

REDES INTEGRAIS E TERRITÓRIO: É NECESSÁRIO UM ELEMENTO ORGANIZADOR DA ATENÇÃO À SAÚDE?

*Maria Luiza Silva Cunha
Marina Ferreira de Noronha*

Introdução

Os sistemas de serviços de saúde incluem-se no processo de produção da saúde. Este expressa a forma com que uma dada sociedade se organiza política, econômica, religiosa e culturalmente e dos meios que dispõe para a sua realização.

Ao longo da História instituíram-se sistemas de serviços de saúde em vários países segundo modelos distintos. Cumpre destacar como significativos pela marcada influência que obtiveram e que se estende até os nossos dias o modelo conceitual surgido em 1910 com base no *Relatório Flexner*, que parte da separação entre o individual e o coletivo, privado e público, biológico e social, curativo e preventivo, constituindo-se como base da medicina científica (PAIM & ALMEIDA, 2000), bem como o modelo conceitual, originário do Relatório Dawson, elaborado em 1920, que propôs a integração dos serviços preventivos e terapêuticos, segundo a lógica de sistemas regionalizados voltados a uma determinada população (MENDES, 2002).

Tais sistemas organizaram-se a partir do papel estatal assumido, podendo o mesmo estar mais voltado para uma política liberal, baseada na economia de mercado, ou à política de garantia dos direitos sociais, como Estado de Bem-Estar.

No Brasil, a política setorial apresentou diferentes expressões históricas, tendo como pano de fundo a dimensão do país, a diversidade regional e dos grupos populacionais, o processo político, segundo um modelo de desenvolvimento que, ao longo do tempo, tem acentuado as desigualdades sociais. Nesse aspecto,

o território nacional caracteriza-se, então, por uma fragmentação de diversidades, que são a expressão de recursos naturais e culturais particulares, mas também do acesso diferenciado aos produtos do desenvolvimento e investimentos sociais: o espaço desigual integrado. (SABROZA et al, 1992, p. 91)

A ação do Estado, ao organizar institucionalmente o setor saúde por meio do Sistema Nacional de Saúde (SNS), criado em 1975 através da Lei

nº 6.229, em muitos sentidos reproduziu tais condições de desigualdade dos diferentes grupos sociais. Esta traduzida como desigualdade no acesso aos serviços, na participação social, no exercício da cidadania. Esse sistema se caracterizou pela fragmentação entre as ações atribuídas ao Ministério da Saúde (promoção e execução de ações e medidas de interesse coletivo) e às ações atribuídas ao Ministério da Previdência e Assistência Social (atuação voltada principalmente para o atendimento médico assistencial individualizado). Tal arranjo institucional fragmentado teve consequências nos espaços de atenção, estes estruturados de forma dicotomizada. Ao passo que as ações assistenciais se davam nos hospitais, tomados como centro da política, da produção de conhecimentos e formação de recursos humanos e alvo de maciços investimentos financeiros, as ações de saúde pública ocorriam a partir dos postos e centros de saúde, onde se desenvolviam ações de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e ações preventivas como imunização e alguns programas verticais do Ministério da Saúde.

Nesse sentido, o sistema de saúde brasileiro configurou-se como palco de disputa entre modelos assistenciais diversos. A crítica a uma estrutura centralizada e federalizada em todos os aspectos – seja do ponto de vista do planejamento, da gestão, do controle e da avaliação, na qual as práticas, as instituições e a organização dos serviços eram fortemente dicotomizadas, perpetuadas por meio do SNS – esteve na base das propostas encaminhadas na década de 1980 pelo movimento de Reforma Sanitária, incorporadas posteriormente na formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). No bojo das propostas transformadoras, o tema da unificação institucional dos serviços de saúde visava à superação da dicotomia entre saúde pública e atenção médica curativa e a justaposição, competição, repetição e ineficácia do sistema de saúde (LUZ, 1991).

As mudanças pretendidas na transformação do sistema de saúde a partir do SUS correspondem a uma concepção ampliada de saúde, entendida como direito de cidadania e como responsabilidade estatal. Neste sentido, não se reduzem a um novo arranjo organizacional, mas envolvem mudanças de ordem política, ideológica e técnica. Para o alcance de tal transformação, foram previstos pela Constituição Federal e, posteriormente, pelas Leis nº 8.080 e nº 8.142, os princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade e os princípios organizacionais de participação comunitária, resolubilidade dos serviços em todos os níveis de assistência, organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos, descentralização política-administrativa, com direção única em cada esfera de governo com ênfase na municipalização, prevenindo ainda a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, entre outros. Esses princípios, entretanto, tiveram avanços diferenciados, condicionados a fatores econômicos, culturais, políticos, educacionais, que concorrem no processo de implementação do SUS.

A descentralização para os municípios pode ser considerada um dos princípios que alcançaram avanços no sentido do desenvolvimento dos sistemas locais de saúde, seja do ponto de vista do financiamento, da descentralização do poder, da constituição de novos atores, seja da ideia de universalidade e da articulação da questão da saúde ao cotidiano de vida de uma sociedade.

Buscou-se, assim, por meio da descentralização para os municípios, uma maior proximidade com as condições de saúde de grupos sociais particulares integrados em seus ambientes, onde “poder-se-ia estabelecer a possibilidade da ação coletiva mais eficaz, por exigir uma menor acumulação de organização e poder” (SABROZA, LEAL & BUSS, 1992, p.94).

A partir da década de 1990, no contexto do SUS, uma série de regulamentações editadas posteriormente às Leis nº 8.080 e nº 8.142, voltaram-se à operacionalização do sistema na direção da descentralização para o âmbito dos municípios. Apesar da normatização produzida ao longo da década, a constituição de redes de serviços apresentou características singulares, considerando a diversidade da realidade encontrada nas diferentes cidades do país.

Nesse sentido, a busca de organização dos sistemas de saúde nos 5.562 municípios encontrou diferentes formas de expressão. Em muitos municípios de pequeno porte e distantes dos centros urbanos que adotaram a estratégia ministerial do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF), apesar das conquistas nas ações de prevenção à saúde e avanços na atenção básica, não se conseguiu garantir a continuidade das ações ao manter esse nível de atenção desarticulado das demais estruturas assistenciais. Dessa forma, a expansão de municípios cobertos a partir da estratégia de Saúde da Família em nível nacional, mesmo tendo produzido uma tendência de aumento de cobertura para populações mais carentes e desprovidas de assistência de serviços de saúde, pelo “fato desses sistemas locais serem menos aquinhoados em termos de capacidade instalada pode significar a focalização de atividades específicas para populações pobres e perpetuação do estrangulamento do acesso dessas populações aos níveis secundário e terciário da atenção” (MASCARENHAS & ALMEIDA, 2002, p. 94).

A partir dos anos 2000, novos desenhos de redes foram organizados tomando a regionalização da saúde como eixo prioritário. Destacam-se nessa perspectiva as Normas Operacionais Básicas de 2001 e de 2002 e o Pacto pela Saúde, de 2006.

Nesse cenário, a superação da fragmentação e da falta de coordenação nos sistemas de saúde constitui-se como desafio a ser enfrentado pelo SUS. As estratégias e mecanismos voltados à descentralização têm-se aproximado em diferentes graus de um modelo de saúde voltado à integralidade, e a organização de sistemas com redes organizadas segundo diferentes densidades tecnológicas e acessadas conforme as necessidades de saúde da

população – que se baseiem nos conhecimentos de planejamento, de epidemiologia e das ciências sociais – tem sido um desafio no cenário da descentralização da saúde.

No sentido de produzir atenção à saúde com universalidade do acesso, equidade e integralidade, através de sistemas integrados de serviços de saúde, diferentes estratégias foram formuladas em diferentes contextos.

Um dos municípios que buscaram enfrentar esse desafio a partir da organização de um sistema de saúde que apresenta antecedentes históricos relacionados ao planejamento e gestão da atenção com base no território foi o município de Niterói/RJ. O mesmo prevê redes regionalizadas, considerando as cinco Regiões de Planejamento existentes (Norte, Praias da Baía, Pendotiba, Leste e Oceânica). Em cada região de saúde, existem Unidades Básicas de Saúde (UBS), Módulos do Programa Médico de Família (PMFN) e Policlínicas Comunitárias (PC), às quais possuem forte vinculação à população através da definição de área de abrangência nas UBS e PC e adscrição de clientela no PMFN. Nos últimos anos, algumas PC, uma em cada região, estão se estruturando segundo um perfil de maior complexidade, sendo denominadas Policlínicas Regionais. As Policlínicas de Especialidades realizam atendimento especializado como referência para as regionais de saúde. Essas unidades policlínicas situam-se entre os Serviços de atenção de média complexidade, segundo a classificação utilizada pelo Ministério da Saúde.

Os serviços de atenção de alta complexidade referem-se aos hospitais. O acesso aos diferentes níveis de atenção é viabilizado por meio de mecanismo de referência e contrarreferência, através de centrais de regulação e internação.

