SAÚDE DA FAMÍLIA

BOAS PRÁTICAS E CÍRCULOS VIRTUOSOS

FLAVIO GOULART

EDUFU

Saúde da família: boas práticas e círculos virtuosos

Flavio Goulart

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

GOULART, F. *Saúde da família*: boas práticas e círculos virtuosos [online]. Uberlândia: EDUFU, 2007. ISBN 978-85-7078-517-6. https://doi.org/10.7476/9788570785176.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International license.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimento 4.0.

EDUFU - Editora da Universidade Federal de Uberlândia
Av. João Naves de Ávila, 2121 - Campus Santa Mônica
Bloco A - Sala 1- CEP: 38400-902 - Uberlândia – MG
Telefax: (34) 3239-4293
http:\\www.edufu.ufu.br
e-mail: livraria@ufu.br

Reitor
Dr. Arquimedes Diógenes Ciloni

Vice-reitor
Dr. Elmiro Santos Resende

Direção EDUFU / presidência do Conselho Editorial
Dra. Maria Clara Tomaz Machado

Conselho Editorial

Dr. Adalberto Paranhos
Dra. Lindioneza Adriano Ribeiro
Dr. Carlos Roberto Ribeiro
Dr. José Magno Queiroz Luz
Dra. Christina da Silva Roquette Lopreato
Dr. José Luis Petricelli Castineira
Dr. Roberto Hiroki Miwa
Dr. Décio Gatti Júnior
Dr. Marcio Chaves Tannús
Dr. Ernesto Sérgio Bertoldo
Dr. Roberto Rosa

Corpo técnico-administrativo
Gerlaine Araújo Silva

Maria Amália Rocha

Flavio Goulart

Saúde da família
boas práticas e círculos virtuosos

2007

© 2007 Editora da Universidade Federal de Uberlândia - EDUFU

Todos os direitos desta edição reservados à Editora da Universidade Federal de Uberlândia. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida por qualquer meio sem a prévia autorização desta entidade.

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

G694s

Goulart, Flavio Alberto de Andrade, 1948–
Saúde da família: boas práticas e círculos virtuosos / Flávio Alberto de Andrade Goulart. – Uberlândia: EDUFU, 2007.
956 Kb; ePUB.:il.

inclui bibliografia
ISBN: 978-85-7078-517-6

1. Família – Saúde e higiene. 2. Programa Saúde da Família (Brasil). I. Universidade Federal de Uberlândia. II. Título.

CDU: 613.9

ELABORADOS PELO SISTEMA DE BIBLIOTECAS DA UFU / SETOR DE CATALOGAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO

Revisão
Aline Rodrigues Coelho
Denise Cristina Morgado

Normalização
Maira Nani França

Capa
Arlen Costa

Diagramação
Bruno Madureira Ferreira

Tiragem
500 exemplares

Versão digital: novembro de 2019

Este livro pertence às *famílias* que a vida me deu, pelo sangue ou pelo afeto. Dedicoo principalmente a meus filhos: *Lela, Nanda*, Maurício, *Flavinho* e Sophia – a minha *Xuxu*.

Uma coisa é pôr idéias arranjadas, outra é lidar com país de pessoas, de carne e sangue, de mil e tantas misérias… Tanta gente – dá susto de saber – e nenhum se sossega: todos nascendo, crescendo, se casando, querendo colocação de emprego; querendo chuva e negócios bons. De sorte que carece de se escolher… (ROSA, 1976)

Table of Contents / Sumário / Tabla de Contenido

Front Matter / Elementos Pré-textuais / Páginas Iniciales

Prefácio

Apresentação

Capítulo I – Saúde da família: conteúdos e trajetórias

Capítulo II – Saúde da família no Brasil: do movimento ideológico à ação política

Capítulo III – Cada caso, um caso

Capítulo IV – As experiências em perspectiva comparada

Capítulo V – Círculos virtuosos e boas práticas

Referências

Prefácio

O livro de Flávio Goulart – *Saúde da Família no Brasil: boas práticas e círculos virtuosos* – é um precioso estudo sobre, talvez, o mais importante desafio a ser superado para assegurar sustentabilidade ao Sistema Único de Saúde. Refiro-me à tarefa, ainda não concluída, de organizar uma ampla rede de atenção primária à saúde no Brasil, condição, *sine qua non*, para assegurar eficácia e eficiência aos sistemas públicos de saúde. A experiência internacional indica que nenhum país logrou fazer sistemas nacionais de saúde funcionarem sem a criação de uma ampla rede de serviços de atenção primária, capaz de responsabilizar-se e de intervir sobre a maioria dos problemas de saúde. A organização de rede básica, com cobertura de pelo menos 80% da população de cada país, é um dos elementos estratégicos que assegura mudança de modelo de atenção (redefinição do papel dos hospitais e dos especialistas) e possibilita viabilidade econômica aos projetos de política pública de saúde. Na Espanha, em Cuba, Nova Zelândia, Grã-Bretanha, entre outros países, inventou-se desenhos organizacionais que buscavam assegurar capacidade clínica e preventiva às equipes da atenção básica. Malgrado nosso, como aponta o autor, somente a partir de 1994 o Brasil desenha uma estratégia nacional com esse objetivo.

O livro é produto de uma extensa investigação sobre a história recente da atenção básica no Brasil. Mais especificamente sobre a adoção da Saúde da Família como estratégia nacional para ampliar cobertura e construir um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde no país. O autor utilizou uma metodologia híbrida: realizou estudos de caso e, ao mesmo tempo, valeu-se de recursos das ciências sociais para investigar a construção e execução de uma política pública específica. Esta abordagem foi extremamente feliz porque permitiu ao autor/investigador captar tanto elementos genéricos, quanto características singulares da gestão do projeto de saúde da família.

Além disto, tornou a leitura muito agradável e interessante. Para quem gosta de compreender os grandes lances – o debate cultural e ideológico que antecedeu e acompanhou a implementação do projeto, a constituição de um grupo de executivos da saúde com autoridade formal e real para dirigir o programa, os conflitos entre atores da macro-política – o livro é bastante esclarecedor. Para quem se interessa pelo concreto, pela prática, também há muito que aprender. O autor realizou acurado estudo de seis casos, considerados paradigmáticos para a história da saúde da família. Os relatos dos casos são sóbrios; ele soube evitar a tendência comum de perder-se em transcrição infinita de entrevistas e dados, apresentando-nos uma narrativa sintética, mas esclarecedora, de cada um destes casos.

Ele foi muito atencioso e não se esqueceu de investigar os brasileiros que foram pioneiros em levar à prática projetos com base no paradigma de saúde da família. Sim, ele considera como um dos seus casos a heróica atividade de grupos de professores, médicos generalistas, enfermeiros, e vários outros, em Porto Alegre, que, à revelia do poder governamental, mantiveram, durante anos, experiências de formação de residentes em saúde comunitária e da família, bem como o funcionamento de serviços básicos organizados segundo esta racionalidade. Há ainda o caso da Secretaria de Saúde de Niterói, este já um projeto de governo, também pioneiro, que antecede a adoção destas diretrizes pelo Ministério da Saúde, e com desenho organizacional diferente daquele idealizado pelo governo federal. Relatam-se ainda os casos de Vitória da Conquista, Contagem e Ibiá em que se seguiu de maneira rigorosa o programa nacional. Curitiba funciona como uma espécie de contraponto, já que a cidade baseou-se no programa nacional, mas já tinha importante acúmulo em gestão e planejamento de sistemas e considerável tradição sanitária.

Flávio apresenta uma síntese analítica sobre estas experiências, deduzindo várias práticas de governo que favoreceram ou dificultaram o processo de reforma: aponta a importância da existência de lideranças capazes de interagir com o contexto; demonstra a relevância do amadurecimento institucional, adoção de gestão plena e de outros instrumentos, para a concretização das

mudanças; identifica, em todas estes casos, contatos entre agentes locais e o movimento nacional e internacional que se dedica a repensar a saúde; indica, surpreso, a baixa interferência das Universidades e das Secretarias de Estado da Saúde no apoio a estes projetos; mas, sobretudo, aponta o por ele denominado “efeito espelho” destes projetos, que não somente haveriam iluminado problemas sociais destas cidades, como produzido um efeito pedagógico sobre modos horizontais para se construir políticas públicas.

Flávio Goulart pode ser considerado um herdeiro otimista do iluminismo; no fundo, ele acredita no poder da razão, da investigação e de sua influência sobre a política e sobre as práticas profissionais e cotidianas. Sem fazer concessões à crítica sempre que esta postura lhe pareceu conveniente, ele realiza, centralmente, todo um esforço para identificar práticas de “bom governo” e caminhos que conduzam a “ciclos virtuosos”. A Saúde da Família seria uma boa bússola segura, é o que se deduz do seu estudo, sem dúvida.

Eis um texto que merece ser lido e debatido tanto porque amplia nossa compreensão sobre saúde e políticas públicas, como também porque propicia momentos agradáveis, de boa leitura, para quem trabalhe ou milite no campo da saúde. Para mim, foi um privilégio e uma honra lê-lo antes que todos vocês…

Gastão Wagner de Souza Campos
Docente da Faculdade de Medicina da Unicamp
Ex-secretário executivo do Ministério da Saúde

Apresentação

“Tudo se finge primeiro; germina autêntico, é depois.”
(ROSA, 1979)

Sobre o objeto

O Programa de Saúde da Família (PSF), que teve um crescimento exponencial no Brasil nos últimos 10 anos, é uma daquelas políticas de saúde que veio para ficar no cenário nacional, rico em novidades, mas muito carente de inovações reais.

Os números do PSF são impressionantes. Havia, no final de 2005, mais de 23 mil equipes implantadas no Brasil, sendo mais de 11 mil de saúde bucal, em quase cinco mil municípios diferentes. A cobertura era, então, de mais ou menos 70% da população brasileira. O mercado de trabalho aberto pelo programa era também de forte impacto: mais de 60 mil médicos, dentistas e enfermeiros, e cerca de 200 mil agentes comunitários de saúde. Em relação a tudo isso já acumulavam-se evidências importantes de melhoria nos indicadores de saúde (de mortalidade infantil, por exemplo) e de maior racionalidade na utilização dos serviços de saúde cronicamente deficitários no Brasil. Pode-se dizer, sem medo de exagero, que em 500 anos de Nação nunca houve algo assim, pelo menos em termos de saúde.

O PSF, como toda política social, situa-se em um movimentado cruzamento de princípios e conceitos operacionais, nos quais são freqüentes as contradições de natureza político-ideológica ou conceitual. Ele poderia ser considerado, por exemplo, mais uma política racionalizadora, de caráter focal, nos moldes preconizados pelos organismos internacionais financiadores de programas sociais nos países pobres e em desenvolvimento. Ao mesmo tempo, poderia ser entendido como uma intervenção coerente com os princípios de eqüidade, integralidade e universalidade, conforme as disposições da Constituição Federal brasileira de 1988.

Seria possível encarar o PSF também, dentro de marcos ideológicos e conceituais gerados em contextos externos, em sistemas de saúde com outro feitio, e em sociedades política, econômica e culturalmente diferentes, o que não impediria que ele pudesse vir a ser compreendido como processo de construção social e intelectual, no bojo de um quadro conceitual e operacional pertinente à realidade política, institucional e cultural brasileira.

Por outro lado, o PSF poderia ainda ser percebido como política centralista de governo, formulada para um tipo modal de realidade local, *versus* uma construção social de base descentralizada, com fundamento no conceito de cidadania

potencialmente transformadora da realidade do sistema de saúde, surgindo como estratégia para o alcance da eqüidade e da integralidade em saúde.

O PSF poderia, ademais, ser questionado como uma adaptação paliativa e, por assim dizer, *cosmética*, do modelo de atenção à saúde vigente, incapaz, portanto, de reverter as conhecidas distorções do mesmo. Ao mesmo tempo, poderia ser visto como possível força geradora de mudanças estruturais do modelo assistencial, incorporando os elementos de um novo paradigma, de recorte sanitário-epidemiológico.

Dessa forma, pode-se dizer que o PSF, no Brasil, possivelmente resulta de complexas influências sociais, políticas e culturais, incorporando diversos e conflituosos elementos ideológicos e conceituais, tendo, como substrato de sua formação e formulação, contextos simultaneamente globais e locais, societários e institucionais, além de técnicos e políticos. O PSF seria, portanto, um produto da assimilação e do embate, contraditórios e altamente dinâmicos, de propostas resultantes da emanação da política central de governo, de caráter prescritivo e fortemente normatizador, verdadeiro *projeto para a realidade*; ou bem formuladas *a partir da realidade*, no âmbito dos municípios, de natureza mais criativa e menos normativa. No segundo caso, estariam programas desenvolvidos em ambientes dinâmicos e marcados pela contingência dos *fatos sociais*, nos quais as formulações centrais prescritivas são incorporadas de forma parcial, ou apenas formal, prevalecendo, nas propostas resultantes, um caráter estratégico e fortemente adaptado às condições locais.

Em síntese, a hipótese central deste trabalho é: o PSF surge no âmbito de um conflito entre a normatização “dura” realizada pelo governo federal e as iniciativas dos governos municipais, em que prevalecem, no processo de implementação, a flexibilidade e as inovações de caráter local.

O que o leitor encontrará neste livro

A generosidade dos leitores por certo há de me permitir a apresentação desta obra *em primeira pessoa*…

Creio que devo, inicialmente, dizer a que vim, ou seja, como encontrei meu objeto de estudo, primeiro registrado numa tese de doutorado” (GOULART, 2003) e agora neste livro.

Resumindo a questão, encontrei meu tema e minhas questões – ou eles me encontraram, não sei bem – a partir das preocupações e dos *insights* que me acompanhavam desde o tempo em que eu era apenas um médico clínico. Aproximei-me dele, também, por sentir que o *estado da arte* referente à questão da *saúde da família* tornara-se mais convidativo e que as questões ideológicas que o rodeavam, antes dominantes e, certamente, prejudiciais ao seu melhor entendimento encontraram, em anos mais recentes, sua dosagem e sua dimensão adequadas, ou resumindo: determinadas *teorias conspiratórias* não mais imperavam. Eu havia feito uma dissertação de mestrado nos anos 80

excessivamente teórica e mesmo *sociológica*, o que me pareceu até um certo *exercício indevido* das ciências sociais. Assim, creio que influiu na calibragem de meu desejo o fato de que eu me sentia ainda devedor (talvez apenas a mim mesmo) de um trabalho que, do ponto de vista acadêmico, pertencesse de fato e de direito ao domínio da *saúde pública*, mas que, ao mesmo tempo, não perdesse de vista o empirismo e a aplicabilidade na realidade. Ou seja, minha dissertação de mestrado ainda encontrava-se, de certa forma, "atravessada" em minha garganta. Eu precisava de algo de fôlego, e que me fizesse justiça!

Teve influência, também, a percepção que em mim acumulava-se a respeito das mudanças para melhor que resultavam da trajetória do PSF em todo o país, que eu via e acompanhava em minhas visitas ao programa do Distrito Federal, acompanhado de meus alunos da Universidade de Brasília. Creio que poderia resumir essas transformações qualificando-as como autênticos *saltos de qualidade*; como passagens do *sonhado* ao *concreto*; do *normativo-duro* à *dialética do possível*; da *teorização* ao *empirismo*; do movimento *para a realidade* para o movimento *a partir da realidade*; da construção *técnico-política* à construção *social*.

Foi com esta bagagem de suposições, mas também com alguma apreensão empírica e concreta da realidade, que me dispus a fazer um doutorado na Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ, no Rio de Janeiro e, como decorrência, uma tese, que agora torna-se livro. É assim que justifico minha legitimidade, minha afinidade e minha *familiaridade* (sem trocadilho) com o objeto da *saúde da família*.

Minha tese distribuía-se ao longo de onze grandes capítulos – de fato, muito extensa! O livro é mais enxuto… felizmente. Falarei um pouco sobre a lógica e estrutura dos cinco capítulos que restaram, antes de encaminhar o paciente leitor à leitura dos mesmos.

O primeiro capítulo trata da trajetória das idéias centrais sobre *saúde da família* e sobre a *atenção primária da saúde*. Abordo também a inserção desse ideário nas reformas de saúde e nas propostas dos organismos internacionais, contemporaneamente. Procuro "amarrar" todo este conteúdo com o que se passa efetivamente no Brasil, particularmente no contexto da última década. Por pouco transformava este capítulo, ele apenas – como já havia feito em minha dissertação de mestrado – em *toda* minha tese. Felizmente me contive, à custas de amputação, não de todo indolor, de parcela semelhante em dimensão ao que nela restou. Que os leitores reconheçam este esforço é tudo o que espero.

No capítulo *dois* inicio, finalmente, minha jornada pelas experiências com saúde da família, falando, em primeiro lugar, daquela representada pelo PSF nacional. Cabe aqui, entretanto, um esclarecimento especial. Colocome, neste texto, não apenas como o pesquisador ou o observador externo. É bem verdade que tentei sê-lo, mas logo percebi que minha vinculação ao objeto era profunda demais para querer apenas observá-lo com distanciamento crítico. Com efeito, estive presente no âmago dos acontecimentos da área da saúde no Governo Federal, no início e meados da década de 90. Assim, devo esclarecer ainda que meu texto não reflete apenas o que vê um observador na platéia, mas registra também da visão até as

práticas de um *ator* do processo que descrevo. E mais, me filio a um modo de análise do SUS que faz parte do *main-stream* e não de correntes paralelas ou alternativas de pensamento a respeito do assunto – com todo respeito por essas outras. Apesar de ter coletado mais de setenta referências bibliográficas para este capítulo, reputo como de especial relevância as entrevistas que me concederam atores importantes dos processos nele descritos e analisados, a quem gostaria de referir-me nominalmente, pelo muito que me ensinaram: Heloiza Machado de Souza, Halim Girade, Carlos Grossman, Arindelita Arruda, Nelson Rodrigues dos Santos e Davi Capistrano, além de Fátima Sousa, que não foi entrevistada, mas emprestou a este texto as contribuições de seu livro *A Cor-agem do PSF*. No capítulo *três*, percorro seis experiências de saúde da família que foram consideradas bem-sucedidas (ver os critérios para tanto mais adiante). A referência teórica para este capítulo – a *análise de políticas* – compõe-se das categorias *atores, contextos, processos* e *conteúdos*. Utilizei, como padrão de descrição e análise, um mesmo conjunto de tópicos, afim de facilitar a comparação das experiências, a ser realizada no capítulo seguinte. O roteiro utilizado nele compõe-se de: (a) informações gerais sobre os contextos sociais e políticos do município; (b) a formação da política e a estrutura de saúde local; (c) a implementação do PSF: antecedentes, atores, processos; (d) síntese interpretativa, abrangendo atores, contextos, processos e conteúdos; (e) as lições aprendidas. Em relação às experiências do Grupo Hospitalar Conceição e do Centro de Saúde Escola de Murialdo, o roteiro utilizado é aproximadamente o mesmo, embora mais resumido, procurando dar ênfase a aspectos comparativos entre as duas. O presente capítulo deve grande parte de seu conteúdo às informações obtidas localmente, particularmente às entrevistas com os atores e, também, à alguma análise documental – mas aqui naturalmente não se deve esperar uma lista de referências bibliográficas muito extensa.

Nos capítulos *quatro* e *cinco*, meu trabalho converge para a etapa das conclusões finais. No primeiro deles, *As experiências em perspectiva comparada*, o nome retrata o objeto. Procurei traçar uma série de linhas transversais comparando vários aspectos que as visitas me despertaram. Assim destaquei ao longo do mesmo: (a) as características geopolíticas de cada localidade; (b) o perfil da assistência à saúde; (c) os contextos políticos; (d) a formação dos conteúdos; (e) os atores sociais e suas articulações (a seção mais alentada); (f) a participação social; (g) os processos de implementação e de organização (com ênfase na questão das *inovações* e da *política de recursos humanos*); (h) a cultura organizacional; (i) os fatores facilitadores e os obstáculos. Aqui, utilizei uma referência que me foi muito importante, que me inspirou não só em termos de conteúdo, como de método: refiro-me à obra de Judith Tendler, denominada *Bom Governo nos Trópicos*, por meio da qual pude desenvolver algumas categorias-chave em minha análise, como *bom governo*, *dinâmicas entre sociedade e Estado* e *processos de trabalho*. Foi de enorme valor para mim, também, a apreensão da maneira “transversal” segundo a qual a autora fez a síntese das diversas experiências que observou no Ceará.

Finalmente, o capítulo *cinco*, *À guisa de conclusão*. Neste último capítulo introduzi o subtítulo: *Círculos virtuosos e boas práticas em saúde da família*, para destacar aspectos que me pareceram bastante marcantes nas observações que fiz. É um texto que procura, acima de tudo, a concisão, considerando as centenas de páginas percorridas até se chegar ao mesmo. Nele enfatizo e procuro a resposta para a questão que foi enunciada no próprio sub-título de minha tese – *Cada caso é um caso?* Assim, procuro destacar os aspectos que as experiências apresentam em comum, apesar de suas muitas diferenças e, também, o que foi possível aprender com elas – o que chamei de *boas práticas*. Aqui a frase de Guimarães Rosa que inicia este tópico – Tudo se finge primeiro; germina autêntico, é depois – abriu-se finalmente para mim em todo o seu significado. Espero que os frutos sejam apreciados também pelos meus leitores.

Metodologia do estudo

O estudo aqui apresentado tem natureza qualitativa, de fundo simultaneamente teórico e empírico, utilizando-se técnicas de *entrevistas, pesquisa e análise documental, além de estudos de caso*.

Foram objeto de enfoque não só a formulação da política pelo Ministério da Saúde, a partir de 1994, como sua eventual (re)formulação, além da implementação de experiências selecionadas de PSF em diferentes realidades político-administrativas, também a partir dessa data.

Buscou-se analisar os processos de formulação e implementação do PSF e das políticas que o fundamentam, tendo, como pressuposto, que os mesmos estavam inseridos em um complexo e diferenciado cenário político-social.

Assim, realizou-se uma revisão da literatura pertinente, tanto nacional como internacional, com vistas a apreender os fundamentos teóricos que balizaram a parte analítica deste estudo. Paralelamente, procedeu-se um levantamento documental exaustivo sobre o PSF e modelos congêneres vigentes no Brasil, tanto no âmbito do Ministério da Saúde, como em municípios selecionados. Dentro da mesma linha de ação, foram examinados documentos referentes aos programas, seja de natureza descritiva, normativa ou avaliativa, em busca de aprofundamento da análise referente aos determinantes institucionais, políticos e ideológicos, bem como de seus desdobramentos empíricos.

A escolha dos “casos”

Foram selecionados seis casos para estudo, com o pressuposto essencial de que constituíssem experiências *bem-sucedidas* de implementação do programa. O ponto de partida para tais escolhas foi a existência de experiências consideradas *bem-sucedidas*, ou seja, premiadas pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde na I Mostra Nacional do PSF, em outubro de

1999, ou pelo CONASEMS, no *Prêmio Experiências Municipais Exitosas*, de dezembro de 2000. Levantou-se, também, a relação de experiências inseridas pelo próprio DAB em três publicações de 1996 a 2000 . Obteve-se assim uma lista contendo 28 referências, que foi submetida a alguns interlocutores estratégicos, para que esses indicassem as experiências que acumulassem notoriamente evidências objetivas de sucesso, acrescentando outras, caso julgassem necessário. Esta lista permitiu a elaboração de uma relação menor, da qual foram finalmente escolhidos os cinco casos para estudo. Assim, foram finalmente selecionadas as experiências de Contagem-MG, Curitiba-PR, Ibiá-MG; Niterói-RJ e Vitória da Conquista-BA, além das duas pioneiras da região Sul. O quadro seguinte resume as razões, ou as *evidências* que justificaram a escolha final.

QUADRO 1 – Justificativas da escolha de casos para estudo

EXPERIÊNCIA	RAZÕES DE ESCOLHA
CONTAGEM	1. Evidências de sucesso (publicações DAB/MS e premiações) 2. Experiência “radical” de implementação em condições institucionais adversas em área de forte problemática urbana.
CURITIBA	1. Evidências de sucesso presentes (publicaçõesDAB/MS e premiações) 2. Forte tradição de inovações boas práticas de governo em geral e de boa gestão em saúde
IBIÁ	1. Evidências de sucesso (publicações DAB/MS e premiações) 2. Radicalidade no caráter substitutivo da implementação
NITERÓI	1. Caráter diferenciado e singular da experiência (Médico de Família) 2. Pioneirismo na formulação e na implementação
VITORIA DA CONQUISTA	1. Evidências de sucesso (publicações DAB/MS e premiações) 2. Evidências de bom governo e inovação em geral na administração municipal
GRUPO H. CONCEIÇÃO E UNIDADE S. MURIALDO	1. Pioneirismo na formulação e na implementação 2. Caráter diferenciado e singular da experiência (*Medicina Geral Comunitária)* 3. Oportunidade de uma visita ao Programa de Residência do GHC

Como roteiro para as visitas, foram realizadas entrevistas com *atoresprodutores* (gestores, membros de equipes técnicas e conselheiros), buscando compreender e dimensionar a real situação em que se encontram os programas em realidades organizacionais e regionais distintas. Essas entrevistas foram feitas por meio de um roteiro semi-aberto – contendo as questões pertinentes e definidas na metodologia – e também mostrado nos anexos. Foram, ainda, também realizadas entrevistas individualizadas, particularmente com gestores e coordenadores de programa, e também *grupos focais*, com membros de equipes técnicas e conselheiros.

Uma seqüência de atividades locais foi então programada, constando de: (a) entrevista com o Secretário Municipal de Saúde; (b) entrevista com o Coordenador do Programa; (c) visita a uma ou duas equipes de Saúde da Família no horário de trabalho; (c) contato com membros das equipes locais; (d) entrevistas com conselheiros de saúde; (e) realização de grupos focais com membros de equipes e conselheiros.

Uma síntese da metodologia

Apresenta-se a seguir uma “matriz de análise” ou seja, um esquema analítico aplicável ao conjunto de atores sociais e institucionais do sistema de saúde, quais sejam os *gestores-formuladores* no nível federal de governo e os *gestores-implementadores* do lado municipal, de tal forma que se permita a compreensão dos inúmeros aspectos envolvidos na formulação e na implementação desta política.

Esta matriz foi elaborada levando em consideração as contribuições levantadas entre os autores consultados, com especial destaque para Walt e Gilson, Ferrera, Labra e Viana. Sua utilização se deu nos processos de entrevista com os atores citados, bem como nos levantamentos documentais, bibliográficos e de outras naturezas a serem realizados no âmbito da pesquisa.

Segue uma breve explicação sobre seus termos.

Atores: refere-se aos diversos atores individuais e institucionais presentes nas três esferas de governo, com funções formuladoras ou implementadoras sobre a política. Igualmente, foram contemplados os atores situados fora da máquina de governo, nominalmente aqueles dotados de representação profissional (sindical, técnica ou científica); os representantes organizados da sociedade, particularmente aqueles com assento nos Conselhos de Saúde; os segmentos técnicos e burocráticos dos organismos internacionais de fomento, cooperação técnica ou similares, além de outros grupos de interesse eventualmente localizados no cenário. Além dos interesses claramente colocados nas agendas individuais e institucionais, procurou-se levantar alguns ocultos ou secundários entre tais atores.

Contextos: foram explorados alguns dos contextos sócio-políticos, culturais, institucionais e sanitários que têm marcado os anos recentes, seja em nível local-

regional, nacional ou mesmo global. Alguns exemplos: reforma sanitária, transição epidemiológica, reforma administrativo do Estado, momento da implantação do SUS, quadro normativo (NOB-NOAS), mudanças culturais nas organizações e na sociedade.

Processos: aqui conferiu-se destaque às diversas possibilidades de processos interativos entre os atores sociais referidos acima, com ênfase à normatização (circunstância bastante relevante no caso do presente objeto); indução (via mecanismos financeiros, por exemplo); participação, controle social, *accountability*; controle e avaliação entre as esferas de governo; cooperação técnica nacional e internacional. Procurou-se apreender os variados desenhos institucionais presentes nas organizações de saúde brasileiras, como por exemplo, o quadro de atores influentes, o ambiente político e cultural, a natureza do processo decisório, os interesses em jogo, além de sua explicitação em agendas. Especial atenção foi dedicada aos fatores facilitadores e dificultadores (vetos) em cena.

Conteúdos: além dos conteúdos ideológicos e técnicos da política em si, captados pelas entrevistas com os atores e a análise documental e bibliográfica, foi levantada e analisada a produção intelectual disponível. Ênfase especial foi conferida aos *critérios de boa prática* gerencial e assistencial em saúde da família, a emergência da inovação, a democratização das relações internas e com a sociedade, as práticas de integração (entre gestores), de inter-setorialidade, de parcerias e de participação social.

Enfim, dentro de um resumo muito abrangente, a presente matriz permitirá explorar o universo dos conteúdos simbólicos, políticos e técnicos da política, bem como seu impacto concreto sobre a sociedade, dentro de um conjunto de atores, em contextos sociais, políticos e sanitários que os conformam e por eles são conformados, levando em conta os padrões de interação estabelecidos entre eles, os desenhos institucionais e oportunidades de incentivo e veto às decisões.

QUADRO 2 – Matriz de análise de políticas

ATORES	CONTEXTOS	PROCESSOS	CONTEÚDOS
Governamentais • MS • SES • SMS **Não-governamentais** • Profissionais • Sociedade • Organizada • Organizações • Institucionais • Outros grupos **Funções** • Formuladoras • Implementadoras **Atores individuais** • Atores institucionais	**Natureza** • Políticos • Sociais • Econômicos • Institucionais • Normativos • Epidemiológicos • Demográficos • Culturais **Âmbito** • Local • Regional • Nacional • Global	**Natureza** • Indutivos • Participativos • Controlistas • Avaliativos • Assistencial • Cooperativo • Outros **Fatores influentes** • Facilitadores • Dificultadores **Desenho institucional** • Atores • Ambiente • Processos decisórios • Interesses • Agendas	**Análise normativa normativa e discursiva** • Produtos • Indicadores quantitativos diversos **Resultados** • Critérios de “boa prática” em Saúde da Família • Assistenciais (acesso, referência, integralidade) • Gerenciais (efetividade e eficiência) • Inovação • Democratização • Integração (gestores, outros setores, sociedade de organizada)

Agora, leitor amigo, entrego de fato este livro a você. É a sua vez de julgar se meu trabalho tem, de fato, coerência com o que justifiquei e anunciei nas linhas que acabou de ler.

Capítulo I - Saúde da família: conteúdos e trajetórias

Sobre o conceito de Saúde da Família

As origens da atenção à saúde do grupo familiar remontam, como se sabe, aos primórdios da medicina. Durante muitos séculos, com efeito, na vigência do modo artesanal de prática médica, o *locus* preferencial da atenção era o consultório dos médicos que, não raro, situava-se no âmbito da própria residência destes profissionais. Alternativamente, o cuidado era prestado nos domicílios dos pacientes, sob as vistas diretas das famílias e, não raramente, com sua participação direta no processo de cura.

É preciso definir, de início, os diversos elementos conceituais que distinguem o que se chama hoje de práticas em “Saúde da Família”.

Uma aproximação conceitual bastante razoável diz respeito à *Atenção Primária à Saúde (APS)*. Neste aspecto, obrigatória referência é a Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978 sob os auspícios da OMS e da UNICEF. Em termos textuais, em livre tradução do original, a APS é conceituada como:

> Atenção à saúde baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente demonstrados e socialmente aceitáveis, cujo acesso esteja garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade, de maneira que possam sustentá-la, a um custo que tanto a comunidade como cada país possam manter, em cada estágio de desenvolvimento em que se encontrem, com espírito de auto-confiança e auto-determinação. Representa parte integrante do sistema sanitário do país, no qual desempenha uma função central, constituindo-se também o foco principal do desenvolvimento social e econômico da comunidade. É o primeiro nível de contato das pessoas, das famílias e da comunidade com o sistema de saúde do país, levando a assistência à saúde o mais perto possível do lugar onde reside e trabalha a população, representando ainda o primeiro elo de uma atenção continuada à saúde. (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 1978, p. 5-6).

Starfield (2001), autora que constitui referência obrigatória em tal tema, define a APS como o “centro da política sanitária”, ou seja, um nível do sistema de saúde de amplo acesso para todo novo problema ou necessidade, de efeito temporal duradouro, centrado mais na pessoa do que na doença, coordenado e integrado em termos de lugares e profissionais que nele atuam e além do mais capaz de oferecer atenção à maioria dos agravos à saúde, com exceção daqueles mais raros ou pouco habituais. A APS representaria, além disso, a base do sistema de saúde e um enfoque que determinaria o modo de atuar dos níveis restantes do sistema.

A mesma Organização Mundial de Saúde (WHO, 1984), em abordagem mais recente (*Carta de Liubliana)*, define que a APS deve ser um dos princípios em que se baseiam os sistemas de saúde, ao lado dos conceitos e valores de dignidade humana, eqüidade, solidariedade, ética, promoção da saúde, participação, qualidade e sustentabilidade. Tais aspectos estão em consonância com o que aquela entidade tem definido como *saúde*, ou seja, “[…] o grau em que uma pessoa ou grupo é capaz de realizar suas aspirações e de satisfazer suas necessidades e de enfrentar adequadamente seu ambiente”, (WHO, 1984) o que resulta no fato de que a mesma (saúde) deve ser considerada como um recurso a mais na vida cotidiana, e não um objetivo da vida; um “conceito positivo”, que engloba tanto os recursos materiais e sociais como capacidade física para alcançá-lo.

Para Vuori (1985), a APS tem como objetivo a saúde, integrando prevenção, assistência e cura. Como conteúdo, tem a promoção da saúde e a atenção continuada e integral; como base organizacional, os médicos generalistas ou de família, além de outros profissionais de saúde integrados em uma equipe; como responsabilidade a colaboração inter-setorial, a participação da comunidade e a auto-responsabilização. Este autor sintetiza, com estas categorias, as necessidades de mudança no sistema de saúde tradicional, ancorado em objetivos como: a cura de doenças; o conteúdo baseado em terapias e atenção episódica referente a problemas específicos; a organização baseada em médicos e especialistas envolvidos com o trabalho individual e, finalmente, a

responsabilidade centrada de forma restrita no próprio setor saúde, com predomínio técnico-profissional nos cuidados de saúde.

Vasconcelos (1999) apresenta diferentes concepções e propostas de APS, que convivem e divergem entre si. São elas, a *assistência médica primária*; a *atenção primária seletiva* e a *atenção primária integral* (*comprehensive*, conforme o original em língua inglesa). As duas primeiras representam formas mais limitadas de atenção, uma vinda por transposição direta dos consultórios médicos e, a outra, marcada pelo caráter racionalizador e poupador de custos de sua prática. A última deriva dos enunciados difundidos a partir de Alma Ata e tem como função principal o "[…] apoio aos indivíduos e grupos sociais para que assumam cada vez mais o controle de suas vidas e de sua saúde". (WHO, 1978).

É dentro desta última categoria que o autor vê a inserção da Saúde da Família no Brasil, mas adverte que o conceito praticado no País ainda se vê fortemente limitado, não só pelas "tradições positivistas e mecanicistas" que rodeiam a assistência à saúde, como também pelo "boicote político" e as "exigências de produtivismo numérico". Assim, tornam-se ainda necessárias novas abordagens teóricas e metodológicas, que realizem, de fato, a almejada integralidade (ou, nas palavras do autor, "alargamento") de tal conceito de assistência.

Sousa (2001) define alguns dos "conceitos que sustentam" a idéia do PSF, citando, entre outros: a saúde como direito de acesso a bens e serviços, não apenas assistenciais; a promoção da saúde; a saúde para todos e a atenção primária à saúde; a ação da comunidade para a saúde; a *advocacy* em favor da saúde; os ambientes saudáveis e de apoio à saúde; o envolvimento social; a auto-ajuda; o desenvolvimento sustentável, bem como a proposta de *cidades saudáveis*.

Em documentos oficiais do Ministério da Saúde referentes ao Programa de Saúde da Família, podem ser encontradas várias das categorias-chave que contribuem para a definição ora procurada, como por exemplo: (a) ser a porta de entrada de um sistema regionalizado e hierarquizado de saúde; (b) ter um território definido com uma população delimitada sob sua responsabilidade; (c) ter como centro de atenção a família, inserida em seu meio social; (d)

intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; (e) prestar assistência integral, permanente e de qualidade; (f) realizar atividades de educação e de promoção da saúde; (g) estabelecer vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre o serviço de saúde e a população; (h) estimular a organização das comunidades para exercer o efetivo controle social das ações e serviços de saúde; (i) utilizar os sistemas de informação para o monitoramento das ações e para a tomada de decisões. (BRASIL, 2001)

Ainda como uma aproximação, tentando agora uma síntese, poder-seia destacar os componentes essenciais que unem os conceitos de APS e de Saúde da Família, a saber:

1. As práticas de saúde como objeto da *intervenção do Estado*, seja como executor ou regulador, o que as caracterizaria como partes de um corpo de *políticas sociais*;
2. O processo de trabalho, tendo como resultado a intervenção do médico e de outros profissionais dentro de um *âmbito generalista*, ou seja, fora do caráter especializado que recorta e separa o objeto das práticas em saúde em faixas de idade, gênero, sistemas e órgãos, ou mesmo tipos de doenças;
3. Os modos de pensar e de praticar os cuidados à saúde baseados na *ampliação e superação dos conceitos tradicionais* antinômicos entre individual e coletivo; prevenção e cura; biológico e social; humano e ambiental; oficial e não-oficial;
4. A proteção voltada não apenas para indivíduos-singulares, mas para *coletivos* (famílias, grupos, comunidades), resultando em um novo tipo de *prática social de saúde*;
5. O desenvolvimento de *vínculos* entre a clientela e os prestadores de serviços, de natureza administrativa, geográfica, cultural ou mesmo ética.

Diante de tais elementos conceituais, e com preocupações de sistematização e didatismo, percorrer-se-á, de maneira sintética, o trajeto histórico de práticas aproximadas àquelas em pauta, nos períodos de: (a) *prémodernidade*; (b) *primeira fase da modernidade*; (c) *modernidade contemporânea*.

Uma perspectiva histórica

A pré-modernidade

As práticas de saúde sempre tiveram, em sua origem e determinação, a influência dos modos de conceber e agir da sociedade face ao corpo humano e à respectiva valorização concedida à saúde e à doença. Os diversos modelos de *práticas* (ou, mesmo de *políticas* de saúde) daí advindos, ao variarem intensamente ao longo da história, mantiveram correlação com a estrutura da sociedade, em cada período, em face da visão de mundo dominante (SIGERIST, 1974). Por outro lado, como lembra Rosen (1994), em toda a história das sociedades humanas, os problemas de saúde enfrentados tiveram, em sua origem, uma relação com a vida em comunidade, embora com ênfases diferentes, por exemplo nas variadas maneiras com que tais sociedades procuraram resolvê-los, controlando as doenças e melhorando as condições ambientais.

Já na antiga Babilônia, por exemplo, como também acontecia em outras sociedades antigas, códigos como o de Hamurabi prescreviam a necessidade de se cuidar da saúde da coletividade mediante o controle das condutas dos médicos. Há, por exemplo, relatos sobre a história de um médico mesopotâmico, chamado Arad-Nana, que serviu à corte do rei assírio Asarhaddon, cerca de 670 a. C., na qual se destacou como clínico e conselheiro, atendendo não só ao rei como à sua mulher e seus filhos. O historiador grego Heródoto, em sua famosa viagem pelo Egito, em torno do ano 450 a. C., descreveu a prática de verdadeiras especialidades médicas na sociedade de então, mas observações posteriores, a partir de lápides de pedra encontradas em túmulos reais do Vale das Pirâmides, mostraram que, na verdade, em períodos tão remotos quanto o da IV dinastia (cerca de 2500 a. C.), era grande o prestígio dos médicos generalistas, como foi o caso de um deles, Iry, médico da corte do faraó e uma espécie de autoridade sanitária da época. No Egito Antigo havia, também, médicos

contratados para prestar assistência integral aos trabalhadores mobilizados para a construção das pirâmides (THORWALD, 1985).

Na Grécia Antiga, Platão justificava a presença dos médicos na *Polis*, insistindo na necessidade de que os cidadãos, como um todo, fossem pessoas sadias. Na sociedade grega, como destaca Rosen (1994), os termos mais associados à saúde eram higiene, harmonia, bem, equilíbrio, organização; os praticantes, naturalmente, deveriam ser bastante imbuídos dos mesmos. Já havia serviços públicos rudimentares de drenagem e suprimento de água nas cidades. Os médicos gregos tinham seu salário fixado por um imposto especial e possuíam uma base territorial de ação, tendendo a se concentrar, de forma permanente, apenas nas cidades maiores, onde estabeleciam o *iatréion*, uma espécie de consultório. Nos vilarejos havia, por vezes, a figura de médicos itinerantes, e era comum que os mesmos batessem à porta das famílias, oferecendo seus trabalhos. Cerca de 600 a. C., passou a ser comum a nomeação pública de médicos para atuarem nas cidades, garantindo-se-lhes proventos anuais, mesmo que não houvesse enfermos para tratar – uma forma primeva do que hoje se conhece como *capitação*. A medicina grega, por influência de Hipócrates, que viveu em torno de 450 a. C., tinha também como aspecto marcante a prática generalista dos médicos (SIGERIST, 1974).

Houve marcante migração de médicos gregos para Roma, nas décadas próximas ao nascimento de Cristo, sendo em alguns casos oferecida a eles a cidadania romana – uma notável distinção para a época. Em Roma, os médicos trabalhavam em bases territorializadas, ou seja, com populações adscritas, estabelecendo-se, por decreto, o *numerus clausus*, que limitava seu número dentro de cada cidade. Era costume, também, que as famílias estivessem ligadas a um autêntico médico de família, com atuação integral referente a todos os membros da mesma, recebendo um salário mediante cotização de seus assistidos. A partir do segundo século, aparece um serviço público de atenção à saúde, com a nomeação de funcionários médicos, os *archiatri*, com responsabilidades de atenção à pobreza. (ROSEN, 1994; SIGERIST, 1974).

A Idade Média mostra uma inflexão da tendência de cuidado e manutenção da saúde por parte de profissionais médicos. Em

primeiro lugar, a doença passou a ser concebida como purificação e graça, um privilégio proporcionado por Deus. Como conseqüência, a prática médica recolheu-se aos mosteiros, limitando-se a processos curativos, ainda assim mais voltados para a alma do que para o corpo. Contudo, no final deste período, os médicos leigos aumentaram de número e passaram a ter sua atuação tolerada e até mesmo estimulada pela Igreja, que havia mudado sua conduta em relação ao corpo humano, agora considerado “morada da alma”. No século XIII, em Salerno (atual Itália), verifica-se um primórdio de intervenção estatal em saúde, com a publicação de decretos imperiais sobre a prática e a formação médica. Ainda na Idade Média, ocorre na Suíça o advento de uma espécie de *médico de família*, inspirado no modelo de profissional que prestava atendimento à nobreza e à aristocracia eclesiástica – o *médico de câmara*. É possível encontrar também neste período histórico um rudimento de sistema de saúde pública nas cidades, dirigido por um conselho seleto, dotado de um mandato temporário e geralmente formado por não-médicos. Tais organismos tiveram destaque, particularmente, na França, nos Países Baixos e na Inglaterra. O enfoque das práticas de saúde, em toda a Idade Média, foi sempre o do cuidado à pobreza, com forte influência religiosa. Apesar de todo o atraso científico e social da época, havia certa ênfase na educação e na promoção de hábitos higiênicos e de saúde, conforme se aprecia no *Regimen Sanitatis Salernitanun* (ROSEN, 1994; SIGERIST, 1974).

Embora algumas das bases das práticas de saúde modernas calcadas na proteção social coletiva já estivessem lançadas desde a Antigüidade e a Idade Média, como se viu acima, as transformações que ocorrem a partir do século XVI é que se tornam cada vez mais expressivas. Neste período, os acontecimentos da Inglaterra passam a ter especial relevância, dada a ocorrência precoce, em relação a outras nações, da ascensão da burguesia ao poder e suas decorrências políticas econômicas e sociais. Entre tais eventos, podem ser destacados: (a) a revolução tecnológica (Primeira Revolução Industrial); (b) a urbanização acelerada; (c) a formação gradual de uma nova classe, o proletariado urbano; (d) o advento de legislação de proteção social, tendo como parâmetro a Lei dos

Pobres Elizabeteana, de 1601; (e) o aparecimento de um pensamento social em saúde; (f) a transição gradual entre a responsabilização local das *freguesias (parishes)* pela proteção social e a do *Estado Moderno* – o *Leviatã* de Hobbes. Inaugura-se assim, segundo Rosen (1994), a *Era do Homem Econômico*, de marcantes influências nas políticas de proteção social até os dias de hoje. Darcy Ribeiro, (2000) destaca o período como um "novo processo civilizatório", enfatizando a compulsoriedade dos processos de integração entre culturas e nações, tendo como mediador o mercado e, também, o aparecimento da força de trabalho assalariada, com novas funções atribuídas aos trabalhadores pelos detentores dos meios de produção, cujo parâmetro principal é a produtividade.

A proteção à saúde na modernidade

Será considerado aqui o período que Hobsbawn (1995) denominou de "longo século XIX" (por oposição ao "breve século XX"), que dura de 1789 a 1914, e que tem como períodos referenciais: a *Era das Revoluções* (1789 – Revolução Francesa – até 1848); a *Era do Capital* (1848-1875) e a *Era do Império* (1875 até 1914, quando se inicia a I Grande Guerra).

Sobre tal período, Buarque (1993) descreve como seus aspectos fundamentais – ou *pilares* – as seguintes situações: (a) a *exploração intensiva da natureza* pelo homem, em busca de matérias-primas e fontes energéticas; (b) a *substituição do trabalho humano* pelo trabalho das máquinas, inaugurando a era da manufatura e das revoluções tecnológica e industrial; (c) a *urbanização acelerada*, inicialmente na Europa e, depois, em outras partes do mundo, como decorrência da industrialização; (d) a substituição progressiva de uma *economia baseada na subsistência* por outra baseada no *consumo* (ou no *consumismo*), em que a posse de bens, por parte de alguns, supera as necessidades, gerando enormes desigualdades.

Berman (1987), autor de uma obra seminal sobre os sentidos da modernidade, destaca a importância da grande onda revolucionária

iniciada em 1789 – um período de convulsões em todos os processos de vida pessoal, social e política. A respeito do mesmo, este autor fala de:

> […] uma paisagem de engenhos a vapor, fábricas automatizadas, ferrovias, amplas novas zonas industriais; prolíficas cidades que cresceram do dia para a noite, quase sempre com aterradoras conseqüências para o ser humano; […] Estados nacionais cada vez mais fortes e conglomerados multinacionais de capital; movimentos sociais de massa, que lutam contra essas modernizações de cima para baixo…; um mercado mundial que a tudo abarca, em crescente expansão, capaz de um estarrecedor desperdício e devastação, capaz de tudo, exceto solidez e estabilidade. (BERMAN, 1987, p. 18-19)

É em relação a tal período que o autor aplica a frase de Marx, que aliás dá o título à obra em pauta – *Tudo o que é sólido desmancha no ar*.

O caráter de transformação e criação característico desta fase possui, naturalmente, grande relevância para o objeto aqui considerado – a formação de uma política pública de proteção à saúde.

O quadro abaixo, inspirado em Parkey (1993), traduz de forma concisa alguns dos eventos sociais, culturais, tecnológicos e políticos característicos do período aqui destacado.

QUADRO 3 – Eventos culturais, políticos e tecnológicos na modernidade

CULTURA	POLÍTICA	CIÊNCIA E TECNOLOGIA
• Iluminismo Europeu: Voltaire, Diderot e Hume (cerca de 1760) • J. J. Rousseau publica o *Contrato Social* (1762) • Adam Smith publica *A Riqueza das Nações* (1776) • E, Kant publica *A Crítica da Razão Pura* (1871) • Malthus publica o *Ensaio sobre o Princípio da*	• Revolução Americana (1776) • Revolução Francesa (1789) • Movimentos revolucionários agitam a Europa *Primavera dos Povos* (1830-1848) • Regulamento sobre condições de trabalho nas manufaturas (Inglaterra, 1833) • Emenda à Lei dos Pobres (1834) • Proclamação do Império alemão (1871) • Fortalecimento dos partidos socialistas e trabalhistas na Inglaterra, Alemanha,	• Maquinário a vapor e energia hidráulica (cerca de 1769) • Invenção do tear a vapor por Cartwright (1792) • Jenner descobre a vacina contra a varíola (1796) • Invenção do motor elétrico por Faraday (1821) • Primeira ferrovia (Inglaterra, 1825) • Pasteur desenvolve a teoria microbiana (1861) • O primeiro metrô é inaugurado

População (1798) • Marx e Engels publicam o *Manifesto comunista* (1848) • Darwin publica a *Origem das espécies* (1859) • Karl Marx publica *O Capital* (1867) • Weber e Durkheim publicam suas obras principais (1900-1918)	Rússia e outros países (1875-1898) • Deflagração da I Guerra Mundial (1914) • Revolução Bolchevique (1917)	em Londres (1863) • Roentgen descobre o Raio X (1895) • Os Curie descrevem a radioatividade (1898) • Plank desenvolve a Teoria Quântica (1900) e Einstein a Teoria da Relatividade (1905)

Os séculos XVI e XVII, geralmente considerados como um autêntico “período de gestação” da modernidade, constituíram momento de intensas mudanças em toda a civilização ocidental, com base particularmente na Europa. Carnoy (1988), enfatiza como aspectos típicos desse início da modernidade, o “declínio da lei divina”, que até então governara o pensamento e a ação da sociedade e da qual derivava toda a noção de autoridade conhecida, seja secular ou religiosa. Resulta daí o declínio do

domínio feudal, ao mesmo tempo em que nas cidades adriáticas (por exemplo, Veneza), aflorava uma nova classe de comerciantes, pré-figurando o que seria, pouco tempo mais tarde, a sociedade burguesa. Assim, o surgimento de novos conceitos, de homem, de negócios, de religião, ou seja, uma *nova racionalidade*, marcaram presença neste momento crucial da história, e foi assim que a velha ordem social, fixa e imutável, construída durante quase um milênio, começou a desabar.

Na questão da formação das políticas públicas, Polanyi (1980) fala de uma "grande transformação", tendo como foco as leis inglesas de proteção social, entre elas a Lei dos Pobres Elizabeteana, de 1601, e o chamado acordo de juizes de Speenhamland, de 1795, os quais, na visão do autor, constituem a origem dos sistemas de proteção social modernos. Para este autor, o momento em que as chamadas *mercadorias fictícias*, ou seja, *trabalho*, *terra* e *dinheiro*, passam a ser organizados como *mercados*, marca o rompimento de um estado de equilíbrio social secular, tornando a sociedade em mero acessório deste mesmo *mercado*. Isso muda o *status quo* profundamente, à medida em que se instalam alguns mecanismos perniciosos, visto que a sociedade torna-se despojada da cobertura e da proteção das instituições sociais e culturais que ela própria fora capaz de criar. O resultado seria um agudo transtorno social, capaz de atirar a todos no *vício*, na *perversão* e no *crime*, conforme os argumentos da época.

Polanyi (1980), no mesmo trabalho, opõe-se à visão do marxismo tradicional ao propor uma explicação diferenciada para o papel dos interesses de classe nas transformações sociais. Segundo ele, o que importa são os interesses da sociedade como um todo, e não apenas os de determinada classe; em outras palavras, o movimento de proteção social surgiria não como resultado direto de interesses de classe, mas, sim, em torno de "substâncias sociais ameaçadas pelo mercado".

O "longo século XIX" é cenário, ainda, do surgimento da noção de *cidadania*. Neste domínio, é essencial o recurso à obra de Marshall (1967), também elaborada fora dos referenciais do marxismo. A cidadania, para este autor, estaria associada ao conceito de participação na vida comunitária e seria a decorrência de uma

herança social inerente aos membros da sociedade. Marshall era inglês e se debruçou sobre a história da formação social de seu país, procurando, entretanto, trilhar um caminho diferente daquele percorrido pelos seus ancestrais intelectuais, Stuart Mill e Adam Smith, de fundo economicista. É na história do capitalismo inglês, a partir do século XVII, que o autor vai buscar as bases de seu conceito de cidadania, fundado em três conhecidos elementos: cidadania *civil* (direitos necessários à liberdade individual, originada no século XVIII); *política* (direito de participar no exercício do poder político, característica marcante do século XIX) e *social* (admissão a um mínimo de bem estar econômico, cultural e de serviços sociais, configurada apenas no século XX).

O mesmo Marshall (1967) detém-se, ainda, sobre o conceito de *status*, considerado marca distintiva da sociedade feudal, na qual não havia nenhum código de direitos e deveres do qual os homens estivessem investidos. A passagem do antigo para o moderno se traduz, exatamente, por uma transformação do *status* – medida da desigualdade e do localismo – para a *cidadania* – encontro da igualdade em escala nacional. No caso inglês, a *Poor Law* do século XVII e a própria convenção de Speenhamland ainda representavam um autêntico divórcio entre os direitos sociais e um verdadeiro estatuto de cidadania, sendo que seus assistidos, os pobres, eram estigmatizados como indigentes, e não tratados como verdadeiros cidadãos. Naquela sociedade capitalista primordial, embora a riqueza constituísse prova de mérito e a pobreza, seu reverso, a desigualdade social, ao se tornar excessiva poderia ser contrabalançada pelo surgimento da noção de cidadania, que mesmo em sua fase incipiente, dita *civil*, já representaria um inquestionável princípio de igualdade. Possuir *cidadania* então, significaria bem mais do que uma concessão mas, antes, um atributo extremamente funcional para a sociedade, indispensável para a constituição de um mercado competitivo ou, ainda, “[…] um elo de natureza diferente, um sentimento direto de participação em uma comunidade baseado na lealdade a um patrimônio comum” (MARSHALL, 1967) nas palavras do autor em pauta. É dentro de tal contexto que se erigem as instituições de proteção social ao longo

de todo o século XIX, não só na Inglaterra, como em outros países da Europa, e mesmo nos Estados Unidos, posteriormente.

Mas, qual seria o significado da proteção à saúde que se instaura no contexto da modernidade? Mais uma vez, na história, tudo começa *antes* do que parece… Rosen (1994) afirma a existência de uma verdadeira "façanha sanitária medieval", em que pesem as limitações políticas e científicas inerentes a tal período histórico, e que se traduzem, por exemplo, pelos esforços em lidar com os problemas sanitários urbanos, com a criação de medidas de saúde pública mais tarde consagradas, tais como a "quarentena", e ainda pela atuação da Igreja Católica e das organizações comunitárias na criação dos hospitais e outras instituições voltadas para o cuidado médico e a assistência social, entre outros.

Mas os avanços de maior monta vêm a ocorrer, ainda segundo Rosen (1994), após a instauração da maneira de pensar iluminista, e pelo desenvolvimento do mercantilismo, ao longo dos séculos XVI a XVIII, que produzem uma grande evolução da ciência, particularmente da ciência médica, nos campos da anatomia, da fisiologia e da patologia, com Vesalius, Harvey, Morgagni e tantos outros. Os novos conhecimentos permitiram avançar, não só sobre o entendimento mais profundo da estrutura e do funcionamento do corpo humano, como também em relação à sua aplicação sobre a saúde das coletividades. É uma fase de avanço de um enfoque quantitativo sobre os problemas de saúde, com o desenvolvimento da chamada *aritmética política* – disciplina mãe da bioestatística. Começa a tomar forma, também, a idéia da existência de organismos diminutos como causadores de inúmeras doenças. Para o autor citado, é também esse o período em que aparecem as idéias de que seria essencial uma população numerosa e sadia para garantir a riqueza e o poder da nação.

Foi um momento de debates empolgados dentro da sociedade, envolvendo estadistas, políticos, médicos e homens de negócio mas, principalmente, foi uma era de reconhecimento de aceitação de responsabilidades públicas pela saúde da população. Nascem assim as políticas de saúde modernas, imbuídas do espírito do *welfare economics* e fundadas na concepção de um *homo economicus*. Era também uma era de moralidade e intolerância,

mormente em relação aos mais pobres, sobre os quais dizia Chadwick (apud ROSEN, 1994): “[…] vivem na imprevidência, na imoralidade, em comparação com os que trabalham, os quais sabem conduzir suas coisas”.

Mas, mesmo gradualmente, as mudanças políticas ocorridas na Europa na primeira metade do século XIX – a *Age of Revolution*, de Hobsbawn (1994) – acabam por favorecer uma mudança qualitativa do caráter da ação política em saúde, transformando as noções de concessão e repressão, anteriormente vigentes, em noções de direito e justiça social. Neste particular, os anos transcorridos entre 1840 e 1854 são bastante expressivos com relação a tais mudanças, configurando o que Krieger e Birn (1998) denominaram de “o surgimento de um movimento social e de uma profissão”, correspondendo às grandes mudanças políticas e culturais em todo o mundo ocidental. Assim, a saúde transformou-se em assunto público, e o estado de saúde, doença e bem-estar da população passa a ser considerado um reflexo da ação política. É construída, assim, a *Saúde Pública moderna* sob a égide da *justiça social*, na visão dessas autoras. O Quadro 4, inspirado no trabalho em pauta, mostra alguns dos acontecimentos políticos, culturais e sanitários da era da *fundação da saúde pública*.

Por muitas razões, a Inglaterra tem em sua formação de políticas de proteção social e à saúde uma expressão paradigmática. Rosen (1994), por exemplo, acredita que a moderna Saúde Pública originou-se justamente na Inglaterra, entre os séculos XVII e XIX, por ter sido este o primeiro país industrial moderno. Neste período, os ingleses ampliaram sobremaneira seu poderio naval e o sistema de capitalismo mercantilista nele assentado, acumulando, além disso, grandes inovações tecnológicas, com base científica empirista, dando origem a uma economia industrial-urbana que superou inteiramente as raízes agrárias anteriormente vigentes, além de gerar transformações radicais na estrutura social da nação (RIBEIRO, 2000).

QUADRO 4 – A fundação da saúde pública

EVENTOS POLÍTICOS E CULTURAIS	EVENTOS SANITÁRIOS
1840-1847	
• Primeiras leis de limitação do trabalho • Revoltas populares contra a fome dos trabalhadores na França na Irlanda • Movimentos anti-escravagistas	• Villermé publica seu estudo infantil na Inglaterra e nos Estados Unidos sobre as condições de saúde • Chadwick (1842) e Smith (1847) publicam estudos semelhantes na Grã-Bretanha • Griscom, idem em Nova Iorque • Engels publica *Conditions of Working Class in England*
1848	
• Movimentos revolucionários anti-monarquistas em vários países europeus (*Primavera dos Povos*) • Revolução na França • Primeira convenção dos direitos femininos nos EUA • H. Thoreau publica *Civil disobedience*	• Epidemias de cólera em todo o mundo • Virchow publica *Medicinische Reform* na Alemanha • Criação de um Comitê de Saúde da Segunda República na França • *First Act of Public Health* na Inglaterra • Criação de um comitê de Higiene Pública na recém fundada

• Marx e Engels publicam o Manifesto Comunista	*American Medical Association*
1849-1854	
• Aprofundamento da luta pela libertação dos escravos nos EUA	• Elizabeth Blackwell cria o primeiro dispensário para mulheres e crian ças pobres em NY • Fundação da *London Epidemiological Society* • John Snow publica *On Cholera* e bloqueia a transmissão da doença em áreas de Londres (*Broad Street*)

Foi na Inglaterra que ocorreu, ainda de forma coerente com seu processo de desenvolvimento político, o grande marco da proteção social, a Lei dos Pobres – promulgada em 1601 e em vigência ao longo dos dois séculos seguintes – e que teve como característica principal a atribuição de responsabilidades às freguesias (*parishes*) pelo cuidado de seus pobres, antecipando, curiosamente, uma tendência contemporânea da política social que é a descentralização. A proteção, no caso, era marcada por uma forte ênfase ao trabalho, refletindo a máxima protestante de que “mentes vazias são oficinas do demônio”. Com isso, criou-se uma oferta de mão de obra para as manufaturas nascentes, através das instituições de formação e adaptação ao trabalho, as *work-houses*.

As primeiras décadas do século XIX marcaram profundamente os rumos do capitalismo inglês e da formação das políticas de proteção social no país, pois não só se deterioraram as condições de vida da população e aumentaram as tensões e agitações nas ruas, como também a industrialização, que já datava de um século, buscava

novos mercados e incorporava tecnologias e recursos cada vez mais diferenciados. Neste aspecto, o ano de 1834 representa um marco, pois corresponde ao momento em que a Lei dos Pobres, que vigorara por mais de 200 anos, é revogada, dando lugar à formação definitiva de um verdadeiro mercado de trabalho competitivo na Inglaterra. Segundo Polanyi (1980), antes disso não havia um sistema social de capitalismo industrial no país. É a partir do *Poor Law Reform Act*, de 1834, que a história social passa a ser determinada por uma lógica de mercado, instalando-se, assim, de fato e de direito – e de forma irreversível – a era do *homo economicus* no mundo ocidental.

Antes disso, a lógica de mercado via-se tolhida pelas péssimas condições de vida da população. Neste aspecto, a literatura clássica inglesa, seja em Swift, Dickens, Blake, Austen e outros autores do período, fornece descrições de grande impacto, até os dias de hoje. Rosen (1994) expõe tal situação em tintas quase surrealistas, mesmo para a atualidade: as cidades eram extremamente insalubres (os trabalhos de Snow a respeito do cólera em Londres bem o comprovavam); as epidemias e as doenças de massa não possuíam nenhum controle e matavam milhares de pessoas em cada surto; havia um número inacreditavelmente alto de bares por habitante; as condições de saneamento básico eram sofríveis (em certos setores de Manchester não havia mais do que dois vasos sanitários disponíveis para cada 250 pessoas!), e assim por diante. Como se isso não bastasse, começaram a surgir manifestações violentas nas ruas de inúmeras cidades fabris britânicas, nas quais mais de 70% da população era composta por trabalhadores. Estes fatos comprometiam, sem dúvida, não só a produção de bens como as possibilidades de consumo interno dos mesmos. Esse é o contexto do *Poor Law Reform Act*, resultante de um estudo conduzido por Chadwick e Senior, entre 1832 e 1834.

Ainda dentro dos marcos das transformações ocorrida na Grã-Bretanha, merece destaque a criação de um tipo de instituição alternativo ao secular hospital, ou seja, o *dispensário*. Já no século XVII, há notícias deste tipo de serviço público, mas sua oficialização começa a se dar no último quartel do século XVIII, quando um médico londrino, G. Armstrong, cria uma unidade para atendimento

a crianças pobres em um bairro popular, seguidas de outras em diversas cidades do país. Os dispensários ofereciam também cuidados em domicílio, inclusive atendimento obstétrico e, de modo geral, destinavam suas atividades às parcelas mais pobres da população (ROSEN, 1994).

O Quadro 5, inspirado em Rosen faz uma síntese dos eventos do período em pauta.

QUADRO 5 – Eventos sanitários na Grã-Bretanha no século XIX

ANO/PERÍODO	EVENTO
1841-1844	Criação de inúmeras associações civis de defesa de direitos e promoção de saúde (Saúde Pública como movimento social), entre elas a Associação de Saúde das Cidades, liderada por Southwood Smith, sob inspiração de Chadwick
1844	Relatórios da Comissão Real para Investigação da Saúde das Cidades (coordenado por Chadwick): maior centralização e unificação da política; novas leis de posturas urbanas.
1846	Ato Sanitário de Liverpool: a primeira medida sanitária de maior abrangência votada na Inglaterra, criando vários cargos de autoridades sanitárias locais (médicos, engenheiros e fiscais)
1848	Epidemia de Cólera em Londres e outras cidades e criação do Conselho Geral de Saúde, substituindo o comissariado provisório anterior.
1854	Renovação do Ato de Saúde Pública é rejeitada pelo Parlamento; ocaso da influência de Chadwick
1871	Criação do Conselho de Governo Local para a saúde pública
1875	Aprovação de um novo Ato de Saúde Pública e consolidação jurídica e administrativa da proteção sanitária.

As reações não tardaram a marcar presença, como pode ser atestado por um editorial do jornal *The Times* (que havia apoiado as medidas de intervenção inicialmente), cerca de 1850: “preferimos nos arriscar ao cólera, e ao resto, a nos impingirem a saúde”.

Cabe aqui uma breve digressão sobre uma situação peculiar do Reino Unido, a prática médica generalista, realizada sob auspícios estatais, cujos profissionais, conhecidos como *GP – General Practiotners* – têm presença marcante no sistema de cuidados à saúde daquele país desde o século XIX, constituindo a base operacional e a porta de entrada do *National Health System*.

Segundo Brotherston (1971), a emergência deste tipo de prática se dá no início do século XIX, associada às mudanças rápidas de natureza comercial e industrial ocorridas na sociedade inglesa da época. Havia, anteriormente, cerca de três categorias de praticantes de saúde, os *physicians* (médicos clínicos), os *surgeons* e os *apothecaries* (espécie de farmacêutico), frutos de um sistema que durava já cerca de 300 anos, mas cujo estatuto foi modificado através de unificação, ao longo das primeiras décadas do século XIX, em um processo conflituoso, com marcante intervenção estatal. Assim, procederam-se mudanças que refletiram as pressões das demandas sociais, bem como do desenvolvimento de novos conhecimentos e tecnologias. Por volta de 1879, foram estabelecidas as seguintes categorias de GPs: (a) o *surgeon-chemist*, com formação médica e habilitação no manuseio de produtos farmacêuticos; inclusive com autorização para comercialização dos mesmos; (b) o *surgeon-apothecary*, com a mesma habilitação, porém sem autorização para comercialização de produtos farmacêuticos (c) os *médicos clínicos* propriamente ditos *(consultant order)*, não envolvidos com a produção e a dispensação direta de medicamentos.

A unificação da profissão médica no Reino Unido ocorreu através de um *Medical Act*, baixado pelo Conselho Geral de Saúde, com debates intensos e muita polarização dentre os próprios médicos e a sociedade, entre 1830 e 1858, período em que também se registram grandes transformações na formação médica. Faz parte do cenário da época, também, a proposta de se criar uma *lower order of practitioner*, para atendimento às populações rurais pobres,

prontamente rebatido pela *British Medical Association*, sob o argumento, sem dúvida progressista, de que *"[…] disease affected people wherever they were and of whatever class they were, and so the same degree of medical skill should be available for everyone"*. (BROTHERSTON, 1971). Nos últimos anos do século, ocorreram restrições à prática dos GP, correspondendo ao que o mesmo Brotherston (1971) denomina de "*the rise and the fall of the GP"*, devido à tendência ao crescimento das especialidades médicas cirúrgicas e dependentes de tecnologia, efeito que persistiu mesmo pelo século XX afora, e que só foi abordado normativamente com o advento do NHS, a partir de 1948. Uma frase de Bernard Shaw, citada por Brotherston (1971), reflete bem algumas das contradições a que estavam submetidos os GP ao final do século XIX: *"[…] to make matters worse doctors are hideously poor […]. Better be a railway porter than an ordinary English GP*".

É na Inglaterra, também, que surgem mudanças importantes na forma de organização dos sistemas de saúde, ainda nos primórdios do século XX, que vêm a provocar influências em todo o mundo ocidental, configuradas, por exemplo, na concepção de assistência à saúde dos *welfare states*. Assim, cerca de 1920, um *white paper*, subscrito por Lord Dawson of Penn, uma autoridade médica do sistema público da época, propunha a diferenciação dos serviços de saúde em três níveis de atenção, *primário*, *secundário* e de *hospitais docentes*, o que veio a fornecer as bases para todos os sistemas de atenção regionalizada e hierarquizada contemporâneos. Da mesma forma, foi através desta diferenciação de níveis, que ganharam substâncias as propostas de APS que se implantaram em muitos países do mundo, na segunda metade do século (STARFIELD, 2001).

Uma breve incursão ao processo de formação das políticas de saúde em outros países será realizada nas páginas seguintes.

A *França*, berço do iluminismo, do racionalismo e do reconhecimento dos direitos do homem, coerentemente assumiu a liderança européia das ações públicas na área social e na saúde durante as primeiras décadas do século XIX. Já em 1790, a Assembléia Constituinte criara um *Comité de Salubrité*, responsável por assuntos variados como a educação médica, o saneamento das

cidades, a medicina forense, a saúde animal e o controle das epidemias. Nesta época, já era consensual a idéia de que ao Estado competia proteger a saúde de seus cidadãos, e de que a doença tinha responsabilidade direta como causa de indigência. Desde 1791, foram nomeados médicos com funções de autoridade sanitária em cada departamento, com atribuições de cuidar dos indigentes, proteger a saúde das crianças, promover inoculações contra a varíola, notificar as epidemias, além de fazer relatórios sobre a situação de saúde local. Ainda no final do século XVIII, a Convenção aprovou leis que estabeleciam um Sistema Nacional de Assistência Social, de forma absolutamente inédita na Europa de então, apesar de sua implementação ter sido comprometida pela situação de anarquia civil pós-revolucionária (ROSEN, 1994).

Segundo Thévenet (1973), a par das influências ideológicas iluministas trazidas pela Revolução Francesa, o sistema de proteção social desse país também apresenta profundas influências da prática da caridade católica. Aponta essa influência como uma verdadeira *nova mentalidade*, originada ainda no século XVII, através do trabalho social desenvolvido por São Vicente de Paula, que associou a prática caritativa a um enorme talento de organizador, criando a instituição que ainda hoje tem seu nome, responsável por dispensários, asilos, creches e outras formas de abrigos para inválidos e deserdados, erigidos sob o princípio da dignidade e do direito à vida. Ainda segundo o autor em pauta, o que o movimento revolucionário fez, de fato, foi substituir a noção cristã de *caridade* por uma noção laica de *justiça*.

A partir de 1802, foram estabelecidos nas cidades francesas os *Conseils de Salubrité*, com uma feição que os aproxima das administrações de saúde contemporâneas, pois sua atuação pautava-se por uma relativa *integralidade*, abrangendo, por exemplo, a higiene do comércio de alimentos, os banheiros públicos, a educação médica, os sistemas de saneamento básico, os presídios, o atendimento a emergências, a saúde dos ambientes de trabalho, as estatísticas de morbi-mortalidade e muitos outros aspectos (ROSEN, 1994). Surge a *Medicina Urbana francesa*, com sua ênfase em enfrentar os problemas derivados do comprometimento das cidades assoberbadas pela migração rural-

urbana pós-revolucionária e, que considera as cidades, nos marcos de pensamento racionalista da época, dentro de uma analogia com verdadeiros organismos vivos (SINGER; CAMPOS; OLIVEIRA, 1979).

A proteção social francesa sempre colocou muita ênfase na infância e na família. Segundo Thévenet (1973), desde 1811, fora promulgada uma *Charte des Enfants Assistés*, substituída um século depois. Algumas décadas depois, surgem leis de assistência a crianças maltratadas e moralmente abandonadas. Trata-se de uma tradição que se prolonga por todo o século seguinte. Por volta de 1893, a assistência à saúde, predominantemente hospitalar até então, incorpora o princípio da *Assistance à domicile*, dentro do qual são inseridas a livre escolha do médico por parte dos pacientes, o reembolso de despesas, a garantia de atendimento especializado e hospitalar, entre outros aspectos.

A *Alemanha* integra-se apenas tardiamente ao conjunto dos verdadeiros estados-nações europeus, com a unificação promovida por Bismarck, por volta de 1870. Contudo, um pensamento social em saúde, de feição intervencionista e autoritária, pode ser encontrado em autores alemães desde o século XVI, de forma coerente com determinadas características políticas e econômicas marcantes nas cidades-estado e principados alemães desta época, quais sejam, o *absolutismo* e o *mercantilismo*. É então que se origina o conceito de *polícia médica* (*Medizinalpolizei*), típico do pensamento alemão, mas que deve ser interpretado à luz de sua raiz grega *politéia* – administração do Estado – portanto, o mesmo que *política*. Ressalte-se, ainda, que a preocupação alemã com a saúde é mesmo anterior à inglesa e francesa, só não tendo se concretizado como política nacional efetiva justamente pela tardia unificação alemã (SINGER; CAMPOS; OLIVEIRA, 1979; ROSEN, 1994).

Um pouco da história do pensamento alemão em Saúde Pública é a seguinte: em 1665, Seckendorff sistematizou as finalidades da ação governamental em saúde, prevendo que as mesmas estivessem voltadas para o bem-estar e a proteção da saúde do povo e, também, para incrementar o crescimento da população, o que incluiria, entre outros aspectos, a supervisão do trabalho das

parteiras, o amparo aos órfãos, a designação de autoridades sanitárias, a inspeção de alimentos, a prevenção de hábitos nocivos, o saneamento básico e ainda, de forma coerente com a época, a assistência à pobreza. Na mesma época Leibnitz, cientista, filósofo e político, já defendia a responsabilização dos governos pela saúde da população, dando grande ênfase à investigação quantitativa dos fenômenos de saúde e de doença. Frank, no final do século XVII, realiza a mais monumental obra sobre a *Medizinalpolizei*, considerada por Rosen como *"[…] um código de saúde para déspotas esclarecidos"*, no que é seguido por Mai, seu contemporâneo (ROSEN, 1994).

Frank, médico, educador, administrador e um erudito pensador, defendia a idéia de que a saúde do povo é uma responsabilidade do Estado e apresentou em uma extensa obra (*System*), marcada pelas idéias humanistas e iluministas, uma minuciosa descrição de um sistema de proteção à saúde, tanto no campo público como no privado, cujas principais características são: (a) estímulo à procriação e à vida familiar, com vistas a aumentar a população; (b) atenção à maternidade e ao puerpério; (d) proteção à criança, até a adolescência e inclusive no ambiente escolar; (e) promoção da higiene dos alimentos, das moradias, da recreação, dos dejetos e das vestes. A obra de Frank, realmente monumental e insuperada, ainda percorre inúmeros outros campos da Saúde Pública, tais como a prevenção de acidentes, as estatísticas vitais, a medicina militar, a administração hospitalar, as doenças venéreas, epidêmicas e transmissíveis, além de outros aspectos (ROSEN, 1994).

As idéias da *polícia médica*, contraditoriamente humanistas e despóticas, tiveram grande influência nas cidades alemãs e no restante da Europa, sendo incorporadas pelos governos da Alemanha unificada, a partir de Bismarck. Ao longo das décadas que se seguiram à publicação do *System* de Frank, médicos ativistas alemães, como Virchow, Neumann e Leubuscher, bateram-se pela implantação dessas idéias, que passaram a incluir novas questões, como a saúde do trabalhador industrial, o licenciamento médico, as medidas de proteção específica contra as doenças transmissíveis, recém-preconizadas pela Revolução Científica em curso na época. Suas influências estendem-se ao longo do século

XX, inclusive no Brasil, com a criação dos sistemas de previdência social modernos (SINGER; CAMPOS; OLIVEIRA, 1979; ROSEN, 1994).

