Capítulo III - Cada caso, um caso

Flávio Goulart

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

GOULART, F. Cada caso, um caso. In: *Saúde da família: boas práticas e círculos virtuosos* [online]. Uberlândia: EDUFU, 2007, pp. 113-195. ISBN 978-85-7078-517-6.
<https://doi.org/10.7476/9788570785176.0005>.

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/).

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, difi-

cultando 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 Ressaça-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, uma 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 Ressaça – 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 pos-

sível 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 emer-

gência, 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 *advertício*. 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 eloquente 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 consequências 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

Analizando, 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 km². 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 participou 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 o 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 intensificação 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 senti-

do, 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 auto-referência 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 resolatividade 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 político-partidária, 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 gestonárias desenvolvidas na cidade, arrolando-se aí os possíveis fatores ligados à diver-

sidade étnica e cultural tão marcante no Paraná, bem como uma certa “auto-referência” 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 res-

pectivos 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 filiou-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, “inquietação” 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. Incorporou-se 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 Interinstitucional 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 incluía 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

peçoal 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 as 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 administrativas (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 lon-

go 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 uma 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 con-

tinuidade 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 intrincados 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, técnico-operacional 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 equidade, 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 Quéricia, 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”. Situa-

se 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 km² e sua densidade populacional é baixa, com menos de oito habitantes por km². 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 sane-

amento, 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, avaliou-se 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 das experiências locais – 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 feitiço 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 ao 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 equidade e bem-estar, rompendo um ciclo histórico de clientelismo e populismo na política local. Além disto, concretizou-se, com a reeleição do prefeito, a possibi-

lidade 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 desfça 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.

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 omissivo 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 ouvi-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, destacando-se particularmente uma acentuada interação positiva entre equipes e comunidade.

A chamada *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 equidade, 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 uma 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 *kwashiorkor* 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 – embora 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 significativo 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 inte-

gral 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 resolutive, 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 moveram-se 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 políti-

ca 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 dos 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 cele-

bração 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 sequência 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 discussões 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 protago-

nistas 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 profissio-

nais 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 SES-RS, 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	1974	1980
Vínculo institucional	Grupo Hospitalar Conceição – uma autarquia federal, depois empresa pública	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 humanos	Própria com autonomia de gestão de RH	Não própria – obedece regras 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 pós-graduada voltada para o SUS	Dimensão ampliada: multi-profissionalidade, graduação e pós-graduação; residência e estágios
Estratégias de expansão	Constituir-se como grande centro de capacitação para o PSF e o SUS de interesse regional - nacional	Constituir-se como centro de 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.