Na política de saúde deste município, encontra-se presente a ideia de um 'elemento ordenador da rede de serviços de assistência à saúde', previsto como papel das PC, segundo formulação em Seminário de Planejamento ocorrido em 1999, que contou com ampla participação gerencial e de profissionais de saúde, sendo incorporado ao Plano Diretor de Saúde de 2001-2004 da Fundação Municipal de Saúde de Niterói (FMNS), a qual utilizamos como objeto de investigação no presente artigo.

O enfrentamento do desafio de proporcionar à população respostas adequadas às necessidades sociais de saúde levou ao questionamento sobre os aspectos relacionados à organização dos serviços e processos de trabalho, gerando o interesse pela discussão do significado, da importância e da necessidade de um elemento ordenador da rede no território, papel projetado para as PC como estruturas descentralizadas de articulação, organização e coordenação regional da atenção à saúde no município de Niterói.

Concebidas como unidades de referência regional, tendo como característica a responsabilidade sanitária pela atenção básica a uma população de seu entorno, a oferta especializada de serviços – segundo referência das unidades básicas e módulos do Programa Médico de Família vinculados, de educação permanente, de vigilância em saúde e ações de planeamen-

to e gestão regional –, essas unidades de saúde apresentam um potencial integrador ao nível de sistema e das ações de saúde. É nesse sentido que acreditamos ser de relevância sua análise, já que são estruturas que partem do contexto de vida e de práticas sociais de um determinado território onde se inserem, para a formulação de ações envolvendo diferentes atores, e que também possibilitam a integração dos diferentes níveis de atenção e setores envolvidos.

Dessa forma, ao partirmos de uma experiência prática de instituição das PC, buscamos discutir não só a proposta prevista no projeto de saúde de Niterói, nosso contexto de análise, mas problematizar a partir da ideia de um elemento ordenador de rede no território, sua expressão e interesse no âmbito do planejamento e gestão da atenção integral à saúde.

O objetivo geral se referiu à análise, tendo em vista a visão dos gestores, do significado e necessidade de um elemento ordenador da rede de atenção à saúde para o planejamento e gestão de ações integrais de saúde com base no território.

Nesse sentido, buscamos contribuir com elementos de reflexão, com base na análise de uma experiência concreta, considerando a busca de aproximação do referencial teórico utilizado com a prática de organização da atenção integral à saúde.

Procedimentos Metodológicos

Ao tomar como objeto de investigação a ideia de um elemento ordenador da rede no território que parte de uma realidade empírica a ser pesquisada, adotou-se como estratégia metodológica a revisão bibliográfica, de forma a explorar o referencial teórico e conceitual sobre o tema em questão. Nesse aspecto, buscou-se discutir os conceitos de integralidade, território, rede e elemento ordenador.

Em seguida, procedeu-se à pesquisa documental, buscando resgatar historicamente o processo de descentralização, a municipalização da saúde, a constituição institucional das PC e a sua trajetória na conformação do sistema. Interessou a identificação de como no discurso oficial de Niterói surge o conceito de Policlínica Comunitária como elemento ordenador da rede. Para tal, foram analisados relatórios finais das conferências municipais de Saúde, relatórios de Gestão, projetos de implantação, bem como atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde. Foram pesquisadas ainda dissertações e publicações referentes à descentralização e municipalização da saúde no município.

No momento posterior, foram realizadas, no segundo semestre de 2004, entrevistas semi-estruturadas com informantes-chave do município de Niterói. A partir desses informantes voltados para a gestão e gerência do

sistema, buscou-se identificar os sentidos produzidos referentes à questão de um elemento ordenador da rede no território, de forma a remeter essa discussão para o planejamento e gestão em saúde no âmbito do SUS. Explorou-se este recurso não só para a obtenção de informações, mas, igualmente, na apreensão do significado da fala, ou seja, como expressão subjetiva (NETO, 1994). Tal opção metodológica representou o desafio de construção do conhecimento para além dos dados observáveis da realidade, buscando tomá-lo nos sentidos evidenciados através das práticas discursivas.

De forma a discutir a idéia contida no papel das PC de organizador da atenção à saúde, de um serviço diferenciado dos demais serviços para garantir uma assistência integral à saúde de certa população, decidiu-se pela realização do estudo de caso como instrumental metodológico. Elegeu-se uma regional de saúde do município, tendo em vista o tempo de implantação e de gerência da Policlínica, o perfil das unidades de saúde vinculadas (unidades básicas e módulos do PMF), bem como o acesso favorecido a estes atores.

De forma preliminar, foi realizada uma entrevista de pré-teste com a direção de uma Policlínica Comunitária de outra regional de saúde do município, considerando que o tempo de gerência da mesma é intermediário entre o conjunto de diretores de Policlínica. Tal entrevista partiu de um agendamento prévio e serviu de base para o ajuste do roteiro de entrevista. Posteriormente, foram entrevistados o gestor municipal, a vice-presidente de Atenção Coletiva, Ambulatorial e da Família, a direção da Policlínica Comunitária, bem como os diretores das duas unidades básicas vinculadas, o coordenador técnico adjunto do PMF, e o coordenador de área do PMF. Considerando a realização de entrevista de pré-teste, somaram-se, no total, 8 entrevistas. Estas foram analisadas segundo o referencial teórico adotado quanto à integralidade, território, rede e elemento ordenador da rede de atenção. As entrevistas também segundo o conceito operacional de integralidade constituído de quatro dimensões, formulados por Giovanella e colaboradores (2002), cujos resultados não farão parte desta publicação.

Os resultados apresentados foram extraídos da dissertação de mestrado da primeira autora, sob a orientação da segunda autora, e apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) em 2005. Este trabalho que gerou o presente artigo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Ensp, sob o número 45/04.

A Integralidade e seus Espaços Necessários para a Efetivação do Modelo de Atenção do SUS

A expressão integralidade como vocábulo significa integrar, tornar inteiro, completar, tornar-se parte integrante. No contexto internacio-

nal, integralidade 6 expressa como *comprehensive care* ou *comprehensiveness* (Inglaterra) e *globalit6* (Fran7a). Sua utiliza76o no campo da sa6de n6o 6 nova, estando relacionada 6 organiza76o das pr6ticas coletivas de aten76o e 6 abordagem hol6stica dos indiv6duos, segundo as dimens6es biol6gicas, ps6quica e social (S6A, 2003).

No Brasil, o princ6pio da integralidade das a76es de sa6de esteve na base da reformula76o do sistema de sa6de, buscando a supera76o da cis6o entre a76es de preven76o e de aten76o m6dica.

A integralidade, ao ser adotada como diretriz do SUS atrav6s da Constitui76o Federal de 1988 e das Leis Org6nicas da Sa6de n6 8.080/90 e n6 8.142/90, expressa, em suas diferentes dimens6es, o componente reorientador do modelo de aten76o 6 sa6de, estando fortemente relacionado 6s diretrizes de universaliza76o do acesso e equidade. Pressup6e a capacidade de:

assegurar aos indiv6duos o direito 6 aten76o 6 sa6de, dos n6veis mais simples aos mais complexos, da aten76o curativa 6 preventiva, bem como a compreens6o do indiv6duo em sua totalidade e dos indiv6duos/coletividades em suas singularidades. (BRASIL, 1990)

O princ6pio de integralidade inclui diferentes a76es. Estas se vinculam 6 articula76o entre os n6veis de aten76o (promo76o, preven76o e assist6ncia), entre unidades de uma rede, entre os servi76os de uma unidade e das a76es em cada servi76o e a oferta organizada a partir da demanda espont6nea e da programaa76o de a76es para grupos priorit6rios (CARVALHO, 2001). Nestas dimens6es, subentende-se o conceito ampliado de sa6de, entendido como produto social resultante de fatores econ6micos, pol6ticos, ideol6gicos e cognitivos, e a organiza76o da aten76o como um conjunto de a76es contidas nas diferentes pol6ticas p6blicas direcionadas 6s necessidades sociais de sa6de, que se traduz no n6vel de qualidade de vida alcan76ado por uma popula76o. Ao n6o ser tomada como resultado de uma interven76o especializada e isolada da sa6de,

define-se, ent6o, como campo de conhecimento que exige a interdisciplinaridade e como campo de pr6ticas que exige a intersetorialidade. Nessa perspectiva, um sistema de aten76o integral dever6 ser um misto de pr6ticas sanit6rias e sociais, intervindo nos diversos est6gios e nas m6ltiplas dimens6es do processo sa6de-doen7a, em busca de resultados capazes de satisfazer as necessidades individuais, tal como sentidas e demandadas pelas pessoas, assim como as necessidades coletivas de sa6de, tal como detectadas e processadas t6cnica e politicamente. (GIOVANELLA et al., 2002, p. 45)

Mattos (2001), ao discutir os sentidos da integralidade, aponta que a mesma, mais do que uma diretriz constitucional do SUS, representa uma 'bandeira de luta', relacionando-se a valores associados à justiça social e expressando a busca de transformação do sistema vigente, suas instituições e práticas hegemônicas. Estabelece em sua análise três conjuntos de sentidos da integralidade:

O primeiro conjunto se refere a atributos das práticas dos profissionais de saúde, sendo valores ligados ao que se pode considerar uma boa prática, independentemente de ela se dar no âmbito do SUS; o segundo conjunto refere-se a atributos da organização dos serviços; o terceiro aplica-se às respostas governamentais aos problemas de saúde. (MATTOS, 2001, p. 61)

Este autor aponta que a sistematização realizada não desconsidera o aspecto comum da integralidade nos três conjuntos, que passa pela recusa ao reducionismo e objetivação dos sujeitos.