Estados Unidos: a liderança na Saúde Pública passou dos franceses aos ingleses em meados do século XIX e, a partir daí, foi incorporada nos Estados Unidos de forma expressiva, segundo Rosen (1979). As idéias sanitaristas de proteção coletiva e intervenção urbana, ao feitio inglês e francês, contudo, já haviam sido empregadas em Nova Iorque deste o ano de 1795, por ocasião de uma epidemia de febre amarela. Contudo, a não constituição, até aquele momento, de uma organização sanitária de cunho público impediu medidas eficazes.

Com o explosivo crescimento urbano do país, na primeira metade do século XIX, começou, gradualmente, a se desenvolver este tipo de organização. Neste aspecto, a cidade de Nova Iorque, sujeita a freqüentes epidemias, foi pioneira, criando a partir da primeira década do século uma administração permanente para a saúde. Curiosamente, a localização inicial dos serviços de saúde pública americanos era nas chefaturas de polícia, mas, de qualquer forma, a figura da autoridade sanitária, com mandato estatal, já se fazia presente. As funções exercidas por tais autoridades (Inspetor Sanitário da Cidade) incluíam a administração da saúde, o saneamento ambiental, o controle das epidemias e outras doenças e a estatística vital. As condições de saúde eram então tão ou mais precárias que as da Europa, dada a urbanização descontrolada, agravada pelas imigrações. A influência européia também se fazia sentir nas práticas de saúde pública, traduzidas por freqüentes e extensivos inquéritos, à feição daqueles desenvolvidos por Villermé e Chadwick, na França e na Inglaterra respectivamente.

A Saúde Pública americana ocupou-se intensivamente da problemática urbana, tanto que, por volta de 1845, foi iniciado um amplo movimento pela Reforma Sanitária no país, com ênfase nas responsabilidades locais, mas que evoluiu de forma incompleta e muito lentamente. Destacam-se, neste período, os nomes de Griscom, autor de um relatório à Chadwick sobre as condições sanitárias de Nova Iorque, de Shattuck, um empreendedor preocupado com as questões de saúde, sediado em Boston, bem

como a constituição de inúmeras e influentes entidades civis voluntárias de luta pela saúde, também de acordo com o modelo inglês. Uma administração nacional de saúde (*National Health Department*), que incorporou os princípios do movimento sanitário americano, entretanto, só foi criada por volta de 1879 (ROSEN, 1994).

A proteção à saúde na modernidade contemporânea

Aqui recorre-se, mais uma vez, a Hobsbawn (1995), em busca de uma definição precisa e coerente acerca da modernidade contemporânea, que este autor prefere chamar de o "breve século XX", em contraposição ao "longo século XIX". Com efeito, o autor elabora a imagem de que um "curto" século iniciou-se em 1914, com a deflagração da I Grande Guerra e se encerrou com a derrocada do império do socialismo real liderado pela URSS, no final da década de 90. São definidos, então, três períodos nesse segmento de tempo: o primeiro, a *Era da Catástrofe*, entre as duas grandes guerras mundiais; o segundo, entre 1945 e a chamada crise do petróleo de 1973 – a *Era de Ouro*; o terceiro, encerrado em 1990, marcado pela incerteza e pela decomposição – o *Desmoronamento*.

Nas linhas que se seguem, um pouco da elegância do historiador inglês, quando ele pinta um quadro lúcido do que foi este "curto século" no qual a Modernidade frustrou a todos que queriam vê-la consolidada e ampliada nas conquistas que possibilitou à humanidade durante o "prolongado século" anterior:

> Contudo, Marx e os outros profetas da desintegração dos velhos valores sociais tinham razão. O capitalismo era uma força revolucionadora permanente e contínua. Claro que ela acabaria por desintegrar mesmo as partes do passado pré-capitalista que antes achava convenientes, ou mesmo até essenciais, para seu próprio desenvolvimento: acabaria serrando pelo menos um dos galhos em que se assentava. Isso vem acontecendo desde meados do século. Sob o impacto da extraordinária explosão econômica da Era de Ouro e depois, com as conseqüentes mudanças sociais e culturais – a mais profunda revolução da humanidade na sociedade desde a Idade da Pedra – o galho começou a estalar e partirse. No fim deste século, pela

> primeira vez, tornou-se possível ver um mundo em que o passado, inclusive o passado no presente, perdeu seu papel, em que os velhos mapas e cartas que guiavam os seres humanos pela vida individual e coletiva não mais representavam a paisagem na qual nos movemos, o mar em que navegamos. Em que não sabemos aonde nos leva, ou mesmo aonde deve levar-nos, nossa viagem (HOBSBAWN, 1995, p. 25).

Embora o próprio autor considere sua periodização provisória, até porque escreveu dentro desse tempo e, portanto, com dificuldades para melhor compreendê-lo e analisá-lo, é provocativo movimento tentar encontrar, nessa idéia de três eras, uma possível correlação com a construção dos sistemas de proteção social no mundo. E em uma aproximação, também provisória, possíveis articulações poderiam ser: (a) *Era da Catástrofe* – o fim dos antigos sistemas ainda muito marcados pelo credo liberal; (b) a *Era de Ouro* – o advento dos Estados de Bem-estar formulações keynesianas (na verdade, resultantes de um primeiro baque de incerteza, a crise da década de 20); (c) *Era de Desmoronamento* – as "reformas das reformas", crise do *welfare state* tradicional, afastamento do Estado e contenções de gastos sociais.

A aplicação da imagem das três eras no caso da proteção social deve ser considerada mais um recurso esquemático e de síntese – uma tentativa de configurar uma tipologia clara e aceitável – mais do que nela enquadrar, formalmente, *todos* os casos possíveis. Algumas exceções saltam aos olhos e mostram a incompletude do mesmo, por exemplo, o caso do Brasil e de outros países em condições semelhantes, que ainda realizam suas tentativas de implantar *welfare states* e que, apesar disso, já vêm fazendo "reformas de reformas" antes mesmo que tenham completado a obra primordial. Da mesma forma é o caso dos EUA, cujo *welfare* tem natureza especial e diferenciada, não acompanhando de perto as transformações vislumbradas dentro de tal esquema.

Na presente seção, o que se pretende é debruçar sobre algumas das mudanças mais recentes, correspondentes ao que se denominou acima de *Era de Desmoronamento*. O foco principal será colocado sobre os cenários abertos pelas mudanças políticas e econômicas das últimas décadas, com a crise do Estado de Bem-estar, a ressurgência do liberalismo e o aprofundamento da

chamada globalização, por exemplo. Buscar-se-ão os impactos sobre o panorama dos sistemas de proteção social, particularmente na saúde, seja nos países centrais, seja nos dependentes, tomando-se o caso brasileiro como exemplo. Serão ainda levantadas algumas informações sobre o conteúdo das agendas de política social dos organismos internacionais, seja na área de regulação financeira (FMI), desenvolvimento econômico (Banco Mundial) e saúde (sistema OPAS/OMS) e seu impacto nas reformas dos sistemas de saúde em curso na presente década.

O sentido das políticas de proteção social

Se o século XX teve sua trajetória marcada pelas mudanças e, ainda mais, pela sua rapidez e universalidade, as políticas sociais, sem dúvida, foram caudatárias diretas dessas características. Nos anos do otimismo, como aponta Hobsbawn (1995), teria havido a ocorrência de uma verdadeira "Revolução Social", transcorrida entre o final dos conflitos mundiais, na década de 40, e os anos 90, com o fim do socialismo real e a aparente "morte das ideologias". São características de tal período: (a) a urbanização progressiva e a rápida "extinção" ou redução numérica acentuada do campesinato na maioria dos países; (b) a necessidade cada vez maior do acesso à educação mais sofisticada e mais tecnológica em toda parte; (c) o declínio numérico e a perda de prestígio e poder político da própria classe operária industrial – o proletariado histórico – configurando o que seria não *uma crise de classe, mas de sua consciência*, muito embora em ritmo não tão acentuado como ocorreu com o campesinato; (d) o advento de um novo ator histórico – as mulheres – cada vez mais escolarizadas, cada vez mais inseridas no mercado de trabalho, inclusive quanto aos seus segmentos anteriormente excluídos de *mães e esposas*. Estes fatos certamente compõem um pano de fundo abrangente para as transformações da política social ocorridas ao longo do século e, particularmente, em sua segunda metade.

As políticas sociais estão articuladas de forma profunda ao desenvolvimento do capitalismo, que traz, como conseqüência, questões sociais de alta complexidade e dinâmica característica. Como elementos deste contexto estão: a formação do proletariado, a urbanização, a ruptura das economias de mera subsistência, fortemente dependentes da exploração direta da natureza, o enfraquecimento de determinadas formas tradicionais de solidariedade providas pelas própria sociedade. Com conseqüências mais visíveis, destacam-se a insegurança e a pobreza (LAURELL, 1995).

Modernidade e capitalismo acarretaram sempre políticas sociais, mas dentro de um *modus operandi* que requer determinadas mediações para sua compreensão integral. Assim, a relação de possível causa e efeito é complexa e determinada de forma múltipla, vislumbrando-se nela componentes de legitimação política e reprodução econômica, a par de características mobilizadoras e até mesmo libertárias, racionalidades humanistas, partidárias, religiosas, entre outras. Conforme acentua a mesma autora (LAURELL, 1995), a chamada “questão social” adquire o status de *fato político* e as propostas de solução passam a fazer parte de uma vasta gama de mecanismos representativos e, em contrapartida, das ações do aparelho de Estado e de suas relações com a sociedade e o mercado. Estabelecem-se, assim, dinâmicas próprias que têm sido exaustivamente examinadas na literatura, como por exemplo, as articulações entre público e privado; direito e benefício; legitimação e conquista social; mérito e universalização, entre outras.

Políticas sociais, dentro da tradição marxista (FALEIROS, 1979), representam, no âmbito dos blocos de poder político e econômico, uma resposta ao *direito ao trabalho*, traduzida como *direito à assistência* de diversas naturezas, seja estabelecendo trabalhos públicos (“frentes”), seja através das cestas básicas alimentícias e outros mecanismos, voltados para uma lógica de manter a lealdade das classes de baixo e sua mobilidade e reserva para o trabalho. Para quem não trabalha, surge outra gama de medidas impostas pelo Estado com o apoio dos grupos dominantes, de caráter

geralmente tutelar e que aviltam, modo geral, o ganho financeiro dos assistidos, concedendo-lhes apenas o *mínimo*.

Em um processo de síntese conceitual, a discussão das políticas sociais tem sido projetada para territórios cada vez mais amplos, deixando de lado as explicações economicistas, politicistas, culturalistas, isoladas, em busca do que Laurell (1995) propôs como "abordagem histórico-processual", dentro da qual as políticas são discriminadas em termos não só de seus fundamentos, conteúdos e orientações ideológicas e políticas, mas também dentro das implicações resultantes das interações e dos embates entre as forças políticas em cada momento histórico.

A construção dos sistemas clássicos de bem estar social, em sua feição européia, como é o caso da Inglaterra, dos países nórdicos, bem como de outras nações, deu-se no pós-guerra e em toda a década de 50 e 60. O autêntico *welfare-state*, na forma como hoje é conhecido, associado aos nomes de Keynes e Beveridge, tem esta origem, com tradução de mínima proteção governamental em termos de renda, alimentação, saúde, educação e habitação, assegurados a cada cidadão não como caridade ou concessão do Estado, mas como um direito. A origem histórica destes sistemas de proteção é, entretanto, mais antiga, coincidindo com a formação dos Estados nacionais e os processos de industrialização e urbanização. São estes Estados que começam a se distanciar do *liberalismo*, em direção a um modo mais *social*, que promove o que Viana (1997) denomina de um "tipo particular de arranjo entre o Estado, o mercado e a sociedade", simbolizando dessa forma um "duplo compromisso": entre o Estado e o mercado e entre a democracia e o capitalismo.

Como resultado de tal arranjo, típico do período histórico de diferenciação, crise e expansão do capitalismo, originam-se padrões distintos de intervenções do Estado sobre a vida social, organizadas em torno de dois eixos, o primeiro, *universal/seguridade*, típico da Escandinávia e do Reino Unido e o segundo, *ocupacional/seguro*, vigente na Europa continental – com suas variedades mistas (VIANA, 1997).

O caso da saúde

Em relação aos sistemas da saúde, o quadro acima referido se amplia, visto que, já no final do século XIX detectam-se, na Europa principalmente, uma "primeira onda" de reformas, caracterizada por financiamento subsidiado estatal e programas específicos para os mais pobres e trabalhadores de baixa renda, tendo como paradigma o caso inglês (*sanitarismo*), com desdobramentos inclusive no século XX. Uma segunda onda seria aquela advinda da crise do pós-guerra, cujo exemplo típico é a formação do *National Health System* britânico, com extensão da atenção e inclusão do acesso aos cuidados de saúde entre os direitos de cidadania; o terceiro momento é mais complexo, iniciando-se, ainda nos anos 60, com a expansão pura e simples da assistência, seguido, em anos mais recentes, de uma crise desse modelo e a necessidade de formulação de uma agenda pós-*welfare* (ALMEIDA, 1996).

O caso da saúde tem suas particularidades, aliás muito numerosas e variadas. Na verdade, a "primeira onda" de reformas corresponde ao período em que as opções se diversificaram, particularmente no contexto europeu, quando os avanços sociais obtiveram maior primazia se comparados mesmo aos países avançados da América do Norte ou do Oriente. As alternativas disponíveis, naquele momento, segundo Costa et al. (2000) seriam: (a) o modelo *beveridgeano*, baseado no financiamento por fundos públicos fiscais, com garantia de acesso, gratuidade e integralidade, correspondendo ao *welfare state* clássico inglês e escandinavo; (b) o modelo *bismarckiano*, baseado em seguro e pagamento compartilhado entre sociedade e Estado, apoiado em estruturas corporativas e acesso condicionado pela condição de emprego e mérito. Um terceiro modelo, dito de *mercado*, também ocorria, tendo como características principais a organização a partir das capacidades de compra e consumo de seus usuários (cidadãos-consumidores) ou das empresas às quais estes estão vinculados – este é o padrão que vigora, ainda hoje, nos EUA e no Japão.

Em termos mais amplos, ou seja, do desenvolvimento do *welfare state*, há quem vislumbre, como é o caso de Navarro (1995), uma

onda mais tardia de reformas sociais que afetou, não só os países que haviam participado dos primeiros movimentos nas décadas de 40 e 50, mas também outros da Europa, além do Canadá, Estados Unidos, Japão, Austrália e Nova Zelândia. As características deste período, típico dos anos 60 e seguintes, seriam: (a) escassez de mão-de-obra, como conseqüência de um *boom* econômico despertado pela guerra do Vietnã; (b) a provisão de serviços sociais mantidos nos *welfare states* vigentes; (c) o aumento do número e da intensidade das reivindicações trabalhistas nos países centrais; (d) uma certa perplexidade do empresariado capitalista face aos rumos do movimento operário; (e) novos conteúdos e estratégias dos programas partidários (pelo menos de representação operária) – aspectos que teriam resultado no relativo compartilhamento do controle do processo produtivo entre proprietários e trabalhadores.

A *era do desmoronamento*: crises do *welfare state* e dos sistemas de saúde

O final de década de 70 e os anos 80 marcam uma inflexão importante na história das políticas sociais no mundo, com reflexos diretos e muito importantes na América Latina e, particularmente, no Brasil: a *crise*. “Crise da realidade ou apenas crise de paradigmas?” - indaga Tetelboim (1992). A resposta da autora é que se está diante de uma realidade mutante, antes promissora, agora ameaçadora, em vias de desfazimento, particularmente no terreno das políticas sociais. Mas há também uma enorme dificuldade em situar e clarificar os termos conceituais, para não dizer ideológicos, do processo de mudança. Cumpre, aqui, situar os termos principais do debate.

Países que já haviam implantado ou reformado seus sistemas de proteção social, nas décadas anteriores, viram-se profundamente afetados. Aqueles que experimentavam reformas nesta área foram obrigados a renunciar às grandes mudanças em suas políticas sociais, em nome de uma minimização do Estado, ou da transferência de responsabilidades ao setor privado e às instâncias

não-centrais de governo, ou, ainda, da contenção de despesas e do equilíbrio das contas públicas.

Hobsbawn (1995) chama atenção para os fenômenos históricos mais amplos que correspondem a esse período, englobando-os à *Era de Desmoronamento*. Entre as características dessa fase complexa, em que "[…] o mundo perdeu suas referências e resvalou para a instabilidade e a crise", o autor aponta: (a) o reconhecimento apenas tardio, entre os políticos e pensadores do mundo capitalista, de que dessa vez a crise não se resumia à "recessão" ou "depressão", como em ocasiões anteriores (1930 e 1987, por exemplo); (b) o desencontro, em torno de explicações convincentes, *just in time*, para a crise e seus desdobramentos; (c) uma associação quase paradoxal entre o declínio de indicadores sociais e alguns sinais de pujança do sistema capitalista, como, por exemplo, intensificação do comércio internacional, aumento da produtividade, quedas não proporcionais ou mesmo manutenção do PIB – pelo menos no segmento mais desenvolvido do mundo; (d) marcantes diferenças entre o declínio de indicadores econômicos e comportamento dos indicadores sociais, nos países centrais e periféricos, com nítido prejuízo destes últimos; (f) o reaparecimento da miséria em todo o mundo, inclusive em países ricos, como denunciado pela emergência do *street people* e outros segmentos marginalizados em números crescentes e impensáveis nas décadas anteriores; (g) o gradual ressurgimento de inquietações sociais; (h) o corte de despesas afetando mais intensivamente a área social, entre outros.

Além disso, destaca o autor, o capitalismo parecia já não funcionar tão bem quanto na época anterior, dita "de ouro", e suas operações começavam a se tornar praticamente incontroláveis. Dessa forma, perde potência o grande instrumento regulador dos períodos anteriores, a política de governo; com isso os estados nacionais experimentaram uma enorme perda de poder político e econômico.

A crise dos sistemas de bem-estar apresenta certa clareza em seu reconhecimento entre seus analistas, mas certamente o mesmo não acontece com as explicações a respeito de seus componentes estruturais, bastante complexos e objetos de grande divergência

entre os analistas. Granados-Toraño (1995), em uma explanação sem dúvida didática, situa o processo da *crise dos sistemas de saúde* dentro de sete dimensões, a saber: (a) *temporal*: não há como alcançar melhores indicadores de saúde pela maioria dos países, a não ser que se alterem radicalmente os modos de intervenção sobre os problemas; (b) *ideológica*: o momento é de "reacomodação das concepções políticas", afetadas pela falência do socialismo real e pelo fracasso das políticas hegemônicas em obter resultados na luta contra a pobreza e pela melhoria da saúde; (c) *política*: falência do estado de bem estar social clássico, com dificuldades na busca de soluções alternativas, dando lugar ao "estado de mal-estar"; (d) *epidemiológica e demográfica*: as dificuldades de tomada de decisões consistentes por parte dos governos, face aos fenômenos da *transição* que afetam particularmente os países em desenvolvimento; (e) *paradigma estatal*: afastamento e marginalização do Estado como promotor do desenvolvimento social, em detrimento do mercado, a partir dos anos 80; (f) *técnica e metodológica*: inadequação dos instrumentos de análise dos processos de saúde, com necessidade da construção de novas bases doutrinárias; (g) *econômica*: queda do paradigma normativo de planejamento, com o advento do sistema de incentivos econômicos e de externalidades da saúde como instrumentos de mudança.

Independente de se tratar de um processo geral do sistema capitalista ou, particular do setor saúde, ou de seu caráter cíclico ou permanente, ou, ainda, das conclusões da corrente interpretativa que sobre ela se debruça no momento, a *crise* trouxe para o setor saúde desafios e contratempos não experimentados no passado. Os *anos dourados* (não mais do que duas décadas) de conquistas sociais e expansão de benefícios, principalmente em direção à universalidade, foram, a partir de então, colocados em cheque e sob alto risco de incertezas. Isso para países que haviam saído na frente em seus processos de construção e reforma de sistemas de saúde, pois, para os demais, geralmente dependentes e periféricos, os agravos ao setor foram catastróficos, não sendo raros os casos de autênticos abortamentos dos processos reformistas, ameaça ainda não totalmente esconjurada no Brasil, por exemplo.

Os reflexos da crise na saúde, não seriam, entretanto, surpreendentes. Desde os anos 60 se denunciava (ver, por exemplo ILLICH, 1975), os riscos de uma *nemesis*, pela excessiva dependência do sistema de saúde em relação ao capital e à tecnologia, além de sua inserção em um imenso e poderoso *complexo médico-industrial*, expressão cunhada *d'aprés* o *complexo industrial-militar* dos anos da Guerra Fria. Dessa forma demonstra-se o que muitos autores latino-americanos têm transformado em pedra de toque de suas reflexões sobre a formação e a evolução dos sistemas de saúde na região (ver por exemplo LAURELL, 1994; GRANADOS-TORRAÑO, 1995; MENDES, 1993; TESTA, 1992; ALMEIDA, 1997; VIANNA, 1997, além de muitos outros), qual seja a hegemonia norte-americana na constituição das políticas sociais e de saúde, geradoras de dependência e exclusão. E também como expressão altamente influenciadora nos processos de reforma e correção racionalizadora das disfunções deste mesmo sistema.

O Estado, também, deve aqui ser visto como peça fundamental em tal jogo de forças, ao facilitar e abrir caminho, por um lado, para o aprofundamento da crise da saúde (o caso da Previdência Social nos anos do "milagre", no Brasil, é bastante significativo); por outro lado, na condução dos processos de ajustes e reformas do sistema, realizados, por vezes, sob o patrocínio e a influência política e técnica de agências internacionais e programas de cooperação técnica estrangeiros. Segundo Almeida (1997), algumas dimensões do envolvimento do Estado devem ser apreendidas para o melhor entendimento do processo de *desmoronamento* na saúde. São elas: (a) *regulatória*: referente às condições de oferta da atenção à saúde e sua inserção (ou não) no modelo keynesiano, tendo como questões centrais o grau de cidadania, o poder profissional, a natureza, a organização e os resultados dos serviços de saúde; (b) *econômica e tecnológica*: relacionada à contínua expansão da alta tecnologia nas economias de mercado, com a participação do Estado em papéis diversos – regulador, prestador, produtor direto; (c) *política*: que leva em conta a participação do Estado e dos outros atores na arena de conflitos distributivos ao encalço dos recursos, entre eles, empregos, poder e interesses de modo geral.

O panorama internacional e as mudanças das agendas na saúde

Sob as influências do “receituário anti-crise” das agências internacionais para a saúde, capitaneadas pelos organismos de fomento (particularmente o Banco Mundial), mas também da marcante presença norte-americana na formação ideológica e cultural das elites do terceiro mundo, consolida-se, nos anos 80, um movimento reformista dos sistemas de saúde minados pela crise, apoiado em uma ampla gama de argumentos, mas de maneira geral convergentes com a denúncia de inviabilidade e irracionalidade do *welfare state* na sua feição tradicional beveridgeana (ALMEIDA, 1996). De forma simplificada e, talvez, eivada de ideologia, tal movimento tem sido denominado singelamente de “neo-liberalismo na saúde”. O fato é que, a crise desencadeada pela expansão acentuada da assistência acabou por resultar em uma nova agenda de propostas reformistas, cuja essência estava no questionamento dos fundamentos básicos que haviam estruturado os sistemas de saúde até então, e cujo eixo central concentrou-se na intervenção estatal. Sobreveio, assim, a onda de reformas dos anos 80, articulada à crise fiscal do Estado – com concordância dos críticos, à direita e à esquerda – quanto ao ataque ao *welfare state*, bem como articulada ao “profissionalismo” (corporativismo) e ao enfoque assistencial dos sistemas de saúde.

O panorama internacional revelava-se, além do mais, francamente propenso às mudanças dos sistemas de saúde. Com a liderança dos EUA, os organismos internacionais, entre eles o Banco Mundial e a OECD, procuraram realizar diagnósticos setoriais abrangentes durante a década de 80, de forma a compor a já mencionada agenda sanitária pós *welfare-state*. Reorganizou-se, assim, o panorama das agências internacionais com atuação na saúde, vislumbrando-se a perda progressiva do espaço das entidades tradicionais (sistema OMS) e o predomínio dos organismos dotados de mandato econômico, como o Banco Mundial e o FMI.

Como destaca ainda Almeida (1996), em um primeiro momento, nos anos 70, procurou-se racionalizar e conter custos, porém sem perder de vista a expansão do sistema, que havia produzido e ainda produzia ganhos políticos importantes. A seguir, entretanto, já nos anos 80, as estratégias evoluem para a ênfase no controle de gastos e equilíbrio financeiro do sistema, sobrevindo, então, políticas mais radicais de ajustes fiscais e cortes de benefícios. Nesta etapa, as idéias geradas nos EUA a respeito de competição e gerenciamento (a partir dos trabalhos originais de Einthoven) ganharam corpo e se difundiram *urbi et orbi*, até mesmo para o verdadeiro "santuário" do *welfare-state* na saúde, que era o NHS britânico. Nos comandos nacionais, Reagan e Thatcher, respectivamente.

De forma bastante sumária, pode-se dizer que a mudança de enfoque nas políticas de saúde dos anos 80 teve, por substrato, uma mudança de paradigma da intervenção estatal no campo social (ALMEIDA, 1996), centrada, além do mais, na ausculta e na qualificação das preferências dos consumidores e na contenção de custos. As linhas gerais de tal política são: (a) princípios filosóficos centrados em universalidade da satisfação (não mais da oferta); (b) busca de impacto das ações e priorização aos mais necessitados, por meio de mecanismos de *focalização*; (c) substituição da ação estatal monopolizadora, centralizada, unificada e controlista, pela noção de *mix* institucional, que inclui Estado, setor privado, filantropias e famílias; (d) novos processos de organização e decisão: financiamento separado da provisão de serviços, descentralização, atuação por projetos, competição, ausculta ao consumidor, criação de fundos de investimento na área social, financiamento baseado em co-participação (auto-sustentação) e recuperação de custos; (e) novas diretrizes para manuseio de recursos: subsídios à demanda, incentivos a "quase-mercados", competição, liberdade de escolha; (ALMEIDA, 1996). Configurou-se, assim, o que Terris (1999) denuncia como a *tríade neo-liberal das reformas anti-saúde*, com o corte dos orçamentos públicos para a área social, desregulação e afastamento do Estado do processo decisório das políticas e privatização.

O quadro daí advindo tem sido chamado de *americanização* dos sistemas de saúde, aspecto amplamente discutido por Vianna (1997), que difundiu o termo no Brasil, além de lhe acrescentar o epíteto de “perversa”. No artigo em pauta, esta autora comenta os possíveis processos de desmonte das estruturas de bem-estar resultantes da *americanização perversa* e constata que, nos dois lados do mundo, eles se sucederam de maneira diferente, ao ponto de se permitir um aposto esclarecedor no título dado ao texto: “Notas (menos pessimistas) sobre a globalização e o Estado de Bem Estar”. Segundo esta autora, há mais alarde do que evidências a respeito de tal desmonte, pelo menos nos países centrais. Analisando o caso inglês, considerado o mais “americanizado” entre os países europeus, verifica-se, na verdade, um incremento do PIB gasto em saúde entre 1974 e 1986, tida comumente como a *era do desmonte*. O mesmo, aliás, aconteceria em outros países como Alemanha e mesmo os EUA. A autora explica o fato pela existência, na Inglaterra, de fortes fontes de apoio ao NHS no âmbito da sociedade, o que descreve como “novos cenários e novos atores”, dentro de um processo de natureza cultural, simbólica e política. Para o Brasil, entretanto, e certamente para outros países de estrutura social e política semelhante, permanece no horizonte o fenômeno da *americanização perversa* da política social, traduzido pela dupla face das mudanças do próprio sistema (privatizações, focalização, racionamentos, apelo ao mercado), bem como da forma de articulação dos grupos de interesse (*lobbying*).

Os casos latino-americano e brasileiro

No Brasil, como no restante da América Latina, os anos 80 representaram o período de gênese da crise das políticas sociais. Do ponto de vista da economia, assistiu-se ao baixo crescimento do PIB e a queda significativa da renda *per capita*, com endividamento externo sem precedentes, desindustrialização progressiva, sucateamento e *déficit* tecnológico. A inflação tornou-se

permanentemente sem controle e ocorreu a redução do investimento produtivo *pari passu* ao incremento da lucratividade empresarial. Aumentaram as transferências financeiras público-privadas, via juros da dívida interna. No Brasil e em outros países, tais como Argentina e México, a instabilidade da política econômica mediu-se pelos planos econômicos sucessivos e de curta vigência durante toda a década. Além disso, tornou-se marcante a concentração da pobreza nos espaços urbanos e o aumento da polarização entre os mais ricos e os mais pobres. Do ponto de vista político, no Brasil, revigorou-se o desenvolvimentismo por via estatal (Era Geisel), seguido, desde o final dos anos 70, da redemocratização e incremento da participação política da sociedade, de forma progressiva, com importância cada vez maior de novos e destacados atores sociais, tais como movimentos sindicais, corporativos, “sem-terra” e partidos políticos. Verificou-se, simultaneamente, uma redução da governabilidade, com a perda de legitimidade do Estado autoritário, a construção penosa de uma “nova ordem” e o surgimento acelerado de novas demandas.

Foi uma *era de incertezas* associadas ao *desmoronamento*, sem dúvida. A crise assim retratada, longe de se constituir como fenômeno conjuntural, expressava muito mais uma dinâmica estrutural, ou seja, uma profunda crise estrutural do modelo de crescimento e de Estado em que se sustentou. A crise brasileira foi a mais forte dentre os países do sub-continente, resultando em um padrão de ingovernabilidade política e de *estagflação* sem precedentes, porém inteiramente previsíveis e inerentes aos fatores determinantes de sua gênese (FIORI, 1993).

A crise do Estado levou ao estrangulamento completo de uma estratégia de desenvolvimento longamente tentada no Brasil, e cuja gestão as elites nacionais, mais uma vez, se descuraram, por possível incompetência ou mesmo falta de visão política. Um aspecto positivo, porém, deve ser destacado na crise – e que vai modular a atuação estatal em momento posterior: o Estado. Deslegitimado, por um lado, ele passa a ser alvo de mudanças tangíveis em sua forma de condução das políticas sociais, por outro. O caso da saúde é paradigmático, quando se vai analisar tal papel,

por assim dizer, *reativo*, dos Estados latino-americanos, entre os quais o caso brasileiro é digno de destaque (FIORI, 1993).

Para completar a presente seção, uma palavra sobre a *globalização*, muito particularmente sobre a *globalização da saúde*. Justificam-se tais comentários, no presente momento, devido a uma certa confusão, intencional ou não, que se faz ao atirar à vala comum não só o tema das reformas contemporâneas dos sistemas de saúde, como também outros correlatos, mas não necessariamente vinculados àquele por relações singelas de causa-e-efeito, como é o caso da falência do *welfare-state*, do chamado "neoliberalismo", da *americanização perversa*, além da *globalização*. É preciso sair das malhas das teorias conspiratórias (no caso, *neo-conspiratórias*) para observar e compreender os fenômenos da realidade contemporânea, como é o caso das mudanças no panorama das políticas sociais, que certamente têm em sua base uma ampla gama de fatores, que passam pela economia e pela política, mas que em muito as ultrapassa.

A referência aqui utilizada é Berlinguer (1999), que questiona: qual globalização? Para qual propósito? Sob a condução de quais forças? No caso da saúde, adverte, o processo vem de longa data, desde a "unificação microbiana do mundo", que se sucedeu à chegada de Colombo à América, prosseguindo ao longo dos séculos XIX e XX através de diversos eventos, como a imunização contra a varíola; as descobertas revolucionárias da microbiologia e da parasitologia; as novas armas da terapêutica química; as políticas de proteção ao trabalho; às crianças, às gestantes e às famílias; o controle de muitas doenças endêmicas (mesmo atrelado a interesses estratégicos e comerciais, como ocorreu com a Febre Amarela no Panamá e no Caribe). Ao lado dos aspectos mais positivos, a globalização tem também – e nisso o autor é incisivo – sua face perversa dada, por exemplo, pela predominância economicista no trato das questões de saúde, traduzida pela influência do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional nas agendas do setor; pela re-emergência de epidemias e endemias, tendo como caso paradigmático a AIDS; pelas ameaças ao meio ambiente, pela expansão do tráfico de drogas; pela violência cada vez menos sob controle. Entretanto, Berlinguer, um pensador da

esquerda européia mais crítica, definitivamente fora do figurino de arauto do neo-liberalismo ou de portador do pensamento conservador da variedade “Tietmeyer”, de que fala Bourdieu (1998), se permite ser otimista com o futuro:

> Globalization is not a dirt word, a wicked invention of neoliberalism. Globalization is a positive tendency of Homo sapiens sapiens, in the species’ present stage of knowledge and development. Any negative perception of globalization relates to its marked imbalance in terms of power and ultimate purpose. These are the features we must change. […] In terms of ultimate purpose, fundamental human rights and the problem of equity should have pride of place; or at least they should come back on the scene, after a long period of neglect. Health and safety pertain to this domain, as a right of life and a precondition for all forms of freedom (BERLINGUER, 1999, p. 590).

As reformas da saúde nas agendas dos organismos internacionais

Em uma das visitas do escritor José Saramago ao Brasil, logo após haver sido indicado para o Prêmio Nobel de Literatura, ao ser instado pela imprensa brasileira a se manifestar sobre a atuação do governo brasileiro, esquivou-se da pergunta, não por achá-la impertinente, mas por ter por princípio não comentar os governos, nem mesmo o de seu país, visto os mesmos situarem-se não onde os julgamos assentados, mas alhures. Alhures? Mas exatamente onde, como e por intermédio de quem?

Que os organismos internacionais de fomento financeiro e cooperação técnica sejam influentes na formulação das políticas próprias dos países assistidos não constitui grande novidade, por tratar-se apenas de um corolário das ações de empréstimo ou assistência que realizam. Que essas influências obedecem, ou tendem a obedecer, prescrições voltadas para os interesses hegemônicos e estratégicos dos países centrais, pode ser apenas uma conseqüência da lógica maximizadora que organiza o mundo capitalista contemporâneo. Independente disso, porém, é preciso qualificar e determinar qual a natureza dessa influência e sua

dinâmica no que diz respeito às políticas internas dos países assistidos. Nesse aspecto, a presente discussão ater-se-á mais à atuação do Banco Mundial, considerando que outros organismos como o FMI e a OECD possuem naturezas diferentes de atuação, de caráter mais normativo ou agremiativo, e com menor grau de interação direta com o *policy making* da área social. Considerar-se-á, também, a atuação do sistema OPAS/OMS, deixando-se claro, entretanto, que o mesmo, pelo menos no contexto da última década vem perdendo substancialmente sua importância e influência na formulação das políticas dos países membros, em favor do Banco Mundial e de outros organismos de fomento financeiro, mais recentemente auto-transformados também em "bancos de idéias", como se verá adiante.

Antes de prosseguir, cabem algumas palavras sobre o processo de difusão das propostas externas aos países dependentes. Segundo Testa (1992), ao analisar o conceito de *Atenção primária à saúde*, nos moldes preconizados pelos organismos internacionais, propostas como estas costumam ser geradas em contextos radicalmente diferentes daqueles aos quais se destina sua aplicação. Com efeito, nas realidades de origem dos programas, o que se tem é uma relativa abundância de recursos, com organização definida dos sistemas de saúde, além de uma certa "disciplina social". No lado oposto, o dos receptores, o que prevalece é um tripé caracterizado pela escassez de recursos, "indisciplina social" e uma "incoerência entre as formas organizativas e os propósitos que se pretende alcançar" (TESTA, 1992), além de um quadro de ineficiência e ineficácia, articulado com a multiplicidade institucional. Destarte, tal situação de desigualdade entre os países acaba por resultar na acentuação da dependência mediante uma "cópia ineficaz" daquilo que é funcional em outras realidades, dado um quadro de determinações bastante diferenciado. A verdadeira significação das propostas geradas externamente somente seria alcançada – o que geralmente não se verifica, segundo o autor – a partir de uma "conceitualização totalizante", através da qual surgiriam elementos como contexto político, participação e ideologia dos grupos sociais, tecnologia

disponível no setor, além das relações que tais elementos possuem com a sociedade global e seus conflitos.

Sobre o Banco Mundial (BM), este organismo foi criado em 1944 para dar suporte financeiro à reconstrução da Europa no pós-guerra. Transformouse, ao longo das décadas seguintes, no principal financiador externo da saúde para os países em desenvolvimento. Além dos empréstimos (nem sempre realizados “a fundo perdido”) o Banco vem se transformando também em fonte de produção de idéias e conhecimentos sobre políticas sociais. Na visão de alguns especialistas em política internacional, o BM passa por ser “apolítico, técnico e neutro”, quando comparado, por exemplo, aos organismos do sistema ONU, particularmente OMS e UNICEF, com os quais já manteve polêmicas históricas. As ideologias prevalentes no BM, desde a década de 70, quando se iniciaram as atividades voltadas para os sistemas de atenção à saúde dos países, têm variado de “atenuação da pobreza”, “redistribuição e crescimento”, “necessidades humanas básicas” até o “ajuste estrutural” em anos mais recentes (BUSE, 1994).

A atuação do Banco não tem sido isenta de críticas, sejam por parte dos especialistas engajados dos países-alvo de suas políticas, sejam da própria comunidade internacional. Para dizer o mínimo, os técnicos do Banco já foram acusados de “burocracias que perverteram nosso sentido de generosidade” e “mestres da ilusão” (DANTÉS, 1999). Na década de 80, por exemplo, a UNICEF envolveu-se em polêmica pública com o BM, ao postular um “ajuste com face humana” na atuação do organismo (BUSE, 1994). Hobsbawn (1995), coloca o BM como um dos instrumentos criados pela “oligarquia dos países ricos” para forçar a abdicação do poder nacional em favor de autoridades supra-nacionais, bem como criar dependência através de *políticas agradáveis* aos seus mantenedores. O Banco tem sido também apontado como uma agência mista, não apenas de empréstimos, mas de imposição de um ideário gerado tecnocraticamente, constituindo-se como um *knowledge bank* (BUSE, 1994). Mais contemporaneamente, Kiely (1998), escrevendo no prestigioso *International Journal Health of Services*, denunciou com veemência o que chamou de *neoliberalism*

revisited por parte do BM, apontando seus equívocos de diagnóstico e ação em países da Ásia e na África Sub-Sahariana.

Da mesma forma são contestados, pelo seu viés ideológico, os conceitos aplicados pelo BM de *good governance* e *market friendly intervention*. Esta é a linha das intervenções de Terris (1999), que, de forma veemente, denuncia a contribuição do Banco, juntamente com o FMI, em forçar uma *reforma anti-sanitária*, calcada na tríade neo-liberal de cortes orçamentários, desregulação e privatização. Ainda com respeito à crítica originada em países centrais, Abassi (1999) publicou, no *British Medical Journal*, uma série de artigos em que o papel do BM é analisado. Em síntese, este autor destaca o caráter não monolítico do Banco, o que o faz também permeável a pressões públicas; enfatiza a necessidade de vigilância externa permanente sobre as atividades por ele desenvolvidas, nos moldes já existentes, como praticados por uma organização denominada *Women's Eyes on the World Bank*. Insiste na mudança de postura dos países que tomam empréstimos, para que interfiram mais diretamente no processo e definam com clareza as prioridades e objetivos da alocação de recursos, o que é referendado também por Cassels (1996).

Nos países-alvo das políticas do Banco, o tom das críticas é, naturalmente, mais exacerbado ainda. No Brasil, para se tomar um exemplo que não é de forma alguma isolado, Costa (1996), apoiando-se em textos de Hirschman, denuncia a "retórica neo-conservadora" da instituição, ao fazer uso abusivo de determinados "imperativos de argumentação" frente aos dissidentes e opositores em geral de suas propostas, com a intenção velada ou clara de "excluir os desejos, o caráter e as convicções dos participantes do processo democrático" (COSTA, 1996). No México, também tomando como exemplo dois autores envolvidos com a análise marxista das políticas de saúde, a crítica se dirige ao caráter "definitivamente neo-liberal" das propostas do Banco e à sua concepção de saúde como bem privado, bem como à natureza anti-ética das propostas que veicula, ao rejeitar a concepção mais abrangente da saúde, como necessidade humana e direito social, e ainda de violar alguns valores essenciais da humanidade, ao transformar as decisões sobre a vida e a morte em meras equações

de custo-efetividade (LAURELL; ARELLANO, 1996; LAURELL, 1994).

Como chama atenção Costa (1996), confirmando o dito de Saramago, os estudos de políticas públicas apontam que, cada vez mais, os governos nacionais se vêem afetados por decisões externas a eles, tomadas e implementadas em instâncias supra-nacionais, das quais o Banco Mundial constitui um bom exemplo. Configura-se, dessa forma, uma autêntica *agenda externa*, na qual são definidos temas substantivos a serem apreciados e implementados como políticas pelos governos. Algumas características desse processo de *imposição* (ou, weberianamente falando, de *socialização*) de políticas podem ser apontados sumariamente: (a) as nações não se colocam simetricamente no processo – ao contrário, existe um pólo hegemônico e um outro secundário); (b) coerção e consenso se alternam, seja através de incentivos materiais (alocados ou retirados) ou, através de forma mais sutil, promovendo "crenças substantivas" entre as elites nativas; (c) relações de causa e efeito podem não ser muito evidentes, ausentes ou até reversas, por meio de mecanismos de processamento e recombinação no âmbito dos destinatários, o que pode resultar até mesmo em orientações antagônicas às deliberações do pólo hegemônico; (d) da mesma forma, nem tudo é linearidade no processo de imposição; como exemplo, a situação paradoxal criada pelas agendas muito ortodoxas, que prescrevem ao mesmo tempo valorização do mercado e abstinência reguladora por parte do Estado, o que pode significar o descontrole de variáveis que afetariam negativamente a primeira orientação; (e) detecta-se a formação de uma *comunidade epistêmica transnacional*, fortemente apoiada em conhecimento científico e ancorada na formação de consenso, aspecto acidamente criticado por Bourdieu (1998), falando de tais especialistas e seus métodos de imposição e persuasão, com o apoio da mídia, para os quais o autor toma como paradigma a figura de Tietmeyer, membro da alta burocracia financeira alemã.

Na área da saúde, as propostas defendidas pelo Banco Mundial remontam aos anos 70, sob a forma de financiamentos a países em desenvolvimento e elaboração de documentos técnicos. Vale a pena

recordar aqui apenas alguns tópicos principais, quase sempre marcados pela ortodoxia econômica, como a orientação para o mercado, a contenção de gastos, a redução do papel do estado e a desregulamentação, a atuação mediante ações focais sobre grupos sociais ou sobre doenças, a busca da eficiência e, simultaneamente, a crítica ferrenha à ineficiência, e à alocação equivocada vigentes nos países dependentes (*mistargeting*), entre outras. Surgem daí pautas para a alocação em saúde inspiradas nos diagnósticos citados, mas tendo sempre como elementos orientadores a lógica de custo-efetividade, através da racionalização da oferta (COSTA, 1996).

Com relação ao Brasil, o Banco Mundial de certa forma se antecipou ao debate local e já na primeira fase de implantação do SUS, produziu um documento diagnóstico e analítico (WORLD BANK, 1988) cujos tópicos principais são: (a) focalização do gasto público em saúde; (b) colocação de fatores restritivos à clientela e de estímulo à oferta privada; (c) descentralização para esferas sub-nacionais de governo; (d) medidas fiscais de desvinculação de fontes e eliminação de regressividade; (e) fortalecimento do papel do governo central em alguns programas, como por exemplo, qualidade em saúde e informação.

Contudo, em 1993, o Banco reviu algumas das posições mais ortodoxas dos relatórios anteriores, vindo ao encontro da idéia-matriz do SUS, mas insistindo em propor a consolidação do processo de reforma institucional em curso no país, de forma flexibilizada, regular e descentralizada. Manifestou também a preocupação com a formulação da política, incentivando a formação de *expertise* e o apoio à pesquisa em políticas públicas para o desenvolvimento dos temas pertinentes à política de saúde. A antiga preocupação com custos e eficiência do sistema manifestou-se através da proposta de pacotes padronizados de benefícios, priorização de procedimentos para compra, principalmente no caso da alta complexidade, bem como o estabelecimento de incentivos à eficiência na oferta de serviços. A regulação do mercado foi bastante enfatizada – seja para o exercício profissional, seja para o mercado de seguros – a ser realizada de forma também descentralizada (WORLD BANK, 1993; COSTA, 1996).

Quanto à atuação dos organismos internacionais do sistema das Nações Unidas, essa tem como elementos conceituais: (a) a "compreensão do contexto", incluindo aspectos econômicos, força dos grupos de pressão, estilo de vida e fatores do "entorno"; (b) uma nova maneira de pensar a saúde, não como medição de resultados, mas como processo e recurso, de forma dinâmica e envolvendo a sociedade e os indivíduos; (c) a recolocação de problemas e prioridades, mediante o reconhecimento da complexidade das circunstâncias que envolvem a saúde e a doença e o aprofundamento da visão social; (d) a integração de novos atores sociais, de forma a incluir a população no processo decisório; (e) integração do pensamento político, os "laços com a ação política" (KICKBUSH, 1996).

Algumas das tônicas das propostas dos organismos do sistema OPAS/OMS têm sido, nas últimas duas décadas, a *Extensão de Cobertura, a Atenção Primária à Saúde, a Saúde para Todos*, as quais têm contribuído para o aparecimento de propostas políticas de reformas dos sistemas de saúde, capitaneadas por estes organismos. Entre tais propostas, merecem ser consideradas: (a) os *Sistemas Locais de Saúde* (*SILOS)*; (b) a estratégia de *Promoção da Saúde e*, (c) o *enfoque na pobreza*¸ comentados de forma sintética nas linhas seguintes.

Os *SILOS, Sistemas Locais de Saúde*, su rgiram como proposta decorrente de demandas oriundas dos países membros da Organização Pan-americana de Saúde, formuladas durante a década de 80, a partir de um consenso em torno de se promover mudanças nos sistemas e serviços de saúde da região, para torná-los mais capacitados ao atendimento das necessidades da população, especialmente dos grupos sociais considerados mais vulneráveis e desprotegidos. Tratava-se de uma proposta articulada com as palavras de ordem gerais da organização na ocasião, especificamente, o fomento da APS e o alcance da meta de "saúde para todos no ano 2000". Os SILOS têm sido vistos como respostas às necessidades e às demandas dos diferentes grupos sociais, em função dos riscos a que são submetidos. São consideradas como bases fundamentais para o desenvolvimento dos SILOS a participação social e o desenvolvimento das "comunidades

saudáveis". O desenvolvimento dos SILOS constitui, na visão da organização, "[…] uma estratégia social adotada pelos países para prosseguir nos esforços de alcançar a eqüidade social necessária aos processos de democratização e desenvolvimento". Procura-se, ainda, a coerência de tais sistemas com as características políticas, administrativas, sócio-econômicas e culturais da realidade onde se inserem, além da integração e articulação com os diversos níveis políticos e organizativos (PAGANINI, 1993; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1993).

Promoção da Saúde, no sentido que lhe é emprestado nas propostas da OPAS/OMS, deriva das formulações de Lalonde, Ministro da Saúde do Canadá, no início dos anos 70, e condutor político da reforma do sistema de saúde daquele país. Segundo este autor, os fatores responsáveis pela saúde das pessoas e das populações obedecem um campo conceitual que inclui: (a) a biologia humana; (b) o meio externo; (c) o estilo de vida e, (d) a organização da atenção à saúde. A partir deste conceito são estabelecidos os objetivos da promoção da saúde, igualmente distantes do preventivismo e do enfoque curativo também restrito. Lalonde (1996), revendo seu modelo após uma década, defendeu sua atualidade e coerência, situando-o como um verdadeiro "mapa do território da saúde", um potente instrumento de análise da saúde e das condições de vida, capaz de abarcar a totalidade dos fatores determinantes, em uma visão unificadora do processo saúde-doença, através da facilitação da mediatização entre os problemas e suas causas, além do esmiuçamento de cada componente do que chamou de *campo da saúde*. Em tal análise, *a posteriori*, o autor insistia, ainda, no papel menos relevante exercido pelo fator *organização da atenção* em relação aos demais componentes. O documento básico para a compreensão da proposta da Promoção da Saúde é a Carta de Ottawa, resultado de uma reunião internacional sobre o tema, realizada naquela cidade no ano de 1986 (BRASIL, [199-?a]). O referido documento, redigido no estilo "carta de princípios", tem como enfoques centrais os aspectos conceituais e operacionais da promoção da saúde, bem como a ênfase na participação ativa do processo de promoção da saúde,

propondo as estratégias das “políticas públicas saudáveis” e dos “ambientes favoráveis à saúde”.

O *enfoque na pobreza*: não se trata de uma política explicitamente preconizada pelo sistema OPAS/OMS, mas uma preocupação que permeia seus documentos e que parece acentuar-se em anos mais recentes. Ganha especial destaque no momento presente, quando alguns outros organismos internacionais, como o Banco Mundial, que, como já foi mencionado, parece estar assumindo progressiva e alternativamente o papel de formulador de propostas de saúde para os países periféricos (ALMEIDA, 1996). Nesta concepção, “pobreza” é caracterizada, nos documentos oficiais dos referidos organismos, por alguns aspectos comuns, a saber: habitação em áreas geográficas mais ou menos definidas, existência peculiar de segmentos vulneráveis, geralmente nos grupos maternos e infantis, necessidade de ênfase preventiva na abordagem de seus problemas e, finalmente, atuação do sistema de saúde através de focalização de cuidados (MESA-LARGO, 1992). Tal estudo menciona, por diversas vezes, a recomendação do Banco Mundial de que o combate à pobreza pressupõe não só a implementação de medidas de natureza econômica (geração de renda e emprego, por exemplo), como também provisão adequada de serviços assistenciais sociais básicos à população mais pobre, entre estes, os de saúde. Esta parece ser a matriz fundamental das recomendações que o documento oferece ao final, sob o título genérico de “políticas contra a pobreza”, mediante fornecimento de serviços sociais concentrados nos segmentos mais pobres, incluindo a atenção primária à saúde, o saneamento básico, o planejamento familiar, os programas nutricionais, a educação para a saúde e a melhoria das condições de habitação.

O momento atual: coincidindo com a última Assembléia Geral da OMS do século XX, foi lançado em Genebra o documento *The World Health Report 1999: making a difference* (WHO, 1999), que pode ser interpretado como a posição da entidade face aos desafios internos e externos enfrentados, seja do ponto de vista político e administrativo, seja como decorrência das várias transições (paradigmática, epidemiológica, demográfica) que afetam a saúde mundial. Ao lado das palavras de ordem tradicionais e da

conclamação de esforços para a luta contra a malária e o tabagismo, as tônicas deste documento são: (a) o aprimoramento das informações em saúde visando o *empowerment* do público; (b) a prática de uma vigilância epidemiológica global; (c) a elaboração de normas e padrões internacionais; (d) o redobramento da atenção a doenças ainda prevalentes ou fora de controle; (e) o exercício de *advocacy*, principalmente em situações de êxodo, diáspora e catástrofes; (f) o financiamento de atividades de pesquisa e desenvolvimento de tecnologias em saúde de interesse das populações mais pobres.

Perspectivas e cenários das reformas em saúde

Em linhas muito gerais e sem dúvida simplificando didaticamente o cenário, as evidências que a literatura apresenta sobre o tema das *perspectivas das reformas* mostram uma marcante polarização. De um lado, os críticos situados no Terceiro Mundo (dos quais, afinal, não é fácil exigir *neutralidade* no trato da questão…), de filiação marxista, tendendo à ortodoxia, particularmente na América Latina, que vêem o futuro a partir de uma visão sombria e suspicaz. As posições de Laurell, Arellana, Vianna, Faleiros, Luz, Eibenschutz, Tetelboin, Granados-Toraño e muitos outros aqui compilados são paradigmáticas. Mas não só nos países dependentes subsiste a posição referida: Navarro, Terris, Bourdieu, Hobsbawn, autores de filiação política e ideológica menos uniforme do que a dos latino-americanos, engrossam o coro dos críticos ao *neo-liberalismo revisitado* embutido nas reformas.

Mas há também um outro lado, que advoga a pertinência e, mais do que isso, o caráter imperativo das reformas, sem as quais o esfacelamento de qualquer ilusão de bem estar social se instalará, como um Armageddon, a não ser que a humanidade seja salva pelo compromisso com o ajuste estrutural. Esta é a posição defendida nos documentos oficiais do Banco Mundial, por exemplo, mas também pelos autores filiados às escolas macro-econômicas, sob a

liderança intelectual de Friedman e outros, supostamente baseados em Chicago.

Haverá outras possibilidades de interpretação quanto às perspectivas e cenários da reforma dos sistemas de proteção social? Certamente que sim. Contudo, a dimensão e os objetivos presentes não permitem maior aprofundamento desta questão. Em todo caso, serão apresentadas as posições de dois autores de diferentes nacionalidades, filiação institucional e (provável) inserção ideológica, que abrem caminhos para novos padrões de análise da questão em pauta: Berlinguer e Saltman.

Berlinguer (1999) seria o legítimo representante de uma esquerda européia *aggiornata*. Para ele, o impulso humanitário ainda é uma força poderosa, o que não impede que se considere a presença no cenário de outras forças, igualmente poderosas, mas não necessariamente antagônicas à primeira, representando a convergência entre o *self-interest* e o altruísmo. Da mesma forma, visões mais *utilitaristas*, ou mais *contratualistas*, podem mostrar-se capazes de inclinar-se diante de tal convergência. Na verdade, aponta o autor, a saúde não se constitui apenas num bem individual, mas sim em algo indivisível, o que é corroborado pelo fato de que as pessoas mais saudáveis são aquelas que vivem em ambientes mais eqüitativos e plenos de coesão social. A saúde não seria apenas o resultado de um jogo de soma zero, ou um bem que apenas necessitaria ser melhor distribuído – a eqüidade na saúde, lembra o autor, equivaleria a um importante fator multiplicador.

Ainda segundo este autor, a questão da saúde não se reduziria a seus termos científicos de mensuração, pois ela não pode ser alcançada plenamente a não ser através de progresso cultural e moral. Nesse aspecto, as décadas recentes mostraram um forte progresso do pensamento bioético, em termos universais, com conseqüências palpáveis na vida das pessoas, seja em termos individuais ou coletivos, como por exemplo na promoção de discussões sobre a comercialização de órgãos humanos e também na “racionalização” do cuidado à saúde.

O outro autor aqui considerado, Saltman (1987), representaria um pensamento *liberal* (no sentido que se dá a este termo no Estado Unidos), de feição anglo-saxônica. Para ele, a questão das reformas

em saúde é um tema a ser conduzido diante de determinados balizamentos, por exemplo, buscando um equilíbrio entre *damage to existing levels of equity*, de um lado, e as mudanças na organização do provimento de cuidados e do próprio papel do Estado, de outro. Almeja-se, assim, o que o autor chama de *effectively redressed all or most of the current inequities*. O autor defende ainda que questões inter-setoriais, como por exemplo o financiamento, e não exatamente as questões internas do setor saúde, é que definem de fato a iniqüidade que se verifica nos sistemas atuais de prestação de cuidados. Sendo assim, adverte, *"the central effort must be placed elsewhere"*. Isso não autorizaria, por certo, uma troca de prioridades na ação, com o abandono da luta intra-setorial de melhoria do sistema de cuidados e nem mesmo a abstenção da responsabilidade pública na questão. Da mesma forma, a busca da eqüidade não pode estar separada da eficiência e da efetividade dos sistemas de saúde. Aliás, adverte Saltman, que os cidadãos em geral e, particularmente os pacientes, sabem que programas inter-setoriais, isoladamente, não substituem os serviços de saúde em sua ação típica. Em termos práticos, reformas inter-setoriais têm seu processo de condução demasiadamente *hard*, ao requererem mudanças substantivas nos comportamentos lucrativos e ao afetar interesses poderosos, resultando freqüentemente em fracassos retumbantes.

Conclui o autor que uma política de saúde apropriada deve levar em conta tanto os aspectos externos ao setor saúde como os internos, de forma simultânea e não menos vigorosa, transformando-se em instrumentos mutuamente complementares, mais do que meras estratégias de aprimorar a eqüidade, *tout court*.

Assim se vê que ambos os autores convidam a pensar para além dos paradigmas de mercado, deixando de lado alguns preconceitos, inclusive ideológicos, ao levantar questões tais como o fundamento ético e moral das reformas, a multiplicidade das questões que produzem a saúde e a doença na sociedade humana, a responsabilidade dos dirigentes, do cientistas e dos técnicos, a questão da eqüidade, as escolhas sempre imperativas, e assim por diante. Berlinguer coloca ingredientes filosóficos, bem como fundamentos éticos e morais na discussão. Saltman lembra que as

reformas são realmente necessárias, e até indispensáveis, para a sobrevivência do que se construiu no século XX como *bem-estar social*. Ambos, porém, alertam que é preciso estar atentos não estritamente ao equilíbrio econômico dos sistemas, mas a questões igualmente tangíveis, e de repercussão não menos deletéria, como é o caso da ética e da eqüidade.

Enfim, o que poderia ser dito, como conclusão, a respeito daquelas polaridades das políticas de saúde, bem expressas no caso do Programa de Saúde da Família, objeto de aprofundamento neste trabalho? Como, afinal se resolveria o embate entre o caráter racionalizador e focal, nos moldes preconizados pelos organismos internacionais financiadores de programas sociais no terceiro mundo e uma política social pautada pelos princípios de eqüidade, integralidade e universalidade? E ainda: tal política veria-se sustentada por marcos ideológicos e conceituais gerados em contextos estranhos à realidade brasileira, ou representaria um processo legítimo de construção social de forma adequada ao momento político dessa sociedade?

Sem maior pretensão de fornecer respostas cabais e definitivas para os referidos questionamentos, talvez, abrindo apenas novas perspectivas para aprofundamento, seguem algumas observações para a conclusão deste capítulo.

1. O estudo das políticas sociais constitui um terreno movediço, que muda de configuração rapidamente, autêntico marco de uma *Era de Incertezas e de Desmoronamento*, marcada por transições de diversa natureza: cultural, epidemiológica, demográfica, política, paradigmática. *Certezas* neste campo podem ser confortáveis, mas possuem poder explicativo limitado face à própria natureza do objeto que pretendem abarcar.
2. Além disso, nem tudo é linearidade e relação direta de causa e efeito quando o tema é a relação entre formulação e implementação das políticas sociais, a *distância entre intenção e gesto* que fatalmente permeia tal processo. Os julgamentos de valor que apontam sempre para *o melhor dos mundos*, ou por outra, para *o remédio amargo ou a morte*…, ou ainda, as

teorias conspiratórias de diversas naturezas e matizes ideológicos – nenhum desses caminhos leva ao desvelamento do que se esconde por trás do que é apenas *aparência* e *fragmento*, ao invés de ser o fato *real* e *total*. Assim, afirmativas do tipo “as reformas do welfare state mostram a face perversa do capitalismo” ou de que se está diante de mais um “consenso internacional para ‘marketizar’ e ‘americanizar’ os sistemas de saúde dos países pobres”, correm o risco de não possuírem substância e se transformarem em mero jogo de palavras pautado pelas ideologias.

3. A política social é sempre complexa e determinada de forma múltipla, com seus componentes de legitimação, reprodução econômica, mobilização social, racionalidades humanistas, ideológicas, libertárias, partidárias, religiosas. A *questão social* é, acima de tudo, um *fato político* entranhado em uma vasta gama de mecanismos representativos, de ações estatais, do produto das relações entre Estado, sociedade e mercado, gerando dinâmicas próprias como as articulações entre público e privado; direito e benefício; legitimação e conquista social; mérito e universalização, entre outras. Simplificação, linearidade e enquadramento em fórmulas pré-fixadas e atemporais representam caminhos para o fracasso na explicação do processo político, dentro do qual se inserem as questões referidas no preâmbulo. A superação destes escolhos pode se dar mediante uma abordagem dentro da qual as políticas sejam discriminadas em termos não só de seus fundamentos, conteúdos e orientações ideológicos e políticos, mas também dentro das implicações resultantes das interações e dos embates entre as forças políticas em cada momento histórico.
4. Parafraseando Marx, é certo que exista o espectro de uma *vaga neoliberal* rondando o mundo, travestido de *ajuste estrutural*, de *paradigma de mercado*, de *americanização perversa*, de *desmonte do sistema de bem estar*, de *aliança tecnocrática transnacional*, de *era do desmoronamento, de globalização*, enfim de tudo que é contrário aos interesses da maioria. É preciso estar atento, contudo, para o fato de que não é este o

único movimento *planetarizado* neste final de século, pois existem também demandas legítimas, não só de técnicos e intelectuais, mas também da população, por sistemas de saúde mais eficientes, menos onerosos, mais ágeis, mais equitativos e participativos, com mais qualidade e direito de opção para o usuário, com privilégio da atenção (primária) resolutiva, que contemplem prioritariamente os mais pobres. Está em jogo, enfim, também uma questão de direitos, não apenas formais, mas palpáveis para o cidadão comum, concretizados na ponta-da-linha e no dia-a-dia. Neste aspecto, é preciso "separar o joio do trigo", não atirando à vala comum das acusações à *perversidade neo-liberal* o que na realidade constitui valor legítimo, adequado à modernidade e às aspirações humanas mais justas – uma *globalização* em sentido positivo (de *direitos*, de *qualidade*, de *eficiência*, de *ética*), como fala Berlinguer. Da mesma forma, se estamos em uma *Era de Desmoronamento*, há quem vislumbre também uma *Era dos Direitos*, como Bobbio (1992), na qual novas questões têm sido incorporadas ao panorama das lutas e das reivindicações sociais, como por exemplo, direitos sociais, ética, qualidade de vida, respeito à natureza, desenvolvimento sustentável, respeito às minorias, valorização das identidades divergentes. Algumas delas têm sido incorporadas ao imaginário comum e até mesmo aos discursos oficiais.

5. Estados *hegemônicos* e *dependentes*, ditames macro-econômicos, *ajuste estrutural*, organismos transnacionais que tendem a substituir os governos nacionais, *comunidades epistêmicas*, são realidades inquestionáveis. Mas o cenário é mais largo e mais profundo. Para apreendê-lo é preciso sair um pouco da visão macro e estrutural que assombra parte da intelectualidade ocidental, ainda portadora da herança althusseriana. A ação política, o peso das tradições cívicas, a capacidade de resistir de todos e de cada um, a criatividade e as possibilidades instituíntes dos atores sociais, as transformações da consciência coletiva – tudo isso faz pensar que, por baixo do que parece ser irreversível e estático, há

movimentos que aqui e ali mostram sua irrupção e sua capacidade de produzir mudança.

6. No caso da política de saúde no Brasil, o cenário presente seria pessimista? As evidências indicam que não. Sem perder o realismo, podese vislumbrar no momento atual de implantação do SUS, com o grau de descentralização alcançado, a institucionalização do controle social e a incorporação de novos atores no cenário da saúde, que nem tudo é *perversidade, cooptação, americanização, compaixão pós-fordista* para usar algumas *palavras-de-ordem* de autores ligados a correntes de pensamento afins. No caso do PSF, para se ater ao objeto central deste trabalho, pode-se até suspeitar de que existem embrionados certos “ovos de serpente”; mas com certeza essa política apresenta, também, outras facetas que permitam categorizá-la como pautada pelos princípios de eqüidade, integralidade e universalidade, também sustentada conceitualmente e ideologicamente por marcos construídos *a partir* da realidade local (ou pelo menos *do país*), afigurando-se como um processo legítimo formulado e implementado, adequado ao momento político atual da sociedade brasileira.
7. Ainda com relação ao PSF: o conceito de *Saúde da Família*, no Brasil, ainda está em formação. Mesmo na realidade brasileira encontramse praticadas diversas acepções do Programa. Quando a comparação é com as propostas internacionais (por exemplo o *General Practitioner* britânico, o *Gate-keeper* ou o *Family Doctor* dos EUA ou, ainda, o *Médico de Família* cubano) o risco de equívoco é muito grande. Aliás, os casos americano e cubano, embora radicalmente diferentes, são freqüentemente tomados como os paradigmas sobre os quais se construiu o programa brasileiro. Uma parte do engano em interpretar os PSF como modelo gerado em situações externas, que se pretenderia transplantar para a realidade brasileira, está, justamente, em tentar aproximar propostas muito diferentes entre si e também bastante divergentes daquela que oficialmente vigora no país. Além disso, o processo de avaliação da produção de impacto do programa no Brasil ainda é muito incipiente, pelas próprias condições de implementação

do mesmo e pelo pequeno lapso de tempo decorrido desde que o PSF formou massa crítica de experiências necessária para tanto. Outro equívoco é supor que as metodologias de avaliação utilizadas em outras partes do mundo (por exemplo, na *managed competition)* dos EUA possam oferecer grandes subsídios para avaliar os programas brasileiros de atenção primária, entre eles o PSF.

8. Há *novos cenários* e *novos atores* em jogo, no Brasil e no resto do mundo. As análises de formulação e implementação e, particularmente, de reformas de políticas realizadas no início e mesmo na primeira metade da década correm o risco de já estarem desatualizadas, por não incorporarem novos aspectos da realidade. O sistema de saúde, que até há poucos anos voltava-se apenas para as populações urbanas vinculadas ao mercado de trabalho, atinge hoje novos contingentes de usuários: rurais, indígenas, minorias, portadores de necessidades especiais, populações marginalizadas e tantos outros. O PSF, com sua expansão marcante, com seus componentes de eqüidade, integralidade e participação – mesmo chocando-se contra tradições políticas, profissionais e culturais desestabilizadoras – pode abrir mais um desses *novos cenários* desconhecidos até poucos anos atrás e, da mesma forma, revelar novos atores neles instalados.
9. É preciso evitar o risco de tratamento excessivamente dicotômico das questões ora em pauta. O PSF não poderia englobar, ao mesmo tempo, componentes emancipadores e conservadores; integralizadores e restritivos; resolutivos e apenas preventivos; transformadores e cosméticos; ser um produto genuíno da criatividade brasileira e também objeto de importação? O que pode transformá-lo *nisso ou naquilo* é o modo como é implementado; a capacidade formuladora e crítica de seus atores; as circunstâncias que o rodeiam; as tradições políticas e institucionais; a *história*; a força da ação política e das tradições comunitárias e, até mesmo, o concurso de fatores "imponderáveis", pelo menos para o grau de conhecimento do momento.

Capítulo II - Saúde da família no Brasil: de movimento ideológico a ação política

Formação da política

É na década de 60 que se situam alguns dos eventos-chave para o entendimento da formação das idéias que acabaram desembocando no caudal que deu origem ao Programa de Saúde da Família no Brasil.

Paim (1997) resgata um pouco da história de tais idéias, a partir dos movimentos do “preventivismo”e da “saúde comunitária” e também de uma produção teórica e crítica da saúde coletiva no Brasil, chamando a atenção para uma “luta contra-hegemônica” que envolveu a construção de novos modelos de atenção à saúde. Assim, mediante seus componentes de *saber*, *ideologia* e *ação política*, teria ocorrido o deslocamento de uma ênfase centrada meramente nos serviços para as condições de saúde e seus determinantes, com práticas imbuídas de caráter social e dimensões simultaneamente técnicas, políticas e ideológicas.

Este mesmo autor percorre a trajetória de alguns dos paradigmas de saúde-doença, entre eles o PSF, destacando que alguns dos mesmos foram elaborados em contextos externos ao país, sendo apenas atualizados no Brasil. Tais seriam os casos das teorias do *campo da saúde* de origem canadense, *da promoção da saúde* (OPAS/OMS) e da *vigilância à saúde*, capazes de conferir novos sentidos para as questões formuladas pelo movimento sanitário em décadas passadas. É assim que um certo *movimento ideológico* passaria a possuir um caráter de *ação política*, conduzida por atores dos serviços de saúde, da academia e da sociedade como um todo.

Tal “importação” de idéias e projetos não está, naturalmente, isenta de críticas e contradições. Testa (1992), por exemplo, detém-se às propostas de saúde que têm origem estrangeira, como os casos citados acima. Segundo este autor, as diferenças econômicas e culturais entre os países acabam por resultar em imposição de cópias ineficazes daquilo que é funcional apenas em outras realidades. O problema, segundo este autor argentino, é que os receptores de tais propostas raramente detêm condições de realizar uma “conceituação totalizante”, incorporando elementos diversos, tais como: contexto político, participação e ideologia dos grupos sociais, tecnologia disponível no setor, além das relações que tais elementos possuem com a sociedade global e seus conflitos. Assim, pode-se dizer que o fracasso de muitas tentativas de transplante de propostas entre realidades diferentes seria o resultado da não-observância dos aspectos acima considerados, ou, textualmente: “[…] por isso é que existem tantos tipos de sistemas […] quase todos consideravelmente ineficazes”. (TESTA, 1992).

Um dos paradigmas que fazem parte do percurso ora comentado é o da *Medicina Comunitária*. Sua trajetória no Brasil foi analisada por diversos autores, como Donnangelo e Pereira (1979), Arouca (1975), além de outros. Na origem da importação de tal conceito, ocorrida nos anos 60, estariam algumas experiências e programas desenvolvidos e mantidos por universidades, entre elas a Unicamp. Suas raízes, entretanto, estão vinculadas tanto à crise do capitalismo como ao impacto dos resultados da implementação dos *welfare states* na Europa ou ainda à formação do *National Health System* no Reino Unido, entre outras. Esta vertente estaria também associada à política externa norte-americana dos anos 60, voltada para os países pobres da América Latina, também conhecida como *Aliança para o Progresso*, que difundiu nos países-alvo sua proposta de saúde, com o apoio das agências internacionais. É dessa forma que surgem programas experimentais em diversos países, inclusive no Brasil, que propõem modelos de assistência nos quais a extensão de cuidados à saúde às populações pobres estaria garantida.

A *medicina comunitária* viria a ter seu substrato teórico, político e ideológico consagrado e expandido na Conferência Internacional de

Alma Ata, em 1978, a partir da qual ela praticamente se confunde com as palavras de ordem geradas no evento, particularmente *atenção primária à saúde (APS)*. O relatório final da conferência (WHO, 1978) transformar-se-á, a partir de então, em peça fundamental do proselitismo dos organismos internacionais, não só sanitários como de fomento econômico, junto aos países periféricos.

As propostas aqui referidas, seja de *medicina comunitária*, na vertente norte-americana, ou da *APS*, na proposta da OMS e UNICEF se constituem em torno de alguns elementos estruturais, os quais, segundo Silva Junior (1998) são: (a) coletivismo (embora criticado como "restrito"); (b) integração da promoção, prevenção e cura; (c) desconcentração de recursos; (d) adequação das tecnologias; (e) aceitação e inclusão de práticas não oficiais; (f) novas práticas interdisciplinares e multiprofissionais e, finalmente, (g) participação da comunidade. Tais propostas sempre estiveram no foco de intensas polêmicas, mobilizando energias intelectuais para sua crítica, não só no Brasil como em toda a América Latina. É o caso dos inúmeros trabalhos publicados na década de 70 por Donnangelo, Paim, Tambelini, Loureiro, além de outros, citados por Silva Junior (1998). As denúncias dirigiam-se contra as possibilidades de controle sobre a sociedade, imposição de mecanismos de participação social, favorecimento da acumulação de capital aos produtores, manutenção e aprofundamento das desigualdades de acesso, entre outras.

Curioso constatar, entretanto, que em anos seguintes, particularmente na década de 90, esta crítica se atenua bastante, ou por outra, as citadas energias intelectuais vão se concentrar em encontrar soluções, não mais apenas em demolir as propostas colocadas em campo, vistas como eram sob uma ótica fortemente ideológica e até certo ponto "conspiratória".

Mais uma vez recorrendo a Paim (1997), autor cuja produção acompanhou de perto a evolução dos conceitos aqui discutidos, revela-se uma síntese das concepções de saúde do chamado movimento sanitário brasileiro, mostrando que, para além dos conflitos das propostas acima citadas, teria ocorrido um certo "renascimento" da Medicina Social nas décadas de 70 e 80, como um paradigma alternativo ancorado nas concepções fundamentais

relativas à *determinação social do processo saúde-doença*, bem como na dinâmica do *processo de trabalho em saúde* e, dessa forma, passaria a orientar as propostas democratizadoras e de reforma do sistema vigentes na década de 80, resultando daí o conceito ampliado de saúde e de seus determinantes, incorporado na Constituição de 1988.

Observa-se, também, que a história das discussões e da formação de modelos alternativos de atenção à saúde no Brasil sempre foi tensa e contraditória. É o que se verifica, por exemplo, partir das vertentes originais e conflituosas de *sanitarismo* e de *previdência*, bem como, mais tarde, em relação ao aparecimento da *medicina comunitária* e de correntes sucedâneas a esta. Todas essas tendências foram alvo, a seu tempo, de críticas ferrenhas, sendo vistas como propostas conservadoras ou componentes de pacotes externos ou de ajuste estrutural, com a denúncia aos aspectos controlistas e reprodutores de ideologia. O próprio objeto da presente discussão, a *saúde da família*, já foi taxada de manipuladora, eleitoreira e contrária aos princípios do SUS (MISOCZKY, 1994) e, em outro momento, redimida como uma proposta inovadora, de caráter antagônico ao de uma "antiga medicina de família" (TRAD; BASTOS, 1998).

Especificando agora o caso da atenção à saúde das famílias, ocorre na década de 60, nos Estados Unidos, o resgate histórico de programas voltados à saúde do grupo familiar, como um "movimento político" de mudanças no modelo assistencial (PAIM, 1986). Neste momento, também, adquire especial importância uma publicação da Organização Mundial da Saúde, resultante da reunião de um "comitê de experts", intitulada *Training of the physician for family practice* (WHO, 1963). Em tal documento aparecem o escopo e os objetivos da *medicina de família*, referidos como acesso direto da clientela; continuidade da atenção; cuidado ao grupo familiar; ênfase na prevenção e promoção da saúde; responsabilização profissional, além de provimento de capacitação e atividades de pesquisa.

A partir de 1966, o movimento da *family medicine* dissemina-se nos Estados Unidos, com interveniência da poderosa *American Medical Association (AMA)*, com a produção de numerosos documentos versando sobre as bases de tal prática e até mesmo

sua incorporação oficial, como uma política federal para a formação profissional em tal campo. A partir da experiência americana, o movimentos dissemina-se para outros países, particularmente Canadá e México, já na década de 70 (PAIM, 1986).

O movimento internacional que gerou as propostas de saúde da família é caracterizado por Paim (1986) como de fundo ideológico, dado sua constituição a partir de um conjunto de práticas que busca substituir a formação especializada e técnica dos médicos por uma outra alternativa, que propõe a atenção integrada e completa. Registram-se, no caso, vertentes de interpretação mais "saudosistas", de resgate histórico de antigas práticas sepultadas pela tecnificação e pela mercantilização da medicina, de um lado, em contraposição a outras concepções mais "racionalizadoras" e preocupadas, por exemplo, com a redução de custos, com o impacto das tecnologias, bem como com a pressão da população pela reorganização dos serviços de saúde.

