

# O desafio da inovação na gestão em saúde no Brasil: uma nova abordagem teórico-empírica\*

CRISTINA MELO\*\*

OSWALDO Y. TANAKA\*\*\*

**SUMÁRIO:** 1. Introdução; 2. Discutindo o referencial teórico na compreensão da inovação na gestão pública no Brasil; 3. Propondo categorias para investigar as inovações na gestão pública da saúde; 4. Considerações finais.

**PALAVRAS-CHAVE:** inovação; gestão pública; gestão em saúde.

**KEY WORDS:** innovation; public management; health management.

Este artigo discute categorias propostas para investigar inovações na gestão pública no Brasil e traça um paralelo com a investigação de inovações na gestão da saúde, buscando contribuir para a consolidação de uma abordagem teórico-empírica nesta área. O artigo distingue e analisa diversas concepções de inovação tradicionalmente adotadas em investigações no âmbito organizacional. A partir de um estudo de caso, discute e indica categorias e subcategorias para investigar inovações na gestão pública em saúde, numa perspectiva microlocalizada e com base nas práticas cotidianas de diversos atores/gestores da saúde.

## **The challenge of innovation in health management in Brazil: a new theoretical-empirical approach**

This paper discusses possible categories for public management innovations in Brazil, focusing on health management. In order to contribute for the consolidation of a theoretical-empirical approach to this managerial area, it

---

\* Este artigo, recebido em mar. e aceito em out. 2001, baseia-se na tese de doutorado “Inovação e gestão pública em saúde: uma análise da perspectiva local”, de Cristina Melo, na USP, tendo contado com o apoio de bolsa do PICDT/Capes.

\*\* Enfermeira, professora adjunta da Escola de Enfermagem da Ufba e doutora em saúde pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP

\*\*\* Professor titular da Faculdade de Saúde Pública da USP e consultor nas áreas de avaliação e gestão em saúde.

submits to a critical analysis several innovation concepts traditionally adopted by organizational research. Based on a case study, the paper analyzes, discusses and identifies categories and subcategories for innovation research on public health management, from a micro-localized perspective and considering the social actors/managers' daily practice.

## 1. Introdução

*“A localidade se opõe à globalidade, mas também se confunde com ela. O Mundo, todavia, é nosso estranho. Entretanto se, pela sua essência, ele pode esconder-se, não pode fazê-lo pela sua existência, que se dá nos lugares.”*

Santos, 1996:258

Este artigo pretende apontar questões que possam contribuir com um enfoque teórico-conceitual no estudo da inovação na gestão pública da saúde no Brasil.

A esfera subnacional vem assumindo importância crescente nos últimos anos, no que diz respeito às responsabilidades com a saúde como direito de todos e dever do Estado, conforme preconiza a Constituição Federal. O processo de municipalização da saúde, em que guarde suas características específicas nos diversos municípios, tem contribuído para mudanças na gestão da saúde.

Além disso, a condução atual da reforma do aparelho do Estado pelo governo Fernando Henrique Cardoso, em particular a parceria entre o público e o privado na saúde, que visa à substituição de um pelo outro, terá repercussão fundamental sobre o processo de gestão no setor público. Além de apresentar aspectos inconstitucionais (Brasil/Ministério Público Federal, 1998) e de não considerar a proposta do SUS, este modelo não leva em conta o fato de que a cultura existente em nosso país não é fundada no interesse público e o controle social ainda é incipiente, em relação tanto aos serviços públicos quanto aos privados (Viana, 1997).

No entanto, a crise brasileira da saúde parece indicar que não é a adoção de “modelos” que modifica a situação. O exemplo do PAS no município de São Paulo demonstra que a lógica da “racionalidade” não pode superar os graves problemas que o setor saúde vem enfrentando (Cohn & Elias, 1999). Neste sentido, nem a privatização da saúde, nem a implantação de organizações sociais, nem mesmo o aparato jurídico-legal que sustenta o SUS constituem-se em desenho suficiente para o desenvolvimento da articulação necessária entre a técnica e a política, visando à superação deste panorama.

Nesta direção, vale a pena apontar alguns aspectos que, para nós, são referências para o enfoque que a gestão em saúde deve ter.

No contexto atual do Brasil, ainda que se desenvolvam estudos e análises sobre a gestão no campo público, há pouca clareza quanto às condições que podem otimizar os recursos existentes e propiciar serviços sociais ao conjunto da população, nos quais se incluem os serviços de saúde, não só em qualidade, mas também em quantidade satisfatória.

Em geral, as formas de gestão com novas características são oriundas do setor privado e servem como modelos para o setor público. Segundo o estudo realizado pela Fundap (1997) sobre novas formas de gestão dos serviços públicos no estado de São Paulo, a gestão pública poderia ser tipificada em três modelos: no primeiro, que seria uma forma de gestão pública corrigida, a administração pública está presente no financiamento, gestão e prestação dos serviços, com a participação consultiva de agentes privados nos processos públicos de decisão; o segundo, gestão delegada mista, caracteriza-se pela participação da administração pública e do setor privado, através de acordos e estruturas organizacionais específicas; no terceiro, gestão delegada pura, a administração pública promove e garante a efetivação de atividades, sendo a prestação de serviços e a gestão responsabilidades do agente privado.