A diretriz da integralidade corresponde, assim, à possibilidade de organização dos serviços, integrando as ações assistenciais às de saúde pública, ao partir das necessidades da população, apreendidas epidemiologicamente e de uma concepção horizontalizada da programação.

Campos (2003) ressalta que a atenção integral envolve uma maior articulação das práticas e tecnologias relativas ao conhecimento clínico e epidemiológico. A organização dos serviços na lógica da integralidade deve levar em conta as necessidades sob o ponto de vista coletivo e individual e, ao não se estruturar somente a partir da doença, não deve desconsiderá-la como necessidade, associando respostas ao que chega à unidade como demanda espontânea à demanda programada. Tal organização deve ser flexível para identificar novas necessidades em um processo dinâmico e em permanente construção, tomando-se por base o diálogo entre os diferentes sujeitos.

Ao tomar as necessidades de saúde – entendida como manifestações individuais e coletivas – como base de estruturação da atenção segundo o princípio da integralidade, torna-se fundamental a apreensão dos fluxos e processos dados no espaço de vida de uma população. Tal apreensão encontra no conceito de território uma condição privilegiada de realização.

A Vida no Território e o Território na Vida

O conceito de território aparece de forma recorrente nos trabalhos publicados sobre a reorientação do modelo de atenção à saúde. Entendido para além de uma base geográfica, o território é expressão da vida socialmente dada. Neste sentido, a saúde tomada em sua complexidade e como manifes-

tação da vida encontra no território seu espaço de realização. Nas palavras de Milton Santos (1999), o território representa:

o conjunto de sistemas naturais mais os acréscimos históricos materiais impostos pelo homem. Ele seria formado pelo conjunto indissociável do substrato físico, natural ou artificial, e mais o seu uso, ou, em outras palavras, a base técnica e mais as práticas sociais, isto é, uma combinação de técnica e de política. Os acréscimos são destinados a permitir, em cada época, uma nova modernização, que é sempre seletiva. (SANTOS, 1999)

Como processo social construído na inter-relação de diferentes atores, o território encontra-se em permanente mudança. É dinâmico, vivo. Ao mesmo tempo que a sociedade incide sobre o território, este incide sobre a sociedade (SANTOS, 2002). Neste sentido, o território não representa apenas lugares estáticos ou as divisões físico-geográficas existentes. É ator no processo de construção da vida e das suas expressões no cotidiano. Segundo Milton Santos, a geografia é formada por fixos e fluxos, onde os fixos correspondem aos diferentes objetos geográficos do território, como casas, escolas, empresas, bancos etc., e os fluxos à função dos mesmos, suas atividades e regras existentes. Os fluxos regulam o uso do lugar e dão vida aos objetos geográficos. Em cada território, pode-se identificar uma área, uma população e uma instância de poder. A população se distribui no território de forma diferente segundo processos históricos, culturais, sociais e econômicos. Este fato pode ser apreendido por meio de indicadores como densidade demográfica e tem como exemplo a distribuição rural ou urbana.

A forma como a população se localiza no território relaciona-se ao seu modo de vida e condições de saúde, sendo o conhecimento da mesma de fundamental importância no planejamento e programação da atenção à saúde.

Mendes (1996) identifica no território um dos pilares da construção da nova prática sanitária da vigilância da saúde. Segundo este autor, a concepção de território-processo transcende a sua redução a uma superfície-solo e às suas características geofísicas, para instituir-se como território de vida pulsante, de conflitos de interesses, de projetos e de sonhos. Ao tomar o território não apenas como base geográfica, mas também como território político, econômico, cultural e sanitário, em permanente mudança, aponta a necessidade de conhecimento do mesmo “para desnudar as assimetrias espaciais que correspondem às localizações diferenciadas de distintos conjuntos sociais no seu interior, com suas necessidades, demandas e representações de interesses” (MENDES, 1996, p. 249).

Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998) tomam o conceito de território como base para a viabilização do planejamento da vigilância à saúde. Para esses autores, a territorialização do sistema municipal de saúde parte de um conjunto de medidas que pressupõe

o reconhecimento e o esquadramento do território do município segundo a lógica das relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde. Isto implica um processo de coleta e sistematização de dados demográficos, socioeconômicos, político-culturais, epidemiológicos, sanitários que, posteriormente, devem ser sistematizados de modo a se construírem o mapa básico e os mapas temáticos do município. (TEIXEIRA et al., 1998, p. 20)

O território pode ser desmembrado em unidades menores visando a maior operacionalidade na organização da atenção. De forma corrente, esta divisão é sistematizada em Território-Distrito, Território-Área, Território Micro-Área e Território-Moradia (MENDES, 1996).

A identificação das necessidades de saúde e a distribuição espacial dos serviços e ações de saúde, bem como dos fluxos em relação aos mesmos, a partir do território é fundamental para a organização de uma rede de atenção à saúde com vistas à integralidade.

Tecendo Redes: articulando saberes, serviços e ações no território

O conceito de rede como organização dos serviços de saúde está presente no desenho político institucional do SUS. A Constituição Federal e a Lei nº 8.080 legitimaram a ideia na qual as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada. Como princípio organizativo, encontra-se associado à descentralização política-administrativa, com direção única em cada esfera de governo.

Essa concepção vincula-se à busca por maior integração, racionalidade, garantia de acesso, maior eficiência e qualidade da atenção prestada. Neste sentido, os serviços de saúde são estruturados por meio de níveis de atenção caracterizados por diferentes densidades tecnológicas. A distribuição desses serviços no espaço deve obedecer, desta forma, uma organização dos níveis primário, secundário e terciário direcionada à economia de escala e de escopo. Segundo Mendes (2001), a organização de sistemas de serviços de saúde pode configurar-se em arranjos que combinam elementos de dispersão com elementos de concentração. Para este autor,

os serviços que devem ser ofertados de forma dispersa são aqueles que não se beneficiam da economia de escala, para os quais há recursos suficientes e em relação aos quais a distância é fator fundamental para a acessibilidade; ao contrário, os serviços que devem ser concentrados são aqueles que se beneficiam de economias de escala e escopo, para os quais os recursos são mais escassos e em relação aos quais a distância tem menor impacto sobre o acesso. (MENDES, 2001, p. 41-42)

Dessa forma, a organização da atenção primária é projetada de maneira desconcentrada e descentralizada. Já a atenção secundária e terciária deve ser organizada de forma concentrada e centralizada, considerando os ganhos de escala e escopo, na medida em que a distância não constitui em impedimento ao acesso a esses dois níveis. A conformação de sistemas municipais nessa lógica, entretanto, só tem viabilidade naqueles municípios de maior porte, que dispõem de um conjunto de equipamentos de saúde concernentes aos três níveis de atenção, o que não é predominante no contexto nacional. Neste sentido, a regionalização da saúde prevê atualmente redes que reúnem vários municípios em processo de cooperação.

A atenção primária, na lógica de um sistema hierarquizado, foi tomada como 'porta de entrada' do mesmo, considerando a proximidade dos serviços ao local de moradia, constituindo-se no nível de atenção de maior contato com a população. Nessa lógica, o sistema é representado pela forma de pirâmide, onde o nível secundário sobrepõe-se ao primário, de maior base, e acima de todos situa-se o nível terciário, como topo da pirâmide e de menor base. Nesse desenho organizacional, o acesso aos demais níveis dá-se através dos serviços de atenção básica, que garantem o atendimento especializado de saúde nos demais níveis. Por longo tempo, essa representação pautou o modelo assistencial proposto para a implementação do SUS.

Por meio dessa organização, buscou-se uma racionalização do atendimento, segundo um fluxo ordenado de pacientes nos níveis do sistema, com a utilização de mecanismos de referência e contrarreferência, onde as necessidades de saúde seriam atendidas nos espaços tecnológicos mais adequados (CECÍLIO, 1997).

Em período mais recente, entretanto, a concretização dessa concepção vem sendo problematizada tanto no que se refere à ideia de uma porta de entrada única no sistema quanto no que diz respeito à organização sob a forma piramidal.

Em relação à questão de uma porta de entrada única, Cecílio (1997), ao discutir tal questão, parte da constatação de que na prática tal modelo assistencial não se efetivou. "A rede básica de serviços de saúde não tem conseguido se tornar a 'porta de entrada' mais importante para o sistema de saúde" (CECÍLIO, 1997, p. 472). Tal fato é identificado pela existência de uma demanda aos níveis de maior complexidade a partir de necessidades passíveis de resolução na atenção básica, onde a população elege tais serviços de maior densidade (emergências e pronto-socorro) como forma de acessar o sistema. Como consequência desse padrão de utilização dos serviços de urgência/emergência por problemas que poderiam encontrar solução na atenção básica, destaca-se, entre outros aspectos, 'a inadequação do atendimento prestado', onde, apesar dos esforços e recursos envolvidos, tais atendimentos, por não serem contínuos, tornam-se incompletos, insuficientes e pouco resolutivos para transformar a situação de saúde da população.

