

## ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DO MÉTODO DA RODA NO SISTEMA DE SAÚDE DE CAMPINAS, SP

### IMPLEMENTATION ANALYSIS OF “MÉTODO DA RODA” IN THE CAMPINAS/SP HEALTH SYSTEM

LUCIANO D'ASCENZI<sup>1</sup> E LUCIANA LEITE LIMA<sup>2</sup>

Recebido em: 08/06/2012

Aprovado em: 05/03/2013

#### RESUMO

Este artigo visa analisar o processo de implementação do modelo de gestão compartilhada, denominado método da roda, do Programa Paidéia de Saúde da Família, implementado na rede de atenção primária pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas entre 2001 e 2004. Tal método tinha por objetivo democratizar a gestão dos equipamentos de saúde por meio da criação de mecanismos de cogestão. Este trabalho analisou a formação e o funcionamento desses espaços à luz de seus objetivos iniciais e do referencial teórico no qual estavam sustentados. Constatou-se que, embora a política almejasse uma mudança cultural na gestão dos equipamentos de saúde, alguns elementos teóricos que a embasaram, assim como a estratégia de implementação utilizada, mostraram-se incoerentes com tal ambição.

**Palavras-Chave:** Políticas públicas; Implementação de plano de saúde; Cultura organizacional.

#### ABSTRACT

*This article aims to analyse the implementation process of the shared management model, called “Método da Roda”, of the Paidéia Health Family Program in the primary health care for the City Department of Health of Campinas between 2001 and 2004. The “Método da Roda” intends to turn the management of public health equipment more democratic by creating mechanisms of co-management. This article analyses the formation and the operation of this mechanisms in contrast with the initial objectives and the underlying theories. We evidenced that some theoretical elements that based the policy formulation and the implementation strategy had shown incoherent with the ambition of the cultural change in the management of the health system.*

**Keywords:** Public policies; Health plan implementation; Organizational culture.

#### 1 Introdução

A literatura disponível explica a análise da implementação de políticas públicas com base em dois conjuntos de variáveis. O primeiro enfatiza a importância da estrutura normativa, a definição clara dos objetivos, da responsabilidades e dos recursos. O segundo refere-se aos atores implementadores e ao seu contexto de ação. Nesse caso, a burocracia responsável pela execução da política pode influenciar sua trajetória e conformação principalmente em

virtude de sua discricionariedade. Neste trabalho, dialogar-se-á com essa literatura a fim de explicar um processo de implantação de uma política de saúde a partir da interação entre os incentivos centrais e a cultura local.

Nesse sentido, este artigo tem por objetivo analisar a implementação do método da roda – o modelo de gestão compartilhada definido pelo Programa Paidéia de Saúde da Família, em Campinas, São Paulo. Tal programa, formulado por Campos (2000), foi executado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de

<sup>1</sup> Doutor em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Brasil. Professor do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul (IFRS). E-mail: luciano.ascenzi@gmail.com.

<sup>2</sup> Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Brasil. Professora do Bacharelado em Políticas Públicas do Departamento de Sociologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: lucianaletelima@hotmail.com.

Campinas, entre 2001 e 2004, com o objetivo de organizar a rede de serviços de saúde segundo os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS).

O método da roda consiste na implantação de quatro tipos de instâncias de gestão compartilhada – conselhos locais de saúde, colegiados gestores, dispositivos variados e gestão cotidiana democrática – nos centros de saúde. Esses espaços formariam o “sistema de rodas”, responsável pela gestão dos equipamentos de saúde.

Esta pesquisa concentrou-se nas instâncias formais: conselhos locais de saúde e colegiados gestores. Uma amostra de seis centros de saúde foi selecionada a partir de informações sobre as representações de sucesso e fracasso da Secretaria Municipal de Saúde em relação à implantação do Programa Paidéia. Optou-se por tratar dos casos que a SMS considerou exitosos: aqueles centros de saúde nos quais os conselhos locais de saúde e colegiado gestor foram implantados<sup>3</sup>.

Nesta pesquisa, foram utilizados dados primários e secundários. Os dados primários foram coletados por meio de observação participante e entrevistas. Em cada unidade de saúde, foram entrevistados o coordenador e, pelo menos, um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um agente comunitário de saúde e um usuário componente do conselho local de saúde<sup>4</sup>. Os dados secundários foram obtidos através de documentos (normas, planos e relatórios) produzidos pela Secretaria Municipal de Saúde que tratavam sobre o Programa Paidéia de Saúde da Família.