No caso brasileiro, tal fundamento ideológico e seus desdobramentos conflituosos parecem acentuar-se e mesmo aprofundar-se na década de 70 e nas seguintes. É o que se verifica nos conflitos políticos existentes entre as propostas de *medicina geral comunitária (MGC)* e *medicina social* (e congêneres), conflitos esses que teriam como desdobramento contemporâneo o embate entre o que seria um "novo paradigma", o PSF dos anos 90, e uma antiga *medicina da família* (TRAD; BASTOS, 1998).

O chamado movimento de medicina da família tem sua entrada nos países da América Latina e no Brasil na década de 70, em um momento que Paim conceituou como *fase acadêmica* do mesmo, com a realização de inúmeras reuniões e seminários sediados em universidades, entre elas a Unicamp, sobre o tema, o primeiro dos quais em Campinas-SP, em 1973 (CEITLIN, 1982).

Paim (1986) destaca os conflitos que marcaram o advento e a implantação das várias propostas de medicina de família ou similares no Brasil, sem que nenhuma delas tenha chegado à hegemonia no sistema de saúde. Aponta, por exemplo, já no início das discussões encabeçadas pela ABEM (Associação Brasileira de Educação Médica), em 1973, um conflito de posições entre o "saudosismo" e o "racionalismo". O autor destaca uma sugestiva

frase de um famoso clínico e professor de medicina, registrada em uma entrevista à Revista da ABEM, na mesma ocasião: “[…] para que não vivamos novas e futuras angústias – a de formar sociólogos incompetentes e médicos despreparados”, como uma insurgência da clínica contra aquilo que pareceria lhe tomar de assalto as prerrogativas (PAIM,1986).

Santos (1978), um protagonista da saúde no Brasil desde a década de 70, em trabalho da época analisou alguns aspectos desse período inicial da discussão sobre a medicina de família, destacando os conflitos existentes entre o discursos das entidades nacionais e internacionais ligadas ao ensino, bem como de fóruns oficiais, de um lado e, de outro, o “currículo real” das faculdades de medicina e a realidade do mercado de trabalho. Considerando, ainda, que tanto o aparelho formador como o utilizador são determinados por interesses externos à saúde, o autor almeja e propõe o desenvolvimento de políticas de saúde que, através de estratégias adequadas, venham a promover a redistribuição do poder nos centros que determinam o setor saúde, buscando uma necessária coerência com as demandas de saúde da população. Só assim, constatava, ter-se-ia a adequação do binômio formação-utilização, para que fossem minimizados os entraves vigentes à formação e utilização dos médicos de família.

Realizam-se, assim, os primeiros enfrentamentos das várias tendências presentes no cenário da saúde nacional, apresentando-se, no caso, a saúde pública (e por extensão tudo que parecia afim a ela), como um “inimigo a ser neutralizado” pelos setores mais conservadores, ligados à clínica. A própria expressão *médico de família* experimentou percalços significativos em sua trajetória, sendo freqüentemente rejeitada ou substituída por outras como “clínico geral”, “médico geral” ou simplesmente “médico”, nos fóruns constituídos para tratar da questão. O grande conflito ideológico viria, sem dúvida, com os embates travados nos processos de credenciamento perante o MEC, na Comissão Nacional de Residência Médica, das modalidades de residência de *medicina preventiva e social* (MPS) e de *medicina geral e comunitária* (MGC). A primeira modalidade possuía pressupostos metodológicos inspirados na utilização das ciências sociais em saúde e voltados

para uma ação racionalizadora na organização dos cuidados de saúde. Já a segunda, inspirava-se no modelo americano de medicina de família, com valorização dos conteúdos clínicos na formação.

A batalha entre a medicina preventiva e a MGC foi resolvida, entretanto, de forma um tanto casuística com a edição de uma portaria da Comissão Nacional de Residência Médica do MEC ao arrepio do consenso obtido entre o corpo funcional dos programas de residência, sendo dado como vencedora, no âmbito oficial, a segunda vertente, dando lugar a manifestações triunfalistas de seus mentores, que chegaram a considerar o médico egresso das residências de MGC como o "agente catalisador" de importantes mudanças na graduação em medicina (PAIM, 1986). Com certa veemência, este autor denuncia, no calor dos acontecimentos de então, "[…] a falta de opções mais realistas e criativas" (PAIM, 1986). Nesta área da formação de recursos humanos e se refere à derrota do projeto *preventivista-social* como um escape à "lógica capitalista que orienta o complexo médico-industrial", escamoteando as estruturas de poder na saúde, dissimulando, além do mais, a ideologia dominante no saber médico e obscurecendo os determinantes da produção das doenças. Assim registra o autor "[…] as mudanças prometidas são substituídas por apelos à pertinácia dos seus profetas e pela esperança na lucidez e firmeza decisória do Príncipe" (Era uma época na qual o debate se firmava, mas também esgotava-se na ideologia, sem dúvida.

O futuro, contudo, não se apresentou tão risonho para o movimento da MGC. Alguns anos depois, a maioria das residências com tais características não sobreviveram ou simplesmente mudaram seu objeto de prática. Mas também suas opositoras ideológicas viriam a experimentar substanciais transformações ao longo dos anos.

Aqui cabe a pergunta: que fatores influenciaram tais transformações, permitindo, entre outras coisas, a passagem de um *movimento ideológico* à *ação política*, conforme a expressão de Paim?

A resposta não parece muito obscura. Com a redemocratização do país, abriram-se possibilidades para a *ação política*, à luz do dia,

exercida mediante parcerias institucionais ampliadas, envolvendo novos e diferentes atores sociais. De maneira diferente das décadas anteriores, quem agora estava com a palavra e a “vez” não eram apenas as academias, nem os organismos internacionais, nem mesmo os órgãos centrais dos governos federal e estaduais. Havia simplesmente novos atores no jogo, os quais passaram também a formular e colocar em prática novas propostas no cenário – *os municípios* – como de resto o fizeram em relação a todo um conjunto de políticas públicas a partir dos anos 90 (MENDES, 1991; ESCOREL, 1987; GOULART, 1996).

As transformações citadas tiveram o condão de retirar as propostas de mudança na saúde de um limbo de forte polarização ideológica e fraca operacionalização concreta, para um estatuto diferenciado, de programas oficiais, respaldados não só normativamente, mas também tecnicamente, pelos próprios serviços de saúde, pelas universidades e centros de pesquisa e ainda, socialmente, por parte de segmentos organizados de usuários do SUS. A implantação das reformas do sistema de saúde no Brasil, na década de 80, preliminarmente com as AIS e os SUDS e depois com o SUS, com a conseqüente municipalização das responsabilidades, por certo representou um estímulo fundamental para que os fenômenos de oficialização e ampliação de tais programas acontecesse. Nesse quadro, certamente se inserem outros determinantes, como: o incremento de intercâmbio de modelos com outros países; o desenvolvimento da capacidade formuladora dos organismos gestores; a qualificação da participação social; a ruptura com o caráter meramente demonstrativo e experimental das experiências realizadas nas décadas anteriores, além de outros. Independente das causas, o certo é que, na década de 90, políticas de governo como a de Saúde da Família reingressam com novo ímpeto e vigor no cenário da saúde, com aparente capacidade de permanência e enraizamento.

Carvalho (1994) discute a “introdução da família” nas políticas sociais brasileiras, situando-a dentro de três modalidades de ação, a saber: programas de geração de *renda e emprego*; programas de *complementação da renda familiar* e *rede de serviços de apoio*. Nesta última categoria é que se inserem os programas do tipo PSF,

que podem variar quanto a seu foco de ação, desde abordagem aos problemas de cada indivíduo até o apoio intensivo a famílias em situações críticas. A autora entretanto esclarece que nem toda a problemática social é passível de uma abordagem via famílias, constituindo a família apenas uma das instâncias de resolução dos problemas individuais e sociais. Embora reconheça que a família vem recebendo por parte das políticas públicas no Brasil uma atenção especial ao longo da década de 90, a autora adverte que há muito o que caminhar na superação de uma tradição normatizadora e autoritária de tais ações do Estado.

Vasconcelos (1999) descreve esta "valorização da família nas políticas sociais" como algo instituído, na verdade, ao longo de toda a história da construção do sistema de saúde brasileiro, relatando os diversos componentes desta natureza encontrados na legislação previdenciária, desde seus primórdios na década de 20, apesar da vigência das contradições dadas pelo médico-centrismo e pela dependência tecnológica e de capital de tal sistema. A criação da Fundação SESP na década de 40, em que pese seu caráter normatizador e autoritário, também representou um marco importante, com suas tradições de visitas domiciliares, territorialização, etc. Entretanto, foi na sociedade civil que este aspecto obteve maior visibilidade, citando os casos da Sociedade São Vicente de Paulo e Pastoral da Criança, entre outros.

A escolha do ano de 1994, pela ONU, como o Ano Internacional da Família teria tido impacto indutor sobre a política brasileira e de outros países do mundo, ao valorizar os conceitos de família e de comunidade, ainda segundo Vasconcelos (1999). Dentro do quadro de valorização do tema da família nas políticas sociais, este autor adianta alguns fatores que influíram em tal ação, identificando o problema da criminalidade praticada por crianças e adolescentes, as reações violentas de alguns setores da sociedade a eles, as epidemias de cólera e dengue bem como o próprio acúmulo de experiências locais que rompem com os modelos tradicionais de assistência. Criaram-se assim as condições, segundo este autor, para o advento de um "clima cultural" propício para determinadas inovações das política sociais, com elas os próprios programas PACS e PSF.

Houve, portanto, muitas mudanças na saúde, desde meados da década de 80, dadas pela intensa movimentação política e social pela reforma da saúde no país (ESCOREL, 1987; GOULART, 1996) e pela “construção local” do sistema de saúde que resultou da ampliação da atuação municipal na saúde. Concorreu também para tal quadro de transformações a consolidação de um novo e efetivo arcabouço legal para o sistema, com as Normas Operacionais Básicas de 1993 e 1996, que sem dúvida forneceram um inédito substrato para que experiências como as de *Saúde da Família* pudessem florescer. E floresceram, sem dúvida, libertas das amarras de um debate profundamente ideológico e marcado pelo (legítimo) sentimento de resistência ao arbítrio, que se viu superado após a passagem dos *anos de chumbo*.

A proposta de Saúde da Família, entretanto, somente alcançaria sua maturidade nos anos 90, galgando então o estatuto de política pública no Brasil. Isto equivaleria a “uma mudança no paradigma assistencial”, passando de um eixo curativo para o preventivo, da ação mono-setorial para a intersetorial, em direção à universalidade, conforme Trad e Bastos (1998). Mesmo alguns críticos das opções de implementação do SUS em curso no país, como é o caso de Mendes (2000), tendem a admitir avanços possibilitados por tal política. Este autor, aliás, ao se referir ao atual PSF no contexto do SUS, admitiu que o advento do PSF demonstra que “nem tudo são espinhos” no cenário geral.

Experiências pioneiras

A história dos programas de atenção à família no Brasil ainda não se encontra totalmente resgatada.

Na década de 80, começaram a aparecer experiências que vieram a ter repercussão importante nos programas atualmente desenvolvidos, enfeixadas como Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) particularmente na Região Nordeste (CARVALHO; RIBEIRO, 1998). Tais programas podem ser considerados herdeiros, de forma pioneira, das propostas de atenção primária à saúde, adscrição de clientela e extensão de

cobertura, dentro do figurino definido na reunião de Alma Ata, realizada na década anterior. Esses programas desenvolveram, como característica principal, o enfoque nas clientelas de alto risco para doenças infecciosas e desnutrição, tanto nas regiões rurais como nas periferias das grandes cidades, e primaram pela baixa densidade tecnológica de suas ações.

Do ponto de vista da atenção médica, destacam-se as experiências pioneiras realizadas em Porto Alegre (Vila de São José do Murialdo), ainda na década de 70, e no Estado de São Paulo. Não se pode esquecer que em inúmeros municípios brasileiros vigoraram programas assemelhados, como em Niterói, Campinas, Londrina e outros (GOULART, 1996), surgidos dentro de propostas mais amplas de reorientação do modelo assistencial, com extensão de cobertura, participação social, integração docente assistencial, etc.

As experiências do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e da Unidade de São José do Murialdo, em Porto Alegre

As experiências pioneiras, desenvolvidas nas décadas de 70 e 80, na cidade de Porto Alegre, dentro do enfoque da Medicina Geral Comunitária, serão objeto de segmento deste trabalho. Trata-se de casos que possuem uma história comum em muitos aspectos essenciais, por exemplo: os mesmos atores fundadores e apoiadores; os vínculos institucionais públicos; as preocupações com formação e capacitação; o caráter de efeito demonstrativo (pelo menos em seu início); a sucessão de *sístoles e diástoles*, ou seja, movimentos de expansão e retração em sua trajetória, entre outros. Além disso vieram a se caracterizar por um forte grau de articulação externa, com a formação gradual de uma rede importante de contatos e apoios externos técnicos e políticos, além de busca crescente de institucionalização.

GHC e Murialdo tiveram, ainda, uma tendência de gradual inserção nos sistemas de saúde locais, mediante ajuste e sintonia política com seus gestores, e mediante incorporação de sua "gramática", o que inclui as diretrizes de responsabilização, territorialização, hierarquização, regionalização, participação, etc. Nesta condição, primaram também por buscar a superação da condição de serem meros exercícios de efeito demonstrativo ou de visibilidade acadêmica, sendo notório que, em sua evolução obtiveram amplo reconhecimento externo e de transformação em centros de referência regionais e nacionais na capacitação para Saúde da Família e Atenção Básica, em geral.

Da mesma forma que outros programas, enfrentaram e vêm enfrentando marcantes dificuldades derivadas das inconsistências quantitativas e qualitativas das políticas de financiamento vigentes para a atenção básica no País.

De forma sintética, as duas experiências mostraram, ao longo de sua existência, uma marcante diferenciação da natureza das práticas desenvolvidas em cada instituição: *hospitalar, clínica, de resolução individualizada* no GHC, enquanto em Murialdo o caráter sempre foi *comunitário, social*, com ênfase na *vigilância à saúde*.

A experiência do *Médico de Família* da SES de São Paulo

Esta foi uma experiência de curta duração, que aparentemente deixou poucas marcas locais, mas que teve a importância, segundo um interlocutor (SANTOS, 2002), de ter aberto as portas para a ampliação da discussão sobre a medicina de família e a atenção primária à saúde no Brasil.

Seu início se dá na segunda metade dos anos 80, quando Orestes Quércia assume o governo de São Paulo e nomeia secretário de saúde do estado José Aristodemo Pinotti, que foi o grande mentor da experiência. Pinotti era um médico ginecologista de Campinas e professor titular da UNICAMP de renome nacional na área de saúde da mulher e, naquele momento, parecia inclinado

em dar uma “virada” em uma carreira docente e científica bem sucedida, incursionando também pela política partidária. Pinotti era o que se poderia chamar de “déspota esclarecido”: um médico da elite, voltado para a política e para as ações de impacto social, mas com uma prática política que tendia a valorizar pouco os movimentos sociais e profissionais atuantes no campo da saúde.

Pinotti aparentemente estava em busca de incrementar sua visibilidade através de projetos inovadores na área de saúde e foi assim que entrou em contato com consultores cubanos, dadas as ligações que intelectuais paulistas ligados ao PMDB, na ocasião, capitaneados pelo escritor Fernando de Moraes, tinham desenvolvido com o governo de Cuba. Foi assim que a experiência de “médico de família”, então incipiente na ilha, foi trazida ao Brasil.

Não há maiores registros escritos sobre o projeto, ou não foi possível resgatá-los, baseando-se o presente relato apenas em entrevista (SANTOS, 2002). A condução do projeto *Médico de Família* foi entregue à médica Eliane Dourado, que tinha experiência em projetos inovadores de natureza semelhante em município da Região Metropolitana da capital paulista. A concepção era eminentemente *cubana*, ou seja, centrada em médicos generalistas residindo na própria comunidade, em prédios especialmente projetados, englobando moradia e consultório. Pouco mais de uma dezena destas unidades foi construída então, por volta de 1988, todas na periferia do município de São Paulo.

O projeto teve vida curta. Pinotti foi envolvido em acusações sobre desvio de recursos e afastou-se do cargo, supostamente para candidatar-se ao Governo de São Paulo, mas a ele retornou depois de alguns meses, quando Quércia preferiu apoiar para sua sucessão Luiz Antônio Fleury, que foi eleito. Neste interregno, o programa teve solução de continuidade, não se tendo notícia de como foram aproveitados seus quadros (se é que o foram) e do destino dado às unidades construídas.

O Programa foi na época bastante criticado, seja pela direita, seja pela esquerda (SANTOS, 2002). De um lado, a poderosa Associação Paulista de Medicina, suspeitando da *esquerdização* que poderia ser propiciada por uma idéia gerada em Cuba; de outro, o Sindicato dos Médicos, denunciando o caráter paliativo ou de

cesta básica do mesmo. No próprio movimento sanitário da época, ou seja, nas entidades nacionais como o CEBES e a ABRASCO, ou entre os secretários municipais de saúde, o projeto não obteve aprovação ou maior penetração, ficando como uma ação até certo ponto marginal.

O Programa do Médico de Família de São Paulo teria passado em brancas nuvens não fossem alguns de seus desdobramentos, de natureza ideológica e intelectual, conforme a visão de Santos (2002), um "ator" estratégico na ocasião, já que assumiu a SES-SP no lugar de Pinotti durante seu afastamento no final do governo Quércia. Segundo tal interlocutor, o programa, em primeiro lugar, permitiu introduzir no país uma discussão que deu frutos positivos em anos posteriores – a da *atenção primária à saúde*. Fez parte da *re-aproximação* diplomática de Cuba com o Brasil, mas também foi decorrência de uma nova forma de *internacionalismo* desenvolvida pelos cubanos, não só constituído de intenções solidárias, mas também como busca de recursos para uma economia devastada pelo bloqueio americano. Outra repercussão do programa, segundo esse interlocutor, teria sido a de contribuir para a dissolução de algumas resistências que setores de esquerda ou progressistas em geral tinham em relação ao tema da *medicina de família*, ou mesmo da *atenção primária à saúde*, o que ficou muito nítido na década seguinte.

Outro desdobramento deste programa pioneiro, teria sido de gerar um mote captado por muitos secretários municipais de saúde, que passaram a incluir o tema da APS em suas agendas, desenvolvendo diversas experiências bem sucedidas de atenção à saúde, que até mesmo influenciaram o programa nacional surgido em meados da década de 90, das quais um exemplo paradigmático é o de Niterói. Assim se deu o que Santos denominou de "[…] uma ação política construtiva e realista, que elaborou e construiu um novo projeto, superando uma etapa anterior profundamente ideologizada, porém sem que houvesse uma `satanização à ideologia" (SANTOS, 2002).

A formulação da política de saúde da família nos anos 90

Os contextos

O quadro da saúde no momento da formulação do PSF não era, de forma alguma, favorável ao desenvolvimento de propostas novas ou inovadoras no setor. Com efeito, o Governo Fernando Collor havia retrocedido nos avanços obtidos durante a *Nova República*, particularmente na questão do financiamento. Neste aspecto, aliás, o período de Collor levou a uma redução do gasto médio em saúde até um patamar mínimo de US$ 40 *per capita* em 1992, *versus* US$ 80 em 1987. Em 1993, já no governo de Itamar Franco, Antônio Britto, Ministro da Previdência Social, determinou unilateralmente as transferências do MPAS para a saúde, resultando em perdas da ordem de US$ 2 bilhões. Inicia-se nessa época, também, o controverso uso de algumas fontes alternativas de recursos para a saúde, por exemplo o FAT – Fundo de Amparo ao Trabalhador. Em 1994, dando a tônica dos discursos de seus antecessores, o Ministro da Saúde Henrique Santilo divulgava publicamente que, pelo menos, US$ 5 bilhões adicionais a um orçamento de 9 bilhões seria o mínimo necessário para “bem gerir a saúde no país” (SINGER, 2002).

É bem verdade que os indicadores de saúde vinham em melhora progressiva já no início da década, como, por exemplo, na mortalidade materna e infantil. Porém, nesse período observou-se uma certa mudança de ritmo de queda e, no caso da mortalidade materna, chegou a haver mesmo um ligeiro aumento da taxa entre 1993 e 1995, embora tal mudança não possa ser imputada diretamente a alguma piora, mesmo momentânea, das condições de vida e saúde da população. A crise do financiamento atingiu em cheio a rede hospitalar, tanto pública como privada, estimando-se que, em 1993, teriam sido paralisados cerca 4.500 leitos no país, reduzindo em 80% o atendimento hospitalar contratado pelo SUS (SINGER, 2002).

Os anos 90, particularmente seu início, albergariam uma autêntica *crise da saúde*, ou, para ser mais preciso, a continuidade e o agravamento de uma crise precedente. Vários fatores encontravam-se presentes, entre eles, queda do financiamento, irracionalidade, exclusão social, problemas de *imagem* do sistema perante seus usuários, etc. Para sintetizar tal tema, sem preocupações de abrangência, citam-se algumas contribuições a respeito do fenômeno. Faveret Filho e Oliveira (1989) cunharam a expressão "universalização excludente" para qualificar a associação entre uma "expansão por baixo", pela inclusão de milhões de indigentes e uma "exclusão por cima", mediante a qual segmentos de trabalhadores mais qualificados e a classe média em geral renunciam à assistência pública pelo SUS, em busca de atendimento mais qualificado nos planos de saúde. Vianna (1997) deplora que, apesar da concepção "européia" cogitada pelos legisladores constituintes de 1988, a proteção social e à saúde no Brasil vem acumulando evidências de uma verdadeira "americanização", especializando-se em parcos benefícios para os mais pobres, enquanto ao mercado fica reservada a atenção aos mais aquinhoados e capazes de remunerar serviços diretamente ou mediante seguro. Mendes (2000) compara o sistema de saúde nacional a uma "pia entupida", pelo combinação de dois fatores nocivos: as dificuldades inerentes à gestão do setor e, principalmente, a formulação equivocada, já que inspirada em modelos segmentados de sistemas de saúde, já superados em todo o mundo.

Estes são alguns elementos do contexto em que o PSF foi formulado no país. O programa, além disso, nasceu em um momento em que a *questão da pobreza* estava bastante em evidência no País, traduzida, por exemplo, pela utilização do "Mapa da Fome" na alocação dos recursos previstos (VIANA, 2000). Havia, de um lado, um movimento civil coordenado pelo sociólogo Herbert de Souza, o *Betinho*, e de outro, a atuação do Governo Itamar Franco, buscando sintonia com as propostas oriundas da sociedade. Era bastante acalorada a discussão sobre o real número dos muito pobres no País, variando intensamente o acordo sobre sua cifra, em alguns milhões de pessoas, de acordo com o estudo ou o pesquisador.

O contexto social e econômico do início dos anos 90 era, em resumo, o seguinte: (a) o número de *pobres* era estimado em cerca de 59,4 milhões em 1993 e o de *miseráveis* no mesmo período em 27,8 milhões e a desigualdade na distribuição da renda nacional era – como continua sendo – marcante, com o chamado Índice de Gini de 0,605, em 1993 (LAHÓZ, 2002); (b) a taxa de desemprego aberto era de 5,32, em 1994, considerada emblemática da mais grave crise de emprego na história do Brasil e aprofundada nos anos seguintes (OLIVEIRA, 2002); (c) embora aquém de metas desejáveis, a partir de 1995, as aplicações em saneamento e infra-estrutura urbana, da ordem de US$ 5,29 bilhões, foram cerca de 35% superiores à média anual registrada entre 1980-1993 (PAULA, 2002); (d) o processo de urbanização do País prosseguia de forma acelerada e, no início da década, apenas cerca de 20% da população vivia nas chamadas cidades pequenas, com menos de 20 mil habitantes e o déficit habitacional brasileiro, em 1995, era quatro milhões de unidades nas zonas urbanas e 1,6 milhão nas rurais, além de 10,6 milhões de unidades sem infra-estrutura adequada; (e) além disso, entre 1991 e 2000, o número de favelas cresceu cerca de 22,5% (PAULA, 2002).

A formulação e início da implementação do PSF praticamente coincidiu com o advento do *Plano Real*, um conjunto de políticas que, nos anos seguintes, produziu marcantes transformações sociais e econômicas na vida dos brasileiros, podendo ser destacadas entre elas: (a) o *Plano Real* pode ser considerado como a principal ação social de governo em toda a década, pois, na vigência do mesmo, mais de 9 milhões de pessoas deixaram de ser tecnicamente *pobres* e cerca de 80% das famílias tiveram aumento efetivo de renda – a renda real dos 10% mais pobres simplesmente dobrou entre 1993 e 1995; (b) o crescimento econômico proporcionado por esse plano foi mais acentuado entre 1994 e 1995, depois deteriorando-se (LAHÓZ, 2002).

Outra característica da era que se sucede à formulação do PSF, e que corresponde ao período inicial de implementação do mesmo, refere-se ao padrão de relacionamento político entre o Executivo e o Legislativo, caracterizado, segundo Chagas (2002), pela existência de um autêntico “rolo compressor”, formado por uma poderosa base parlamentar – politicamente, de alto custo – que, entre outras

mudanças institucionais, viabilizou alterações no capítulo da Ordem Econômica da Constituição; promoveu a quebra do monopólio estatal do petróleo e das telecomunicações; incrementou as privatizações das empresas estatais; aprovou reformas – embora parciais – da Previdência e da Administração, garantindo, de quebra, a reeleição do Presidente da República. Na saúde, através do uso do "rolo compressor" governamental, foi possível não só manter por períodos sucessivos a CPMF, como até mesmo alterar a Constituição no ano 2000, em busca de novas fontes e vinculação do financiamento setorial, com a promulgação da Emenda Constitucional 29, formulada por deputados da oposição quase dez anos antes.

Retomando o curso histórico da narrativa, o *impeachment* de Fernando Collor, em 1992, e sua sucessão por Itamar Franco levou à nomeação para o Ministério da Saúde de um Ministro – Jamil Hadad – e de uma equipe de assessores não só vinculados a um ideário dito progressista em saúde, como muitos deles de incontestável militância na Reforma Sanitária e, inclusive, alguns ex-secretários municipais de saúde. Formou-se, assim, um clima de mudança, pois a nova gestão havia encontrado uma marcante paralisia decisória no Ministério da Saúde, como de resto em outros setores da administração federal, agravada nos estertores do Governo Collor. Um pouco antes realizara-se a IX Conferência Nacional de Saúde, a qual, embora defendida e conduzida de forma destemida pelo ministro anterior, Adib Jatene, foi mais um evento político a demonstrar a insatisfação no País. Não havia, na ocasião, grandes propostas de avanço e, mesmo que as houvesse, a conjuntura era francamente desfavorável a qualquer implementação de inovações.

Contavam, os novos gestores, com um respeitável arco de forças políticas favoráveis à mudança na saúde no esquema de alianças do Governo Itamar Franco, tendo também como fator positivo o fato de se ter um presidente mais preocupado com a economia (e talvez com o resgate de sua imagem perante a sociedade) do que com os detalhes da gestão em saúde. Assim, mesmo em conjuntura econômica e institucional desfavorável, os ventos corriam a favor das propostas de transformação, traduzidas pelas palavras de

ordem daqueles tempos: “a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei” (GOULART, 2001b).

O período de gestão da saúde iniciado nesse momento, que correspondeu à formulação e implementação da Norma Operacional Básica de 1993, foi marcado por fortes conflitos e antagonismos, autênticas *disputas intra-burocráticas*, fora e dentro do Ministério da Saúde. Setores ligados à estrutura tradicional do mesmo, tais como procuradoria jurídica, auditoria, finanças, convênios e outros, geralmente ocupados por funcionários de carreira egressos das antigas *Secretarias Nacionais*, bem como do INAMPS e da FUNASA, tinham sua atuação marcada pelo que posteriormente se denominaria *criação de factóides*, seja levantando obstáculos normativos (dentro do espírito de que só se pode fazer o que está explicitado na lei, vedando qualquer incursão por terrenos em que ela se omite), seja ressuscitando tecnicalidades, sempre de forma a obstaculizar o processo de descentralização, principalmente nos repasses entre fundos de saúde e nos pagamentos dos fatores de incentivo, propugnando, ademais, uma visão controlista restrita sobre os recursos, baseada no pressuposto de que os mesmos eram “federais”.

Também em outros setores do governo (Planejamento, Previdência Social e Secretaria de Orçamento e Finanças), o jogo não era menos pesado. Em reuniões interministeriais para discutir a questão orçamentária da saúde, freqüentemente, a argumentação por parte dos técnicos destes setores, devidamente apoiados pelos titulares, era de que a solução para os problemas da saúde estaria na criação de barreiras financeiras para o usuário, distribuição de *vauchers*, etc. Um golpe fatal veio, ainda em 1993, quando Antonio Britto cancelou sumariamente a transferência de recursos da contribuição sobre a folha de salários para a saúde. Como se não bastasse, em 1994, novo golpe: Beni Veras, o Secretário de Planejamento do Governo Federal, declara o Ministério da Saúde suspeito na gestão dos recursos que lhe eram alocados, e abre uma comissão de avaliação interministerial para a saúde. Foi esse também, é bom lembrar, o tempo da reforma monetária, quando foi criada a *URV* e depois o *Real*, processos que acabaram por agravar os problemas financeiros da saúde, através de fórmulas de

conversão muito questionadas na época (CARVALHO, 2002). O resultado concreto dessa seqüência de conflitos foi, na prática, a quase inviabilização da implementação da NOB 93 e de outras ações do Ministério da Saúde. Além de tudo, tratavase de um ano eleitoral, também marcado pela polarização entre o candidato do governo (Fernando Henrique Cardoso) e o da oposição (Luiz Inácio Lula da Silva).

Nesse período, ocorreria ainda a substituição intempestiva de Jamil Hadad por Henrique Santilo, portador de um perfil mais conservador, além de mais disposto a realizações de efeito político, ou de ações localistas para seu Estado (Goiás) ou de repercussão mais imediata. Não foi fora desse espírito que ocorreram algumas das grandes realizações de Santilo à frente do Ministério da Saúde, quais sejam a criação do Programa de Saúde da Família e a constituição do PISUS – Programa de Interiorização do SUS, deixando quase intocadas as questões mais estruturais, como descentralização e financiamento. Em certos aspectos, porém, Haddad e Santilo equivaliam-se: eram ambos muito frágeis nos seus embates com a área econômica do governo.

Os primeiros movimentos da construção do PSF

O ministro Henrique Santilo havia sido governador de Goiás e, na sua época, já se havia trabalhado com uma proposta semelhante a dos Agentes Comunitários de Saúde, sendo esta considerada, junto com a do Ceará, experiência pioneira no Brasil, além de institucionalizada e oficial. Santilo tinha como assessor especial um técnico brasileiro do UNICEF, Halim Girade, que acumulara marcante experiência em trabalhos comunitários em Goiás e outros Estados do Brasil. Girade, em entrevista, narra que o ministro pedira sua atenção para algumas idéias que vinha desenvolvendo, em busca de um novo modelo de atenção para comunidades pobres e sem médico, tendo como ponto de partida sua experiência em Goiás. O interlocutor destacou ainda um fato que considerava importante: na ocasião já havia demanda dos prefeitos por apoio do Ministério da Saúde para um programa naqueles moldes (GIRADE,

2000). Era, além do mais, a “única possibilidade de avanço possível”, na visão de um dos entrevistados, também protagonista dos acontecimentos daquele momento (SOUZA, 2000).

Sousa (2001), dando também testemunho desta época de transformações, registra que um fato notável do período foi a realização de um encontro nacional de enfermeiros coordenadores do PACS, do qual surgiu um documento final de avaliação, com destaque para uma agenda de prioridades a serem assumidas nacionalmente. Este documento foi entregue ao ministro Santilo e sua equipe na ocasião. Seus organizadores imaginavam que o mesmo traria conseqüências importantes para o PACS, porém sem ter, aparentemente, expectativas de que o mesmo mostraria também influências na criação de um novo programa, o PSF.

As idéias de Santilo, segundo Girade, tinham correspondência em algumas experiências em andamento no país, como, por exemplo, as de Niterói, do Grupo Hospitalar Conceição, ligado ao Ministério da Saúde, da SES de São Paulo e de Quixadá, no Ceará. Assim, por determinação do ministro, o entrevistado visitou várias delas e deu início a articulações para a elaboração de um programa nacional. Como decorrência imediata, no dia 27 de dezembro de 1993, reuniram-se no Ministério da Saúde representantes das experiências acima, mais alguns consultores e, então, foram definidas as bases do que viria a ser o Programa de Saúde da Família, mediante uma proposta que “[…] não era nenhuma das presentes, mas que procurava ser uma síntese de todas – o melhor para as condições do país”, segundo Girade. Um documento foi produzido na ocasião e algumas semanas mais tarde, a bordo de um avião entre Nova Iorque e o Rio de Janeiro, o Ministro Santilo tomou a decisão final de implantar oficialmente o programa, mais exatamente em janeiro de 1994.

Não se pode deixar de destacar o papel do UNICEF nesta etapa, com as presenças de Girade e Castillo, que produziram os primeiros documentos que serviram de base para as discussões subseqüentes, além de apoio político à iniciativa e inclusive apoio financeiro, por meio de contratações de técnicos, realização de eventos, publicações, etc. Foi uma parceria mantida durante todo o período de decolagem da proposta, sendo mais intensa até o ano de

1997; depois disso, por mudança de enfoque no trabalho desse organismo – não por ruptura política, ainda segundo Girade – a parceria foi atenuada. O UNICEF já vinha apoiando também o PACS, particularmente no período 1992-1993, quando o programa esteve “em baixa” no Ministério da Saúde. Além disso, a avaliação que projetou o PACS nacionalmente, coordenada por Cecília Minayo, cerca de 1990, foi financiada e apoiada em sua difusão pelo mesmo UNICEF.

Naquele momento, começam a tomar parte não só nas discussões para a formulação, como também nas primeiras gestões para a implementação do PSF, alguns técnicos que viriam a conferir ao mesmo uma *marca* nos anos seguintes. Tal grupo técnico, formado mais por enfermeiras do que por médicos, tinha como componentes pessoas com passagem por serviços de saúde, geralmente no interior do País, envolvidos com programas de atenção primária. Além disso, não eram pertencentes a uma burocracia pública de carreira federal; antes, vieram para o Ministério da Saúde como autênticos “executivos da saúde” de extração técnica, com atribuição específica de trabalhar no programa recém criado.

Conteúdos

Caberia, neste momento, algum detalhamento dos conteúdos e das concepções que subsidiaram a formulação do Programa de Saúde da Família no Brasil.

Cordeiro (1996), na condição de observador e militante privilegiado da política de saúde no Brasil no decorrer das décadas de 80 e 90, afirma, por exemplo, que tal proposta de organização das práticas de saúde implica seu reconhecimento como um direito universal, vinculado à qualidade de vida. Da mesma forma, a escolha da família e de seu espaço social como alvo de abordagem, a democratização do conhecimento a respeito da saúde, da doença e da organização dos serviços, a intervenção sobre os fatores de risco, a prestação de um atendimento integral, resolutivo, contínuo e de qualidade, a humanização, o estímulo à organização social e o

estabelecimento de parcerias, são avanços inquestionáveis que o programa vem oferecendo.

O PSF tem sido definido, ainda, como uma estratégia de consolidação do Sistema Único de Saúde, fazendo parte de um processo de planejamento estratégico com implicações na ampliação da oferta de trabalho nos cuidados básicos, bem como uma ação potencialmente hegemônica na organização e na prática sanitária (CORDEIRO, 1996). É visto ainda como "o SUS que está dando certo", na expressão utilizada por Levcovitz e Garrido (1996), autores (e também *atores* das primeiras etapas da implementação do programa) que valorizaram ainda alguns aspectos inerentes ao programa, tais como: o caráter de reorganização de serviços; a potencialidade de substituição do modelo assistencial vigente; o fato de se constituir fonte de inspiração para novas práticas de gestão, seja no plano estadual ou local; a geração de vínculos e responsabilidades entre serviços e sua população, etc.

Além disso, em outra análise, o PSF é qualificado como "um programa inserido no escopo das políticas públicas de saúde, no contexto do SUS", dotado de uma concepção que abrange não só aspectos relativos ao modelo de práticas assistenciais, mas também aos processos de trabalho e formação de recursos humanos e cuja implantação se dá de forma participativa, conforme afirmativa de Trad e Bastos (1998).

Viana (2000) atribui ao PSF o caráter de propagador de práticas não convencionais de assistência, com grande peso dado à prevenção e promoção, como forma de reorganização dos serviços e antecipação das demandas dos mesmos e que, além do mais, trata-se de programa em que não entra em conflito "nenhum de seus princípios básicos ou formas de operacionalização com as diretrizes do sistema nacional de saúde".

Mendes (2000) credita ao PSF o *status* de ter se constituído como a contribuição mais importante do governo de Fernando Henrique Cardoso no campo da saúde, possibilitando a consolidação de uma política de atenção primária à saúde, com o mérito adicional de ter envolvido as universidades do país na capacitação de suas equipes. Em outro trabalho este autor identifica no programa matizes que permitem sua inclusão nas novas tendências da "gestão da atenção

à saúde", dados seus elementos de gestão de riscos populacionais e gestão da oferta através da atenção primária resolutiva (MENDES, 1998).

Souza (1999, 2000), que militou no PACS e no PSF desde seus primórdios, acredita que tais programas vieram fortalecer o movimento de descentralização do SUS, apoiando-se na concepção de oferta de atenção básica no seio das próprias comunidades, de forma próxima aos usuários e abrangendo as localidades onde os serviços não se encontravam disponíveis, inovando ainda com a oferta de cuidados a domicílio. Para esta autora, o PSF representa também um avanço nas propostas de saúde ao superar uma etapa de "serviços realizados na comunidade" para outra de "serviços que envolvem a comunidade". Aponta esta estratégia como uma possível saída para a crise contemporânea do Estado, desde que sua execução seja provida por serviços públicos qualificados e fortalecidos, em parceria com entidades não governamentais (igrejas, associações diversas, clubes, redes, voluntariado, etc.).

Paim (1994), autor que constitui referência obrigatória quando o assunto é a organização dos modelos assistenciais de saúde no Brasil, insere o PSF na categoria das políticas democratizadoras da saúde na década de 90, em contraposição ao caráter meramente racionalizador das políticas de momentos anteriores. Além do mais, credita ao programa em pauta, ressalvadas as contradições que o mesmo apresenta, o caráter de "modelo tecnoassistencial de base epidemiológica", configurando-se como legitimamente ancorado em dois dos conceitos fundamentais da medicina social contemporânea, quais sejam a determinação social do processo saúde-doença e o enfoque nos processos de trabalho em saúde (PAIM, 1997).

Vasconcellos (1998) atribui ao programa a potencialidade de promover uma "retomada" na humanização da atenção clínica, além da melhor qualificação de seus profissionais, sem embargo de seus componentes de resposta a certa tendência global de redução de custos com pessoal e tecnologia.

Souza (1999, 2000), na condição de ter sido a principal executiva do PSF desde seus momentos iniciais, fornece indicativos importantes a respeito das concepções que orientaram a sua criação e vêm orientando sua implementação, ressaltando a

característica de “não ser uma proposta nova”, mas sim o resultado de uma acumulação de saberes e práticas de diversas pessoas e instituições. O PSF estaria na origem de importantes transformações qualitativas do SUS, como, por exemplo, a rediscussão da NOB 93, que acabou por desencadear uma nova lógica de financiamento das ações de saúde. Defende ser ainda o programa uma “estratégia estruturante” do modelo de assistência no país e uma garantia de vínculo entre os serviços e a população. Na visão da autora, o PSF é uma “escolha técnica, ética e política”, constituindo-se uma autêntica marca do “futuro tecido no presente”.

Alguns aspectos do conteúdo do PSF encontram-se bastante detalhados nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, que mostram uma certa evolução em seu enfoque. De uma abordagem mais “carregada” ideologicamente em um primeiro momento, correspondente aos anos de 1994 e 1995, com denúncia das mazelas do sistema vigente e propondo a urgente superação do paradigma clínico, os textos assumem um caráter gradualmente mais técnico, com conteúdos mais objetivos e prescritivos, enfatizando a articulação dos programas à rede. Tais diferenças tornam-se nítidas quando se compara, por exemplo, um dos documentos oficiais do programa, emitido em 1994 (BRASIL, [199-? b]) e aquele intitulado *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*, divulgado em 1997 (BRASIL, 1997b). Registre-se, ainda, que, nos dois documentos, o que era “estratégia para organização dos serviços de saúde”, converte-se em “estratégia de reorientação do modelo assistencial”.

O documento de 1997 do Ministério da Saúde anuncia, com detalhes, a que veio o PSF, declinando seus objetivos e diretrizes operacionais, dedicando especial atenção à reorganização das práticas de trabalho, às competências dos níveis de governo, bem como às etapas de implantação do PSF. O mesmo é, aliás, bastante ambicioso e abrangente em suas análises e propostas, ao anunciar, já em sua apresentação: (a) a vinculação de uma “crise estrutural” do setor público com a fragilidade da eficiência e da eficácia da gestão das políticas sociais; (b) a denúncia da incapacidade de algumas propostas “inspiradas na Reforma Sanitária e pelos princípios do SUS”, tais como os SILOS e os Distritos Sanitários de

promover mudanças significativas no modelo assistencial; (c) a priorização do “estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população”, como ponto central de atuação do PSF; (d) a proposta de mudanças “no objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços”, através da “reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios”; (e) a busca de uma “compreensão ampliada do processo saúde/doença” com ênfase em intervenções “de maior impacto e significação social”.

O texto de 1997 procura enfatizar algumas características inovadoras pretendidas pelo PSF, como, por exemplo,: (a) fugir ao caráter “vertical e paralelo” dos demais programas do Ministério da Saúde; (b) constituir-se em proposta substitutiva com inovação técnica, política e administrativa; (c) incorporar os princípios da vigilância à saúde e, finalmente, (d) negar o equívoco da identificação do PSF como “um sistema de saúde para os pobres”. Assim, o programa deve ser entendido como um “modelo substitutivo” da atenção básica de feição tradicional, porém encarando de frente a questão da eqüidade, além de ser necessariamente reconhecido como prática de alta complexidade tecnológica em termos de conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e mudanças de atitudes.

Já a vinculação do PSF com o SUS é afirmada no referido documento, ressaltando sua contribuição para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica “em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde” e buscando uma outra dinâmica de atuação nas unidades de saúde, com maiores responsabilidades e vínculos entre os serviços de saúde e a população. São também definidas diretrizes operacionais de caráter conceitual e prescritivo quanto aos seguintes aspectos: (a) caráter substitutivo, complementaridade e hierarquização; (b) adscrição de clientela; (c) cadastramento; (d) instalação das unidades do PSF; (e) composição e atribuições das equipes; (f) atribuições dos membros da equipe (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário). O documento detém-se ainda à reorganização das práticas de trabalho, enumerando, entre outros aspectos, o processo de diagnóstico da saúde da comunidade; a abordagem

multiprofissional; o desenvolvimento de mecanismos de referência; a educação continuada, além do estímulo à ação intersetorial e ao controle social.

A seguinte declaração de princípios finaliza o documento:

> […] a operacionalização do PSF deve ser adequada às diferentes realidades locais, desde que mantidos os seus princípios e diretrizes fundamentais. Para tanto, o impacto favorável nas condições de saúde da população adscrita deve ser a preocupação básica dessa estratégia. A humanização da assistência e o vínculo de compromisso e de co-responsabilidade estabelecido entre os serviços de saúde e a população tornam o Programa de Saúde da Família um projeto de grande potencialidade transformadora do atual modelo assistencial (BRASIL, 1997b, p. 11-12).

Um postulado central do SUS, a *universalidade*, poderia ser questionado em relação às ações desenvolvidas no âmbito do PSF. Até certo ponto, este seria um aspecto constante, empiricamente verificado nos programas existentes. Entretanto, como os programas geralmente destinam-se a segmentos mais pobres dentre os usuários, derivam daí questionamentos sobre um possível caráter de *focalização*, configurando um dilema entre uma opção *universalista* e uma opção *focalista*, a ser resolvido mediante uma análise mais global da política de saúde, em termos de compromisso político, saúde como bem público, focalização com instrumento técnico, além de financiamento e condução públicos, nos termos colocados por Granados-Toraño (1995). A questão remeteria-se, portanto, ao próprio potencial evolutivo do SUS no momento atual.

Em que pesem certos questionamentos, como o acima apresentado, o PSF configura-se como uma possível “mudança de paradigma” nas práticas assistenciais, tendo como aspectos centrais, entre outros, a superação do *curativo* para o *preventivo*; do eixo de ação *mono-setorial* para o *intersetorial*; da *exclusão* para a *universalização*. Seu caráter inovador e potencialmente transformador de um modelo de práticas de saúde parece também evidenciado, não só nas análises dos documentos oficiais, como na visão dos autores citados.

Há, por certo, uma coerência conceitual na inclusão do PSF no quadro das políticas sociais universalistas, eqüitativas e integrais, ressalvando-se que suas potencialidades ainda não se cumpriram de todo, facultando uma certa tensão entre o *possível* e o *desejável*. A resolução dos dilemas do PSF não está confinada, certamente, aos limites formais e legalistas de uma reforma administrativa setorial, o que implica, na visão de Paim, no fato de que é preciso se desenvolver esforços, tantos no campo cultural como no político, advindo daí uma "reconceitualização das necessidades de saúde e a crítica das práticas sanitárias", com deslocamento da ênfase nos serviços para as condições de saúde e seus determinantes, configurando o que este autor denomina de uma "repolitização da saúde" Paim (1997).

Tal discussão sobre os modelos de atenção, entre eles o PSF, tem recebido a atenção de diversos autores no Brasil. Algumas contribuições importantes são aquelas aportadas por autores ligados ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, que cunharam a expressão "ação programática", uma referência importante com relação ao plano organizacional e de estratégias de intervenção na atenção básica (SCHRAIBER, 1990). Nesta proposta, as ações de prevenção, proteção e assistência à saúde, constituem elementos transformadores dos modelos de atenção, além de alavancas de integração entre diferentes níveis de atenção.

Destaque-se também a contribuição, embora fora da *main-stream* da discussão, de Misoczky (1994), elaborada no momento do lançamento do programa nacional e, assim, um tanto "datada" e presa a circunstâncias peculiares da política de saúde em Porto Alegre. Esta autora considera o PSF como divergente dos objetivos e princípios do SUS, afirmando que seus defensores locais contentariam-se em apenas "sussurrar aos ouvidos do Príncipe" e não em lutar por mudanças substantivas no modelo assistencial.

Na mesma linha, Merhy, Bueno e Franco (1999) consideram que o PSF carece de instrumentos de atuação clínica, o que faz suas ações se desenvolverem como mera "linha auxiliar do modelo médico hegemônico", balizando de forma limitada e limitante as possibilidades de competição entre as suas práticas e aquelas

desejadas pela corporação médica. Franco (1999), além do mais, afirma que o PSF falha em fazer com que os processos de trabalho nele verificados operem mediante “tecnologias leves” e que, devido a isso, sua implantação, por si só, não garantiria mudanças substantivas do modelo assistencial vigente. Em outras palavras, a forma como o PSF vem sendo implementado pelo Ministério da Saúde não lhe conferiria a possibilidade de se tornar de fato uma alavanca de transformações, o que tudo indica que o mesmo careceria de se reciclar para incorporar “potência transformadora”.

A linha mais crítica ao PSF vem sendo desenvolvida por autores ligados ao Laboratório de Planejamento (LAPA), da Faculdade de Medicina da Unicamp, entre os quais se incluem os citados no parágrafo anterior. A proposta de tais autores tem sido designada de “defesa da vida” e suas principais características, como anunciadas em documento oficial de um projeto municipal de saúde que a incorpora são: (a) a ancoragem e reconhecimento de uma dada visão de mundo – o “recorte interessado”; (b) a composição de conceitos e aspirações em que transita o técnico e o político; (c) o *político* como um reflexo dos interesses, necessidades e direitos da sociedade; (d) o *técnico* como intermediação entre uma concepção de saúde (o *foco*), um recorte dos problemas e condições de saúde (*objeto*) – “carregado de intenções” e, ainda, um conjunto de estratégias (*meios*) para enfrentar os problemas de saúde (CAXIAS DO SUL, 2000).

Estas críticas mostram-se, entretanto, fora da corrente principal – a referida *main-stream* – de análise do PSF e têm oferecido, sem dúvida, um efeito demonstrativo interessante, com o desenvolvimento de programas alternativos ao PSF em cidades assessoradas pelo Lapa, geralmente governadas pelo Partido dos Trabalhadores, como é o caso de Betim (até 2000), Caxias do Sul, Campinas e outras.

O processo de implementação do PSF

Os contextos e os atores

Embora tenha sido formulado no governo Itamar Franco, sob a gestão de Henrique Santilo, no Ministério da Saúde, o PSF, na verdade, encontrou condições de crescimento qualitativo e quantitativo nos anos seguintes, já no governo de Fernando Henrique Cardoso, mais precisamente a partir de 1998, quando o economista José Serra assumiu o Ministério da Saúde. Os dois ministros que sucederam a Santilo, Jatene e Albuquerque, embora não tivessem explicitado em nenhum momento oposição do PSF, não demonstraram vontade ou não obtiveram acumulações políticas para fazer acelerar sua implementação. Jatene, particularmente, fazia uma defesa competente do PSF e tinha uma história profissional compatível com isso, mas ocupouse em sua breve segunda passagem pelo MS, entre 1995 e 1996, mais com os aspectos estruturais e de financiamento, voltando-se para o ato de "arrumar a casa", conforme expressão que freqüentemente utilizava (JATENE, 1992).

De qualquer forma, o PSF enquadra-se como uma proposta forte dentro do quadro do segundo governo Fernando Henrique Cardoso, constituindo-se um aspecto típico do mesmo. Segundo Singer (2002), ao analisar este período da vida nacional, o compromisso do presidente eleito em 1994, que era garantir recursos suficientes e estáveis para a saúde, só foi cumprido parcialmente, com expedientes transitórios. Embora o primeiro mandato tivesse apresentado um crescimento do gasto em saúde, com elevação de 29% entre 1994 e 1995, e tendo seu melhor momento em 1997, com cerca de R$ 121,00 *per capita* – a evolução posterior chegou a ser negativa. A CPMF, aprovada no final de 1996, representou, entretanto, uma *vitória de Pirro* para a saúde, dada a alocação de recursos em outras áreas, motivando a saída do ministro Jatene a seguir. Já a aprovação da Emenda Constitucional 29, em setembro de 2000, foi capaz de melhorar o prognóstico do financiamento à saúde para os próximos anos, mas não ao ponto de se dar a questão por resolvida.

Do ponto de vista dos indicadores de saúde durante os dois governos Fernando Henrique Cardoso, uma melhoria dos mesmos continuou a acontecer, mas foi pouco expressiva em alguns casos, por exemplo, na mortalidade materna, no controle da tuberculose e

da dengue. Houve também enormes dificuldades em cumprir diversas metas sociais, por exemplo, no saneamento básico.

A questão do financiamento da saúde pode ser considerada como verdadeiramente crucial no período aqui analisado. Com a autoridade de quem exerceu papéis importantes na saúde ao longo da década de 90, inclusive no Governo Federal, Carvalho (2002) analisa o tema com profundidade e abrangência. Este autor parte do pressuposto de que, no âmbito do Governo Federal, no período pós constitucional, gastou-se pouco – ou indevidamente – com saúde, sendo descumpridos os dispositivos constitucionais referentes ao financiamento da saúde e, ainda, que os órgãos fiscalizadores descumpriram a lei por se omitirem diante das ilegalidades praticadas pelo Executivo, detentor que este é do "rolo compressor" já comentado antes. Assim, aponta diversas pendências acumuladas nos anos 90, particularmente nos dois governos de Fernando Henrique. Por exemplo, a definição pouco precisa do que sejam os recursos da Seguridade Social, a serem melhor classificados como "nacionais" e não simplesmente "federais"; a necessidade da ampliação da composição dos recursos do Fundo Nacional de Saúde e, ainda, os constrangimentos que os recursos vinculados à saúde, como no caso da Emenda Constitucional 29, continuassem a sofrer contingenciamento por parte do Executivo, como mostram as tendências atuais. Aponta, ainda, que várias são as conseqüências dos desvios inconstitucionais que se praticaram nestes anos, particularmente no panorama presente, traduzidas por danos sociais "inquantificáveis e irrecuperáveis, como perdas de vida, seqüelas físicas, sofrimento humano, etc".

Entretanto, há também consenso a respeito de importantes avanços obtidos na área da saúde, como, por exemplo, no controle da epidemia de HIV, no enfrentamento de interesses de produtores de medicamentos, na popularização da política de genéricos e, até certo ponto, na regulação do seguro-saúde. Outros problemas, contudo, permaneciam, em torno do ano 2000, mal (ou não) resolvidos, como era o caso do controle da malária, da hanseníase, do sarampo e da dengue (SINGER, 2002).

Os processos de implementação

Vianna e Dal Poz ([199-?]) situam a implementação do PSF como um “reforma da reforma” ou “reforma incremental” em saúde. Estes termos aplicam-se a um conjunto de transformações, tanto no desenho como na operação das políticas, que ocorrem de forma separada ou simultânea em relação aos sistemas e aos serviços de saúde, nas modalidades de alocação de recursos, nas formas de remuneração a prestadores e, fundamentalmente, na configuração da prestação de serviços, resultando em mudanças do modelo assistencial em saúde. Os autores referem-se, ainda, a determinados fatores que interferem em uma agenda de mudanças dessa natureza, a saber: exigências econômicas, interesses e dimensão política. O maior ou menor grau de mudança vai depender dessas três variáveis e o caso do PSF parece bem ilustrativo disso, como se verá adiante.

A. Plano político e institucional

Do ponto de vista institucional, o PSF passou por várias situações dentro do Ministério da Saúde. Em um primeiro momento esteve na Fundação Nacional de Saúde, onde, junto com o PACS e o PISUS – Programa de Interiorização do SUS, fazia parte de uma das coordenações (COSAC) do antigo Departamento de Operações. O PISUS, entretanto, teve vida curta, sendo extinto na mudança de governo que ocorreu em 1994-95. Segundo um dos entrevistados (ARRUDA, 2000), foi uma experiência que fracassou por ter sido articulada junto aos Estados e não diretamente com os municípios, ao contrário do PACS e do próprio PSF, que tiveram tal componente bem definido e, por isso mesmo, outra trajetória.

Um segundo momento, iniciado a partir de 1995-1996 foi marcado pela transferência da antiga COSAC da FUNASA para a SAS – Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde. Esta transferência teve dois impactos de monta na estrutura do programa, a saber: primeiro, permitiu a junção de fato entre as duas estratégias, pois na FUNASA, embora estivessem na mesma coordenação, tinham titulares, equipes e até mesmo áreas físicas diferentes; em segundo lugar, com a mudança, o programa aproximou-se da área realmente incumbida das questões relativas à

assistência à saúde na esfera do Ministério da Saúde, sabidamente poderosa, obtendo, assim, um notável incremento em seu *status* institucional. Como decorrência, foi constituída uma nova Coordenação de Saúde da Comunidade, que depois se transformou em Departamento de Atenção Primária à Saúde. Desta forma, o PSF e o PACS deixam de ser mais um "programa vertical" tradicional e passam a ser estratégias de mudança de modelo assistencial em saúde (VIANA; DAL POZ, [199-?]).

Posteriormente, em 1999, o setor foi transferido para o Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), dentro de um quadro de mudança institucional, no qual este órgão passava a assumir o papel de instância formuladora de políticas e estratégias do Ministério da Saúde, chamando a si a responsabilidade pela política de atenção básica, bem como pelos antigos "programas". Tal medida não deixou de ser também uma maneira de esvaziar ou de "equilibrar", de certa forma, o papel da SAS, que concentrava poderes muito fortes na área de assistência nas várias complexidades e também na articulação de estados e municípios, relativa à descentralização do sistema.

Ainda do ponto de vista institucional, alguns marcos podem ser destacados na trajetória do PSF, como, por exemplo, a articulação entre as universidades e as secretarias de saúde para a criação dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família (1997); a parceria com a Comunidade Solidária (1998); a abertura de linhas de financiamento junto ao REFORSUS (1998); a realização de dois Seminários Internacionais em Saúde da Família, em 1998 e 2001; a realização da I Mostra Nacional de Experiências em Saúde da Família (1999); o estabelecimento do Pacto da Atenção Básica, entre Ministério da Saúde, gestores estaduais e municipais (2000), entre outros.

Em termos políticos, pode-se dizer que o PSF teve também uma trajetória movimentada. Entre 1994, ano de sua fundação, e 1996, galgou espaços importantes na estrutura institucional do Ministério da Saúde, como visto acima. No final do primeiro mandato de Fernando Henrique Cardoso e, particularmente, no primeiro ano do segundo mandato, foi erigido com autêntica *política nacional*, passando a fazer parte do chamado "Avança Brasil", o plano de

governo para o segundo mandato e, posteriormente, do PPA – Plano de Pronta Ação (BRASIL, 1999) o programa de metas do governo brasileiro para o quadriênio iniciado em 1999.

Talvez o fator mais notável para a ascensão política, tanto do PSF como do PACS, estivesse ligado à chegada de José Serra ao cargo de ministro, substituindo Carlos Albuquerque em março de 1998. Serra foi um dos raros não-médicos a ocupar o cargo de ministro da saúde no Brasil, e tinha uma carreira mais ligada às áreas de planejamento e finanças públicas, compatível com sua formação de economista. Ao que se diz, Serra já tinha pretensões próprias e incentivo do presidente para ser o candidato à sucessão de 2002 e procurou pautar sua ação de modo a conferir visibilidade ao Ministério e à sua pessoa. Sem impedimento de outros projetos desenvolvidos, podese dizer que o PSF "caiu como uma luva" para os desejos de Serra. Como disse um dos interlocutores ao ser entrevistado: "[…] que outra proposta havia no cenário para avançar? Não havia outra […]" (SOUZA, 2000).

Serra traçou metas para a expansão acelerada do programa, ainda em 1998, dando início à divulgação da meta de 20 mil equipes no segundo mandato do Presidente Fernando Henrique Cardoso. Como afirmou textualmente o então ministro e atual candidato, em dezembro de 2000: "[…] é para mudar a cara da saúde no Brasil" (SERRA, 2000).

B. Aspectos normativos

Do ponto de vista normativo, embora tenha havido uma seqüência de portarias e outros instrumentos do Ministério da Saúde que tiveram influência direta e indireta sobre o desenvolvimento do programa, particularmente no que diz respeito a seu financiamento, como será comentado adiante, o verdadeiro salto qualitativo em relação às disposições que regeram a implementação do PSF foi dado pela Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (BRASIL, 1996b).

Entretanto, alguns meses antes da promulgação da NOB 96, algumas portarias do Ministério da Saúde já davam início ao processo de mudança na estrutura de financiamento e nos

requisitos para habilitação do programa, buscando um caráter de indução em relação ao modelo de atenção que se desejava implantar. Tal é o caso da Portaria SAS número 8, de janeiro de 1996 (BRASIL, 1996a), que obrigava, para fins de cadastramento e faturamento, que o PSF estivesse implantado em municípios que cumprissem os requisitos da NOB 93, em termos de modalidade de gestão. Na prática, isto forçava os pleiteantes a organizar seus conselhos, planos e fundos de saúde, bem como outros instrumentos de gestão preconizados na norma.

A NOB 96 apresentou, com relação às NOB's anteriores, a perspectiva de mudança do modelo assistencial, mediante alguns incentivos à organização dos programas PACS e PSF. Para tanto, por meio de portarias e instruções normativas complementares, tais incentivos foram implantados atribuindo um determinado valor financeiro por equipe de ACS ou PSF, diretamente proporcional à cobertura populacional alcançada. O resultado parece ter sido apreciável, pois correspondendo ao período imediatamente seguinte à implantação efetiva da NOB 96 foi observada uma expansão marcante da implantação de equipes de PACS e de PSF em todo o país.

Tudo indica que, nos termos da NOB 96, tanto o PSF como o PACS aparecem justificados e, mais do que isso, incentivados, em inúmeras passagens do documento. Nos campos de atenção à saúde (item 3-a da NOB) observa-se, por exemplo, uma definição de atenção à saúde que compreenderia todo um conjunto de ações realizadas no SUS, em todos os níveis de governo, seja para o atendimento das demandas pessoais ou ambientais, abrangendo também ações assistenciais voltadas às pessoas, de forma individual ou coletiva, nos âmbitos ambulatorial e hospitalar, e ainda no *espaço domiciliar* – grifo do autor (BRASIL, 1996b).

A NOB 96 enfatiza ainda, em seu item 9, alguns aspectos relacionados à mudança do modelo assistencial em saúde, bastante coerentes com as diretrizes dos PSF, como, por exemplo: (a) a busca da integralidade; (b) a incorporação ao modelo dominante do modelo epidemiológico; (c) a associação dos processos individualizados e de intervenção terapêutica vigentes com "um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e

em seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente com seus núcleos sociais primários – as famílias"; (d) a incorporação, como objeto das ações, das pessoas, do meio ambiente e dos comportamentos interpessoais.

Ainda no terreno normativo, merecem referência especial três instrumentos, considerados marcantes, do ponto de vista estratégico, para o programa. São eles: (a) a Portaria 1.886/97 (BRASIL, 1997a), que reconhece no PACS e no PSF estratégias para o aprimoramento e consolidação do SUS e aprova normas e diretrizes para tais programas, incorporando ainda a figura normativa do "programa similar"; (b) a Portaria 3.925/98 (BRASIL, 1998), que implanta o *Manual da Atenção Básica*; (c) a Portaria 1.329/99 (BRASIL, 1999b) que estabelece financiamento diferenciado por cobertura populacional.

Por último, algumas breves considerações sobre o PSF na NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde (BRASIL, 2002c), instrumento que passa a regulamentar a implementação do SUS, nos aspectos relacionados à assistência, a partir de 2001-2002. Embora o PSF não seja citado diretamente nesta norma, o mesmo não acontece com a atenção básica, que constitui um dos pilares de tal instrumento normativo. Assim são definidas como áreas de atuação estratégicas mínimas da condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal, atividades tipicamente vinculadas à atuação das equipes do PSF. A NOAS ainda enfatiza que tais ações devem ser assumidas por todos os municípios, levando-se em consideração o seu perfil epidemiológico, definido como componente essencial para o efetivo cumprimento das metas do Pacto da Atenção Básica.

C. Processo de financiamento

Também na questão do financiamento, foram várias as transformações que experimentou o PSF, podendo-se mesmo dizer que a análise deste programa fornece, por si só, uma ilustração

bastante completa a respeito das diferentes formas de transferência de recursos que já vigoraram ou ainda estão em vigor na saúde.

Nos primórdios, ou seja, entre 1994 e 1995, o financiamento se dava a partir de convênio firmado entre MS, estados e municípios, com critérios de escolha de municípios e cumprimento das exigências formais de praxe, tais como a prestação de contas (SOUZA, 2000). Por meio desse instrumento, era garantido um aporte ao gestor, uma determinada quantia por mês, nos três primeiros meses de funcionamento do programa. Contudo, já a partir de janeiro de 1996, ocorre mudança na sistemática, passando o PSF a ser remunerado pela tabela de procedimentos do SIA SUS, com valor agora diferenciado para a consulta médica, equivalente ao valor de duas consultas “normais” (VIANA, 2000).

Estava ainda em vigência a era da NOB SUS 93. Em período seguinte – ou seja, após fevereiro de 1998 – passaram a valer as novas regras de financiamento ditadas pela NOB seguinte. Iniciou-se assim a era do PAB – Piso da Atenção Básica, medida responsável por forte indução de mudanças no modelo assistencial, conforme explicitado por Levcovitz, Lima e Machado (2000). Na NOB 96, a transferência, de acordo com a nova sistemática, partia da exigência de que as equipes de PSF e PACS estivessem atuando integradas à rede municipal, ou que se desenvolvesse estratégias similares de garantia de integralidade da assistência. A Norma estabeleceu, ainda, a salvaguarda de que a omissão de informações referentes à produção de serviços do PSF e do PACS por determinados períodos de tempo, consecutivos ou alternados, em um ano, resultaria na suspensão dos créditos respectivos.

No que se refere aos mecanismos de transferência de recursos, foram de forte impacto as mudanças estabelecidas com a implantação do PAB, como era o caso da vigência do PAB fixo e variável e também de outros incentivos financeiros, o que acarretou ampliação marcante da transferência de recursos federais. Assim, no final do ano 2000, quase a totalidade dos municípios brasileiros já recebiam, dentro da modalidade automática (fundo-a-fundo) pelo menos os montantes destinados à atenção básica e cerca de dois terços dos recursos assistenciais federais (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2000).

Outra mudança que a NOB 96 facultou foi a estipulação de um valor *per capita* mínimo, definido com base na média da produção dos procedimentos básicos no ano anterior e que resultou também na ampliação do valor transferido para a assistência básica, mesmo nos municípios que tinham problemas em apresentar produção suficiente de procedimentos. Um valor de R$ 10,00 por habitante/ano foi estabelecido, possibilitando homogeneização das transferências para o conjunto de municípios. Houve também algum "achatamento" dos valores transferidos a alguns municípios, mas isso não chegou a ser significativo em relação ao conjunto.

As vantagens do recurso PAB derivavam de que o mesmo, apesar de calculado com base em séries históricas de produção, não se encontrava sujeito à revisões periódicas baseadas meramente na produção, o que não acontecia, por exemplo, com o recurso destinado à média e alta complexidade e à assistência hospitalar. Assim, o PAB superou a modalidade tradicional de "pós-pagamento" e vínculo à produção, em favor de um "pré-pagamento" para a remuneração dos serviços, representando, sem dúvida, um fator de inovação no modelo de financiamento da saúde (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2000; NEGRI, 1999).

A introdução do PAB e a normatização referente à sua parte variável provocou, segundo Viana (2000), outras mudanças de impacto no financiamento, não só diretamente sobre o PSF mas sobre o conjunto de programas do Ministério da Saúde, resultando em maior integração das ações que compõem os programas assim custeados.

Em 1999, nova medida normativa, de forte impacto sobre o processo de financiamento é implantada – a Portaria 1.329 de novembro de 1999 (BRASIL, 1999) –, por meio da qual as coberturas populacionais oferecidas pelas equipes de saúde da família passam a ser critério para a definição do incentivo a ser pago por equipe. Ocorre, desta forma, um aumento significativo do valor de tal incentivo, obedecendo a uma razão incrementalista, incidindo sobre os percentuais de cobertura, dentro de alíquotas progressivamente maiores (de 3% a 7%) em relação ao montante da população coberta (NEGRI, 1999).

A partir do final da década de 90, o PACS e o PSF puderam contar com uma nova fonte de financiamento, particularmente para investimentos, através do REFORSUS, um empréstimo internacional para o setor saúde, operacionalizado pelo Banco do Brasil. Assim, além da expansão da rede física e dos equipamentos, houve disponibilidade de recursos também para a qualificação das equipes e desenvolvimento institucional, facultando às SES assumirem novos papéis de coordenação, capacitação e gestão das ações (VIANA, 2000).

A Emenda Constitucional 29, aprovada em setembro de 2000 pelo Congresso Nacional, veio trazer novas luzes para o financiamento da saúde, conferindo ao SUS o que um de seus autores denominou de “hora da maioridade” (JORGE, 2000). A emenda proporcionaria, ao cabo de quatro ou cinco anos, maior aporte de recursos e mais previsibilidade e controle, além de contribuir para a organização do sistema. Seus efeitos sobre o PSF e a atenção básica em geral, contudo, ainda não se faziam notar nos primeiros meses de sua implementação.

D. Processos de avaliação de resultados

Os processos de avaliação do PSF passaram a ocorrer com mais frequência a partir do final da década, considerando, como seria natural, a ausência de uma massa crítica de experiências a produzir resultados, a insuficiência dos sistemas de informação ou sua implantação muito recente, bem como a carência de metodologias e técnicas adequadas, de amplo domínio e comparabilidade até tal momento. É bem verdade que alguns processos pontuais já vinham sendo conduzidos, por influência de instituições externas ou por iniciativas próprias locais, como ocorrido em Camaragibe (Pernambuco) e também em outras localidades, na linha aberta por pesquisadores do IMS/UERJ (VIANNA; DAL POZ, 1998), em 1998, financiados por recursos internacionais. Entretanto, em torno de 1999 a 2000 é que começaram a aparecer com mais intensidade e frequência trabalhos dessa natureza, seja na literatura especializada em saúde coletiva, seja em teses acadêmicas ou, ainda, como

resultados diretos de processos desencadeados e apoiados pelo próprio Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde anuncia oficialmente sua intenção de dar partida e aprofundar o processo de avaliação apenas no ano de 2000, ocasião em que publica um conjunto de manuais contendo as linhas estratégicas para o PSF no quadriênio 1999-2002 (BRASIL, 2000c), aliás período correspondente ao PPA do Governo Federal. Dessas linhas estratégicas, a de número quatro é a “avaliação permanente da atenção básica”, que por sua vez se desdobra em três áreas de atuação: avaliação do processo de implementação; implementação de pesquisas avaliativas; acreditação e validação do processo de avaliação.

Seguramente associada à primeira das áreas de atuação da estratégia acima referida é a pesquisa denominada “Avaliação da implantação e funcionamento do PSF”, cujos resultados foram divulgados formalmente no ano 2000 (BRASIL, 2000c). Este estudo foi realizado mediante consulta por correio a um conjunto de 1.219 municípios e 3.119 equipes de saúde da família, em 24 Estados, durante o período de abril a julho de 1999. Os índices de resposta estiveram entre 56,9% e 78,6%. A condução do processo foi realizada por técnicos do DAB, pesquisadores acadêmicos e representantes dos gestores municipais. Suas conclusões foram bastantes abrangentes e, para as finalidades presentes, um pequena síntese é apresentada a seguir.

Do ponto de vista da gestão do programa, a participação dos gestores estaduais era marcada pela indefinição dos critérios de priorização de áreas de cobertura. Algumas das principais atividades desenvolvidas pelos mesmos eram, além da capacitação de equipes, a assessoria ao sistema de informação e ao desenvolvimento do projeto inicial. Incentivos financeiros, materiais e técnicos por parte das SES constituíam exceções. As principais causas do baixo desempenho dos gestores estaduais vinculavam-se à estrutura material e de recursos humanos deficiente e defasada. Entre as justificativas que levaram os municípios a implantar o PSF, destacavam-se a substituição do modelo de atenção à saúde e a necessidade de ampliação do acesso aos serviços.

Na política de recursos humanos, menos da metade dos médicos e enfermeiros vinculados ao PSF eram recrutados no próprio município e em torno de 20% o eram até mesmo fora do Estado ou do País. Os processos seletivos de pessoal de modo geral haviam transcorrido com alto grau de informalidade; da mesma forma estabeleciam-se os contratos de trabalho, com enorme predomínio de contratos temporários e de prestação de serviços (em torno de 79%, tanto para médicos, como para enfermeiros).

Do ponto de vista dos processos de trabalho, a noção de território, com a utilização de instrumentos correspondentes, estava presente em cerca de 80% dos casos. Os prontuários de família estavam implantados em cerca de 70% dos casos. Foi também bastante expressivo o incremento da oferta da maioria dos procedimentos característicos da atenção básica com a implantação do programa, persistindo, porém, alguns casos notáveis de baixa oferta, como, por exemplo, o exame de Papanicolau, as ações voltadas para adolescentes, as pequenas cirurgias, e a inserção de DIU.

Na seqüência das linhas estratégicas referidas antes, o Ministério da Saúde fez realizar, durante o ano de 1999, um amplo estudo nacional sobre o perfil da força de trabalho do PSF, abrangendo, nesse momento, os médicos e os enfermeiros (BRASIL, 2000b). O estudo foi conduzido com base no cadastro do DAB/MS, com data de referência de dezembro de 1998, sendo enviados questionários pelos correios a 3.147 equipes, 6.294 profissionais, distribuídos em 117 municípios de 25 Estados, um universo com a mesma dimensão do estudo referido acima, portanto. Os índices de resposta foram considerados satisfatórios, variando de 50% a 84,5%, de acordo com a região; para os enfermeiros, os índices de resposta foram maiores do que para os médicos. Algumas das conclusões do estudo estão relacionadas a seguir, sem caráter exaustivo.

Os dados confirmavam uma tendência de *feminilização* da força de trabalho em saúde, já verificada universalmente, além de uma tendência a que a maior parte dos médicos e enfermeiros estivessem abaixo dos 50 anos, uma *juvenilização* que se mostrava mais marcante entre os enfermeiros que entre os médicos. Do ponto de vista da origem profissional, na Região Norte, cerca de 18% dos médicos eram estrangeiros, enquanto no resto do pais esta cifra não

passava de 4%. Em termos de formação, apenas um terço dos médicos havia concluído um programa de residência médica, de qualquer natureza; entre os enfermeiros a incidência de habilitação profissional era igualmente baixa; nos dois casos, as demandas por qualificação e aprimoramento profissional eram altas.

Foi observado ainda que cerca de 43% dos profissionais atuavam nos programas há menos de um ano, o que era explicado pelo momento de expansão rápida que então ocorria. Entretanto, a mobilidade entre municípios era da ordem de 20% entre os médicos e apenas um pouco menor nos enfermeiros, configurando um quadro de alta rotatividade no emprego. As formas de seleção e os vínculos trabalhistas primavam, na ocasião, pela precariedade e falta de garantias legais. Do ponto de vista das percepções do público-alvo da pesquisa, o desgaste com a atividade no PSF foi uma manifestação muito freqüente, sendo atribuída, principalmente, aos vínculos precários de trabalho, ao excesso de trabalho, à carência de suporte material para a atividade, à dificuldade de acesso às áreas de trabalho, entre outros fatores. Entretanto, a quase a totalidade dos profissionais das duas categorias, admitiam estar contribuindo para a melhoria das condições de saúde da população e tinham uma visão positiva de seu trabalho, o que é diferente de conclusões de outros estudos realizados entre o conjunto dos médicos brasileiros (MACHADO, 1997).

Em relação aos anos imediatamente anteriores, Viana e Dal Poz (1998) haviam trazido à luz uma avaliação bastante positiva dos efeitos “sistêmicos” do PSF, ao associar sua implementação (que começava a se acelerar a partir de 1998) com um grande impulso do processo de municipalização induzido pela extensiva normatização do Ministério da Saúde, além de maior organização dos sistemas de saúde no país. Entre outros aspectos, estes autores apontaram o estímulo ao cumprimento da legislação do SUS, como possível efeito da Portaria 1886/97, com a implementação de novos Fundos e Conselhos Municipais de Saúde em municípios de todo o país com o conseqüente aumento da racionalidade do gasto e do controle social sobre os recursos e o próprio sistema.

Ainda no trabalho em foco, registrou-se a adesão acelerada a uma das modalidades de gestão da NOB 93 e, posteriormente, da NOB 96, acarretando a reorganização da atenção básica como decorrência dos novos mecanismos de financiamento, particularmente após o advento do PAB, previsto na NOB 96. Uma nova definição das atribuições das SES parece ter ocorrido, segundo os autores, particularmente em relação à capacitação de recursos humanos para o sistema de saúde. Da mesma forma, registrou-se a abertura de novos tipos de parceria entre o público e o privado, como aconteceu em São Paulo, com o Projeto Qualis. Em relação à política de recursos humanos, predominava a diversificação e, por vezes, a precarização das modalidades de vínculos de trabalho no setor público.