Um fator relacionado a tal dificuldade se refere à ausência de uma orientação dos problemas de saúde para os locais mais adequados à sua solução. A perspectiva de maior articulação a partir da clareza da missão institucional dos diferentes níveis de atenção tem levado à reflexão de novas estratégias de organização dos serviços.

Um modelo assistencial tem sido pensado, adotando a forma de círculo com múltiplas possibilidades de entrada, que dizem respeito não só aos equipamentos de saúde, mas também aos equipamentos sociais. Estes se constituiriam como espaços privilegiados de acolhimento e de organização do acesso de cada pessoa ao serviço mais adequado à sua necessidade. Nessa concepção, todos os serviços são percebidos como dotados de complexidade e devem funcionar em permanente relação, onde a referência de organização do sistema, mais do que uma lógica tecno-burocrática, deve considerar as pessoas, suas necessidades, seus fluxos. Dessa forma, o sistema toma como sua a responsabilidade de garantir a integralidade do atendimento, onde este se dará segundo a tecnologia certa, no lugar certo e no momento certo (CECÍLIO, 1997).

A organização de uma rede de serviços é abordada por Mendes (2001) quando reporta à questão da fragmentação ou integração do sistema de serviços de saúde. Segundo este autor, tal questão se constitui em um dos dilemas do SUS. O mesmo caracteriza os sistemas fragmentados pela descontinuidade da atenção, onde os pontos de atenção à saúde funcionam sem integração, frequentemente sem utilização de sistema de inteligência que permita uma organicidade ao mesmo. Normalmente, nesses sistemas fragmentados não existe a identificação da população adscrita. A atenção é hegemonicamente hospitalar e existe uma forte polarização entre o hospital e o ambulatório. Em oposição, os sistemas integrados de serviços de saúde organizam-se por meio de vários pontos de atenção, que funcionam de forma integrada, permitindo a continuidade da atenção. Partem de uma população adscrita, em que a responsabilidade pela saúde é identificada ao sistema, a ser viabilizada de forma humanizada e onde a pessoa não é reduzida somente à condição de paciente, mas sim tomada como agente de sua saúde.

Nesses sistemas, a prática da vigilância à saúde enfatiza a promoção da saúde e a prevenção das doenças, superando a atenção exclusivamente curativa/reabilitadora. O modo de planejar, neste sentido, muda do método cujo foco é o atendimento das demandas das pessoas doentes para o que considera o conjunto da população adscrita, identificando, nesse processo, pessoas ou grupos em situação de risco e desenvolvendo ações para atender as diferentes necessidades individuais e coletivas.

Nos sistemas integrados de serviços de saúde, a concepção de rede adotada diferencia-se igualmente dos sistemas piramidais hierarquizados, originários da visão dawsoniana, que podem levar à identificação do hospital como espaço privilegiado de assistência e à burocratização.

No que diz respeito 6 organiza76o sob a forma piramidal, parte-se da problematiza76o do conceito de complexidade empregado na organiza76o hierarquizada, entendido como equivocado por levar a uma impress6o de que a aten76o prim6ria 6 sa6de 6 menos complexa do que a aten76o prestada nos outros n6veis, o que, por conseguinte, leva a uma desvaloriza76o da aten76o prim6ria e 6 maior valoriza76o das pr6ticas desenvolvidas nos n6veis de maior densidade tecnol6gica (MENDES, 2002).

No sentido dado por essa concep76o, a gest6o nos sistemas integrados de servi76os de sa6de 6 uma gest6o de rede, organizada de forma horizontal e integrada entre os distintos pontos de aten76o 6 sa6de, que constituem os n6s da rede, com base em uma vis6o compartilhada por sistemas decis6rios horizontais e baseados na forma76o de consensos e em um sistema de programa76o pactuada e integrada (MENDES, 2001).

Nessa l6gica, a conforma76o de uma rede prev6 a exist6ncia de coordena76o e comunica76o entre os pontos de aten76o. Nesse sentido, em uma rede,

o espa76o dos fluxos est6 constitu6do por alguns lugares intercambiadores que desempenham o papel coordenador para a perfeita intera76o de todos os elementos integrados na rede e que s6o os centros de comunica76o e por outros lugares onde se localizam fun76es estrategicamente importantes que constroem uma s6rie de atividades em torno da fun76o-chave da rede e que s6o os n6s da rede. (MENDES, 2002, p. 55).

Para Mendes (2002), o centro de comunica76o de uma rede encontra-se localizado na aten76o prim6ria 6 sa6de, onde n6o existe uma rela76o hierarquizada entre os n6s da rede, nem entre eles e o centro de comunica76o. A diferencia76o entre eles se d6 apenas "por suas fun76es de produ76o espec6ficas e por suas densidades tecnol6gicas respectivas" (MENDES, 2002, p. 56).

A compreens6o de que cada unidade, pelo seu perfil espec6fico, n6o esgota em si mesma todos os recursos necess6rios para a aten76o 6 sa6de pressup6e a exist6ncia de uma rela76o de interdepend6ncia entre os diferentes pontos de aten76o. Nesse sentido, mecanismos de coordena76o s6o propostos de forma a atingir melhores resultados na aten76o 6 sa6de, superando a l6gica dos sistemas fragmentados onde o paciente 6 deixado a decidir seu pr6prio caminho no sistema.

Junqueira (2000) analisa o conceito de rede associado ao pensamento sist6mico, em que a 6nfase se desloca das partes para o todo. Tais no76es s6o discutidas a partir de uma nova concep76o de mundo, que parte da vis6o de interdepend6ncia e dos valores de coopera76o e parceria, do pensamento intuitivo e n6o linear e onde o exerc6cio do poder deixa de ser hierarquizado para se voltar 6 influ6ncia de outros, segundo a perspectiva de rede de rela76o entre atores.

Nessa concepção, a realidade social é entendida como um conjunto de relações organizadas em redes que podem se referir tanto às pessoas quanto às organizações ligadas por objetivos comuns. Tais objetivos, ao serem

definidos coletivamente, articulam pessoas e instituições que se comprometem a superar de maneira integrada os problemas sociais. Essas redes são construídas entre seres sociais autônomos, que compartilham objetivos que orientam sua ação, respeitando a autonomia e as diferenças de cada membro. (JUNQUEIRA, 2000, p. 39).

Partindo da relação de interdependência e da necessidade de integração dos serviços e ações de saúde em rede na perspectiva da integralidade da saúde, foram encontradas na literatura diferentes estratégias. A seguir, consideramos algumas dessas estratégias de integração, segundo o conceito de elemento ordenador.

Ordenando a Rede

A busca pela compreensão do conceito de elemento ordenador nos remete a um campo de possibilidades, tendo em vista ser este um conceito empírico e operacional. Dessa forma, identificamos a aplicação desse conceito com o sentido de coordenação, organização e ordenamento a partir de serviços, instâncias ou dispositivos.

A noção de coordenação do trabalho em saúde não é nova, já estando presente no início do século XX, no contexto dos Estados Unidos, quando as transformações da concepção e orientação do trabalho em saúde comunitária passava da atenção ao ambiente para a atenção ao indivíduo, no bojo das conquistas de controle das doenças transmissíveis e da ampliação dos programas de saúde pública. Segundo Rosen:

A expansão crescente do alcance do trabalho em saúde comunitária criou problemas para as agências de saúde oficiais e voluntárias. Quando se começou a implementar cada vez mais programas especiais, colocados em prática por pessoal específico e freqüentemente através de agências especiais, cada vez mais se tornou claro que melhores formas de organizar e administrar a atuação na área de saúde também eram necessárias. Reconheceu-se que havia necessidade de coordenação de agência, meios e serviços que até então eram separados, muitos dos quais atuando no mesmo grupo populacional. Até no interior de uma mesma agência (como um grande departamento urbano de saúde), a duplicação de esforços e a falta de coordenação entre suas partes constituintes foram consideradas perdulárias, ineficientes e irritantes para aqueles que precisavam dos serviços. (ROSEN, 1979, p. 379)

A busca de coordenação e organização voltava-se à necessidade de maior eficiência – evitando duplicidade de medidas, desperdício e insatisfação dos cidadãos – a ser alcançada por meio de uma melhor administração de saúde pública, que deveria estar estreitamente relacionada a uma população e considerar seu local de moradia e a sua comunidade. A organização da saúde deveria, ainda, ao considerar a forte inter-relação com os fatores sociais, estabelecer relação de colaboração com os serviços desse setor, bem como servir como estímulo à organização social das pessoas através de um processo educacional democrático. A valorização da proximidade do público e do seu entendimento dos Programas de Saúde Pública traduziu-se nos conceitos de distrito sanitário e de centro de saúde. Estas concepções foram operacionalizadas nas primeiras décadas do século XX. Segundo Rosen:

O conceito de Centro de Saúde como um serviço de vizinhança, ou distrital, se desenvolveu como uma consequência direta dos problemas criados pela expansão da finalidade da ação em saúde comunitária, e de seu impacto sobre os departamentos de saúde. O centro de saúde distrital, coordenando clínicas até então separadas, surgiu para substituir o controle centralizado de cada serviço particular. (ROSEN, 1994, p. 356).