Este artigo é formado por três seções, além da introdução e conclusão. Na primeira seção, descreve-se o Programa Paidéia de Saúde da Família e seu modelo de gestão- o método da roda;

tópico esse construído, principalmente, com base nos dados secundários. Na segunda seção, apresenta-se o modelo analítico, elaborado a partir da contribuição de Dagnino, Gramsci e Campos. Na terceira, discute-se a implementação do método da roda nos centros de saúde de Campinas e apresenta-se a descrição desse processo a partir dos dados primários, bem como sua análise.

## 2 O Programa Paidéia de Saúde da Família e o método da roda

O Programa Paidéia de Saúde da Família tinha por objetivo a modificação de aspectos políticos e culturais da organização e gestão dos serviços de saúde de Campinas. As mudanças no campo da gestão foram implementadas através do método da roda, um modelo específico de gerenciamento.

Esse método correspondeu a uma estratégia de operacionalização de um modelo de gestão compartilhada (cogestão) que visava reorganizar os processos de trabalho no interior dos centros de saúde, a fim de deslocar o eixo de poder, tradicionalmente situado nas figuras do coordenador e do médico. Esse movimento tenderia a superar a relação hierárquica dos profissionais da saúde entre si (LUNARDI, 2000; LUZ, 1988; MENDES GONÇALVES, 1979; DONNANGELO, 1975) e destes com os usuários, rumo a um concerto polissêmico de vozes. Isso seria possibilitado pela criação de novos espaços de gestão, que promoveriam a democratização dos processos decisórios através da maior participação e autonomia de outros agentes sociais envolvidos, culminando em um processo descentralizador de poder.

[...] a gestão participativa é um instrumento poderoso para construir eficácia, eficiência e uma diretriz ética e política fundamental. A gestão é um modo de racionalizar os meios para atingir um fim (função administrativa clássica) e é também uma forma de democratizar o poder (controlar o Es-

<sup>3</sup> Sucesso e fracasso são categorias locais utilizadas pela SMS para indicar, respectivamente, a implementação a contento do plano e sua não implementação por um centro de saúde em particular. Curiosamente, encontrou-se um caso de “sucesso” sem a presença das instâncias formais (conselho local de saúde e colegiado gestor) e um caso de “fracasso” com a presença dessas instâncias. O questionamento a esse fato, tendo em vista os resultados da pesquisa, é encontrado em D’Ascenzi (2006).

<sup>4</sup> Todas as entrevistas estão integralmente transcritas em D’Ascenzi (2006).

tado ou os excessos dos distintos corporativismos) e de motivar e educar os trabalhadores (Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, 2001, p. 1).

A cogestão teria lugar em espaços coletivos, de caráter deliberativo, definidos por diretrizes prévias, os quais podem ser de dois tipos: espaços formais permanentes, em formato de conselho e colegiado; e espaços informais, episódicos e pontuais, acionados cotidianamente de acordo com as necessidades do trabalho coletivo e de forma complementar às deliberações dos mecanismos formais.

Os diferentes espaços coletivos são denominados de rodas. Nesse sentido, utilizando a terminologia de Campos (2000), o sistema de governo compartilhado proposto para dirigir as unidades de saúde seria formado por quatro modalidades de rodas: conselho local de saúde, colegiado gestor, dispositivos variados e gestão cotidiana democrática.

Os conselhos locais de saúde são espaços formalmente institucionalizados nos quais o poder decisório seria compartilhado entre a coordenação da unidade de saúde, a equipe de trabalhadores e os usuários. Nos conselhos, “[...] atores sociais internos e externos aos coletivos expressam seus desejos e interesses, confrontando-os entre si e com a realidade, para que desses processos de luta e negociação surjam contratos potentes para orientar a produção de bens e serviços” (CAMPOS, 2000, p. 146).

Assim como os conselhos locais, os colegiados gestores são espaços formais, dos quais participam, no entanto, somente os profissionais de saúde. Nesse espaço, as prerrogativas corporativas deveriam dar lugar à interdisciplinaridade. Os colegiados seriam “voltados para operacionalizar a gestão interna das organizações [...] criando um lugar mais ou menos protegido, onde as equipes de trabalhadores possam organizar-se e elaborar seus projetos e visão do mundo [...] [Dos colegiados] saem as representações

internas para compor os conselhos” (CAMPOS, 2000, p. 147-148).

Já os dispositivos variados e a gestão cotidiana democrática representam espaços informais. Enquanto esta se materializa na forma de análise e decisão compartilhada entre os envolvidos – profissionais de saúde, coordenador e usuários – sobre problemas específicos que surgem durante a execução das atividades, aqueles se corporificam na forma de oficinas, reuniões, assembleias etc (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2001).

