tecnoassistenciais e como um lugar de tensões, disputas e instituições. Os diálogos com todos estes autores contribuíram para a exploração e análise da experiência de Aracaju, assim como para a elaboração relativa ao tema da sustentabilidade.

Voltando, então, ao objeto de estudo, identificamos alguns mediadores para examinar, a partir deles, o tratamento dado ao tema da sustentabilidade no Saúde Todo Dia, a saber: o Projeto Geral de Saúde do município, o SAMU, a Política de Educação Permanente e a Política de Saúde Mental. Estas quatro dimensões foram abordadas, no trabalho de campo, através de entrevistas semi-estruturadas com sujeitos que participaram da gestão do Saúde Todo Dia e das gestões seguintes, buscando caracterizá-las, avaliá-las, identificar estratégias de continuidade e suas trajetórias ao longo das gestões.

No que se refere ao *Projeto de Saúde*, o Saúde Todo Dia foi caracterizado por parte expressiva dos entrevistados como uma experiência de implantação efetiva dos

princípios e diretrizes do SUS e como a concretização da reforma sanitária no nível municipal. Como principais marcas foram destacados a constituição e expansão de serviços, a política de gestão do trabalho e da educação (concursos públicos e educação permanente), a estruturação física de unidades, além da constituição de um coletivo gestor e a formação de quadros. Além disso, foram mencionados alguns problemas e frustrações, tais como a pequena mudança nos mecanismos de acesso e funcionamento da área hospitalar quando comparado com as demais áreas assistenciais e a necessidade de aprimoramentos nos processos de trabalho destas áreas (chamadas de redes), os limites na perspectiva de interação micropolítica dos gestores com os trabalhadores, o modo de participação dos atores do controle social no projeto (os dois últimos reforçando a identificação do Saúde Todo Dia mais com a gestão formal), a pequena expressão e força política do coletivo gestor na dinâmica municipal, dentre outros.

Quanto ao tratamento dado ao tema da continuidade no Saúde Todo Dia, foi possível perceber algumas concepções sobre *sustentabilidade*, dentre as quais destacamos as idéias de *perpetuação, política de governo e de estado, institucionalização legal e incorporação de saberes tecnológicos sistematizados*. Quanto às ações realizadas com vistas à continuidade, apareceram o concurso público, o padrão de ambiência das unidades, a tentativa de fazer com que a população incorporasse a ampliação de acesso a serviços que foi produzida como direito, a política de educação permanente, a criação dos conselhos locais de saúde. Em relação ao projeto de saúde nas gestões seguintes, a maioria dos entrevistados aponta graus progressivos de descontinuidade, associados à maior interferência e concessões políticas do prefeito em relação ao governo no Saúde Todo Dia, ampliação do poder dos sindicatos (sobretudo dos médicos), comprometimento da capacidade de governo da gestão e desconstrução de algumas diretrizes anteriores do modelo pelos trabalhadores.

A *política de educação permanente* foi avaliada como uma importante estratégia de gestão para viabilizar a implantação do modelo de atenção adotado, tendo se dado por meio de momentos de concentração (nos quais temas relativos ao modelo e ao processo de trabalho, definidos pela gestão, eram abordados por metodologias

construtivistas, tendo os gestores como mediadores pedagógicos) e de dispersão (nos quais os supervisores acompanhariam e apoiariam a execução das tarefas de dispersão pactuadas nas capacitações). Também foi referida por alguns como uma estratégia para construção de sujeitos. No entanto, boa parte dos entrevistados colocou problemas no desenrolar da educação permanente, como a centralização num lugar, a definição de temas a partir das necessidades da gestão e uma acentuação do caráter de convencimento em detrimento do caráter de pactuação.

Quanto ao modo de lidar com a questão da continuidade na política de educação permanente, apareceu a idéia de que a sustentabilidade parecia estar dada, não sendo um objeto de preocupação. Por outro lado, praticamente todos os entrevistados avaliaram que a educação permanente foi paralisada na primeira mudança de gestão e que, atualmente, o CEPS é um espaço de capacitação clássica. As principais razões apontadas para isso são a incompreensão dos dois secretários seguintes sobre a proposta de educação permanente, a interferência do prefeito na condução do CEPS e a não sistematização da experiência acumulada de educação permanente em tecnologias que pudessem ser incorporadas pelos sujeitos, ao passo que alguns outros entrevistados apontaram o caráter centralizado da educação permanente no Saúde Todo Dia como um problema que contribuiu para um certo desgaste da política diante dos trabalhadores.