Viana (2000), no relatório de pesquisa já citado, acrescenta ainda a importância adquirida pelo PSF na prestação de ações e serviços de atenção básica e para sua penetração nos estados e municípios, dadas as expressivas e crescentes cifras verificadas nos anos em torno de 1998. Esta autora destaca, ainda, a integração entre os vários programas operados pelo governo federal possibilitada pelo financiamento através do PAB variável e, também, pelas parcerias estabelecidas, por exemplo, com o Programa Comunidade Solidária.

O referido relatório destaca alguns outros aspectos dignos de nota, a saber: (a) tendência à concentração do programa em pequenos municípios (quase a metade até 17 mil habitantes, na ocasião), com níveis de cobertura decrescentes conforme aumenta o tamanho dos municípios, ou seja, com baixa penetração nos grandes municípios; (b) tendência de incremento da cobertura financeira federal para os procedimentos da atenção básica em geral, de forma global e *per capita*; (c) descompasso entre a produção de procedimentos realizados por médicos frente àqueles realizados por enfermeiros; (d) “centralidade” dos procedimentos de atenção básica e baixa complexidade em geral, com tendência a dobrarem a cada ano (entre 1997 e 1999, pelo menos); (e) impacto confirmado sobre alguns indicadores de morbimortalidade no período 1995-1998, como por exemplo: número de internações hospitalares de crianças com menos de cinco anos; redução de

internações para praticamente todos os grupos de causas; coberturas vacinais; taxa de mortalidade infantil, entre outros.

Configurando mais uma abordagem avaliativa, destaca-se o trabalho realizado por Aguiar (1998), que declina sua cautela face a algumas perspectivas de análise que fazem referência ao impacto positivo da normatização do Ministério da Saúde sobre o PSF. A autora aceita o fato de que a implantação do PSF no Brasil tem vínculos fortes com o processo normativo, particularmente das NOB e demais instrumentos pós-93, e que vêm influenciando e até reestruturando não só a alocação de recursos mas também o próprio processo decisório em saúde. A capacidade indutora da política, principalmente com o advento do PAB, foi notável, mas a cautela se justificaria tendo em vista que alguns dos indicadores que têm sido utilizados na avaliação do desempenho da gestão municipal, como é o caso da existência do Conselho ou do Fundo de Saúde, nada mais seriam do que obrigações legais e que, além do mais, careceriam de estudos que demonstrassem de fato seu impacto sobre o sistema local. A autora argumenta ainda que um estudo do início da década, voltado para o impacto dos programas da Comunidade Solidária, no qual atuou como pesquisadora, evidenciou que a existência formal de tais instrumentos, nos municípios, refletiria essencialmente o cumprimento de exigências legais, não acarretando incremento da participação e do controle social, nem de efetivas inovações de gestão.

Em 2001, dando seqüência à agenda aberta em 1999, o DAB/MS realiza um segundo esforço de avaliação do PSF no nível nacional, o chamado *monitoramento*, iniciado em 2001. Trata-se de um processo que ainda estava em andamento quando do fechamento desta tese (segundo semestre de 2002), mas as conclusões que o mesmo permitiu até então pareciam ter provocado um certo impacto na visão das autoridades do Ministério. Alguns resultados do referido processo, que chegou a aferir o desempenho de quase cinco mil equipes em nove Estados, são apresentados nas linhas seguintes (BRASIL, 2002b).

Embora as reuniões de equipe pudessem ser consideradas como prática consolidada, elas ainda eram pouco praticadas nas equipes mais “jovens”, ou seja, com menos de um ano de atuação. Já em

relação às atividades educativas em grupo, elas não faziam parte das práticas médicas rotineiras em 32% dos casos e mesmo das de enfermagem, em 18%. Atividades educativas continuadas não eram realizadas rotineiramente em percentuais apreciáveis, sendo as principais omissões em relação aos idosos, adolescentes, escolares e crianças lactentes.

No campo assistencial, verificou-se que imunizações de rotina ainda não estavam implantadas em 31% das unidades, sendo a incidência ainda maior em equipes mais novas; atendimento básico de adultos em geral, crianças e mulheres em idade reprodutiva ainda não era realizado rotineiramente por 13% dos médicos e 31% dos enfermeiros, sendo tais cifras também maiores nas equipes "novas"; 15 a 40% das ações básicas de saúde da mulher não eram realizadas rotineiramente, correspondendo cifra maior às ações de planejamento familiar; 18 a 46% das ações básicas de saúde da criança não eram realizadas rotineiramente, correspondendo a última cifra à consulta de enfermagem para doenças prevalentes. Outras ações básicas gerais também não chegavam a ser realizadas rotineiramente em percentuais apreciáveis, sendo as principais omissões registradas em relação à saúde mental, realização de glicemia, além de diagnóstico e tratamento de DST. Da mesma forma, as ações de controle da hanseníase e da tuberculose não eram realizadas rotineiramente, sendo as principais omissões a falta de dispensação de medicamentos e o tratamento supervisionado. Na vigilância epidemiológica, as ações específicas eram freqüentemente omitidas, sendo as principais a investigação de óbitos, a investigação hospitalar, o controle de surtos e a investigação das doenças de notificação obrigatória.

Além disso, as dificuldades nas referências especializadas ainda eram marcantes, tendo como principais áreas-problema a oftalmologia, a neurologia, a saúde mental e a fisioterapia. Em contrapartida, foram detectadas facilidades razoáveis para pronto-atendimento, emergência e internação geral, o que demonstraria, sem dúvida, a forma de "concorrência" do novo modelo com o tradicional.

A partir deste estudo, mesmo diante de suas conclusões preliminares, que não deixaram de evidenciar certas modalidades

“maquiadas” de programas nos municípios, parece ter ocorrido uma relativização ou mesmo o abandono de um discurso mais “triunfalista” por parte das autoridades e técnicos do Ministério da Saúde, sendo que alguns dos pronunciamentos desses atores passaram a assumir um tom mais realista e cauteloso – até crítico – pelo menos por parte dos escalões técnicos. O ministro da saúde, naturalmente, já enfronhado desde o início de 2002 na campanha para a Presidência da República, preferiu manter o enfoque costumeiro (SERRA, 2001). Entretanto, a diretora nacional do PSF admitiu, na entrevista concedida a este estudo, que o programa deveria contemplar as novas realidades abertas pelas transformações do sistema de saúde, porém “sem perder a inflexibilidade dos princípios” e, fundamentalmente, evitando os “programas para botar placa” que ainda se viam em alguns estados (SOUZA, 2000).

Para finalizar a presente seção, serão apresentadas algumas informações sobre o crescimento do PSF e do PACS, em termos quantitativos, em busca de uma correlação com a análise qualitativa até aqui levada a efeito.

TABELA – Evolução quantitativa do PSF e do PACS (1994-2001)

ANO	Nº MUNIC.C/ESF	Nº ESF(*)	POPULAÇÃO COBERTA (x 1.000)
1994	55	328	1.132
1995	150	724	2.498
1996	228	847	2.922
1997	567	1.623	5.599
1998	1.134	3.083	10.636
1999	1.647	7.254	14.676
2000	2.766	8.604	29.684
2001	3.233	11.285	38.933

Fonte:NEGRI, 1999. Demais informações, fonte: BRASIL, 2001
(*) Equipes de Saúde da Família

Algumas outras informações disponíveis no site do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002d) devem ser destacadas, correspondentes ao período transcorrido entre dezembro de 1999 e dezembro de 2000, mostrando uma significativa evolução qualitativa do programa. São elas: (a) o crescimento mais expressivo, tanto da incorporação de municípios como de equipes ao PSF, que ocorreu na faixa de cobertura “9”, ou seja, acima de 70%, o que mostra uma possível abertura de nova tendência de crescimento; (b) o crescimento expressivo do número de equipes em todos os portes de municípios, da ordem de 200% em média, sobressaindo-se, entretanto, a faixa entre 250 e 500 mil habitantes, que teve crescimento de equipes da ordem de 323%; (c) a incorporação de municípios ao programa em todos os portes populacionais, sendo mais expressivo nas faixas até 100 mil habitantes; (d) a cobertura populacional com maior incremento na faixa de municípios entre 20 e 50 mil habitantes, embora se registrem aumentos superiores ou próximos a 100% em todas as demais faixas.

A partir das informações geradas pelo monitoramento de 2001-2002, bem como pelas informações quantitativas disponíveis na página do Ministério da Saúde, o que se pode inferir é a existência de alguns percalços recentes antepostos à evolução do PSF. Verifica-se, com efeito, um certo “achatamento” da curva de crescimento, tanto do número de equipes, da incorporação de novos municípios e também dos recursos disponíveis, os quais, para o último período referido, sofreram contingenciamento e tiveram sua execução limitada a pouco mais de 60% (BRASIL, 2001). Diante de tais evidências, parece ter sido atenuado o discurso da implementação acelerada, que vinha marcando as manifestações das autoridades do Ministério da Saúde, a começar do próprio ministro, que sempre insistira no alcance da meta de 20 mil equipes em 2002. O novo ministro, que assumiu em março de 2002, Barjas Negri, aparentemente optou por um discurso mais cauteloso (NEGRI, 2002).

Síntese interpretativa

A questão de o PSF, mesmo diante de avanços incontestáveis, ainda carecer de experimentar apreciáveis “saltos de qualidade”, foi bastante enfatizada nas entrevistas com as autoridades e quadros técnicos da área. Em um momento mais recente, particularmente após os relativos revezes apresentados pelo processo de monitoramento conduzido em 2001. Tais manifestações tornaram-se mais freqüentes.

Alguns desses *saltos de qualidade* ainda por realizar foram descritos como: “necessidade de flexibilizar”; valorizar e abrir-se para a “riqueza das experiências”; intensificar a assessoria e orientação aos gestores; buscar nas experiências de outros países “aquilo que interessa”, como por exemplo na acreditação e na qualificação dos processos de treinamento; ampliar o conhecimento da sociedade sobre o programa, entre outros.

Em julho de 2002, a equipe técnica do DAB passou a divulgar, em suas apresentações em eventos de saúde (BRASIL, 2002b), uma lista formal dos desafios que se colocavam diante da completa

realização dos objetivos do PSF. São eles: (a) a maior responsabilização dos gestores e trabalhadores da saúde; (b) a otimização da utilização dos recursos disponíveis com inserção do PSF nas redes de serviços; (c) o desenvolvimento de uma política de priorização dos investimentos de acordo com variáveis epidemiológicas e gerenciais; (d) a implantação efetiva de instrumentos de gestão, inclusive dos disponíveis (SIAB, PPI, Pacto da Atenção Básica, por exemplo); (e) a capacitação, formação e contratação de recursos humanos; (e) a avaliação e o acompanhamento permanente do programa.

Como se vê, trata-se de objetivos sintonizados não só com os achados dos estudos avaliativos conduzidos pelo DAB, como respondem também às críticas que observadores externos têm colocado frente à concepção e operacionalização do programa.

Os “saltos de qualidade” face aos desafios que se apresentam não impedem que sejam computados, também, alguns avanços substanciais ao longo da implementação do PSF. Alguns deles tornaram-se “clássicos”, sendo constantemente reiterados nas falas das autoridades e mesmo nas análises externas. Exemplos constam do Quadro 6, organizado pelo autor:

QUADRO 6 – Avanços do PSF

a. Transferência do programa da FUNASA para a SAS/MS, conferindo maior poder a seus dirigentes e mais articulação de suas práticas com a superação de um caráter de “programa vertical”;
b. Normatização que facultou ao programa maior qualificação de sua atuação, como por exemplo, as portarias anteriores à NOB 96 que estabeleceram exigências de que o PSF se articulasse às condições de gestão do SUS, nos municípios, de acordo com a NOB 93;
c. O conjunto normativo inaugurado pela NOB 96 que criou o Piso da Atenção Básica e os mecanismos de financiamento mais estáveis e intensivos para as atividades ligadas à atenção básica;
d. O estabelecimento, por meio da Portaria 1.329/99 de financiamento diferenciado por cobertura populacional, que incentivou a expansão qualificada do programa, de forma substitutiva e não mais como um processo pontual e paralelo, além da complementação da mesma norma em 2000, com o estabelecimento de índice de cadastramento de famílias como critério;
e. A criação dos Pólos de Capacitação em quase todos os estados brasileiros, com repercussões notáveis na oferta de vagas em cursos e outras atividades de capacitação para as equipes;
f. O desenvolvimento de uma estratégia de avaliação e mensuração de impacto do programa, que tem permitido rever as metas e as estratégias anteriormente estabelecidas;
g. A busca de financiamento alternativo, por exemplo junto ao REFORSUS, procurando desenvolver projetos de investimentos não só em termos físicos como de qualificação de equipes e de unidades gestoras e também a abertura de crédito junto ao Banco Mundial e outros

organismos para ampliar a incorporação do PSF nos grandes centros urbanos (PROESF);

h. A articulação internacional do programa, obtida graças à realização de dois Seminários Internacionais, em 1998 e 2001;
i. O incremento da visibilidade e da auto-estima das equipes possibilitada por um conjunto numeroso de ações, entre as quais podem ser citadas as oportunidades de capacitação oferecidas pelos pólos; a realização de atividades de avaliação participativa; a realização da I Mostra de Experiências em Saúde da Família; a premiação realizada em 2002 com a presença do Presidente da República.

Em último lugar, mas não como aspecto menos relevante, há que se destacar a importância e a "centralidade" assumida pela questão da atenção básica dentro do SUS, com tendência a perder seu caráter historicamente marginal. Contribuíram para tanto eventos diversos, de natureza política ou simplesmente normativa, como o estabelecimento do Pacto da Atenção Básica entre os gestores dos três níveis de governo; o desenvolvimento de um sistema de informações específico, o SIAB; a edição do Manual da Atenção Básica e, por último, a importância conferida ao tema dentro da NOAS.

O Programa de Saúde da Família foi ainda alvo – ou terá sido provocador? – de um verdadeiro *amálgama* das ações de saúde coletiva no país, de caráter inédito historicamente. Trata-se de uma nova situação, de fato, dada pela ruptura de velhas barreiras técnicas, ideológicas e institucionais, cedendo lugar a práticas potencialmente unificadas de saúde.

Cumpre analisar, pelo menos de forma tentativa, os marcos daquela que teria sido, até o momento, a trajetória histórica do PSF no Brasil. Neste intuito, foi preparado o Quadro 7, no qual são correlacionados, ano a ano, os diversos elementos do contexto político, dos eventos sanitários, dos processos normativos e políticos e dos resultados alcançados pelo programa. Evidentemente que se tratam de muitas e complexas informações

para serem contidas em um simples quadro, mas o efeito que se procura aqui é simplesmente de criar uma sinopse, já que algum aprofundamento se obteve na análise que ora se encerra.

Ao final desta síntese interpretativa, os dados mostrados no Quadro 7 permitiriam uma categorização do PSF por períodos ou momentos a serem justificados a seguir. São os seguintes: (a) *Era de formulação e ensaios*; (b) *Era da expansão*; (c) *Era de enfrentamento de desafios*.

QUADRO 7– Contextos, eventos e processos relativos ao PSF

CONTEXTOS	EVENTOS DA SAÚDE	PROCESSOS	RESULTADOS
Pré-1993 Dicotomia INAMPS-MS; Impeachment de Collor; Etapa de transição; Atores isolados, autônomos	Reforma Sanitária SUDS; SUS – primeiros movimentos; Escândalos na saúde; IX Conferência Nacional.	Programas pioneiros (RS, SP); Criação do PACS (1991); Formulação do PSF (1993)	Restritos, pontuais Difusão da idéia do PACS
1993 Governo Itamar; Jamil Hadad no MS.	Forças progres sistas na saúde; Crise finenceira da Saúde	Reestruturação do MS; “A ousadia de cumprir a lei”: NOB 93; transferências fundo a fundo; Financiamento convenial do PACS	Restritos, pontuais (iniciativas locais apenas)
1994 Governo Itamar; Plano Real; “Mapa da Fome” como indicativo de ação do governo; Henri-rique Santilo no MS	Agravamento da crise financeira da saúde	Lançamento oficial do PSF (94); “A saúde dentro de casa” (1º doc. técnico); Transferência de recursos ao PSF e PACS por convênio ou tabelas difeciadas	Ainda pouco palpáveis
1995 1º ano	Adib Jatene no MS	PSF e PACS:	724 equipes e

de governo Fernando Henrique Cardoso		da FNS para o Departamento de Assistência e Promoção da Saúde da SAS Implantação do SIAB	2,5 milhões de pessoas cobertas
1996 Governo FHC	X Conferência Nacional de Saúde; Luta política pela CPMF; Adib Jatene no MS	NOB 96 Documento Técnico: "Saúde da Família – uma estratégia de organização dos serviços de saúde" (março de 1996); Primeiras medidas normativas qualificadoras do PSF	847 equipes e 2,9 milhões de pessoas cobertas
1997 Governo Fernando Henrique Cardoso; Preparação do Governo FHC II	Troca de Ministros da Saúde (2); Carlos Albuquerque no MS	Prossegue regulamentação e detalhamento da NOB 96; Fusão PACS-PSF; Portaria SAS vincula criação do PSF a instrumentos de gestão; Criação dos Pólos de Capacitação	Início da expansão nacional do PSF e do PACS: 1.623 equipes e 5,6 milhões pessoas cobertas
1998	José Serra no MS;	Início efetivo	3.083 equipes

Governo FHC – ano final	Ativação de estratégias no MS: genéricos, planos de saúde, atenção básica, tabagismo, AIDS, etc.	vigência do financiamento pelo PAB Portaria 1886: qualificação do PSF; Manual da Atenção Básical Seminário Internacional de Saúde da Família; Pesquisa Nacional de Avaliação da Implantação do PSF no Brasil; Pesquisa Nacional Perfil de Médicos e Enfermeiros do PSF	e 10 milhões de pessoas cobertas
1999 Governo FHC II; (1º ano) PPA; Continuidade no MS (J. Serra)	Fortalecimento internacional: luta contra AIDS e genéricos; Enfrentamentos com a indústria farmacêutica e planos de saúde José Serra no MS	Primeiros projetos de financiamento pelo REFORSUS; Primeiro esforço de avaliação nacional do PSF; Cartão SUS; Portaria 1329: financiamento por níveis de cobertura DAB: da SAS para a	7.254 equipes e cobertura de 14, 7 milhões

		SPS/MS; Incorporação “programas” (tbc. hansen., diabetes, hipert. etc.); associação com assistência farmacêutica e vig. alimentare II; I Mostra de Experiências em SF; Pacto da Atenção Básica	
2000 Aprovação da EC 29	Relatório da WHO coloca o Brasil em má situação em ranking entre nações; XI Conferência Nacional; José Serra no MS	1ª Reunião Nacional dos Pólos de Capacitação	8.604 equipes e 29, 6 milhões de pessoas cobertas
2001 – 2002 Final do segundo Governo FHC; Serra candidato a Presidente; Crise político-financeira do país; Brasil vai ao FMI	Instabilidade, dossiês, etc. motivados pela candidatura de Serra; Contingenciamento de recursos; Substituição no MS: sai Serra; Barjas Negri no MS	Início da vigência da NOAS Estudos para implantação do PSF em grandes centros (PROESF); II Seminário Internacional de Saúde da Família; I Encontro	15.000 equipes; 50 milhões de pessoas cobertas pelo PSF

		Nacional de Pólos de Capacitação	

Era de formulação e ensaios

Para fazer justiça, poderia ser denominada de forma mais completa como a *era da formulação, consolidação doutrinário-normativa e de desenvolvimento de ensaios operativos*. Iniciou-se com os primeiros passos do PSF em 1994 e durou até o início da implementação da NOB 96, ou seja, na prática, até o início de 1998. Correspondeu ao desenho da política por parte do Ministério da Saúde e definição do quadro de articulações que deram seguimento à sua implementação.

Este momento teve correspondência com a incorporação não só no discurso como na prática oficial, dos conceitos e das estratégias formuladas e divulgadas nas décadas anteriores pela Academia e pelos organismos internacionais, como, por exemplo, *Atenção Primária à Saúde, Medicina Comunitária, Promoção da Saúde, Vigilância à Saúde*, entre outras. O movimento geral que se percebe seria, portanto, da transformação de um *discurso ideológico* em *ação política*.

Do ponto de vista do processo político, o período foi de fortes mudanças: procurava-se sepultar heranças e resgatar prejuízos da relativa paralisia imposta ao sistema de saúde, não só na Era Collor como na chamada *Nova República*. É nessa esteira que surgiram os documentos do Ministério da Saúde propondo *ousadia* no cumprimento da Constituição e das leis orgânicas, que vêm desembocar na edição da NOB 93 e na decolagem de um processo mais efetivo e coerente de implementação do SUS.

A crise política que se procurava superar tinha no componente financeiro seu elemento mais visível e de difícil remoção. Boa parte das energias institucionais dos primeiros anos da *Era da formulação e ensaios*, ou seja, entre 1994 e 1996, foi assim consumida. Mesmo o avivamento econômico geral proporcionado pelo *Plano Real* não

mostrou, pelo menos de forma direta, grande impacto na saúde nesse momento.

Se o período foi de mudanças profundas e rápidas, pautou-se também pela relativa estabilidade política. No início, houve o grande arco de alianças originadas do movimento *Fora Collor*. Em seguida, veio a atuação poderosa do Governo Fernando Henrique Cardoso em seu primeiro mandato, apoiado por uma base política forte, além do uso freqüente do recurso a medidas provisórias e outros instrumentos alternativos como estratégia decisória e legislativa. Mesmo com as trocas de ministro (quatro entre 1993 e 1997), demonstrando que o governo tinha dificuldades em "encontrar o rumo" na saúde, foi possível formar um corpo estável de gerentes técnicos à frente do PSF – verdadeiros *executivos da saúde* – que vem respondendo pela linha técnica do programa durante oito anos consecutivos. Esta tem sido, aliás, uma característica marcante do PSF e talvez seja mesmo inédita em termos de políticas públicas no Brasil.

A formulação doutrinária foi outra marca do período. Ela se torna mais exuberante e mais profunda a partir de 1996, seja nos *papers* de origem acadêmica, oficial ou semi-oficial (considerando que havia e ainda há alguma mescla entre estes dois segmentos). Nessa produção predominava, sem dúvida, um caráter de justificativa do que já estava criado, e também – não se pode deixar de admitir – introduzia-se uma certa sofisticação de análise, como parte de um discurso renovado, ligado à *nova saúde pública* ou às *novas pautas* de saúde, com ênfase em questões como as condições de saúde e seus determinantes, vislumbrando, também, as práticas de saúde como imbuídas de caráter social e dimensões simultaneamente técnicas, políticas e ideológicas.

O esforço normativo no período é também digno de nota. Embora a vigência da NOB 93 tenha se prolongado, na prática, até 1997, ou mesmo além disso, em todo o período foi intensa a preocupação com a edição de nova NOB, o que acabou acontecendo em 1996, com vigência plena a partir de 1998. Da mesma forma, foram sendo emitidos instrumentos normativos (portarias) que gradualmente voltavam-se para a definição mais acurada de critérios de financiamento e de qualificação do PSF.

Era de expansão

A expansão do PSF de que aqui se fala refere-se não só à adesão numérica progressiva de municípios ao programa, que na verdade já ocorria desde o período anterior. Ela diz respeito também ao aprofundamento de aspectos mais qualitativos, dados, por exemplo, pelo fato de que o arcabouço normativo e doutrinário disponível havia se adensado bastante e também pela inquestionável adesão ao SUS, revelada por uma verdadeira "explosão" de habilitações de municípios às condições de gestão da NOB 96. Teve início com a vigência de fato da NOB 96, o que na prática ocorreu somente em 1998, prolongando-se até o ano de 2001.

Em termos de poder e articulação, o PSF teve, nesse período, uma trajetória ascendente dentro do Ministério da Saúde, ao passar da FUNASA para o MS e, dentro deste, assumir o *status* de uma diretoria, primeiro na SAS e, depois, dentro da Secretaria de Políticas de Saúde. Dessa forma, o programa torna-se, gradualmente, mais visível e notório dentro e fora do setor saúde, haja vista suas "pontes" com a Programa Comunidade Solidária, com o REFORSUS, com Centros Formadores, e devido também à realização de dois seminários internacionais voltados para o tema da saúde da família.

O contexto inicial da *Era de Expansão* caracterizou-se pela preparação e posterior condução do segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso, quando foi elaborado o documento *Avança Brasil*, cujo conteúdo deu origem ao PPA – Plano de Pronta Ação para o período 1999–2002. A figura emblemática do período foi a do senador José Serra, com o cortejo de pretensões políticas que bem ou mal o acompanhava em 1998, quando assumiu o Ministério da Saúde, após a gestão pouco expressiva de Carlos Albuquerque.

A disputa por recursos, uma das marcas do período anterior, não se arrefeceu. O incremento verificado entre 1995 e 1997 foi frustrado por uma redução no ritmo do crescimento dos recursos logo após. Essa foi também a era da CPMF, da PEC 169 e também da promulgação, em 2000, da Emenda Constitucional número 29,

saudada por muitos como histórica mudança de rumo para o financiamento da saúde no país.

O grande marco normativo institucional foi a NOB 96. Seus impactos foram de diversas naturezas, principalmente financeiras, que se fizeram sentir com o PAB, trazendo a transferência *per capita* como novo padrão referencial para o financiamento da saúde. Surgiram também mais estabilidade nos mecanismos de alocação e repasse, a adesão acelerada de municípios às condições de gestão então definidas pela NOB, bem como a integração programática possibilitada pelo PAB variável, configurando um verdadeiro "salto qualitativo" para o sistema.

Nesse momento, a atenção básica ganhou destaque e centralidade na política de saúde. Foram realizadas importantes ações neste sentido, como a assinatura do Pacto da Atenção Básica, a edição do respectivo Manual, a incorporação do DAB à SPS, e a própria formulação da NOAS. Ocorreu também a elaboração e a divulgação das linhas estratégicas para o quadriênio 1999-2002, mostrando o delineamento cada vez maior de um "rumo" estratégico para o PSF. Desencadearam-se, na seqüência, processos extensivos de monitoramento e avaliação, com a revelação de algumas *faces sombrias* no programa, cujo enfrentamento, foi iniciado, embora com certa cautela, dada à vigência de um período complexo, em contexto eleitoral.

O padrão de adesão de municípios revelou-se em tanto desigual, com os grandes centros não aderindo ou fazendo-o com coberturas muito baixas. Contudo, confirmaram-se os impactos produzidos pelo PSF, que, no entanto, tenderam a tornar-se mais sistêmicos e não tão pontuais e localizados, como no período anterior.

Os indicadores de saúde não responderam igualmente, principalmente no caso da mortalidade materna e no controle da dengue, atividades sensíveis à estratégia da atenção básica que justamente se procurava ampliar. Um relatório da OMS divulgado em 2000 (WHO, 2000) colocou o Brasil em má situação perante outras nações até mais pobres, mas houve pronta contestação do governo brasileiro, com apoio acadêmico inclusive. Ainda no plano internacional, verificou-se a afirmação da ação do Brasil em matéria

de saúde, com as medidas tomadas pelo governo nas áreas de genéricos, antitabagismo e, principalmente, AIDS.

Foi um período de metas otimistas e arrojadas: Serra queria 20 mil equipes e cobertura da metade da população brasileira durante seu mandato. Não se chegou lá, até porque, entre outras razões, fatores externos diversos, ligados ao mau desempenho da economia, impuseram injunções que comprometeram o desempenho de vários programas na área social.

É bem verdade que, cada vez mais, o programa deixou de ser *para a realidade* para ser *a partir da realidade*, como o prova reconhecimento oficial de padrões diferenciados de organização de equipes e de práticas, ou “programas similares”.

No final do período, o relativo estacionamento do padrão de incremento dos recursos produziu uma certa defasagem entre o discurso expansionista e a realidade dos fatos, inclusive com o contingenciamento deliberado de recursos, mostrando que as velhas pendências e disputas entre a área social e a área econômica do governo não estariam de todo superadas. Uma mudança no tom do discurso das autoridades termina por ocorrer após a saída de Serra, em março de 2002, passando de um triunfalismo com dificuldades em encontrar sustentação nos fatos para manifestações mais pragmáticas de uma *real politik*.

Era de desafios

Imitando Galbraith, esta poderia ser também chamada de uma *Era de Incerteza*. E também de realismo, de enfrentamento de *faces sombrias*, de priorizações, de necessidade de se definir rumos e corrigir desacertos.

Aqui, a questão fundamental não seria mais a de formular ou testar o programa, nem mesmo de fazer expandir sua cobertura a todo custo. De uma forma ou de outra, estas ações já tinham sido desenvolvidas e a própria expansão estaria condicionada ao equacionamento de algumas das pendências não resolvidas ou totalmente esclarecidas. Tal momento de desafios, que se inicia em torno da virada do ano de 2001 para 2002, coincidindo com a

substituição de José Serra no Ministério da Saúde, estava marcado pela necessidade de reconsiderar as metas do programa e promover um reajuste de seus rumos.

O contexto mostrava-se mais uma vez complexo e diverso. O governo Fernando Henrique Cardoso rumava para seu final; a crise da economia mais uma vez ameaçava, tanto de dentro como de fora do País; Serra, agora afastado de Executivo, recebia uma carga de insinuações a respeito de sua gestão, envolvendo o uso da máquina no processo eleitoral, gasto pouco justificado ou indevido de recursos, etc. Como pano de fundo, as revelações não de todo meritórias ao programa originadas do processo de monitoramento desencadeado em 2001.

No horizonte, pairavam problemas sombrios, acumulados ao longo dos anos recentes e cuja solução fora, até então, postergada ou não encontrada pelos tomadores de decisão na saúde: financiamento, recursos humanos, referências, papéis dos gestores, “maquiagem de programas”, enraizamento social precário, etc.

Assim, na *era de desafios*, ou de *incertezas*, os órgãos gestores terão que enfrentar, mais cedo ou mais tarde, tais *áreas de sombra* e suas conseqüências. Alguns dilemas a ser encarados: o programa continuaria se expandindo sem equacionar seus problemas de gestão interna e sem se articular de fato ao restante do sistema de saúde, ou teria de assumir o caráter integrado e substitutivo imaginado nos documentos oficiais? A política de recursos humanos continuaria seguindo seu curso, com os atuais problemas de formação, qualificação, seleção, contratação, rotatividade? Os programas “maquiados” continuariam a proliferar e receber “placas” das autoridades? Estados e municípios manteriam seus papéis desencontrados na implementação da estratégia do PSF?

Capítulo III - Cada caso, um caso

Retomando explanação já feita na *Apresentação*, foram selecionados seis casos para estudo, com o pressuposto essencial de que constituíssem experiências *bem-sucedidas* de implementação do programa, ou seja, aquela de Contagem-MG, Curitiba-PR, Ibiá-MG, Niterói-RJ e Vitória da Conquista-BA, além das duas experiências pioneiras: as do Grupo Hospitalar Conceição e a da Unidade de Saúde Escola de Murialdo, ambas em Porto Alegre.

Dentre as experiências municipais, Contagem foi escolhida pelas evidências de sucesso presentes (publicações DAB/MS e premiações), bem como pelo seu caráter até certo ponto “radical” de implementação em condições institucionais adversas em área de forte problemática urbana. As evidências de sucesso estavam presentes também em Curitiba, onde também se valorizou a forte tradição de inovações e boas práticas de governo em geral e de boa gestão em saúde características desta cidade. Em Ibiá, estavam presentes também as tais *evidências de sucesso*, seja em publicações do DAB/MS ou premiações nacionais, mas o fator principal foi a sua radicalidade em termos de caráter substitutivo do sistema anteriormente vigente. Para Niterói, o principal fator de escolha foi caráter diferenciado e singular da experiência ali implementada (Médico de Família), bem como seu pioneirismo na formulação e na implementação. Finalmente, em Vitória da Conquista não só pesavam as mesmas evidências de sucesso presentes em outros municípios, mas também outras evidências de bom governo e inovação em geral na administração municipal.

Finalmente, a escolha das duas experiências de Porto Alegre se deu por seu pioneirismo, em termos de formulação e de implementação, como também pelo caráter diferenciado e singular da experiência de *Medicina Geral Comunitária* do GHC.

Elas serão mostradas a seguir, em seus aspectos essenciais, ou seja, (a) informações gerais sobre os contextos sociais e políticos do município; (b) a formação da política e a estrutura de saúde local; (c) a implementação do PSF: antecedentes, atores, processos; (d) síntese interpretativa, abrangendo atores, contextos, processos e conteúdos; (e) as lições aprendidas.

Contagem-MG: forças que erguem e destroem coisas belas

Contexto político

A antiga Contagem das Abóboras é uma cidade cuja existência esteve ligada ao ciclo do gado em Minas, por fazer parte da rota por onde passavam as boiadas que demandavam os centros consumidores de carne, particularmente o Rio de Janeiro e Ouro Preto, vindas das regiões criadoras do oeste da Província. Seu nome deriva da “contagem” de cabeças de gado, para efeitos fiscais. Na segunda metade do século XX, a cidade adquiriu importante *status* econômico e demográfico – depois político – pela implantação de uma *Cidade Industrial* em seu território, como parte da estratégia governamental desenvolvimentista de então (BARBOSA, 1995).

O município de Contagem localiza-se na zona metalúrgica mineira, fazendo parte da região metropolitana de Belo Horizonte, distando não mais que 20 Km do centro da capital, com a qual é conurbada. Sua população é de 537.806 habitantes, da qual cerca de 99% reside em zona urbana, conforme estimado pelo IBGE para o ano 2000. Representa o segundo maior contingente populacional de Minas Gerais, sendo também seu maior pólo industrial, com um PIB que é considerado o segundo do estado em valor. Sua densidade demográfica, expressivamente alta, é de 2762,84 hab/Km².

A industrialização da região, que prosseguiu na década de 70 em diante, inclusive nos municípios vizinhos, tais como Betim, onde foi

implantada a montadora Fiat de automóveis, levou à formação de uma extensa região conurbada, com alta densidade populacional e problemas infra-estruturais de toda ordem, tais como deficiências de saneamento básico, de equipamentos escolares, sanitários, sociais, de lazer, precária segurança pública, etc. Tais problemas se agravam pela contínua migração que recebe de outras regiões do Estado, levando a um padrão anárquico de crescimento urbano.

A formação política de Contagem assemelha-se, à primeira vista, a de outras cidades brasileiras, com grupos políticos rivais alternando-se no poder e exercendo práticas populistas e clientelistas permanentes. Há alguns aspectos distintivos, porém. Contagem foi, também, um importante foco de luta política e de resistência ao regime militar, sendo considerados históricos alguns movimentos grevistas e de protestos levados a efeito por operários da *Cidade Industrial*, durante as décadas de 70 e 80 e que foram fortemente reprimidos. Transformou-se, ao longo do tempo, em reduto eleitoral do antigo MDB, sendo um dos municípios brasileiros que elegeu um prefeito de oposição em 1974, fato que fez parte da grande “virada” política contra a ditadura na época.

A tradição de luta da cidade, porém, veio a se identificar com sua principal liderança da década de 70, Newton Cardoso, político do antigo MDB, prefeito do município por três vezes e depois governador e vice-governador do estado de Minas Gerais. O modo de fazer política a ele associado, o *cardosismo*, tem como característica certas práticas populistas e clientelistas, aliadas a um ímpeto exacerbado de ocupação de espaço e poder, que conferiram a Cardoso a alcunha de *Trator*, além de atuação também no domínio de meios de comunicação. Pode-se dizer que, nos últimos anos, Contagem viveu sob as influências diretas do *cardosismo*, mesmo quando seu líder não estava presente diretamente no poder local.

A saúde em Contagem

Uma política de saúde de responsabilidade municipal constitui antiga história em Contagem. Desde a década de 70, já havia sido

criado um ente municipal para a área de saúde, a FAMUC (Fundação Municipal de Saúde de Contagem) que, de certa forma, representou um marco importante, por ter sido instituída em momento histórico no qual era pouco visível e menos ainda incentivada a atuação municipal em saúde. Como fatores determinantes das origens da FAMUC estavam as pressões de um movimento sindical organizado na cidade e também as históricas práticas sociais clientelistas das administrações locais, além da disponibilidade de recursos tributários gerados pela industrialização da cidade. A FAMUC é, ainda nos dias de hoje, grande empregadora de médicos e outros profissionais de saúde em toda a região, se não a maior delas, excetuando apenas o órgão gestor da capital.

O sistema de saúde que se estabeleceu em Contagem mostrou forte permeabilidade à iniciativa privada, cujas lideranças não raramente ocuparam postos de direção na área pública, com um verdadeiro caráter “invasivo e fraudulento” de práticas, conforme a expressão de um dos entrevistados.

De qualquer forma, tratava-se de uma sólida estrutura de saúde sob gestão municipal, com quantitativos expressivos de oferta de serviços. No ano de 2000, havia 85 Unidades Básicas de Saúde, 70 Unidades de Saúde da Família, 15 Postos de Saúde tradicionais, 4 Unidades de Referência e 4 Unidades 24 horas, além de Hospital, Maternidade, Centro Especializado e serviços de apoio diagnóstico (SAMPAIO, 2000). O território estava dividido em seis *Distritos Sanitários*: Nova Contagem, Ressaca, Petrolândia, Sede, Centro e Industrial.

Entre 1998 e 1999, foi realizado um diagnóstico da situação de saúde do município que apontou, entre outros aspectos, a virtual inexistência de uma política de saúde pública formalizada para o município e uma rede de serviços públicos de saúde desarticulada e fragmentada, além de grande fragmentação de responsabilidades entre a Secretaria Municipal de Saúde e a FAMUC, dificultando a integração necessária à implantação de um projeto de saúde no município. Como pano de fundo, indefinição das atribuições e responsabilidades de gestão, carência de informações epidemiológicas básicas, baixa resolutividade do conjunto de

Unidades de Saúde, descrédito, desmotivação, sucateamento, desabastecimento e demanda crescente, com marcante insatisfação dos usuários. Além disso, o Hospital Municipal, um dos orgulhos da gestão *cardosista*, foi considerado “ineficiente e oneroso” e, além disso, destituído de uma vinculação de fato com a rede pública de serviços. O Conselho Municipal de Saúde mostrava-se pouco atuante e pouco participativo.

Diante de tais desafios, tratou-se de rearticular e reorientar as ações de saúde no município, contexto em que surge o PSF.

A implantação do PSF

No final de 1998, ao assumir a Prefeitura em substituição a Newton Cardoso, que se afastara para se candidatar a vice-governador do estado de MG, assume o vice-prefeito Paulo Mattos, que decidiu imprimir novos rumos à saúde, diante da gravidade da situação encontrada, até porque tinha em vista, também, a continuidade de sua curta administração, por meio da reeleição. Naquele momento, correspondente aos primeiros meses da gestão de José Serra no Ministério da Saúde, bem como à reeleição de Fernando Henrique Cardoso, o Programa de Saúde da Família estava na ordem do dia no país, por fazer parte formal da estratégia de governo, estabelecida no *Programa de Pronta Ação – PPA*.

Como o governo municipal de Contagem, mesmo sendo do PMDB, não se encontrava em linha de oposição direta ao Governo Federal, a decisão de implantar o PSF no município fez parte, sem dúvida, de um cálculo político, tanto de demonstrar (ou procurar) afinidade com a atuação do Governo Federal, como tentar uma estratégia de retomada da ordem e da credibilidade dentro do sistema municipal de saúde, com vistas à campanha eleitoral que se instalaria um ano depois.

Parece ter pesado, também, na opção pela implantação do PSF em Contagem, o prestígio auferido pela administração do PT no município vizinho de Betim, que investiu muito na área de saúde, inclusive implantando um programa *PSF-símile*. A ex-prefeita de Betim, aliás, havia conseguido expressiva votação para deputada

federal em Contagem, aspecto que parece ter motivado a decisão pelo PSF como parte de uma estratégia de deter o crescimento do PT nesta cidade, já que este partido fazia forte oposição ao *cardosismo* e ao novo prefeito.

Ao que tudo indica, portanto, o PSF foi implantado em Contagem com marcante motivação política, associada a um discurso de *resgate de credibilidade e da baixa auto-estima* na área de saúde.

A implantação do PSF em Contagem ocorreu de acordo com diretrizes estabelecidas no Plano Municipal de Saúde e aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde, contexto em que se inseriu a implantação do PSF e do PACS, como “estratégias de reordenação do sistema de saúde municipal e de reversão do modelo de assistência” (CONTAGEM, 1999). O discurso vigente era de resgate do compromisso público com a saúde no município bem como de reorientação e a integração das atribuições e das competências das diversas instâncias institucionais.

O processo representou, primordialmente, um esforço de levantar a baixa credibilidade do setor saúde no município. A primeira opção foi a de implantar o programa em um bairro, aliás uma verdadeira cidade, Nova Contagem, com perto de 60 mil habitantes e situado a cerca de 25 km do centro administrativo do município, o que ocorreu nos últimos meses de 1998, com 15 equipes iniciais. Tratava-se de uma área com indicadores sociais e sanitários muito desfavoráveis, além de isolada do restante do município, cuja criação, duas décadas antes, teve como objetivo remover populações pobres que haviam invadido áreas mais nobres do município. A implantação em Nova Contagem foi uma opção baseada em indicadores sociais, não ocorrendo qualquer intervenção política do prefeito ou de outra autoridade nesta escolha inicial. Somente em outra etapa do processo, no caso do distrito Ressaca-Nacional, que era reduto de oposição ao governo municipal – embora também fosse um setor desassistido – é que uma decisão de cunho mais político-eleitoral prevaleceu.

O primeiro momento foi considerado de teste da proposta, para se avaliar melhor a necessidade de ampliação mais tarde. Em Nova Contagem a rede era formada por alguns Postos de Saúde já existentes, instalados em condições físicas bastante precárias. Após

quatro meses de implantação do programa na área, uma espécie de "crise de identidade" em relação ao PSF se espalhou na administração, na qual o tópico de custo *versus* benefício foi levantado insistentemente. Foi encomendada, então, um pesquisa de opinião (uma prática comum nas administrações de Contagem) que revelou "mudanças radicais" na percepção que a população local tinha acerca da atuação da saúde, quando comparada a outra área sem PSF. Assim, viu-se superada a referida crise e foi reforçada a linha assumida, com intensa ampliação do programa nos meses subseqüentes.

A segunda etapa de implantação, já em 1999, ocorreu no Distrito da Ressaca – Nacional, contíguo à área urbana da Capital, com uma população estimada de 110 mil habitantes e que, a exemplo de Nova Contagem, contava com atendimento muito precário em saúde. No restante do município, a expansão do PSF foi iniciada em maio de 2000, tendo como critério de implantação a busca de cobertura mais elevada em algumas áreas de risco.

No final de 2000, mais precisamente ao se encerrar o período eleitoral, a cobertura oferecida pelo PSF chegava a 59% da população do município. Foi, como se viu, um processo explosivo, em que se saltou de quatro para 84 equipes em menos de dois anos, com o ritmo profundamente marcado pelo momento eleitoral e, ao que tudo indica, com enormes dificuldades de que certos investimentos se concretizassem, por exemplo na infra-estrutura, na capacitação, na gestão e na manutenção de rede.

As práticas de gestão, pelo menos tentativamente "reorientadas", esbarraram em inúmeros entraves culturais e dificuldades de comunicação interna, associados ao pouco tempo para desenvolver todo o necessário em termos de estruturas e processos de gestão. Deve-se admitir, contudo, que mudanças ocorreram, configurando até mesmo algumas situações de vanguarda, tendo como pano de fundo, a opção radicalmente *substitutiva* de PSF, a formação de equipe multiprofissional de coordenação, a divisão de trabalho entre os membros da equipe de coordenação, a regionalização por distritos, entre outros aspectos destacados.

A questão das referências era considerada uma das maiores dificuldades a serem enfrentadas por parte da nova equipe. Neste

aspecto, havia uma problemática extremamente complexa na Região Metropolitana de BH, com soluções muito difíceis e controversas, dado o enorme desequilíbrio entre oferta e demanda que ali se verificava, com sobrecarga muito grande para os serviços da capital. Embora existissem desde há algum tempo centrais de marcação de consultas e de leitos, na prática, viabilizar as referências por meio dessas instâncias continuava sendo uma operação de resultados insuficientes para as necessidades locais. Procurou-se incrementar as referências na própria rede, liberando as unidades tradicionais do peso da demanda (via PSF), reestruturando-as ou mesmo capacitando suas equipes através dos especialistas consultantes. Os problemas envolvendo os Centros de Especialidade e as Unidades de Pronto-atendimento remanescentes continuavam sendo de alto impacto e podiam ser traduzidos por baixa produtividade, resistências corporativas, ambientes pouco humanizados, etc.

O processo de mudança de modelo assistencial desenvolvido em Contagem foi melhor entendido pela pesquisa realizada em 1999, nos quatro centros de referência para as equipes do PSF (as chamadas *UAI*), visando avaliar e acompanhar o impacto da implantação do PSF no perfil de atendimento das unidades de urgência. O foco da pesquisa voltou-se para a demanda por consulta médica e por alguns procedimentos como injeções, curativos, micro-nebulização e suturas simples. A expectativa dos investigadores era de que a redução da demanda atendida nas UAIs já fosse notada no primeiro ano de implantação do PSF, o que, de fato, não aconteceu. A explicação oferecida foi de que prevaleceria um aspecto cultural de forte vinculação dos usuários aos profissionais e equipes das unidades tradicionais. Foi observado, ainda, um incremento do número de pacientes atendidos de outros municípios em algumas unidades, tendo como origem dessa demanda externa os municípios vizinhos de Esmeraldas e Betim, que fazem parte da mesma conurbação de Contagem. Concluiu-se, apropriadamente, que a possível expectativa de um impacto rápido na redução da demanda, como verificada na implantação do PSF em municípios de pequeno porte, não se aplicaria a municípios maiores, como Contagem.

Uma série de fatores – *facilitadores*, de um lado e *dificultadores*, de outro – podem ser apontados, merecendo destaque, no primeiro grupo, a forte decisão política da administração municipal, dentro de um contexto de mudanças, tendo como pano de fundo o cenário eleitoral, e também traduzida pela alocação de recursos no programa de saúde, por exemplo pela criação de cargos específicos para o PSF, com nível salarial mais elevado e atrativo, mobilizando o interesse de muitos médicos e enfermeiros de toda a região.

Externamente, a experiência foi apoiada por determinados incentivos financeiros e políticos do Ministério da Saúde, importantes para desencadear a ação, cobrindo parte do acréscimo de despesas originadas da nova proposta, embora em momento posterior tenha sido pouco satisfatório.

Aponta-se ainda alguns fatores de natureza "imponderável" (a *fortuna* maquiaveliana) verificados no fato de se juntar profissionais com o perfil empreendedor e sintonizado ideologicamente com o programa, sob uma liderança competente e carismática, apesar de suas diferentes origens e ausência de um perfil partidário típico. Isso pode ter facilitado o entrosamento das equipes sob a liderança de médicos e enfermeiros sintonizados com a proposta e também de determinados *círculos virtuosos* entre equipes e comunidade, ocorridos em muitos locais, dentro de uma lógica de *boa comunidade – boa equipe*.

Entre os *fatores dificultadores* podem ser citados: a tradição clientelista e populista do município, especialmente na área de saúde; a baixa adesão de servidores; (c) a resistência e tentativas de desestabilização em vários momentos, particularmente no início (vereadores e corporações), traduzidas por "apostas no fracasso" por parte de alguns setores e mobilizações para impedir a implantação do PSF em algumas áreas; o baixo valor das transferências financeiras do MS, particularmente diante do alto custo da etapa de implantação.

Outros *fatores dificultadores* que podem ser arrolados são: fatores culturais da gestão, com especial dificuldade diante de um quadro de mudança acelerada: insegurança, resistência, descrédito, apostas no fracasso, etc; carência de teoria e prática de planejamento na realidade institucional local; estrutura precária da

rede de serviços; baixa auto-estima de muitos servidores, além de outros fatores culturais, afetando não só os servidores como a população, com resistência a mudanças, particularmente do modelo médico assistencialista vigente; dificuldades de comunicação entre dirigentes e as equipes, entre as equipes e entre a administração e a população; carência de tempo para formação de vínculos da população com o programa e para a produção concreta de resultados do novo modelo; permanência de elementos ideológicos do *velho regime* nas unidades de emergência, centros de especialidades e outros setores, servindo como pano de fundo para boicotes.

Síntese interpretativa

Nesta seção serão postos em destaques quatro dimensões da experiência local de implementação do PSF e de mudança de modelo assistencial, traduzidos por *atores, contextos, processos e conteúdos*

ATORES

O que salta aos olhos em relação à atuação dos *atores individuais* envolvidos com a implementação do PSF em Contagem é algo que se poderia chamar de *empreendedorismo público*, modulado por decidida vontade política associada à decisão conseqüente. Uma possível contradição seria dada pelo fato de entre os atores envolvidos encontrarem-se, de um lado, agentes políticos bastante típicos, fortemente imbuídos de um *fazer* e de um *pensar* de cunho político-partidário – como era o caso do prefeito e da maior parte de sua equipe – e, de outro lado, técnicos também típicos, não portadores de nenhuma forma de militância partidária, pelo menos em termo locais.

Mas a contradição tende a se resolver quando se declara o perfil desses técnicos, pessoas experientes, capacitadas, reivindicadoras de autonomia para agir. Eram também forasteiros, sem maiores laços afetivos, políticos e familiares com a cidade, tendo, mesmo

assim, abraçado uma proposta que não era deles. Esta ainda é a aparência, contudo. Abraçaram e incorporaram a proposta de construção de um novo modelo em saúde em Contagem não porque estivessem ligados às estruturas e super-estruturas locais; tinham histórias de vida e trajetórias de pensamento e prática condizentes com o desafio que aceitaram enfrentar. Isto, os mais calejados. Os outros, mais jovens, aderiram por razões não muito distantes destas. O modelo de Contagem pode ser considerado, assim, uma construção voluntarista, porém fundamentada em *bons* princípios filosóficos e ideológicos de saúde.

A experiência produzida em Contagem teve enorme influência desse pessoal *adventício*. Ela ilustra uma situação destacada, que é a da busca intensiva da participação de agentes externos, quando a situação interna apresenta-se pouco confortável e, ao mesmo tempo, se requer mudanças substantivas. Estas pessoas, parecem formar parte do que seria um novo estrato de gerência, com papéis de formulação e acompanhamento de políticas dos órgãos gestores públicos do SUS, principalmente nos municípios, muitos deles autenticamente profissionalizados em suas funções, principalmente no âmbito dos próprios serviços, a ponto de se transformarem em autênticos *executivos da saúde*, disputados em um mercado de trabalho competitivo, embora eminentemente estatal. Aliás, casos de secretários municipais de saúde que assumem o cargo novamente em municípios diferentes, após o término de seu mandato, ou mesmo de equipes inteiras que fazem o mesmo percurso, são bastante conhecidos no panorama atual.

Alguns atores institucionais mostraram-se pouco relevantes ou, pelo menos, dotados de menor visibilidade do que seria esperado. Dois casos específicos são: a Secretaria de Estado da Saúde e a Universidade Federal de Minas Gerais. Não se trata de um fenômeno isolado, conforme outras experiências estudadas demonstram de sobra. As raízes de tal fenômeno não são obscuras: de um lado, o modo de construção do SUS, que só tardiamente vem incorporando de maneira efetiva e integrada as três esferas de governo; de outro, a tradicional dificuldade da academia em fazer parte dos dinâmicos movimentos que caracterizam a gestão e a assistência no âmbito do sistema de saúde da “vida real”.

Dos organismos de controle social, seja o Conselho Municipal de Saúde ou as próprias entidades dele participantes, pode-se dizer que também não tiveram a atuação pulsante, embora fossem prestigiados e demandados ao longo do processo estudado. A situação prévia de Contagem, com a presença de uma administração fortemente clientelista e, provavelmente, pouco propensa a valorizar e respeitar as deliberações da representação social no Conselho, explica tal dificuldade.

A atuação do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde foi muito destacada, particularmente diante da oportunidade aberta a Contagem e a muitos outros municípios pela realização da I Mostra Nacional do PSF e da publicação de um relato da experiência local na *Revista de Saúde da Família*. Estas ações, sem dúvida, trouxeram impacto bastante positivo para o processo de implantação do PSF em Contagem, inclusive ajudando a convencer alguns aliados e atenuar as resistências de adversários renitentes.

CONTEXTOS

O *contexto social* que serviu como pano de fundo em Contagem constituiria, em princípio, um obstáculo de monta, pela suas marcas de pobreza, marginalidade, carências urbanas, insegurança, violências, etc. Tratava-se de um panorama bastante eloqüente e que constituiu, sem dúvida, o grande definidor das ações de saúde ali empreendidas. O fato é que o processo histórico de industrialização e de urbanização não foi capaz de gerar as soluções almejadas pela sociedade local, antes, em muitos aspectos, agravou os problemas referidos acima.

Do ponto de vista político, Contagem ainda se ressentia da vigência local, por mais de duas décadas, do modo *cardosista* de fazer política, com a cooptação de aliados, o alijamento de adversários, o manuseio de recursos dentro de um escopo clientelista e eleitoreiro.

A chegada ao poder de uma *nova* administração, embora nascida diretamente da outra, da qual, entretanto, buscava (discretamente) se afastar, não deixa de representar uma certa contradição. Assim, foram contrapostos no cenário não só uma possível virada radical

no modo de atuação da municipalidade, como o continuísmo de fato, denunciado largamente pelos opositores à esquerda.

O cenário eleitoral praticamente se impôs durante todo o processo, pois ao momento do afastamento de um prefeito e da conseqüente transferência do cargo para outro, muitas das cartas do jogo de poder já estavam postas na mesa, em função de uma disputa muito maior do que o âmbito municipal, a saída daquele que foi eleito como titular e que se afastou do cargo, já que visava alçar vôo mais amplo.

Havia também, como contraponto, a tradição de Contagem na área de saúde, embora com permeabilidade ao interesse privado, com uma sólida estrutura física de serviços. É bem verdade que toda esta engrenagem enfrentava uma forte crise de fundo institucional e financeiro e também motivacional.

O fato é que a saúde passou a ser incorporada com intensidade na agenda eleitoral de 1999-2000, tornando-se impossível, seja para a situação, seja para a oposição, escapar de sua discussão e ter formulações adequadas para a solução de seus problemas – no que a discussão do PSF acabou tendo um papel destacado.

É neste contexto de complexos fatores, nem sempre desfavoráveis, que se move e se constrói a experiência de implantação do novo modelo assistencial em Contagem.

PROCESSOS

Do ponto de vista do *processo de implementação*, tudo o que aconteceu em Contagem teve como marca e limite o fator *tempo*. Foi uma verdadeira corrida contra o calendário, ou como um entrevistado se referiu, “contra o relógio”. As mudanças tinham de ser feitas, bem feitas, mas sempre com pressa. Isto pode ter ajudado a desencadear muitos processos, que em situações normais teriam sido postergados, embora também possa ter causado dificuldades em outros.

A capacitação de pessoal, por certo, foi uma atividade que se ressentiu do pouco tempo disponível, da mesma forma que outras ações que dependiam de uma mudança de fundo cultural para se concretizarem, como foi o caso da adesão afetiva e ideológica dos

servidores e da população ao novo modelo que se queria implantar no sistema de saúde da cidade.

Outra característica do esforço de Contagem em busca de mudança no modelo assistencial foi ter tido, como ponto de partida, uma situação de crise na saúde, em muitos aspectos beirando o caos e o sucateamento. A baixa de credibilidade e a carência de auto-estima dos servidores só faziam piorar os problemas. “O fundo do poço” se mostrava e o caminho mais visível era o de tentar seguir em frente, sem recuos. As mudanças encetadas foram muitas, com a ação concentrada em várias frentes, tanto nas áreas de fins como nas de meios, tendo ritmo marcado pelo metrônomo do processo eleitoral. Mesmo assim, uma certa radicalidade se fez presente, como no caso da opção substitutiva, levada às últimas conseqüências possíveis. O clima era realmente de transformações, de explosão, “Mudança mesmo!”, como se expressou um entrevistado.

As inovações gerenciais e assistenciais conseguidas foram sem dúvida expressivas, apesar dos contextos muitas vezes inóspitos. O desenvolvimento de uma autêntica *inteligência institucional*, sintonizada a um pensamento atualizado em teoria administrativa, embora possivelmente desenvolvido de forma intuitiva, foi uma marca do andamento dessas inovações. É verdade que a governabilidade dos processos que se enfrentavam nem sempre era alta, como no caso das referências. Mas em outros aspectos, como nas práticas bastante positivas de avaliação e, particularmente, no desenvolvimento de uma cultura específica nesta área, os avanços foram palpáveis. Da mesma forma, o programa de assistência farmacêutica, outra grande inovação desenvolvida localmente, foi reconhecido nacionalmente como um instrumento eficaz de promoção de acesso a um item costumeiramente relegado a segundo plano nas políticas públicas.

A emulação e competição com Betim, até por motivos ligados puramente a uma lógica partidária e eleitoral, parecem ter sido impulsionadores da experiência que, aparentemente, superou a atuação do município vizinho no aspecto específico da implantação do PSF.

A experiência de Contagem foi ainda marcada por uma forte decisão política na origem, do que se viram exemplos significativos, mas sempre associada à *expertise* e competência técnica, valorizadas no processo. O peso das decisões técnicas no processo de implantação foi, de certa forma, impactante – até um limite razoável. Aliás, destaque especial deve ser conferido às assessorias técnicas externas recebidas pela SMS, muito valorizadas e dotadas de caráter de continuidade e compromisso com objetivos e que, sem dúvida, contribuíram para o sucesso alcançado em muitos aspectos.

Não foram poucos os conflitos enfrentados na caminhada da saúde em Contagem. O estudo revela exemplos significativos, como os confrontos da administração com as oposições, com o funcionalismo mais tradicional, com a iniciativa privada, com os médicos, com os próprios tomadores de decisão dentro da municipalidade, dotados de uma visão mais economicista, etc. Uma certa dinâmica de *deixar as coisas se acomodarem na caminhada* parece não ter sido de todo inócua, até pela carência de governabilidade em relação a muitas dessas questões. O que se viu foi a emergência e a manutenção de questões antigas, ao lado de novas, um permanente embate entre o *velho* e o *novo*. A tradicional *questão médica*, presente com intensidade no panorama de Contagem, é bem uma marca desse conflito entre o presente e o passado.

A autonomia e o espontaneísmo parecem também ter sido marcas da experiência de Contagem, como se viu, por exemplo, na comunicação com os usuários e em outras ações, facilitadas que foram pelo ritmo acelerado das mudanças. A I Mostra local do PSF mostrou, contudo, que esses traços trouxeram resultados também positivos

CONTEÚDOS

Analisando, finalmente, os *conteúdos* que pautaram as mudanças, mesmo dentro de um quadro de processos acelerados como aqueles presenciados em Contagem, em relação aos quais nem sempre seria possível o exercício aprofundado da reflexão e da busca de marcos teóricos e conceituais para presidir a ação

gerencial, destacam-se algumas referências que sintonizam as práticas desenvolvidas com discussões contemporâneas no panorama da saúde coletiva.

Assim, é bem visível o apoio, explícito muitas vezes, outras vezes nem tanto, nos conceitos do Planejamento Estratégico Situacional, de resto tão proeminente na área de saúde do País ao longo da década de 90, o que certamente traduz a proximidade de alguns dos atores locais com instituições acadêmicas, particularmente o NESCON/UFMG, um dos centros difusores de tal metodologia.

A construção, embora não necessariamente consciente, e a atuação de uma *inteligência* institucional são marcas demonstrativas de uma aproximação a conceitos que marcam, na atualidade, as preocupações com a eficiência organizacional. Trata-se, sem dúvida, de um viés que foge ao padrão tradicional da organização pública, particularmente no contexto de pouca "modernidade" dado pela história da FAMUC e das demais instituições do poder público na cidade.

Encontrar-se-ão, ademais, em pontos diferentes da máquina administrativa e também na assistência, a vigência de processos analíticos qualitativamente diferenciados, com fortes implicações na tomada de decisões, como se viu em algumas análises referentes aos processos de trabalho, na avaliação da assistência e outros casos, processos esses levados a efeito pela *inteligência* já referida.

As lições de Contagem

A partir da identificação dos fatores que foram fortalecedores ou, ao contrário, que criaram obstáculos ao pleno desenvolvimento da atuação do gestor municipal, em termos dos processos de implementação de sua política de saúde, bem como da análise de *atores, contextos, processos e conteúdos*, levada a efeito nas linhas acima, algumas supostas *lições* puderam ser enumeradas, ressaltando-se também os aspectos distintivos apresentados pela experiência de Contagem. São elas:

a. Um processo de implementação realmente substitutivo, fugindo do pontualismo, de natureza explosiva e acelerada;

b. Um processo que interferiu com a estrutura de toda a rede e não apenas com a atenção básica, produzindo mudanças profundas, sem perder de vista a integração e a necessária horizontalização dos programas verticais;
c. Uma situação política peculiar (sucessão e campanha para reeleição do prefeito) obrigando a práticas de mudança rápida e concreta no panorama;
d. Presença de lideranças empreendedoras no Executivo Municipal, tendo como casos típicos o prefeito, além do próprio gestor municipal da saúde;
e. Um ponto de partida quase caótico, com a implantação do PSF como esforço de levantar a credibilidade da saúde no município;
f. Quebra de vínculos clientelísticos históricos no Legislativo, por exemplo, como durante o processo de seleção de ACS;
g. A captação intensiva da ajuda de atores externos;
h. Processos intensivos de discussão e reprogramação de ações, pelo menos no nível das coordenações da SMS e do PSF;
i. Pragmatismo na tomada das decisões, por exemplo, em relação à manutenção de critérios de produtividade nas ações do PSF.

Curitiba: a força da comunidade cívica e da continuidade administrativa

Contexto político

Curitiba, capital do Paraná, é uma cidade três vezes centenária, com uma história ligada aos vários ciclos (mineração, gado, café e industrialização) que fazem parte da herança cultural e econômica típica da Região Sul do Brasil. É uma cidade-pólo típica, agregadora de conhecimentos e de tecnologia, não só na área da saúde como em outras. Exerce grande atração sobre uma vasta região, pelos

seus serviços de saúde de alta complexidade, sendo mesmo uma referência nacional para alguns deles, como é o caso do transplante de medula. A cidade é também um grande centro de cultura e de ensino, com grande número de cursos universitários situados em universidades ou faculdades isoladas, representando uma área de atração para todo o Estado do Paraná, demais estados das regiões Sul e Sudeste do Brasil e mesmo para países da Bacia Platina.

De acordo com análises constantes no seu Plano Municipal de Saúde (CURITIBA, 2001), seu quadro nosológico assemelha-se ao de outras cidades de grande porte no Brasil, com incidência expressiva e crescimento nos indicadores de mortalidade por causas externas (violências, suicídios, acidentes de trânsito e homicídios) e doenças degenerativas (cardiovasculares e câncer, por exemplo). Do ponto de vista demográfico, a estimativa de população para o início do século XX é de pouco mais de um milhão e meio de pessoas, com uma taxa de urbanização de praticamente 100%, e densidade demográfica de 3690 habitantes por km^2. A cidade polariza uma região metropolitana extensa, com 22 municípios e população estimada em 2,5 milhões de habitantes. Na estimativa para o ano 2000, o número de mulheres sobrepõe-se ao de homens em cerca de 60 mil; 68% da população está na faixa de 15 a 64 anos de idade. Em média, os anos de estudo situam-se na faixa de 6,87.

Característica marcante da capital paranaense é a migração, principalmente européia, tendo como etnias predominantes a polonesa e a italiana, além da japonesa. O próprio prefeito municipal à época do estudo, Cássio Taniguchi, é *nissei*.

Curitiba, nos últimos 30 anos, teve administrações que mostraram um tônica de continuidade. Só Jaime Lerner teve três mandatos nesse período e em dois deles, pelo menos, foi sucedido por aliados políticos, Rafael Grecca e Cassio Taniguchi, sendo que este último cumpriu dois mandatos sucessivos. Mesmo quando houve alternância de poder por mudança partidária no comando da cidade, como ocorreu nas gestões de Roberto Requião e Maurício Fruet, a análise feita pelos entrevistados é de que se mantiveram as disposições das gestões anteriores, além das próprias equipes técnicas da administração municipal. Trata-se de um padrão

civilizado de fazer política, sem os efeitos destrutivos da alternância de poder, o que ficará mais destacado quando se comparar Curitiba às demais cidades estudadas.

Além da continuidade política, a cidade se notabiliza, há décadas, por representar um padrão de referência nacional em matéria de inovações urbanísticas e projetos de alcance social, que têm seus pontos fortes nos sistemas de transporte, lazer e cultura, além da saúde. Isto também é um aspecto diferencial em relação às outras experiências estudadas neste trabalho.

O prefeito Taniguchi, um engenheiro, foi eleito pela primeira vez em 1996, sucedendo a Jaime Lerner, de cuja administração participara como secretário de Planejamento e reeleito em 1999, tendo a questão “saúde” como forte argumento de campanha, particularmente a ampliação da implementação do PSF. Aliás, um aspecto digno de nota nesse período é que o PSF foi defendido por todos os candidatos na campanha eleitoral de então, mesmo pela oposição ao Governo Federal.

A saúde em Curitiba

A saúde em Curitiba, pode-se dizer, tem uma história bem documentada e detalhada. Em seus primórdios, que remontam aos anos 60, já havia o que se chamou, com reverência aliás, de “ações isoladas” da municipalidade, ainda dentro de uma estrutura precária de gestão, pois a própria Secretaria Municipal de Saúde só foi criada em 1985, durante a gestão de Roberto Requião. Nesse momento inicial, foi a área de odontologia quem teve primazia na formulação de propostas, dado o conhecimento acumulado nos aspectos preventivos, característicos da mesma, aliado à presença de lideranças influentes no cenário dos serviços públicos, inclusive municipais.

Destacou-se, em tal período primordial, mesmo dentro do quadro de perda de autonomia das capitais vigente durante o regime militar, a realização de certos avanços surpreendentes para a época, como a elaboração de um Plano Municipal de Saúde, a orientação da política sanitária para aspectos não comumente vinculados à saúde,

tais como saneamento e meio ambiente, bem como uma primeira expansão da rede e da responsabilização municipal em saúde, com foco no trabalho multidisciplinar e inter-setorial.

No período entre 1971 e 1975, surgia e se aprofundava no cenário local a discussão da Atenção Primária à Saúde e da extensão de cobertura, certamente influenciada pelo ideário difundido por organismos internacionais de saúde. Os reflexos de tal discussão se deram com a marcante expansão da rede pública ambulatorial municipal vista nos anos seguintes, dentro de uma filosofia de cuidados primários. Nasceram, nessa época, as idéias de desenvolvimento de uma filosofia de planejamento urbano na cidade, com a criação do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba, bem como o lançamento de um Plano de Desenvolvimento Comunitário. Na década de 80, a rede municipal passa por vigorosa ampliação, com a criação das “Unidades 24h” e do esboço dos primeiros “Distritos Sanitários”, uma outra marca registrada de Curitiba. Já neste momento, a cidade se antecipou em realizar sua I Conferência Municipal de Saúde, bem como a própria criação do Conselho Municipal de Saúde.

A década de 90 é considerada crucial para a evolução do atual modelo assistencial em saúde de Curitiba. Nesse período, são identificadas algumas etapas, a primeira delas de *municipalização* das unidades estaduais e federais (1991), seguida da *descentralização* (1992-1993) com do desenvolvimento do processo de territorialização e regionalização. Em seguida vem a fase de *gestão* do sistema municipal (1996-1998), com o recebimento dos recursos transferidos fundo a fundo e a responsabilização plena da municipalidade. A fase atual, iniciada em 1999, seria a da mudança do processo de trabalho nas unidades, com a introdução do *sistema integrado de saúde* (MENDES, 2000). Foram estabelecidos alguns objetivos estratégicos para a saúde: a melhoria da qualidade do atendimento e da resolutividade dos serviços; a viabilização das ações de prevenção, de promoção e de atenção à saúde; a busca da excelência nas ações de vigilância à saúde, além da manutenção da qualidade dos serviços prestados. Para tanto, foram definidas algumas metas, dentre elas a constituição de mais 60 equipes de Saúde da Família e a intesificação de diversos programas já

existentes, tais como: *Mãe Curitibana, Pacto pela Vida, Nascer em Curitiba, Viva Mulher, Saúde Mental, Saúde Bucal, Saúde da Família* e *Agentes Comunitários de Saúde*, entre outros (ROMANÓ et al., 1999; TANIGUCHI, 2000).

Na análise de alguns dos entrevistados, os acertos do caminho da saúde em Curitiba devem-se, antes de mais nada, ao vigor de propostas de trabalho defendidas por equipes ligadas historicamente ao setor público, tendo ainda como fator favorável a continuidade administrativa característica da cidade. Um outro aspecto posto em destaque foi a vigência de uma carreira bem estruturada na SMS, o que de certa forma se confirma pela inserção na mesma do atual secretário municipal de saúde (que tem 20 anos de carreira na SMS) e de seus principais assessores.

Implantação do PSF

Sem dúvida, os antecedentes históricos do Programa de Saúde da Família de Curitiba estão dados pela própria trajetória das propostas de saúde implementadas nas décadas anteriores, tendo como pano de fundo as discussões referentes à APS. Além disso, as idéias da regionalização e da territorialização do sistema de saúde não só estiveram na pauta das discussões técnicas e políticas como foram efetivamente praticadas em Curitiba, com a criação dos Distritos Sanitários ainda na década de 80.

Em 1991 foram registradas as primeiras discussões que podem ser consideradas os antecedentes mais diretos do PSF, compondo uma pauta na qual o questionamento do modelo assistencial e o aprofundamento das noções de território e de atenção primária foram os tópicos principais. Registravam-se, desde o final de década anterior, reivindicações comunitárias de mudança de modelo assistencial, partindo da região da Pompéia que foi sede, posteriormente, de uma primeira experiência-piloto neste sentido.

Esse primeiro movimento parece ter sido uma resposta local à proposição do “médico de família”, que havia penetrado em Curitiba sob influência do Grupo Hospitalar Conceição, de Porto Alegre, bem como de contatos e troca de informações com consultores

canadenses e com técnicos do Programa de Niterói. Estruturou-se assim, a partir de 1992, uma proposta de intervenção inspirada na *vigilância à saúde* e na prática da *medicina geral comunitária*. Nesta etapa, a equipe da Universidade de Toronto colaborou com o oferecimento e adaptação de algumas ferramentas assistenciais originadas do *Canadian College of Physicians* para o projeto, bem como com a capacitação das primeiras equipes. Já entre 1991 e 1992, com a implantação da primeira unidade de tal programa, na região de Santa Felicidade, ocorre o apoio externo direto do Grupo Hospitalar Conceição, de Porto Alegre, em trabalho coordenado pelo médico Carlos Grossman, um ator importante, inclusive em termos nacionais, no desenvolvimento da proposta de Saúde da Família e congêneres.

Em 1996 ocorre a adesão ao PSF dentro dos padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde, com a implementação de 16 equipes, ocorrendo simultaneamente um processo seletivo público e a capacitação de 400 profissionais, mantendo-se um ritmo constante de crescimento a partir de então. No ano 2000, é instalado o primeiro Distrito Sanitário inteiramente coberto por equipes de Saúde da Família, na região do Bairro Novo. Em outubro de 2001, o PSF contava com 75 equipes, instaladas em 37 Unidades de Saúde da Família, com cobertura estimada de pouco mais de 20% da população curitibana (SILVEIRA FILHO et al., 2001).

Alguns marcos do desenvolvimento da proposta do PSF em Curitiba são: (a) a articulação entre docência e serviço, presente desde os primórdios, com participações do Grupo Hospitalar Conceição, da Universidade de Toronto, da Universidade Federal do Paraná, da PUC-PR, da Faculdade Evangélica, entre outros; (b) a criação do Pólo de Capacitação, em 1997, com múltiplas instituições atuantes; (c) a articulação com sociedades profissionais, como as Sociedades Paranaenses de Saúde da Família e de Médicos Gerais Comunitários e a Associação Médica do Paraná; (d) o desenvolvimento de protocolos assistenciais, a partir de 1998; (e) a criação do Núcleo de Estudos em Saúde da Família na UFPR, também em 1998; (f) a realização do I Encontro Paranaense em Saúde da Família, com mais de 200 profissionais participantes, em 1999; (g) o desenvolvimento de estudos voltados para detecção de

resultados e impacto do programa; (h) a aceleração da implementação do PSF após 1998, como parte do projeto político da administração Taniguchi (SILVEIRA FILHO et al., 2001).

Em Curitiba a política de recursos humanos para a saúde como um todo e para a atenção primária à saúde, em particular, obteve grande relevância, dadas as práticas de integração e colaboração desenvolvidas com universidades locais (UFPR e Faculdade Evangélica). Em tal aspecto, é digno de destaque que a SMS não só atuou como financiadora dos cursos ministrados pelas Universidades, como também desenvolveu mecanismos de incentivo interno para seus funcionários participarem dos mesmos, num processo de investimento considerado muito intenso e muito decidido por parte da administração.

A política de recursos humanos para o PSF tinha ainda outras peculiaridades notáveis, ligadas ao padrão do processo de gestão pública de Curitiba. Assim, todos os membros da equipe, salvo os agentes comunitários de saúde, pertenciam aos quadros da carreira pública municipal, sendo contratados por processos seletivos formais. A exceção aos ACS devia-se à exigências a este respeito do Ministério da Saúde, derivadas da própria concepção de "comunitário" que permeia este recurso. Os contratos, neste caso, eram realizados mediante uma entidade vinculada à Fundação de Ação Social local, o Instituto Pro-Cidadania, que desenvolvia também outras atividades, inclusive a contratação "triangulada" de recursos humanos para o setor público, uma solução comum em toda parte. Existiam também contratos mediante "credenciamento" de médicos, visando suprir áreas estratégicas que estavam desfalcadas de pessoal, mas esta pareceu ter sido uma situação residual.

Outro aspecto relevante e seguramente distintivo em Curitiba era o das parcerias estabelecidas também com instituições não normalmente vinculadas à capacitação de recursos humanos, particularmente com o setor público de serviços, como era o caso das duas Sociedades de Especialistas (Medicina Geral Comunitária e Saúde da Família), bem como com a Associação Médica do Paraná, que se envolveram em projetos de cursos de

aperfeiçoamento e especialização em Saúde da Família em anos recentes.