As experiências desenvolvidas, originárias dos primeiros centros de Saúde, tinham em comum a localização geográfica nos distritos, divididos em quarteirões, com definição da população em bases locais e envolvimento da mesma por meio da organização comunitária e participação ativa por intermédio de comitês ou conselhos.

Os centros de Saúde tiveram uma expressiva expansão a partir da Primeira Guerra, constituindo-se no modelo de trabalho de saúde comunitária. Experiências posteriores demonstraram o interesse dessa organização distrital, considerando a possibilidade de realização de estudo dos problemas de saúde pública, de treinamento de pessoal e de campo de testagem para novos procedimentos administrativos. Progressivamente, o desenvolvimento dos serviços comunitários levou a uma organização dos centros de Saúde, que buscava ampliar a capacidade de coordenação com os serviços de saúde pública, considerando a atenção hospitalar, diagnóstica, atenção médica e odontológica, assim como incorporando ações curativas às ações antes predominantemente voltadas à prevenção. Esse movimento de expansão dos centros de Saúde, entretanto, encontrou limites no contexto americano das décadas de 1920 e 1930, em que fatores econômicos, sociais, políticos e populacionais levaram a um predomínio da atenção médica privada, consequência da transformação dos aspectos que estiveram na base do surgimento dos centros locais (ROSEN, 1979).

Outros países seguiram uma organização de serviços de forma semelhante. Na Inglaterra, no ano de 1920, um conselho consultivo de serviços

médicos e afins, conhecido como Comitê Dawson, recomendou a criação de um sistema de centros de saúde divididos em duas categorias: a de assistência preventiva e curativa, realizada por clínicos, enfermeiros, dentistas, entre outros, e a de serviços especializados e de consultores.

Na União Soviética, o sistema de atenção médica extra-hospitalar foi montado tomando-se por base uma rede de policlínicas, à semelhança dos centros de saúde. Os centros de saúde foram implantados ainda no Egito e na África do Sul e em países da América do Sul (ROSEN, 1994).

Em Cuba, o Sistema Nacional de Saúde prevê um modelo que toma a família como unidade de atenção. O sistema é organizado a partir da atuação do médico e de enfermeiro de família, responsáveis pela saúde dos indivíduos, das famílias e do meio. Estes profissionais, que atuam nos consultórios do PSF, referenciam para os policlínicos docentes assistenciais, que se constituem como primeira referência de atenção especializada à população (CUBA, 1988).

No Brasil, com o desencadeamento do processo de transformação estrutural da saúde a partir da Reforma Sanitária, base da constituição legal do SUS, um conjunto de normas, princípios e práticas foram formulados no sentido da descentralização, integralidade e participação comunitária.

A sustentação da Reforma Sanitária, entretanto, não se restringe ao espaço jurídico-legal, sendo igualmente necessária a transformação do espaço institucional e operativo. Para que o processo de mudança tenha impacto nos serviços de saúde, não se restringindo a uma transformação meramente jurídica institucional, que se reduziria a mais uma reforma administrativa no país, deve-se dar nos três espaços de transformação (MENDES, s.d.).

Sem desconsiderar a importância dos demais espaços de transformação, mas para sermos coerentes com o tema estudado, acreditamos que um aprofundamento do espaço operacional seja procedente. O mesmo define-se como espaço concreto, em um determinado território, onde se estabelece uma relação entre as unidades que compõem o sistema de saúde e a população, com suas representações e necessidades de saúde. Neste sentido, reportamo-nos ao conceito de distrito sanitário, entendido como ação tática no processo de mudança proposto pela Reforma Sanitária, constituindo-se como base histórica na busca da operacionalização da atenção à saúde, segundo os princípios norteadores do processo de Reforma.

Os distritos sanitários resultam da Lei nº 8.080, capítulo III (Da Organização, da Direção e da Gestão), que prevê que as ações e serviços de saúde executados pelo SUS serão organizados de forma regionalizada e hierarquizados, segundo níveis de complexidade crescente. No artigo 10o, além da regulamentação da constituição de consórcios intermunicipais para desenvolver ações e serviços de saúde que correspondam ao município, a Lei prevê no § 2º a organização de distritos, no nível municipal, "de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total

das ações de saúde” (BRASIL, 1990). No contexto internacional, correspondem aos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), formulados na XXXIII Reunião do Conselho Diretivo da Organização Pan-americana de Saúde, de 20 de setembro de 1988. No cenário da reforma do Sistema Nacional de Saúde, os distritos sanitários são colocados conceitualmente como base do modelo assistencial já no âmbito do ideário do Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde (SUDS). Com base na constatação da diversidade das situações locais e regionais, os distritos sanitários cumpririam o papel de aproximação entre os serviços e uma determinada população. Tais serviços seriam ordenados segundo grau de complexidade tecnológica. Dessa forma, a organização distrital seria coerente com as particularidades geopolíticas e sanitárias de determinada área.

Os distritos sanitários, entendidos como processo social de mudança das práticas de saúde do SUS, apresenta dimensões em nível político, ideológico e técnico. Segundo Mendes (s.d), a dimensão política se dá pela atuação operacional no nível local, em uma situação de compartilhamento do poder em que estão presentes diferentes atores individuais, sociais e institucionais com interesses diversos. Na inter-relação entre tais atores é que se pode dar uma negociação a respeito de um projeto de saúde, bem como das formas, compromissos e responsabilidades para desenvolvê-lo no sentido de alcançar os objetivos estabelecidos.

A dimensão ideológica se expressa na existência de dois paradigmas tecno-assistenciais distintos. O paradigma sanitário, inscrito no projeto de Reforma Sanitária, considera as necessidades de saúde da população na estruturação da atenção à saúde. Os principais elementos ideológicos do mesmo são a globalidade, a determinação social do processo saúde-doença, o coletivismo, o equilíbrio no conhecimento geral/especializado, a inclusão de práticas alternativas, o uso de tecnologias adequadas e a integralidade da atenção. O paradigma flexneriano, que tem na clínica e no indivíduo seu principal campo de intervenção ao se estruturar tendo em vista a lógica tecno-assistencial centrada na doença, no biológico, na especialização. Este modelo foi fundamentado no *Relatório Flexner*, elaborado por Abraham Flexner, no início do século XX. O mesmo foi referência para a reestruturação da formação médica, influenciando na organização e funcionamento de sistemas de saúde.

A dimensão técnica refere-se à utilização de conhecimentos e tecnologias de forma a viabilizar os pressupostos políticos e ideológicos do projeto de atenção. No processo de distritalização, tiveram expressão os princípios organizativos assistenciais de impacto dos resultados nos níveis de saúde da população de um território, dentro da orientação por problemas, de intersectorialidade, de integralidade e de planejamento estratégico. A partir das dimensões políticas, técnicas e administrativas do nível local, buscou-se desenvolver, com base no território, intervenções que considerassem a

hierarquização, a adscrição de clientela, a responsabilidade sanitária e a participação comunitária.

O processo de implantação dos distritos sanitários, como exposto acima, “torna-se muito mais complexa porque incorpora esta dimensão de uma mudança cultural e o espaço operativo transforma-se num campo de luta ideológica” (MENDES, s/d, p. 64).

Pensado como *locus* central da saúde pela sua capacidade de vínculo com a prática concreta, os distritos sanitários tiveram expressão na busca pela organização da atenção à saúde em nosso país. Apesar de sua implantação não ter-se consolidado no âmbito nacional, os princípios nos quais teve sustentação se mantêm como eixos na organização da atenção e estruturação do sistema de saúde, pois se referem ao modelo da atenção proposto pelo SUS.

Mais recentemente, no âmbito do SUS, foram normatizadas políticas públicas voltadas à gestão regional e ao planejamento descentralizado, desencadeadas tendo em vista a Noas-SUS e presentes no Pacto pela Saúde. Tais políticas visam a efetivar o modelo de atenção baseado em uma rede integrada a partir de um elemento de coordenação da mesma que pode estar ligado a um serviço, dispositivo ou instância.

No campo da saúde mental, esse conceito vincula-se à instituição dos centros de Atenção Psicossocial (Caps). Tomando-se por base a Portaria 336, de 19/02/02, o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental prevê modalidades de serviços que possuem como características:

- responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;
- possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas), de acordo com a determinação do gestor local.

Na política de Urgência e Emergência, a Portaria nº 2.048, de 05/11/02, regulamenta os sistemas estaduais de Urgência e Emergência. O seu Capítulo I prevê a estruturação dos sistemas loco-regionais de atenção às urgências. À Regulação Médica das Urgências é previsto o papel de elemento ordenador e orientador do Sistema de Atenção Integral às Urgências, que estrutura a relação entre vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes no sistema e gerando uma porta de comunicação aberta ao público em geral, por meio da qual os pedidos de socorro são recebidos.

No cenário nacional, algumas experiências em municípios de maior porte se voltaram para a organização da atenção à saúde segundo a lógica de integração e coordenação de processos de trabalho e da rede de serviços, visando à integralidade.