A *política de saúde mental* no Saúde Todo Dia representou, para os entrevistados, a tradução da luta anti-manicomial em Aracaju, tendo sido um espaço de rápida implantação de serviços substitutivos (sobretudo CAPS e, posteriormente, residências terapêuticas), fazendo desta rede (como era e continua sendo concebida) uma das maiores redes de saúde mental do Brasil. Apesar deste reconhecimento, parte expressiva dos entrevistados apontou dificuldades de qualificação destes serviços ou de implementação mais fina da proposta de saúde mental (ou ainda da incorporação das tecnologias na organização dos serviços e no processo de trabalho das equipes), atribuídas, por alguns, ao modo de organização e funcionamento da gestão desta rede. Um dos entrevistados mencionou como estratégia de continuidade a constituição da associação dos usuários. No que se refere à política de saúde mental nas gestões

seguintes, observou-se uma tensão em torno da definição da coordenação desta rede, com avaliações bastante diferentes em relação ao desenrolar da política. No entanto, o modo como alguns entrevistados posicionam a atuação dos gestores da saúde mental nas últimas duas gestões (inclusive no convencimento dos macrogestores) e o expressivo grau de detalhamento, feito por atores mais ligados a esta rede, sobre ações que vêm sendo operadas no modelo de gestão e de atenção da saúde mental, parecem indicar que, nesta área, aconteceu uma inflexão significativa no processo de aprimoramento do que foi implantado no Saúde Todo Dia, diferentemente da educação permanente, por exemplo.

O *SAMU* no Saúde Todo Dia foi considerado como um serviço que provocou mudanças nos índices de mortes evitáveis e que criou um alto grau de legitimidade social e política na cidade, sendo utilizado e reconhecido por usuários de diferentes classes sociais (mais do que outros serviços do SUS municipal). Como problemas do *SAMU*, apareceram alto grau de normatização e dificuldade de articulação com outros serviços da Secretaria. A preocupação com a continuidade parece ter existido, tendo na preparação das equipes uma das principais estratégias. Nas gestões seguintes, o *SAMU* passou por dificuldades de manutenção da frota (que nesse caso pode interferir bastante na eficiência do serviço), mas isso não parece ter comprometido significativamente o respaldo do serviço.

Ao examinar as trajetórias destas dimensões estudadas, tivemos a impressão de que elas nos davam algumas indicações, a saber: a necessidade de se considerar o auto-governo dos trabalhadores (e de certas formas), a partir do estudo sobre a educação permanente; a força da produção de valores de uso e o impacto no imaginário coletivo, a partir do *SAMU*; a capacidade de reinvenção convincente da gestão, a partir da saúde mental; o alcance relativo das realizações de natureza estruturada e a dificuldade de constituição de blocos políticos e de capacidades múltiplas de mediação, a partir do projeto geral de saúde.

A partir da identificação e análise das concepções e estratégias de sustentabilidade dos atores vinculados ao Saúde Todo Dia, do diálogo com os autores já mencionados e de reflexões feitas ao longo de todo o trabalho, sentíamos a necessidade de pensar no tema da sustentabilidade numa perspectiva que admitisse a possibilidade de continuidade de arranjos e estruturas sem a pretensão de cristalização; que admitisse a possibilidade de debate público sobre o que deve ou não ser sustentado; que exercitasse a alteridade ao se deparar com resistências, reinvenções e invenções, ao invés de bloquear os fluxos de inovação; que demandasse menos controle e mais protagonismo, produzindo subjetivações mais libertárias; que trabalhasse mais com a produção do que com a reprodução, mais com a pulsação do que com a estabilidade; mais com o trabalho vivo do que com o trabalho morto. Enfim, uma “Sustentabilidade Instituinte”.

Sem pretender simplificar um tema difícil e complexo (sobretudo pelo caráter contra-hegemônico do objeto que lhe dá sentido), ao olhar para a experiência de Aracaju com essa perspectiva, parece-nos que a potência instituinte do Saúde Todo Dia, que produziu um conjunto expressivo de inovações, ficou mais concentrada na gestão formal, não se disseminou suficientemente. Isto coloca, para os que disputam projetos contra-hegemônicos, a necessidade de maior atenção aos graus de capilaridade dos mesmos.