Os espaços coletivos teriam duas funções principais. Em primeiro lugar, funções básicas de gestão, que dizem respeito ao planejamento e à administração dos processos produtivos e do exercício político e democrático. Em segundo lugar, atividades pedagógicas e terapêuticas (CAMPOS, 2000), que seriam a inovação central do método da roda, pois promoveriam a troca de saberes e experiências, beneficiando todos os participantes. Com isso, as atividades pedagógicas e terapêuticas seriam responsáveis por produzir efeitos em quatro planos:

- a. político e social – existência de um contínuo reposicionamento e de uma redefinição dos sujeitos e de suas alianças, através da disputa entre projetos individuais, de compromissos, de contrato e de produção de projetos coletivos;
- b. plano subjetivo – desenvolvimento da capacidade de análise dos indivíduos, com recomposições dos projetos individuais a partir das diferentes visões de mundo;
- c. pedagógico – presença de educação continuada a partir da socialização do conhecimento das diversas corporações;
- d. gerencial – comprometimento com a operação concreta e a consecução do serviço.

Para Campos (2000), a atividade pedagógica e terapêutica promovida pela gestão coletiva permitiria a formação de sujeitos e coletivos organizados. Essa formação é chamada de função paidéia e é um dos objetivos centrais do programa. Alcançada essa função, as pessoas teriam participação ativa na produção e reprodução dos serviços, dos processos e de si mesmas. “[O sujeito] é uma síntese singular resultante do entrelaçamento entre determinantes e condicionantes particulares e universais e a capacidade do próprio sujeito de alterá-los, mediante processos de análise e de intervenção sobre esses fatores” (CAMPOS, 2000, p. 235).

Campos (2000) prevê um perfil específico de chefia para o sistema de gestão compartilhada, afirmando que essa atribuição deveria ser assumida por pessoas inovadoras, dinâmicas e com capacidade de liderança, unindo características dos tipos racional-legal e carismático weberiano. Entretanto, seria necessário um tipo racional-legal peculiar, tendo em vista a gestão flexível pretendida. Além disso, este profissional precisaria ter conhecimento dos processos produtivos de sua unidade. Campos (2000) não menciona, no entanto, aspectos qualitativos referentes à participação ou relação deste “chefe” com os espaços coletivos. O autor também não esclarece como produzir tal trabalhador em cada unidade produtiva.

O modelo de gestão compartilhada pretendia democratizar a gestão dos centros de saúde por meio da construção de espaços de interação entre profissionais e usuários. Nesses espaços, os indivíduos deliberariam sobre a produção dos serviços em um contexto de trocas e aprendizado, no qual as diferentes visões de mundo dos atores envolvidos seriam explicitadas e formariam a base das decisões. Para tanto, esses espaços coletivos deveriam garantir que as desigualdades de poder não implicassem desigualdades de participação, uma vez que a hierarquia existente entre os

profissionais de saúde e as diferenças sociais entre esses profissionais e os usuários deixam, marcas na gestão dos serviços de saúde. Essas diferenças, segundo Campos (2000), não contribuem para a implementação dos princípios doutrinários do SUS (universalidade, equidade e integralidade), fato que motivou a tentativa de superar esses limites na rede de atenção primária através do método da roda.

### 3 Modelo analítico

Nesta seção, será analisada a implementação do método da roda com base nas contribuições de Gramsci (1978) e de Dagnino (2002), teóricos que fundamentaram o modelo de intervenção proposto por Campos (2000). Enquanto Gramsci oferece ferramentas para a análise de processos de mudança social, Dagnino contribui com a conceitualização de espaço público.

O método da roda explicita uma proposta de mudança cultural planejada, pois almejava modificar as relações sociais nos centros de saúde, democratizando a gestão a partir da criação de espaços coletivos nos quais os diferentes atores seriam incentivados a deliberar sobre a produção dos serviços e a resolução de problemas. Isso transformaria o processo decisório, tradicionalmente fechado e centralizado, em um processo participativo. A cultura autoritária seria, assim, suplantada pela cultura democrática.

Cabe aqui fazer uma crítica à concepção limitada de cultura expressa pela política em questão. Se cultura for entendida, conforme propõe Geertz (1978), como uma complexa estrutura de significados específicos tecida historicamente pelos indivíduos por meio de suas interações cotidianas e que dá sentido às ações da vida coletiva, abarcando aspecto amplo da realidade, sua complexidade está além da possibilidade de controle. Assim sendo, a mudança cultural não pode ser guiada através de uma intervenção planejada. A definição limitada de cultura,

como um elemento passível de controle hierárquico, deixará sua marca na implementação do método da roda, como será discutido na seção seguinte.