Este último modelo é o adotado na implantação de organizações sociais na saúde, principalmente em substituição ao hospital governamental tradicional.

Hoje, a implantação das organizações sociais (OS) no setor saúde já é uma realidade e deve ser objeto de estudos específicos para revelar seu impacto no setor. Ainda que não existam estudos analíticos sobre o tema, trabalho realizado por Tanaka e Melo (2000) indica que não há elementos substantivamente diferentes na gestão da OS em saúde. No estudo de caso realizado no estado de São Paulo, os destaques estão nos méritos das pessoas responsáveis pela gestão, e não em “novos” modelos gerenciais. O fator financiamento, assegurado pelo governo estadual, tem garantido a prestação exclusiva de serviços ao SUS. E, diferente do que acontece nas organizações públicas estatais, os recursos são repassados regularmente e em quantidade suficiente para assegurar os serviços de saúde prestados.

Por ser um processo de descentralização que imprime apenas maior racionalidade ao Estado (Cohn, 1999), a implantação de OS na saúde não tem revelado formas concretas de democratização da gestão ou contribuído na ampliação do controle social. Não se pode assegurar, portanto, que a partir delas possa surgir um novo modelo de gestão na direção apontada por Cecílio (1999:28-9): com um formato estrutural mais horizontal e com menor número de níveis decisórios, e apresentando um processo de trabalho coordenado por equipes multiprofissionais.

Hoje, são diversas as vertentes teóricas que contribuem para a compreensão do que se chama gestão em saúde, desde elementos introduzidos

pelo planejamento estratégico-situacional de Carlos Matus (1993) até a atenção gerenciada.<sup>1</sup> No entanto, um aspecto que parece consensual no atual debate sobre a gestão em saúde é a sua importância, bem como a busca de novos modelos de gestão para a realidade brasileira.

Entre as discussões das “novas” formas de gestão em saúde por autores brasileiros e latino-americanos (Campos, 1994, 2000; Cecílio, 1994, 1997; Gallo, 1992; Kliksberg, 1988, 1993, 1996; Mendes, 1993; Merhy et alii, 1997; Merhy, 1997b, 1999, 2000; Fundap, 1997; Testa, 1995, 1997), podemos identificar quatro cenários teóricos com características de modelos de gestão pública da saúde, considerados mais importantes para o foco da investigação.

- 1 A aproximação do planejamento com a gestão, que propunha, em princípio, a redução dos elementos que definem e separam estas duas áreas. Esta aproximação visava, sobretudo, a compreender e agir na gestão no setor público de saúde de um modo descentralizado e democrático. Isto se daria através da divisão de poder e participação ativa dos diversos sujeitos envolvidos no processo de planejamento/gestão. Os elementos introduzidos pelo planejamento exigiam, por sua vez, um aprofundamento em busca de novos modelos de gestão, adequados à realidade brasileira. Nesta concepção, as organizações de saúde e, dentro delas, o processo de gestão, são realizados e definidos por pessoas em diversas posições e portadoras de diferentes valores e concepções.
- 2 A compreensão da gestão em saúde como um trabalho concreto, isto é, como o que as pessoas fazem quando trabalham (Testa, 1997). Esta concepção, que não elimina fatores destacados no ponto anterior, tem uma aproximação com o campo da “micropolítica do trabalho vivo”,<sup>2</sup> como discutida por Merhy (1997a, 1999). Neste sentido, a gestão é a prática de sujeitos institucionais e não-institucionais, capazes de produzir “potências singulares” neste processo, que podem, inclusive, ser compreendidas como inovadoras. Tais aspectos remetem à temática da gestão cotidiana em saúde, para Merhy (1999:306) “terreno da produção e cristalização dos

---

<sup>1</sup> Ainda que não seja objeto específico deste artigo explicitar e discutir tais conceitos, recomendamos, para uma melhor compreensão do planejamento estratégico-situacional, a obra de Matus (1993). Para uma crítica deste modelo, ver Uribe (1995). Já a discussão sobre a atenção gerenciada (*management care*), adotada por vários países no mundo e introduzida no Brasil através do setor privado lucrativo, pode ser encontrada em Almeida (1995) e Merhy (1999), bem como em uma vasta literatura, principalmente norte-americana.

<sup>2</sup> Merhy desenvolve sua discussão do trabalho vivo buscando romper com o instituído, utilizando-se de bases teóricas da análise institucional e, mais especificamente, da corrente chamada de esquizoanálise. A este respeito ver as obras referidas deste autor, bem como as de Barendt (1996) e Lapassade (1996).

modelos de atenção à saúde, aos processos de mudanças que permitem instituir novos arranjos no modo de fabricar saúde, ao configurarem novos espaços de ação e novos sujeitos coletivos, bases para modificar o sentido das ações de saúde, em direção ao campo de necessidades dos usuários finais”. A gestão em saúde se processa, portanto, em lugares distintos, onde as mudanças podem ser analisadas com base “em alta concentração de poder para movimentar um setor instituído muito bem estruturado, e por isso de alto poder conservador, ou está calcado em estratégias que explorem as tensões-potências para gerar novos desenhos territoriais (Guattari, 1990, apud Merhy, 2000) e novas direcionalidades no agir em saúde” (Merhy, 2000:65).