Mais um aspecto a ser considerado no processo de implementação do PSF dizia respeito aos modos de gestão desenvolvidos, cujas origens estão certamente sintonizadas com as tradições e práticas político-administrativas vigentes localmente. Aqui, certamente, aspectos anteriormente mencionados, que faziam o pano de fundo do que se poderia chamar de um “bom governo”, como a continuidade política, os planos de carreiras definidas, a ênfase em uma cultura de planejamento e avaliação bem como a qualificação das equipes técnicas locais são fatores que estão em jogo. Acresça-se a tudo isso o nível de aprofundamento conceitual relativo à saúde e às áreas sociais em geral, em termos filosóficos e operacionais, que parecia ser uma marca de Curitiba, com práticas inter-setoriais daí decorrentes. Neste sentido, notava-se que a experiência da saúde em Curitiba sempre pôde contar com forte apoio externo e contínuo, conforme atestavam os diversos casos já referidos. Acreditava-se, também, no valor e na influência de um possível “fator cultural” como condicionante das práticas de gestão, arrolando-se aí os aspectos da diversidade étnica tão marcante no Paraná, bem como uma certa “auto-referência” e “auto-estima” que também fariam parte do “modo de ser” curitibano e paranaense.

Sobre a proposta de *Sistema Integrado de Saúde*, desenvolvida por meio de consultoria específica (MENDES, 2000) e que vinha pontuando o cenário da saúde no município, com reflexos na organização dos serviços e na própria estratégia de implantação do PSF, suas características principais eram: (a) oferta de atenção à saúde “no lugar certo, no tempo certo, na qualidade certa e com o custo certo”; (b) serviços ofertados de forma integrada e orientados às necessidades da população em cada área de abrangência; (c) busca de satisfação da clientela do sistema de saúde; (d) ampliação e diversificação dos pontos de atenção à saúde da rede; (e) melhoria da comunicação entre os vários pontos de atuação; (f) promoção do auto-cuidado; (g) integração inter-setorial dos serviços e das políticas públicas.

O sentimento dominante entre os entrevistados era o de que, em Curitiba, a saúde *estava indo bem*, o que não deixava de ser

confirmado pela visibilidade nacional que os programas desenvolvidos na cidade obtinham, entre eles o PSF. Analisar este aparente *bom caminho* pode ser, sem dúvida, um processo para melhor compreendê-lo, sem cair nas malhas de um otimismo superficial. Foi isto que os atores locais entrevistados foram solicitados a fazer, pontuando aspectos *favoráveis e desfavoráveis*, bem como as *lições* e os *aspectos distintivos* da experiência que vivenciavam, com ênfase no Programa de Saúde da Família.

Fatores favorecedores: (a) o fato de o discurso de Atenção Primária à Saúde ter curso histórico em Curitiba, desde a década de 70, com as influências de Alma Ata e de outras discussões internacionais e nacionais; (b) como um dos entrevistados pontuou com precisão, “a SMS sempre teve dirigentes e equipes ligados ao setor público”; (c) a existência de uma estrutura de gestão pública eficiente e atenta aos direitos dos servidores, um fator importante no crescimento e na qualificação da área da saúde, traduzida, por exemplo, pelos planos de carreira, que restringiam o acesso aos cargos principais da SMS apenas a funcionários, com limitação de cargos comissionados externos; (d) o “pessoal da casa” – os atores internos – sempre tiveram peso importante na escala de influências; um exemplo marcante seria o caso da odontologia; (e) destacou-se o investimento em capacitação desde o início do programa, com a participação de atores externos que tinham contribuições expressivas a dar, como os canadenses, OPAS, instituições locais, GHC, além de outros; (f) vontade política e “crença no modelo”, com alocação de recursos de forma condizente; (g) adesão social à proposta, não só da comunidade como das próprias equipes da SMS; (h) práticas de “boa implementação” traduzidas por discussão permanente com as equipes e com a população, por intermédio dos conselhos, com busca ativa de adesão e consenso; (i) vigência de um possível “fator cultural”, cultura cívica ou algo equivalente, de natureza étnica, social, histórica e mais os atributos de autoreferência e auto-estima que seriam característicos da comunidade local.

Fatores dificultadores: (a) o financiamento insuficiente, um verdadeiro “nó a ser desatado” e que limitava a expansão das atividades de saúde em geral, inclusive do PSF; (b) os dilemas

impostos pela formação profissional, pelo mercado de trabalho, pela ideologia e pelo corporativismo médico; (c) o ritmo, por vezes demasiadamente acelerado, da implantação do PSF; (c) ainda no campo do financiamento, a cobertura do PSF de 28% deixava Curitiba em situação difícil, por ser uma faixa de baixa remuneração, de acordo com as normas do MS; (d) pouco avanço em aspectos como resolutividade e referência, preparação e amadurecimento das equipes, persistência de médicos credenciados, “competição” no atendimento entre as Unidades 24 h e as UBS e USF.

Síntese interpretativa

Buscando uma síntese finalizadora da presente seção, será tomada uma questão essencial que a experiência de implantação do PSF em Curitiba levanta, tomada, aliás, de forma textual de um dos depoimentos colhidos, qual seja: “por que estas coisas vingaram em Curitiba”? Para respondê-la, obedecendo à matriz de análise de políticas que constitui a referência metodológica deste trabalho, será aprofundada, nas páginas seguintes, uma síntese interpretativa a respeito das quatro categorias propostas, a saber: *atores, contextos, processos e conteúdos*.

ATORES

Chama a atenção, já à primeira vista, a marcante diversificação das pessoas e das instituições que, de alguma forma, se relacionam com o processo de formulação e implementação do PSF de Curitiba, configurando uma vasta gama de atores governamentais e não-governamentais, nacionais e internacionais, individuais e institucionais.

No trato com os atores externos destaca-se o fato de que a autoridade local é que de modo geral detém a prerrogativa da tomada de decisões na formulação e na implementação da política. Um bom exemplo disso é a mudança de rumo da antiga proposta de *medicina geral comunitária* do início da década de 90, modelada em matriz oriunda do GHC e do Canadá, que aos poucos transforma-se

em modelo adaptado às condições de Curitiba, realizando assim uma síntese das propostas originais e superando-as ao final.

A participação dos atores externos tem tido atributos de grande *seletividade* ou, em outras palavras, uma preocupação com a captação das *pessoas certas*, na "hora certa", para fazer a *coisa certa*, ou seja, aquilo que já faz parte dos projetos do governo local, mesmo quando definidos apenas preliminarmente, o que não impede que a última palavra esteja reservada à autoridade municipal. Além desta peculiaridade, é notória também a continuidade do contato desses atores com os serviços locais, alguns deles atravessando três administrações municipais. Este processo de cooperação, além de ser continuado, também tem proporcionado ao sistema local a construção de *pontes para fora* muito abrangentes.

O que um entrevistado chamou de *"*o pessoal da casa*"* é certamente outro fator diferencial. Sobre este ator percebe-se sua vinculação histórica ao setor público, tendo como contrapartida virtuosa a vigência de políticas de valorização de pessoal, por exemplo, através dos planos de carreira, das oportunidades de capacitação e dos incentivos financeiros e de natureza simbólica oferecidos pela administração municipal. Seu perfil poderia ser definido como um quadro jovem, de extração mais técnica do que políticopartidária, com passagens por diversas instâncias da rede de serviços, muitos com militância em movimentos de saúde locais, além de formação acadêmica, pertinência à carreira pública, capacitação específica para as funções exercidas – inclusive em gestão – planejamento e epidemiologia.

O significado de um grupo político na saúde, como foi constatado, ou de lideranças não estritamente técnicas, como é o caso do atual Secretário de Saúde, é também um dos fatores que certamente contribui para o sucesso da implementação de políticas. Isto estaria relacionado à existência de uma estirpe de autênticos intelectuais orgânicos da saúde entre os servidores públicos municipais, no sentido *gramsciano* do termo, do que em Curitiba pode-se encontrar muitos exemplos, como é o caso do secretário e seus assessores principais.

Há ainda outros aspectos relevantes na relação do poder público com os atores sociais. Chama atenção, por exemplo, o investimento material e simbólico realizado para a adesão às propostas de governo, seja do corpo funcional, seja dos atores sociais em geral, conforme muito dos depoimentos destacam, o que parece ser uma tônica consagrada pela história dos governos em Curitiba.

Uma forma de cooperação produtiva e exemplar, sem dúvida um tanto *rara*, é aquela que se estabeleceu entre a academia e os serviços de saúde em Curitiba, mesmo com alguns percalços às vezes evidenciados. Inédita também seria a adesão de sociedades profissionais, como a Associação Médica do Paraná e as duas Sociedades Profissionais ligadas à temática da Saúde da Família.

A relação com a política partidária se não chega a ser *sui generis*, não deixa de produzir alguma surpresa, em face da cultura típica brasileira neste aspecto. Os casos da postura dos militantes do PT e outros opositores ao governo municipal, que são membros dos Conselhos de Saúde, ou mesmo na Câmara de Vereadores, em que a militância e o exercício do controle não afastam uma atitude construtiva em relação às questões da saúde, podem não ser apanágio de Curitiba, mas certamente constituem eventos significativos e que traduzem uma *cultura cívica* diferenciada na cidade.

CONTEXTOS

Hoje, como em boa parte de sua história, Curitiba vem mostrando atributos de ser uma cidade-pólo típica, na qual se agregam conhecimentos, recursos e tecnologia de diversas naturezas. Tais aspectos seriam marcantes não só na área da Saúde, mas também em outras, como na Cultura, na Educação, no Comércio etc. Com mais de um milhão e meio de habitantes, a cidade também polariza diretamente – e com alto impacto sobre seu sistema de saúde – uma vasta região metropolitana com 22 municípios e 2,5 milhões de habitantes. A cidade registra ainda a ocorrência continuada de fortes correntes migratórias, estrangeiras e internas, não apenas aquelas “organizadas”, como também aquelas derivadas das injunções cíclicas da economia brasileira.

Do ponto de vista político-administrativo, ocorre, sem dúvida, um pano de fundo do que se poderia chamar de *bom governo*, usando uma expressão consagrada na literatura de ciência política. De fato, nos últimos 30 anos, Curitiba parece ter tido administrações que primaram por tais atributos, conforme demonstrado, em primeiro lugar, pela continuidade política e administrativa imprimida à vida da municipalidade. Mesmo na vigência de alternância no poder municipal, uma análise positiva é feita pelos interlocutores, o que os levou inclusive a considerar as administrações curitibanas dos últimos anos como "organizadas e responsáveis", ou portadoras de um padrão "civilizado" de fazer política, sem os eventuais efeitos destrutivos da alternância de poder.

O *bom governo* também manifestaria-se no fato de que a cidade se notabiliza, há décadas, por representar um padrão de referência nacional em matéria de inovações urbanísticas e projetos de alcance social, tais como transporte, lazer, cultura e, seguramente, saúde. O desenvolvimento de uma filosofia de planejamento urbano na cidade, com sucessivos planos de desenvolvimento, as práticas participativas, os planos de carreiras e outros benefícios para o corpo funcional, somente confirmam o conceito em pauta.

Soma-se a isso o valor e a influência de um possível *fator cultural*, discutido acima, como condicionante das boas práticas políticas e gestionárias desenvolvidas na cidade, arrolando-se aí os possíveis fatores ligados à diversidade étnica e cultural tão marcante no Paraná, bem como uma certa "autoreferência" e "auto-estima" local.

PROCESSOS

O *bom governo* em Curitiba, sem dúvida, está articulado com práticas de *boa implementação* e de *boa gestão* nos negócios públicos em geral e também na saúde. Isto tem sido traduzido pela prática de discussão permanente com as equipes e com a população, através dos conselhos, com busca ativa de adesão e consenso em torno das propostas de saúde, aspecto que remonta ao início da década de 90 e por intermédio do qual Curitiba se antecipou à maioria das cidades brasileiras.

As práticas de *boa gestão* da saúde em Curitiba estão visíveis em não poucas atividades do governo municipal, podendo ser citados como exemplo o desenvolvimento de um sistema de informações e prontuários; os projetos de cunho inter-setorial; a preocupação e a prática de avaliação das ações de saúde inclusive em relação ao PSF; a avaliação da credibilidade dos serviços perante os usuários; a avaliação da percepção dos trabalhadores; o perfil epidemiológico da demanda; o desenvolvimento de protocolos assistenciais, entre outros.

Os processos de capacitação constituem uma das marcas da experiência de Curitiba e seus resultados podem ser apreendidos largamente. Algumas de suas características inovadoras são o enfoque interdisciplinar, as metodologias de planejamento estratégico-situacional, o enfoque de risco, a perspectiva de mudança do modelo assistencial e, particularmente, o fomento material e simbólico por parte da municipalidade, aliados às parcerias externas, dentro do princípio de competência não-transferível da municipalidade na definição de conteúdos e estratégias de treinamento.

Sem dúvida, pode-se dizer que Curitiba possui uma história sanitária marcante, que além de bem documentada parece seguir sendo fonte de inspiração para os dirigentes atuais, dentro do contexto de continuidade política, administrativa e até mesmo cultural que permeia a atuação da municipalidade. Com efeito, ainda hoje são lembradas com respeito: as “ações isoladas” dos anos 60, ainda dentro de uma estrutura precária de gestão; a elaboração de plano municipal de saúde e a inclusão de temas não típicos na pauta, em momentos em que a autonomia municipal era muito pequena, principalmente na saúde; a atuação pioneira da área de odontologia com sua primazia na formulação de propostas inovadoras; a presença de lideranças influentes da saúde no cenário dos serviços públicos; a discussão “precoce” da Atenção Primária à Saúde e da extensão de cobertura, influenciada por Alma Ata; a realização, também “precoce”, da I Conferência Municipal de Saúde, bem como a própria criação do Conselho Municipal de Saúde; a filosofia e a *praxis* de planejamento urbano; a questão saúde como forte argumento nas campanhas eleitorais, entre outros aspectos.

CONTEÚDOS

Em poucas palavras, pode-se afirmar que a atuação sanitária do setor público municipal em Curitiba tem fundamentos baseados em uma vasta gama de conteúdos filosóficos, jurídicos, políticos e operacionais.

São exemplos de questões temáticas que estiveram presentes nas discussões locais da saúde por décadas a fio: o planejamento, a qualidade de vida, a noção de território e de espaço urbano, a participação, o questionamento do modelo assistencial, entre outras. Sem dúvida, o nível de aprofundamento conceitual relativo não só ao setor saúde, mas também aos outros, em termos doutrinários ou operacionais, parece ser mais um dos marcos referenciais de Curitiba, com o impacto de práticas inter-setoriais daí decorrentes.

A proposta atual de *Sistema Integrado de Saúde*, por exemplo, pode ser considerada, sem favor, um sintoma da tendência local de se apoiar em novos conceitos e na reciclagem dos antigos, visando o avanço no campo da saúde.

Nos próprios planos de governo de Curitiba procura escapar-se de um linguajar vazio e de uma certa retórica de palanque. Veja-se, por exemplo, a peça de campanha da administração municipal 1996-2003, a qual menciona conteúdos do tipo “o município como sede demográfico-espacial da vida social” e dos problemas de saúde como uma “rede de situações heterogêneas que determinam as condições e qualidade de vida”, resultando na conseqüente necessidade de “apropriação do território pelas equipes de saúde em aliança com a população”. O Plano Municipal de Saúde 2002-2005, referendado pela última Conferência de Saúde de Curitiba não lhe fica atrás, em termos conceituais.

Delineia-se assim uma vasta pauta de conteúdos em saúde, na qual o questionamento do modelo assistencial e o aprofundamento das noções de território e de atenção primária são postas em relevo, dentro de características reformistas e sintonizadas com a discussão mais recente referente à organização e à gestão da saúde. Sem exagero, pode-se falar em conteúdos transformadores, reflexivos, inovadoras e, o que é mais importante, aparentemente compartilhados pelo conjunto dos atores sociais.

Ainda no tema dos conteúdos, é digno de nota que uma antiga polêmica temática e ideológica entre as práticas medicina geral comunitária, medicina de família, medicina social etc., que nunca chegou a ser bem resolvida academicamente, teve em Curitiba uma intermediação direta do próprio órgão gestor em saúde, com a proposição de adaptação dos conteúdos respectivos aos princípios de Saúde da Família, tais como operacionalizados no sistema local.

As lições de Curitiba

A partir da identificação dos fatores fortalecedores ou que, ao contrário, criaram obstáculos aos processos de implementação da política municipal de saúde, bem como da análise de *atores, contextos, processos* e *conteúdos*, realizada nas linhas acima, algumas supostas *lições* puderam ser enumeradas, com destaque para certos aspectos considerados distintivos da realidade curitibana. São elas:

a. Da necessidade de se desenvolver uma *visão de processo*, de forma a compreender o que se passa na saúde da cidade não como um sistema pronto e acabado, mas em mudança permanente, no qual é imenso o valor estratégico da informação e da articulação em busca de consenso, por exemplo, para o conhecimento de outras experiências e na articulação com a população;
b. A importância e a força nos processos de capacitação e o *modus operandi* desenvolvido em Curitiba, com curso introdutório para todos, embora com conteúdos específicos para ACS; as parcerias múltiplas para formação mais especializada; os incentivos inclusive financeiros por parte da SMS;
c. A necessidade de maior conhecimento a respeito do perfil do médico e dos demais profissionais da rede, com atenção para a enorme heterogeneidade, com predomínio de profissionais “incorporados” ao PSF a partir de seleção interna mediante duplicação de carga horária;

d. Uma situação peculiar e favorável em Curitiba: as duas entidades representativas dos profissionais do PSF, a *Sociedade Paranaense de Saúde da Família*, multiprofissional e a de *Medicina Geral Comunitária*, só de médicos, as quais, entretanto, não competiam entre si e eram consideradas parceiras da SMS, particularmente na questão de capacitação;
e. O grande envolvimento da comunidade com os programas de saúde, particularmente com o PSF, com a certeza de que esta constituía situação inédita e favorável, em termos nacionais, por exemplo, na questão da passividade em face de uma eventual desativação de qualquer programa de saúde;
f. As práticas concretas de inter-setorialidade, que constituem componente forte no discurso da administração municipal, desde a gestão anterior (*projetos matriciados*);
g. Os avanços possibilitados pelo sistema de informações em saúde, dentro de diretrizes políticas gerais da administração municipal, tendo como fatos concretos os prontuários de família, a informatização da rede, o *Cartão Qualidade-Saúde*, o amplo processo de capacitação em informática, o desenvolvimento de sistemas próprios de informação compatíveis com os grandes sistemas nacionais;
h. A dimensão qualitativa obtida pela implantação do *Sistema Integrado de Saúde*, com seus desdobramentos de proporcionar segurança conceitual e no processo decisório, de permitir a superação do empirismo puro e simples, de captar detalhes do processo de gestão e de fomentar maior sistematização e reflexão, entre outros;
i. A existência de um “grupo político” orgânico e articulado na saúde, formado por pessoas que atravessaram as várias administrações municipais;
j. O peso importante dos membros das equipes internas, pessoas da carreira pública, no processo decisório relativo à saúde;
k. A implantação bem sucedida dos protocolos assistenciais na rede de serviços.

Niterói: a força de uma tradição militante

Contexto político

Niterói, o antigo arraial de São Lourenço, foi palco de lutas e pactos entre portugueses e índios, desde o alvorecer da ocupação do Brasil. Durante o período colonial, constituiu-se em sítio estratégico de proteção militar da capitania do Rio de Janeiro, dada sua posição de verdadeira “sentinela” sobre a entrada relativamente estreita da Baía de Guanabara. Niterói deteve, historicamente, posição apenas secundária entre as cidades do Sudeste do Brasil, por força da pujança política e econômica da cidade vizinha do Rio de Janeiro. Foi capital do Estado, mas por todo o tempo teve sua presença ofuscada pela metrópole que se expandiu na banda oeste e sul da Guanabara. A referência dos cariocas a Niterói, por vezes, a fez alvo de certo demérito, imerecido, como a de ter por atração mais importante a vista do outro lado, formada pelo impressionante maciço de montanhas do Pão de Açúcar, Corcovado, Sumaré, Gávea e outras. Entretanto, a cidade veio a se afirmar no cenário nacional das políticas sociais e de saúde por outros e, sem dúvida, mais nobres motivos, como se verá adiante.

A cidade de Niterói está praticamente conurbada com a de São Gonçalo, somando juntas cerca de um milhão de habitantes. Fazem parte de uma área metropolitana típica, que se estende dos dois lados da Baía de Guanabara, com uma problemática urbana intensa, com indicadores sofríveis de saúde, saneamento e de qualidade de vida em geral. Entre todos os problemas da região, destaca-se a forte presença do crime organizado, principalmente o tráfico de drogas. O resultado mais visível desta situação é o alto índice de violência, principal fator de mortalidade, que afeta principalmente os jovens, já a partir dos 14 anos de idade.

Niterói tem uma economia diversificada, concentrando atividades no setor de serviços e indústrias, destacando-se os estaleiros navais e o processamento de pescado. Tem, também, estabelecimentos

militares navais importantes. A dependência econômica em relação ao Rio de Janeiro é intensa, já que, segundo o censo demográfico mais recente, as pessoas ocupadas em atividades locais representam menos de 40% da população entre 14 e 65 anos.

Niterói é uma cidade de peculiar tradição política de feitio populista, tendo no poder, nas últimas décadas, correntes vinculadas ao antigo PTB, na era Vargas, ao MDB, nos anos da ditadura militar, liderado pelo antigo "cacique" Amaral Peixoto, também caudatário do getulismo e, posteriormente, ao PDT de Leonel Brizola. Mais recentemente (a partir de 2002), está no poder o Partido dos Trabalhadores.

É digna de destaque a presença histórica de forças progressistas e de esquerda muito organizadas na cidade, seja dentro do quadro do trabalhismo tradicional, seja no antigo Partido Comunista Brasileiro. O movimento sindical também foi bastante atuante e politizado, com categorias muito organizadas, particularmente nos estaleiros navais e nas indústrias têxteis. Da mesma forma, o movimento de moradores – organizado como um "conselho" e depois como uma federação desde a década de 80 – teve presença importante na política local. A cidade sempre abrigou instâncias e fóruns de discussões políticas e de saúde, de cunho partidário, sindical, etc. Talvez por esses motivos, nos anos pós-64, o autoritarismo deixou marcas profundas em Niterói, tendo o regime militar usado "mão pesada" na repressão a sindicalistas, políticos e estudantes.

O domínio político de Niterói, há algumas décadas, tem pertencido a clãs políticos fluminenses. De um lado, a família Silveira, que teve um representante (Roberto Silveira) no governo na década de 60, e cujo filho, Jorge Roberto, cumpriu três mandatos como prefeito municipal posteriormente. De outro lado, hoje já eclipsada, a tradição iniciada por Amaral Peixoto, do antigo MDB, sob cuja influência deu-se a eleição para prefeito de Niterói, em 1976, de seu então genro, Wellington Moreira Franco. A ascensão deste político, muito jovem e ligado a movimentos progressistas na época, foi comemorada como augúrio de novos tempos na política local. Mas Moreira, que pertencia ao MDB, depois filou-se ao partido

do regime, a Arena, acompanhando os passos de seu sogro e mentor político.

A saúde em Niterói

A história da saúde, em Niterói, acompanha o quadro de politização da vida social, marcado por resistência, “inquietude” e mobilização, particularmente durante o regime militar. A cidade foi sede da III Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, antes do golpe militar, portanto, abrigada pela administração de oposição na cidade e na qual se defenderam teses consideradas muito avançadas para a época, entre elas a da descentralização e municipalização dos serviços públicos de saúde (NITERÓI, 1998).

O populismo dos dois governos Vargas e suas articulações locais permitiram criar uma forte medicina previdenciária em Niterói, com uma estrutura própria e robusta de hospitais, vários PAM, Centros de Reabilitação, entre outros. Ali também desenvolvera-se com vigor em alguns dos IAP (Institutos de Aposentadoria e Pensões), particularmente nos dos industriários (IAPI), os contratos de compra de serviço junto ao setor privado que vieram a se tornar hegemônicos em todo o sistema. O próprio poder público, tanto do antigo estado do Rio de Janeiro, como do município de Niterói, teve também atuação marcante na área de saúde, mas registra-se um declínio a partir de década de 70, após a fusão dos estados da Guanabara com o do Rio de Janeiro.

A mudança de rumos políticos dada pela perda de *status* decorrente da fusão dos estados e também pela adesão de Moreira Franco ao partido da situação teve o condão de desbaratar boa parte dos técnicos e militantes que haviam abrigado-se na Secretaria Municipal de Saúde. Os novos dirigentes tinham sua base profissional e política no antigo INAMPS e eram portadores de uma visão mais conservadora sobre a saúde. Assim, como reação, surge o chamado Projeto Niterói, um espaço autônomo de organização e resistência em saúde, formado por técnicos de múltiplas instituições, com articulações externas importantes, que não contavam, entretanto, com endosso do poder público local. O

Projeto Niterói organiza-se como uma instância de reflexão política e técnica, mas, também, de práticas, ao coordenar e participar da execução de atividades de saúde pública diversas, entre elas campanhas de vacinação, além de ser um agente promotor da universalização no sistema de saúde local.

Em 1986, com a ameaça de uma epidemia de dengue na cidade, o Projeto Niterói institucionaliza-se como um “grupo executivo” e gradualmente aproxima-se da Secretaria Municipal de Saúde, da qual havia se originado cerca de dez anos antes. Nesse momento, a participação da OPAS é fundamental, marcando presença contínua na cidade um técnico cubano a ela vinculado (Carlos Petres), que abriu mais adiante caminho para o fecundo intercâmbio com Cuba, que muito viria a influenciar a política de saúde de Niterói.

Entretanto, somente após 1989, no primeiro mandato de Jorge Roberto da Silveira, retomou-se o curso das mudanças na saúde, iniciadas na década anterior. Foi escolhido secretário o médico Gilson Cantarino e, com ele, muitos dos participantes da etapa heróica do Projeto Niterói voltaram à cena da saúde, agora de forma institucionalizada de fato e de direito. Incorporouse assim, definitivamente, a pauta da Reforma Sanitária no sistema de saúde de Niterói. Assim desencadeou-se uma série de mudanças nas instituições e nas políticas de saúde de Niterói, entre as quais podem ser citadas: a atuação inédita do município nas vigilâncias e ações coletivas; a municipalização de todos os serviços estaduais existentes na cidade; a distritalização sanitária da cidade; a constituição de uma rede hierarquizada e regionalizada de serviços. No plano gerencial, criou-se a Fundação Municipal de Saúde, estabeleceu-se a contratação de pessoal através de concurso público e a implementação de um plano de carreira na saúde.

Aspecto sem dúvida importante para o objeto aqui analisado foi o fato de que as administrações do PDT, iniciadas em 1989, tiveram continuidade até 2002.

A implantação do PSF

O Programa de Médico de Família de Niterói (PMF) tinha, em novembro de 2001, 83 equipes atuantes, o que significava perto de 100 mil pessoas atendidas, ou seja cerca de 22% da população da cidade.

Fator extremamente favorável ao processo de implementação da política de saúde na década de 90 foi a continuidade política no município, com a permanência no cargo de secretário por praticamente 10 anos de uma mesma pessoa, Gilson Cantarino, e de uma mesma equipe.

Um aspecto marcante do período da administração do PDT foi a realização da I Conferência Municipal de Saúde, em 1991, com participação de quase 1000 delegados, evento que os entrevistados consideram, com muito orgulho, ter sido “a primeira do País” e que, junto com a constituição da Comissão Insterinstitucional Municipal de Saúde (CIMS), no final dos anos 70, e a realização da II Conferência Nacional, em 1963, confeririam a Niterói um galardão de especial ineditismo no campo das políticas de saúde. Há, entretanto, outro fato ao qual os niteroienses dão especial destaque, considerando-o como outra grande contribuição da cidade às políticas sociais no Brasil: a criação do *Programa Médico de Família* (PMF), equivalente local do PSF, no ano de 1991, tendo feito parte da pauta da I Conferência, realizada naquele ano.

A história do PMF teve início em 1991, com a ida do prefeito e do secretário municipal de saúde a Cuba, de onde voltaram entusiasmados com a idéia do Médico de Família, dando início, de imediato, a um amplo processo de cooperação técnica com Cuba, com a vinda de consultores de Cuba ao Brasil e estágios de técnicos locais naquele país, além de cursos para a formação de equipes.

Uma das ações iniciais da implementação do PMF foi a definição da área a ser contemplada pelo programa, sendo escolhido um território de forte exclusão social e baixo acesso a serviços, a Favela do Preventório, com cerca de 5 mil habitantes e que possuía, ao mesmo tempo, um movimento de moradores muito organizado. Este foi o ritual seguido também nas escolhas de áreas subseqüentes.

Um aspecto diferencial do PMF foi a composição e o processo de trabalho de suas equipes técnicas, pois lá praticava-se um conceito

diferente do restante do país, no qual se diferenciava uma *equipe básica*, constituída pelo médico e pelo auxiliar de saúde. Não existia a figura do agente comunitário de saúde como membro de tal equipe, salvo no trabalho em áreas isoladas de PACS, mas atribuía-se ao auxiliar de saúde tarefas muito semelhantes às do ACS típico, inclusive a obrigatoriedade de residir na área atendida. Cada equipe básica provia cobertura a 1.200 pessoas, ou cerca de 300 famílias.

A estrutura do programa organizava-se por setores geográficos ou *módulos*, que podiam estar sob responsabilidade de duas até cinco equipes básicas. A estrutura típica do módulo compunha-se de uma pequena unidade com consultórios utilizados em sistema de rodízio pelos médicos das várias equipes.

Em termos do processo de trabalho, alguns aspectos eram distintivos no PMF de Niterói. Cerca de 50% do tempo do médico era destinado formalmente ao trabalho de campo, que incluíam basicamente visitas domiciliares bem como outras atividades não agendadas, seja nas residências ou em outros locais da comunidade, aí se incluindo também as reuniões com grupos de pacientes e moradores em geral, para tratar de temas de saúde e outros ligados à dinâmica do programa.

O trabalho na unidade consistia em consultas médicas, normalmente agendadas e também em trabalhos de gerência, realizados tanto pelo médico como pelo auxiliar. Realizavam-se, também, as de “reuniões de setor”, abertas à equipe local, supervisores e representantes da Associação de Moradores. Não chegavam a ser, tais reuniões, um tipo formal de conselho, mas a presença da Associação de Moradores, que contratava o pessoal local, era compulsória.

Havia também *equipes de supervisão*, responsáveis pela retaguarda técnica das *equipes básicas*, de caráter multidisciplinar e capacitadas diretamente em Cuba ou mediante a vinda de assessores cubanos, assumindo o nível local posteriormente este encargo. Tais equipes constituem um aspecto distintivo da experiência de Niterói, tendo como aspecto destacado de seu trabalho o exercício, por parte dos médicos, de um papel de “consultantes” frente às equipes (à maneira inglesa, no NHS), sem

impedimento de suas outras atividades de acompanhamento técnico e administrativo.

A estrutura física disponível para o PMF foi considerada um fator de estrangulamento para o mesmo. Mesmo os prédios construídos especificamente para abrigar o programa tinham áreas muito acanhadas, considerando que eram destinados para até quatro equipes em trabalhos simultâneos. Havia uma certa intencionalidade de oferecer poucos consultórios, para forçar a saída das equipes, particularmente dos médicos, ao trabalho de campo.

A rede municipal anteriormente existente, de feição tradicional em termos de oferta de serviços, não foi substituída inteiramente e continuava atuando não só nas áreas de especialidades e terapias alternativas, como também na atenção básica.

Sobre a política de recursos humanos, a experiência do PMF trouxe alguns aspectos inovadores que mereceriam ser destacados.

Em primeiro lugar, havia uma preocupação muito acentuada com o perfil do profissional a ser admitido. As exigências locais poderiam ser consideradas muito acentuadas em relação ao PSF em geral sem ser conflitantes com as diretrizes da formação, tendo em vista, por um lado, a boa articulação existente entre o PMF e a instituição formadora mais próxima, a UFF e, por outro lado, a abundância da oferta, considerando haver mais de uma dezena de cursos de medicina e enfermagem na região metropolitana do Rio de Janeiro e adjacências.

O perfil almejado para os médicos compreendia, além de uma boa base de formação clínica e epidemiológica (a ser suprida ou complementada nos treinamentos realizados após a contratação), além de uma certa *sintonia ideológica* com a proposta.

A seleção e a contratação via processos públicos era a regra mas, no caso dos médicos, o processo seletivo vinha experimentando algumas dificuldades, tendo como pano de fundo, mais uma vez, a questão salarial e também uma certa saturação da oferta local. Houve, naturalmente, alguns embates políticos contra tal proposta, oriundos do clientelismo tradicional, mas assegurava-se o predomínio de uma lógica técnica, com prova escrita e entrevistas para avaliação de trajetória e sintonia com o projeto por parte do candidato.

Na capacitação das equipes de PMF houve a participação de instituições diversas, como a UFF, a UERJ, as faculdades de medicina de Campos, Vassouras e Teresópolis. Aliás, as relações com as instituições formadoras, particularmente com a UFF, foram consideradas muito produtivas, embora se relatassem alguns desajustes ocasionais, por exemplo, advindos de propostas acadêmicas consideradas muito técnicas e, por vezes, um tanto distantes das necessidades reais dos serviços.

Talvez o aspecto mais diferenciado do PMF fosse a contratação de pessoal via Associações de Moradores, o que, na verdade, representava o resultado de um processo de relacionamento histórico e produtivo, embora não totalmente isento de conflitos. Tal aproximação é considerada formalmente como “co-gestão”, regulando-se mediante convênio firmado em separado com cada entidade. Os recursos repassados para contratação, não só do pessoal da linha de frente como também de apoio administrativo e supervisão, estariam na verdade submetidos a uma gestão mista, já que cada cheque era assinado por um funcionário da administração designado, em conjunto com o presidente de cada Associação de Moradores. Existiam focos de tensão entre as Associação de Moradores e as equipes, principalmente diante de cobranças eventuais dos seus presidentes e prepostos relativas às jornadas de trabalho e ao desempenho das tarefas contratadas.

Dentre uma vasta gama de fatores considerados positivos ou facilitadores, de uma lado, ou dificultadores, de outro, no que diz respeito à implantação da política de saúde, em geral, ou do PSF em particular, em Niterói, conforme depoimentos dos interlocutores, merecem destaque, como *fatores facilitadores*, em primeiro lugar a decisão política firme por parte dos dirigentes, confirmada, por exemplo, pela “carta branca” dada ao secretário Gilson Cantarino desde a primeira gestão de J. R. Silveira, no final da década de 80, dentro do quadro de continuidade política, com o mesmo grupo partidário à frente do poder executivo municipal durante toda a década, com a manutenção dos dirigentes e das equipes técnicas na saúde. Além disso, é notória a disponibilidade de técnicos formados sob a égide de uma tradição política, via *Projeto Niterói*, bem como técnica, dentro da própria SMS e também a proximidade

e boa articulação com o aparelho formador de recursos humanos, particularmente com a Universidade Federal Fluminense.

Articulação e parcerias com organismos sociais, particularmente as Associações de Moradores, podem ser também arrolados como fatores favoráveis, embora algum nível de conflito possa ter surgido, tendo em vista que tais entidades possuem papéis muito diferenciados no sistema de saúde local, inclusive na gestão de recursos humanos.

Um outro fator positivo, sem dúvida, é o histórico de luta política e mobilização em prol da saúde na cidade, por exemplo, por intermédio do Projeto Niterói e movimento de moradores, entre outros. Da mesma forma, premiações atribuídas pelo BNDES e pela FGV às ações realizadas na saúde (Gestão Pública e Cidadania), abriram portas para financiamento e reconhecimento externos da experiência local.

Do ponto de vista da política de recursos humanos, praticada em Niterói, podem ser citados outros fatores que parecem ter contribuído para o sucesso e a continuidade do PSF, entre outros: os processos de supervisão com caráter pedagógico associado e presença marcante no cotidiano das Unidades; o respeito aos direitos dos trabalhadores do programa, evitando-se a formas precárias de seleção e contratação; a reconhecida boa preparação técnica das equipes básicas e da supervisão, além da ênfase em humanização do atendimento, vínculos, relações personalizadas, adesão (“vestir a camisa do PMF”) e vigência de processos seletivos internos.

Entre os fatores dificultadores, podem ser citados: o ambiente político marcado por tradições clientelistas e populistas, com pressões permanentes sobre o Executivo, porém contrabalançadas pela atuação firme de dirigentes da FMS; as restrições às referências especializadas e alta complexidade; alguns aparentes “exageros” dos mecanismos de controle social, como, por exemplo, o dilema resultante de Associação de Moradores exercerem, ao mesmo tempo, tarefas administravas (contratadores e controladores de pessoal) e o controle social propriamente dito. Além deles, havia grandes limitações derivadas da estrutura relativamente precária do sistema de saúde local, suas áreas físicas e equipamentos

deficientes e limitados, a necessidade de mais capacitação de recursos humanos; o excesso de demanda, com processos de trabalho considerados “muito exigentes” por parte de algumas equipes, bem como as deficiências na política de comunicação social, com necessidade de mais informações e educação dos usuários.

Síntese interpretativa

Entre tantos aspectos peculiares, talvez o que chame mais a atenção na experiência do Programa Médico de Família de Niterói seja sua aparente originalidade, ou seja, seu feitio diferenciado em relação ao PSF nacional. Mas tal aspecto do programa não deriva apenas de seu caráter pioneiro, construído em um momento em que as referências nacionais eram escassas e cumpria buscar os exemplos fora do país, no caso, em Cuba. Além disso, deve ser lembrado que o PMF sempre caminhou por sendas próprias, diferindo realmente do modelo oficial do Ministério da Saúde em termos bastante substantivos. Com efeito, somente em 1999 o nível federal finalmente aceitou as variações propostas por Niterói, abrindo caminho também para que outros programas ditos “similares” pudessem receber apoio financeiro. Do programa de Niterói pode-se dizer, portanto, que foi capaz de sustentar suas diferenças dentro de um contexto que apontava para a uniformidade, mesmo que isso pudesse significar seu não-credenciamento em receber recursos preciosos do SUS. Tal persistência acabou por conduzir a uma aceitação das diferenças por parte do DAB/MS e isso pode ser considerado mais uma das conquistas que a experiência auferiu e compartilhou com o resto do país.

Ao se tentar uma síntese interpretativa do programa de Niterói, preliminarmente deve-se afirmar não ter havido hierarquia entre seus fatores determinantes ou, se houve, ela não parece ser muito nítida. Se os *atores*, por um lado, foram fortes e decididos, os *contextos*, de outro lado, também afiguraram-se como extremamente favoráveis, construídos que foram ao longo de uma

profícua e complexa trajetória histórica. Os *conteúdos* orientadores e os *processos* desencadeados, da mesma forma, não surgiram do nada, mas, sim, de uma acumulação social e histórica que muitos poucos lugares conseguiriam reunir, com as características presentes em Niterói.

ATORES

Muitas foram as pessoas que deram sua contribuição ao PMF de Niterói. Contudo, o que existe e a maneira como evoluiu o projeto na antiga capital fluminense não é apenas produto de atores sociais individualizados, mas também de suas circunstâncias.

A combinação ocorrida em Niterói é bastante expressiva. De um lado, uma ideologia de saúde com bases sólidas e operacionalização concreta; de outro lado, instituições fortes; de permeio, atores dotados de liderança e vontade própria, mas também de marcada inserção no ambiente institucional e político que facultou sua emergência e visibilidade.

O *ambiente institucional* de Niterói é bastante peculiar. Não que detenha instâncias novas e diferenciadas em relação a outros municípios de igual porte. Ao contrário, o conjunto é aproximadamente o mesmo de outras partes, talvez apenas um pouco mais diversificado: academia, gestores, entidades populares, cooperação internacional, etc. O que há de singular em Niterói é a maneira como amalgamaram-se as forças, formando um processo de múltiplos vetores atuantes, mas ao mesmo tempo sinérgicos e duradouros.

Este talvez seja o grande desafio interpretativo: como forças institucionais tão diversas conseguiram realizar uma obra comum de tal porte, como é o PMF e o próprio sistema de saúde de Niterói? A resposta, em sua “inteireza”, certamente escapa ao objetivo deste trabalho. Para conhecê-la talvez seja preciso aprofundar-se na história de cada uma das instituições, conhecer os atores, os contextos, os conteúdos e os processos presentes em cada uma delas, em cada momento, além da maneira como eles se correlacionam.

De qualquer forma, mesmo correndo o risco de simplificação excessiva, pode-se recorrer à explicação de que as relações entre os atores sociais e institucionais em Niterói foram *diferentes* porque: (a) os acontecimentos da década de 70, com a fusão RJ-GB e a frustração política da defecção do grupo de Moreira Franco, tiveram o condão de unir as forças de oposição em torno de propostas comuns na saúde, que se consubstanciaram no *Projeto Niterói*; (b) havia um nível de articulação muito expressivo, *para fora*, por parte de muitos dos atores, o que permitiu as alianças com o INAMPS, a UFF, a Federação das Associações de Moradores, entre outras, que mantiveram acesas e deram sustentabilidade posterior às propostas de mudança; (c) o peso de uma tradição de militância e de definição ideológica pode ter sido também um fator diferencial e expressivo no caso.

CONTEXTOS

Preliminarmente, é preciso situar algumas características do que seja o contexto geral em que assenta-se a implementação do sistema único de saúde no brasil, do qual faz parte a realidade de niterói. Com efeito, muitas das dificuldades ainda encontradas no pmf, e certamente alguns avanços também têm a ver diretamente com o momento atual do sus, não derivando diretamente das condições locais.

Assim, as limitações encontradas quanto às fórmulas de financiamento da prestação de serviços, a fragmentação dos processos de regionalização de serviços, bem como a descontinuidade da referência e contra-referência, os desafios ainda não superados em relação ao controle social, entre outros, são aspectos que afetam a experiência local, mas que, certamente, têm uma determinação que escapa à governabilidade imediata do município. Na mesma categoria está o obstáculo representado pela “normatização dura” habitual no SUS, que deixou niterói ao desabrigo do financiamento de seu programa durante alguns anos.

Em termos de contextos próprios da realidade local, há que se ressaltar o que poderia ser chamado, sem muito favor, de uma *tradição militante* da cidade, seja na política em geral, seja na

política de saúde, aspecto que, como foi comentado acima, representa um forte determinante na formação do PMF.

O *Projeto Niterói*, com seus componentes de inter-setorialidade e integração institucional, bem como de adesão a uma pauta ideológica progressista em saúde, consiste em um bom exemplo de *tradição militante*. Da mesma forma, pode ser analisada a realização de eventos expressivos, alguns tão remotos no tempo quanto a iii conferência nacional de saúde, outros mais recentes, como a constituição precoce e efetiva da cims de niterói ou da inédita (para a época) i conferência municipal de saúde. A própria constituição de um federação de associação de moradores e antes dela de um "conselho" de entidades populares, em plena era do arbítrio, também vêm demonstrar que em niterói há aspectos contextuais diferenciados e até mesmo exclusivos.

O fenômeno da *continuidade* na vida política da cidade salta aos olhos. Com efeito, por 12 anos não houve troca de partido político no poder municipal. Dentre quatro mandatos, três pertencem ao mesmo prefeito e, ainda, um único secretário permaneceu à frente do órgão gestor de saúde por quase uma década inteira. Isso tudo, em outras circunstâncias, poderia até representar um *ciclo vicioso* ou um retrocesso, mas, no caso presente, pelo menos na saúde, as evidências são contrárias a esta possibilidade. Tal continuidade não se deu apenas no plano político-partidário. As equipes técnicas, salvo seu incremento numérico natural, também tenderam a permanecer estáveis. Acima de tudo, não houve o abandono da pauta ideológica em saúde vigente ao longo das décadas anteriores com os elementos constitutivos já referidos.

A experiência de Niterói parece ter sido também feliz em desenvolver um conjunto de *boas práticas*, seja na gestão e no planejamento em geral, como também em termos específicos, seja no processo de tomada de decisões, na formulação da capacitação das equipes, nas estratégias de mobilização social, entre outras. O processo de desencadeamento das atividades do PMF, no início dos anos 90, pode ser considerado um bom exemplo de cálculo estratégico bem sucedido, em que a improvisação habitual foi substituída por medidas conscientes e fundamentadas de condução política e administrativa. O açodamento típico das administrações

municipais em “mostrar serviço” deu lugar a um processo de quase um ano de duração durante o qual ocorreu a “maturação” do PMF, quando a supervisão foi estruturada, as pessoas foram treinadas e a rede organizada. Somente após este lapso é que, finalmente, o processo de atendimento se iniciou. Na origem de tais práticas, até certo ponto incomuns na administração pública em geral, provavelmente podem ser arrolados os fatores políticos e culturais já discutidos acima.

Ingredientes de experimentação, inovação e ousadia também fazem parte do contexto da implementação do PMF. Um deles assume especial destaque, qual seja o caso das parcerias com as associações de moradores, as quais, para além do apoio político e institucional às atividades desenvolvidas transformaram-se também em parceiros administrativos ao assumirem a própria contratação de pessoal, mediante transferência de recursos do município. Evidentemente que um certo nível de conflito tem derivado dessa prática, aliás bastante inédita em termos nacionais, mas as evidências são de que, pelo “andar da carruagem”, muitos dos problemas vão sendo resolvidos. Sobram alguns dilemas, cuja solução não parece estar próxima no horizonte, de modo geral ligados a uma espécie de choque cultural, resultado de se entregar à uma representação da própria clientela poderes administrativos e portanto coercitivos sobre as tarefas profissionais, o que no caso dos médicos (e mesmo de outras categorias profissionais da saúde) é fonte de desgaste permanente. Ainda neste campo, existe a problemática de se concentrar ações de execução e controle em mãos pouco afeitas aos intricados processos ligados à gestão de recursos públicos de qualquer natureza.

Um fator presente em Niterói – e também em outras experiências aqui analisadas – é aquele representado pela emulação trazida por prêmios e honraria obtidos em eventos externos. No caso presente, a experiência foi contemplada pela Fundação Getúlio Vargas e pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social com um prêmio intitulado *Gestão Pública e Cidadania*. Independente do valor material atribuído ao mesmo, provavelmente pequeno, este tipo de galardão serve para projetar a imagem do município bem além de suas fronteiras, facilitando assim o apoio político e financeiro

externo. É claro que, também, no plano interno tal evento resulta em ganhos políticos importantes, aumentando a auto-estima das equipes e até mesmo o respeito por parte dos eventuais adversários da iniciativa. Aspectos semelhantes foram verificados em outras experiências analisadas neste estudo.

Um último aspecto importante a ser analisado, mesmo de passagem, em termos de contextos do PMF, é o efeito de um fator de natureza simbólica, que um entrevistado descreveu com a expressão “vestir a camisa”. A experiência de Niterói neste aspecto parece muito bem-sucedida.

PROCESSOS

A relação especial, ao mesmo tempo de parceria política e de complementação administrativa com o movimento social, através das Associações Moradores é, como já se viu, um aspecto típico e diferencial da experiência de niterói. Sua potencialidade de expansão e de utilização em outros contextos é uma questão certamente polêmica. Mas parece bem claro que a maneira como o processo foi conduzido no caso presente permitiu auferir resultados importantes em termos de gestão, sem impedimento de que algumas contradições permaneçam.

“Remando contra a corrente” é uma expressão que traduz o primeiro momento do programa, ainda na era Collor, quando as possibilidades de apoio a municípios, no panorama normativo bastante estreito das nob 91/92 eram, naturalmente, bem reduzidas. Pode-se dizer que a conquista da sustentabilidade ocorreu, mesmo apesar de um ambiente desfavorável, ou pelo menos pouco propenso a apoiar materialmente este tipo de experiência municipal. Mesmo nos momentos posteriores, quando as nob 93 e 96 abriram caminho para maior autonomia e também para a provisão de novos recursos, o programa de Niterói, como era *diferente*, continuou por caminhos paralelos, já que continuava não se enquadrando nos padrões definidos oficialmente, nem mesmo dentro das possibilidades abertas pela nob 96, ao incentivar a mudança de modelo assistencial.

Em síntese, pode-se dizer que o PMF foi gerado em contextos próprios e específicos e assim se desenvolveu, tendo que percorrer um árduo caminho até se legitimar, inclusive para alcançar o apoio financeiro do governo federal. No momento do estudo, apesar de ser financiado dentro das fatias do PAB variável, como *experiência similar*, não deixa de ser notável a manutenção de muitas das linhas operacionais traçadas no início da década. Segundo a visão local, estas linhas são mantidas simplesmente “porque deram certo”, não havendo porque mudá-las.

Assim, além de “remar contra a corrente” em certos momentos de sua trajetória, o esforço de implementação do pmf teve também de *arcar com os custos de ser diferente* em outro momento, mas, dessa forma, acabou por forçar a aceitação, obtendo assim um quadro mais favorável em termos do apoio federal ao programa.

A cooperação técnica por parte dos cubanos haverá sempre de provocar questionamentos a respeito de uma suposta importação *tout court* de um modelo testado alhures. A escassez de referências nacionais, quando o programa foi iniciado, é um fator a ser devidamente incorporado na análise. O fato de que a referência encontrada tenha sido exatamente a de cuba e não a de porto alegre ou de são paulo é uma questão a ser debatida. Algumas características das experiências referidas, que eram praticamente as únicas desenvolvidas no brasil antes do advento do PMF, foram qualificadas pelos interlocutores locais como pouco adequadas ao modelo que se buscava. Assim, embora a influência cubana não possa ser negada de todo, e independente do discurso local que procura minimizá-la, sua relativização e diluição ocorreu, de fato, por obra e graça dos agentes locais, aparentemente atentos a uma mediação calcada na sua própria realidade.

Incrementalismo e maturação são as duas palavras-chave adequadas para se entender o processo de implementação do PMF em Niterói. Uma análise abrangente foi realizada nas linhas acima, ao se tratar do contexto das *boas práticas* administrativas exercidas na realidade local. De qualquer forma, vale ressaltar a existência de um cálculo ao mesmo tempo político e técnico, que não se deixou levar pelo açodamento em dar partida a (mais) um programa sem

alicerces firmes que garantissem sua sustentação. Neste aspecto, também, o caminho de niterói foi diferente e original.

Chama ainda a atenção, dentro do quadro das boas práticas de gestão e do incrementalismo característicos da implementação do PMF, a autonomia de gestão que se buscou para o processo de deslanche do programa. No caso, foi constituída uma verdadeira estrutura matricial, um tanto “paralela” à estrutura permanente e formal da Fundação Municipal de Saúde, coordenada e operada por pessoas absolutamente sintonizadas política e tecnicamente com a proposta.

A combinação de instrumentos da Epidemiologia, da Administração, das Ciências Sociais e, fundamentalmente, a incorporação do pragmatismo da Política parecem ter produzido uma combinação harmônica no PMF, consistindo em mais um aspecto distintivo e qualificado da experiência. Assim, por exemplo, tem caminhado o processo de escolha das áreas de abrangência do programa.

O papel de uma sólida estrutura de supervisão e coordenação é muito valorizado pelos agentes locais, certamente com razão. É possível constatar um grande investimento nesta ação, em termos de qualificação e de outras formas de incentivo, inclusive na flexibilização de cargas horárias, aspecto que, diga-se de passagem, parece superado em Niterói, mas que tem sido um verdadeiro tabu nos demais programas desta natureza. A estrutura de supervisão não só é marcante em termos físicos, de proporção e composição de equipes, como também em relação a seus processos de trabalho, que abrangem uma gama de ações de apoio administrativo, técnicooperacional e, até mesmo, finalístico e clínico, como é o caso dos especialistas *consultantes*. Esta é, sem dúvida, mais uma das marcas diferenciais da experiência de Niterói.

Visível e notória é, também, a ênfase colocada nos processos de mobilização social, educação e promoção da saúde. A percepção local, inclusive, é de que estes aspectos diferenciam e qualificam a experiência quando comparada a outras, por exemplo a do PSF nacional. O fato de que foi incorporado o assistente social na equipe de supervisão, com atribuições bem definidas nestas áreas, mostra que o discurso, neste caso, faz-se acompanhar de ações concretas.

CONTEÚDOS

"No princípio era o verbo…" Essas palavras bíblicas parecem se adaptar bem ao desenvolvimento do projeto de saúde de Niterói, resultado de um autêntico elenco progressista de propostas ou, para atender a expressão dos atores locais, "um elenco de propostas de esquerda", em termos de saúde. Não é ociosa a observação de que o grande ganho inicial das novas gestões municipais inauguradas com a eleição de J. R. Silveira, em 1988, foi exatamente a *incorporação da pauta da Reforma Sanitária* no panorama municipal.

Assim, os temas da universalidade, da relevância pública, da eqüidade, da participação, da democratização e da mobilização social "entraram pela porta da frente" e pautaram o discurso e a atuação da equipe dirigente ao longo de toda a década e mesmo posteriormente. Não poderia deixar de acontecer em Niterói esta incorporação da pauta da reforma sanitária; afinal foi nesta cidade que, 30 anos antes, se falou pela primeira vez, e em público, sobre o direito à saúde, o dever do Estado, municipalização da saúde e participação da sociedade. A precedência de Niterói, neste sentido, como sede da III Conferência Nacional de Saúde, não pode deixar de ser reconhecida.

A *extensão de cobertura*, ponto nevrálgico desde a época do *Projeto Niterói*, entre nessa pauta como uma estratégia política em face do vazio assistencial. O pmf, de certa forma, é caudatário dessa orientação. Mas a atuação municipal nos anos 90 procura ir além da mera *extensão de cobertura*, associando, por exemplo, os componentes individual e coletivo; preventivo e curativo das práticas, inaugurando uma era de verdadeira integralidade, já anunciada como boa nova pelo *Projeto Niterói*, mas até então carecendo de condições de ser viabilizada. Aliás, neste aspecto, a situação especial de Niterói, vulnerável a epidemias como a dengue, não poderia gerar outro tipo de prática, pelo menos por parte de uma administração responsável. Com efeito, não se pode esquecer que foi durante a epidemia de dengue da segunda metade dos anos 80 que se rearticulou a "aliança sanitária" esgarçada 10 anos antes. Afinal, é no momento da epidemia e no calor das articulações feitas

para combatê-la que o *Projeto Niterói* ganha legitimidade e se institucionaliza.

Por último, cabe mencionar, como conteúdo político fundamental da experiência de Niterói, a incorporação da questão do direito dos trabalhadores da saúde na pauta de atuação do órgão gestor. Isto também se reveste, senão de ineditismo, pelo menos da prerrogativa de ser fato um tanto isolado no panorama contemporâneo do PSF no Brasil.

As lições de Niterói

A partir da identificação dos fatores que foram fortalecedores ou, ao contrário, criaram obstáculos ao pleno desenvolvimento da atuação do gestor municipal, em termos dos processos de implementação de sua política de saúde, algumas supostas *lições* puderam ser enumeradas, ressaltando também os aspectos distintivos apresentados pela experiência de Niterói.

Em primeiro lugar, o PMF de Niterói não “aconteceu” por acaso. Representa uma acumulação de conhecimentos, práticas e ação política de décadas. É o resultado de círculos virtuosos intensivos e de longa duração, em que se associam continuidade e fortaleza política, presença de tomadores fortes e autônomos de decisão, articulações amplas e multidirecionadas, tradição militante, capacidade de busca de apoio externo, equipes capacitadas, além de proximidade e sintonia com o aparelho formador de recursos humanos.

O apoio externo é, sem dúvida, um de seus aspectos peculiares, mas isoladamente talvez não produzisse os resultados a que se chegou. A assessoria cubana teve e continua tendo uma marca importante na formulação e na implementação da política. Entretanto, ela deve ser entendida em suas mediações com a capacidade decisória e a autonomia das decisões locais, bem como com uma cultura de pensamento e práticas de equipe em saúde que durou por mais de uma década, dentro da administração municipal e fora dela, como foi o caso do *Projeto Niterói*. As semelhanças entre a experiência cubana e a local, minimizadas nas entrevistas com os

dirigentes do PMF, são inegáveis, mas com certeza não surgem a partir de uma replicação ou "clonagem" do programa original. As condições da implantação do PMF em Niterói, onde a sociedade é muito mais desigual e menos organizada do que em Cuba, a ocorrência do crime organizado, entre outros aspectos, marcam limites e ritmos que certamente fazem enorme diferença entre uma realidade e outra.

A *tradição militante* em Niterói merece algum detalhamento. De certa forma, todos os dirigentes e principais assessores do PMF filiam-se a ela. No caso presente, ela parece contornar ou ignorar até mesmo barreiras partidárias, que comumente interpõem-se em outras realidades. O *Projeto Niterói* amalgamou um tanto dessa tradição, certamente até mesmo anterior a ele. Aqui talvez seja possível falar também de uma *comunidade cívica* em saúde, dado seu caráter contínuo e orgânico, em termos de conteúdos e propostas.

Um aspecto surpreendente em Niterói, dentro da atual conjuntura de restrição de recursos, é que existem perspectivas de ampliação do programa para os próximos anos. Quando se compara esta experiência com as demais focalizadas neste estudo, esta é uma diferença real, pelo menos no discurso dos dirigentes. Provavelmente reflete, mais uma vez, a densidade do processo político de decisão local, mais do que uma visão otimizadora e voltada para os recursos externos, no caso do Ministério da Saúde.

Outro aspecto peculiar foi a implantação do programa, se não "explosiva" (*big bang*) pelo menos acelerada e com ritmo constante. A explicação passa mais uma vez pela decisão política, como um fator medido e calculado, tendo em vista a busca de resultados políticos e impactos sanitários concretos.

A primazia histórica de Niterói sobre outras experiências brasileiras de saúde da família, até mesmo da oficial do Ministério da Saúde, coloca os interlocutores locais "à vontade" para, mesmo espontaneamente, analisar outros modelos alternativos de PSF. Assim, por exemplo, o programa desenvolvido em São Paulo, na década de 80, no governo Quércia, sob a gestão de J. A. Pinotti, aliás também inspirado no modelo cubano, foi analisado como uma "importação direta e acrítica", sem estruturas adequadas de

supervisão – por isso veio a fracassar. Sobre o programa desenvolvido em Porto Alegre pelo Grupo Hospitalar Conceição, na verdade anterior ao de Niterói em mais de uma década, as impressões são de que trata-se de um “processo de triagem, embora de alto padrão”, adaptado diretamente e sem mediações do modelo inglês, com vínculos residuais com a população, sem nenhuma forma de co-gestão com a mesma, mas com o pessoal muito bem qualificado.

Ibiá: a força do carisma e do empreendedorismo político

Contexto político

Ibiá é uma cidade situada na parte oeste de Minas Gerais, no chamado Alto Paranaíba, berço de águas formadoras da bacia do rio Paraná. Seu nome deriva do idioma tupi e significaria “terras altas” ou “águas altas”. Situase a 300 km da capital do estado. O município de Ibiá, antes São Pedro de Alcântara, foi criado a partir de desmembramento de Araxá cerca de 1920 mas a localidade já era então mais do que centenária. Sua história está ligada à do trajeto que unia as minas de Vila Rica àquelas de Goiás, pelo qual transitavam tropeiros e comerciantes. Seu território abrigou um dos únicos quilombos conhecidos em toda a região sudeste, dito *do Ambrósio*, cuja história assombra pela resistência dos moradores locais e pela violência contra eles empregada pelas tropas coloniais, dizimando toda a comunidade quilombola, em meados do século XVIII (BARBOSA, 1985).

O município tem na agricultura e na pecuária as principais atividades econômicas, sendo crescente sua organização sob a forma de agroindústrias. Além disso, abriga uma das principais fábricas de laticínios (leite em pó) da multinacional Nestlé. É também um entroncamento ferroviário importante, tendo sido sede de oficinas da antiga Rede Mineira de Viação (depois RFFSA e

atualmente Ferrovia Centro Atlântica, privatizada), mas, neste aspecto, perdeu a pujança que desfrutava décadas atrás.

No censo de 2000, Ibiá apresentava cerca de 21 mil habitantes, dos quais 80% residiam em zona urbana, principalmente na sede do município e também em três distritos menores. Possui extensa área territorial, cerca de 2,7 mil km^2 e sua densidade populacional é baixa, com menos de oito habitantes por km^2. Suas relações econômicas, comerciais, culturais e de saúde se fazem principalmente com Araxá (distante 50 km), Uberaba (140 km) e Uberlândia (220 km). Com a capital do estado, pelo menos atualmente, as relações são mais remotas, essencialmente de cunho político-administrativo.

Ibiá tem uma história política até certo ponto comum a muitos outros municípios de Minas Gerais e do Brasil, com a alternância no poder de correntes partidárias derivadas do antigo bi-partidarismo da República Velha que, em outra época, configurou-se por meio da disputa entre PSD e UDN.

Em 1996, contudo, esta tendência rompeu-se com a eleição para prefeito de Hugo França, em campanha acirrada contra as lideranças antigas, acostumadas a um revezamento sem maiores novidades. França já havia sido candidato anteriormente e fora derrotado, mas não tivera passagens por cargos legislativos ou executivos locais, apenas exercendo a presidência de seu partido, o PDT.

França disputou as eleições de 1996 e de 2000 em coligação com diversos partidos, entre eles o PT, sigla que, entretanto, não elegeu nenhum vereador. De qualquer forma, a hegemonia da coligação do prefeito na Câmara Municipal era folgada, com apoio de nove ou dez dos 13 vereadores que compunham a instituição.

Além das realizações na área da saúde, que serão comentadas com detalhe adiante, há evidências importantes de práticas de *bom governo* em alguns outros setores da administração municipal. Assim, na área de saneamento, a operação do sistema é feita por uma autarquia municipal, anteriormente ligada à FUNASA, que pratica tarifas menores do que aquelas da companhia estadual de saneamento, com altos índices de cobertura e subsídios para pequenos consumidores de baixa renda. Na área de transporte

coletivo, ocorreu a revisão de contratos históricos com a redução de tarifas a valores inéditos (R$ 0,40) e a ampliação da oferta de linhas nos últimos anos. Na área de habitação, foi desenvolvido um programa de moradias populares com recursos municipais próprios e externos, com obras de infraestrutura associadas.

A saúde em Ibiá

O prefeito da época do estudo admitia que sua eleição e posterior reeleição, em 2000, resultaram do grande impacto popular do programa de saúde implementado nos anos anteriores. Mesmo seu adversário na campanha, que havia sido prefeito anteriormente, prometeu manter a política de saúde vigente, calcada no PSF, embora na virulência da campanha muitas acusações tenham sido feitas ao programa, inclusive a de que patrocinava “médicos de 1,99”, numa alusão maldosa às lojas de quinquilharias baratas.

O sistema de saúde de Ibiá organizou-se, historicamente, de maneira pouco inovadora. Havia apenas uma unidade ambulatorial pública (centro de saúde), operada precariamente pela secretaria de estado da saúde de Minas Gerais por várias décadas, depois municipalizada, dentro do amplo processo de transferência de unidades que ocorreu na década de 90. A prefeitura, historicamente, teve importância restrita na composição do sistema de saúde da cidade (IBIÁ, 2000). É bem verdade que já existia um hospital filantrópico (Santa Casa) desde os anos 40, mas que sempre recebeu apoio financeiro da prefeitura, que acabou encampando-o na década de 70. Com tal processo, contudo, não alterou-se a denominação social e nem se interferiu no processo de escolha de seus dirigentes, que continuaram sendo os “provedores” escolhidos pela irmandade fundadora, com forte influência dos médicos locais, que haviam transformado o hospital, o único da cidade, em foco de seus interesses privados. A atuação da prefeitura na gestão da Santa Casa consolidou-se na gestão 1996 - 2000, embora do ponto de vista jurídico a definição de quem seja o verdadeiro mantenedor – se a prefeitura ou a Sociedade São Vicente de Paula – não tenha sido claramente estabelecida.

O sistema de saúde da cidade contava ainda com os serviços médicos da antiga Rede Mineira de Viação e da Nestlé, nos quais a medicina da cidade tinha monopólio dos postos de trabalho. Além disso, os médicos mantinham seus consultórios e clínicas de forma a complementar as atividades que exerciam no setor público e nas empresas referidas, configurando um sistema relativamente "fechado" do ponto de vista profissional, com restrições à entrada de novos profissionais, o que se tornou patente quando ocorreram as mudanças promovidas na gestão em foco.

A implementação do PSF

Uma singularidade de Ibiá é, como se viu, a situação de sua Santa Casa, formalmente privada e filantrópica, mas com gestão e financiamento municipal. Estima-se que 70% dos recursos disponíveis são alocados pela prefeitura e que 30% provêm da prestação de serviços ao SUS, mediante AIH e convênios, dentro de uma linha de atuação bastante típica de hospital público, em que pese seu estatuto jurídico indefinido. Curiosamente, ainda nos dias atuais, é mantida na entrada da unidade uma placa antiga, na qual a direção da instituição justificava-se aos usuários pelo fato de que as "GIH" não garantiam atendimento para todos durante todo o mês, dada a cota limitada a que fazia jus o hospital. Segundo a Secretária de Saúde, tal informação é ainda conservada "para revelar o que era o passado".

O sistema de saúde de Ibiá teve sua conformação marcada pela baixa (ou nenhuma) autonomia do município, pela falta de compromisso com o usuário, pela não-universalidade e pela não-integralidade do precário cuidado oferecido. Era este o quadro que veio a ser enfrentado pela nova gestão iniciada em 1997, agravado pelo sucateamento da pequena rede de serviços disponível, inclusive do próprio hospital, pelas resistências dos médicos, pela baixa auto-estima dos (poucos) funcionários da saúde e pela baixíssima credibilidade do sistema público por parte da população.

Os depoimentos recolhidos entre os entrevistados, sejam funcionários, conselheiros ou usuários, são bastante significativos a

respeito das mudanças do velho regime de práticas para uma nova situação de conquistas bastante expressivas na saúde. Assim, as afirmativas de que o “ponto de partida foi o zero”, de que houve mudanças muito profundas na vida das pessoas doentes, citando como exemplo o caso dos diabéticos e dos hipertensos, a constatação de que a “cobrança por fora”, que era regra no passado, foi praticamente extinta, ou ainda, a taxativa expressão “ou morria ou ia para araxá”, são aspectos que demonstram a existência de transformações substanciais no sistema de saúde local.

O primeiro momento da administração iniciada em 1997 pareceu ter sido marcado pela perplexidade dos novos dirigentes. O prefeito chegou a pensar em iniciar simplesmente pela integração do município à proposta de Consórcios de Saúde incentivada pela SES-MG, dentro de um enfoque de especialização e policentrismo na atuação. Assim, o primeiro projeto foi o de criar um Centro de Cardiologia no município, para servir como “moeda de troca” na relação com outros municípios da região do Alto Paranaíba, dentro da proposta dos consórcios. O fato é que a preocupação com a saúde era forte no discurso político, embora a maneira de concretizá-la não estivesse muito clara.

O que se aceita como marco definidor da política de saúde posteriormente implementada no município foi a I Conferência Municipal de Saúde de Ibiá, realizada em maio de 1997, na qual o prefeito se envolveu pessoalmente, participando ativamente não só do trabalho organizativo como das sessões plenárias e debates. A conferência contou com a participação de alguns atores externos que vieram a ter influência relevante no processo de reconstrução do sistema local. Naquele momento, um problema ainda por ser resolvido era o da constituição da equipe da secretaria de saúde, ainda muito escassa e deficitária do ponto de vista da qualificação. A pessoa nomeada inicialmente, uma médica da cidade, logo afastou-se do cargo, abrindo então caminho para uma gestão mais “profissional” do sistema de saúde, o que resultou em significativo impacto para a construção e a implantação de uma nova proposta.

A “nova proposta” foi o PSF, sentido então como uma alternativa de *reconstrução* do sistema de atenção local. O programa surge como um projeto mais robusto do que o anterior, de integração aos

consórcios regionais, embora ainda marcado pela forte cultura hospitalar local, que tinha na Santa Casa o autêntico centro do sistema de saúde. Paralelamente, entretanto, não descuidou-se da contratação de especialistas para atendimento na unidade pública denominada Policlínica, para dar resposta às carências crônicas da cidade, fortemente denunciadas e objeto de compromissos do prefeito durante a campanha eleitoral.

A implantação do PSF teve início apenas no segundo semestre de 1998, embora fosse já esta a deliberação da Conferência Municipal de Saúde realizada mais de um ano antes. Houve a decisão de implantação do PACS nesse interregno, mas tal programa funcionou de forma isolada e por apenas por três meses, sendo logo associado e substituído pelo PSF. A sucessão dos acontecimentos foi equivalente à ocupação intensiva de um espaço anteriormente vazio ou muito deficitário. A palavra “substituição”, presente no vocabulário do PSF em anos mais recentes, não se aplicaria adequadamente ao caso local. Segundo um dos entrevistados, o mais correto seria simplesmente falar de “implantação” ou mesmo da “criação”, não restritamente do PSF, mas de um verdadeiro sistema de saúde local. O PSF representava, no momento das entrevistas, “o único sistema de saúde” da cidade, com 100% de cobertura e completa integração entre os níveis do sistema, sob uma mesma gestão. Uma visita à Santa Casa, nesse momento, mostrava um dado significativo, qual seja a enfermaria de pediatria desativada por várias semanas por falta de crianças para internar, ao contrário da situação anterior à implantação do programa, quando estas eram as internações mais demandadas.

Obedeceu-se a uma “curva de implantação” quase retilínea, pois a totalidade das seis equipes, que correspondiam a uma cobertura de 100%, inclusive na zona rural, foram instaladas em menos de seis meses, ou seja, até o final do primeiro semestre de 1999.

É digno de destaque o fato de o programa em Ibiá ter seu início repleto de carências, não só materiais como de outras naturezas. Citavam-se, como exemplos destas dificuldades iniciais: a falta de pessoal local tecnicamente preparado e politicamente sintonizado com a proposta; a ausência de uma rede física adequada; o sucateamento da rede existente; a cultura hospitalista da população,

entre outros aspectos. Havia a falta mesmo de um sistema de informações adequados, o que motivou a equipe a desenvolver um sistema próprio, mais tarde substituído pelo SIAB, com o qual mostrava compatibilidade.

Do ponto de vista da capacitação das equipes locais, a participação mais significativa era a da SES-MG, que oferecia por intermédio da DRS de Uberaba, à qual se jurisdiciona ibiá, os treinamentos típicos do PSF e da atenção básica, mormente nas áreas de saúde da mulher, da criança, imunizações etc. As universidades (UFMG e PUC), embora estivessem utilizando o sistema de saúde local como campo de estágio para seus alunos, relutaram em participar efetivamente de treinamentos ou mesmo de prestar assessoria à equipe local. A capacitação foi um tópico uniformemente apontado como “necessidade maior” do sistema local, deplorando-se mesmo o caráter restrito dos treinamentos que recebiam através da SES-MG.

As relações entre mandatários e comandados pareciam estar em evolução. Um depoimento significativo a respeito foi o de que, no princípio, os ACS demandavam às chefias até mesmo sobre a conveniência de se fechar as unidades no dia em que os médicos eventualmente não comparecessem. Nos dias atuais, isso parecia ser fato superado, o que refletiria um clima de mudança, tanto para a equipe como para o usuário, que passou a confiar também no atendimento de outros profissionais. Da mesma forma, outra mudança registrada foi a de que as reuniões de equipes, antes, só aconteciam com a presença da cúpula dirigente local, ou seja, coordenador, médico ou enfermeira. Isso, entretanto, evoluiu para a realização de reuniões mais “desconcentradas”, embora sujeitas a veladas insinuações de “basismo”, geralmente por parte dos médicos. Como ganho adicional, foi relatado que os ACS perderam gradualmente o caráter de “despachantes” ou de *office boys* burocráticos, para se transformarem efetivamente em “agentes” de uma equipe de saúde.

O envolvimento dos instrumentos de participação social na implementação do novo sistema de saúde merece destaque no caso presente. Obviamente, conteúdos e práticas de participação e responsabilização eram escassos ou ausentes antes do início da

administração de Hugo França, ganhando entretanto ativação e nitidez com o decorrer do tempo. As entrevistas de conselheiros revelaram uma grande valorização do que chamaram de “respeito aos usuários”, ou de um trabalho “honesto e bom”, aspectos traduzidos por circulação de informações e ênfase no direito do cidadão, posturas estas compartilhadas amplamente na prefeitura, particularmente na SMS. Consideraram ainda que o risco de “desmonte” do PSF, face a uma eventual mudança de administração municipal parecia remoto, dado que o mesmo estava já bem enraizado na população. O programa, aliás, não era objeto freqüente de discussões do CMS como não tinha, no momento, grandes adversários no conselho, pois estes haviam se “afastado espontaneamente” depois das eleições.

A realização de três Conferências de Saúde durante a gestão de França, em um processo inédito na cidade, e a própria participação direta e ativa do prefeito em tais eventos, mostravam, por si só, as disposições da administração municipal a respeito do tema. Não só a retomada das atividades do Conselho Municipal de Saúde após a realização da primeira Conferência, mas também a própria deliberação sobre a via do PSF como estratégia para reestruturar o sistema de saúde da cidade ocorreram como frutos diretos de um investimento político no controle social em Ibiá. Admitem alguns entrevistados, entretanto, que o Conselho Municipal de Saúde tinha uma atuação um tanto passiva e que seria preciso torná-lo mais atuante e mais crítico.

Houve algum grau de experimentação no desenvolvimento da política de RH, por exemplo, nas formas de seleção e de vínculo do pessoal. Assim, no início, como aconteceu com os ACS, os contratos eram feitos diretamente com a entidade formalmente mantenedora da Santa Casa, que praticava critérios seletivos considerados clientelistas e pouco adequados do ponto de vista técnico. Esta prática foi substituída por uma intervenção cada vez maior da administração municipal nestes processos. De qualquer forma, avaliouse que o movimento inicial ainda produzia reflexos na qualidade do pessoal disponível, embora gradualmente o problema fosse sendo equacionado graças a uma rotatividade relativamente elevada do pessoal de nível elementar.

No caso dos médicos, o resultado da política de contratações foi uma mudança radical no processo de trabalho da categoria, já que a maioria absoluta dos médicos passou a depender da prefeitura para ter trabalho, em relações assalariadas formais *versus* uma situação anterior de grande autonomia. A prática privada integral passou a ser um fenômeno apenas residual em Ibiá.

Um possível resultado das opções feitas pelo município no campo dos recursos humanos foi o de que alguns dos problemas "típicos" do PSF, nítidos aliás no conjunto das experiências em implantação no Brasil como, por exemplo, a alta rotatividade médica, a desmotivação, os movimentos "desestabilizadores" sobre o sistema de saúde, principalmente por parte de médicos, eram pouco relevantes na cidade.

As práticas de gestão se beneficiaram também – e isto poderia até mesmo ser considerado um aspecto distintivo da experiências local – da vinculação e do comando único existentes entre a rede ambulatorial e o hospital. Com isto, a interação e até a interpenetração das equipes e das práticas foi viabilizada, o que se constatou, por exemplo, na utilização dos boletins de alta hospitalar como instrumento de trabalho das equipes do PSF, no sentido de fazer o monitoramento pós- hospitalização dos pacientes.