A teoria da mudança social utilizada por Campos (2000) baseia-se nos trabalhos de Gramsci (1978). Para este autor, a mudança social é um fenômeno caracterizado por um processo longo e gradual de formação de uma nova cultura em uma sociedade vista como orgânica. Tal processo é denominado construção hegemônica e será discutido mais adiante.

Gramsci (1978) acredita que todos os indivíduos têm uma concepção de mundo que os instrumentaliza para a tomada das decisões cotidianas, afirmando, por isso, que “todos os homens são filósofos” (1978, p. 11). Disso decorre que todos os indivíduos têm capacidade de agir criticamente e de forma consciente, defrontando-se cotidianamente, de um lado, com a participação mecânica em dada concepção de mundo (o senso comum da estrutura vigente) e, de outro, com a elaboração de visão distinta.

A partir da consciência, a superação da concepção preexistente dar-se-ia por meio da crítica, em um movimento que tencionasse tornar a visão de mundo novamente unitária e coerente, movimento esse que seria assegurado pela atividade política. O iniciador desse processo de mudança social é o intelectual orgânico. Vale esclarecer, todavia, que esse ator não existe *a priori* e que, portanto, esse papel pode ser desenvolvido por qualquer pessoa, uma vez que todos os homens são filósofos.

Para Gramsci (1978), promover uma mudança social, adicionando um novo elemento a uma cultura, significa socializar criticamente verdades individuais, transformando-as em base de ação do grupo, ou seja, em um novo elemento de coordenação e de ordem moral e intelectual.

A partir do diálogo e/ou da disputa entre diversas filosofias ou concepções de mundo, ocorreria uma escolha complexa e também contraditória. Isso

se dá uma vez que algum tipo de contraste sempre se revela entre o que é intelectualmente afirmado e o que acontece na prática, gerando certa descontinuidade, definida como contrastes de natureza histórica e social. Contudo, tal ação deveria ganhar uma direção consciente do processo de mudança cuja dinâmica se revestisse de unidade e coerência compartilhadas pelo grupo, as quais seriam determinadas por alguma ideologia crescentemente comum aos envolvidos. Nessa concepção, a mudança em uma dada visão de mundo decorre de argumentação, crítica e consentimento ativo, sendo viabilizada pela ação de determinados indivíduos que atuam como portadores e defensores do novo paradigma.

Assim como Campos (2000), Dagnino (2002) utiliza a teoria social de Gramsci (1978) na formulação do conceito de espaço público, o qual permite uma abrangência explicativa no que se refere à análise das modalidades de rodas estudadas, uma vez que os conselhos locais são apontados como espaços públicos pela autora. Partindo de uma perspectiva histórica, Dagnino (2002) conceitua espaço público como campos de produção de concepções políticas. Essa definição explicita algumas relações entre diversas formas de mobilização, associativismo e participação capazes de gerar concepções sobre política e Estado. Entre os elementos característicos dos espaços públicos, dois adquirem especial relevância para este estudo: o de normatividade e o de heterogeneidade.

A normatividade refere-se à possibilidade da constituição de direitos universais dependentes de leis impessoais reguladoras das relações sociais equânimes e pode ser uma importante ferramenta de minimização de desigualdades. Já a heterogeneidade diz respeito à necessária diversidade de atores participantes dos espaços públicos. Essas duas características seriam precondições à formação de espaços públicos, constituindo elementos necessários, embora insuficientes como garantido-

res isolados da construção democrática (Dagnino, 2002).

As ferramentas de gestão compartilhada do modelo assistencial em estudo assemelham-se às da década de 90, em que projetos políticos trabalharam com a ampliação da noção de democracia. Portanto, parece adequado considerar os quatro tipos de espaços coletivos definidos por Campos (2000) como tipos de espaços públicos, nomenclatura definida por Dagnino (2002).

Na dinâmica de funcionamento dos espaços coletivos, deve-se atentar para os recursos de poder dos diferentes atores e grupos. Estes são determinados por relações entre a diversidade de atores, suas categorias profissionais, seus conselhos regionais e suas respectivas visões de mundo que dominam as organizações de saúde. Trata-se de dinâmica social externa ao lócus de pesquisa, reproduzindo-se nele (Carapinheiro, 1998), mas ignorada pelo programa. O entendimento da relação política na dimensão simbólica perpassa a temática da produção de sujeitos.

#### 4 A implementação do método da roda

Nesta seção será apresentado e analisado o processo de implementação do método da roda nos centros de saúde de Campinas, utilizando-se do modelo analítico exposto no tópico anterior. A descrição desse método será realizada com base nos dados primários coletados por meio de observação participante e de entrevistas.