No município de Belo Horizonte, uma experiência voltada à integralidade da assistência à saúde pautou a organização da produção do cuidado de forma sistêmica e integrada pelos diferentes níveis de complexidade assistencial. Mediante tal projeto, denominado de “BH-VIDA: Saúde Integral”, buscou-se alcançar a integralidade, segundo não apenas a organização de recursos, mas especialmente pelo fluxo do usuário através da construção de linhas do cuidado. Essas são organizadas tendo como base o projeto terapêutico proposto para o usuário, entendido como elemento estruturante de todo o processo de trabalho, e é fruto de uma pactuação entre todos os atores que controlam serviços e recursos assistenciais. O espaço de pactuação é o comitê gestor. As linhas do cuidado foram inicialmente propostas nas áreas de Atenção ao Idoso, Saúde da Criança, Saúde Materna, Atenção ao Agudo, Atenção às Doenças Cardiovasculares e Saúde Bucal. Elas se organizam mediante uma articulação que prevê negociação, interlocução, associação fina da técnica e política, bem como pela implicação de todos os atores. Estes atores se vinculam aos diversos níveis assistenciais. A organização dessa estratégia prevê a garantia da disponibilidade de recursos, incluindo a oferta de atenção secundária e a regulação pública de toda a rede prestadora do SUS; os fluxos assistenciais centrados no usuário; instrumentos de referência; garantia de contrarreferência; determinação de que a equipe básica é responsável pela gestão do projeto terapêutico que será executado na linha do cuidado; gestão colegiada e busca da intersectorialidade (FRANCO & MAGALHÃES JÚNIOR, 2003).

Elemento Ordenador da Rede no Território: dos sentidos às práticas no contexto de Niterói

Na pesquisa realizada, a concepção de elemento ordenador da rede se apresentou de diferentes formas. Sinteticamente, esta concepção esteve ligada à compreensão desse papel no que diz respeito às categorias de descentralização, de planejamento em saúde, de integralidade, de território, de rede, de acesso, da intersectorialidade, de avaliação, bem como do suporte técnico, metodológico e administrativo. Algumas destas categorias serão apresentadas a seguir.

A concepção do papel de elemento ordenador foi identificada como fortemente associada à ‘descentralização’ da política municipal de saúde, tendo no processo de regionalização um importante eixo de condução do planejamento, da programação, da implementação, do monitoramento e da avaliação da organização dos serviços e das ações de saúde.

Mediante o exame de documentos mais recentes do município, identificou-se no relatório final da IV Conferência Municipal de Saúde, realizada em 2003, uma proposta que remete ao fortalecimento de modelos de gestão

mais flexíveis e descentralizados, em que às PC é projetado o papel de coordenação entre as unidades interligadas e de facilitador da comunicação e retroalimentação. A mesma se constituiria como uma instância de gestão regional.

Nas entrevistas, a descentralização a partir da identificação de regiões de planejamento, foi referida como um aspecto facilitador pela potencialidade de desvendamento de características comuns físicas, históricas, demográficas etc., assim como pelo favorecimento ao processo de democratização e participação social.

Acho que é ruim esse negócio no nível central porque você quando pensa em centralizar as decisões, você concebe como se todos fossem iguais e você envolve sem dúvida alguma um número muito reduzido de pessoas. Eu acho que quando você capilariza, a sua tendência é reunir as pessoas que estiveram voltadas para a ação da regionalidade (...). Então eu acho que tem a história da participação, a possibilidade de você ter uma participação popular mais verdadeira, mais legítima. (Entrevista 4)

Dessa forma, a adoção da descentralização favorece articulação entre diferentes atores, envolvendo-os no processo decisório e de gestão com base em estruturas organizacionais mais próximas do contexto de vida e da realidade social. A descentralização que envolve participação e compartilhamento de compromissos e responsabilidades em uma rede de relações não se dá sem autonomia e sem a transferência de poder. Nesse processo democrático, surge a condição privilegiada na direção do planejamento em saúde.

Através das entrevistas feitas, pode-se apreender que a realização do 'planejamento em saúde' na regional é visto como um processo de discussão coletiva e permanente, realizado mediante as reuniões onde é discutido o dia a dia dos serviços, dimensionando as necessidades de adequação da oferta, de priorização na solução de problemas, de otimização dos recursos, do cumprimento de metas, enfim, do trabalho conjunto em prol da melhoria dos níveis de saúde da população. Este foi identificado como envolvendo os diferentes gerentes de saúde da regional (diretor da Policlínica Comunitária, Coordenador de Área do PMFN e diretores das unidades básicas), e também representantes de outras instituições e da comunidade, mediante fóruns específicos. O planejamento é projetado como um processo participativo e descentralizado, portanto, mais democrático, baseando-se nas necessidades de saúde da população, segundo as características regionais. A importância da elaboração de planos regionais de saúde envolvendo todas as unidades da regional pode ser identificada no Plano Diretor do Município de 1998/2000, como estratégia de operacionalização da política de saúde, sendo as PC as organizadoras desse processo.

Em praticamente todas as entrevistas, as necessidades de saúde foram percebidas como a base do planejamento e da organização dos serviços e das ações integrais de saúde. Estas são entendidas dentro do conceito de território, cabendo à instância de gestão regional o papel de discussão e análise. Nas palavras de um dos entrevistados:

(A Policlínica)...tem que compor uma organização que funcione dentro daquele território, respondendo às necessidades do território. Então a Policlínica, por que eu digo que ela é a Unidade mãe? É porque ela tem que entender o dinamismo daquilo ali. Tem que conhecer a situação de saúde de todo o seu território. Tem que entender os aliados. Tem que entender as forças governamentais, as forças não governamentais, tem que entender a política em termos, vista como, como tal. As forças. Essa é a Unidade que faz a análise do território como um todo. É essa a questão. Ela faz a análise da situação de saúde, da situação socioeconômica, política daquela região e ela busca, unindo esse território, condições viáveis para a manutenção da saúde, para a implementação da qualidade de vida. Porque esse é o papel da Policlínica. (Entrevista 3)

A identificação das necessidades de saúde, assim como das medidas a serem viabilizadas com base no planejamento regional não pode prescindir, segundo os entrevistados, de um sistema de informação. Um importante destaque foi dado a essa questão, sendo identificada a importância da centralização das informações na instância gestora regional de forma a subsidiar a organização dos serviços e do processo de trabalho, a educação permanente, a articulação com outros setores, a vigilância em saúde, a tomada de decisão e a avaliação na direção da maior eficácia, efetividade e eficiência do setor saúde.

O princípio da 'integralidade' esteve relacionado principalmente à possibilidade de organização dos serviços tomando-se por base necessidades da população. Nessa perspectiva, o papel de elemento ordenador se referiu à centralização e utilização de informações para o planejamento e programação horizontalizada das ações. Nessa concepção, o funcionamento de cada unidade é apreendido de forma interdependente, baseado na estreita comunicação, na possibilidade de trocas e alianças e na integração. À Policlínica é projetado o papel de unidade de suporte assistencial dos serviços e exames especializados, considerando a continuidade da atenção. A estratégia citada foi a realização de reuniões sistemáticas na regional, e os mecanismos citados referiram à referência e contrarreferência e à possibilidade de interconsulta.

Considerando a organização da atenção à saúde, foram previstas diferentes possibilidades no âmbito regional. No que diz respeito ao sistema de referência e contrarreferência, à medida que as unidades que realizam a atenção básica referenciam à Policlínica, essa poderia ter uma percepção

ampliada da situação de saúde, compatibilizando os recursos de forma a atender aos pedidos de atenção especializada, garantindo assim a integralidade. Esse ponto foi identificado como facilitador tanto para a população quanto para os profissionais de saúde. Um outro aspecto levantado como ordenamento em relação à referência diz respeito à possibilidade de identificação da necessidade de aperfeiçoamento profissional, tendo em vista a adequação dos encaminhamentos produzidos.

Um aspecto citado como dificultador se relacionou à coexistência de enfoques na organização dos serviços de saúde, e o enfoque por programas organizados por doenças (hipertensão, tuberculose, hanseníase), por etapas do ciclo biológico (criança, adolescente, idoso) ou por gênero (mulheres), entre outros, ainda está presente ao lado do enfoque da vigilância em saúde. Neste sentido, o fato de as unidades básicas não disporem de recursos humanos e/ou tecnologia para o desenvolvimento de todos os programas de saúde tal como proposto é um exemplo concreto de como a organização por programas, ao assumir uma normatividade rígida, desconsidera as limitações de recursos, bem como a historicidade dos espaços de vida e de seus grupos sociais. Nesse caso, a instância de gestão regional daria suporte em termos de planejamento com vistas à mudança da organização dos serviços a partir dos problemas complexos e mal-estruturados identificados na realidade local.

No contexto de organização regional da atenção à saúde, a autonomia para estruturar a oferta dos serviços partindo da identificação dos problemas de saúde e dos recursos existentes na regional foi vista como um aspecto facilitador. A resolubilidade através de uma instância regional mais próxima à realidade local é igualmente vista como facilitadora para atendimento no menor espaço de tempo das necessidades provenientes da atenção prestada nos equipamentos de saúde vinculados. Outro aspecto favorável citado foi a capacidade de re-alocação temporária ou permanente de profissionais de saúde, segundo deliberações conjuntas com o nível central, de forma a garantir o ideal funcionamento das unidades de Saúde da regional e a implementação das ações especializadas e de vigilância à saúde.