- t “Modelo” de gestão de caráter democrático e descentralizado em todos os níveis da organização, como proposto por Campos (1992, 1994) e Cecílio (1994, 1999), considerado uma das poucas alternativas existentes no contexto brasileiro. Os mecanismos de gestão do poder são apontados como fundamentais para a implementação de novos modelos que conciliem diretrizes antagônicas, e não apenas introduzam novas tecnologias de gestão. Campos (2000) destaca como fatores componentes dessa proposta: a operacionalização da descentralização com base na delegação de autonomia às equipes de saúde, que seriam responsáveis por atribuições específicas; o estabelecimento de um contrato de gestão envolvendo uma negociação entre governo, trabalhadores e clientes, que fosse a base do autogoverno da saúde em cada espaço definido. Posteriormente, o mesmo autor defendeu a construção de sistemas de co-gestão, e não de autogestão, que abarcaria uma nova lógica para a distribuição do poder, apoiando e ampliando a capacidade de direção de todos os trabalhadores, e não somente dos dirigentes de uma organização, num processo em que ao mesmo tempo fossem construídos, numa troca dialética, tanto um novo modelo de gestão quanto novos sujeitos coletivos capazes de enfrentar a racionalidade gerencial dominante.
- t A gestão como parte do “empresariamento” do setor saúde, o que inclui a valorização da profissionalização da função gerencial. A adoção de um “modelo empresarial” em teoria deveria possibilitar a desburocratização da gestão em saúde e a introdução de elementos mais racionais nos processos para melhor combinar quantitativamente e qualitativamente os recursos disponíveis. Nesta lógica, deveria existir, principalmente nos serviços públicos estatais, uma clara separação entre órgãos responsáveis pelas escolhas políticas e órgãos responsáveis pelas escolhas técnicas.

Da nossa perspectiva, a gestão em saúde deve ser compreendida não como um modelo prescrito (considerado aqui como a gestão abstrata, insti-

tuída, formal e estática), e sim como a gestão real (concreta, informal e dinâmica), produzida no processo micropolítico do trabalho vivo no cotidiano da organização de saúde (Chanlat, 1995).

Um aspecto fundamental no processo de gerir a saúde em um dado território é a multiplicidade de sujeitos envolvidos, o que indica que não somente nos espaços instituídos se produzem e expressam processos de gestão. Como afirma Merhy (2000:61), “em saúde, governa desde o porteiro de uma unidade de saúde qualquer, passando por todos os profissionais de saúde mais específicos, até o dirigente máximo de um estabelecimento”. Por outro lado as novas responsabilidades assumidas pelos municípios estão a exigir uma direção no processo de gestão voltada a assegurar os princípios constitucionais e do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente quanto à universalidade, integralidade, equidade e controle social.

## **2. Discutindo o referencial teórico na compreensão da inovação na gestão pública no Brasil**

Não existe um referencial teórico estabelecido sobre a categoria inovação na gestão pública, como observam Pinho e Santana (1998). Assim, realizamos um levantamento bibliográfico para tentar encontrar relatos de experiências de implantação de “inovações” na gestão pública em saúde no Brasil.

No entanto, o material identificado revelou sempre uma concepção de inovação num enfoque econômico ou a adoção do termo inovação referindo-se a mudanças ou estratégias no ato de governar, a exemplo das experiências subnacionais relatadas pelo Programa Gestão Pública e Cidadania da Fundação Getulio Vargas (Farah, 1997, 1999; Spink & Clemente, 1997; Tenório, 1999). Nos novos papéis assumidos pelos municípios brasileiros, a inovação na gestão seria uma estratégia para o enfrentamento dos problemas sociais, hoje sob a responsabilidade cada vez maior destas instâncias (Pinho & Santana, 1998:6).

A palavra inovação quase sempre é utilizada para indicar uma intencionalidade na introdução de estratégias de mudanças. Este conceito não considera as inovações produzidas na base de um sistema, que frequentemente passam despercebidas, além de anular a possibilidade de mudanças trazidas pela criação de inovações (Leite et alii, 1999:42).

De Sardan (1995) cita conceitos clássicos de inovação desenvolvidos nos anos 1930, todos relacionados com os meios de produção e identificados a partir do processo de produção. Segundo esses conceitos, a inovação é considerada: um novo produto; um novo método ou modo de produção; um novo mercado; uma nova organização da produção.

Nesse sentido, a inovação pode ser compreendida como uma junção de técnicas e saberes ou de modelos de organização inéditos implantados sobre téc-

nicas, saberes e modo de organização num determinado lugar. Desse modo, a inovação é interpretada como algo geralmente importado e que permite a “criação” do novo para um espaço mais local, avaliado como o espaço em que a inovação seria incapaz de ser criada. Assim, ela se restringiria a inovações de ordem técnica, e os estudos realizados sobre o tema quase sempre estão relacionados com a introdução de novas tecnologias. Com base no paradigma tecnológico, as inovações se processariam seletivamente, numa direção previamente definida (Amadeo, 1989), introduzidas de fora para dentro e por atores com mais poder.