Foram identificadas duas fases interconectadas no processo de implantação do método da roda: (1) divulgação do programa e (2) constituição e funcionamento dos mecanismos formais de gestão compartilhada, dos conselhos locais de saúde e dos colegiados gestores.

A primeira fase refere-se ao processo de divulgação do programa para os coordenadores dos centros de saúde e, em seguida, para os trabalhadores e usuários. Esse processo teve início em 2001 quan-

do a Secretaria Municipal de Saúde promoveu uma série de eventos direcionados aos coordenadores dos centros de saúde com vistas a difundir o programa. Conforme expõe uma das entrevistadas, “Quando entrou [o programa Paideia], a gente teve um ciclo de reuniões. Participaram várias pessoas. [As reuniões] eram abertas para as pessoas que tivessem interesse. Depois, de uma certa maneira, foi até um pouco imposto”<sup>5</sup>.

Nesses eventos, por meio de exposições coletivas de conceitos, os coordenadores receberam informações sobre o programa e o modo como deveriam operar, pois, a partir daquele momento, passariam a ser responsáveis pela implementação do programa, devendo, por isso, assumir o papel de representante dessa nova filosofia – o método da roda. Esse processo apontaria para a construção hegemônica dos objetivos do projeto pela secretaria de saúde e pela coordenação dos centros de saúde. Deve-se atentar, contudo, que a dinâmica dos eventos foi pouco participativa, até porque o programa já estava formulado e os objetivos e as estratégias de implementação já haviam sido decididos. Restava, portanto, executá-lo.

Os relatos a seguir ilustram tal situação: “[...] eu tenho umas críticas a esse modelo, que a gente precisa falar, [mas] que não foi aberto pra gente falar sobre isso”<sup>6</sup>; “Nós sofremos muito [...] na implantação do Paidéia. Muita pressão pra gente e pouco funcionário [...]; Eles jogaram pra nós o quê o Paidéia seria”<sup>7</sup>; “O Paidéia chegou aqui assim: vocês tem que fazer!”<sup>8</sup>.

Desse modo, o coordenador foi o primeiro a confrontar-se com as demandas recebidas hierarquicamente da secretaria de saúde. Entretanto, diferentemente do receituário gramsciano, a nova filosofia fora apresentada a uma plateia passiva como um imperativo para quem quisesse continuar no cargo. Assim, não

<sup>5</sup> Relato da enfermeira Marcela (D'Ascenzi, 2006, p. 147).

<sup>6</sup> Relato de Germano, enfermeiro e coordenador de centro de saúde (D'Ascenzi, 2006, p. 87).

<sup>7</sup> Relato da técnica de enfermagem Graziela (D'Ascenzi, 2006, p. 174).

<sup>8</sup> Relato da enfermeira Mara (D'Ascenzi, 2006, p. 147).

foram identificados elementos de debate e reflexão, necessários para a mudança das concepções estabelecidas, o que pode ser explicado, também, pelo conceito limitado de cultura que permeia a política pública. Uma vez que a cultura é vista e, conseqüentemente, tratada como um elemento do contexto organizacional passível de controle hierárquico, as atividades e os processos relacionados à construção hegemônica da mudança social são reduzidos a procedimentos administrativos. Isso criou um paradoxo expressado na atuação dos coordenadores dos centros de saúde: se, por um lado, eram responsáveis pelo processo de mudança, por outro, tinham uma autonomia limitada no que se refere ao debate e à aceitação do projeto. Sua discricionariedade, entretanto, é ampliada no momento da implementação do projeto, quando esse passa a ser interpretado de acordo com as concepções de mundo daqueles que irão executá-lo. Conforme explicita um dos entrevistados, coordenador de um centro de saúde, “quando teve essa mudança de administração, com esse novo modelo, eu percebi que algumas ideias da minha vida, que eu precisava implementar, mas não tinha suporte [...] já era possível”<sup>9</sup>.

Em um segundo momento de difusão do programa, os coordenadores apresentaram seu entendimento sobre o programa e seus objetivos aos atores internos dos centros de saúde – trabalhadores e usuários. Essa etapa foi de difícil equacionamento, principalmente em relação aos profissionais da saúde, pois a socialização da nova filosofia dependia do embate direto com a visão das categorias profissionais dominantes. Essas, de posse do novo glossário, passaram à leitura instrumental, rejeitando mudanças até que fossem enquadradas em suas visões, que já chegam prontas ao universo de trabalho e expressam processos produtivos amparados pela institucionalidade própria.