REFERÊNCIAS

- ACSELRAD, Henri. **Sustentabilidade, Espaço e Tempo**. In HERCULANO, Selene C. Meio Ambiente: Questões conceituais I. PGCA - Riocor, 2000.
- BAREMBLIT, Gregório. **Compêndio de Análise Institucional**. Rosa dos Tempos, 1996.
- BAPTISTA, Tatiana Vargas Faria. **Caminhos e percalços da política de saúde no Brasil: vinte anos da reforma sanitária**. Projeto BRA/90-032/MS/PNUD, 1996.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa.
- Reforma Política e Sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão?**. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2):301-306, 2007.
 - **Efeitos Paradoxais da Descentralização no Sistema Único de Saúde do Brasil**. In: FLEURY, Sonia (org). *Democracia, Descentralização e Desenvolvimento: Brasil & Espanha*. Editora FGV, 2006.
 - Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos**. Editora Hucitec, 2000.
 - Reforma da Reforma: Repensando a Saúde**. Hucitec, 2006.
 - Saúde Paidéia**. Hucitec, 2003.
- CECÍLIO, Luis Carlos de Oliveira. **O “Trabalhador Moral na Saúde”: Reflexões sobre um conceito**. In: *Revista Interface*, Volume 11, Número 22, 2007.
- CECCIM, Ricardo Burg. **“Um sentido muito próximo ao que propõe a educação permanente em saúde”!: o dever da educação e a escuta pedagógica da saúde**”. In: *Revista Interface*, Volume 11, Número 22, 2007.
- FEUERWERKER, Laura Macruz. **Modelos Tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS**. In: *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.18, p.489-506, set/dez 2005.
- FOUCAULT, Michel. **A Microfísica do Poder**. Graal, 2005.
- GERSCHMAN, Silvia. **Sobre a formulação de políticas sociais**. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (org). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. Cortez, 3a ed., 2006.
- GUATTARI, Félix e ROLNIK, Suely. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Editora Vozes, 2005.
- LIMA, Gustavo da Costa. **O discurso da sustentabilidade e suas implicações para a educação**. In: *Ambiente & Sociedade- Vol. VI nº. 2 jul./dez. 2003*.
- LOURAU, René.
- O instituinte contra o instituído**. In: ALTOÉ, Sônia (org). René Lourau: *Analista Institucional em tempo integral*. Hucitec, 2004.

-**Uma apresentação da análise institucional.** In: ALTOÉ, Sônia (org). René Lourau: Analista Institucional em tempo integral. Hucitec, 2004.

-LUZ, Madel Therezinha.

-**As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia.** Editora Graal, 1979.

-**A contribuição de René Lourau para uma sociologia crítica das instituições.** In: Saúde e Loucura, número 8. Hucitec, 2004.

- MERHY, Emerson Elias.

-**Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção.**In: MERHY e cols. (org). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. Hucitec, 2ª ed, 2004.

-**A Saúde Pública como Política.** Editora HUCITEC, 2006.

- **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** Editora Hucitec, 2002.

-PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: Avanços, limites e perspectivas.** In: MATTA, Gustavo Corrêa; LIMA, Júlio César França (Orgs). Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde. Editora FIOCRUZ, 2008.

-PELBART, Peter Pál. **Vida Capital: ensaios de biopolítica.** Editora Iluminuras, 2003.

-PORTELLI, Hugues. **Gramsci e o Bloco Histórico.** Editora Paz e Terra, 2002.

-RUA, João. **Desenvolvimento, espaço e sustentabilidades.** In RUA, João (Org). Paisagem, Espaço e Sustentabilidades: uma perspectiva multidimensional da geografia. Editora PUC Rio, 2005.

-SANTOS, Rogério Carvalho. **Saúde Todo Dia: uma construção coletiva.** Hucitec, 2006.

-SILVA JR, Aluísio Gomes. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva.** Hucitec, 1998.

-VIANA, Ana Luiza . **Enfoque metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para os estudos sobre políticas sociais.** In: CANESQUI, Ana Maria (Org.). Ciências Sociais e Saúde. 1995.

-VILELLA, Wilza Vieira. **Das interfaces entre os níveis governamentais e a sociedade civil.** In: PARKER, Richard; GALVÃO, Jane e BESSA, Marcelo Secron (Orgs). Saúde, Desenvolvimento e Política: Respostas frente à AIDS no Brasil. Editora 34, 1999.

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, R.G: _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) na pesquisa de campo referente ao projeto intitulado “*Sustentabilidade de Experiências Inovadoras na Gestão do SUS*”, desenvolvida pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Fui informado(a), ainda, de que a pesquisa é coordenada por Eduardo Alves Melo, a quem poderei contatar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº (21)88506356 ou e-mail alves_melo@yahoo.com.br.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais, é analisar experiências no SUS municipal sob a perspectiva da sustentabilidade.

Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista semi-estruturada, a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo pesquisador e/ou seu orientador.