Heydebrand (1983:306-7) considera as organizações uma forma de práxis e, conseqüentemente, um processo não-contínuo. Ao propor uma tipologia de inovações, este autor o faz com base em sua definição de práxis, comportamento e ação organizacional, a saber:

- † práxis organizacional são transformações técnicas do meio ambiente ou a solução prática de problemas, bem como um processo consciente de autotransformação de atores coletivos;
- † comportamento organizacional são seqüências objetivas e causais nos movimentos e respostas da organização devido ao impacto de forças externas;
- † ação organizacional são atividades relativamente mais subjetivas de uma organização, direcionadas a outra organização.

Com base nessas definições, teríamos as seguintes categorias:

- † inovações organizacionais, que são desenvolvidas ou adotadas meramente como uma adaptação ao ambiente;
- † inovações nas ações organizacionais, que tomam a forma de estratégias conscientes de transformação das próprias condições da ação;
- † inovações nas práticas organizacionais, que envolvem processos coletivos de autotransformação ou de auto-organização.

Chamam a atenção as duas últimas categorias, que possibilitam a investigação de inovações para além das práticas institucionais e ampliam o espectro de atores que podem estar envolvidos na criação, disseminação e reconhecimento de tais inovações.

Motta (1993) afirma que a inovação no mundo da organização é sempre específica e coletiva, e muda necessariamente os hábitos, interesses, valores e crenças estabelecidos nos produtos ou serviços, mas também no processo de decisão e operação organizacional. Isto parece claro quando se analisa uma organização empresarial, interessada em competir e obter lucros num mercado

cada vez mais amplo e competitivo. As empresas, em geral, demonstram maior grau de interesse pelos aspectos da criação de inovações traduzidas em novos produtos.

No entanto, quando se observam as organizações públicas, a criatividade e a inovação não parecem ser objeto de interesse. Também, este enfoque de inovação parece limitar o reconhecimento de que processos inovadores estejam acontecendo, dado que não são institucionalizados ou não são produto direto de iniciativas institucionais. A dificuldade em investigar inovações é, portanto, ainda mais acentuada no setor público, caso elas se limitem a novos produtos ou inovações tipicamente introduzidas “de fora para dentro” e por iniciativa da direção formal da própria organização.

Estudos desenvolvidos sobre o tema em organizações quase sempre tomam a inovação como análoga ao processo de mudança organizacional (Acuña & Fernández, 1995), o que torna este conceito ainda mais complexo e ao mesmo tempo limitado. Neste sentido, a inovação, considerada um processo organizacional, estaria estritamente relacionada com o processo gerencial tradicional, isto é, onde se reconhecem como gestores apenas aqueles que possuem uma “indicação” ou “função” institucional específica.

Motta (1993) faz referência às naturezas organizacional e gerencial da inovação. No primeiro caso, a inovação é considerada um processo organizacional sistêmico, global, cultural e conflituoso e uma decisão organizacional. No segundo caso, numa perspectiva moderna da teoria gerencial, a inovação está relacionada também com características individuais, além das organizacionais e do seu contexto externo. No entanto, essa perspectiva amplia muito pouco a concepção hegemônica do conceito de inovação. No entanto, este mesmo autor reconhece que a produção da inovação gerencial, ainda que oriunda de uma idéia individual, só é considerada como tal quando se torna um ideal coletivo. “A transformação da criatividade em inovação é, em grande parte, um processo de transformar ideais individuais em ideais coletivos. As idéias novas não são, por si mesmas, suficientes para produzir inovações; é preciso que elas ultrapassem os limites do desejo individual e se tornem preocupações coletivas no contexto organizacional” (Motta, 1993:232).

Farah (1997), ao analisar as iniciativas inovadoras na administração subnacional no Brasil, o faz de um ponto de vista da configuração de novas políticas públicas (tipo e conteúdo), do processo político e da gestão de políticas públicas, incluindo novas formas de gestão e de processos decisórios. Isto significa que a perspectiva dominante na identificação de tais inovações se mantém, ainda que abra espaço para a análise de inovações enquanto processos e não apenas produtos.

Já Acuña e Fernández (1995) desenvolvem uma tipologia das mudanças organizacionais, consideradas de primeira e segunda ordens. As de primeira ordem referem-se às mudanças no sistema, enquanto as de segunda ordem seriam “alterações mais radicais, destinadas a modificar o sistema propriamente



dito. Nelas se examinam as práticas correntes de trabalho, as crenças e os pressupostos básicos que sustentam essas práticas” (Acuña & Fernández, 1995:83). Continuando, estes autores também se referem a mudanças incrementais (como reformular estruturas organizacionais ou introduzir uma nova tecnologia) e estratégicas (que visam à mudança, nos aspectos fundamentais, da organização inteira).