Dentre uma vasta gama de fatores considerados positivos ou facilitadores, de um lado, ou dificultadores, de outro, no que diz respeito à implantação da política de saúde, em geral, ou do PSF em particular, em Ibiá, conforme depoimentos dos interlocutores, merecem destaque os seguintes:

Fatores facilitadores: (a) a decisão política foi o fator positivo mais destacado por todos, ancorada em um perfil pessoal de carisma, energia, franqueza, cobrança de resultados, como era o feitio do prefeito; (b) as dimensões do município, a concentração de sua população em áreas urbanizadas e o relativo equilíbrio social e econômico de sua população; (c) as premiações recebidas pelas equipes municipais em mostras nacionais do DAB/MS e do CONASEMS, com retorno considerado mais simbólico do que material; (d) a possível neutralização dos adversários políticos e partidários das propostas da administração, inclusive em termos de saúde, fenômeno particularmente acirrado no decorrer da campanha

eleitoral; (e) o trabalho em equipe muito valorizado, inclusive pelo seu ineditismo no sistema de saúde local, no qual as práticas centralizadas na figura do médico tinham curso histórico e marcante sobre os demais profissionais e sobre a população; (f) a adesão da população ao programa de saúde, e ao PSF em particular, com apoio formal do Conselho Municipal de Saúde, embora se registrassem críticas quanto à sua participação pouco efetiva no processo; (g) a adesão das equipes ao PSF e à política de saúde em geral, sem descartar a possibilidade de que tal adesão representasse também um mecanismo natural de "auto-defesa" das pessoas (com relação à manutenção do emprego), na visão de um dos entrevistados; (h) além dos incentivos simbólicos, mediante premiações, como já visto, as modificações introduzidas nas normas de financiamento do PSF pelo DAB/MS, em 1999, com o pagamento por faixas de cobertura, teve papel decisivo na orientação e ampliação do programa, já que ibiá ficou na alíquota superior; (i) Lei Estadual de 1997, dispondo sobre a redistribuição de recursos gerados pelo ICMS e outros de fonte estadual (Lei Robin Hood), que trouxe a criação de incentivos o PSF; (j) o espírito empreendedor, liderança e carisma dos dirigentes; (l) os investimentos em processos infraestrutura adequados para o PSF.

Fatores dificultadores: (a) as tradicionais limitações do financiamento da saúde, agravadas pela Lei de Responsabilidade Fiscal; (b) a baixa qualificação dos recursos humanos e a relativa falta de governabilidade do município quanto a este aspecto; (c) o problema da referência e da contra-referência, minorado relativamente pela implementação do novo sistema de saúde; (d) as restrições orçamentárias internas impostas pela municipalidade, diante do temor da Lei de Responsabilidade Fiscal, em relação à áreas de saúde que vinham sendo poupadas, mas não totalmente; (e) a cultura da população, com as conhecidas dificuldades em "entender" os objetivos do PSF, agravada por paternalismo e medicalização; (f) a adesão por vezes relutante dos médicos; (g) preocupações de que a questão salarial dos médicos, que ganhavam cerca de R$ 3.300,00/mês, com reivindicações para aumento, viesse a funcionar como autêntica "bomba" de efeito retardado para as finanças municipais; (h) fragilidade do controle

social, com taxa de comparecimento baixa de conselheiros às reuniões do CMS (em torno de 50%) e discussões pouco aprofundadas devido à “falta de informação” dos conselheiros e à grande ênfase nas queixas e reclamações pontuais; (i) a então recente campanha de reeleição, muito polarizada, que trouxe insegurança para as equipes e teria contribuído para afastar algumas lideranças comunitárias do CMS.

Síntese interpretativa

ATORES

O ator de maior destaque e influência é sem dúvida o prefeito municipal, dadas suas características de carisma e liderança, de seu referencial ideológico, bem como do respeito de que desfruta entre os servidores e a população. A isso juntou-se a possibilidade única na história da cidade de se ter um prefeito reeleito, portador de um longo mandato, no qual foi possível planejar e implementar projetos bem-sucedidos, como no caso da saúde. Poderia ter ocorrido o contrário, mas certamente a continuidade administrativa em ibiá compõe o que se poderia chamar de um *ciclo virtuoso*, tanto em termos políticos como administrativos.

Embora o prefeito municipal tenha imposto uma marca especial sobre a política que se implantou em Ibiá, não pode ser negada a visibilidade e a importância de um outro grupo de atores, estes de origem *externa* à comunidade local. Seus exemplares mais visíveis são os três secretários de saúde que se sucederam a partir de 1998, todos de origem externa ao município e de perfil bastante técnico e destituídos de interesses corporativos e financeiros locais.

Devem, também, ser arroladas algumas pessoas que, por motivos pessoais ou ideológicos, trouxeram contribuições à administração municipal, principalmente em seu início. Neste aspecto, a coligação local com o PT pode ter facilitado estes contatos, visto ser esta prática de assessoria a municípios em que o partido esteja no governo um fato comum na referida agremiação, configurando o que se denominará aqui de Rede PT.

A atuação do Conselho Municipal de Saúde não chegou, certamente, a mostrar-se muito dinâmica. Ocorreu, sem dúvida, um ambiente de sintonia e aproximação entre o governo municipal e este organismo. O controle social fora, por assim dizer, resgatado de um limbo pela administração municipal. O reconhecimento, de parte a parte, de uma relação de harmonia e colaboração era a regra geral, embora alguns setores mais críticos dentro da administração questionassem o papel um tanto amorfo e passivo do Conselho.

Adversários não faltaram às propostas de mudança na saúde de Ibiá. Mas, passado o tempo, o que se percebia é seu afastamento do cenário, como aconteceu tanto no caso dos médicos como dos políticos de oposição, as duas correntes antagônicas mais fortes à proposta de saúde em Ibiá. Pode-se aventar a hipótese de que a oposição política se retraiu através de um movimento previsível, dentro da lógica de *sístole* e *diástole* característica da atuação político-partidária, em que tempos de intenso movimento (as eleições e seu entorno) se alternam com tempos de calmaria. No caso dos médicos, parece ter ocorrido um autêntico desbaratamento de seu movimento, certamente intensificado pela pouca organicidade do mesmo, aliás característica de uma categoria que prima pelo liberalismo e autonomia em sua atuação. De qualquer forma, a impressão que fica a respeito das oposições ao programa de saúde em Ibiá é a de que elas não foram capazes de se organizar sistematicamente, ou por outra, que o prefeito tem sido, ao menos temporariamente, o vencedor das contendas travadas com as mesmas.

CONTEXTOS

A discussão sobre as condições de implementação e o sucesso obtido com o PSF, quase sempre, têm como pano de fundo questões ligadas à marginalidade e à carência em que estão imersas as populações-alvo do programa. Em Ibiá, contudo, este não é um aspecto central, pois em que pese a existência de alguns redutos de pobreza e de baixo acesso aos bens públicos no município, a regra geral pode ser traduzida como um contexto de inclusão social, muito mais do que de exclusão. A economia

relativamente “moderna” do município (pelo menos para os padrões do interior do Brasil), com as agroindústrias e a produção e a manufatura de laticínios gerando empregos permanentes, confirmam e justificam este panorama. O programa de Ibiá tem, certamente, entre as razões de seu sucesso, o fato de ter sido assentado em um ambiente equilibrado do ponto de vista socioeconômico, não se podendo afastar, todavia, a existência conjunta de outros fatores ligados às características dos atores locais, de contextos e processos políticos e institucionais adequados, como se verá a seguir.

A implementação do PSF em Ibiá certamente beneficiou-se de um contexto político altamente favorável, dado pela emergência de um novo ator na política local, imbuído de um ideário marcante de promoção de eqüidade e bem-estar, rompendo um ciclo histórico de clientelismo e populismo na política local. Além disto, concretizou-se, com a reeleição do prefeito, a possibilidade de um mandato de oito anos ininterruptos, com continuidade administrativa na saúde e nas demais áreas da administração municipal.

O pano de fundo político, embora favorável ao desenvolvimento das ações de saúde, se isentou de conflitos. Com efeito, mesmo para os padrões habituais de polarização partidária em períodos eleitorais, as eleições de 1996 e 2000 transcorreram em clima de muita passionalidade e exacerbação, não sendo raros os recursos à violência física e denúncias de compra de votos. Todavia, passado o calor dos embates eleitorais, deu-se a acomodação dos adversários e o prevalecimento do tradicional pragmatismo dos políticos, preocupados com o ato de governar. Evidentemente, as possibilidades de manutenção de tal cenário a médio e longo prazo são certamente remotas, sendo de se esperar que o mesmo se desfaça com o advento de um novo calendário eleitoral. Isso foi confirmado pela história imediata: nas eleições seguintes (2004), o ambiente político novamente se “anuviou”. A campanha transcorreu, novamente, em clima altamente polarizado e, dessa vez, o então prefeito não conseguiu fazer seu sucessor, assumindo o comando municipal a oposição histórica.

As condições de “partida” para o programa de saúde em Ibiá merecem algum destaque, pelas suas características especiais. Em

primeiro lugar, pelo substrato de carências culturais, materiais e institucionais (no setor saúde) sobre o qual instalaram-se as ações do município. Entre estas carências se destacava, sobremaneira, a escassez e o baixo nível de preparação técnica do pessoal disponível para a gerência e a execução dos programas de saúde. Notória, também, foi a existência histórica de uma mescla de relações entre o público e o privado, por vezes conflituosas, mas quase sempre assimiladas como “parte da paisagem”. Assim é que se dava a inserção dos médicos no sistema de saúde local, o mesmo acontecendo com outros atores, por exemplo, a diretoria da entidade mantenedora do hospital filantrópico local, em que todos se colocam em um ou outro lado das relações entre o poder público e o interesse privado, ao sabor de conveniências pessoais e políticas.

O resultado mais visível de tais conflitos era dado pela existência de um sistema de cuidados de saúde extremamente precário, principalmente para os setores menos aquinhoados da população, e, além de tudo, fortemente dependente das referências externas, destinadas a municípios vizinhos, como Araxá e Uberaba, onde a tendência era também de manter tal *status quo*.

Um outro contexto que pesou favoravelmente na evolução do processo de implementação do PSF em Ibiá foi a dupla premiação obtida na mostra e concurso nacionais de experiências, entre 1999 e 2000, projetando a imagem de município *bem-sucedido* na saúde para além de suas fronteiras, com repercussão favorável também no plano interno.

PROCESSOS

O caso da saúde não parece ter sido um acontecimento isolado em Ibiá. Como referido antes, outras práticas sintonizadas com o que se poderia chamar de *bom governo* foram detectadas em outros setores da administração municipal, como, por exemplo, transportes, urbanismo e habitação popular. Uma certa ênfase no recurso aos mecanismos formais de participação social estaria também em consonância com tais práticas inovadoras.

O processo de implementação do PSF em Ibiá transcorreu em uma *dupla via*, fundada na decisão política, mas executada por um escalão de extração técnica. Contudo, o envolvimento direto do prefeito em tal processo foi uma característica local notável, ressaltando-se seu perfil de empreendedor, sua formação médica, suas vivências profissionais em áreas afins à saúde pública. São dignas de destaque, também, algumas características de personalidade do prefeito e de outros membros da equipe de governo, nominalmente os secretários de saúde do período de implementação, entre os quais o carisma e a liderança podem ser ressaltadas como aspectos fortes, embora aqueles últimos não fossem exatamente *partisans* típicos.

Assim, o peso da decisão política foi uniformemente destacado como uma característica central da implementação do sistema de saúde em Ibiá, sem dúvida acompanhado de um certo "voluntarismo", dados os traços de personalidade de seus atores principais.

O apelo aos mecanismos participativos foi outra característica marcante do processo de implementação do PSF em Ibiá. Este foi, sem dúvida, um aspecto enfático no discurso das autoridades, particularmente do prefeito, o qual, aliás, para além do discurso, revelou-se um ator diretamente envolvido com os instrumentos de participação social no município, como ocorreu nas conferências de saúde, nas quais foi o protagonista. Contudo, há que se registrar a crítica quanto ao processo de participação, freqüentemente considerado como passivo e até mesmo omisso nas grandes decisões referentes ao desenvolvimento do sistema. Ao contrário, no envolvimento com as minúcias do dia-a-dia, por exemplo, no exame das queixas de usuários, os conselheiros se revelaram bastante ativos. De outro lado, o discurso dos usuários mostrou-se como gratificado – e nisso soava muito enfático – em reconhecer a disposição da administração em ouví-los e prestigiá-los.

Uma aparente contradição do processo de Ibiá foi o descompasso existente entre a notoriedade externa obtida pelo município, em função das premiações nacionais recebidas e o baixo grau de envolvimento e participação no *movimento municipalista de saúde*, seja em cargos de direção do COSEMS-MG ou do CONASEMS,

seja mesmo no acompanhamento das atividades cotidianas de tal movimento. Com efeito, seria de se esperar uma certa “relação de causa e efeito” entre a visibilidade obtida pelo município e seu *status* de excelência perante seus pares e uma participação ativa no movimento de representação dos municípios. Isto, entretanto, não aconteceu por vários motivos, entre os quais podem ser citados o consumo da energia institucional no processo de construção local do sistema e uma relativa fase de “baixa” do movimento, pelo menos em Minas Gerais, conforme depoimento de algumas testemunhas externas.

O grande nó crítico destacado por vários dos entrevistados foi a “questão dos recursos humanos”, na qual, aliás, Ibiá não se diferencia muito de outras realidades. Importa, contudo, analisar como ocorreram os processos de superação ou aprimoramento da difícil situação encontrada. No item capacitação, por exemplo, as manifestações foram sempre de descontentamento e reconhecimento de pouco avanço, por não terem contado com o apoio institucional decidido de quem esperavam, ou seja, das universidades, mesmo daquelas envolvidas com o processo local e da SES-MG. Apesar disso, a política de recursos humanos local mostrou-se eficaz em criar alternativas de desenvolvimento de pessoal, particularmente de adesão à proposta de reconstrução do modelo e de sintonia ao ideário do SUS, destacandose particularmente uma acentuada interação positiva entre equipes e comunidade.

A chamda *questão médica*, entretanto, pairava no horizonte como precária e provisoriamente equacionada, dadas as manifestações de insatisfação com a política salarial praticada e a potencial resistência às mudanças na saúde, seja de origem interna ou externa, com influências preocupantes sobre o conjunto dos usuários.

Ao contrário, alguns ganhos de monta devem ser reconhecidos, como por exemplo o aumento e o impacto na resolutividade do sistema; o trabalho em equipe, com a incorporação de novas categorias profissionais; o nítido incremento do grau de responsabilização, seja dos serviços, seja do sistema como um todo; a marcante mudança do processo de trabalho em saúde; o

advento da credibilidade social no sistema de saúde; a incontestável adesão ideológica interna, entre outros.

Em linhas gerais, o processo de implementação do PSF se deu mais por mecanismos de *poiesis* (criação) ou *construção* “a partir do novo” do que propriamente de *substituição*, dada a situação precária da saúde encontrada pela administração de Hugo França. As dimensões do município, bem como a necessidade de levar respostas rápidas à população, dada a ênfase calcada na saúde, como ocorreu nas campanhas eleitorais de 1996 e 2000, fizeram com que o processo de implementação transcorresse em ritmo acelerado, um verdadeiro *big bang*.

Persiste, entretanto, alguma incerteza quanto ao futuro das medidas implantadas, calcadas, principalmente, nas possibilidades de “virada” política nas eleições vindouras, na questão salarial dos médicos e no enraizamento apenas superficial do programa entre o quadro de prioridades da comunidade local e do conseqüente grau de envolvimento da mesma em sua defesa.

CONTEÚDOS

Destaca-se em Ibiá uma certa *ideologização* da saúde, o que não parece ser fato comum em pequenos municípios, nos quais o pragmatismo político não deixa espaço para questões de certa forma “menos substantivas”, qual seja o apelo a um ideário ou pauta de saúde centrado, por exemplo, no direito à saúde, na responsabilidade pública, na eqüidade, na participação e democratização do sistema de cuidados.

Este ideário, defendido em toda parte por partidos de esquerda ou mesmo de feição social-democrata, embora menos elaborado em ibiá, não se revela ali como extemporâneo ou surpreendente, dadas as características pessoais de seu mandatário, bem como das alianças políticas que ali se estabeleceram, tendo o PT como parceiro. Neste aspecto, chama atenção o destaque dado aos processos de participação social, embora exista também “o outro lado da moeda”, como comentado acima.

Um outro fato marcante na definição dos conteúdos certamente pode ter sido uma prática política “de resultados”, em que o

pragmatismo tem primazia sobre a ideologia, conforme as palavras de seu defensor, o prefeito. Assim, apesar da administração municipal se apoiar assumidamente em uma “ideologia de saúde”, ao mesmo tempo propõe-se a contornar certas barreiras ideológicas, por exemplo, ao estabelecer alianças políticas que posturas mais ortodoxas provavelmente rejeitariam.

As lições de Ibiá

A partir da identificação dos fatores que foram fortalecedores ou, ao contrário, criaram obstáculos ao pleno desenvolvimento da atuação do gestor municipal, em termos dos processos de implementação de sua política de saúde, algumas supostas *lições* puderam ser enumeradas, ressaltando também os aspectos distintivos apresentados pela experiência de Ibiá.

Em primeiro lugar, a pergunta “por que Ibiá deu certo?” teve suas respostas geralmente focalizadas na decisão política e na condução do processo, de forma quase unânime entre os entrevistados, sendo que o próprio prefeito sentiu-se à vontade para fazer tal declaração. De forma associada, foram destacadas a clareza nas prioridades definidas e a disposição para promover a ruptura com interesses pré-estabelecidos e consolidados, como foi o caso dos confrontos com a corporação médica e outros atores.

Questões ligadas à nova organização que se procurou dar ao sistema também foram bastante destacadas, enfatizando-se a construção de um modelo que fosse realmente novo e capaz de romper com todos os obstáculos que se erigiram no passado, principalmente no que diz respeito ao direito à saúde, à integralidade e à resolutividade. Isso se obteve, reconhecidamente, graças à priorização que conferiu-se à atenção básica.

Entre os obstáculos estratégicos ainda a contornar, visando dar feição definitiva ao sistema de saúde local, foram enfatizados: a estrutura hospitalar ainda carente na cidade, as resistências corporativas não totalmente superadas, além da crônica insuficiência dos mecanismos de garantia de atenção especializada além dos limites do município.

Vitória da Conquista: o feliz encontro da ideologia com a práxis

Contexto político

A região de Vitória da Conquista tem uma história ligada aos ciclos de gado e mineração e agricultura característicos do sertão semi-árido do Nordeste do Brasil. O primeiro núcleo de população da cidade foi constituído ainda no século XVIII, cerca de 1752, como resultado da intenção da metrópole portuguesa criar um aglomerado urbano na vasta faixa compreendida entre o litoral e o sertão da Bahia (BAHIA, 1999). Está localizada no chamado Planalto de Conquista, um contraforte da Chapada Diamantina, situado no centro-sul do estado da Bahia, distando 510 km da capital, Salvador. Tem clima temperado na maior parte do ano, ao contrário do que se imagina para localidades situadas em plena caatinga, dada a altitude das terras do município, em torno ou mesmo acima dos mil metros. Uma parte do município, onde a caatinga predomina, é bastante seca durante quase todo o ano. A cidade inclui-se na região do chamado Polígono das Secas, usufruindo de alguns benefícios fiscais dada esta condição.

A cidade constitui-se em ponto de trânsito obrigatório de correntes humanas e comerciais, decorrente de sua situação às margens da BR-116 (Rodovia Rio-Bahia), via primordial de união entre o Nordeste e o Sul-Sudeste brasileiros. Trata-se de uma posição geográfica estratégica, com influências econômicas e culturais recíprocas dentro de uma vasta região que abrange os estados da Bahia e de Minas Gerais, polarizando mais de 80 municípios, com uma população de abrangência superior a um milhão de habitantes (TEIXEIRA, 2001). Constitui-se, acima de tudo, um grande entreposto comercial, localizado no cruzamento de vias como a BR-116 e também, de abrangência estadual, que unem o leste e o oeste do estado da Bahia. Tais características favorecem o trânsito e a concentração de populações migrantes, o que acarreta, naturalmente, forte impacto na área de saúde.

O município é de médio porte, com uma população pouco superior a 260 mil habitantes, de acordo com o censo de 2000, e índice de urbanização da ordem de 85%. A população rural, embora proporcionalmente pequena (para os padrões nordestinos) está extremamente dispersa, existindo na zona rural do município cerca de 284 povoados de variados tamanhos. Somente a rede de estradas vicinais locais atinge 3.500 km, e as distâncias percorridas dentro do município não raro ultrapassam os 90 km.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de vitória da conquista é baixo, da ordem de 0,574. Para se ter uma idéia comparativa, o mesmo é de 0,816 em Campinas e 0,806 no Distrito Federal. Da mesma forma se comporta o Índice de Condições de Vida. Entre os vários fatores que compõem estes indicadores, têm mais peso aqueles ligados à renda, sobrepujando a educação e a longevidade, conforme revelado por estudo recente (ENSP/FIOCRUZ - DAB/MS, 2002). Os indicadores urbanísticos também se apresentam de forma bastante precária: no saneamento básico, a rede de abastecimento de água não alcança mais do que 55% da população urbana e a de esgotos chega apenas a 35% na zona urbana. Já a coleta de lixo atende a quase 100% da população urbana, mas o produto é destinado a um lixão a céu aberto. Na zona rural, estes indicadores são bem piores, conforme revelado pelo estudo de Teixeira (2001) já referido acima.

A economia do município está assentada, via de regra, na prestação de serviços, particularmente nas áreas de educação e saúde, além da agricultura e do comércio, com a abrangência bi-estadual, já citada acima. A produção agrícola está baseada no café, implantado intensivamente na região a partir dos anos 70. Considera-se, entretanto, que a cafeicultura já teve seu apogeu e hoje está em declínio, o que estaria afetando de forma marcante a vida econômica e social do município.

A tradição histórica da política local em Vitória da Conquista é muito semelhante à de outras cidades do interior do Nordeste, e do Brasil em geral, marcada pela alternância de poder entre correntes oligárquicas tradicionais, de modo geral constituídas ainda nos tempos da rivalidade entre os antigos PSD e UDN, ou mesmo anterior a eles, remontando à República Velha. Nas décadas de 70

e 80, a cidade abrigou uma corrente política ligada ao antigo MDB, que se notabilizou como foco de resistência ao regime militar, capitaneada por Waldir Pires, ex-governador da Bahia e ex-ministro no governo Sarney, hoje ligado ao Partido dos Trabalhadores. A história do grupo político oposicionista local teve, porém, o mesmo destino de outros no estado da Bahia: acabou cooptado pela corrente partidária que há décadas se movimenta em torno de Antonio Carlos Magalhães.

O processo eleitoral local transcorreu sem maiores sobressaltos até 1996, alternando-se no poder municipal correntes ligadas ao "carlismo" tradicional e ao PMDB. Nessa ocasião, entretanto, a situação das finanças e dos serviços públicos municipais ficara extremamente comprometida, por práticas pouco responsáveis de governo, fortemente denunciadas na ocasião. É então que se coloca a candidatura, afinal vitoriosa, de Guilherme Menezes, filiado ao PT, um médico na faixa etária dos 50 anos, acumulando experiências de militância política importantes, que já se lançara candidato pleitos anteriores, havendo sido derrotado, então, pelas oligarquias tradicionais. Foi assim que sua eleição (e depois a reeleição, em 2000) representou, sem dúvida, uma marcante ruptura com um longo e arraigado passado, inclusive com a chegada ao poder de um partido de esquerda.

Menezes, cuja administração foi auto-intitulada de *Governo Participativo*, assumiu a prefeitura com um quadro financeiro adverso, herdado de gestões anteriores, com uma dívida em torno de 83 milhões de reais, ao mesmo tempo que a arrecadação anual do município não passava de 30 milhões. Na ocasião da posse, diversos serviços urbanos e sociais estavam praticamente paralisados, como, por exemplo, a coleta de lixo, creches, serviços de saúde e de educação, entre outros. Assim, um primeiro esforço do novo governo municipal teve de ser o de sanear as finanças, antes de apresentar resultados, o que obrigou a um política de intensa contenção de despesas. Contraditoriamente, ao mesmo tempo, era necessário ampliar a atuação do município na área social. Neste aspecto, a questão da saúde acabou tendo prerrogativas especiais, pois fora um tópico freqüente nos palanques, tanto na primeira como na segunda eleição de Menezes.

Entre outras inovações administrativas, o novo prefeito constituiu um grupo de secretários e assessores de extração diferenciada do ponto de vista intelectual, pouco usual para os padrões interioranos, reunindo pessoas com formação técnica, professores universitários e mesmo recrutados externamente, em salvador, por exemplo – não necessariamente com experiência administrativa anterior no poder público municipal.

As realizações administrativas em Vitória da Conquista foram chamadas por um observador de “capacidade de administrar em condições adversas” (LESSA, 2000). Alguns aspectos marcantes puderam ser evidenciados desde os primeiros meses de governo, como foi o caso do recolhimento do IPTU, antes negligenciado, que deu um verdadeiro “salto” de R$ 677 mil, em 1997, para um valor três vezes maior dois anos depois. As outras receitas municipais, muitas delas alvo de renúncias generosas de arrecadação, como era o caso do ISS, aumentaram em mais de 100% nos primeiros três anos de administração de menezes. O município vinha conseguindo, também, canalizar recursos externos de certa monta, não apenas de órgãos públicos federais como de fundações privadas.

A saúde em Vitória da Conquista

Na saúde, a administração de Guilherme Menezes mostrou uma visão imbuída de um ideário progressista e de defesa das conquistas do SUS. Imediatamente reivindicou e passou a tratar o processo de municipalização como uma prioridade, enfrentando na ocasião algumas dificuldades em se enquadrar em formas mais avançadas de gestão do SUS, por contar com forte resistência por parte da Secretaria de Estado da Saúde da Bahia, motivada claramente por desavenças de fundo partidário.

Ao se iniciar o *Governo Participativo*, em janeiro de 1997, o município praticamente não oferecia ações básicas de saúde e sequer havia pleiteado enquadramento nas condições de gestão da NOB 93 (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2000). Havia apenas seis unidades básicas, com reduzida oferta de serviços, com não mais

do que oito médicos contratados, mesmo assim em tempo parcial, com controle precário do cumprimento das jornadas de trabalho. As unidades existentes estavam todas em condições de funcionamento muito precárias, com fornecimento de água e de luz geralmente suspenso e bastante desabastecidas em termos de medicamentos e de material de consumo. A atuação da prefeitura na saúde das comunidades rurais, feita por meio de agentes rurais, uma experiência pioneira desenvolvida no município desde a década de 80, estava também desativada. O quadro profissional, além de escasso, estava profundamente desmotivado, até mesmo pelo atraso de salários, que chegara a cinco meses em janeiro de 1997. Muitas das atividades de saúde coletiva e vigilância estavam ativadas apenas minimamente ou mesmo não haviam sido implantadas. A cobertura vacinal em gestantes e em crianças estava muito aquém do razoável e o Conselho Municipal de Saúde fazia meses que não era convocado. Na atenção especializada e hospitalar, o acesso era restrito e constituía prática comum o pagamento de taxas por parte dos usuários, em flagrante desrespeito à legislação do SUS.

Em fevereiro de 1998, o município conseguiu sua habilitação à Gestão Plena da Atenção Básica, e, posteriormente, com muitas pressões e recursos junto ao gestor estadual do SUS, obteve, em outubro de 1999, a gestão plena do sistema municipal, nos termos da nob 96. A grande mudança possibilitada por esta última medida foi a transferência direta de recursos financeiros do sus, antes repassados a prestadores privados e públicos estaduais, à secretaria municipal de saúde.

Um aspecto senão peculiar mas muito evidenciado em Vitória da Conquista era a atuação da iniciativa privada em saúde. Os relatos disponíveis apontavam-no como fraudador contumaz e afeito à prática de cobranças ilegais, além de prosperar mesmo diante do quadro de recessão econômica presente na cidade. Um exemplo típico da atuação desregrada dos hospitais privados seriam as “torções de testículo”, evento nosologicamente raro, mas que em Vitória da Conquista assumia grandes proporções nas internações pelo SUS, da mesma forma que as internações por *kwashiokor* e outras condições inusitadas. Naturalmente, os embates contra a

corporação médico-hospitalar – articulada politicamente com as antigas administrações e com o governo do Estado – foram bastante acentuados.

A IV Conferência Municipal de Saúde foi convocada pelo *Governo Participativo* em abril de 1999 e teve 76 pré-conferências, contando com cerca de quatro mil participantes, com grande repercussão política no município e fora dele. O evento referendou o quadro de prioridades e estratégias colocadas pela administração municipal no Plano Municipal de Saúde, entre elas a criação do Programa de Saúde da Família.

Alguns marcos materiais são bastante expressivos do processo de desenvolvimento da saúde em Vitória da Conquista, ao longo do primeiro mandato de Guilherme Menezes. Em 2001, por exemplo, a SMS já tinha 1.500 funcionários contratados, contra os 190 do início da gestão de Menezes; os médicos, que eram menos de uma dezena ao final de 1996, somavam cerca de 160 nesse último momento. O gasto em saúde, dentro do total das receitas municipais, cresceu de pouco mais de 10% até 41%, havendo também crescimento expressivo do gasto com pessoal em saúde e com investimentos nesta área.

A implantação do PSF

É expressão corrente entre os interlocutores de Vitória da Conquista que a verdadeira história do PSF na cidade começa um tanto antes do momento atual, mais precisamente em 1985. Naquele momento, o atual prefeito, Guilherme Menezes, fora chefe da divisão médica da SMS, e neste posto criou e coordenou a implementação de um projeto de Agentes Rurais de Saúde, uma iniciativa pioneira não só na Bahia como em termos nacionais. Os agentes rurais eram escolhidos dentro da própria comunidade onde iam trabalhar e tinham como tarefa desenvolver atividades de prevenção e promoção, identificação de problemas de saúde na coletividade, além de realizarem o encaminhamento e o acompanhamento de pacientes à sede do município, quando isso se fazia necessário. Cada um deles tinha como base de operações um

pequeno Posto de Saúde, onde realizavam também pequenos procedimentos, como curativos e injeções. Os agentes rurais de saúde chegaram a um total de 65 dois anos depois da criação do programa.

A implantação do PACS e do PSF fazia parte dos planos da administração Menezes desde o início, o que seria um fato natural, diante da história dos Agentes Rurais de Saúde. Entretanto, esta opção, pelo menos quanto ao PSF não ficou isenta de contradições dentro da administração, havendo argumentações quanto a seu alto custo diante de um diferencial de qualidade pouco expressivo, segundo seus críticos. Assim, a consolidação da idéia se deu mediante um árduo processo de negociação política interna, além de prolongado. Nesse contexto é que se destaca Davi Capistrano, figura médica e política de âmbito nacional, como grande incentivador da idéia de implantar o PSF e transformá-lo em um marco político da administração de Menezes.

O PSF representou em Vitória da Conquista um fato político de grande repercussão social, atraindo manifestações de simpatia e adesão, mas também de rejeição, por parte da oposição, que desqualificava muitas vezes esta e outras ações do governo municipal como “puro *marketing*”.

Durante todo o primeiro ano de governo as ações se concentraram no processo de saneamento financeiro da prefeitura, obtendo-se relativo sucesso não só na atualização da folha salarial, como na quitação de débitos com fornecedores e renegociação de dívidas previdenciárias e obrigações legais em geral.

O primeiro passo foi dado com a implantação do PACS, mas a falta de impacto dessa medida isolada foi logo detectada e se iniciou de vez, ao cabo de poucos meses, a etapa do PSF, que a partir de setembro de 1998 começou a ser implantado na zona urbana, tendo como etapa prévia um processo de territorialização e mapeamento do município, sendo priorizadas as áreas mais pobres, de maneira geral, periféricas. Cerca de seis equipes foram implantadas em 1999 e mais 15 em 2001, atingindo-se 30 até o final desse ano. Com a implantação do programa, gerou-se simultaneamente a necessidade de obras de infra-estrutura: ainda no primeiro ano foram construídas

e equipadas quatro unidades de saúde da família, a um custo total superior a R$ 350 mil.

A zona rural foi atendida na seqüência, com as naturais dificuldades dadas pela dispersão da população em quase 300 povoados. Em um primeiro momento foram organizadas operações itinerantes, mas a partir de 2000 passou a vigorar uma proposta de cobertura de toda a zona rural com o PSF, com as equipes concentrando-se nos distritos maiores e daí fazendo trabalho itinerante nos demais povoados, sempre apoiadas pelos ACS. De forma associada, iniciou-se a implantação de Casas de Parto nos distritos-sede de Unidades de Saúde da Família.

Existiam, no final de 2001, 12 equipes de PSF atuando na zona rural, além das 18 da zona urbana. Um aspecto diferencial era a composição das equipes, em termos do número de ACS, sempre superior aos quatro previstos no padrão nacional e chegando até a onze nas equipes rurais.

Havia ainda uma questão severa a resolver, a da infra-estrutura dos serviços municipais de saúde. Foi preciso, então, agir de maneira urgente e acelerada, treinando e contratando pessoas e construindo ou reformando uma verdadeira rede de serviços na cidade, com seis Policlínicas; quatro Unidades Básicas de Saúde; uma Central de Marcação de Consultas e Procedimentos; um hospital com 72 leitos (retomado de um comodato com a Santa Casa local), além de ambulatório de especialidades, serviço de saúde no trabalho, auditoria médica, entre outros. Além disso, um serviço de emergências foi aberto, em convênio com o setor privado. Os contratos com o setor privado passaram a ser feitos mediante licitações públicas, de acordo com a lei, e desta forma a rede foi acrescida de cinco laboratórios, além de serviços de ultra-sonografia, fisioterapia e oftalmologia.

Do ponto de vista dos instrumentos de gestão e dos processos de trabalho que tiveram curso na experiência de Vitória da Conquista é preciso destacar, em primeiro lugar, um pioneirismo, por exemplo, no processo de licitações de prestadores privados; na criação da Central de Marcação de Consultas e Procedimentos; na articulação regional entre as SMS com vistas aos processos de referência e contra-referência; no desenvolvimento de instrumentos visando o

ressarcimento de planos de saúde privados ao SUS, além de alguns instrumentos de articulação inter-setorial.

A regulação do sistema foi um aspecto do processo de gestão que veio a merecer uma grande ênfase, com ações voltadas não só para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, mas também para os mecanismos intermediários de gestão e controle. Houve claramente uma determinação de barrar as práticas pouco convencionais do setor privado, amplamente documentadas, gerando superfaturamento e distorções diversas. Além disso, buscou-se estender a ação reguladora também para fora dos limites municipais, de forma a racionalizar a forte demanda externa de pacientes, decorrente da histórica influência regional de Vitória da Conquista sobre uma vasta região da Bahia e mesmo de Minas Gerais. Configurou-se, assim, o que os interlocutores locais chamaram de um consórcio programático, formado inicialmente por cerca de 40 municípios (depois chegando a mais de 60), os quais, por meio de um processo de pactuação intermediado pela SES, passaram a compartilhar cotas de internações e consultas especializadas na cidade de Vitória da Conquista.

Alguns números apontados com muita ênfase e orgulho por parte dos interlocutores locais foram: na atenção básica ampliação da oferta da ordem de 8,6 vezes, entre 1996 a 2000; nas consultas médicas básicas oferecidas pela rede pública municipal o incremento foi de quase cinco vezes neste mesmo período; nos procedimentos odontológicos básicos a elevação chegou próximo a nove vezes; nos procedimentos de vigilância epidemiológica, sanitária e atos não médicos o crescimento foi de cerca de dez vezes.

Além disso, mediante parcimoniosa negociação com a SES, foi possível incrementar a oferta de atenção de alta complexidade, de forma a descentralizá-la. Como exemplo, de uma situação caracterizada por um único serviço (hemodiálise) disponível em 1999, foi possível avançar para uma gama maior de oferta, com hemodiálise, quimioterapia, hemoterapia e tomografia computadorizada, já no ano seguinte.

Os processos de gestão em saúde referidos acima estariam, na verdade, articulados a um conjunto mais amplo de possíveis

práticas de bom governo, ou como se referiu um observador, “capacidade de administrar em condições adversas” (LESSA, 2000).

A existência de práticas de gestão inovadoras e qualificadas foi percebida também no âmbito das equipes de saúde, particularmente nas do PSF. Com efeito, foi detectado o uso mais ou menos generalizado de instrumentos típicos de planejamento estratégico entre as equipes, tais como as listas de problemas, diagramas de priorização, árvores de problemas, entre outros.

O desenvolvimento dos processos de referência e contra-referência parece ter tido, em Vitória da Conquista, um caminho mais produtivo do que a situação geral de outras experiências de PSF – *e*mbora não tenha havido consenso absoluto entre os diversos interlocutores sobre a questão. A marcação de consultas era feita mediante a disponibilidade de cotas, operadas pelas próprias equipes, inclusive da zona rural. A racionalização do processo, através da Central de Marcação de Consultas e Procedimentos certamente contribuiu para que maior sucesso tenha sido obtido nesta área. A central de vitória da conquista tem sido considerada um serviço exemplar (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE - SAÚDE CONASEMS, 2001), contando com equipe de vídeo-fonistas e instalações próprias informatizadas, com 12 terminais. Sua programação em *software* foi desenvolvida pelo próprio Centro de Processamento de Dados da PMVC.

Os processos de gestão referentes a custos e procedimentos financeiros merecem especial destaque, uma vez que acompanhavam de perto as arrecadações e os gastos dos diversos programas. Neste aspecto, era relatado que o incentivo financeiro do Ministério da Saúde já não cobriria mais os custos do PSF de forma razoável, não só em vista da “inflação médica” como também porque o valor do PAB já era insuficiente quando de sua criação, em 1996. Com efeito, de pouco mais do que R$ 7 mil ao mês por equipe recebidos do Ministério da Saúde, os estudos de custo apontavam despesas entre R$ 18 mil e R$ 21 mil. Tal raciocínio acabou sendo utilizado para demonstrar a inviabilidade da expansão do PSF no momento.

Quanto aos processos de supervisão e coordenação das equipes do PSF em Vitória da Conquista, o que se tinha era uma situação até certo ponto tradicional, materializada por uma Coordenação de Assistência, sob a qual estavam jurisdicionadas as diversas ações individuais de saúde, de baixa até a alta complexidade, inclusive o Hospital Municipal e o Setor de Emergências, incluindo também a supervisão de algumas áreas técnicas da SMS, como por exemplo saúde bucal, imunizações, mobilização social etc. Havia uma certa distância entre o organograma oficial e a prática cotidiana, de forma a se adotar características mais flexíveis, com tendência a organizar as ações administrativas mediante a formação de colegiados.

Os sistemas de informação em saúde, entre os processos de gestão desenvolvidos em Vitória da Conquista, sem dúvida pareceram ter atingido um nível acentuado de desenvolvimento. Através do SIAB, por exemplo, cerca de 230 mil pessoas do município já haviam sido cadastradas, o que corresponderia a quase 90% da população. Além disso, foi dado grande destaque pelos interlocutores ao fato de que o Centro de Processamento de Dados do município não só tinha desenvolvido algumas ferramentas úteis ao sistema de saúde, por exemplo, o *software* do Centro de Marcação de Consultas e Procedimentos, e também havia implantado um Sistema de Geo-Processamento, em interação formal com o ISC/UFBA.

A política de recursos humanos praticada em Vitória da Conquista tinha, como padrão de referência, a estrita obediência aos requisitos legais trabalhistas. Além disso, no dia-a-dia da gestão de pessoal, alguns aspectos se sobressaíam. Foi adotada, desde o início da administração Menezes, uma “estratégia de expansão incremental dos serviços, consolidada a cada passo”. Isso possibilitou a criação de um significante atrativo para as pessoas, muitas vindas de fora do município para trabalhar no PSF e em outros programas da prefeitura. Assim, consideraram que houve uma verdadeira mobilização em torno de um *projeto político*, mais do que a simples demanda de emprego. Isto afetou tanto a composição da equipe gestora como das equipes de linha de frente e, em ambas, um certo *empreendedorismo militante* pôde ser observado.

Um aspecto de particular interesse foi o processo seletivo dos médicos. Como já se viu, o número destes profissionais alocados na SMS foi multiplicado vinte vezes, o que significou marcante importação de mão-de-obra de outros centros. Aparentemente, porém, parece ter havido outros fatores atrativos, possivelmente dados pelas características qualitativas da política municipal de recursos humanos, nos termos comentados acima.

O perfil do pessoal médico é digno de destaque: grande parte tinha formação pós-graduada, pelo menos *Lato sensu* incluindo residência médica específica em Saúde da Família; pareciam ter feito da atividade pública, particularmente no PSF, sua opção profissional; poucos eram recém-formados e, da mesma forma, o número de aposentados era reduzido. Este pode ser considerado como um outro aspecto diferencial da experiência de Vitória da Conquista.

Outro aspecto peculiar era a forma de contratação, via CLT, dos trabalhadores do PSF e do PACS, num total de 600 pessoas, por uma entidade local, de natureza civil, a Associação de Apoio à Saúde Conquistense (ASAS), conveniada com a prefeitura municipal e criada *ad hoc*, a partir de entidades e pessoas de diversos setores da comunidade. No momento da visita estava em discussão algum aprimoramento do formato jurídico do contrato entre a prefeitura e a ASAS.

A política de recursos humanos de Vitória da Conquista demonstrou e confirmou uma aproximação com a Academia, particularmente com o ISC/UFBA e a UESB, o que também pode ser considerado uma peculiaridade local. Com o ISC, na verdade, a cooperação era bastante antiga, remontando a 1985, com o programa dos agentes rurais. O próprio secretário de saúde, Jorge Solla, teve sua chegada à cidade vinculada a estes processo de cooperação. Além disso, o ISC utilizava o sistema local de saúde como campo de estágio para vários de seus cursos de graduação e pós graduação.

Algumas modalidades de articulações externas e intersetoriais foram detectadas, o que demonstra, certamente, uma disposição cosmopolita do governo local, resultado de um padrão de práticas partidárias de apoio entre administrações, típico do Partido dos

Trabalhadores. A articulação com os municípios da região, formando o consórcio programático para as referências especializadas em saúde, antes mencionado, constituía outro bom exemplo de articulação externa. Também na área da capacitação de pessoal há o que registrar: Vitória da Conquista associou-se ao ISC e a prefeituras de outras localidades da região (Guanambi, Barra do Choça, Jequié e Itagi) para criar um núcleo regional do Pólo de Capacitação em Saúde da Família.

A ênfase nos instrumentos e mecanismos de controle social, como não poderia deixar de acontecer em uma administração com as características partidárias e ideológicas de Vitória da Conquista, é muito acentuada. A retomada das reuniões do Conselho Municipal de Saúde e sua reestruturação, medidas inaugurais da administração de menezes, bem como a realização da IV Conferência, em 1999, foram consideradas dois marcos essenciais da experiência local. Um dos resultados deste processo foi a criação dos conselhos locais de saúde.

Complementando a política de controle social, notava-se uma preocupação muito grande da administração com os instrumentos de comunicação e informação, sejam internos ou externos, voltados para o público. O material de divulgação que circulava na rede era de qualidade, além de muito abundante, mostrando uma intervenção *profissional* em sua elaboração. Do ponto de vista do conteúdo, eram marcantes as mensagens em torno dos temas de *cidadania, direitos, controle popular, condições de vida, promoção de saúde* e outros correlatos.

Quanto aos processos de avaliação de desempenho do sistema local, em primeiro lugar há que se destacar que já fora realizado no momento da visita um esforço razoável neste sentido e que o tema fazia parte, de fato, da pauta de preocupações do gestor municipal. Assim o exame de documentos colocados à disposição do estudo registrava diversos levantamentos e análises, convergindo para um diagnóstico de bom desempenho do sistema local.

Ainda no campo da avaliação do sistema local, é digno de menção um estudo (já citado anteriormente) desenvolvido por Simone Teixeira (2001), pesquisadora da UESB, versando sobre a apreciação feita pelos usuários a respeito dos serviços de saúde

que lhes eram prestados. Os resultados eram francamente favoráveis à política de saúde desenvolvida pela municipalidade, em período mais recente.

Em estudo concluído em maio de 2002 e realizado por pesquisadores da ENSP/FIOCRUZ, conduzido por Sarah Escorel e patrocinado pelo Ministério da Saúde, foram destacadas algumas características peculiares da experiência de Vitória da Conquista, assim resumidas: trata-se de uma estratégia e não um mero programa; constitui uma proposta de atenção integral à saúde; possui ênfase em uma base territorial definida; realiza um balanço adequado entre oferta programada e atenção à demanda; tem concentração em atividades extra-muros; configura-se como um autêntico processo de conversão do modelo assistencial à saúde (FUNDAÇÃO INSTITUTO OSWALDO CRUZ, 2002).

Na visão dos interlocutores locais, alguns fatores facilitadores teriam estado presentes no decorrer da experiência até então, não só em relação à implantação do PSF, como no desenvolvimento do programa de saúde como um todo. Em primeiro lugar, o que seria uma *combinação virtuosa* de vontade política local, de apoiadores externos, dentro de um substrato ideológico envolvendo a administração como um todo, e a saúde. Assim, foi bastante significativa a influência de determinados atores externos, com especial destaque para Davi Capistrano e o para o Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Não se pode dissociar, porém, dos fatores de sucesso, o prestígio e o carisma pessoal dos dirigentes, com destaque para as figuras do prefeito e do próprio secretário de saúde.

Teria expressão, também, a opção por uma estratégia de expansão incremental, consolidada a cada passo, com oferta de boas condições de trabalho, com seleção, qualificação e incentivo às equipes, cujo trabalho, em todas as ações de governo, seria modulado por um pano de fundo ideológico compartilhado, um projeto político que captou e envolveu atores dentro e fora da administração.

Além desses, podem ser arrolados outros fatores facilitadores das políticas de saúde em Vitória da Conquista. Exemplos: a marcante disponibilidade de profissionais qualificados, como decorrência da

proximidade com as instituições universitárias (UFBA e UESB); a infra-estrutura técnica e material possibilitada pela situação especial de Vitória da Conquista como pólo regional econômico, tecnológico e cultural; o fato de o município ter assumido frontalmente a Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) enfrentando, de fato e de direito, os desafios gerenciais impostos pela mesma; a política de credibilidade desenvolvida pelo governo municipal, cujo exemplo mais típico, embora não exclusivo, foi o bloqueio das fraudes do setor privado; a decisão de desenvolver uma atenção básica efetiva e resolutiva, como autêntica *âncora* do sistema local de saúde; a capacidade de realizar alianças com municípios vizinhos, com a sociedade organizada local, com o funcionalismo, com órgãos externos diversos e, até mesmo, com o setor privado local.

Entre os *fatores dificultadores*, que aliás não podem ser minimizados, podem ser citados: a questão financeira com incentivos não reajustados com valor real acarretando que o município arque com até 50% do custeio, fator agravado pela Lei de Responsabilidade Fiscal; a questão dos recursos humanos, particularmente dos médicos, sem dúvida atenuada quando comparada a outras localidades, mas ainda considerada um nó crítico, dadas as características do mercado de trabalho para esta categoria profissional, situação agravada por uma certa insegurança profissional diante de eventual mudança de governo; os permanentes dilemas das referências especializadas; as expectativas sociais centradas em alta tecnologia e hospitalismo, seja entre os usuários ou entre os profissionais, como, por exemplo, o fato de ainda se pedir muitos exames complementares na rede, mesmo dentro do PSF; a vulnerabilidade diante de mudanças na política local e estadual ainda é considerada um risco efetivo.

Síntese interpretativa

A experiência de implementação do Programa de Saúde, e do PSF em particular, em Vitória da Conquista, possui características bastante peculiares, que a diferenciam de outras encontradas pelo

país, embora alguns pontos de aproximação sejam também evidentes.

Chama a atenção, por exemplo, o desenvolvimento bem-sucedido de práticas de negociação em um ambiente desfavorável. Os embates com o gestor estadual de saúde e com o setor privado local e a maneira como os conflitos foram solucionados e contornados são bem ilustrativos nesse aspecto.

Sem dúvida, a implementação do PSF e dos demais programas sociais e de saúde da administração de Guilherme Menezes esteve imersa num vasto conjunto de práticas políticas e técnicas que poderiam ser consideradas como de *bom governo*. São inúmeros os pontos que convergem para dar validação a esta afirmativa e sua análise será feita no capítulo seguinte, quando se tratar da comparação entre as experiências.

Considera-se, além do mais, que a implementação do PSF em Vitória da Conquista foi direcionada para uma certa radicalidade e transformada em estratégia promotora de mudanças efetivas no *status quo* sanitário, com decidida opção pela perspectiva *substitutiva* em relação ao modelo tradicional de atenção à saúde vigente.

Outro aspecto que chama a atenção é o da real construção de uma liderança regional em saúde, dada não só pelas práticas de regulação de serviços estabelecida como em outros aspectos, por exemplo, na assessoria para a capacitação de equipes. Neste tópico conta muito a situação do município, de certa forma privilegiada, de se constituir como um pólo comercial, educacional e sanitário de uma grande área de abrangência.

Deve ser mencionada ainda, no plano mais geral ora exposto, a marcante preocupação com a avaliação e a auto-avaliação dos processos de mudança implantados, bastante nítida localmente e com indicadores expressivos já levantados.

ATORES

Guilherme Menezes e Jorge Solla podem ser considerados os dois atores principais no enredo desenvolvido em Vitória da Conquista. Ambos associavam, além de um alicerce ideológico

nítido, erguido sobre o terreno de uma organização partidária com ramificações nacionais, características tais como: carisma pessoal, liderança, vontade política, e capacidade e senso de oportunidade na tomada de decisões. Solla, que veio a se tornar posteriormente secretário de assistência do Ministério da Saúde (o principal cargo do ministério, depois do ministro) acrescentava ainda a este perfil uma *expertise* sanitária fortemente assentada não só na formação acadêmica, como na prática dos serviços de saúde. Ambos podem ser considerados autênticos *agentes de modernidade*, ainda mais num contexto tão marcado por práticas políticas arcaicas, de clientelismo, paternalismo e descaso pela coisa pública.

Mas, em Vitória da Conquista, a análise do papel dos atores sociais, sem dúvida extremamente influente no desenrolar da complexa experiência política administrativa ali desenvolvida, não pode deixar de levar em consideração a participação de agentes externos. Nisto, provavelmente, a experiência em foco possui características que a distinguem fortemente de muitas outras. Entre os referidos agentes, dois merecem o devido destaque: a figura ímpar de Davi Capistrano e o verdadeiro emblema institucional representado pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Não por acaso, em ambos os casos prevalecem também os traços de uma visão de mundo, em particular da saúde, marcada por idéias ditas *progressistas*, tais como direito, responsabilidade pública, cidadania etc.

Pode-se dizer, sem dúvida, que o desenvolvimento do projeto de saúde teve um forte pano de fundo ideológico e que no palco das ações moveramse atores sociais com características peculiares, dado o fato de serem *partisans* típicos e de agirem conforme um fundamento ideológico nítido, ocasionado pelo programa do partido dos trabalhadores.

Quanto aos adversários da proposta, embora não fossem poucos e nem desprezíveis, pode-se dizer que pelo menos uma parte deles, no caso a oposição política local e o conjunto dos prestadores privados locais, ou foram “pacificados” por processos de negociação levados a cabo pelos dirigentes ou então guardaram suas armas para atuar em momento mais oportuno, o que poderá ser confirmado – ou não – apenas pela passagem do tempo.

CONTEXTOS

Os fatos essenciais do contexto político sobre o qual se estabeleceu a experiência de Vitória da Conquista são aqueles trazidos pela tradição política do Nordeste, senão de boa parte da nação, de fundo clientelista e paternalista, encarnada contemporaneamente na Bahia pelo *carlismo*, mas sem dúvida de percurso histórico e distribuição geográfica muito mais abrangente. É dentro dessa estrutura, rígida e pouco propensa a inovações e muito menos a contestações à *sua* ordem estabelecida, que se instala um governo municipal de oposição e, além do mais, disposto a inovar e romper com tradições até seculares. É também um governo que, ao lado de procurar firmar-se em condições tão difíceis e adversas, em todo o tempo mostra-se também disposto a praticar *rupturas*, algumas das quais bem-sucedidas.

Igualmente, no cenário das não poucas adversidades com que teve de se haver a administração de Guilherme Menezes, deve ser destacada a influência das problemáticas condições sociais e econômicas vigentes na realidade local. Aqui se manifesta a peculiar situação econômica da cidade, dada por uma monocultura em declínio, a dispersão da população rural, estabelecida em áreas de caatinga, além do relativo caos administrativo e financeiro herdado pelo governo eleito em 1996. Os resultados alcançados pelas ações da municipalidade devem ser cotejados com tais cenários desfavoráveis e o sucesso que parece ter sido alcançado em muitas áreas ficaria ainda mais valorizado diante do universo de dificuldades existentes.

Mesmo com as dificuldades assinaladas, sem dúvida é digna de destaque a situação de visibilidade externa que a experiência de Vitória da Conquista foi capaz de alcançar, seja regional, estadual ou mesmo nacional. Não há dúvida que a condição de histórico pólo regional, em termos culturais e comerciais, por exemplo, já fazia da cidade um centro de referência abrangente. Se houve vantagens nesta condição, entretanto, pode ter havido também algumas desvantagens, como a atração de migrantes e, particularmente no caso da saúde, com a sobre-demanda expressiva dos serviços prestados no município.

Há que se enfatizar uma certa *disposição cosmopolita* praticada pela administração, dada não só por características pessoais do prefeito e de seus assessores, mas também pela verdadeira *rede* de contatos políticos e técnicos que o PT oferece às administrações que ocupa. É claro que os empreendimentos locais, na medida que foram bem-sucedidos, como ocorreu em várias situações, também serviram para despertar a atenção externa para o que acontecia localmente. Mas, inquestionavelmente, Vitória da Conquista faz parte de um conjunto seleto de cidades brasileiras que passaram a ter suas realizações divulgadas e acompanhadas amplamente no país. Os registros locais dão conta de dezenas de visitas de dirigentes e técnicos de outros municípios, de outros órgãos do sistema de saúde e, até mesmo de missões estrangeiras e de técnicos de organismos internacionais, que lá estiveram para conferir e aprender com as experiências ali desenvolvidas.

Na saúde, o contexto histórico é bem nítido. O desenvolvimento precoce, ainda na década de 80, de um trabalho de ação comunitária rural (agentes rurais de saúde) é mais que uma história particular. Representa, sobretudo, uma antecipação do que seria o projeto muito mais abrangente da administração menezes, principalmente considerando o fato de que o mesmo era, naquele momento, um simples chefe de divisão de uma pequena e pouco relevante Secretaria Municipal de Saúde. O tema da saúde, por certo, já fazia parte de uma pauta política local, tanto que permeou com intensidade as duas campanhas eleitorais mais recentes. Talvez, por isso, a saúde obteve algumas prerrogativas, como a de ter sido priorizada entre as ações de governo, mesmo diante de um quadro adverso, como se viu acima.

PROCESSOS

Administração em condições adversas seria um bom *slogan* para caracterizar os processos de gestão empreendidos em Vitória da Conquista e que culminaram com as experiências de saúde ora analisadas. Nada mais desfavorável, aliás, do que o ponto de partida *zero* com que tiveram de se defrontar os administradores, com a precariedade social, econômica e institucional vigente na

realidade local no início do governo. Seus problemas, diga-se de passagem, foram agravados – e muito – pelo permanente enfrentamento do forte dilema entre a necessária contenção de despesas para equilibrar um orçamento municipal em frangalhos e o clamor pela ampliação de serviços e atendimento aos compromissos de campanha.

Com todas as dificuldades, a administração se iniciou e prosseguiu – e, na verdade, foi até reeleita – dentro de tal clima de conflitos e que, freqüentemente, caminhou para situações de ruptura. Ou melhor dizendo, rupturas alternadas com processos de negociação, a partir de embates fortes com várias forças sociais, cujo resultado, aparentemente, não chegou a ser um *jogo de soma zero*. Podem ser enumeradas diversas dessas rupturas, no geral da administração, por exemplo, quando as renúncias tributárias foram abolidas, e também, no campo particular da saúde, quando a greve dos hospitais foi confrontada judicialmente e se estabeleceu o sistema de controle e auditoria que pôs fim a uma longa era de distorções e pouco respeito ao bem público. A análise *ex post facto* do governo em Vitória da Conquista mostra uma forte tendência do mesmo em “mexer em vespeiros”, ou, pelo menos, de não recuar diante de problemas crônicos, buscando alcançar, na seqüência, soluções negociadas.

Aliás, mesmo que possa parecer contraditório, tais *soluções negociadas* também fariam parte do *modo de governar* em Vitória da Conquista, o que poderia surpreender alguns críticos, talvez preconceituosos com a prática política do partido ocupante do governo local. Assim aconteceu, por exemplo, em relação à Gestão Plena, aos tributos municipais e à greve do hospitais, entre outras situações. No caso da greve, embora o caso tivesse caminhado para um confronto perante a Justiça, as soluções que advieram não foram de todo avessas aos interesses privados, como por exemplo, na celebração do acordo com um prestador local para funcionamento do setor de emergências e dos contratos realizados com especialistas, mas também não deixaram à deriva o interesse público.

Caos, conflitos, riscos, rupturas e necessidade de negociações. Mesmo diante de tal seqüência de eventos, que poderia ter sido

desastrosa e aniquiladora em relação a quaisquer boas intenções no governar, pode-se dizer que, em Vitória da Conquista, buscou-se com intensidade a *governabilidade plena*. E os processos adotados, surpreendentemente, deixaram de lado soluções mais cômodas ou tradicionais para ir ao encontro de soluções modernizadoras, ao pioneirismo e criatividade das ações encetadas, à busca de eficiência, à assunção da responsabilização pública, à saúde financeira etc. Um observador menos atento ou pouco avisado poderia até mesmo considerar o governo local como preso a figurinos de estilo *neoliberal*, dado o grau de ajuste de contas públicas obtido. Nada mais longe da verdade, entretanto. As tônicas de realizar uma obra socialmente justa, sem perder a governabilidade do sistema, parecem ter prevalecido todo o tempo, não se rendendo aos tradicionais raciocínios de "custo-benefício", em que o numerador da fórmula é sobreposto – por manipulações ideológicas – ao denominador. Os fatos que permitiram esta inferência estão em toda parte, não só no discurso dos interlocutores, como nos bancos de dados e mesmo nas análises de organismos externos, como o BNDES e as fundações privadas, que prestaram apoio aos processos de gestão em Vitória da Conquista.

Um bom exemplo de busca de governabilidade, mesmo correndo riscos, é a habilitação à Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, nos termos da NOB 96. Como já foi comentado, travou-se uma luta renhida, diretamente com a Secretaria de Estado da Saúde da Bahia e, indiretamente, com os prestadores privados. Os primeiros tinham fortes interesses políticos a defender; os segundos, aliados tradicionais dos primeiros, por certo que não veriam com bons olhos o ganho de autonomia do município em uma área tão estratégica como o controle e a auditoria do setor privado. O fato é que a luta foi travada e ganha, e a GPSM foi assumida *de fato e de direito*, não como um instrumento burocrático, mas como uma alavanca de mudanças. Estabeleceu-se um processo regulador forte que mudou o perfil da atenção à saúde em Vitória da Conquista, não só com a construção de um sistema ancorado na atenção básica, como também na ampliação da oferta em média e alta complexidade. As vantagens se fizeram sentir localmente e em toda a região. Ao setor privado, restou a possibilidade de uma inusitada

greve, depois resolvida mediante mecanismos de negociação, mas com um resultado diferencial positivo: o interesse geral passou a ser contemplado.

Outro indicativo favorável de boa administração foi a ênfase e a prioridade conferidas aos processos de avaliação de desempenho do sistema. Embora seja um caminho ainda por ser explorado e aprofundado, os primeiros resultados, inclusive de estudos conduzidos por observadores externos, pareceram bastante concretos, em termos de impacto e qualidade das ações prestadas.

Aqui se insere também outra marca distintiva dos processos de gestão em Vitória da Conquista: a marcante articulação externa, já comentada anteriormente, e que se transformou em *moeda política*, sem dúvida, na medida que conferia legitimidade e possibilidade de neutralização das forças adversárias internas e externas. Mas houve, também, um dividendo material que não pode ser desprezado, quando este processo de se *abrir para o mundo* conferiu à municipalidade não apenas o acesso direto a financiamentos de projetos, como também abriu as portas para articulações múltiplas, traduzidas por cooperação técnica e carreamento de novos recursos. Da mesma forma, a busca de soluções negociadas, seja com a iniciativa privada, seja com o governo do estado ou com outros adversários internos, mostrou uma disposição e uma capacidade de articulação ímpar, “apesar de serem PT”, como um interlocutor declinou, carregando nas tintas da sinceridade de sua visão de mundo.

A *administração em condições adversas* torna-se, assim, sinônimo de um *bom governo no sertão*, parafraseando uma expressão de Tendler (1998), autora à qual se retornará, mais adiante, para buscar um contraponto entre diversas das experiências aqui analisadas. E este *bom governo* não parece localizado, mas, sim, difuso em toda a administração municipal, na qual as boas práticas administrativas aparecem como regra, não como exceção. A composição do secretariado municipal, as coordenações colegiadas, a *naturalização* dos instrumentos de planejamento estratégico entre as equipes, constituem exemplos concretos de boas práticas administrativas *difusas*, nas quais

ocorreria um encontro – certamente *feliz* – entre práxis administrativa e fundamento ideológico.

Este *feliz encontro* da ideologia com a práxis não seria o substrato do aspecto já destacado antes, ou seja, daquela outra convergência, entre o *empreendedorismo* e a *militância política*? Com efeito, em Vitória da Conquista as pessoas pareciam se orgulhar do fato de que tiveram que "passar pela rede para chegar à coordenação", o que, sem dúvida, revela uma coerência entre discurso e prática.

CONTEÚDOS

Conteúdo, seja de natureza técnica ou ideológica, é o que não falta à experiência administrativa e de saúde desenvolvida em Vitória da Conquista.

Com efeito, seja no discurso dos dirigentes e dos técnicos, nos documento de divulgação publicitária da prefeitura ou mesmo nos relatórios formais e trabalhos apresentados em fóruns científicos e políticos externos, é forte o apelo aos temas de *cidadania, direitos, controle popular, condições de vida, promoção de saúde* etc.

Como fundamento do discurso, uma gama de influências, que passam pelos lemas do estado de bem-estar social, pela Reforma Sanitária, pelos dispositivos constitucionais, pelo programa partidário do PT, pelo humanismo cristão, entre outros, configurando o que poderia ser chamado de um *ideário progressista e de esquerda* no trato das questões sociais.

Trata-se de um discurso ambicioso, sem dúvida. O Plano Municipal de Saúde oferece inúmeras passagens que confirmam como ele é amplamente explícito e demonstrativo de que, em Vitória da Conquista, a ideologia é tratada abertamente, sem nenhum pudor de ser mal-compreendida ou, por outra, como afirmação de uma disposição de governar amplamente ancorada na *práxis*. Alguns exemplos não exaustivos, pinçados do referido documento: (a) saúde como um conceito ampliado, relacionado às condições de vida e de como a sociedade organiza sua vida material e cultural e também como resultado de políticas sociais e econômicas; (b) descentralização, não só das ações de saúde mas das sociais como um todo, criando novos modelos organizacionais e gerenciais com

efetiva participação popular; (c) tecnologias de assistência: com diferenciação, eficácia, baixo custo, tendo como exemplos ação interdisciplinar, extra-muros, internações domiciliares, etc.; (d) promoção de saúde: de forma a conferir maior dignidade, qualidade de vida, humanização, efetividade dos serviços, garantia de condições de trabalho e remuneração adequada aos profissionais de saúde; (e) informação e comunicação como instrumentos de democratização.

As lições de Vitória da Conquista

Assim, um série de “lições” poderiam ser depreendidas da análise dos acontecimentos em Vitória da Conquista, e que dariam resposta a uma pretensa questão: por que aqui deu certo? Algumas de suas características gerais podem ser apontadas:

a. O grande investimento em qualificação dos recursos humanos e da gestão como um todo;
b. A oferta de condições de trabalho, processos e insumos adequados para o processo de assistência à saúde;
c. A disponibilidade de uma retaguarda ao mesmo tempo ideológica, técnica e material para o desenvolvimento das atividades;
d. A gradualidade dos processos de implantação, sem perder de vista a necessidade de aceleração em algumas circunstâncias;
e. A ênfase em controle, avaliação e regulação do sistema;
f. O desenvolvimento de alianças bem sucedidas de apoio interno e externo ao projeto.

Contudo, apesar do avanço obtido, a ampliação do PSF tinha perspectivas nulas, apontadas por seus gestores – durante a realização do estudo, em 2002 – basicamente devido aos aspectos ligados ao financiamento.

Centro de Saúde Escola de Murialdo e Grupo Hospitalar Conceição: pioneirismo, resitência e articulação política

Duas experiências desenvolvidas em Porto Alegre, uma em meados dos anos 70 e a outra no início dos 80, respectivamente aquelas do Centro de Saúde Escola de Murialdo (CSEM) e do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), são hoje reconhecidas pelo seu caráter pioneiro entre as propostas de atenção à saúde da família no Brasil, embora nem sempre identificadas por tal rótulo. Sem dúvida, CSEM e GHC vieram a influenciar o desenvolvimento de outras experiências no país e, no caso específico do GHC, o próprio Programa de Saúde da Família.

Mas, o que haveria de comum entre os dois processos?

Em primeiro lugar, surgem na mesma ocasião, entre os anos de 1975 e 1980 e até certo ponto, a partir da influência e da liderança de um mesmo grupo de pessoas. Havia também como pano de fundo preocupações de natureza pedagógica com a formação médica, a partir do que era então uma *idéia nova* no campo da saúde: a formação pós-graduada em uma residência médica, particularmente dentro de um campo de conhecimento, já no panorama institucional da época, considerado descuidado, a Medicina Geral.

Os dois projetos surgem como alternativas à formação médica, não propriamente como modelos assistenciais ou mesmo com a preocupação de difundir idéias afins a esta última categoria. Em certo sentido, se afirmaram – embora num regime de fortes alternâncias de visibilidade e estruturação interna – como *movimentos contra-culturais*, paralelos ao sistema de saúde oficial e formal, sem buscar, de modo geral, o caráter substitutivo aos modelos vigentes de atenção à saúde.

Tal alternância na visibilidade e na organização interna dos programas acabou por delinear o que seria uma característica

comum das duas experiências, qual seja um movimento constante de *sístoles* e *diástoles*, tendo como pano de fundo contextos institucionais internos e externos, ora favoráveis, ora desfavoráveis ao desenvolvimento dessas experiências.

Pode-se dizer que as experiências desenvolvidas no GHC e no CSEM constituíram-se em autênticas situações pioneiras, e que, em muitos momentos, pagou-se um avantajado preço pela ousadia, ao mesmo tempo que alguns dividendos favoráveis foram também palpáveis, na medida da visibilidade nacional das mesmas, principalmente do GHC, ao ponto de influenciar a própria formulação do PSF em sua versão oficial.

Ao longo destas linhas desenvolver-se-á a idéia de que GHC e CSEM têm deixado marcas importantes no panorama contemporâneo da saúde nacional e que uma das características marcantes dessas experiências foi a de praticar uma dinâmica de poder e resistência, às vezes de forma combinada, às vezes destacando mais um efeito do que o outro.

Contexto político

No princípio era um grupo de médicos, ligados à carreira docente ou às atividades de pesquisa na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com preocupações marcantes com o ensino médico, todos com formação de elite, realizada mormente em universidades norte-americanas e com liderança, poder e influência em determinadas instâncias do sistema de saúde local de Porto Alegre e também nas instituições universitárias. Nenhum deles, contudo, exercia *cargos* no sistema de saúde, no sentido de que sua inserção se fazia dentro de um escalão mais periférico no sistema, seja como docentes ou como simples médicos atendentes na rede pública. É este o perfil básico dos atores, cujo prestígio e carisma terão enorme impacto no desenvolvimento dos projetos que serão construídos no Sul do país.

Alguns nomes desse grupo inicial são os de Carlos Grossman e Ellis D´Arrigo Busnello, ainda envolvidos com as atividades atuais

dos programas, além de Isaac Levin e Sérgio Ruschell, também médicos com formação semelhante aos dois primeiros.

O contexto político era o de um estado e de um município fortemente vinculados a um panorama político situacionista em relação ao governo federal, tendo seus mandatários eleitos indiretamente, por simples indicação do poder central, como determinava o Ato Institucional nº 5. Aliás, na ocasião, o Poder Central vinha sendo exercido por presidentes de ascendência gaúcha por três mandatos sucessivos, entre 1968 e 1979, com Costa e Silva, Médici e Geisel, respectivamente.

Na saúde, os dirigentes naturalmente detinham um perfil afinado com o regime e eram basicamente constituídos por aliados políticos ou então por técnicos de carreira, de modo geral pouco propensos à aceitação de *inovações* ou quaisquer formas de rupturas, que viriam a se tornar comuns mais tarde, em matéria de organização de serviços, de formação profissional ou mesmo de ampliação das discussão sobre temas como *conceito de saúde, direito à saúde, descentralização, responsabilidade pública*, etc. No panorama nacional vigorava a dicotomia entre as ações curativas, hospitalares e não universalistas desenvolvidas pelo inps-inamps e as ações preventivas e de baixa complexidade deixadas por conta do sistema público tradicional, capitaneado pelas secretarias de saúde do estado e do município, esvaziadas e pouco poderosas.

Quando surgem as idéias que convergiram para a criação das duas experiências em foco, o que seria mais natural, como de fato aconteceu, foi que seu caráter não buscou um vínculo direto ou mesmo adesão aos princípios que norteavam o sistema público de então. Daí o caráter paralelo assumido pelas mesmas. Em ambientes tão pouco favoráveis como o que se via na ocasião, restava espaço apenas, por um lado, para praticar a resistência possível ao status quo; por outro, o desenvolvimento de efeito demonstrativo, o que aliás foi um denominador comum de muitas das experiências consideradas inovadoras na época.

CSEM e GHC foram, sem dúvida, projetos, que se desenvolveram, pelo menos em seus primórdios, em ambientes políticos desfavoráveis. Com isso tiveram que buscar apoios dentro e fora das estruturas imediatas que os abrigavam numa estratégia

de fazer alianças ou perecer. Sua sobrevivência, por certo, dependeu dessa capacidade de articulação. Tratava-se de algo mais nítido no caso do GHC, mas em ambas parece ter havido uma intencionalidade de explorar o jogo das contradições existente na estrutura de poder, tanto da SES-RS como na empresa hospitalar, para buscar apoio justamente Em que este pareceria impossível ou impraticável. Assim, muitas das lutas internas e externas foram vencidas com a realização de alianças e parcerias com o poder, seja imediatamente local, seja no plano estadual ou federal. Tal opção serviu como antídoto eficaz contra a extinção ou o esvaziamento, que certamente seriam o destino final dos projetos, como de fato aconteceu em outras partes do país.

Murialdo: resistência e contracultura sanitária

O programa desenvolvido em São José do Murialdo, e que evoluiu para o atual Centro de Saúde Escola (CSEM), tem, como já se viu, origens comuns com o programa do GHC. Seus vínculos institucionais, entretanto, são bem diferentes, na medida em que a unidade esteve sempre ligada ao serviço público autárquico típico, ou seja, à SES-RS.

A Paróquia de São José do Murialdo, situada em um bairro de classe média baixa, (originalmente) em Porto Alegre, mantinha, desde o início do século XX, uma obra social fundada pelo seu pároco italiano e subvencionada com recursos caritativos, voltada para a atenção à criança e para educação. No final da década de 50, a então denominada Associação de Proteção à Infância, ligada à Igreja Católica, formalizava uma parceria com a SES-RS, então detentora de toda a rede ambulatorial de saúde da capital, constituindo assim o Centro Médico Social (CMS), que viria a abrigar a experiência em foco. Em 1959, a UFRGS se aproximava da entidade e formalizava também um convênio com a mesma, visando transformar o Centro em campo de estágio para seus alunos. Nos anos seguintes aprofundam-se as ligações entre a Universidade e a Unidade de Murialdo, surgindo então novos protagonistas que terão enorme influência no desenvolvimento dos

futuros programas de formação profissional. Entre eles sobressai-se a figura emblemática de Elis Busnello, um médico com formação em psiquiatria e docente da UFRGS, que havia feito mestrado em Saúde Pública nos EUA.

Unia o grupo também o projeto de desenvolver formação pós-graduada em serviços de saúde, sob o molde de uma residência médica, uma modalidade de ensino pouco desenvolvida no país naquela ocasião, particularmente no campo específico da Medicina Geral ou da Medicina Interna. Como pano de fundo, a discussão internacional sobre a formação médica especializada *versus* a formação generalista, com grande repercussão também no Brasil, quando apareceram no horizonte os termos *Medicina de Família* e *Medicina Geral Comunitária* (PAIM, 1986).

A opção do Centro de Saúde Escola de Murialdo (CSEM), denominação que recebeu no início das atividades do programa, em 1974, foi para a formação multiprofissional. Dois anos depois empregou-se a expressão “residência” para a formação desenvolvida na Unidade, aspecto que provocou uma certa reação na época, já que a mesma era considerada privativa da formação médica. Não poucas resistências advieram desse fato, particularmente por parte da cúpula técnica da SES-RS, pouco afeita a aceitar inovações de tal ordem e ideologicamente comprometida com o modelo assistencial vigente. A idéia da formação multiprofissional, totalmente inédita para a época, foi também transportada para o GHC, mas lá não teve condições de vingar, devido a pressões corporativas não superadas ou mesmo por acomodação e concessão estratégica das lideranças do projeto.

Nos embates com a cúpula técnica da SES é destacado o apoio recebido, da mesma forma que ocorreu em relação ao GHC, de Jair Soares, secretário estadual de saúde na época, e que demonstrou não só acreditar como estar disposto a investir politicamente na proposta. Este foi um ator considerado fundamental para a consolidação de ambas as experiências analisadas neste momento.

Na experiência de Murialdo é bastante nítida a alternância de momentos mais ou menos favoráveis ao desenrolar das atividades. No início, houve a já mencionada oposição da cúpula da SES, contornada por uma articulação política “por cima”, no caso com a

autoridade maior, o secretário de saúde do estado. Outra ruptura ocorreu quando a ênfase nos processos de trabalho, por exemplo, na afirmação da multi-profissionalidade e do trabalho em equipe teve de ser confrontada com a diretriz básica de apenas “levar saúde às pessoas”, da maneira tradicional. Nesse embate acabou por acontecer a saída da Paróquia de Murialdo, por esta adotar uma postura mais assistencialista, não absorvida pelos condutores do projeto. Da mesma forma, visões antagônicas a respeito da prática de generalistas versus a de especialistas estiveram presentes, levando a conflitos que não raramente resultaram no afastamento de pessoas e perdas de apoios, embora tais eventos possam ter aberto também caminhos para novas alianças. Como parte do processo de *sístoles* e *diástoles*, a residência de Murialdo chegou a ficar desativada durante alguns anos, na década de 80.