Em relação à oferta de atenção especializada de maior complexidade e existente nos demais níveis de atenção, a identificação das diferentes necessidades pelas unidades e consolidação na instância de gestão regional, com o apontamento do perfil regional, foi vista como favorecedora de uma maior possibilidade de negociação com tais níveis no sentido de buscar uma adequação de tal oferta por meio de fóruns de gestão inster-institucionais da FMSN. Como exemplo, foi citado o atendimento de oftalmologia, no qual a oferta encontra-se inferior às necessidades previstas por uma das unidades básicas da regional, tendo em vista o perfil etário da população da mesma, em que se observa o aumento da população idosa acometida por catarata e outras patologias.

As dificuldades percebidas no ordenamento da atenção à saúde vincularam-se à cultura institucionalizada originária de um sistema de saúde fragmentado, em que cabia isoladamente ao usuário o papel de identificar o Serviço mais indicado à sua necessidade e disputar o acesso ao mesmo, muitas vezes tendo de lançar mão de artifícios como enganar o endereço e se cadastrar em várias unidades para a atenção básica etc. A mudança dessa lógica foi considerada um desafio para a gestão regional, onde um trabalho junto à comunidade é pensado no sentido de discussão do modelo de atenção e de construção de solução conjunta aos problemas, segundo as respostas mais adequadas a cada caso.

A noção de 'território' é outra noção importante que apareceu no contexto de definição de elemento ordenador. Entendida como espaço de vida, como processo em permanente construção, produzido no espaço de relação que não se repete geograficamente, traz a percepção de que as policlínicas, igualmente, não podem se repetir no que diz respeito à sua organização. Não podem partir da definição rígida de um perfil fechado. O ponto que as une é a definição e o entendimento do seu "*papel de unidade-chave na hierarquia*" (entrevista 3), não só de referência, mas também ordenadora da atenção à saúde a partir do território.

O território é visto por este entrevistado como base do ordenamento, este definido como "*orientar, organizar, dar o eixo, estruturar. É você olhar a situação, pensar a situação, como um todo*" (entrevista 4). Para que essa concepção de ordenamento esteja presente como papel das PC, entretanto, foi identificada a necessidade de maior discussão, clareza e pactuação no nível da gestão. Na prática concreta, esse espaço de discussão sistematizado da regionalização pelas PC foi projetado com base no "*fórum permanente*" (entrevista 3) de policlínicas, em que o nível central da Secretaria conduziria esse processo, estabelecendo mecanismos de compartilhamento gerencial entre as diferentes instâncias.

O conceito de 'rede' foi colocado nas entrevistas como um importante aspecto na organização do microprocesso de trabalho com base no território. Nessa lógica de organização, parte-se de um planejamento ascendente dos serviços de saúde.

Setorialmente, a conformação da rede de atenção à saúde, ao ser organizada em níveis com densidades tecnológicas diferenciadas, leva em conta a pressão estruturante dada pela atenção básica, em que as PC cumpririam o papel não só de primeiro nível de referência, mas de planejamento. Como exemplo dessa estruturação ocorrida no município a partir da atenção básica, foi citado por uma entrevista a organização de centrais de marcação de consulta e internação, a criação de laboratórios regionais e de estruturas hospitalares.

A integração do sistema como um todo é destacada como de fundamental importância para a atenção à saúde e garantia da integralidade. Como

exemplo foi colocada a necessidade de integração dos modelos de atenção básica existentes no município, referente ao PMFN e as UBS, tomando-se por base as instâncias de gestão regional. Tal integração da rede se daria horizontalmente pela coordenação dos pontos de atenção à saúde na regional.

A superação da visão de hierarquização prevista no modelo em forma de pirâmide potencializaria as trocas entre os diferentes níveis, garantindo, entretanto, a autonomia e perfil de atenção de cada serviço. Tal perspectiva dos sistemas integrados de saúde proposta por Mendes (2002) favoreceria um modelo de integração com os hospitais e outros níveis de maior densidade tecnológica.

Com vistas a alcançar uma maior integração com os hospitais, os mesmos mecanismos já citados podem ser empregados, ou seja, utilização de reuniões sistemáticas, troca de informações de forma ágil, estabelecimento de protocolos e rotinas, entre outros, em um processo de cooperação e monitoramento do paciente entre os níveis de atenção, como apontado por Gittell e Weiss (2004).

Ao tomarmos o apontamento realizado por Cecílio (1997) de que a missão institucional das unidades nem sempre é entendida com clareza, percebemos uma busca de transformação desse entendimento junto à população por ocasião do cadastramento no PMFN, a partir do trabalho integrado na regional estudada. A estratégia utilizada partiu do acompanhamento da direção da Policlínica ao trabalho inicial de identificação de área a ser coberta pelo Programa com participação na discussão do papel de cada serviço junto aos moradores. Mediante realização de reuniões nas comunidades, além da participação da Coordenação de Área do PMFN, estiveram presentes os gerentes da Policlínica Comunitária e do Serviço de Urgência, discutindo o papel de cada unidade e do hospital. Essa estratégia realizada foi exemplificada como fundamental para a organização do trabalho e participação da comunidade. Igualmente, o trabalho cotidiano com a população é visto como um aspecto facilitador.

Outra questão referiu-se à Vigilância à Saúde regional como integração entre as vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental. Trabalhar as diferentes forças presentes no sentido de um compartilhamento do poder decisório, entretanto, não é visto como um processo simples. Um dos entrevistados aponta essa questão como um possível obstáculo ao pleno desenvolvimento do ordenamento das ações regionais.

No sentido dado à rede, a articulação entre as estruturas sociais que repercutem na atenção à saúde e entre os diferentes atores, sejam profissionais de saúde, gerentes, representantes comunitários e dos demais equipamentos sociais, é vista como fundamental às ações e serviços de saúde e condição para a qualidade da atenção, seja esta pensada como resposta às necessidades individuais ou coletivas.

Tal noção de rede remete à integração de políticas que se articulam à saúde. Em outras entrevistas, bem como na análise documental, identificamos a importância dada à 'intersectorialidade' prevista no papel das PC como gerenciadora de área responsável pela organização e o apoio às ações conjuntas. Pensada no contexto de articulação regional, tal política é vista como facilitadora pela interlocução entre os diferentes atores.

(Policlínica)...Ela é gerenciadora dessas articulações porque ela é um serviço que naturalmente vai responder muito mais às demandas de todos os setores, não só da saúde, porque ela vai trabalhar com as escolas, ela vai trabalhar com a Secretaria Regional, ela vai trabalhar com o Orçamento Participativo, ela vai trabalhar com a organização dos pescadores, por exemplo, lá em Itaipu, com a associação de moradores, com a Igreja, com o Forte, com o Quartel.
(Entrevista 3)

A proximidade com as questões concretas da vida cotidiana, a partir da inserção no território, traz como aspecto facilitador a perspectiva de organização de ações conjuntas com outros setores na solução dos problemas identificados. Nesse sentido, a intersectorialidade não é entendida como a soma de ações setoriais ou a superação das singularidades de cada setor, mas um permanente processo de troca e diálogo entre os setores. A articulação entre os mesmos pressupõe, desta forma, a identificação de problemas multideterminados e o planejamento conjunto de ações compartilhadas. Em uma das entrevistas, a intersectorialidade foi colocada como um aspecto facilitador por permitir um suporte à atuação do profissional que se encontra em estreito contato com a realidade local, como foi citado na experiência do PMFN. Em relação a essa questão, foi apontada a possibilidade desse profissional compartilhar com outros atores sociais a representação do poder público junto à comunidade e agilizar a solução dos problemas em suas múltiplas determinações. Nesse sentido, a ideia de um elemento ordenador da rede é projetada no papel das PC como uma instância de gestão regional que, para além das questões da saúde, passa a ser referência junto às outras instâncias do governo, organizações sociais e associações comunitárias na formulação de demandas políticas ao âmbito mais geral de governo da cidade.

Considerações Finais

A análise do papel de um elemento ordenador da rede de atenção à saúde, no que se refere ao planejamento e gestão de ações integradas de saúde com base no território, envolveu um conjunto de conceitos caracterizados pela sua complexidade. O presente trabalho, ao buscar interpretá-los à luz de uma experiência concreta, procurando apreender a expressão de seus

múltiplos sentidos, apresenta conclusões provisórias, não tendo a pretensão de esgotar o assunto. Dessa forma, mais do que tomado como um estudo conclusivo, pode ser visto apenas como um ensaio que poderá ser objeto de aprofundamento em outras investigações futuras.

O SUS foi criado com base nas concepções presentes na proposta de Reforma Sanitária. Entretanto, a permanência de uma lógica de organização de serviços fragmentada, da segmentação da assistência, da existência de poderosos interesses privatizantes, de um modelo econômico restritivo e de uma política neoliberal, torna a implementação desse Sistema um desafio à gestão pública.