Tais conceitos, no entanto, reforçam a visão hegemônica da inovação apenas possível de se manifestar num sistema social estruturado e não sobre grupos atomizados de indivíduos (De Sardan, 1995:78-9). Nesta direção, pode-se refletir que para a difusão da inovação este pressuposto seria válido. Mas o será para a produção da inovação em si?

A partir destas considerações, reconhecemos que predomina uma perspectiva de limitada possibilidade de inovação (e, portanto, do exercício criativo do trabalho gerencial) em instituições públicas como as brasileiras, cujas características não favorecem tal processo.

Em particular, as instituições públicas de saúde são plenas de barreiras à inovação, entre as quais podem ser enumeradas, a título ilustrativo: a baixa descentralização e desarticulação do processo de gestão existente; a falta de profissionalização dos gestores; o incipiente controle social da gestão; a predominância de elementos da administração clássica; a pouca comunicação entre os sujeitos interessados e participantes do processo de gestão e, mesmo, o não-reconhecimento de que atores com menos poder organizacional também gerem a saúde.

No entanto, consideramos a inovação um ponto de partida que revela mudanças sociais e que, na investigação da gestão em saúde, permite identificar e comparar processos que contribuam para a transformação necessária na saúde, levando, portanto, em consideração a ação ativa e a perspectiva de atores sociais em situação de menor poder e/ou externos à organização. Esta perspectiva conta com o suporte de Campos, ao discutir projetos de mudanças na saúde, quando afirma que se deve “negar o suposto determinismo do global sobre o particular, do econômico e do político sobre as instituições e destas sobre as pessoas” (Campos, 1994:31), e ressalta o papel determinante que podem ter os trabalhadores da saúde em tais processos.

Isto nos conduz ao reconhecimento de que, para além de sua indexação social, isto é, do reconhecimento de que a inovação surge em um sistema social estruturado e não sobre um grupo isolado de indivíduos, a inovação tem um caráter que é determinado pelos seus criadores/portadores. Assim, os efeitos sobre a estrutura social local dependem de quem sejam os criadores/portadores da inovação identificada. Por conseguinte, os efeitos das inovações serão sempre imprevisíveis e não-permanentes, e portadores diferentes vão gerar, necessariamente, efeitos também diferentes.

Isto é o oposto da concepção vigente, que relaciona inovação estritamente com o paradigma tecnológico e elimina a possibilidade do local subverter a “ordem” organizacional e a importância hierárquica.

Esta perspectiva é reforçada pelo reconhecimento de que existe uma estreita relação entre a produção da inovação e a criatividade, considerada um fator essencial do processo, “constituindo-se no componente ideacional da inovação, enquanto esta englobaria a concretização e aplicação das novas idéias” (Alencar, 1995:101).

No entanto, novas idéias nem sempre são aceitas ou consideradas inovadoras pela sociedade, instituições e grupos sociais específicos. Estas também são dependentes da referência que se adota para o reconhecimento ou aceitação da inovação, que deve guardar relação com os valores da sociedade ou grupos sociais envolvidos.

O reconhecimento de inovações parece não prescindir da sua aceitação pelos sujeitos de um lugar. Esta aceitação tem um significado que ultrapassa a mera identificação ou adoção da inovação, mas exige sua apropriação num processo que implica identificação, interiorização e interpretação da inovação (De Sardan, 1995:83-4). Isto nos permite considerar que os efeitos da inovação serão diferentes para cada lugar e para cada grupo de indivíduos envolvidos neste processo.

No nosso estudo de caso, a inovação é compreendida como um processo descontínuo, capaz de romper paradigmas tradicionais vigentes e de reconfigurar saberes e poderes (Leite et alii, 1999). A mudança social é, assim, um componente essencial para a compreensão da inovação proposta. A inovação não tem, em si, a capacidade de resolver problemas, mas pode ser compreendida como espaço de ação tática e de intercâmbio de problemas, como definia Matus (1993). Principalmente, consideramos que a inovação na gestão em saúde é um ponto de partida possível para tais mudanças e não deve ser vista como um objeto distinto em si. Isso permite também a identificação da inovação por grupos de gestores institucionais e não-institucionais, isto é, reconhecidos ou não, do ponto de vista da instituição saúde, como gestores da saúde em seu território. As características deste enfoque, vale ressaltar, permitem identificar e analisar avanços comparativos e, portanto, sempre relativos.

### **3. Propondo categorias para investigar as inovações na gestão pública da saúde**

Uma das novas contribuições para a categorização de inovações na gestão pública é trazida por Pinho e Santana (1998:6), quando discutem a inovação como uma estratégia necessária no processo de gestão pública. Isto seria ainda mais visível no âmbito municipal, que deve enfrentar os graves problemas sociais ex-

istentes. Os autores apontam novas categorias, inspiradas na análise do material empírico produzido no Programa Gestão Pública e Cidadania, patrocinado pela FGV e a Fundação Ford. As inovações identificadas estariam agregadas em cinco categorias:

- † gestão democrática, definida como participativa, comunitária e sem paternalismo;
- † descentralização e desburocratização dos serviços públicos, intrinsecamente ligada à primeira;
- † incorporação dos excluídos e minorias;
- † valores para trás, ou iniciativas de resgate dos valores tradicionais, desprezados ao longo do processo político e histórico da nossa sociedade;
- † valores para frente, significando a adoção de valores até então inexistentes nas gestões subnacional e nacional.