Um aspecto especial do CSEM é que ele possui forte articulação com o sistema local de saúde da região do bairro Partenon e suas adjacências em Porto Alegre. Melhor dizendo, ele representa diretamente este sistema dada a organização regionalizada, hierarquizada, com base territorial e vínculo definido entre suas equipes e a população, configurando um autêntico distrito sanitário. Sua unidade básica é o posto avançado, em número de sete no território de abrangência, com cerca de 50 mil pessoas adscritas. Das unidades disponíveis, seis fazem parte da rede da SES-RS e uma é resultado de parceria com uma organização privada de saúde, o Hospital Moinhos de Vento, que mantém tal unidade, porém sem representar referência formal para o sistema local.

No CSEM é bastante expressiva a articulação com a comunidade local, o que acontece, aliás, desde os tempos em que o projeto tinha a participação da Igreja Católica. É generalizada a constituição dos conselhos locais de saúde, aspecto coerente com o estilo de governar do Partido dos Trabalhadores, no poder na cidade de Porto Alegre durante três mandatos e também no estado, por um mandato (até o momento da entrevista).

O CSEM desenvolve atividades de assistência, ensino e pesquisa. Do ponto de vista da assistência, são oferecidas atividades de atendimento clínico em especialidades básicas, acolhimento, odontologia, visitas domiciliares, educação em saúde e

programas para grupos de risco, imunizações, visita domiciliar, além de outras, componentes do menu típico da atenção básica.

Além da UFRGS, também a ULBRA (Universidade Luterana do Brasil) – uma instituição privada de ensino – mantinha acordo formal com o CSEM para estágios de alunos de graduação e pós-graduação.

Em resumo, os aspectos distintivos da experiência de Murialdo são: (a) a ênfase no trabalho de campo; (b) a multi-profissionalidade das práticas e da formação de recursos humanos; (c) o caráter de *escola* de que está imbuída a rede de serviços locais, que a transforma em centro de formação profissional expressivo, com práticas de ensino multiprofissional nos níveis de graduação e pós-graduação.

GHC: a força da articulação política

O trabalho de entrevista e levantamento de informações no GHC foi muito facilitado, não apenas pela presença de Carlos Grossman, médico participante do grupo fundador, ainda em atividade, além de outros profissionais vinculados ao projeto durante muitos anos, como também por um bem cuidado estado de organização e preservação da memória local, com abundante documentação.

O GHC tem um estatuto único no Brasil, qual seja o de empresa pública vinculada ao Ministério da Saúde, porém com autonomia de gestão, o que se reflete na sua política de recursos humanos, por exemplo. Tem, aliás, tradição autonômica e empresarial desde os anos 50, quando foi fundado como uma propriedade particular da família Boeira, que acabou sendo obrigada a entregar o conjunto ao INSS, por força de dívidas previdenciárias, depois sendo transferido ao Ministério da Saúde. O GHC compreende quatro hospitais, com 2.700 leitos, sendo de longe o principal prestador de serviços para o SUS em todo o Rio Grande do Sul, abrangendo nada menos do que 40% das internações pelo SUS na capital.

A vinda do grupo liderado por Grossman ocorreu em meados da década de 70, mas só em 1980 desenvolveu-se a proposta inicial de incrementar nos hospitais do grupo a formação em Medicina Geral

(ou Medicina Interna), dentro dos moldes praticados nos Estados Unidos, onde as lideranças do projeto haviam cumprido programas de residência médica. Tinha, como o restante do grupo fundador, forte interesse em ensino, particularmente em formação pós-graduada sob a forma de residência médica.

Assim, em 1980, abriu-se a residência em Medicina Geral no GHC. A partir de 1981, acrescenta-se o componente comunitário, por demanda dos próprios residentes da época, que desejavam ter práticas voltadas também ao ambiente social. Em 1982, foi criada uma unidade específica para o atendimento da clientela da área coberta pelo programa de residência, no Hospital Nossa Senhora da Conceição, localizado em uma área onde a população apresentava menor poder aquisitivo. Nessa mesma ocasião, já fora possível contar com algumas unidades da SES-RS situadas na periferia de Porto Alegre (Zona Norte), bem como de municípios metropolitanos, então utilizados como campos de prática da MGC.

Em 1984, inicia-se um período de consolidação da MGC, mas, ao mesmo tempo, de lutas internas que buscaram inviabilizar ou esvaziar a proposta, particularmente por razões corporativas. Um dos estopins da crise interna foi dado pelas primeiras contratações de médicos para o programa, em relação aos quais houve manifesta recusa de serem recebidos como “médicos do hospital”, então considerada uma categoria à parte. Nesse momento, como parte das negociações para aceitação dos profissionais adventícios, estabeleceu-se que os médicos do programa de MGC ganhariam apenas salário, enquanto o pagamento por “produtividade”, naturalmente mais vultoso, destinaria-se aos demais, os *médicos do hospital*. Posteriormente, contudo, como parte de um processo político contínuo e articulado dentro e fora do GHC, houve mudanças substanciais nesse quadro, até se chegar a uma diferenciação positiva dos médicos gerais comunitários.

Entre os atores envolvidos com a experiência do GHC, os interlocutores apontam diversos apoiadores externos¸ de modo geral investidos de poder político e que em momentos sucessivos facilitaram ou mesmo concederam ao projeto condições de sobrevivência, nas vicissitudes internas ou externas a que o mesmo esteve submetido. Um desses atores, o mais destacado, foi Jair

Soares, político gaúcho, formado em Odontologia, que foi secretário de saúde do estado e ministro da Previdência Social, além de governador do Rio Grande do Sul nas décadas de 70 e 80. Soares era uma pessoa de confiança do Regime Militar, que ao ser demandado em relação às idas e vindas do projeto de MGC no GHC – o que ocorreu não em poucas ocasiões – mostrou possuir e exercitar uma "visão de estadista", segundo os interlocutores.

Os contextos políticos que tiveram influência sobre o desenvolvimento da experiência mostram a marca já mencionada de sístoles e diástoles sucessivas, como referido. No início do percurso, quando o grupo precursor se concentrava em Murialdo, enfrentou-se a oposição de uma cúpula técnica da carreira da SES-RS, que depositava pouca crença em inovações como a que se propunha, talvez associada a outras razões corporativas ou até pessoais. Depois foi a oposição corporativa interna do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Alguns anos adiante, cerca de 1984, foi a própria proposta de uma residência em MGC que se viu ameaçada pelo recuo do financiamento federal, seja do MEC ou do INAMPS. Em todos esses casos a saída foi pela via da articulação e da negociação política, com a participação de atores poderosos, de um lado a medicina organizada nas instituições e entidades de classe; de outro, personalidade da vida política gaúcha.

Contemporaneamente, dentro do quadro de embates que marcaram o desenvolvimento do programa de MGC, cabe uma breve menção às relações mantidas com as três administrações municipais do Partido dos Trabalhadores em Porto Alegre. O início da década de 90 representou um momento de tensão, em que havia críticas ao caráter "elitista" do programa e, por vezes, ameaças de fechamento, segundo depoimentos. Existem relatos de que, também do lado do GHC, não houve esforços maiores para se integrar ao sistema local. Mas o fato é que em anos recentes estabeleceu-se um processo de gradual distensão entre a administração municipal e o GHC, dentro de um processo que continua "cauteloso", de parte a parte, segundo um interlocutor credenciado.

A nova realidade vivenciada com a aproximação do programa com as SMS facilitou a decisão política de ampliar o escopo da cooperação do GHC com o SUS, não só na área de assistência

como também em assessoria e capacitação. A meta atual é de transformar o GHC em Centro de Capacitação, particularmente na área do PSF.

Do ponto de vista dos conteúdos desenvolvidos no programa de MGC, a questão da multi-profissionalidade, tal como praticada no CSEM, foi uma idéia vigente no início da experiência e que depois foi abandonada, sem ter vigorado concretamente, possivelmente pelas pressões corporativas médicas. O programa, como se viu, teve início dentro de um hospital e sua própria denominação inicial (Medicina Geral) já denotava uma forte inserção da clínica.

Entre as propostas de integração externa apontadas, destacou-se a colaboração e a influência recebida da Escola de Saúde Pública da SESRS, instituição que apoiou o desenvolvimento do componente “comunitário” da residência médica desde seu início e que mantinha também uma relação muito próxima com a equipe do CSEM. Recentemente, o GHC tem recebido assessoria da Universidade Federal de Pelotas, detentora de importante *expertise* em epidemiologia.

Outra articulação a destacar é a dos canadenses da Universidade de Toronto, liderados por Yves Talbot, também presentes em Curitiba e Contagem.

A grande marca da articulação externa do GHC foi, sem dúvida, o convite para participar, no final de 1993, do grupo de especialistas nacionais e estrangeiros que definiu as bases para o lançamento do PSF nacional, na gestão de Henrique Santilo no Ministério da Saúde. Os interlocutores locais consideram-no um fator fundamental para a visibilidade que o serviço passou a ter após 1994.

Em síntese, alguns dos aspectos distintivos do programa do GHC podem ser destacados: (a) base hospitalar das práticas; (b) forte vínculo com a formação médica; (c) trabalho em equipe liderado pelo médico; (d) formação uni-profissional; (e) articulação crescente com o sistema local de saúde, embora com momentos de recuo e avanço; (f) diferenças marcantes em relação ao PSF nacional.

Síntese interpretativa

O quadro a seguir mostra algumas das características distintivas e diferenciais das duas experiências. Seu caráter não é exaustivo, embora seja bastante abrangente e, a partir dele, algumas conclusões podem ser vislumbradas e estão listadas em seqüência.

Para efeito comparativo, e também por razões metodológicas, foi obedecida seqüência de abordagem utilizada na síntese interpretativa das demais experiências analisadas neste trabalho, ou seja: atores, contextos, processos, e conteúdos.

QUADRO 8 – GHC x Murialdo: características distintivas comparadas

ITEM DE COMPARAÇÃO	GHC	CSEM
ATORES		
Fundadores	médicos, professores universitários com formação especializada no exterior	médicos, professores universitários com formação especializada no exterior
Apoiadores	Atores políticos, reforma intensa	atores políticos, embora de forma menos acentuada do que no GHC
CONTEXTOS		
Ano de início Vinculo institucional	1974 Grupo Hospitalar Conceição – uma autarquia federal, depois empresa pública	1980 Secretaria de Estado Da Saúde do Rs – administração direta
Contexto institucional	Grupo médico fortemente corporativo e até certo ponto elitista	Burocracia pública de carreira de tendência conservadora
Contexto político geral	Regime militar, possibilidades de ação política limitadas	Regime militar, possibilidades de ação política limitadas, com o governo do estado fortemente atrelado

Aliados	Escalão dirigente da SES, articulações externas (INAMPS, MPAS)	Escalão dirigente da SES
Adversários	Grupo médico da ghc	Burocracia da ses-rs
PROCESSOS		
Inserção atual no sistema local	Compartilhamento de responsabilidades com a SMS de Porto Alegre	Caráter substitutivo (representa diretamente o sistema local)
Referência e contra-referência	hospitais do GHC	Não definidas com precisão (rede pública de Porto Alegre)
Características da área de abrangência	Áreas de baixa renda e municípios vizinhos – cobertura de 100 mil hab.	Partenon e outros bairros vizinhos ao CSE Murialdo – cobertura de 50 mil habitantes
Articulação comunitária	Pouco institucionalizada	Institucionalizada via Conselhos Locais de Saúde
Articulação externa e inter-setorial	“externa”, forte (ex. Universidades, SMS de Curitiba, Ministério da Saúde)	Mais “local”
Política de recursos	Própria com autonomia de	Não própria – obedece regras

humanos	gestão de RH	gerais da SES-RS
Financiamento	Orçamento do Ministério da Saúde	Orçamento da SES-RS e prestação de serviços ao SUS
Relações com centros formadores e universidades	Forte	Forte
CONTEÚDOS		
Natureza das práticas	Hospitalares e comunitárias	Basicamente comunitárias (“vigilância à saúde”)
Formação profissional	Apenas médicos	médicos, enfermeiros, odontólogos, assistentes sociais e outros profissionais
Ênfase	Ação clínica, resolutividade	Comunitária, melhoria de qualidade de vida, ação coletiva
Ensino	Residência e formação pósgraduada voltada para o SUS	Dimensão ampliada: multi-profissionalidade, graduação e pós-graduação; residência e estágios
Estratégias de expansão	Constituir-se como grande centro de	Constituir-se como centro de

	capacitação para o PSF e o SUS de interesse regional nacional	formação de interesse local

As lições de Murialdo e GHC

Em uma breve síntese conclusiva pode-se afirmar o seguinte, a respeito das duas experiências pioneiras, consideradas como detentoras de elementos de *resistência* e *articulação política*:

a. São experiências que possuem uma *história comum* em muitos aspectos essenciais, por exemplo, seus atores fundadores e apoiadores; os vínculos institucionais públicos; as preocupações com formação e capacitação; o caráter de efeito demonstrativo (pelo menos em seu início); a sucessão de *sístoles* e *diástoles*, entre outros;
b. Utilização de estratégias calculadas de sobrevivência face a ambientes complexos e adversos, com forte grau de *articulação externa* (articular para não perecer) com formação gradual de uma rede importante de apoiadores externos técnicos e políticos, além de busca crescente de institucionalização;
c. Tendência de gradual incorporação aos sistemas de saúde locais mediante sintonização política com seus gestores e mediante incorporação de sua *gramática*, o que inclui as diretrizes de *responsabilização, territorialização, hierarquização, regionalização, participação* etc.;
d. Busca de superação da condição de serem meros exercícios de efeito demonstrativo ou de visibilidade acadêmica;
e. Aquisição de amplo reconhecimento externo e de transformação em *centros de referência* regionais e nacionais na capacitação para Saúde da Família e Atenção Básica em geral;
f. Não superação das dificuldades derivadas das inconsistências quantitativas e qualitativas das políticas de financiamento vigentes para a atenção básica no país;
g. Manutenção de marcante diferenciação da natureza das práticas desenvolvidas em cada instituição: *hospitalar, clínico,*

de resolução individualizada (GHC) x comunitário, social, vigilância à saúde (CSEM) – de caráter não antagônico, mas complementar em termos da formação de recursos humanos.

Capítulo IV - As experiências em perspectiva comparada

Vistas sem maior aprofundamento, as experiências cujo estudo se detalhou no capítulo anterior podem oferecer a impressão de que constituem processos de tal maneira diferenciados e até mesmo exclusivos que poderiam despertar a afirmativa de que “cada caso é um caso” e que seria ociosa tentar outras maneiras de apreendê-las. Entretanto, onde a heterogeneidade parece dominar, há lugar também para a uniformidade, basta apurar o olhar e buscar o que não salta aos olhos, à primeira vista.

No presente capítulo o objetivo será justamente assinalar aspectos que permitam comparar as experiências, não de forma extensiva, perseguindo uma similaridade completa para a qual certamente não há lugar na realidade. Entretanto, alguns *fios condutores* parecem perpassar cada caso analisado e é a revelação deles que interessa agora. Assim, a abordagem caminhará por uma série de temas, que por suposto reúnem e sintetizam os referidos *fios condutores*. Estes temas são os seguintes: (a) características geo-políticas dos municípios; (b) modo de inserção no sistema de saúde verificado em cada realidade; (c) contexto político geral; (d) a formação dos conteúdos técnicos e ideológicos das propostas; (e) atores sociais influenciadores e suas articulações; (f) participação e envolvimento sociais; (g) processos de implantação e de organização; (h) as evidências de uma *cultura institucional* na saúde; (i) fatores facilitadores, obstáculos e lições. Finalizando, é realizada uma pequena síntese comparativa e conclusiva sobre as diferenças e semelhanças entre as experiências aqui descritas.

Características geo-políticas

Trata-se de municípios com características sociais, demográficas e econômicas muito distintas, o que aliás é um aspecto positivo do ponto de vista da metodologia deste estudo. Não cabe aqui uma abordagem comparativa, como se procederá em relação aos outros itens, mas apenas buscarse-á evidenciar as principais características das cinco localidades envolvidas no estudo. O quadro a seguir mostra uma série de aspectos relevantes referentes a estes municípios.

QUADRO 9 – Aspectos diferenciais relevantes dos municípios estudados

CIDADE/ASPECTO	CONTAGEM	CURITIBA	IBIÁ	NITERÓI	VITÓRIA DA CONQUISTA
População	600 mil	1,4 milhão	25 mil	450 mil	250 mil
Classificação nesur/unicamp	Periferia de região metropolitana	Sede de região metropolitana	Porte médio metropolitana	Periferia de região	Porte médio
Situação geo-política	Região metropolitana Cidade dormitório Industrializada	Capital Metrópole Industrialização Serviços Pólo estadual	Cidade pequena Agrícola	Região metropolitana Cidade dormitório Serviços	Cidade média Agrícola Entroncamento rodoviário Pólo regional
Base	Indústria	Indústria	Agricultura	Indústria	Agricultura
Econômica	Serviços	Serviços		Serviços	Serviços
Idh	Baixo	Alto	Alto	Médio	Baixo
Urbanização	100%	100%	80%	Próximo 100%	85%

Fontes: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2002); UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (2000)

Uma abordagem mais aprofundada sobre as características dos municípios brasileiros pode ser encontrada em Santos e Silveira (2001), autores filiados às novas correntes da geografia política, que buscam apreender “não o território em si, mas o território utilizado”. Estes autores trabalham com algumas categorias inovadoras de análise, por meio das quais os territórios, inclusive das cidades, podem ser assim diferenciados:

a. Densidade x rarefação: que se referem não estritamente à população, mas a um conjunto mais ampliado, de coisas naturais, coisas artificiais, movimentos das coisas, dos homens, das informações e das riquezas;
b. Fluidez x viscosidade: diz respeito às condições de circulação dos homens, dos produtos, do dinheiro, da informação, das ordens, etc., dentro de processos seletivos e não-igualitários;
c. Rapidez x lentidão: não só do ponto de vista material das vias, como do ponto de vista social, referente à vida de relação;
d. Espaços luminosos x espaços opacos: diferentes acumulações de densidades técnicas e informacionais, com mais aptidão dos *luminosos* a atrair atividades com maior conteúdo de capital;
e. Espaços que mandam x espaços que obedecem: leva em consideração o acúmulo de funções de direção em alguns lugares e sua carência em outros tantos;
f. Novas lógicas centro x periferia: um modo diferente de “ver” o território nacional como “quatro Brasís”, com diferenças na difusão do meio técnico-científico e de capital e em suas heranças históricas e culturais, a saber as regiões: Concentrada (caracterizada pela consolidação de um projeto de ciência técnica e informação); Centro-Oeste (com predomínio de território natural e vida de relações rala e precária); Nordeste (agrícola, pouca densidade tecnológica, baixa circulação de mercadorias e capital); Amazônica (baixas densidades populacionais e técnicas).

O quadro abaixo, resultado de uma construção própria do autor, a partir dos critérios acima referidos, de acordo com os critérios de Santos e Silveira (2001), reúne estas informações para as regiões onde se inserem os cinco municípios estudados:

QUADRO 10 – Dinâmicas territoriais dos municípios estudados

CONTAGEM	CURITIBA	IBIÁ	NITERÓI	VITÓRIA DA CONQUISTA
Densidade	Densidade	Rarefação	Densidade	Rarefação
Fluidez	Fluidez	Viscosidade	Fluidez	Viscosidade
Rapidez	Rapidez	Lentidão	Rapidez	Lentidão
Luminosidade	Luminosidade	Opacidade	Opacidade	Opacidade
Obediência	Mando	Obediência	Obediência	Obediência
Concentração	Concentração	Não-concentração	Concentração	Não-concentração

Vê-se que existe um *continuum* que vai de Curitiba, o pólo mais denso, fluido, rápido, luminoso, mandatário e concentrado da série, até Ibiá e Vitória da Conquista, que possuem características opostas.

O perfil comparado dos sistemas de saúde locais

Neste aspecto é preciso muita atenção para não classificar sumariamente “cada caso como um caso”. Com efeito, a heterogeneidade das experiências é bastante marcante em alguns aspectos, como por exemplo na população e nas características sociais e econômicas locais. Da mesma forma, a capacidade de oferta, por exemplo, de procedimentos especializados e o gasto público em saúde variam intensamente de um caso a outro. Em outros aspectos, a variabilidade é tão acentuada que praticamente induz à conclusão de que, talvez, os dados não reflitam a realidade local, por insuficiência

de coleta ou outros problemas. É o que acontece, por exemplo, em relação a alguns tópicos referentes às informações financeiras.

Mas, a par de tais dificuldades, é possível apontar também algumas uniformidades e tendências, conforme mostrado adiante:

a. São todos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, com datas de habilitação em tal condição variando desde maio de 1998, em Curitiba, até maio de 2000, em Ibiá. Na análise de seu percurso anterior pelas condições de gestão das NOB 93 e 96 foram considerados portadores de aprendizado médio, com exceção de Niterói, classificado como alto;
b. Constituem sistemas de saúde com alto grau de participação pública municipal em relação à capacidade instalada, à oferta e à própria gestão do sistema, tanto na área ambulatorial como na hospitalar;
c. Na oferta especializada e de complexidade mais elevada dilui-se a homogeneidade observada quanto a outros aspectos, com variações muito amplas dos indicadores, traduzindo possivelmente até mesmo alguma incorreção da base de dados. É digna de destaque a situação de Niterói, que apresenta um índice de procedimentos especializados per capita superior a todas as demais cidades, inclusive superando a de Curitiba;
d. Do ponto de vista da oferta e cobertura hospitalar, os indicadores são inferiores à média nacional, traduzindo possivelmente um maior impacto da atenção básica resolutiva nos sistema locais;
e. As taxas de evasão e invasão de internações, embora apresentem ampla variação, parecem traduzir uma tendência de que estes municípios captam as demandas externas, ao mesmo tempo que circunscrevem o atendimento local dentro do próprio sistema, com a notável dissonância de Contagem neste aspecto;
f. Os dados de financiamento demonstram-se um tanto vulneráveis a uma crítica relativa à sua fidedignidade, observando-se, mesmo cautelosamente, que ocorre uma certa uniformidade nas receitas e no gasto com saúde – por habitante – com a notável exceção de Vitória da Conquista, em que tais cifras se colocam em patamares inferiores às demais cidades;
g. Em relação ao índice de recursos próprios municipais alocados, notam-se percentuais acima de 20% apenas em Ibiá e Niterói, estando os demais abaixo de 10%, fora Contagem, para a qual o dado não se encontra disponível;
h. As coberturas de PSF e PACS também variam intensamente, mas aqui a fidedignidade do dado não é objeto de contestação. Destacam-se neste aspecto ibiá (com praticamente 100%), Vitória da Conquista e Contagem, com coberturas da ordem de 40% e 54%, para o PSF e de 81,8% e 43,4% para o PACS, respectivamente.

Contexto político geral

O que se revela, à primeira vista, é uma certa polaridade entre aquelas experiências que se desenvolveram em ambientes políticos considerados favoráveis e outras que, ao contrário, enfrentaram, desde seu início, ou mesmo historicamente, contextos mais adversos.

No primeiro caso, prevalecem a continuidade política e administrativa das gestões municipais, um panorama sólido de articulações externas, uma base técnica e ideológica bem estabelecida, além de práticas políticas e administrativas convergindo para a qualidade técnica e o interesse coletivo, dentro do panorama que poderia ser denominado de bom governo. Aqui se encaixam, sem muito esforço, os processos desenvolvidos em Curitiba e Niterói.

De outro lado, porém, ficam experiências geradas em ambientes adversos, do ponto de vista político ou sócio-econômico, e que muitas vezes tiveram que partir de um estado de caos relativo. Além disso, foram geralmente desenvolvidas tendo como antecedentes maneiras tradicionais de fazer política, marcados pelo populismo e pelo clientelismo, que têm nos casos do “carlismo”, em Vitória da Conquista e do “cardosismo” em Contagem, dois exemplos marcantes. Nestas experiências, a base técnica geralmente teve de ser arregimentada fora da realidade local e a própria substância ideológica assumiu, por vezes, características também adventícias, por assim dizer. Além das duas citadas acima, aqui se enquadra também a experiência desenvolvida em Ibiá.

A categoria do bom governo tem sido muito explorada na literatura sobre administração pública, como no caso do trabalho de Tendler (1998). Esta autora analisou de perto a experiência de

implementação do PACS no estado do Ceará, entre outras, durante a década de 90 e considerou que nas circunstâncias então vigentes uma série de fatores positivos se acumulou, como por exemplo, incentivos à dedicação dos trabalhadores da saúde, fazendo com que se desenvolvesse nestes certas noções de vocação e missão, além de “pressões para o comportamento responsável”. A própria maneira como os cidadãos se referiam aos funcionários da saúde sofreu mudanças favoráveis na vigência dos processos relatados. Segundo Hirschman (1984), uma das características do bom governo é a mobilização dos chamados recursos morais mobilizados pelas administrações, ou seja, acumulações simbólicas – por exemplo a confiança mútua entre governo e cidadãos – cuja oferta aumenta com o uso e que se esgotam caso não sejam utilizadas. Nesta mesma linha, Putnan (1996) estabelece possíveis explicações para o fenômeno, relacionando, entre outros fatores, a estabilidade social e institucional, a qualidade da educação, a urbanização, e as características do partido no poder. Algumas das categorias apontadas por estes autores, por exemplo, incentivos à dedicação e ao cumprimento do dever, percepção por parte dos usuários, manuseio de recursos simbólicos, estabilidade, continuidade, programa partidário etc. Constituem aspectos bem nítidos em várias das experiências analisadas. Por assim dizer, “perpassam” todas elas, com a possível inserção de Curitiba em um pólo mais pulsante com relação a tais qualidades.

Aprofundando mais a análise das experiências é possível obter certas nuances, que dão a devida dimensão a cada caso, considerando que, particularmente no grupo das condições adversas de desenvolvimento, nem todas evoluíram de maneira semelhante e que, portanto, os fatores apontados não possuem poder explicativo total. Contagem, por exemplo, tinha muitos pontos negativos em seu contexto político geral, mas ao mesmo tempo tinha uma base sólida de atuação municipal em saúde, remontando a mais de duas décadas. Nem por isso foi uma experiência bem sucedida, sendo modificada e reduzida drasticamente com a mudança política local. Aliás, de todo o grupo estudado, foi a única cidade que não conseguiu reeleger seu prefeito. Assim, em Contagem, outros aspectos do contexto devem ser buscados, como por exemplo o predomínio de uma lógica basicamente eleitoral, acelerada e talvez mesmo imediatista – imposta pelo prazo curto (apenas dois anos) de que dispunha a administração municipal – empossada na metade do mandato, para implantar sua proposta de mudança na saúde local.

Em Ibiá, outros fatores podem ter pesado, entre eles o caráter de “virada” que representou a chegada ao poder do PDT e de seus aliados, particularmente a duração plena do mandato do prefeito e sua reeleição em 2000, embora neste município, tanto quanto em Contagem, o grande problema enfrentado tenha sido o da reconstrução de um sistema de saúde bastante deficitário em termos físicos.

Também em Vitória da Conquista, como em Ibiá, houve também uma “virada” política em regra, com a chegada do PT ao poder, particularmente dentro de um quadro político e eleitoral adverso como o da Bahia. Ali, entretanto, apesar do sucateamento encontrado na saúde, havia resquícios de uma tradição mais consistente em matéria de saúde, dada pela proposta dos agentes rurais. Não pode ser deixado de lado o impacto existente de uma rede de apoios externos efetivos, seja do Partido dos Trabalhadores, seja do Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA) ou da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

Mesmo entre os que tinham tudo para serem bem sucedidos e o foram, de fato, como Niterói e Curitiba, há alguns aspectos diferenciais de monta. Veja-se, por exemplo, o desenvolvimento “contra a corrente” assumido pela experiência de Niterói em seus primórdios, dado o caráter de precocidade ali assumido em relação a outras propostas. Ali, com efeito, se havia um panorama político interno favorável, com a chegada de uma nova administração ao poder municipal e à tradição desenvolvida no âmbito do Projeto Niterói, por outro, vigorava, no plano nacional, um ambiente político alheio ou mesmo desfavorável a projetos da natureza do Médico de Família. Assim mesmo, entretanto, o programa de Niterói cresceu e evoluiu, embora de forma independente do apoio técnico e mesmo do financiamento federal.

A formação dos conteúdos

Todas as experiências estão referenciadas, no discurso e na prática, aos conteúdos gerais do estado de bem-estar social e da reforma sanitária brasileira, em particular. Em todas elas são visíveis as conseqüências dos princípios e diretrizes legais do SUS, tais como direito, responsabilização e

relevância pública, integralidade, participação social, regionalização, hierarquização, entre outros. Não deixam de ser contempladas também as diretrizes oficiais do PSF nacional, tais como territorialização, trabalho em equipe, agentes comunitários de saúde, uso do instrumental epidemiológico etc.

Entretanto, uma análise mais apurada permite destacar também uma certa “polaridade” na maneira como estes conteúdos se dispõem no conjunto das experiências, evidenciando uma pauta restrita ao *tradicional*, de um lado, e uma nova pauta, de outro. A pauta tradicional, na verdade encontra-se difusa em todas as experiências, mas em algumas ela representa basicamente o conjunto de conteúdos disponíveis. Este seria o caso daqueles municípios em que fatores ambientais e institucionais não permitiram maior articulação externa e mesmo um certo “arejamento” do processo de discussão, como ocorreu em Ibiá e Contagem. Não que estes municípios não tenham se preocupado com “outras” questões. Provavelmente o fizeram, mas a análise dos documentos disponíveis e do próprio discurso dos entrevistados mostrou-se particularmente centrada nos aspectos citados, o que, diga-se de passagem, já representaria um grande avanço dentro das condições locais.

Paim e Almeida Filho (2000) se propõem a identificar e a discutir os elementos desta nova pauta, a qual, segundo ele, visa se antepor às respostas pragmáticas e intervencionistas que o Banco Mundial e outros organismos internacionais têm procurado inserir nos sistemas de saúde. Estas propostas externas não têm sido suficientes para fundamentar uma política inspirada na eqüidade e na solidariedade, estes sim, princípios norteadores das mudanças desejáveis nos sistemas de saúde. Assim, a nova pauta representaria um conjunto de conceitos, teorias e práticas dirigidos para a renovação do postulado – tradicional e um tanto desgastado – de saúde para todos. Descreve-se um processo de interfertilização entre as academias e os serviços, que poderia desencadear a formação de agendas de ação e modernização conceitual compatíveis com novas práticas de saúde pública. O resultado, segundo o autor citado, deveria ser a discussão da saúde e a formulação de propostas em terreno público-coletivo-social, de forma a gerar oportunidades para a incorporação do complexo promoção-saúde-doença-cuidado, numa perspectiva de política pública saudável e participação mais efetiva da sociedade nas questões de vida, saúde, sofrimento e morte.

Segundo Rodriguez (1994), a nova pauta remeter-se-ia à inserção de novas práticas e novos papéis profissionais, de forma a cumprir funções históricas e políticas de resgatar os conhecimentos, êxitos e fracassos das lutas coletivas; de agregar valor por meio da produção e gestão do conhecimento; de gerência estratégica de recursos escassos; da mediação entre as necessidades de saúde e as decisões políticas; além de *advocacy* da sociedade nas questões da saúde e da cidadania. Kickbush (1996) define uma nova saúde pública, categoria que se aproxima da nova pauta ora comentada, e que abarca a “compreensão do contexto”, incluindo aspectos econômicos, a força dos grupos de pressão e os estilos de vida; as novas maneiras de pensar a saúde, não como medição de resultados, mas como processo e recurso; o re-arranjo dos problemas e das prioridades; a integração de novos atores sociais; o desenvolvimento de laços com a ação política. A partir destes elementos conceituais é que se desenvolveriam novos eixos para a atuação do setor, a saúde, a garantia do acesso com redução das desigualdades existentes, a defesa dos interesses coletivos em saúde, bem como a superação das meras ações assistenciais tradicionais nos serviços de saúde.

Sem dúvida, pode-se perceber a vigência de tais elementos conceituais e ideológicos nas agendas de ação renovadas que alguns municípios apresentam. Nestas, os temas correlatos à saúde são tratados com maior profundidade e amplitude, expandindo o conceito de saúde e incorporando novos temas ou mesmo desdobramentos dos temas tradicionais da reforma sanitária, tais como promoção da saúde, qualidade e condições de vida, vigilância à saúde, novos modelos organizacionais, humanização, dignidade, entre outros. Praticava-se, graças ao processo mais intenso de articulação externo verificado, o que se poderia chamar de cosmopolitismo sanitário, muito nítido nos documentos e discursos de Vitória da Conquista, Curitiba e Niterói, por exemplo.

Atores e suas articulações

Evidentemente, nenhuma das experiências foi construída sem atores, como também nenhuma deixou de apresentar algum grau de articulação externa. Cabe, entretanto, evidenciar e tipificar melhor estes dois aspectos.

Para iniciar a discussão, apresenta-se alguns traços que parecem marcantes nos atores centrais das experiências estudadas, ou seja, naqueles que de fato parecem ter liderado o processo de mudança

advindo da implantação do PSF. A maioria é do sexo masculino e está na faixa etária abaixo dos 40 anos. De modo geral, são os titulares dos órgãos gestores locais, mas há casos de técnicos de escalão um degrau abaixo (caso Niterói) ou mesmo de um prefeito (Ibiá). A experiência acumulada nos serviços de saúde predomina sobre a formação acadêmica, havendo todavia casos em que as duas se somam (caso de Vitória da Conquista). A presença de marcantes articulações externas entre tal grupo, formais e informais, constitui regra geral. A maioria tem militância política local e vinculação partidária, mas nem todos possuem raízes locais fortes. Entre todos os atores estratégicos foram característicos os atributos de carisma pessoal, liderança, empreendedorismo técnico ou político, como será comentado adiante.

A atuação dos atores sociais nos processos de formulação e implementação das experiências estudadas se deu mediante quatro dimensões, a saber: expertise local, recurso externo, base ideológica, fatores pessoais, categorias que serão desdobradas a seguir.

A expertise local, embora difusa no conjunto das experiências, mostrou concentração mais forte, naturalmente, nos locais onde os recursos voltados para a formação e a própria tradição de serviços eram mais fortes. Tal foi o caso de Curitiba e de Niterói e também de Vitória da Conquista, devido à sua peculiar situação de articulação com duas entidades acadêmicas, uma local e outra externa.

A expertise local, por vezes, assumiu formas mais sofisticadas, seja do ponto de vista técnico ou formal, configurando verdadeiras tecno-estruturas, na acepção proposta por Mintzberg (1982), quais sejam instâncias de análise e formulação de políticas e de processos de trabalho, mantendo amplo contato com o ambiente social, com seus quadros formados pelos chamados analistas.

Contudo, nos casos presentes não devem ser deixadas de lado as referências que vinculam tais estruturas à vida associativa e cívica local, o que subentende sua adequação à normas e valores vigentes. Esta interpretação recusa, de fato, o mero recurso a explicações fundadas na determinação estrutural dos modos de agir de uma tecno-burocracia estatal formada por especialistas influentes no processo de decisões institucionais (RIBEIRO, 1996), porém alheios a valores e infensos a decisões de caráter mais altruísta, nas quais os bens públicos possam ter primazia sobre a maximização de benefícios restritos.

Os modos de se organizar e de agir dessa expertise local em muito se aproximam daqueles referentes às comunidades epistêmicas, noção vinculada ao entendimento de como ocorrem os processos de formação e formulação das agendas e planos de ação dos governos, mas também da difusão do conhecimento (COSTA, 1996). Trata-se de processos que têm como atores os especialistas, como marcante fundamentação não só no conhecimento técnico como no domínio de técnicas voltadas para a produção de consenso, envolvendo financiadores e dirigentes, de um lado, e operadores, do outro. A definição oferecida por Haas (1992) acentua certos papéis assumidos por uma rede de técnicos e outros especialistas atuantes nos processos produção e de difusão de crenças científicas, aspecto relevante para a socialização das políticas e para o aprendizado social. Ribeiro (1996) analisa a possível substituição da política formal pelo discurso de uma tecno-estrutura de Estado, formada por especialistas capazes de influir de forma decisiva no processo de tomada de decisões dentro do aparelho governamental.

Estas formas de organização da expertise mostraram-se, sem dúvida, mais aprimoradas em Curitiba, cidade onde puderam ser localizadas na própria estrutura pública municipal, inclusive com um percurso histórico notável, ao longo das três últimas décadas, mas também nas universidades e nas sociedades científicas e profissionais. Em Niterói também deram sinais de presença, mas nas outras experiências pareceram pouco significativas ou mesmo ausentes.

O chamado recurso externo não deixou de estar presente também nas experiências onde a expertise local foi marcante. Todas elas, em maior ou menor grau, se valeram desta modalidade de contribuição. Mas há nuanças interessantes a considerar. Este recurso, às vezes, era alcançado mediante grande esforço, no panorama estadual e nacional, valendo-se os gestores de seus contatos pessoais e de uma rede mais ou menos informal de apoiadores. Em outras circunstâncias, já havia uma rede formalmente organizada, que se dispunha ao município de forma até certo ponto institucionalizada e mesmo compulsória. A primeira situação foi típica em Ibiá e Contagem; a segunda em Vitória da Conquista, na qual prevaleceu de forma efetiva o que anteriormente se denominou de rede PT. Os casos de Curitiba e Niterói são mais específicos, dada a grande visibilidade das duas cidades em termos de prática política de saúde. Nelas os recursos externos de conhecimento e tecnologia foram, por assim dizer, “naturalmente” atraídos, sem impedimento que tenha havido um certo esforço em trazê-los. Nestas duas cidades houve também o recurso a um tipo de ator que foi antes denominado de externo seleto,

ou seja, recrutado fora dos limites da cidade, às vezes até no panorama internacional, porém demandado para tarefas específicas e de modo geral de maior complexidade técnica.

Algumas situações de demanda ao *recurso externo* foram marcantes e merecem ser comentadas. Entre elas podem ser citadas a participação do ISC/UFBA em Vitória da Conquista; a cooperação cubana em Niterói; a presença da Universidade de Toronto em Curitiba e Contagem; a atuação da Rede PT em Vitória da Conquista; além de diversos atores individuais, alguns tipicamente externos seletos, como Davi Capistrano, Yves Talbot, Eugênio Vilaça Mendes, Dante Romanó, Carlos Grossman, Felisberto Peres, entre outros.

A base ideológica, ou seja, uma trajetória de militância e articulação com grupos e correntes políticas da área da saúde, é um atributo que não exclui os dois anteriores, pois esteve presente entre os atores locais e os externos. Freqüentemente ela se confunde com a própria filiação partidária dos agentes. Tal dimensão é mais fortemente desenvolvida justamente nas experiências adquiridas nos grandes centros, como Niterói ou Curitiba, onde a luta política é mais visível e mais complexa, ou naqueles municípios em que a Rede PT foi atuante, como em Vitória da Conquista e até certo ponto em Ibiá.

Finalmente, os fatores pessoais devem ser considerados. Entre todos os atores centrais das experiências e seus assessores mais imediatos foi relativamente comum encontrar os atributos de carisma, liderança, “personalidade”, facilidade em tomar decisões, tendência empreendedora, “inquietação”, voluntarismo, militância, entre outros. Estes atributos, sem dúvida, parecem ter pesado no desenvolvimento das experiências em foco. Mesmo quando não obtiveram repercussões no panorama político mais amplo, fora dos limites da saúde ou mesmo do município, certamente parecem ter influenciado e promovido um ambiente interno favorável ao caminhar da proposta em curso.

As características da liderança nos projetos estudados foram muito valorizadas nos depoimentos, particularmente dos atores hierarquicamente subsidiários aos detentores das qualidades referidas, e principalmente por parte dos conselheiros. Este é um tópico do qual vem se ocupando, com relativa intensidade, nos últimos anos, a literatura administrativa. Tendler (1998), em sua obra já citada, destaca o fato de que a presença de líderes com características semelhantes àquelas reveladas no presente estudo, ou seja, de carisma, voluntarismo, “personalidade”, entre outras, chega a ser indispensável para a sobrevivência dos programas que lideram e que é um desafio compreender as maneiras como tal dependência do líder às vezes é superada. Na experiência estudada pela autora, ou seja, relativa à implementação de algumas políticas públicas no Ceará, algumas lições a respeito do papel da liderança foram destacadas, entre elas: (a) nem sempre é possível afirmar como intencional o papel exercido pelo líder; (b) a compreensão interna das equipes e das lideranças a respeito de seus acertos, igualmente, nem sempre se dava como muita clareza; (c) a visão de futuro é um atributo importante do líder; (d) boas experiências administrativas não devem ser interpretadas como resultados diretos e unívocos do surgimento idiossincrático de lideranças destacadas, mas sim como o resultado de circunstâncias muito mais abrangentes.

Amado e Brasil (1997) procuram definir com mais nitidez o que chamam de “categorias hermenêuticas” para a identificação e qualificação das lideranças organizacionais no Brasil. Estes autores procuram afastar-se da mera consideração do “jeitinho” como explicação do fenômeno e esboçam um possível perfil do líder organizacional nacional, em perspectiva comparada com outras culturas. Assim, assumem posição dianteira características como um caráter autoritário-benevolente (versus deliberativo-consultivo em outras culturas); um comportamento ao mesmo tempo receptivo-associativo e sedutor, calcado em um sistema de relações pessoais. Na mesma linha, Barbosa (1996) levanta as características do herói organizacional, às vezes também fundador, para o qual é relevante o peso de dimensões simbólicas de atuação, fundadas em uma ética do trabalho. Outras características de tal *herói* são constituídas pela atuação em horizontes de largo prazo, assunção de responsabilidades compartilhadas em trabalho grupal, gestão baseada em fatos e evidências, além de uma lógica da qualidade de resultados. Morgan (1986) coloca especial ênfase no que chama de papel crucial dos que estão no poder e sua capacidade em modelar os valores que guiam a organização. Para ele, o estilo de liderança e a cultura organizacional se complementam, pois mesmo os líderes formais mais notáveis não chegam a ter o monopólio da criação. Dessa forma, a liderança – cujos múltiplos estilos devem ser reconhecidos e apreendidos em busca da verdadeira compreensão da vida organizacional – constitui uma das características da *metáfora da cultura* nas organizações, em outras palavras, o grande fator responsável pela administração do sentido dentro das instituições.

A combinação de produção de conhecimentos, seja por especialistas locais ou assessores externos, e uma base ideológica e militante remete à categoria gramsciana dos intelectuais orgânicos, ou seja,

pessoas dotadas de uma função organizacional relativa às crenças e relações institucionais e sociais, capazes de formular e propor projetos de hegemonia, tanto do ponto de vista técnico como político (BOTTOMORE, 1988). Estes são os fatores que fornecem a base teórica para a compreensão do fenômeno do empreendorismo militante, um aspecto notável em diversas das experiências analisadas, especialmente em Vitória da Conquista.

Sobre o fenômeno do empreendorismo, destacam-se ainda algumas informações importantes para os objetivos ora presentes. Barbosa (1996), na obra já citada, destaca o fato de que no caso brasileiro, a relativa ausência das noções de meritocracia e *self-reliance* faz com que as responsabilidades gerenciais atenham-se a indicadores de posição social e estabilidade. Entretanto, pode se legitimar uma figura especial, a do herói-fundador empreendedor, a partir de influências externas, em função do "como" e dos contextos em que aparece. Para Filion (2001), este personagem é aquele que "define contextos organizacionais em torno de fios condutores por ele estabelecidos", pessoa apta a realizar inovações e, dotado de comportamentos diferenciados em relação ao grupo, de natureza pró-ativa e criativa e, acima de tudo, capaz de definir "o objeto que vai determinar seu próprio futuro, diferente de outras pessoas na organização", com exigência de análise e imaginação. Já Amado e Brasil (1997) apontam outras particularidades do empreendedor brasileiro, em termos comparativos com outras culturas: hierarquia; centralização; *social approach*; controle da incerteza; preocupação com a qualidade de trabalho, além de atitudes de cuidado frente aos menos favorecidos.

É em De Masi (1999), contudo, que algumas características essenciais de tal ator social são postas como de maior relevância, dentro do referencial que este autor denomina de fenomenologia do criativo. A figura típica do empreendedor é marcada por habilidades intelectuais e por forte envolvimento emocional com o objeto e também por correção profissional, senso de união e espírito de grupo, além de iniciativa, confiança recíproca, vontade firme, dedicação, flexibilidade, entre outras características. Mas o que dá mais destaque a estas figuras, segundo o autor, é a sua proeminência de líderfundador, sua capacidade de dedicação quase-heróica, sua excepcional eficácia em criar um set psico-social (ou seja, um clima e um fervor extremos em torno das atividades do grupo), além de carisma, competência técnica e capacidade de transformar conflitos em estímulos para a idealização e a solidariedade.

Muitas das pessoas destacadas nas experiências possuem, sem dúvida, tais características, de forma associada ou parcelada. São figuras paradigmáticas a este respeito o prefeito de Ibiá e o secretário de saúde de Niterói – que conduziu o processo de mudanças na saúde durante quase 10 anos – mas também nas outras localidades são encontrados atores que encarnam de forma expressiva este herói organizacional de que fala Barbosa (1996).

Ao se mencionar a participação de atores sociais nas experiências cumpre destacar, além dos aspectos positivos, algumas ausências notáveis, entre as quais se destacam as Secretarias de Saúde dos Estados e as Universidades. Embora haja exceções, particularmente em relação a este último ator (confirmadas, por exemplo, pelos casos de Curitiba, Niterói e Vitória da Conquista), pode-se dizer que a presença das mesmas nos processos estudados foi no mínimo tímida ou até mesmo omissa. Como fatores determinantes de tal fenômeno poderiam ser arrolados a falta de clareza dos papéis institucionais face à construção do SUS, a presença de desavenças e retaliações político-partidárias (no caso das SES), a insuficiência e a ineficácia dos recursos de cooperação técnica disponibilizados pelas referidas instituições etc. De qualquer forma, tal quadro teria tudo para se constituir como um cenário em mutação, dada a dinâmica da construção do sistema de saúde e o advento de novas modalidades de gestão de recursos de cooperação e capacitação técnicas, como é o caso dos pólos do PSF.

O papel do nível estadual de governo na implementação de políticas sociais, inclusive do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, no caso, do Ceará, foi especialmente destacado por Tendler (1998). Nas circunstâncias analisadas, a relação com o governo estadual obedeceu a padrões um tanto diferenciados dos ora revelados, destacando-se o que a autora denomina de uma dinâmica tri-direcional, ou seja, uma articulação sinérgica formando círculos virtuosos entre a ação do governo central, do governo local e da sociedade de usuários. No caso citado, a autora destaca o papel do nível estadual de governo não como cumpridor dos papéis tradicionais que dele se espera, mas como um ator que agora está "fazendo algo diferente", o que inclui, de forma até certo ponto surpreendente, a defesa dos cidadãos e proteção de seus direitos – a *advocacy* do cliente. Este realmente não parece ter sido o caso verificado em nenhuma das experiências estudadas, nem mesmo em niterói, onde a relação entre a municipalidade e a SES poderiam ser mais suave, do ponto de vista político, e produtiva.

Cumpre destacar, ainda, uma característica peculiar de parte apreciável dos atores individuais analisados. Passaram a pertencer a uma categoria emergente da burocracia pública, a dos executivos da saúde, ou seja, pessoas que se tornaram profissionalizados em suas funções, seja por intermédio da academia, ou (principalmente) no âmbito dos próprios serviços, ou até mesmo disputados em um mercado de trabalho competitivo, embora eminentemente público. Os casos de secretários municipais de saúde que assumem o cargo novamente em municípios diferentes após o término de seu mandato, ou mesmo de equipes inteiras que fazem o mesmo percurso, bem como os ex-secretários que vão trabalhar diretamente em setores da administração federal são bem conhecidos no panorama da gestão municipal da saúde, inclusive no PSF. Em todas as experiências visitadas foram encontradas pessoas com este perfil, destacando-se Jorge Solla, (Vitória da Conquista); Antonio Dercy (Curitiba); Luiz Fernando (Contagem); Maria Turci (Ibiá) e Gilson Cantarino (Niterói).

Em que pese as já mencionadas características militantes e *partisans* do conjunto de atores centrais, é digno de nota o fato que até o fechamento deste trabalho (o que vale para o panorama presente) de todos eles apenas um havia formalmente se inserido na disputa política eleitoral local, no caso, Luciano Ducci, de Curitiba, candidato a deputado estadual pelo PSB, que acabou eleito em 2002.

Participação e envolvimento sociais

Analisando, no plano do discurso, a sensação é de unanimidade em relação a este quesito, não havendo quem discorde ou sequer atenue o peso que este aspecto deve possuir no quadro dos fatores influentes ou determinantes sobre a política de saúde. Entretanto, mais uma vez, é preciso aprofundar e colocar mais rigor na análise, pois as práticas políticas efetivamente levadas a cabo mostram a possibilidade de nuanças em tal disposição.

Considerando que o fenômeno da participação é algo que envolve no mínimo dois elementos em interação, quais sejam, governo e sociedade, uma possibilidade é a de analisar o mesmo a partir de tais termos. De um lado estariam projetos em que governo e sociedade interagem de forma consentânea e mutuamente influente na construção da participação e na busca do envolvimento real da sociedade com as políticas públicas. No lado oposto se enquadrariam determinadas situações em que o governo não apenas detém o discurso como modula e dá formato às práticas participativas. Esta evidentemente é uma visão aproximada, que pode pecar por simplificar e deixar de lado certos detalhes da realidade, mas certamente não seria de todo ocioso tentar situar as experiências em foco dentro de tal esquema.

Assim, como exemplos do referido “equilíbrio” entre governo e sociedade estariam aqueles municípios nos quais as tradições políticas e as próprias disposições cívicas e participativas da sociedade se encontram mais arraigadas, como é o caso de Curitiba e Niterói. Não é por acaso que nestas cidades foi possível avançar em vários outros aspectos referentes à formação, formulação e implementação da política aqui analisada. Do outro lado ficariam as experiências dos municípios onde as tradições cívicas e políticas seriam mais tênues, como foram os casos de Ibiá, Contagem e talvez Vitória da Conquista.

Tudo isso porém merece ser melhor contextualizado. Em Curitiba, por exemplo, é nítida a virtude representada pela prática de uma política de recursos humanos que resulta em uma carreira pública da saúde, nos moldes de uma burocracia estável weberiana. Aqui se insere, também, a formação de uma verdadeira comunidade epistêmica da saúde. Além disso, de forma inédita nesta cidade, ocorreu uma forte aproximação entre algumas sociedades médicas e científicas com o programa de saúde. O mesmo aconteceu com as universidades, com as entidades sociais em geral e até mesmo no plano da política partidária, configurando o que já se intitulou de “um modo civilizado de fazer política”, tendo como escopo o interesse comum. Curitiba, não se pode esquecer, tem sido também palco de práticas consideradas de “bom governo” desde há algumas décadas – o que é objeto de reconhecimento geral.

Já em Niterói, se não se avançou tanto como em Curitiba, há aspectos também dignos de destaque, como a vigência de uma forte tradição política de esquerda na cidade, afetando inclusive a área da saúde; a existência de uma forma inédita de articulação e resistência na saúde – o Projeto Niterói – e ainda a articulação e a parceria desenvolvidas pela municipalidade com as associações de moradores, o que representa um processo histórico típico da realidade local, com mais de duas décadas de duração. Contraditoriamente, entretanto, é em Niterói que se registra a presença de um ator inusitado e

de certa forma também “influente” em determinadas questões da saúde, embora de forma negativa – os agentes do crime organizado sediados nos morros da cidade.

Em Contagem, apesar das tradições políticas e de uma histórica luta sindical, havia uma força perturbadora no horizonte, dada pelas práticas clientelistas e populistas do cardosismo. Em Ibiá, ao contrário, mesmo o mero discurso de “participação” soava como algo totalmente novo, para não dizer das práticas correspondentes.

Para fazer justiça à Vitória da Conquista, sua situação talvez pudesse ser colocada como intermediária entre os dois pólos referidos. Com efeito, a cidade conheceu momentos de luta política e de resistência na época do regime militar. Teve também, em plena década de 80, o desenvolvimento de um projeto totalmente inovador em matéria de saúde, o dos agentes rurais. Além disso, a atual administração do PT investiu maciçamente na promoção da idéia e da prática política de participação. O resultado parece ter sido o advento de mecanismos participativos um tanto mais avançados e efetivos do que as duas experiências anteriores, mas certamente distantes das demais. Nesta cidade, ao que parece, o governo ainda detém a dianteira no discurso participativo, mas há evidências de que a captação da mensagem por parte da sociedade já tenha produzido alguns efeitos significativos, o que é atestado pelos depoimentos colhidos entre conselheiros de saúde locais e nas próprias equipes.

As relações entre governo e sociedade, particularmente diante de um panorama de mudanças e implementação de novas políticas públicas, como nos casos presentemente analisados, receberam algumas considerações interessantes na obra de Tendler (1998) sobre o “bom governo” no estado do Ceará, já referida anteriormente. Esta autora fala de um saudável processo de entrelaçamento e dinâmicas, de natureza bilateral, entre o governo local e a sociedade civil, gerando pressões para o incremento da *accountability*, com mais responsabilidade e transparência do setor público. Além disso, acentua, não se pode falar de uma causalidade unidirecional entre a organização comunitária e a qualidade do governo, pois as coisas se passam de modo mais complexo, como um sistema causal bidirecional envolvendo governo e comunidade, ou até mesmo tri-direcional, como no caso estudado, no qual esteve atuante, deixando marcas profundas, também o governo estadual. De toda forma, a autora argumenta que o governo local é melhor para determinados tipos de serviço (inclusive para a implementação do PACS, um dos casos estudados no livro), por sua maior proximidade com a realidade local e por sua maior vulnerabilidade às pressões dos clientes-cidadãos. Em resumo, uma sociedade civil robusta representa, sem dúvida, um forte prérequisito para um “bom governo”, conforme foi popularizado na obra de Putnam (1996), sem impedimento de que outras dinâmicas estejam presentes, conforme adverte Tendler (1998).

Voltando ao estudo dos casos presentes, a questão da influência dos mecanismos participativos locais sobre o advento e a implementação do PSF recebeu de parte dos interlocutores respostas enfaticamente positivas. Nas entrelinhas do discurso, entretanto, a realidade parecia ser outra, ao revelar um certo distanciamento e omissão em relação ao tema, pelo menos no dia-a-dia do controle social. É verdade que, em todas as situações estudadas, o tema do PSF esteve presente nas Conferências Municipais de Saúde, que todos os municípios realizaram, alguns em mais de uma ocasião, nos anos recentes. Em todos estes eventos as recomendações das plenárias foram pela implementação ou pela manutenção do programa, preocupando-se ainda em denunciar e buscar alternativas para algumas situações de conflito presentes. A contradição entre um fato e outro é apenas aparente. O que possivelmente aconteceu é que, na ocasião das conferências, o gestor municipal “jogou todo seu peso”, em termos políticos e de comunicação social, visando a aprovação de propostas internas, cuja legitimação pelo movimento social seria extremamente adequada e funcional para os desígnios da administração. Já no cotidiano dos conselhos de saúde, nas reuniões ordinárias, a insistência em itens mais prosaicos na pauta, associada talvez a um funcionamento regular dos PSF, com comparações entre o “antes” e o “depois”, exigiu poucas deliberações novas ou estratégicas referentes ao tema, acabando por esvaziar os conteúdos respectivos.

O resultado parece ter sido um certo descompasso entre discurso e prática, ou seja, o envolvimento da comunidade com o PSF de fato foi menor do que o anunciado nos discursos das autoridades e dos técnicos.

Embora as controvérsias apontadas, tais questões favorecem a conclusão de que uma sociedade mais organizada e mais consciente, não só nos seus segmentos de usuários e outros atores extra-saúde, como também no plano interno das instituições, deve exercer um papel influente na estruturação e na sustentabilidade das propostas de PSF, aspecto que remete ao conceito de comunidade cívica, nos termos desenvolvidos por Putnan (1996).

Segundo aquele autor, que estudou os determinantes do “bom governo” na Itália, pós-reformas administrativas das décadas de 70 e 80, os bons governos regionais e locais foram encontrados mormente onde havia condições históricas e culturais para que a sociedade civil fosse mais desenvolvida. O autor desenvolve, assim, a partir de um conceito já consagrado na literatura de ciência política, qual seja o de capital social, o de comunidade cívica.

O primeiro conceito, de capital social produtivo, refere-se a características da organização social, tais como confiança, normas e sistemas que contribuem para incrementar a eficiência e a coordenação da sociedade, gerando, por exemplo, processos de cooperação espontânea e altruísta entre seus membros. Daí deriva o segundo conceito, de comunidade cívica, cujas palavras–chave são cidadania, participação, causas públicas, virtudes cívicas, ou o reconhecimento e a busca permanente do bem público à custa de todo interesse puramente individual e particular. As características de tais comunidades são a igualdade política, a solidariedade, a confiança, a tolerância, as estruturas sociais de cooperação. Por hipótese, admite Putnan (1996), haveria uma conexão entre o civismo de uma comunidade e a qualidade da governança.

As impressões colhidas nos trabalhos de campo mostram que nos locais onde o capital social e a comunidade cívica parecem mais sólidos, tanto “fora” como “dentro” das instituições públicas de saúde, como certamente foram os casos de Curitiba e Niterói, a implementação das políticas deu-se de forma mais estável e, aparentemente, mais sustentável. Contudo, em localidades onde estes fatores pareciam ausentes (ou menos conspícuos), como foram os casos de Contagem e Ibiá, o programa de mudanças na saúde foi implantado e obteve razoável grau de sucesso, embora tenha esbarrado em dificuldades não desprezíveis. Aparentemente estes são fatores de peso, mas não dotados de exclusividade em relação ao bom desempenho das políticas.

Processos de implantação e de organização

De onde surgiram as idéias que, em cada caso, permitiram que a experiência de PSF se desenvolvesse? Aqui, mais uma vez, ocorrem situações diversificadas, embora em termos de resultados evolutivos não haja grandes diferenças. Pode-se dizer que a verdadeira fonte foi o próprio PSF formulado pelo ministério da saúde, na maioria dos casos, ou seja, em Contagem, Ibiá e Vitória da Conquista. Nesta última, a cidade parece ter tido influência também a experiência desenvolvida em São Paulo, capital, pela SES-SP, denominada Qualis, da qual Davi Capistrano fora coordenador. Em Curitiba, as primeiras influências foram as da proposta desenvolvida pelo Grupo Hospitalar Conceição, de Porto Alegre, a denominada Medicina Geral Comunitária. Já em Niterói, como se viu, a influência maior é a do Médico de Família cubano.

Assume especial importância nas experiências estudadas a vigência de determinados processos de trabalho, de natureza inovadora ou diferenciada. Para o aparecimento dos mesmos podem ter contribuído diversos fatores, entre eles a expertise local e a assessoria externa. Mas, sem dúvida, os ritmos de implementação dos programas, quase sempre muito acelerados, podem ter contribuído para a busca e a experimentação de soluções criativas, algumas abandonadas ao longo do percurso, outras mantidas por parecerem exitosas.

O quadro a seguir mostra em detalhe alguns dos tópicos de destaque nesta questão. Nele, as classificações de pequeno, médio e alto referem-se a uma interpretação pessoal e até certo ponto impressionista comparando as diversas experiências em termos do grau e do número das inovações observadas.

QUADRO 11– Inovações em destaque

MUNICÌPIO	GRAU DE AVANÇO	INOVAÇÕES DESTACADAS
Contagem	Médio	-0 “Inteligência Epidemiológica” -1 Mostra local de experiências em Saúde da Família -2 Especialistas consultantes na rede -3 Assistência Farmacêutica -4 Processos de avaliação
Curitiba	Alto	-5 Distritalização integralizada -6 Autoridade Sanitária Local -7 Sistema Integrado de Saúde -8 Protocolização -9 Práticas inter-setoriais múltiplas
Ibiá	Pequeno	-10 Gestão conjunta rede e hospital municipal -11 Caráter substitutivo integralizado do PSF -12 Políticas urbanas sinérgicas à saúde -13 Articulação regional por consórcio de serviços especializados
Niterói	Médio	-14 Processos de supervisão -15 Equipes diferenciadas do PSF nacional -16 contratos de pessoas via Associações de Moradores -17 Reuniões de setor -18 Ênfase no “trabalho de campo” do médico
Vitória da conquista	Alto	-19 Central de Regulação -20 Articulação regional (“consórcio programático”) -21 Licitação de serviços privados -22 Caráter substitutivo do PSF -23 Desenvolvimento local de softwares do sistema

Sobre tais processos inovadores de trabalho, Tendler (1998) aponta algumas das características de que se revestiriam tais processos, aqui analisados apenas de passagem. Do lado da organização dos processos de trabalho, por exemplo, a customização, a autonomia e o trabalho transformado, traduzidos pela capacitação do corpo técnico para a realização de múltiplas tarefas e habilidades, resultando no que a autora denomina de empregos auto-ampliadores, parecem ter tido grande impacto na experiência do Ceará. Isso fez com que se propusesse algumas explicações para tal desempenho positivo, entre eles o senso de vocação do trabalhador e a presença moral do governo. Este quadro de certa forma está sintonizado com o que Mintzberg (1982) denominou de *organização ad-hocrática* e, por extensão, seu corpo funcional de *ad-hocracia*, na qual o mecanismo principal de coordenação é o ajustamento interpessoal com fluxos de autoridade formal pouco significativos, de modo geral, sendo uma característica adequada para as organizações que atuam em ambientes complexos e muito mutáveis.

O conceito de inovação ainda merece outras referências teóricas. Crozier (1983), por exemplo, trata do tema de forma extensiva, localizando a capacidade criadora não só nos indivíduos, mas em todo o

conjunto social, configurando um sistema coletivo. O conceito de inovação, segundo este autor, é como o próprio conceito de poder, integrador, mas também confuso e contraditório, tendo referências simultâneas na lógica instrumental e na lógica afetiva. A inovação, que representa sempre uma nova síntese, que colocaria em campos antagônicos, de certa forma, o indivíduo e o grupo, sendo este último, em princípio, mais inovador do que aquele. Além disso, em setores mais marginais dentro das instituições a inovação tende a ocorrer de maneira mais fluida. O peso burocrático, a inflexibilidade de normas e a autocracia institucional funcionariam como fatores limitadores da inovação. Ainda segundo este autor, a inovação representaria também um *desencantamento* em relação às formas de pensamento arcaicas, sendo, portanto, um processo revolucionário dentro das instituições.

Gallo, Vaitsman e Campos Filho (1996) trazem algumas contribuições para a discussão das inovações da gestão no caso do SUS, definindo como novos não apenas o pensamento e a prática destituídos de história ou tradição, mas representativos, ao contrário, de ainda mais história e tradição, dentro de um processo de mudanças que envolve o âmbito da cultura. Estes autores reportam-se a Da Matta (1996), destacando a contribuição deste autor no sentido de evidenciar os processos de inovação como ocorrendo no substrato de uma cultura organizacional, ou seja, como resultado do embate, dentro das instituições, entre o nível formal e legal e um conjunto de códigos de conduta pessoais e não-escritos. Trata-se, sem dúvida, da mesma *démarche* levada a efeito por Kliksberg (1988),autor que propõe novas maneiras de o gestor público lidar com a complexidade e a incerteza contemporâneas, de forma não só a aprimorar a qualidade dos serviços oferecidos ao público usuário como também a capacidade de interpretar a realidade e de transformá-la. Certamente, este é o papel daqueles grupos criativos referidos por De Masi (1999).

É assim que, face aos desafios de tal implementação acelerada, tendo como pano de fundo não raramente uma rede de serviços em estado precário, dentro de um panorama agravado pelas condições sociais, econômicas e sanitárias da população, foi bastante intensivo o recurso a soluções inovadoras em todas as experiências estudadas. É claro que a dimensão e a intensidade tecnológica dessas inovações refletiram, em primeiro lugar, algumas acumulações derivadas da cultura institucional e da expertise técnica disponíveis. Neste aspecto, os municípios grandes, particularmente aqueles que abrigam estruturas administrativas, científicas e tecnológicas de maior densidade tiveram condições de avançar mais.

As condições referidas determinaram de forma marcante a performance de Curitiba, de longe a cidade que mais se destacou no campo das inovações. Entretanto, Vitória da Conquista, que poderia ter ficado em posição oposta, mostrou uma realidade diferente, ao exibir um vasto potencial de inovações, em diversas áreas administrativas, assistenciais e sociais. Ibiá e Contagem ficaram em posição menos privilegiada, mas foi a situação de Niterói a mais surpreendente, pois ali todo o avanço obtido se fez à custa de instrumentos até certo ponto conservadores e mesmo precários em termos de gestão, com a possível exceção dos mecanismos de articulação social desenvolvidos nesta cidade.

Deve-se admitir, em suma, que a acumulação de aspectos tais como trabalho auto-ampliado, ad-hocratismo, sistemas criativos coletivos, flexibilização, democracia interna, amparo na tradição institucional, entre outros, constituíram aspectos marcantes em todas as experiências analisadas, em maior ou menor grau.

Os ritmos de implantação de cada programa tiveram comportamentos relativamente uniformes, com tendência de incrementos rápidos, pelo menos em determinados períodos, por exemplo, em anos eleitorais. De modo geral, em todos os casos houve um momento inicial de espera e contenção, seja por perplexidade face à situação encontrada (caso de Ibiá), seja por condições políticas locais adversas (Contagem), pela necessidade de superação de obstáculos internos (Vitória da Conquista) ou mesmo pela preparação cautelosa do passo a ser dado (Niterói). Em praticamente todos os casos, se não todos, houve também o uso estratégico do tempo para preparar a opinião pública, principalmente com o desenrolar de Conferências de Saúde, além de realizar um certo proselitismo a respeito do tema. A alta velocidade de implementação, associada ao caráter de substituição de modelo assumido, em maior em menor escala, por todas as experiências, configura um padrão explosivo de implementação de políticas, com modificações rápidas e pontuais, embora significativas e que se antepõem àquelas que acontecem mediante pequenos ajustamentos sucessivos (VIANA, 1996).

O ritmo de implementação verificado nessas experiências, entretanto, não tem correspondência direta com a continuidade e a sustentabilidade relativas à ampliação das mesmas. Das cinco estudadas, em três a definição taxativa era de não continuar implantando equipes, geralmente por questões ligadas ao financiamento federal. Em Ibiá, o motivo foi o de ter sido atingida cobertura de

100%. Mesmo em Niterói, único município em que a perspectiva de ampliação continuava em pauta, não deixou de haver considerações um tanto pessimistas quanto à questão do financiamento.

Além do financiamento, um grande "nó" revelado pelas entrevistas foi o da resolutividade através das referências especializadas. Nesta questão houve soluções bastante diferenciadas, moduladas evidentemente pelas condições da oferta de serviços locais ou regionais, mas de modo geral deixando descobertos tópicos delicados do problema. Um amplo espectro de soluções foi armado, tendo como caso mais bem sucedido o de Curitiba – o que não seria surpreendente, tendo em vista não só a enorme capacidade instalada de que dispõe a cidade como também a qualidade das práticas políticas e administrativas ali desenvolvidas. Já em Niterói, que praticamente "acompanha" Curitiba nos acertos e condições favoráveis ao programa, a questão das referências esteve posta como extremamente problemática e de soluções ainda remotas. Em Ibiá, dado o porte do município e a existência de pólos regionais mais desenvolvidos a uma distância razoável, tal questão, embora ainda muito destacada, parece ter encontrado soluções um pouco mais duradouras e efetivas. Em Vitória da Conquista, onde o problema apresentava também forte repercussão, destacou-se o surgimento de soluções muito inovadoras, que envolvem uma rede de municípios vizinhos, como se verá adiante.

A questão das referências especializadas representa um fator crítico e comprometedor da sustentabilidade das propostas de mudança de modelo assistencial e tem afetado sobremaneira a implantação do PSF, como revelado pelos estudos realizados recentemente pelo DAB/MS (BRASIL, 2002b). É um problema de formulação e soluções complexas, que normalmente escapam à governabilidade municipal, representando ainda um tópico nevrálgico do ponto de vista político, pelos inúmeros interesses em jogo e pelos aspectos culturais envolvidos. Agrava o problema o fato de dois dos atores centrais nesta questão serem portadores de interesses nem sempre compatíveis ou sintonizados com as mudanças pretendidas, em termos de concentração na atenção básica e descentralização do poder decisório, como têm sido os casos da iniciativa privada e das SES, respectivamente.

Cabe destacar, também, alguns aspectos ligados à política de recursos humanos praticada em cada uma das experiências, dado o caráter estratégico e estruturante sobre os serviços de saúde de que está revestida esta ação. Evidentemente tal tema ainda guarda questões polêmicas e de resolução complexa ou remota em todo o cenário do sistema de saúde. Nas experiências visitadas, a situação não foi diferente, persistindo, ao lado da permanência de questões-chave ainda por resolver, acertos e de inovações expressivos.

Um denominador comum às soluções encontradas para a questão dos recursos humanos no conjunto de casos tratados neste trabalho certamente não existe, pelo menos de forma abrangente e compreensiva. Contudo, alguns tópicos são passíveis de uma abordagem comparativa.

O vínculo empregatício ainda era uma questão, além de polêmica, muito diversificada em termos de suas soluções. Em duas experiências a contratação se fazia por meio da administração direta, submetida aos rigores formais de um processo público. Exceção era feita para os Agentes Comunitários de Saúde, que tinham contratos realizados por terceiros. Tal era a situação de Contagem e de Curitiba. Nas demais, todos os contratos eram de responsabilidade de terceiros. Mas, mesmo esta situação "terceirizada" apresentava nuances que merecem destaque. Por exemplo, em Niterói a contratante era a Associação de Moradores de cada bairro ou região – o que não deixa de constituir uma grande novidade, mesmo em termos nacionais. Em Ibiá este papel era exercido pela Santa Casa de Misericórdia, uma entidade que, diga-se de passagem, não chegava a ser um "terceiro" típico, considerando o papel preponderante da prefeitura no custeio e mesmo na administração da mesma. Em Vitória da Conquista a contratação se dava por intermédio de uma entidade civil, a ASAS, criada *ad hoc*, ou seja, tão somente para resolver o problema das contratações do PSF e, por extensão, de alguns outros setores da SMS. Em quase todas houve manifestação de um certo temor de complicações frente ao Ministério do Trabalho, Ministério Público, Tribunais de Contas ou INSS. Como é visível, a busca de uma solução adequada não parecia ter sido totalmente encontrada em nenhuma parte, o que reflete, sem dúvida, também o panorama nacional, conforme pesquisa realizada entre 1999 e 2000 (BRASIL, 2000b) .

Quanto aos processos de recrutamento e seleção, a tendência parecia ser de buscar os recursos humanos, particularmente médicos e enfermeiros, fora dos limites municipais, salvo nas duas cidades em que, pelos óbvios motivos de abrigarem unidades formadoras de tais categorias, dispunham de ampla oferta local – tal foi o caso de Curitiba e Niterói. Mesmo Contagem, situada na região metropolitana da capital mineira, teve de lançar mão de contratações em outros municípios

provocando, não raramente, segundo depoimentos externos, situações de penúria na disponibilidade de médicos e enfermeiros nas localidades afetadas por tal prática. Nas cidades menores, como Vitória da Conquista e Ibiá esta regra era absoluta. Da mesma forma, o movimento mais visível era o de privilegiar as contratações fora dos quadros da saúde municipal, com as exceções (mesmo assim parciais) de Curitiba e Niterói. Pelo menos duas razões explicariam esta prática: a dificuldade em romper vínculos funcionais previamente estabelecidos e o temor de que os profissionais da rede trouxessem consigo uma visão tradicional de assistência, incompatível com as diretrizes do programa.

Em termos de capacitação, surge aqui a questão das "ausências notáveis", ou seja, das SES ou das Universidades, com as exceções já comentadas. De forma positiva, entretanto, aparece no cenário um fator de inovação e de responsabilização local significativo, qual seja a assunção dos treinamentos e o desenvolvimento de estruturas nas próprias Secretarias de Saúde. Neste aspecto, pode-se levantar a hipótese que o PSF vem exercendo um papel inédito e diferenciado em todo o país, ao trazer para o cenário da gestão da saúde a necessidade de capacitação e a busca de soluções inovadoras e alternativas para tal dilema. Evidentemente que esta última característica assume maior proporção e densidade técnica nos municípios dotados de uma infra-estrutura mais substancial, ou de apoio externo mais orgânico. Vitória da Conquista é um exemplo típico.

Como último tópico relacionado ao tema dos recursos humanos, cumpre comentar o que se chamou anteriormente de questão médica. Embora seja algo que apareça mediante várias manifestações, seus elementos gerais podem ser descritos como insatisfação salarial, prevalecimento do interesse da categoria sobre o interesse geral (mesmo com um discurso contrário), indiferença ou mesmo oposição diante das propostas de mudança do processo de trabalho, proselitismo, auto-defesa, busca de alianças com os outros funcionários e usuários, manipulação mediante o poder profissional etc. Evidentemente que estes fatores não apareceram todos juntos e nem em todos os lugares. Aliás, o mais comum seria um discurso "abrandado", sem exposição exagerada das contradições e da resistência aos processos de mudança.

A questão médica a que se refere este trabalho teve seus delineamentos gerais esboçados na recente pesquisa sobre a profissão médica no brasil, capitaneada pelo conselho federal de medicina e Ministério da Saúde, com execução da Fundação Oswaldo Cruz (MACHADO, 1997) . Segundo tal estudo, o que se chama aqui de questão médica faria parte de um contexto contemporâneo de perda de status, de autonomia e de ideal de serviço característicos da profissão e se traduz pelo piora das condições de trabalho, pelo desgaste profissional, pelos obstáculos ao exercício profissional, pelas responsabilidades acumuladas por terem *a* vida e a morte nas mãos, além das próprias opções profissionais. No contexto específico dos médicos que militam no PSF, conforme revela pesquisa realizada entre 1998 e 1999 pelo Brasil (2000b), embora os médicos admitam melhoras na remuneração e na relação com os pacientes com o advento do programa, parcelas expressivas da classe médica afirmam que suas condições de trabalho, sua autonomia e seu prestígio profissional não se alteraram ou mesmo pioraram.

Sem dúvida, a questão médica é um tema recorrente na literatura de medicina social brasileira, como o atestam trabalhos realizados desde a década de 80, como os de Donangelo (1975), sobre as mudanças do estatuto profissional médico; de Schraiber (1993), sobre a autonomia e da liberdade da profissão médica; Ribeiro (1995), sobre as transformações do trabalho médico em grande centro urbano; Campos (1988), sobre a recepção e as influências do movimento corporativo médico nas políticas de saúde; Machado (1996) sobre as metamorfoses históricas da prática da medicina no Brasil, entre muitos outros.

As manifestações do poder médico foram altamente marcantes em Contagem, mas também aparecem em outras localidades, como Ibiá e Vitória da Conquista. Mesmo em Niterói e Curitiba, embora de forma atenuada, em muitas situações a questão foi revelada e assumia proporções dignas de preocupações dos agentes locais. Um interlocutor chegou a chamar atenção para tais problemas como "bomba de efeito retardado". Ela aparece também como uma das mais freqüentes manifestações a respeito dos obstáculos ao desenvolvimento dos programas, aspecto que será melhor analisado na próxima seção.