Nesse contexto, mecanismos e estratégias vêm sendo buscados no sentido de superação de tais obstáculos e alcance da universalidade, da integralidade e da equidade, diretrizes fundamentais na implementação do SUS.

Destaca-se, nesse processo, a descentralização política-administrativa, prevendo a regionalização e a organização de redes de atenção, considerando a possibilidade da participação comunitária na política de saúde, e da democratização das decisões nos níveis de planejamento, gestão, execução e avaliação. Para tal, foram previstos diferentes espaços de participação como os conselhos de Saúde, as conferências, órgãos colegiados e outras formas previstas em experiências locais.

Nesse conjunto de propostas de transformação, coloca-se igualmente o tema da unificação institucional dos serviços de saúde como um desafio no âmbito do planejamento e da gestão do SUS. A superação da dicotomia entre saúde pública e atenção médica curativa tem levado a uma organização da atenção que prevê a formação de redes integradas, sob a lógica da coordenação, articulação, negociação, comunicação e pactuação na perspectiva intergovernamental e interinstitucional. Assim, busca-se a identificação de objetivos de forma compartilhada, visando à definição de prioridades de intervenção voltadas às necessidades de saúde da população, identificadas com base no território, e mediante o planejamento integrado, compreendendo a garantia de acesso a todos os níveis de atenção.

A ideia de um elemento ordenador, explorada neste estudo e adotada como papel das PC no município de Niterói, é tomada como um mecanismo de organização da atenção à saúde com base no território no sentido de integração de outros serviços e ações em uma rede de saúde. Desse modo, constituem-se como instâncias organizacionais responsáveis não só por funções administrativas e operacionais, mas igualmente como centro coordenador do planejamento e gestão regional, desenvolvendo ações docentes e assistenciais, de integração e sistematização de informações e de integração das vigilâncias.

Ao explorarmos a concepção dos diferentes gestores e os documentos oficiais que representam a política do município, identificamos que se encontram presentes nos mesmos os pontos levantados como facilitadores da

implementação de um sistema integrado de saúde. Entretanto, a operacionalização dessa política de integração, coordenação, planejamento e suporte regional contida na ideia de elemento ordenador como papel das PC encontra-se em processo de organização com avanços e obstáculos. Em relação a esses últimos, destacamos a organização de rede em uma lógica ainda bastante hierarquizada com um distanciamento da gestão das unidades hospitalares e a falta de organização da atenção especializada no âmbito das Policlínicas de Especialidades, de forma a compatibilizar a oferta dessas unidades com as necessidades regionais, provocando um estrangulamento do acesso nesses níveis. A integração regional, entretanto, já tem avanços consideráveis a serem incrementados a partir de um maior investimento no modelo de gestão regional, com recursos, estímulos aos profissionais nessa lógica, na sistematização do funcionamento de conselhos gestores regionais, prevendo uma ampla participação dos atores sociais, como também o compartilhamento da concepção encontrada na política como orientação concreta do trabalho diário.

Ao tomarmos os aspectos facilitadores para a implantação de um sistema integrado propostos por Mendes (2001), observamos que a ideia de um elemento ordenador proposta no papel das policlínicas aponta para a existência de uma cultura de integração, segundo organização em sistemas microrregionais de serviços. Nestes, já se encontra em funcionamento uma estreita comunicação entre os serviços regionais, facilitando os fluxos e a organização das ações. Outro aspecto importante diz respeito ao planejamento integrado como meta da regionalização. Este, ao envolver diferentes atores sociais, possibilita o envolvimento, compromisso e responsabilização pela construção da saúde de forma compartilhada, bem como a identificação das necessidades individuais e coletivas, favorecendo a organização da atenção segundo as características evidenciadas na regional, inclusive a necessidade de ampliação de pontos de atenção, considerando a cobertura na atenção básica e o suporte nos demais níveis de atenção.

A estratégia da Saúde da Família através do PMFN, com cobertura de uma população de maior risco social aliada à atenção básica prestada nas UBS e PC, bem como o suporte de atenção de maior complexidade na regional pela PC, favorece a resolubilidade da atenção nesses níveis. A adscrição de clientela, a formação de vínculos, as trocas entre os atores sociais e o conhecimento do contexto de vida com base no território corresponde a uma possibilidade de conhecimento das necessidades da população, fundamental para a construção da saúde.

Nesse sentido, identificamos que tal estratégia de organização apresenta possibilidades férteis na direção da implementação da atenção integral à saúde prevista no SUS, promovendo uma atenção mais voltada às pessoas em suas diferenças, necessidades, subjetividades, entendendo da mesma forma os processos coletivos, sendo potencializadora de uma

atenção humanizada e facilitadora da construção de um sistema de saúde mais democrático.

REFERÊNCIAS

- BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Modelos Assistenciais no Sistema Único de Saúde – concepção e fundamentos, diretrizes e estratégias de implementação. Brasília, Ministério da Saúde/Sesus, 1990.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 18055-18059, 20 set. 1990. Seção I.
- CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.
- CARVALHO, M.R. Modelos assistenciais de unidades básicas e o conceito de integralidade. In: *Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas*. In: BODSTEIN, R. C. A., (Org.). Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1993.
- CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad. Saúde Pública*, vol. 13, n. 3, p.469-478, set., 1997.
- CARVALHO, A. I. Política de saúde e organização setorial do país. In: *Curso de Especialização Autogestão em Saúde*. BARBOSA, P. R. (Org). Rio de Janeiro: Fiocruz, vol.1, p. 111-129, 2001.
- CUBA, Ministerio de Salud Pública. Programa de Tragajo del Médico y Enfermera de la Familia el Policlínico y el Hospital. Havana, 1988.
- FRANCO, T. B. & MAGALHÃES Jr. H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. (Orgs.). *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NITERÓI (FMSN). Plano Diretor 2001/2004.
- GIOVANELLA, L., LOBATO, L. V. C., CARVALHO, A. I., CONILL, E. M., CUNHA, E. M. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Revista saúde em debate*, vol. 26, n. 60, p. 37-61, jan./abr. 2002.
- GITTELL, J. H. & WEISS, L. Coordination Networks Within and Across Organizations: a multi-level framework. *Journal of management studies*, vol. 41, n 1, Jan. 2004.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na sa6de. *Rev. adm. p6blica*; vol. 34, n. 6, p. 35-45, nov-dez. 2000.

LUZ, T. M. Notas sobre as pol6ticas de sa6de no Brasil de "Transi76o Democr6tica" – anos 80. *Physis – Revista de sa6de coletiva*, vol. 1, n. 1, 1991.

MASCARENHAS, M. T. M. & ALMEIDA, C. O Programa M6dico de Fam6lia de Niter6i (PMFN): uma agenda para reflex6o. *Revista sa6de em debate*, vol.26, n. 60, p. 82-102, 2002.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da integralidade: algumas reflex6es acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na aten76o e no cuidado 6 sa6de*. Rio de Janeiro: Uerj, IMS, Abrasco, 2001.

MENDES, E. V. O processo social de distritaliza76o da sa6de. s.l; s.n; s.d. 85p.

MENDES, E. V. *Uma agenda para a sa6de*. S6o Paulo: Hucitec, Abrasco, 1996.

MENDES, E. V. *Os Grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MENDES, E. V. *Os sistemas de servi76os de sa6de: o que os gestores deveriam saber sobre essas orga-*

niza76es complexas. Fortaleza: Escola de Sa6de P6blica do Cear6, 2002.

NETO, O. C. O Trabalho de Campo como descoberta e cria76o. In: MINAYO, M. C. S., (Org.). *Pesquisa social – teoria, m6todo e criatividade*. Petr6polis: Editora Vozes, 6. ed., 1994.

PAIM, J. S. & ALMEIDA. F. N. *A crise da sa6de p6blica e a utopia da sa6de coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

ROSEN, G. *Da pol6cia m6dica 6 medicina social: ensaios sobre hist6ria da assist6ncia m6dica*. Rio de Janeiro: Edi76es Graal, 1979.

ROSEN, G. *Uma hist6ria da sa6de p6blica*. S6o Paulo: Editora Unesp, Abrasco, Hucitec, 1994.

S6A, P. K. *A integralidade da aten76o no Programa M6dico de Fam6lia de Niter6i/RJ*. 2003. Disserta76o (Mestrado em Sa6de P6blica) – Escola Nacional de Sa6de P6blica S6rgio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003.

SABROZA, P. C; LEAL, M. C; BUSS, P. M. A 6tica do desenvolvimento e a prote76o 6s condi76es de sa6de. *Cad. Sa6de P6blica*, vol. 8, n. 1, p. 88-95, jan.-mar. 1992.

SANTOS, M. Guerra dos Lugares. 6reas inteiras do Brasil t6m sido retiradas do controle do pa6s. Folha de S6o Paulo. Especial para a Fo-

Iha. Publicado no caderno Mais!
São Paulo, 8 set. 1999.

SANTOS, M. *O País distorcido: o Brasil, a globalização e a cidadania*. São Paulo: Publifolha, 2002.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. In: Ministério da Saúde. *Informe epidemiológico do SUS*, vol.7, n.2, p. 7-28, 1998.