Tais categorias, segundo os autores citados, têm um valor intrínseco por se originarem das experiências concretas analisadas. E, ainda que nos levem a pensar a inovação como diretamente relacionada à superestrutura político-organizacional, mantém uma perspectiva dialética, permitindo:

- † a introdução da perspectiva de outros atores sociais no processo de criação, disseminação e reconhecimento da inovação;
- † o reconhecimento de processos inovadores que podem ser criados de “dentro para fora”, e não somente como resultado das iniciativas institucionais;
- † a identificação da inovação não apenas como produto.

A partir dessa concepção, discutiremos, a seguir, novas categorias para investigar e analisar as inovações na gestão pública da saúde. As categorias propostas surgem com base em estudo empírico sobre a gestão pública em saúde, que está sendo desenvolvido (Melo, 1999) no município de Salvador.

Nesse sentido, os dados qualitativos foram coletados de vários atores, considerados gestores da saúde. São eles: gestores de serviços de saúde, trabalhadores da saúde, conselheiros de saúde (representantes da comunidade e dos trabalhadores da saúde) e usuários de serviços públicos de saúde. Os recursos técnicos utilizados na coleta de dados foram: a observação de eventos do cotidiano de serviços de saúde no território de um distrito sanitário, com registro em um diário de campo; entrevistas semi-estruturadas; grupos focais.

O interesse pelo cotidiano da gestão buscou, no estudo de caso, identificar nesse espaço um ponto de referência de novas possibilidades no modo

de conduzir a saúde no âmbito local e numa realidade específica. Isto porque acreditamos que nesse “pequeno mundo de todos os dias está também o tempo e o lugar da eficácia das vontades individuais, daquilo que faz a força da sociedade civil, dos movimentos sociais” (Martins, 1998:2). As relações no cotidiano são capazes de iluminar criativamente o modo de gerir a saúde no Brasil, dado que apresentam rupturas que permitem o aparecimento do inovador e da transgressão.

A forma de conduzir a vida cotidiana, considerada uma das esferas heterogêneas da estrutura social, foi tomada como representativa, principalmente quanto ao seu aspecto de desabafo e de caráter excepcional, capaz de transformar a ordenação do dia-a-dia em uma ação com características políticas. Isto significa que, mesmo em condições gerais que favoreçam a alienação, a forma de conduzir a vida cotidiana é capaz de produzir alguma transformação, ou ao menos alguma provocação à ordem estabelecida (Heller, 2000:41).

Tomando em conta um dos referenciais teórico-metodológicos utilizados no estudo do caso, a etnometodologia, as informações coletadas sobre o cotidiano foram interpretadas segundo a visão e crença dos atores locais, dado que esta interpretação é constituinte do mundo social.

Além do mais, o enfoque conceitual adotado considera que a inovação na gestão em saúde pode ser estudada de uma perspectiva microlocalizada e com foco na produção cotidiana das ações de diversos atores sociais envolvidos com a gestão. Como advertência sobre os limites e possibilidades deste enfoque, concordamos com Santos (1996:252), quando nos lembra que “cada lugar é, a sua maneira, o mundo. (...) Mas, também, cada lugar, irrecusavelmente imerso numa comunhão com o mundo, torna-se exponencialmente diferente dos demais”.

A atitude fundamental no processo de identificar inovações é a de manter a crença de que as coisas não são o que parecem, e, por isso, existe uma grande possibilidade de que, na desordem aparente do sistema público de saúde, estejam em desenvolvimento inovações na gestão.

Isto pode ser possível via observação, identificação e interpretação principalmente de aspectos “anômalos”, “não-rotinizados” ou da expressão de desvios do processo de gestão formal. Tais “anomalias” podem permitir a identificação do enfraquecimento de certos modelos e estereótipos deterministas. Isto é reforçado por De Certeau (1990), quando afirma que na interpretação da cultura ordinária, a ordem é, ao mesmo tempo, exercida e burlada, o que seria favorável não só para a interpretação das inovações na gestão como para a sua produção. Nas determinações institucionais, portanto, “se insinua assim um estilo de trocas sociais, um estilo de invenções técnicas e um estilo de resistência moral” (De Certeau, 1990:20). Dessa perspectiva, a tarefa seria, então, “distinguir as operações quase microbianas que proliferam no seio das estruturas tecnocráticas e al-

teram o seu funcionamento por uma multiplicidade de táticas articuladas sobre os detalhes do cotidiano” (De Certeau, 1990:41).

Nesta direção, a inovação seria o produto do que De Certeau define como tática. Por tática, compreende-se o cálculo que não possui uma fronteira que distinga o outro como uma totalidade visível, dado que é um cálculo dentro do campo de visão deste outro, e num espaço por este controlado. Este cálculo é dependente do tempo e joga constantemente com os acontecimentos. A tática é determinada pela ausência de poder e, portanto, é considerada pelo autor como uma arte do mais fraco. Muitas das práticas cotidianas e das “maneiras de fazer” seriam táticas. As táticas permitem, portanto, tornar “mais forte” uma posição “mais fraca”, burlando o poder através da capacidade de utilizar bem a ação em um determinado instante (De Certeau, 1990:45-8). O conceito de tática do cotidiano possibilita analisar as inovações como criadas a partir de fissuras causadas na organização e, portanto, com certa capacidade de subverter a lógica estruturada desta organização.