Evidências de uma *cultura organizacional*

Um aspecto que também perpassaria o conjunto das experiências estudadas é o delineamento de um cultura institucional própria, condizente com uma organização pública de gestão da saúde. Elementos de confirmação da mesma poderiam ser resgatados em cada uma das experiências estudadas, sendo em parte comuns a todo o conjunto, em parte específicos e derivados das peculiaridades da realidade local.

São diversas as manifestações concretas que traduzem tal aspecto nas experiências estudadas. Elas estão presentes em toda parte, não cabendo, neste caso, qualificá-las como mais ou menos expressivas, mais ou menos importantes nessa ou naquela localidade. A cultura organizacional é algo que surge a partir de uma construção realizada em cada contexto, com os atores dados e mediante processos que guardam relações com a tradição institucional, política e social local. O quadro abaixo procura realizar uma síntese não exaustiva de algumas das possíveis características dessa cultura, que poderia ser definida como típica de uma organização envolvida com a produção de benefícios sociais, em processo de mudanças.

QUADRO 12 – Cultura organizacional: algumas manifestações

1. Aceitação de lideranças baseada em valores, carisma, ideologia
2. Referência a conteúdos simultaneamente simbólicos, ideológicos e ténicos
3. Atitudes dos atores: militância, inquietude, visão progressista de mundo
4. Adesão e participação inspiradas em valores e ideologias
5. Desempenho de uma “vocação”
6. Práticas de *empreendedorismo militante*
7. Compromisso com valores e referenciais simbólicos
8. Mobilização por lemas e palavras de ordem
9. Formação de *comunidades epistêmicas* de saúde
10. Articulações externas amplas
11. Intercambialidade de tarefas no trabalho em equipe
12. Valorização do processo do *trabalho ampliado*
13. Valorização da vida associativa, das decisões altruístas e do bem comum
14. Forte coesão grupal
15. Compromisso e aceitação de mudanças organizacionais

A discussão referente a tal tema pode ser desenvolvida mediante referenciais da antropologia, trazidos exemplarmente na clássica obra de Morgan (1986) na qual se discute a possibilidade de se compreender as organizações, entre outras abordagens, a partir de uma metáfora da cultura. Assim, são ressaltados o lado humano das organizações; o papel criador de realidade social que elas exercem internamente; a produção cultural coletiva, mais do que pelos indivíduos separados, bem como sua inserção em sociedades organizacionais, nas quais as crenças, rotinas e rituais se articulam para formar uma vida cultural distinta.

A relação existente entre as sociedades organizacionais e suas respectivas culturas organizacionais deve ser explorada com mais profundidade, o que escaparia aos objetivos presentes. Contudo, nos casos destacados neste estudo, podem ser lembradas algumas características sociais mais amplas que podem ter influência na formação da cultura organizacional em cada localidade, cabendo lembrar que as cidades visitadas se distribuem ao longo de um *continuum* que vai desde um pólo denso, fluido, rápido, luminoso, mandatário e concentrado, na visão de Santos e Silveira (2001) ou, em outras palavras, urbano, tecnológico e afluente, bem representado por Curitiba e Niterói até uma situação oposta, na qual se encontrariam Ibiá e Vitória da Conquista.

Segundo esta visão, padrões de crenças e significados compartilhados, como ocorre em toda organização humana, podem influenciar a capacidade da organização em lidar com os desafios que enfrenta. “Ser membro” de uma organização desperta um conjunto complexo de obrigações, mas também de entusiasmo e outros valores simbólicos, além da responsabilidade de compartilhar problemas e idéias inerentes à mesma. A cultura organizacional, lembra Morgan, não deve ser vista como algo imposto de fora; ao contrário, ela se desenvolve durante o próprio curso das inúmeras

interações que permeiam as organizações e as articulam com seu ambiente social, constituindo-se assim um autêntico processo de construção e reconstrução da realidade, ativo e contínuo, que permite às pessoas ver e compreender eventos, ações, objetos, expressões e situações particulares e de maneiras distintas. Como resultado, as organizações podem ser compreendidas por meio daquilo que pensam, dizem e realizam as pessoas dentro delas, mediante alguns artefatos culturais, ou seja, as estruturas, as regras, as políticas, as missões, os procedimentos, que compõem a vida institucional. Para o autor, a cultura é um *amálgama normativo* que mantém a organização unida.

Assim, por exemplo, ocorre com a questão dos "lemas", palavras de ordem, exortações e congêneres encontrados em toda a série de experiências analisadas. Do ponto de vista de seu conteúdo compõem parte do amálgama normativo referido acima. Seu significado último, segundo Morgan (1986), está assentado na transmissão de valores e de símbolos associados à linguagem, que se complementam com histórias, mitos, cerimônias e rituais. Constituem artefatos culturais detectados na superfície das organizações, mas que na verdade oferecem pistas de significados ainda mais profundos, de natureza subjetiva, que são cruciais para o entendimento de como funciona a organização em seu cotidiano.

A metáfora da cultura pode ajudar a compreender alguns aspectos cruciais das organizações de saúde, em particular aquelas analisadas neste trabalho, com suas peculiaridades de oferecerem benefícios sociais amplos em ambientes complexos e mutáveis, forçando-as, ao mesmo tempo, a realizarem processos de transformação interna. A percepção do ambiente, por exemplo, traduz-se por crenças e idéias sobre aquilo que as organizações de fato são, ou "pensam" e são e o que tentam fazer. Ainda de acordo com Morgan (1986), este substrato ideológico apresenta uma tendência de se materializar em práticas institucionais de forma muito mais comum do que se imagina. Em outras palavras, a cultura das organizações tem por fundamento não apenas as capacidades como as incapacidades da mesma e trazem como resultados, em termos evolutivos, certas características que definem os modos pelos quais a organização opera, em uma construção realizada no âmbito das atitudes e dos valores de seus empregados. Nada mais apropriado para definir o *modus operandi* da cultura de órgãos gestores de saúde com as características daqueles que ora são analisados.

Não se trata, é claro, de classificar as culturas como boas ou más. As facilidades proporcionadas em Curitiba pela sua decantada cultura (que tem a ver com a comunidade cívica local) não representam simplesmente o oposto dos obstáculos que uma outra cultura, esta de feição paternalista, medicalizante e geradora de dependência que poderia ser observada, por exemplo, em Ibiá. Ambas são compatíveis com a realidade social em que se desenvolveram e representaram um dado a mais, embora significativo, na interpretação dos processos que ocorreram em um e outro local, não necessariamente algo a ser valorizado sem ser contraposto a outros elementos do contexto ou mesmo algo a ser "corrigido" ou "depurado" de forma instrumental e atrabiliária.

O quadro seguinte, com todas as limitações de um esquema que tenta captar um objeto muito abrangente, procura oferecer uma síntese de como alguns dos aspectos da cultura organizacional se mostram nas experiências estudadas. Os predicados fraco, forte e médio foram atribuídos como uma aproximação apenas impressionista, possibilitada pela observação direta das experiências e procura traçar uma comparação entre elas:

QUADRO 13 – Aspectos comparativos da cultura organizacional

Aspecto	Contagem	Curitiba	Ibiá	Niterói	V. Conquista
Liderança	Política Carismática	Política Ideológica Carismática	Política Carismática	Política Ideológica Carismática	Política Ideológica Carismática
Empreendedorismo militante	Médio	Forte	Médio	Forte	Forte
Comunidade epistêmica	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Forte
Militância político-partidária	Fraca	Média	Fraca	Forte	Forte
Vinculação nova pauta de saúdeda	Média	Forte	Fraca	Média	Forte
Articulação externa	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Forte
Coesão grupal	Fraca	Forte	Forte	Forte	Forte

Fatores facilitadores e obstáculos

Este tópico evidentemente reflete diretamente o sentimento e a percepção dos interlocutores, não apenas em relação ao momento vivido nos municípios, por exemplo, proximidade das eleições, início ou final de gestão, como também o grau de entendimento de cada um sobre o que seria “facilitador” ou “dificultador” sobre a experiência local. Mesmo com a possibilidade de distorções advindas de possíveis contradições inerentes a estes aspectos, as respostas coletadas pareceram ser adequadas, não só em relação à realidade local mas também entre si, formando um quadro abrangente e coerente a respeito do panorama das facilidades e dos obstáculos ao desenvolvimento dos processos de implementação do PSF.

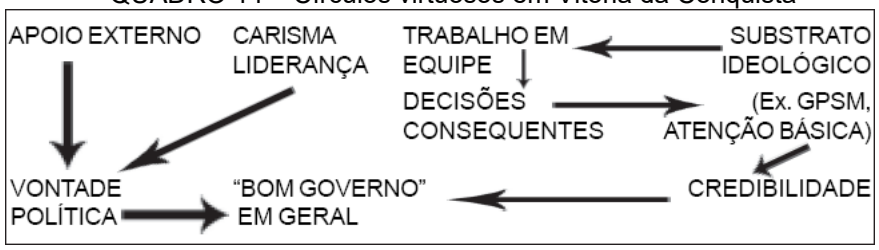
Assim, entre os fatores facilitadores destaca-se, com foros de unanimidade, o que se chamou de decisão política local. Trata-se de algo coerente com outros aspectos freqüentemente mencionados, tais como a liderança, o carisma ou a personalidade dos dirigentes e tomadores de decisão em geral. Ainda de forma aproximada a esta categoria surgiram, diversas vezes, referências à continuidade política, à competência e solidez das equipes, à tradição administrativa local, bem como às estruturas e aos processos de gestão considerados adequados.

Sem ordem de prioridade, seguem outros fatores de diversas naturezas, às vezes apontados explicitamente, outras vezes sugeridos de maneira implícita. Arma-se assim uma autêntica constelação de fatores facilitadores, formada, entre outros, por adesão social, cultura, apoio externo, qualificação para o trabalho, substrato ideológico, credibilidade do governo municipal, alianças obtidas, respeito a direitos (trabalhistas e dos usuários) e humanização do atendimento.

Dentre todos esses, alguns fatores apontados surgem como características próprias e significantes em relação a cada realidade. Nesta categoria podem ser citadas as referências à adesão ao projeto político, por parte das equipes em Vitória da Conquista; a habilitação à Gestão Plena nesta mesma cidade; a tradição política progressista em Niterói, a visibilidade auferida pelas premiações externas em Ibiá e Contagem; a continuidade administrativa em Curitiba e Niterói, além de tantas outras. Além disso, como já mencionado antes, em quatro municípios houve reeleição do prefeito no ano de 2000 (Vitória da Conquista, Niterói, Curitiba e Ibiá). Este aspecto foi considerado, naturalmente, como um significativo fator facilitador para a continuidade das experiências em curso.

Os vários fatores que tiveram influência positiva nas experiências formam um conjunto interessante, que ao ser “armado” em uma rede de relações, mostra o que se poderia chamar de boas práticas articulando-se em ciclos virtuosos. Apresenta-se, como exemplo para ilustrar este conceito, o quadro abaixo (24), inspirado nas observações de vitória da conquista:

QUADRO 14 – Círculos virtuosos em Vitória da Conquista



Esta rede de relações desperta, novamente, o conceito antes discutido de "bom governo" (TENDLER, 1998). Com efeito, a partir do estudo das experiências destes cinco municípios, chega a assumir o estatuto de inferência concreta afirmativa de que as boas práticas de saúde ou, pelo menos, de implementação do PSF, fazem parte de um conjunto mais amplo de boas práticas de governo. Há muitos exemplos nas diversas experiências estudadas e, à guisa de síntese, pode-se dizer que tais práticas virtuosas estiveram presentes tanto no caso mais completo e orgânico, como foi o de Curitiba, quanto naquele que parece ser seu oposto, pelas dimensões e dificuldades que permearam a experiência, como foi o caso da pequena Ibiá.

As práticas de "bom governo" e os correspondentes ciclos virtuosos parecem ter contribuído, também, para o estabelecimento de um processo de visibilidade externa muito acentuado para cada uma das experiências, mesmo as de cidades de pequeno porte, como Ibiá. Trata-se de um campo de interesse para estudo, particularmente para a construção de novos conceitos e práticas de cooperação técnica, dadas as práticas descentralizadas e orientadas "a partir" da periferia que delas se originam. Este é um panorama que se enquadra naquilo que organismos internacionais, como a OPAS, denominam de liderança setorial em saúde, caracterizada pela capacidade de transformação da saúde em referência para a formulação de outras políticas públicas, que envolvem um conjunto de ações coletivas, sociais e políticas e também a capacidade de irradiar valores, gerar conhecimento e promover compromissos, seja por parte da comunidade ou de outras organizações. Segundo a OPAS, uma instituição líder se reconhece não só pela qualidade de suas ações, mas principalmente pelo compromisso que gera nos setores, instituições ou atores que lidera (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD - OPAS, 1994). Rodriguez (1994) chama a atenção para a articulação deste fenômeno de liderança setorial com o que denomina de rede institucional agregadora de valor, envolvendo serviços de saúde e academia, que destaca as potencialidades de seu efeito de espaço transdisciplinar no qual se desenvolveriam processos sistemáticos de formação e capacitação, de natureza criativa e inovadora.

Quanto aos fatores que tiveram influência negativa no desenrolar das experiências a grande ênfase, se não a unanimidade, recaiu sobre as limitações da atual política de financiamento e as dificuldades referentes ao baixo acesso e disponibilidade à atenção de complexidade e custo mais elevados. Trata-se de questões dramáticas que afetam o SUS como um todo e que ainda constituem objetos de profundas discussões, com baixas perspectivas de consenso, como atestam documentos recentes produzidos pelos gestores do sistema (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE - OPAS, 2002) .

Além desses obstáculos centrais, um amplo cortejo é também destacado, dele fazendo parte aspectos tão diversos como *a* "cultura", as tradições locais, o corporativismo médico, a qualificação insatisfatória das equipes, a indisponibilidade de recursos humanos, a falta de alcance e efetividade dos processos de comunicação, entre outros.

Do ponto de vista do que se registrou como *"fator cultural"* é importante mencionar que trata-se de uma questão ampliada além dos limites do que se denominou, linhas acima, de cultura organizacional de saúde, seja em seus aspectos favorecedores ou limitadores, incluindo o desconhecimento e até mesmo a resistência da população aos processos de mudança do modelo assistencial (por "hospitalismo", dependência tecnológica etc.). Neste campo se incluíram também algumas tradições locais consideradas negativas e além do mais de difícil superação, como por exemplo o recurso histórico ao clientelismo político, presente em quase todas as experiências. Tais aspectos foram destacados em toda a gama de casos estudados – "de Curitiba a Ibiá" – e mesmo naquelas que obtiveram maior avanço nas relações internas e externas este parece continuar como um fator preocupante.

Foi marcante também a menção a determinados “avanços que faltam ocorrer”, verdadeiras *áreas de sombra*, como elementos da paisagem dos obstáculos, demonstrando um senso de auto-crítica dos interlocutores ou, por outra, o delineamento de necessidades e caminhos de intervenção a partir dos processos de avaliação de impacto já realizados – um aspecto sem dúvida positivo de quase todas as experiências.

Não foi de toda ausente, também, a preocupação com os rumos que a situação local poderia tomar em função de mudanças políticas locais. Foi um aspecto particularmente notável em Contagem, cidade na qual as previsões pessimistas de mudança acabaram por se confirmar. Nas demais experiências também estiveram presentes manifestações quanto ao risco de mudanças, se bem que atenuadas pelo longo período ainda a decorrer até as próximas eleições, que se darão no final de 2003. A impressão deixada é de que existe um sentimento de vulnerabilidade das conquistas obtidas, face ao panorama mutável da política municipal.

Cumpre registrar, ainda, que boa parte dos obstáculos apontados, particularmente aqueles de maior impacto, como foi o caso do financiamento e das referências especializadas, dependiam muitas vezes de ações extramunicipalidade ou mesmo inter-setoriais, portanto, em posição de baixa governabilidade, do ponto de vista do gestor municipal.

Síntese final

O quadro abaixo, organizado pelo autor, traz uma síntese dos múltiplos aspectos abordados nesta análise comparada das experiências municipais.

QUADRO 15 – Síntese das experiências estudadas

Tópico de Comparação	Contagem	Curitiba	Ibiá	Niterói	V. Conquis
Características do município	Grande porte; Reg. Metropolitana Problemas de infraestrutura; Economia industrial	Grande porte; Polarização regional e estadual; Economia mais estável, diversificada	Pequeno porte Dependência externa; Situação sócio-econômica equilibrada; Economia rural	Grande porte; Reg. Metropolitana; Problemas de infraestrutura urbana Presença do tráfico	Médio port Polarizaçã regional; Si sócio econ precária; Ecoconomi
Formação política Geral	“carsdosismo”; Clientelismo-populismo; Mov. Sindical; Derrota Eleitoral	Continuidade; ênfase no planejamento urbano; “bom governo”; Reeleição em 2000	Alternância; correntes políticas tradicionais; Clientelismo “virada” e ruptura em 1996; “bom governo”	Populismo – varguismo; correntes de esquerda; Continuidade política;	Alternância correntes p tradicionais “carlismo” - clientelismo e ruptura e “bom gover
Antecedentes Saúde	Tradição de atuação municipal; Interesses privados Sucateamento	Tradição no debate da saúde; construção gradual de um sistema local “completo”	Município sem tradição na saúde; Interesses privados; re-construção” a partir de 96	Tradição militante em saúde (projeto niterói); Construção gradual do sistema local; estrutura pública forte	Agentes ru saúde (198 Interesses “reconstruç partir de 19
Estrutura de gestão	Incluída na sms	Incluida na sms	incluida na sms	Autonomia (vice-presid. Da fundação mun. Saúde)	Incluída na
“Idéia-fonte” do PSF	PSF nacional	Med. Geral comunitária (ghc), depois PSF nacional	PSF nacional	Médico de família cubano	Qualis (SP nacional
Organização Comunitária	Débil	Forte	Débil	Forte	Débil
Pró-saúde					
Ênfase política na participação	Sim governo>sociedade	Sim governo <> sociedade	Sim governo > sociedade	Sim governo <> sociedade	Sim goverr sociedade
Influência da Participação social no PSF	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Moderada
Características dos atores estratégicos.	Lógica, política, imediatismo, Empreendedorismo, Voluntarismo.	Membros de uma “comunidade espistêmica da saúde”; “externos seletos (diversificados).	Voluntarismo carisma, empreendedorismo; recurso externo (pontual).	Carisma, Ideologia, Empreendedorismo; recursos externos (cubanos).	Carisma, Id Empreende Recursos e (“rede pt”).
Ator central	Luiz Fernando (sms) “não-partisan”	Luciano Ducci (sms) “partisan”	Hugo França (prefeito) “partisan”	Gilson Cantarino M. Célia Vasconcelos “partisans”	G. Meneze Jorge P. So “partisans”
Agentes	Equipe; Agentes	Equipe;	Equipe; Agentes	Equipe; Alianças	Equipe; ISC

favoráveis	externos individuais	(“pessoal da casa”) “externos seletos”.	externos	externas amplas	“rede pt”
Agentes contrários	Corporação médica Oposição política	Oposição política (moderada)	Oposição política corporação médica	Oposição política	Oposição p (inclusive e corporação
Processos					
Ritmo de Implantação	Acelerado	Gradual, depois acelerado entre 1998 e 2000 (período eleitoral)	Acelerado	Gradual	Acelerada
Articulação externa	Débil Pontual	Forte Ampla	Débil Pontual	Forte Ampla	Forte Ampl
Avaliação	Avançada (interna)	Avançada (externa e interna)	Média (interna)	Não Informada	Avançada (e interna)
Inovações	Múltiplas Intensidade media	Múltiplas Alta intensidade	Pontuais Discreta intensidade	Múltiplas Média intensidade	Múltiplas A intensidade
Expansão após 2000	Processo interrompido	Não (financiamento)	Não: implantação completada	Sim	Não (financ
Capacitação	Própria > externa (ses e universidade)	Própria Externa (articulação ampla)	Externa (ses-mg, com dificuldades)	Própria Externa (ampla articulação)	Externa (ar isc e uesb)
Recrutamento	Externo	Local	Externo	Local	Externo
Seleção	Extra-institucional	Extra e intra	Extra	Extra e intra	Extra
Contrato	Adm. Direta (exceto acs)	Adm. Direta (exceto acs)	Terceiro (entidade filantrópica)	Terceiro: associações de moradores	Terceiro: (a entidade ac
“questão médica”	Forte	Moderada	Moderada – forte	Moderada	Moderada -
Fatores Facilitadores	Decisão política; Incentivos; equipe; Apoio externo (dab/ms); Ator estratégico “imponderável”	Decisão política; tradição local em saúde; equipe; estrutura de gestão; capacitação de rh; Adesão social “cultura”.	Decisão política; lideranças; condições locais; Apoio externo (prêmios); adesão social; Neutralização de adversários; Equipe.	Decisão política; continuidade; Equipe; apoio aparelho formador de rh; adesão social; tradição e cultura política; visibilidade externa; processo de supervisão do trabalho; respeito direitos trabalhistas; humanição.	
Fatores Dificultadores	Tradição clientelista; Oposição partidária e corporativa; Financiamento;	Financiamento; Áreas de avanço; Mercado corporativismo	Financiamento; Disponibilidade de rh; “cultura” (ext. e int.); “questão médica”; áreas de	Tradição clientelista; referências; conflitos com am; investimentos	

	Referências; “cultura”(ext. e int.); Investimentos	competição usf x u24h.	avanço restrito; referências.	baixos; capacita ção; demanda alta; pouca informação.	

Capítulo V - Círculos virtuosos e boas práticas

Fatores de acerto, fatores de desacerto

Existe, inquestionavelmente, um vasto conjunto de pontos de convergência entre as diversas experiências, mas seria possível também indagar sobre o conteúdo das diferenças que apresentaram. Propõe-se, à guisa de conclusão, a análise de tais diferenças em termos dos *antecedentes* e *conseqüências* da ação política de implementação do PSF, mediante um pequeno exercício que tem por objetivo apreender um pouco mais da dinâmica das experiências. O quadro abaixo organiza as categorias de análise que serão desdobradas logo adiante.

QUADRO 16 – Contextos e desempenho das experiências

ANTECEDENTES (CONTEXTOS)	CONSEQÜENTES (DESEMPENHO)	CASOS CONCRETOS
Favoráveis	Alto	Curitiba, niterói
Desfavoráveis	Alto	Ibiá, vitória da conquista
Mistos	Alto, depois retrocesso	Contagem

Dito de outra forma, o primeiro caso seria aquele em que “tudo convergia para o melhor dos mundos” e, de fato, os acontecimentos confirmaram os indicativos do contexto social e político. No segundo caso, nem tudo era serenidade, no entanto, o desenvolvimento dos

programas apresentou bons resultados. Já no terceiro, tanto havia fatores negativos como positivos no contexto, mas o sucesso obtido frustrou-se depois de uma eleição mal-sucedida, aliás, o único evento dessa natureza entre todos os casos examinados.

Como interpretar estes fatos? Espera-se que uma retrospectiva analítica das condições contextuais de cada caso (*antecedentes*) *vis a vis* com o desempenho das respectivas experiências (*conseqüentes*) poderia, quem sabe, elucidar as relações existentes entre ambos.

Assim, em Curitiba e Niterói, o cenário prévio era de continuidade política, tradição de luta e discussões pela saúde; presença de lideranças de base carismática, empreendedora e ideológica; equipes técnicas qualificadas; sociedade local com um bom grau de organização; condições de sustentabilidade adequadas (pelo menos em relação aos principais obstáculos políticos); presença marcante de inovações (mais em Curitiba); forte articulação externa, além de fatores culturais com peso positivo sobre as experiências.

O que aconteceu, nestas cidades, era o esperado: experiências duradouras, sem diástoles marcantes, empenho de uma comunidade epistêmica na saúde, enraizamento social dos projetos e, também, não se pode esquecer, vitória e continuidade nas eleições municipais. Como pano de fundo, práticas de bom governo geral. Nestas duas cidades, valeria a conhecida afirmativa bíblica: “onde mais se tem mais ainda será dado”.

Em Vitória da Conquista e Ibiá, ao contrário, os antecedentes das experiências eram mais sombrios. O peso do clientelismo, da influência do poder central do Estado e das tradições políticas conservadoras era muito grande. A alternância de poder era apenas formal, com revezamento de correntes políticas tradicionais e pouco propensas a mudanças. A organização da sociedade e a presença de uma tradição cívica apresentavam-se pouco relevantes. No campo específico da saúde a situação era de baixo investimento, pouca priorização e sucateamento, o que aliás afetava as políticas sociais como um todo. Além disso, a iniciativa privada em saúde mostrava-se pujante e agressiva, graças ao estado precário da saúde pública, aliado a práticas ilícitas freqüentes. O que se chamou de questão médica revelou-se de forma paradigmática nestes dois

municípios. As condições sociais e econômicas diferiam nos dois casos, apresentando o município mineiro uma economia com resultados mais satisfatórios do que os de Vitória da Conquista, devido ao declínio da cafeicultura nesta última cidade.

Apesar de tudo, como se viu, os dois municípios obtiveram resultados satisfatórios na implementação de seus programas. Mais do que isso, apresentaram práticas políticas de bom governo evidentes, em muito ultrapassando a área da saúde, como atestaram as premiações auferidas nacionalmente. Uma tríade de participação social, substituição de modelo assistencial e responsabilização pública foi marcante e com certeza produziu resultados materiais importantes. Os dois municípios diferiram em sua capacidade de articulação externa, principalmente pela presença da rede PT em Vitória da Conquista (embora em menor grau também em Ibiá). Em Vitória da Conquista foi possível também um maior grau de conscientização e obtenção de adesão das equipes ao projeto, sendo a ideologia o conhecimento técnico de base de sustentação.

Outra característica que unia estas duas experiências e que as diferenciava da de Contagem, cidade em que os antecedentes da política forammais ou menos semelhantes, foi o fato de que em ambas foi possível o prosseguimento das mudanças encetadas no período iniciado em 1997, graças à reeleição dos respectivos mandatários.

Havia uma série de fatores, de natureza política, envolvendo inclusive os complexos bastidores das articulações eleitorais, mas caberia indagar se o enraizamento social dos programas, mais efetivo em Ibiá e Vitória da Conquista do que em Contagem, não seria um atestado de sucesso político refletido no cenário das eleições.

A situação dos *antecedentes* em Contagem teve aproximadamente as mesmas características de Ibiá e Vitória da Conquista. Mas, se por um lado nesta cidade atuava a força avassaladora do populismo cardosista, por outro lado pode-se dizer que ali também vigiam tradições de luta política sindical e mesmo uma atuação histórica do poder público em saúde, com uma rede de serviços relativamente bem estruturada. Configurava-se, assim, uma

mescla de fatores favoráveis e desfavoráveis. A interpretação possível dos descaminhos do PSF em Contagem poderia ser, em primeiro lugar, o peso do fator tempo, dadas as características do mandato-tampão recebido pelo prefeito e de sua equipe, que tinham pela frente a execução de um grande projeto de mudanças na saúde e não dispuseram de um prazo suficiente para fazê-lo, com a marcante mudança de rumos políticos dada pela frustração nas eleições de 2000. Além disso, a alta polarização eleitoral que se deu em torno do PSF e de outras propostas da municipalidade, parece ter provocado prejuízos políticos de monta e de certa forma irreversíveis. Ao contrário, em Ibiá e Vitória da Conquista, onde este fator também esteve presente, o mesmo não só foi neutralizado no calor da campanha como até mesmo parece ter sido revertido em benefício da proposta política do programa.

O PSF nacional e os programas locais: sintonia ou dissenso?

Uma questão colocada no preâmbulo desta tese e para a qual se poderia, nesta etapa, enunciar algum tipo de resposta é a da procura de pontos de convergência e de divergência entre o programa formulado nacionalmente *vis a vis* com os programas supostamente apenas implementados nos municípios estudados. Deve-se firmar alguns conceitos.

Primeiro: seria engano supor que a formulação do PSF seja uma prerrogativa exclusiva do Ministério da Saúde, enquanto aos gestores locais caberia apenas sua implementação. Ao gestor federal cabe, sem dúvida, a ação de formular, mas ao mesmo tempo está imerso em processos de implementação, recebendo permanentemente retro-alimentação dos níveis locais. Ao mesmo tempo, aos gestores locais cabe implementar mas têm de estar atentos às nuances da dinâmica e do câmbio permanente da realidade local – o resultado é que sua ação se dá em torno de um complexo de interações que inclui formulação-implementação-

avaliação-reformulação, nem sempre necessariamente nesta ordem e com conexões importantes entre si.

O segundo aspecto é que falar em convergências e divergências entre a política nacional e as políticas locais talvez não seja o mais apropriado. Ao ser implementada, nenhuma política ou ação de governo obedece rigorosamente ao roteiro traçado quando da sua formulação. Os fatores perturbadores de natureza política, institucional, cultural, conjuntural são muito variados e dificilmente estariam sob controle, como enfatiza a literatura referente à análise de políticas, já debatida no Capítulo 2 deste trabalho. No caso do PSF esta "falta de controle" é uma possibilidade concreta, confirmada sobejamente pelas experiências visitadas, à medida que as soluções locais diferenciadas, e até mesmo personalizadas, são bastante freqüentes.

Há um terceiro aspecto a considerar, que está ligado à dinâmica de funcionamento do organismo federal encarregado de coordenar o PSF nacionalmente, ou seja, o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde (DAB). Este é o setor que centraliza as demandas encaminhadas pelos municípios que operam o PSF, que já se contam em alguns milhares no país. Uma das características distintivas do setor é o seu corpo técnico, formado por gerentes e técnicos freqüentemente oriundos de estados e municípios, muitos deles ex-coordenadores locais de PSF, com atribuições de realizar a condução do Programa. A compreensão do papel de tal burocracia deve distanciar-se de alguma das teorias conspiratórias e satanizadoras ainda vigentes a respeito da mesma, mesmo porque este ator não é e jamais foi monolítico – afinal, a burocracia é um agente que institui para a sociedade, mas também *é* instituído por esta e assim transita permanentemente dentro de um sistema de contradições e brechas, de equilíbrios que se refazem a cada momento, de processos negociados que predominam sobre as imposições ou meras concessões, conforme foi explorado no Capítulo 11. Este seria atualmente um caso comum nos órgãos públicos federais, com novos estratos de gerentes – uma nova burocracia – exercendo papéis de formulação e acompanhamento de políticas. Isto reforça a hipótese de que o tema das divergências e convergências deva ser

tratado de forma relativizada, apontando mais para uma situação em que predominam os ajustes mútuos e não as imposições.

O DAB reúne algumas características marcantes, que dão a tônica de sua atuação em termos da condução do PSF no país. Em primeiro lugar, sua equipe tem articulações e origem municipais freqüentes, configurando um quadro autêntico de executivos públicos da saúde. Sua prática administrativa tem sido não só trabalhar com técnicos arregimentados nas bases do sistema, como também envolver estas mesmas bases na execução de tarefas sob responsabilidade do DAB, formando, por vezes, estruturas matriciais típicas para o desempenho das mesmas. O Departamento, assim, se torna sede e também propulsor de alguns círculos virtuosos políticos e administrativos trilaterais, envolvendo os gestores federal, estaduais e locais.

Nestes aspectos, aliás, o DAB tem mostrado diferenças em relação às práticas de outros setores mais tradicionais e autônomos, vinculados à estrutura do Ministério da Saúde. Veja-se, por exemplo, a FUNASA e os extintos CEME e INAN, entidades portadoras de práticas historicamente centralizadoras, pouco afeitas ao grau de compartilhamento de responsabilidades, como se vê nos domínios dessa nova burocracia, salvo exceções.

Além disso, é importante lembrar que o DAB tem sido um ator externo importante e destacado entre os interlocutores municipais. Em muitos casos ele é arrolado entre os principais apoios que o programa recebeu, maior até do que alguns que seriam mais lógicos ou mais próximos. A maneira como o setor vem conduzindo suas atribuições mostra também uma certa visão de processo, ou seja, uma posição evolutiva, em que prevalece a cooperação e o aprendizado mútuo, dentro do qual o normativismo e o dogmatismo de alguns anos atrás vem sendo substituído por uma visão mais pragmática e flexível, o que, mais do que apenas afirmado textualmente, é objeto de constatação ao se analisar a trajetória do órgão. “há um passado rígido, mas o momento atual é de flexibilização sem perder a inflexibilidade nos princípios, com atenção especial para a riqueza das inovações”, nas palavras de sua Diretora na entrevista concedida para este estudo.

Na verdade, é bom lembrar que o projeto do Ministério da Saúde iniciouse em 1993, justamente com uma consulta a um grupo de municípios e outras entidades que já então praticavam algo semelhante ao que o ministro Henrique Santillo e seus assessores desejavam. Não surgiu *do nada* e nem tampouco de elucubrações tecnocráticas, portanto.

Em tentativa de sistematizar as dinâmicas de relacionamento entre Ministério da Saúde e municípios, particularmente no caso presente do PSF, pode-se enumerar alguns padrões de contato entre os dois níveis, a saber: (a) os municípios elaboram propostas que se antecipam às do nível central; (b) o Ministério demanda ativamente a cooperação dos municípios em seus processos internos específicos; (d) as propostas próprias dos municípios caminham de forma inercial e involuntária e, às vezes, até se disseminam, com, sem ou apesar do gestor federal; (e) o Ministério da Saúde provoca ajustes em sua propostas, de forma a atender o que se evidencia como fato social.

Estas considerações permitiriam enunciar o que pode também ser denominado de boas práticas de gestão verificadas no relacionamento entre o Ministério da Saúde e municípios, quando o tema é o PSF, delineadas a seguir:

a. Parece produtivo o exercício de uma visão de processo em relação ao acompanhamento das experiências e à própria proposição de normas e instrumentos, dada a capacidade freqüentemente demonstrada, mesmo pelos gestores "pequenos", de produzirem inovações e até mesmo se anteciparem à diretriz superior. Veja-se os casos de Ibiá e Vitória da Conquista, por exemplo;
b. A tônica no aprendizado mútuo é fundamental, principalmente considerando as muitas situações de antecipação ou mesmo de propostas municipais que passam a ter curso livre entre pares, até de forma extemporânea ou paralela em relação ao movimento ou ao desejo do Ministério de valorizá-las ou aproveitá-las;
c. Como decorrência do postulado anterior, abrem-se possibilidades de cooperação horizontal, ou seja, aquela que

surge de forma até mesmo espontânea (às vezes formalizada) entre os próprios municípios, para a qual cabe ao Ministério da Saúde não só o papel de identificar e sistematizar, como também de fomentar e facilitar sua circulação;

d. É ainda necessário aprofundar a melhor definição de papéis das esferas de governo, como decorrência do pacto federativo complexo brasileiro. Neste aspecto, *ausências notáveis*, no caso, das SES em relação ao PSF, deveriam ser justificadas ou, senão, corrigidas;
e. Práticas de incentivos e emulações, não necessariamente de base material, como a mostra de PSF, premiações e honrarias demonstrou ter um papel fundamental, não só em termos simbólicos, como, também, como base concreta da sustentabilidade política de algumas experiências em curso, particularmente daquelas instaladas em ambientes políticos e sociais adversos;
f. A questão das áreas de sombra, por exemplo, financiamento, referências, recursos humanos, implantação em grande centros, cobertura a setores especiais (populações rurais, dispersas, assentamentos de reforma agrária, índios e outros) deve receber prioridade absoluta por parte da atuação dos gestores;
g. O PSF tem se revelado uma modalidade de integração de políticas públicas em saúde como ainda não se viu na história sanitária do país, formando autênticos amálgamas, em que finalmente integramse os aspectos individuais e coletivos, preventivos, promocionais e curativos da atenção à saúde – isto evidentemente deve continuar a ser levado em consideração nos processos de decisão internos e na definição das prioridades da ação.

Em busca de uma síntese

Em busca de uma síntese abrangente de todo o caminho percorrido caberia agora as questões seguintes: o que realmente as experiências visitadas têm em comum? Embora as muitas

diferenças encontradas, o que não seria inesperado aliás, dada a diversidade e a heterogeneidade das situações sobre as quais foram construídas, uma série de pontos comuns podem ser arrolados entre as referidas experiências:

a. Realizam-se em ambientes em que as condições de gestão do SUS já se encontram amadurecidas, com a Gestão Plena do Sistema Municipal formalmente implementada, nos termos da nob 96 e que, além do mais, as práticas de assistência e gestão encontradas são de perfil mais avançado, configurando uma gama ampliada de responsabilidades: individuais e coletivas; preventivas e curativas; técnicas e políticas; locais e regionais; imediatas e remotas;
b. Acumulam evidências de que resultam de um somatório de práticas inovadoras e bem-sucedidas de assistência e gestão, não só no campo restrito e específico da saúde, mas também em outras áreas de governo; e, mais ainda, que esse cenário de práticas está inserido em um ambiente onde predominam: a decisão política forte; a continuidade administrativa e política; a qualificação técnica significativa; o engajamento consciente dos servidores nos projetos de mudança;
c. Articulam-se a amplas redes de contatos externos, nacionais e internacionais, de natureza formal ou informal, configurando um cenário de cosmopolitismo político e sanitário;
d. Desfrutam, de modo geral, de ampla visibilidade externa, graças não apenas à rede de contatos referida, como ao esforço local de envolvimento no cenário nacional das discussões e da produção científica relativas ao sistema de saúde;
e. Nelas despontam freqüentemente lideranças jovens, altamente articuladas fora das fronteiras municipais, qualificadas empiricamente e, sobretudo, portadoras de traços de personalidade carismáticos e voluntaristas além de serem militantes partidários assumidamente imbuídas de ideologia política;
f. A ação é subsidiada pelos conteúdos essenciais da Reforma Sanitária e do SUS, sem impedimento de que já despontem no

horizonte tendências de incorporação de uma nova pauta de discussões contemporâneas envolvendo, por exemplo, qualidade de vida, vigilância e promoção da saúde, ética, humanização, além de outros temas;

g. São portadoras de um discurso especialmente alinhado com a democratização e a participação social no sistema de saúde, fazendo do mesmo um instrumento de proselitismo político que nem sempre corresponde à mobilização objetiva da sociedade em torno das propostas defendidas, particularmente no campo da Saúde da Família, embora o cumprimento formal dos dispositivos do SUS referentes à participação e controle social constitua regra geral;
h. Embora o PSF seja bem aceito pelas comunidades, predominam em relação ao mesmo, por parte das representações de usuários, posturas de “gratidão” e reconhecimento em relação ao que já foi alcançado e de manutenção das conquistas, mas não necessariamente reivindicações pró-ativas para a implantação ou para a reformulação dos conteúdos dos programas oferecidos;
i. São mais expressivas as possibilidades de se ter melhores Programas de Saúde da Família, como de resto práticas de políticas e serviços sociais mais qualificadas naqueles municípios onde a sociedade se encontra melhor organizada nas suas entidades representativas, seja no plano político geral ou em relação a temas e setores específicos, como, por exemplo, moradores, portadores de patologias e outros grupos de interesse, configurando o que se denominou de comunidade cívica e capital social.
j. Os ritmos de implementação dos PSF têm como regra a aceleração, ou mesmo uma autêntica *explosão* (*big bang*), guardando, por vezes, sintonia com os ciclos do calendário político-eleitoral vigente nos municípios;
k. Mesmo as experiências que propuseram-se a um caráter substitutivo mais radical em relação ao modelo de assistência tradicional, muitas vezes mostraram dificuldades em assumir tal característica de forma abrangente, tendo em vista a persistência de elementos tradicionais no padrão da atenção e

a competição destes com os novos dispositivos implantados, neutralizando-os ou enfraquecendo-os;

l. Os obstáculos comprometedores da sustentabilidade dos programas, representados pelas questões do financiamento, das referências especializadas, da cultura e dos recursos humanos apresentaram-se de forma generalizada, constituindo muitas vezes situações que escapavam ou ultrapassavam a governabilidade local;
m. No caso da política de recursos humanos, ao lado das pendências ainda pulsantes, mostrou-se também uma extraordinária capacidade local de articulação para a solução de problemas, de que um bom exemplo é o processo de capacitação e de contratação;
n. A questão médica continua a ser um dos aspectos problemáticos e propensos ao desenvolvimento de dificuldades tardias que poderão comprometer a sustentabilidade de muitos programas;
o. As experiências tiveram como característica marcante o fato de representarem um efeito “espelho”, ou seja, de se converterem em pontos de atração da visão externa sobre a realidade local, cumprindo um importante papel pedagógico e de cooperação técnica horizontalizada;
p. Saúde da Família mostra-se contemporaneamente como um grande e competitivo mercado de trabalho no país, não só para os membros das equipes técnicas das diversas formações, como também para os cargos de direção superior, configurando mesmo uma nova categoria de agentes, os executivos públicos da saúde;
q. Fatores culturais de diversas naturezas, sejam ligados aos usuários, sejam aos profissionais, perpassam o quadro das experiências, influenciando seu desenvolvimento de forma negativa ou mesmo positiva, mas, de toda forma, exigem maior investimento material e intelectual na sua compreensão e na sua abordagem;
r. As ausências notáveis na cooperação técnica aos municípios, no caso das instituições de ensino superior na área da saúde e das Secretarias de Saúde estaduais, são questões

perturbadoras sobre o desenvolvimento do sistema de saúde e do PSF em particular, que exigem maior atenção das autoridades da área educacional e do SUS;

s. Revelam-se áreas de sombra diversas, algumas desveladas, outras não, que denunciam a necessidade de avanço em relação a muitos dos desafios ainda enfrentados pelo PSF, citando-se, como exemplos, a abordagem da questão cultural, o desenvolvimento de processos de avaliação de impacto, a articulação com a sociedade, o desenvolvimento de protocolos assistenciais, entre outros.

As boas práticas e os ciclos virtuosos no PSF

Como decorrência imediata da síntese acima procedida, em que linhas de união mostram-se ao longo do conjunto de casos, uma última questão pode ser colocada: “que lições (“boas práticas”) foram possíveis de serem apreendidos nestas experiências?”

A lista abaixo oferece uma tentativa de sistematização, mas certamente não tem caráter exaustivo, dada a riqueza e a complexidade dos processos em jogo. Além do mais, procurou-se inserir nestas linhas apenas aquilo que parece interessar ao maior conjunto possível de atores, deixando de lado, portanto, aspectos considerados demasiadamente particulares ou de aplicação muito restrita.

a. Boa condução é muito importante e, entre seus atributos, podem ser arrolados capacidade de tomada de decisões, liderança, carisma, espírito empreendedor, embasamento ideológico, além de qualificação técnica e continuidade;
b. A boa condução teria pouco a oferecer se não contasse com boas equipes técnicas, aspecto que pode ser traduzido por qualificação de conhecimentos, tradição de discussões em saúde, base ideológica, capacidade empreendedora associada a militância, sintonia com o projeto político, aceitação da

liderança, organização e inserção em entidades representativas;

c. Boas práticas sociais também possuem um lugar de destaque, traduzidas por equilíbrio e sintonia entre as propostas de participação originadas do governo e as da sociedade; associação sinérgica entre as noções de responsabilidade pública e de direito à saúde, bem como produção de efeitos concretos como resultado de tais práticas;
d. Como decorrência, a presença de um bom governo, que se traduz por práticas políticas e administrativas transparentes, efetivas e socialmente aceitáveis, que se estendem bem além do campo da saúde, tendo como substrato ideológico as noções de cidadania, direitos coletivos e responsabilidade pública;
e. Boa articulação externa ou a prática de um cosmopolitismo político e sanitário, de preferência direcionada a interlocutores seletos individuais ou institucionais, que sejam capazes de oferecer respaldo técnico e cobertura política ao desenvolvimento dos projetos e programas de governo;
f. Boa implementação programática, o que significa investimento em padrões efetivamente substitutivos dos modelos de atenção, buscando a neutralização da competição e do antagonismo com os elementos estruturais e ideológicos dos velhos regimes de práticas;
g. Desenvolvimento de inovações, seja do ponto de vista gerencial ou assistencial, diferenciando-as das meras *novidades*, mas tendo como diretriz norteadora a ousadia e o destemor frente às possibilidades de erro e reversão;
h. Busca decidida da sustentabilidade das práticas desenvolvidas, não só em termos financeiros e de estrutura e processos, mas também nos planos cultural, simbólico e político, resultando no necessário enraizamento das experiências no imaginário da comunidade de usuários e dos tomadores de decisão;
i. Efeito espelho: articulação e difusão da experiência local entre interlocutores externos, diferenciados ou não, configurando a responsabilidade por uma pedagogia do exemplo fundamental no processo de construção de políticas públicas.

Rio de Janeiro, Brasília, Povoado do Moinho-Goiás
setembro de 1999 a outubro de 2002
(Revisado em agosto de 2006)

SIGLA	SIGNIFICADO
AB	Atenção Básica
ABEM	Associação Brasileira de Ensino Médico
ABRASCO	Associação Brasileira de pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMA	American Medical Association
ANC	Assembléia Nacional Constituinte
APM	Associação Paulista de Medicina
APS	Atenção Primária à Saúde
ASAS	Associação de Apoio à Saúde Conquistense (de Vitória da Conquista)
BA	Bahia (estado)
BM	Banco Mundial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite (estadual)
CIT	Comissão Intergestores Tripartite (nacional)

CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
COSAC	Coordenação de Atenção à Saúde da Comunidade (extinta)
COSEMS	Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde
CPMF	Contribuição sobre Movimentação Financeira
CSEM	Centro de Saúde Escola Murialdo
DAB	Departamento de Atenção Básica (do Ministério da Saúde)
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EC 29	Emenda Constitucional 29
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública (da FIOCRUZ)
ESF	Equipe de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FAMUC	Fundação Municipal de Saúde de

	Contagem
FAT	Fundo de Amparo ao Trabalhador
FHC	Fernando Henrique Cardoso (governo)
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz (do Ministério da Saúde)
FMI	Fundo Monetário Internacional
FMS	Fundação Municipal de Saúde (de Niterói)
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
GIH	Guia de Internação Hospitalar (substituída desde a década de 80 pela AIH)
GPAB	Gestão Plena da Atenção Básica
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMS	Instituto de Medicina Social (da UERJ)
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (extinto)
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social (extinto)
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
IPEA	

	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISC	Instituto de Saúde Coletiva (da UFBA)
LAPA	Laboratório de Planejamento Estratégico (da Unicamp)
MEC	Ministério da Educação do Brasil
MG	Minas Gerais (estado)
MGC	Medicina Geral Comunitária
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social do Brasil
MPS	Medicina Preventiva e Social
MS	Ministério da Saúde do Brasil
NESUR	Núcleo de Estudos Urbanos (da Unicamp)
NHS	National Health System (da Inglaterra)
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OECD	Organization of Economic Cooperation for Development
OPAS	

	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAM	Postos de Assistência Médica (da antiga Previdência Social)
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PDS	Partido Democrático Social (ex ARENA)
PIB	Produto Interno Bruto
PISUS	Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (extinto)
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro (ex MDB)
PMF	Programa Médico de Família (de Niterói)
PMVC	Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista
PPA	Plano de Pronta Ação do Governo Federal (1999)
PR	Paraná (estado)
PRO-UNI	Programa União Universidade, Comunidade e Serviço (da Fundação Kellog)
PSC	Programa Saúde em Casa (do Distrito Federal – extinto em 1999)

PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSF	Programa de Saúde da Família
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PT	Partido dos Trabalhadores
PUC-MG	Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
PV	Partido Verde
REFORSUS	Programa de Reforço à Reorganização do SUS
RJ	Rio de Janeiro (estado)
RS	Rio Grande do Sul (estado)
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde (do Ministério da Saúde)
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESP (FSESP)	Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIA-SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos Notificáveis

SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPS	Secretaria de Políticas de Saúde (do Ministério da Saúde)
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UAI	Unidade de Atendimento Integrado (de Contagem)
UCA	Unidade de Cobertura Ambulatorial
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
ULBRA	Universidade Luterana do Brasil
UnB	Universidade de Brasília
UNICAMP	Universidade de Campinas
UNICEF	

	Fundo das Nações Unidas para a Infância
URV	Unidade Real de Valor
VIII CNS	Oitava Conferência Nacional de Saúde (1986)
WB	World Bank
WHO	*World Health Organization*

Referências

ABASSI, K. The World Bank and the world health. *British Medical Journal*, Edinburgh, v. 318, p. 865-869, 1999.

AGUIAR, D. S. *A "Saúde da Família" no Sistema Único de Saúde*: um novo paradigma? 1998. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1998.

ALFORD, R. *Health care politics*: ideological and interest groups barriers to reform. Chicago: The University Of Chicago Press, 1975.

ALMEIDA, C. Crise econômica, crise do welfare state e reforma sanitária. In: GERSCHMAN, S.; VIANNA, M. L. W. (Org.). *A miragem da pós modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 177-200.

ALMEIDA, C. Novos modelos de atenção à saúde: bases conceituais e experiências de mudança. In: COSTA, N. R.; RIBEIRO, J. M. (Org.). *Política de saúde e inovação institucional*: uma agenda para os anos 90. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, 1996. p. 69-98.

AMADO, G.; BRASIL, H. V. Brazil. In: _____. *Exploring management across the world*. New York: Penguin Books, 1997.

AROUCA, A. S. S. *O dilema preventivista*. 1975. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975.

BARBOSA, L. N. H. Cultura administrativa: uma nova perspectiva das relações entre antropologia e administração. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 6-19, 1996.

BARBOSA, W. A. *Dicionário histórico-geográfico de Minas Gerais*. Belo Horizonte: Itatiaia, 1995.

BARBOSA, W. A. *Negros e quilombos em Minas Gerais*. Belo Horizonte: Itatiaia, 1985.

BERLINGUER, G. Globalization and global health. *International Journal of Health Services*, Amityville, v. 29, n. 3, p. 579-595, 1999.

BERMAN, M. *Tudo que é sólido desmancha no ar*. A aventura da modernidade. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

BOBBIO, N. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BOTTOMORE, T. (Ed.). *Dicionário do pensamento marxista*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1988.

BOURDIEU, P. *Contrafogos*: táticas para enfrentar a invasão neoliberal. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Carta de Ottawa*. Declarações de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília, DF, [199-?a].

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde*. Brasília, DF, [199-?b]. Mimeografado.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 8, de 1996. Determina, para fins de cadastramento e faturamento, que o PSF seja implantado somente em municípios que cumpram os requisitos da NOB 93, em termos de modalidade de gestão. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 1996a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2203, de 6 de novembro de 1996. Implanta a Norma Operacional Básica do SUS 01/1996. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 1996b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1886/1997. Reconhece no PACS e no PSF estratégias para o aprimoramento e consolidação do SUS e aprova normas e diretrizes para tais programas, incorporando ainda a figura normativa do *programa similar*. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 1997a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, DF, 1997b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3925, de 13 de novembro de 1998. Implanta o Manual da Atenção Básica. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. *I Mostra de Experiências em Saúde da Família*. Brasília, DF, 1999a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1329/1999. Estabelece financiamento diferenciado por cobertura populacional. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 1999b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação da implantação e funcionamento do PSF*. Brasília, DF, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Perfil dos médicos e dos enfermeiros do PSF*. Brasília, DF, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da Família no Brasil: Linhas estratégicas para o quadriênio 1999–2002*. Brasília, DF, 2000c.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da família*: uma estratégia para a organização da atenção básica. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação da gestão plena do sistema municipal*: indicadores, tipologia e análise. Brasília, DF, 2002a. 1 CD-ROM.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Monitoramento do PSF 2001*. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de

Saúde, Ministério da Saúde, 2002b. Material utilizado em apresentações oficiais por técnicos do Departamento de Atenção Básica.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 373, de 27 de Fevereiro de 2002. Implanta a Norma Operacional de Assistência à Saúde *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2002c.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2002d. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sas>. Acesso em: 15 ago. 2002.

BRASIL. Presidência da República. *Plano de Pronta Ação 1999-2003*. Programa oficial. Brasília, DF, 1999.

BROTHERSTON, J. *Medical history and medical care*: a symposium of perspectives. London: Oxford University Press, 1971.

BUARQUE, C. Qualidade de vida: modernização da utopia. *Lua Nova, Cultura e Política*, São Paulo, v. 31, p. 157-166, 1993.

BUSE, K. The World Bank: Spotlight on international organizations. *Health Policy and Planning*, Oxford, v. 9, n. 1, p. 95-99, 1994.

CAMPOS, G. W. S. *Os médicos e a política de saúde*. São Paulo: Hucitec, 1988.

CARNOY, M. *Estado e teoria política*. São Paulo: Papirus, 1988.

CARVALHO, A. I.; RIBEIRO, J. M. Modelos de atenção à saúde. In: CARVALHO, A. I.; GOULART, F. A. (Org.). *Gestão em saúde*. Unidade II: Planejamento da atenção à saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília, DF: Universidade de Brasília, 1998. p. 35-91.

CARVALHO, G. C. M. *Financiamento público federal do Sistema Único de Saúde: 1988-2001*. 2002. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

CARVALHO, M. C. B. A priorização da família na agenda da política social. In: KALOUSTIAN, S. M. (Org.). *Família brasileira, a base de tudo*. São Paulo: Cortez, 1994. p. 93-108.

CASSELS, A. Aid instruments and health systems development: an analysis of current practice. *Health Policy and Planning*, Oxford, v. 11, n. 4, p. 354-368, 1996.

CAXIAS DO SUL. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Protocolo das ações básicas de saúde*: uma proposta em defesa da vida. Caxias do Sul, 2000.

CEITLIN, J. *Que es la medicina familiar?* Caracas: FEPAFEM/Kellog, 1982.

CHAGAS, H. Relações executivo-legislativo. In: LAMOUNIER, B.; FIGUEIREDO, R. (Org.). *A era FHC*: um balanço. São Paulo: Cultura Editores Associados, 2002. p. 305-350.

COIMBRA, M. A. Será que o marxismo responde à pergunta de como surgem as políticas sociais? In: ABRANCHES, S. H. et al. (Org.). *Política social e combate à pobreza*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1987.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. *Prêmio experiências municipais exitosas*. Brasília, DF, 2001.

CONTAGEM. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Os impactos da mudança. In: MOSTRA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 1., 2000, Contagem. [Resumo dos trabalhos inscritos]. Contagem, 2000.

CONTAGEM. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Projeto de ampliação do Programa de Saúde da Família*. Programa oficial. Contagem, 1999a.

CONTAGEM. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório 1999*. Contagem, 1999b.

CORDEIRO, H. O Programa de Saúde da Família como estratégia de mudança do modelo assistencial no SUS. *Cadernos de Saúde da Família*, Brasília, DF, v. 1, p. 10-15, 1996.

COSTA, N. R. O Banco Mundial e a política social. In: RIBEIRO, J. M.; COSTA, N. R. (Org.). *Política de saúde e inovação institucional*. Rio de Janeiro: ENSP, 1996. p. 13-30.

CROZIER, M. *A sociedade bloqueada*. Brasília, DF: UnB, 1983.

CUNHA, J. P. Contagem: todos os sentidos da liberdade. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, Brasília, DF, p. 13-21, 1999.

CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde 2002-2005*. Programa oficial. Curitiba, 2001.

DA MATTA, R. Globalização e identidade nacional: considerações a partir da experiência brasileira. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL PLURALISMO CULTURAL, IDENTIDADE E GLOBALIZAÇÃO, 1996, Rio de Janeiro. *Resumos*… Rio de Janeiro: UNESCO/Conjunto Universitário Cândido Mendes, 1996.

DANTÉS, O. G. Páginas de Salud Pública. *Salud Pública de México*, Mexico, v. 41, n. 4, p. 354-356, 1999.

DE MASI, D. Introdução. In: DE MASI, D. (Org.). *A emoção e a regra*: os grupos criativos na Europa de 1850 a 1950. Rio de Janeiro: J. Olympio, 1999. p. 13-24.

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise da implantação. In: HARTZ, Z. (Org.). *Avaliação em saúde*: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

DONANGELO, M. C. F. *Medicina e sociedade*: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1975.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

DUCCI, L.; PEDOTTI, M. A.; SIMÃO, M. G.; MOYSÉS, S. J. *Curitiba*: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro: CEBES, 2001.

ESCOREL, S. *Reviravolta na saúde*: origem e articulação do movimento sanitário. 1987. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1987.

FALEIROS, V. P. *A política social no estado capitalista*. São Paulo: Cortez, 1979.

FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P. J. *A universalização excludente*: reflexões sobre a tendência do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Economia Industrial, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1989.

FERRERA, M. *Modelli de solidarietà*. Bologna: Il Mulino, 1993.

FILION, L. J. O empreendedorismo como tema de estudos superiores. In: _____. *Empreendedorismo*: ciência, técnica e arte. Brasília, DF: Instituto Euvaldo Lodi, Confederação Nacional da Indústria, 2001., p. 13-42.

FIORI, J. L. Ajuste, transição e governabilidade: o enigma brasileiro. In: TAVARES, M. C.; COSTA, J. L. *Desajuste global e modernização conservadora*, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

FRANCO, T. B. *Programa de Saúde da Família*: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. 1999. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

FUNDAÇÃO INSTITUTO OSWALDO CRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública. *Avaliação da implementação do PSF em grandes centros urbanos*: 10 estudos de caso. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 2002. (Relatório parcial).

GALLO, E.; VAITSMAN, J.; CAMPOS FILHO, A. C. Gestão inovadora e cultura organizacional: ferramentas para a qualidade nos serviços de saúde. In: COSTA, N. R.; RIBEIRO, J. M. (Org.). *Política de saúde e inovação institucional*: uma agenda para os anos 90. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1996. p. 127-144.

GERSCHMAN, S. *A democracia inconclusa*: um estudo da reforma sanitária. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

GOULART, F. A. A. Esculpindo o SUS a golpes de portaria. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 293-295, 2001a.

GOULART, F. A. A. *Municipalização*: veredas. Caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco; Brasília, DF: CONASEMS, 1996.

GOULART, F. A. A. *Relatório de visita ao GHC*. Brasília, DF: Comissão Nacional de Residência Médica, Ministério da Educação, 2001b.

GOULART, F. A. A.; LIMA, D. D. *Meta-análise dos trabalhos apresentados na I Mostra Nacional do Programa de Saúde da Família*. Brasília, DF: [s.n.], 2000. Mimeografado.

GOULART, F. A. de A. *Experiências em Saúde da Família*: cada caso é um caso? 2003. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

GRANADOS-TORANO, R. *Reforma de los sistemas de salud*. Tegucigalpa: Organização Panamericana de Saúde, Organização Mundial de Saúde, 1995.

HAAS, P. M. Introduction: epistemic communities and international policy coordination. *International Organization*, Cambridge, v. 46, n. 1, p. 3, 1992.

HIRSCHMAN, A. Against parsimony: three easy ways of complicating some categories of economic discourse. *American Economic Review*, Nashville, v. 74, p. 93, 1984.

HOBSBAWN, E. *A era dos extremos*: o breve século XX. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

HOGWOOD, B. W.; GUNN, L. A. *Policy analysis for the real world*. London: Oxford University Press, 1984.

IBIÁ. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de gestão 1999*. Ibiá, 2000.

ILLICH, I. *Nemesis medica*: la expropriación de la salud. Barcelona: Barral, 1975.

IMMERGUT, E. M. *Health politics*: interests and institutions in Western Europe. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

IMMERGUT, E. M. As regras do jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 30, n. 11, p. 139-165, 1996.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: ago. 2002.

JORGE, E. SUS, a hora da maioridade. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, Brasília, DF, v. 3, p. 4-7, 2000.

KICKBUSCH, I. Promoción de la salud: una perspectiva mundial. In: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. *Promoción de la salud*: una antología. Washington, DC, 1996. (Publicación científica, n. 557).

KIELY, R. Neoliberalism revisited? A critical account of World Bank conceptions of good governance and market friendly intervention. *International Journal of Health Services*, Amityville, v. 28, n. 4, p. 683-702, 1998.

KIVINIEMI, M. *Public policies and their trajects: a typological elaboration of the concept of implementation*. Paris: [s.n.], 1985.

KLIKSBERG, B. A gerência na década de 80. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 59-85, 1988.

KRIEGER, N.; BIRN, A. E. A vision of social justice as the foundation of Public Health: commemorating 150 years of the spirit of 1848. *American Journal of Public Health*, Boston, v. 88, n. 11, p. 1603-1606, 1998.

LABRA, M. E. *Análise de políticas, modos de policy-making e intermediação de interesses*: uma revisão. Rio de Janeiro: [s.n.], 1999. Mimeografado.

LAHÓZ, A. Renda e consumo. In: LAMOUNIER, B.; FIGUEIREDO, B. (Org.). *A era FHC*: um balanço. São Paulo: Cultura Editores Associados, 2002. p. 71-98,

LALONDE, M. El concepto de “campo de salud” en una perspectiva canadiense. In: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. *Promoción de la salud*: una antología. Washington, DC, 1996. (Publicación científica, n. 557).

LAURELL, A. C. *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. México DF: UAM, Fundación Friedrich Ebert, 1994.

LAURELL, A. C. (Org.) *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. São Paulo: Cortez, CEDEC, 1995.

LAURELL, A. C.; ARELLANO, O. L. Market commodities and poor relief: the World Bank proposal for health. *International Journal of Health Services*, Amityville, v. 26, n. 1, p. 1-18, 1996.

LESSA, R. Exemplo de reforma tributária vem do sertão. *Gazeta Mercantil*, São Paulo, 19 jun. 2000.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N. G. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. *Cadernos de Saúde da Família*, Brasília, DF, v. 1, p. 5-12, 1996.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. A.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n.2, p. 269-291, 2000.

LEWIS, J. M.; CONSIDINE, M. Medicine, economics and agenda-setting. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 48, p. 393-405, 1999.

LUKES, S. *Power*: a radical view. London: Macmillan, 1974.

MACHADO, M. H. *Os médicos e sua prática profissional*: metamorfoses de uma profissão. 1996. Tese (Doutorado) - Instituto Universitário de Pesquisas do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.

MACHADO, M. H. *Os médicos no Brasil*: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

MARSHALL, T. H. *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1967.

MENDES, E. V. Brasil. In: _____. *Sistemas de salud y reformas*: diferentes respuestas a la relación entre el Estado y el mercado. Buenos Aires: CEDES, FLACSO, 2000.

MENDES, E. V. *O consenso do discurso e o dissenso da prática social: notas sobre a municipalização no Brasil*. [S.l: s.n.], 1991. Mimeografado.

MENDES, E. V. (Org.). *Distrito sanitário*: o processo global de mudanças das práticas sanitárias no Sistema Único de Saúde. São

Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.

MENDES, E. V. (Org.). *A organização da saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1998.

MENDES, E. V. *Sistema Integrado de Saúde para Curitiba*. [S.l: s.n.], 2000. Mimeografado.

MENEZES, G. Apresentação. In: VITÓRIA DA CONQUISTA. Prefeitura Municipal. *Saúde*. Vitória da Conquista, [199-?]. p. 1.

MERHY, E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). *Inventando uma mudança para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 117-160.

MERHY, E.; BUENO, W.; FRANCO, T. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2,p. 345-353, 1999.

MESA-LARGO, C. *Atención de salud para los pobres en la América Latina*. Washington, DC: OPAS, Interamerican Foundation, 1992.

MINTZBERG, H. *Structure et dynamique des organisations*. Paris: Les Éditions d´Organisation, 1982.

MISOCZKY, M. C. A medicina de família, os ouvidos do Príncipe e os compromissos com o SUS. *Saúde em Debat*e, Londrina, v. 42, p. 40-44, 1994.

MORGAN, G. *Imagens da organização*. São Paulo: Atlas, 1986.

MOUZINHO, G. P. *Programa Médico de Família*: mediação e reciprocidade. 1999. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 1999.

NADAS, B. B.; BUSATO, I. M. S.; STEIL, M. A consolidação do controle social em Curitiba. In: DUCCI, L.; PEDOTTI, M. A.; SIMÃO, M. G.; MOYSÉS, S. J. (Org.). *Curitiba*: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro: CEBES, 2001. p. 97-108.

NAVARRO, V. Produção e estado de bem-estar: o contexto das reformas. In: LAURELL, A. C. (Org.). *Estado e política sociais no neoliberalismo*. São Paulo: Cortez, CEDEC, 1995. p. 91-124.

NEGRI, B. Atenção básica: financiamento, descentralização e equidade. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, Brasília, DF, p. 10-11, 1999.

NEGRI, B. Conferência de abertura. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 18., 2002, Blumenau. *Anais*… Blumenau: CONASEMS, 2002.

NITERÓI. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *III Conferência Nacional de Saúde*. Niterói, 1998.

OLIVEIRA, R. Emprego. In: In: LAMOUNIER, B.; FIGUEIREDO, R. (Org.). *A era FHC*: um balanço. São Paulo: Cultura Editores Associados, 2002. p. 99-136, 2002.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. *Relatório final do Seminário Perspectivas para a descentralização e regionalização do Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF, 2002. (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 1).

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Os atalhos da mudança de saúde no Brasil*. Brasília, DF, 1989.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Los sistemas locales de salud en las Américas*: una estratégia social en marcha. Washington, DC, 1993. (Comunicación para la Salud, 4).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. *Recursos humanos y sistemas locales de salud*. Washington, DC, 1994. (Série Desarollo de Recursos Humanos, 99).

PAIM, J. S. Bases conceituais da Reforma Sanitária brasileira. In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e democracia*: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos, 1997.

PAIM, J. S. *Medicina familiar no Brasil*: movimento ideológico e ação política. Rio de Janeiro: Abrasco, 1986. (Estudos de Saúde Coletiva, 4).

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, Z. (Org.). *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PARKEY, G. *The Times atlas of the world history*. London: Times Books, 1993.

PAULA, C. Política Urbana. In: In: LAMOUNIER, B.; FIGUEIREDO, R. (Org.). *A era FHC*: um balanço. São Paulo: Cultura Editores Associados, 2002. p. 395-420.

PEDOTTI, M. A.; MOYSÉS, J. M. A história dos 20 anos de atenção primária em Curitiba. *Divulgação em Saúde Para Debate*, Londrina, v. 19, p. 6-17, 2000.

PEREIRA, L. A. M. Reformulação da assistência farmacêutica na atenção primária de saúde. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. *Prêmio experiências municipais exitosas*. Brasília, DF, 2001.

POLANYI, K. *A grande transformação*: as origens de nossa época. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

PROGRAMA de Governo do candidato Anthony Garotinho. Disponível em: <http://www.garotinho40.com.br>. Acesso em: 25 ago. 2002.

PROGRAMA de Governo do candidato Ciro Gomes. Disponível em: <http://www.ciro23.com.br>. Acesso em: 22 ago. 2002.

PROGRAMA de Governo do candidato José Serra. Disponível em: <http://www.joseserra.com.br>. Acesso em: 22 ago. 2002.

PROGRAMA de Governo do candidato Luiz Inácio Lula da Silva. Disponível em: <http://www.lula.org.br>. Acesso em: 25 ago. 2002.

PROGRAMA de Saúde da Família. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 31 jul. 2002.

PUTNAN, R. *Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996.

RIBEIRO, D. *O processo civilizatório*. São Paulo: Companhia das Letras, Publifolha, 2000.

RIBEIRO, J. M. Estruturas tecno-burocráticas e instâncias colegiadas no SUS. In: COSTA, N. R.; RIBEIRO, J. M. (Org.). *Política de saúde e inovação institucional*: uma agenda para os anos 90. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, 1996. p. 51-68.

RIBEIRO, J. M. *Trabalho médico*: ciência, arte e ação na conformação da técnica. 1995. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1995.

RIMLINGER, G. *Welfare policy and industrialization in Europe, North America and Russia*. New York: Wiley, 1971.

RODRIGUEZ, R. *Teoría práctica de la Salud Pública*. Washington, DC: OPS, 1994.

ROMANÓ, D. et al. Saúde e família: a experiência de Curitiba. *Revista Médica do Paraná*, Curitiba, p. 53-60, 1999.

ROSA, J. G. *Grande Sertão*: veredas. 10 ed. Rio de Janeiro: Livraria José Olympio, 1976.

_____. Sobre a escova e a dúvida. In: _____. *Tutaméia*. Rio de Janeiro: J. Olympio, 1979.

ROSANVALLON, P. *La nouvelle question sociale*: repenser l´état-providence. Paris: Seuil, 1995.

ROSEN, G. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Unesp, Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

SALTMAN, R. B. Re-vitalizing Public Health Care Systems: a proposal for public competition in Sweden. *Health Policy*, Amsterdam, v. 7, p. 21-40, 1987.

SAMPAIO, L. F. R. Saúde da família: uma estratégia viável. *Revista de Saúde da Família de Contagem*, Contagem, set. 2000.

SANTOS, N. R. Contribuição ao entendimento do novo médico geral ou de família. *Revista Saúde em Debate*, Londrina, v. 7/8, p. 39-43, 1978.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. *Brasil*: território e sociedade no início do século XXI. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SCHNEIDER, A. L.; MARGARIDA, A.; DUCCI, L. Informatização dos processos de trabalho em Curitiba: a história do cartão qualidade-saúde. In: DUCCI, L.; PEDOTTI, M. A.; SIMÃO, M. G.; MOYSÉS, S. J. (Org.). *Curitiba*: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro: CEBES, 2001.

SCHRAIBER, L. B. *Os médicos e seu mercado de trabalho*: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993.

SCHRAIBER, L. B. (Org.). *Programação em Saúde, hoje*. São Paulo: Hucitec, 1990.

SERRA, J. Gente que cuida da gente. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, Brasília, DF, p. 3, 2000.

SERRA, J. Pronunciamento de abertura. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 2., 2001, Brasília. *Anais*… Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

SIGERIST, H. *Historia y sociologia de la medicina*: Selecciones. Bogotá: G. Molina, 1974.

SILVA JUNIOR, A. G. *Modelos tecnoassistenciais em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVEIRA FILHO, A. D.; OLIVEIRA, C. A.; RIBEIRO, E. M.; LOPES, M. G. D. Programa de Saúde da Família em Curitiba: estratégia de implementação da vigilância à saúde. In: DUCCI, L.; PEDOTTI, M. A.; SIMÃO, M. G.; MOYSÉS, S. J. (Org.). *Curitiba*: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro: CEBES, 2001.

SINFARMIG. SINMED. SIND-SAÚDE CONTAGEM. SIND-SAÚDE. *Manifesto em defesa da saúde de Contagem*. Contagem, 2002.

SINGER, A. Saúde. In: LAMOUNIER, B.; FIGUEIREDO, R. (Org.). *A era FHC*: um balanço. São Paulo: Cultura Editores Associados, 2002.

SINGER, P.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, F. *Prevenir e curar*: o controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1979.

SOUSA, M. F. *A cor-agem do PSF*. São Paulo: Hucitec, 2001.

SOUZA, H. M. Estratégias para a organização da atenção básica no Brasil. In: REUNIÃO TÉCNICA DOS PÓLOS DE CAPACITAÇÃO, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA

FAMÍLIA, 2000, Brasília. *Anais*… Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

SOUZA, H. M. O futuro tecido no presente. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, Brasília, DF, p. 7-9, nov. 1999.

STARFIELD, B. *Atención primária*: equilíbrio entre necessidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson, 2001.

TANIGUCHI, C. *Programa de governo*. Curitiba: [s.n.], 2000.

TEIXEIRA, S. *O Programa de Saúde da Família e sua relação com as dimensões da sustentabilidade*. 2001. Dissertação (Mestrado) - Centro de Desenvolvimento Sustentável, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2001.

TEIXEIRA, S. C. S.; MONTEIRO, V. O.; MIRANDA, V. A. Programa Médico de Família no município de Niterói. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 147-158, 1999.

TENDLER, J. *Bom governo nos trópicos*: uma visão crítica. Brasília: DF: ENAP; Rio de Janeiro: Revan, 1998.

TERRIS, M. The neoliberal triad of Anti-Health Reforms: government Budget Cutting, deregulation and privatization. *Journal of Public Health Policy*, South Burlmgton, v. 20, n. 20, p. 149-167, 1999.

TESTA, M. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TETELBOIN, C. Actores sociales: una herramienta para el análisis de las políticas públicas? In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). *Estado y políticas sociales en America Latina*. Mexico: UAM, 1992. p. 233-254.

THÉVENET, A. *L´Aide sociale en France*. Paris: PUF, 1973. (Que sais je?).

THORWALD, J. *O segredo dos médicos antigos*. São Paulo: Melhoramentos, 1985.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 429-435, 1998.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Núcleo de Estudos Urbanos. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. *Organização e hierarquização de ações de saúde*. Relatório I: Identificação e caracterização de aglomerados de saúde. Campinas, SP, 2000. Projeto.

VASCONCELOS, E. M. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. São Paulo: Hucitec, 1999.

VASCONCELOS, E. M. *A medicina e o pobre*. São Paulo: Paulinas 1987.

VASCONCELLOS, M. P. Reflexões sobre a saúde da família. In: MENDES, E. V. (Org.). *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 155-172.

VIANA, A. L. D. Abordagens metodológicas em políticas públicas. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 5-43, 1996.

VIANA, A. L. D. *Avaliação do Programa de Saúde da Família*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000. (Relatório Parcial, 4). Projeto.

VIANA, A. L. D. Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para os estudos sobre políticas sociais. In: CANESQUI, A. M. (Org.). *Ciências sociais e saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1997.

VIANA, A. L. D. As políticas sociais e as políticas de saúde no contexto da globalização. In: GERSCHMAN, S.; VIANNA, M. L. W. (Org.). *A miragem da pós modernidade*: democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 201-210.

VIANA, A. L. D; DAL POZ, M. R. Estudo sobre o processo de reforma do sistema de saúde no Brasil. In: _____. *Reformas em educación y salud em América Latina*. [S.l.: s.n.], [199-?].

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. *Reforma em saúde no Brasil*: Programa de Saúde da Família em Cocal do Sul, Barbacena, Baturité, Cotia. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1998. (Relatórios de pesquisa).

VIANNA, M. L. W. Política versus economia: notas (menos pessimistas) sobre globalização e Estado de bem-estar. In: GERSCHMAN, S.; VIANNA, M. L. W. (Org.). *A miragem da pós modernidade*: democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 155-176.

VITÓRIA DA CONQUISTA. Prefeitura Municipal. *Relatório de gestão 2000*. Vitória da Conquista, 2001.

VITÓRIA DA CONQUISTA. Prefeitura Municipal. *Saúde*. Vitória da Conquista, [199-?].

VUORI, H. The role of schools of public health in the development of primary health care. *Health Policy*, Amsterdan, v. 4, p. 221-230, 1985.

WALT, G.; GILSON, L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning*, Oxford, v. 9, n. 4, p. 353-370, 1994.

WARWICK, D. *Integrating planning and implementation*: a transactional approach. Boston: Harvard University, 1979. (Paper,

63).

WORLD BANK. *Brazil public spending on social programs*: issues and options. Washington, 1988. v. 1.

WORLD BANK. *The organization, delivery and financing of health care in Brazil*. Washington, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Geneve, [19--?]. (Technical Report Series, 257).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health promotion*: a discussion document on the concept and principles. Copenhagen: World Health Organization Office for Europe, 1984.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Primary health care*. Geneve, 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Training of the physician for family practice*. Geneve, 1963.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The World Health Report 1999*: making a difference. Geneve, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The World Health Report 2000*. Geneve, 2000.