Apresentação

Flávio Goulart

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

GOULART, F. Apresentação. In: *Saúde da família: boas práticas e círculos virtuosos* [online].
Uberlândia: EDUFU, 2007, pp. 15-24. ISBN 978-85-7078-517-6.
<https://doi.org/10.7476/9788570785176.0002>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

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 equidade, 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 feito, 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 equidade 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 emanção 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 *atos 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. Procuo “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. Fe-

lizmente 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* início, finalmente, minha jornada pelas experiências com saúde da família, falando, em primeiro lugar, daquela representada pelo PSF nacional. Cabe aqui, entretanto, um esclarecimento especial. Coloque-me, 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 transver-

sais 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 Tandler, 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 (publicações DAB/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
VITÓRIA 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 (<i>Medicina Geral Comunitária</i>) 3- Oportunidade de uma visita ao Programa de Residência do GHC

Como roteiro para as visitas, foram realizadas entrevistas com *atores-produtores* (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 sequência 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 internacionais •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)

Flavio Goulart

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.