Ao concebermos a inovação como tática, podemos identificar sua criação e reconhecimento num processo de “dentro para fora”.

A partir desse referencial, podemos sugerir uma categoria: *inovação como tática*. Isto permite-nos estudar as inovações como resistências/mudanças produzidas nas práticas cotidianas, entendidas como modos, formas, processos e instrumentos adotados pelos atores/gestores, visando a criar atitudes e modos de pensar que contribuam para o enfrentamento de situações consideradas desfavoráveis.

A categoria *inovação como tática* permite resgatar um potencial quase sempre invisível nas investigações tradicionais sobre inovações na gestão pública no Brasil. Na nossa experiência, essa categoria pode ser desdobrada em duas outras subcategorias, visando a expandir seu potencial analítico:

- † a inovação como movimento;
- † a inovação como ocupação de espaços programáticos institucionalizados.

A inovação como movimento permite analisar os aspectos contraditórios, fortemente presentes no âmbito da saúde, em que, por exemplo, o incipiente controle social cria, no cotidiano, processos, modos e instrumentos de ação que ainda são desconhecidos e pouco analisados e se confrontam com resistências institucionais/organizacionais para o seu exercício prático.

Compreender a inovação como ocupação de espaços programáticos/institucionais permite penetrar na realidade do setor saúde, cujas ações “bem-definidas” do ponto de vista institucional estão circunscritas ainda hoje a uma lógica programática, cuja definição tem um forte conteúdo de imposição de cima para baixo. Esta perspectiva permite também entender e confirmar um

papel protagonista dos trabalhadores da saúde na coordenação, prestação e manutenção de ações e serviços.

#### 4. Considerações finais

A categoria *inovação como tática* e as subcategorias *inovação como movimento* e *inovação como ocupação de espaços programáticos institucionalizados* consideram a subjetividade, as inter-relações e a contradição existente no espaço institucional e seu contexto externo e local. Possibilitam também entender as relações entre as definições e decisões políticas e a operacionalização das mesmas, que acontecem também nas “brechas” e “dobras” institucionais.

Para isso, exigem a capacidade de reconhecer formas e redes de comunicação diferentes, o que nos impõe romper, como propõe Santos (1996:261), com a nossa crença de que os pobres e marginalizados são quase sempre passivos e incapazes de ação.

Essa perspectiva nos permite incorporar nos estudos sobre inovações na gestão pública em saúde o que ainda não é consolidado, mas que pode revelar lições fundamentais para fazer avançar o processo de democratização da saúde. Possibilita construir, com valores próprios, “modelos de gestão” não só que sirvam aos propósitos jurídicos instituídos, mas também que assegurem a saúde como um direito de cidadania numa nação desigual.

De uma perspectiva dialética, a categoria proposta não pretende ser populista nem ufanista. Mas quer reacender a crença em nossa capacidade e no potencial existente que, ao ser revelado, contribua para a gestão do SUS que ainda não temos.

#### Referências bibliográficas

- Acuña, A. E. & Fernández, F. M. Análise de mudanças organizacionais: utilidades para políticas sociais. *Rev. Adm.*, 1995.
- Alencar, E. M. L. S. de. *Criatividade*. 2 ed. Brasília, UnB, 1995.
- Almeida, C. M. As reformas sanitárias dos anos 80: crise ou transição? Rio de Janeiro, Ensp/Fiocruz, 1995. (Tese de Doutorado.)
- Amadeo, E. J. Em direção a um paradigma microdinâmico: a abordagem neo-shumpetteriana. In: Amadeo, E. J. (org.). *Ensaio sobre a economia política moderna: teoria e história do pensamento econômico*. São Paulo, Marco Zero, 1989. p. 157-62.
- Barembliitt, G. *Análise institucional e outras correntes. Teoria e prática*. 3 ed. Rio de Janeiro, Rosa dos Ventos, 1996.