Os relatos de dois médicos e de

um profissional da enfermagem ilustram essa questão: “[Isso era] uma coisa nova. E o medo do CRM [Conselho Regional de Medicina] era de questão do ato médico. De saber, se tinha o pessoal da enfermagem ou de outras áreas [...] fazendo algum ato médico”<sup>10</sup>; “Se eu fosse conversar com conselho-disso, conselho-daquilo, [...] nós íamos ter que ter mil reuniões. Eu não vou fazer! Se não gostarem, vão me dizer”<sup>11</sup>.

[...] pelo manual [do programa Paidéia] que foi elaborado, pode o auxiliar fazer o acolhimento. Isso não é verdade! [...] Se você, por exemplo, [...] conhecer um centro de saúde como o Orozimbo Maia, você vai ver que o auxiliar lá, eles não fazem acolhimento. Porque eles fizeram uma reunião com o Coren [Conselho Regional de Enfermagem], e o Coren acha que não é o papel do auxiliar. E eu também. Eu, como enfermeira, penso que é uma coisa muito complicada, pro enfermeiro, resolver-responder por isso”<sup>12</sup>.

A segunda etapa, referente à formação e ao funcionamento dos espaços coletivos, dependeu em grande parte da iniciativa dos coordenadores, o que foi consequência da estratégia de implementação do programa. Embora a secretaria de saúde tenha utilizado a autoridade hierárquica para apresentar o plano e garantir a conformidade dos coordenadores, não foi criado nenhum protocolo procedimental ou norma para orientar e uniformizar o processo. A carência de material informativo e de participação de outros atores na difusão do modelo permitiu aos coordenadores traduzirem o projeto de acordo com suas crenças e seus interesses.

[Por exemplo] Qual que é a diretriz do conselho gestor? Uma gestão, co-participar, co-participativa, né? Então, assim: É junto ali. Mas até que limite, o próprio documento dessa

<sup>9</sup> D’Ascenzi (2006, p. 78).

<sup>10</sup> Relato de Argemiro, médico (D’Ascenzi, 2006, p. 124).

<sup>11</sup> Relato de Ivan, médico (D’Ascenzi, 2006, p. 136).

<sup>12</sup> Relato de Mara, enfermeira (D’Ascenzi, 2006, p. 150).

diretriz, ele não te dá. Ele não dá pra você uma regrinha que você tem que fazer. Isso é a construção. Isso [...] foi uma realidade daqui<sup>13</sup>.

Na prática, isso significou que a implementação do projeto dependeu do alinhamento do coordenador, fato que ficou expresso no *timing* de implantação, que diferiu entre as unidades de saúde e entre os espaços de gestão compartilhada. Tal dinâmica comprometeu a ideia do funcionamento de um “sistema de rodas”.

Em geral, os conselhos locais foram implantados antes dos colegiados gestores. Isso pode estar relacionado a dois fatores: mobilização da população e existência de normatização municipal sobre a criação de conselhos locais, o que não ocorreu com os colegiados gestores. Luiza, coordenadora de unidade de saúde, destaca que em algumas regiões a população “é que construiu essa demanda [de formação dos conselhos locais de saúde]. Eles que montaram essa demanda pra secretaria [de saúde]”<sup>14</sup>.

Em Campinas, os conselhos locais de saúde foram criados em 1991 pela Lei n. 6.547. Embora essa lei trate da criação e composição do conselho, não há normatização posterior que oriente seu funcionamento, principalmente no que tange às atribuições dos atores participantes. Tal lacuna institucional possibilitou uma profusão de percepções quanto a esses aspectos. No caso do colegiado gestor, a normatividade era ainda mais débil, pois não havia regras sobre sua criação, composição ou funcionamento.

No que tange à heterogeneidade, no caso dos conselhos locais, averiguou-se que, em alguns centros, as associações de moradores decidiram não participar dos conselhos por não considerá-los espaços efetivamente democráticos, já que percebiam a preponderância de determinados atores. Isso foi consequência, por um lado, da estratégia da secretaria

<sup>13</sup> Relato de Luiza, enfermeira e coordenadora de unidade de saúde (D'Ascenzi, 2006, p. 110).

<sup>14</sup> Relato de Luiza, enfermeira e coordenadora de unidade de saúde (D'Ascenzi, 2006, p. 105).

de saúde de atribuir aos coordenadores a prerrogativa da implantação dos espaços coletivos e, por outro, da ausência de normatividade que garantisse a democratização desses espaços.

A preponderância dos coordenadores é passível de ser observada inclusive na escolha dos representantes dos usuários nos conselhos locais, o que pode ser ilustrado pelos relatos de duas conselheiras usuárias:

Bom, eu sou usuária do centro de saúde. Moradora da região. E fui convidada pela Sabrina [coordenadora] a fazer parte do conselho, representando a Sociedade Amigos do Bairro. Por este motivo eu estou no conselho [...] Porque a coordenadora queria que tivesse um membro da diretoria. E eu fui a escolhida<sup>15</sup>.