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar o pesquisador responsável (ou seu orientador), ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ (CEP-IMS), situado na Rua São Francisco Xavier, 524 - sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro (RJ), CEP 20559-900, telefone (x-21) 2587-7303 ramal 248 ou 232 e fax (x-21) 2264-1142.

O pesquisador principal do estudo me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Fui ainda informado(a) de que posso me retirar desse estudo a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

_____, ____ de _____ de 200 ____

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

ANEXO B - Roteiros de entrevista

1) PARA MACROGESTORES DO SAÚDE TODO DIA

***Questões:**

- a) Como você avalia a implantação do Projeto Saúde Todo Dia, de 2001 a março de 2006?
- b) Na sua opinião, quais as principais marcas do Saúde Todo Dia?
- c) Vocês pensavam nas possibilidades de continuidade do Projeto Saúde Todo Dia? Como era/foi isso?
- d) Na sua opinião, há algo que poderia ter acontecido e não aconteceu?
- e) Como você avalia o projeto político de saúde das 2 gestões seguintes?
- f) Como se caracterizou a política de educação permanente no Saúde Todo Dia?
- g) Como você avalia a educação permanente nas gestões seguintes?
- h) Como você avalia a política de saúde mental no Saúde Todo Dia e nas 2 gestões seguintes?
- i) Como se caracterizou o SAMU dentro do Saúde Todo Dia? Como você avalia o SAMU nas 2 gestões seguintes?

2) PARA MACROGESTORES DAS DUAS GESTÕES SEGUINTE AO SAÚDE TODO DIA

***Questões:**

- a) Como você avalia a situação do projeto Saúde Todo Dia?
- b) Como a sua gestão se posicionou em relação ao projeto implantado de 2001 a março de 2006?
- c) Como você avaliava a política de educação permanente do Saúde Todo Dia? Como foi a educação permanente na sua gestão?
- d) Como você avalia a política de Saúde Mental no Saúde Todo Dia? Como se configurou esta política na sua gestão?
- e) Como você avalia o SAMU no Saúde Todo Dia? Como o mesmo se configurou na sua gestão?

3- PARA SUJEITOS LIGADOS À EDUCAÇÃO PERMANENTE NO SAÚDE TODO DIA

***Questões:**

- a) Como você avalia a implantação do Projeto Saúde Todo Dia, de 2001 a março de 2006?
- b) Como se caracterizou a política de educação permanente no Saúde Todo Dia?
- c) Como se caracterizou a interface da educação permanente com a atenção básica?
- d) Na sua opinião, há algo que poderia ter acontecido e não aconteceu?
- e) Havia alguma preocupação com a continuidade da política de educação permanente? Como era isso?
- f) Como você avalia a educação permanente nas 2 gestões seguintes?

4- PARA SUJEITOS LIGADOS À EDUCAÇÃO PERMANENTE NAS GESTÕES SEGUINTE

***Questões:**

- a) Como você avalia a política de educação permanente no Saúde Todo Dia?
- b) Como você avalia a política de educação permanente nas gestões seguintes?

6) PARA SUJEITOS LIGADOS À SAÚDE MENTAL NO SAÚDE TODO DIA

***Questões:**

- a) Como você avalia a implantação do Projeto Saúde Todo Dia, de 2001 a março de 2006?
- b) Como se caracterizou a política de saúde mental no projeto Saúde Todo Dia?
- c) Na sua opinião, há algo que poderia ter acontecido na saúde mental que não aconteceu?
- d) Havia alguma preocupação com a continuidade da política de saúde mental? Como era isso?

e) Como você avalia o desenvolvimento desta política nas 2 gestões seguintes?

7) PARA SUJEITOS LIGADOS À SAÚDE MENTAL NAS GESTÕES SEGUINTE

***Questões:**

a) Como você avalia a política de saúde mental no Saúde Todo Dia?

b) Como você avalia o desenvolvimento desta política nas gestões seguintes ao Saúde Todo Dia?

8) PARA SUJEITOS LIGADOS AO SAMU NO SAÚDE TODO DIA

***Questões:**

a) Como você avalia a implantação do Projeto Saúde Todo Dia, de 2001 a março de 2006?

b) Como você avalia o SAMU no Saúde Todo Dia?

c) Na sua opinião, há algo que poderia ter acontecido no SAMU e não aconteceu?

c) Havia uma preocupação com a continuidade deste serviço? Como era isso?

d) Como você avalia este serviço nas 2 gestões seguintes?

9) PARA SUJEITOS LIGADOS AO SAMU NAS GESTÕES SEGUINTE

***Questões:**

a) Como você avalia o SAMU no Saúde Todo Dia (2001 a meados de 2006)?

b) Como você avalia o SAMU nas gestões seguintes?