- Brasil. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Parecer jurídico anexado ao processo nº 08100.002351/98-15, visando ações diretas de inconstitucionalidade contra leis estaduais e Lei Federal 9.637, de 15/5/98. Brasília, DF, 1998.
- Campos, G. W. S. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo, Hucitec, 1992.
- . Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: Revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecilio, L. C. de O. (org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo, Hucitec, 1994. p. 29-87.
- . *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo, Hucitec, 2000.
- Cecilio, L. C. de O. Contribuições para uma teoria da mudança. In: Cecilio, L. C. de O. (org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo, Hucitec, 1994. p. 235-334.
- . A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, FGV, 31(3):36-47, maio/jun. 1997.
- . O Estado como prestador direto da assistência hospitalar: sim ou não? *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, FGV, 33(2):23-37, mar./abr. 1999.
- Chanlat, J-F. Modos de gestão, saúde e segurança no trabalho. In: Davel, E. & Vasconcelos, J. (coords.). *Recursos humanos e subjetividade*. Petrópolis, Vozes, 1995. p. 118-28.
- Cohn, A. As políticas sociais no governo FHC. *Tempo Social*, 11(2):183-97, 1999.
- & Elias, P. E. (coords.). *O público e o privado na saúde. O PAS em São Paulo*. São Paulo, Cortez, 1999.
- De Certeau, M. *A invenção do cotidiano. Artes do fazer*. 3 ed. Petrópolis, Vozes, 1990.
- De Sardan, J-P. O. *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*. Paris, Apad-Karthaëla, 1995.
- Farah, M. F. S. Gestão pública e cidadania: iniciativas inovadoras na administração subnacional no Brasil. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, FGV, 31(4):126-56, jul./ago. 1997.
- . Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas locais. In: Fundação Prefeito Faria Lima/Cepam. *O município no século XXI: cenários e perspectivas*. São Paulo, Cepam, 1999.
- Fundap. *Novas formas de gestão dos serviços públicos. A relação público-privado*. São Paulo, Fundap, 1997.
- Gallo, E. Razão, poder e política para repensar o planejamento. In: Gallo, E.; Uribe Rivera, F. J. & Machado, M. H. (coords.) *Planejamento criativo. Novos desafios em políticas de saúde*. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1992.
- Heller, A. *O cotidiano e a história*. 6 ed. São Paulo, Paz e Terra, 2000.

- Heydebrand, W. V. Organization and praxis. In: Morgan, G. (ed.). *Beyond method. Strategies for social research*. Beverly Hills, Sage, 1983. p. 306-20.
- Kliksberg, B. A gerência na década de 90. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, FGV, 22(1):59-85, 1988.
- . A gerência do final do século XX. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, FGV, 27(2):183-201, jan./fev.1993.
- . A modernização do Estado para o desenvolvimento social: algumas questões-chave. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, FGV, 30(1):78-90, jan./fev. 1996.
- Lapassade, G. *Les microsociologies*. Paris, Economica, 1996.
- Leite, D. B. C. et alii. Inovação na universidade: a pesquisa em parceria. *Interface. Comunicação, Saúde e Educação*, 4(3):41-52, 1999.
- Martins, J. S. O senso comum e a vida cotidiana. *Tempo Social*. São Paulo, USP, 10(1):1-8, 1998.
- Matus, C. *Política, planejamento e governo*. Brasília, Ipea, 1993.
- Melo, C. Inovações na gestão em saúde no âmbito local. São Paulo, 1999. (Projeto de Tese de Doutorado apresentado para qualificação à Faculdade de Saúde Pública da USP.)
- Mendes, E. V. (org.). *Distritos sanitários: o processo social de mudanças das práticas sanitárias no Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro, Abrasco; São Paulo, Hucitec, 1993.
- Merhy, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: Fleury, S. (coord.). *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. São Paulo, Lemos Editorial, 1997a. p. 125-41.
- . Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy E. E. & Onocko, R. (coords.). *Agir em saúde. Um desafio para o público*. São Paulo, Hucitec, 1997b. p. 71-112.
- . O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(2):305-14, 1999.
- . Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo. Campinas, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas, 2000. (Tese de Livre-Docência.)
- et alii. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy E. E. & Onocko, R. (coords.). *Agir em saúde. Um desafio para o público*. São Paulo, Hucitec, 1997. p. 113-50.
- Motta, P. R. *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. 3 ed. Rio de Janeiro, Record, 1993.



- Pinho, J. A. G. & Santana, M.W. Inovação na gestão pública no Brasil: uma aproximação teórico-conceitual. In: Enanpad, 22. *Anais...* Foz do Iguaçu, Anpad, 1998. p. 1-16.
- Santos, M. *A natureza do espaço. Técnica e tempo. Razão e emoção*. São Paulo, Hucitec, 1996.
- Spink, P. & Clemente, R. *20 experiências de gestão pública e cidadania*. Rio de Janeiro, FGV, 1997.
- Tanaka, O. Y. & Melo, C. *Inovação e gestão: análise da gestão cotidiana de uma organização social de saúde*. São Paulo, 2000. (Relatório final de pesquisa apresentado à Fapesp.)
- Tenório, F. G. Programa de Estudos em Gestão Social. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, FGV, 33(6):229-38, nov./dez. 1999.
- Testa, M. *Pensamento estratégico e lógica de programação. O caso da saúde*. São Paulo, Hucitec; Rio de Janeiro, Abrasco, 1995.
- . Análisis de instituciones hipercomplejas. In: Merhy E. E. & Onocko, R. (coords.). *Agir em saúde. Um desafio para o público*. São Paulo, Hucitec, 1997. p. 17-70.
- Uribe Rivera, F. J. *Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1995.
- Viana, A. L. As políticas sociais e as políticas de saúde no contexto do processo de globalização. In: Gerschman, S. E. & Vianna, M. L. W. (coords.). *A miragem da pós-modernidade. Democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1997. p. 201-9.