Eu vinha toda hora aqui brigar. Aí o [coordenador] Germano me chamou e falou assim: “Olha! A senhora está sempre [aqui]. A senhora [...] é livre [...] aposentada. A senhora não quer participar do Conselho? Eu nem sei o que é o conselho”, eu falei pra ele. “Não! A senhora vem aqui, e a gente vai orientando, a senhora vai conhecendo [...] Tudo bem, posso participar”<sup>16</sup>.

Em relação aos colegiados gestores, sua composição, em alguns casos, reproduzia internamente as corporações profissionais e sua hierarquia. Salienta-se que esse espaço, conforme o método da roda, visava minimizar a desigualdade gerada pela estrutura hierárquica profissional no que tange à participação na gestão dos centros de saúde, abrindo espaço para a interdisciplinaridade. Tal pretensão ficou comprometida, uma vez que nessa instância de gestão compartilhada a hierarquia profissional foi reproduzida, como pode ser percebido através da fala de um dos coordenadores entrevistados: “Tem uma disputa muito grande entre as categorias, não dá pra fazer de conta que isso não existe.

<sup>15</sup> Relato de Maria, conselheira usuária (D'Ascenzi, 2006, p. 202).

<sup>16</sup> Relato de Irani, conselheira usuária (D'Ascenzi, 2006, p. 199).

Tem uma disputa de corporação. Isso é muito presente aqui. Acho que em todas as unidades”<sup>17</sup>.

Observou-se uma similaridade funcional nos espaços de gestão compartilhada constituídos, pois tanto os conselhos locais de saúde quanto os colegiados gestores eram dirigidos pelo coordenador da unidade a que pertenciam. Esse protagonismo foi expresso nas normas de funcionamento das reuniões e em suas pautas, que estavam fortemente atreladas às necessidades e interesses do coordenador. Em parte, isso foi possibilitado pela grande profusão de interpretações particulares sobre o funcionamento desses espaços, já que não havia normatização geral.

Nesse contexto, observou-se, quanto às dificuldades para a implantação dos espaços coletivos, que, se, por um lado, existiu a pretensão da democracia aprofundada e deliberativa, por outro, houve a falta de alguns componentes característicos vitais pertencentes ao referencial teórico de espaços públicos – normatividade e heterogeneidade.

A insuficiência de normas formais dificultou a formação de espaços de atuação dos sujeitos portadores de direitos universais. Ao contrário do que prevê Campos (2000), percebeu-se a permanência das hierarquias, administrativas e profissionais, no funcionamento dos espaços de gestão compartilhada. Além disso, a falta de definição do papel do coordenador nas instâncias de cogestão propiciou uma participação privilegiada no controle dos trabalhos desse ator. Em geral, as relações hierárquicas realmente tiveram papel central, pois mesmo os contrapoderes constituídos tenderam a manter e reforçar a direção nas mãos do coordenador da unidade.

No que tange à heterogeneidade participativa demonstrada por Dagnino (2002), o modelo precisaria considerar em sua construção alguns agentes significativos da sociedade civil, principalmente as representações populares e os

<sup>17</sup> Relato de Germano, enfermeiro e coordenador de centro de saúde (D’Ascenzi, 2006, p. 95).

conselhos profissionais instituídos. Isso se dá uma vez que se evidenciou forte atuação dos conselhos regionais profissionais, além de uma espécie de boicote de algumas associações de moradores à participação nos conselhos locais, que não eram vistos como espaços reais de participação.

Por fim, identificou-se que a forma como a secretaria de saúde escolheu implementar o plano, por meio da atuação dos coordenadores das unidades de saúde, criou um ator com grandes recursos de poder. Além da preponderância nos processos decisórios devido ao cargo ocupado, a atribuição de papel de responsável pelo processo de mudança implica prerrogativas desiguais em relação aos demais atores que também deveriam ter condições de participar e influenciar as decisões, segundo o modelo de gestão compartilhada. A escolha da utilização da hierarquia para executar o projeto parece impor uma contradição com os termos e objetivos do método da roda. Se por um lado, valer-se da hierarquia para promover a implementação foi a opção mais fácil e rápida, por outro, essa opção criou desigualdade entre os atores e concentrou recursos de poder naquele que já os possuía. A consequência disso foi o comprometimento dos resultados da política, já que prejudicou a constituição de sujeitos e a democratização dos espaços coletivos, efeitos esperados do método da roda.

## 5 Considerações finais

Este trabalho se debruçou sobre as variáveis que influenciam a implementação de uma política pública. Mesmo uma política que contou com legitimidade e base teórica consistente, como a que foi analisada, encontra dificuldades para transformar intenções em ações. O método da roda incorporou e reproduziu um discurso que dificilmente encontra opositores: o de que a gestão dos aparelhos públicos deve ser democratizada como uma forma de se tornar

mais responsiva e eficiente. Contudo, sua implementação não seguiu as determinações contidas no plano da política pública, o que aponta para uma desvinculação entre o processo de formulação e o de implantação.

Em termos teóricos, averiguou-se que tanto a concepção de cultura quanto a de política que permeiam a política pública são limitadas. No que se refere à cultura, esta é vista como um elemento passível de controle por meio da hierarquia administrativa. Paradoxalmente, trata-se de uma visão conceitual exclusivamente funcionalista muito presente nos manuais de Teoria Geral da Administração, mas ausente em Campos (2000). Tal visão não condiz nem com a perspectiva gramsciana nem com os desdobramentos que o conceito sofreu na literatura especializada (GEERTZ, 1978).

O problema em questão agrava-se devido à concepção formalista de política, focada no poder institucional, que difere do conceito encontrado na base teórica utilizada em sua formulação. Nesta, o poder é percebido como diluído na sociedade (DAGNINO, 2002; GRAMSCI, 1978) e não apenas em algumas instâncias da administração pública.

Tais limitações se refletiram no processo de implementação do método da roda, que se deu por meio da hierarquia funcional da secretaria de saúde. Os coordenadores foram os responsáveis por divulgar e implantar os mecanismos de gestão compartilhada nos centros de saúde que estavam sob sua responsabilidade. Entretanto, esses atores receberam a incumbência de forma passiva, uma vez que não lhes foi atribuído espaço para debate e convencimento no processo de formulação da política pública. Essa dinâmica contradiz a perspectiva gramsciana explicitada no projeto, demonstrando uma cisão entre planejamento e execução.

O resultado foi uma estratégia de implementação em que proliferaram interpretações sobre o funcionamento dos espaços de gestão compartilhada,

que acabaram por reproduzir as desigualdades e hierarquias preexistentes no cotidiano dos centros de saúde. Isso provavelmente decorre do processo de adequação, promovido pelos atores locais, entre as novas diretrizes e a manutenção de relações estabelecidas.

Averiguou-se, assim, uma tensão entre dois elementos. Por um lado, houve de fato democratização relativa da gestão nos centros de saúde, pois não se pode negar que a implementação dos mecanismos de gestão compartilhada representou um avanço em relação à ordem preexistente. Por outro, deu-se a permanência de fortes tendências conservadoras que, inversamente, funcionaram emperrando a participação e, com isso, o processo de mudança desejada.

Identificou-se, desse modo, um paradoxo. A teoria que embasa o programa é visivelmente democrática; contudo, a prática de implementação não reproduziu esse princípio. Tal fato exerceu um impacto na atuação dos coordenadores dos centros de saúde, que tinham como função desenvolver e implantar mecanismos de gestão compartilhada, ao mesmo tempo em que possuíam limitada autonomia quanto ao debate e à aceitação do projeto. Essa contradição se refletiu, por fim, na dinâmica de funcionamento dos espaços coletivos.

## Referências

CAMPINAS. Prefeitura Municipal. Lei nº. 6547, de 2 de junho de 1991. Cria os conselhos locais de saúde. Disponível em: <[http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/cms/textos/Lei\\_6547\\_02\\_06\\_1991\\_cria\\_cls.pdf](http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/cms/textos/Lei_6547_02_06_1991_cria_cls.pdf)> Acesso em: 02 de junho 2010.

CAMPOS, Gastão Wagner Santos. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo, Hucitec, 2000.

CARAPINHEIRO, Graça. **Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares**. Porto, Edições

Afrontamento, 1998.

DAGNINO, Evelina. **Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil**. São Paulo, Paz e Terra, 2002.

DONNANGELO, Cecília. **Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho**. São Paulo, Pioneira, 1975.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro, Zahar, 1978.

GRAMSCI, Antonio. **Concepção dialética da história**. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1978.

LUNARDI FILHO, Wilson Danilo. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. Pelotas, Universitária, 2000.

LUZ, Madel Therezinha. **Natural, Racional, Social: Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna**. Rio de Janeiro, Campus, 1988.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Medicina e História: Raízes Sociais do Trabalho Médico**. São Paulo, 1979. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. Programa Paidéia. Campinas: Prefeitura Municipal, 2001. Disponível em: <<http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/diretrizes.htm>>. Acesso em: 07 dez 2007.

