Capítulo IV - As experiências em perspectiva comparada

Flávio Goulart

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

GOULART, F. As experiências em perspectiva comparada. In: *Saúde da família: boas práticas e círculos virtuosos* [online]. Uberlândia: EDUFU, 2007, pp. 197-229. ISBN 978-85-7078-517-6.
<https://doi.org/10.7476/9788570785176.0006>.

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 IV

As experiências em perspectiva comparada

Vistas sem maior aprofundamento, as experiências cujo estudo se detalhou no capítulo anterior podem oferecer a impressão de que constituem processos de tal maneira diferenciados e até mesmo exclusivos que poderiam despertar a afirmativa de que “cada caso é um caso” e que seria ociosa tentar outras maneiras de apreendê-las. Entretanto, onde a heterogeneidade parece dominar, há lugar também para a uniformidade, basta apurar o olhar e buscar o que não salta aos olhos, à primeira vista.

No presente capítulo o objetivo será justamente assinalar aspectos que permitam comparar as experiências, não de forma extensiva, perseguindo uma similaridade completa para a qual certamente não há lugar na realidade. Entretanto, alguns *fios condutores* parecem perpassar cada caso analisado e é a revelação deles que interessa agora. Assim, a abordagem caminhará por uma série de temas, que por suposto reúnem e sintetizam os referidos *fios condutores*. Estes temas são os seguintes: (a) características geo-políticas dos municípios; (b) modo de inserção no sistema de saúde verificado em cada realidade; (c) contexto político geral; (d) a formação dos conteúdos técnicos e ideológicos das propostas; (e) atores sociais influenciadores e suas articulações; (f) participação e envolvimento sociais; (g) processos de implantação e de organização; (h) as evidências de uma *cultura institucional* na saúde; (i) fatores facilitadores, obstáculos e lições. Finalizando, é realizada uma pequena síntese comparativa e conclusiva sobre as diferenças e semelhanças entre as experiências aqui descritas.

Características geo-políticas

Trata-se de municípios com características sociais, demográficas e econômicas muito distintas, o que aliás é um aspecto positivo do ponto de

vista da metodologia deste estudo. Não cabe aqui uma abordagem comparativa, como se procederá em relação aos outros itens, mas apenas buscar-se-á evidenciar as principais características das cinco localidades envolvidas no estudo. O quadro a seguir mostra uma série de aspectos relevantes referentes a estes municípios.

QUADRO 9 – Aspectos diferenciais relevantes dos municípios estudados

CIDADE/ ASPECTO	CONTAGEM	CURITIBA	IBIÁ	NITERÓI	VITÓRIA DA CONQUISTA
População	600 mil	1,4 milhão	25 mil	450 mil	250 mil
Classificação nesur/unicamp	Periferia de região metropolitana	Sede de região metropolitana	Porte médio metropolitana	Periferia de região	Porte médio
Situação geo-política	Região metropolitana Cidade dormitório Industrializada	Capital Metrópole Industrialização Serviços Pólo estadual	Cidade pequena Agrícola	Região metropolitana Cidade dormitório Serviços	Cidade média Agrícola Entroncamento rodoviário Pólo regional
Base	Indústria	Indústria	Agricultura	Indústria	Agricultura
econômica	Serviços	Serviços		Serviços	Serviços
Idh	Baixo	Alto	Alto	Médio	Baixo
Urbanização	100%	100%	80%	Próximo 100%	85%

Fontes: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2002);
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (2000)

Uma abordagem mais aprofundada sobre as características dos municípios brasileiros pode ser encontrada em Santos e Silveira (2001), autores filiados às novas correntes da geografia política, que buscam apreender “não o território em si, mas o território utilizado”. Estes autores trabalham com algumas categorias inovadoras de análise, por meio das quais os territórios, inclusive das cidades, podem ser assim diferenciados:

- (a) Densidade x rarefação: que se referem não estritamente à população, mas a um conjunto mais ampliado, de coisas naturais, coisas artificiais, movimentos das coisas, dos homens, das informações e das riquezas;
- (b) Fluidez x viscosidade: diz respeito às condições de circulação dos homens, dos produtos, do dinheiro, da informação, das ordens, etc., dentro de processos seletivos e não-igualitários;
- (c) Rapidez x lentidão: não só do ponto de vista material das vias, como do ponto de vista social, referente à vida de relação;
- (d) Espaços luminosos x espaços opacos: diferentes acumulações de densidades técnicas e informacionais, com mais aptidão dos *luminosos* a atrair atividades com maior conteúdo de capital;
- (e) Espaços que mandam x espaços que obedecem: leva em consi-

deração o acúmulo de funções de direção em alguns lugares e sua carência em outros tantos;

- (f) Novas lógicas centro x periferia: um modo diferente de “ver” o território nacional como “quatro Brasis”, com diferenças na difusão do meio técnico-científico e de capital e em suas heranças históricas e culturais, a saber as regiões: Concentrada (caracterizada pela consolidação de um projeto de ciência técnica e informação); Centro-Oeste (com predomínio de território natural e vida de relações rala e precária); Nordeste (agrícola, pouca densidade tecnológica, baixa circulação de mercadorias e capital); Amazônica (baixas densidades populacionais e técnicas).

O quadro abaixo, resultado de uma construção própria do autor, a partir dos critérios acima referidos, de acordo com os critérios de Santos e Silveira (2001), reúne estas informações para as regiões onde se inserem os cinco municípios estudados:

QUADRO 10 – Dinâmicas territoriais dos municípios estudados

CONTAGEM	CURITIBA	IBIÁ	NITERÓI	VITÓRIA DA CONQUISTA
Densidade	Densidade	Rarefação	Densidade	Rarefação
Fluidez	Fluidez	Viscosidade	Fluidez	Viscosidade
Rapidez	Rapidez	Lentidão	Rapidez	Lentidão
Luminosidade	Luminosidade	Opacidade	Opacidade	Opacidade
Obediência	Mando	Obediência	Obediência	Obediência
Concentração	Concentração	Não-concentração	Concentração	Não-concentração

Vê-se que existe um *continuum* que vai de Curitiba, o pólo mais denso, fluido, rápido, luminoso, mandatário e concentrado da série, até Ibiá e Vitória da Conquista, que possuem características opostas.

O perfil comparado dos sistemas de saúde locais

Neste aspecto é preciso muita atenção para não classificar sumariamente “cada caso como um caso”. Com efeito, a heterogeneidade das experiências é bastante marcante em alguns aspectos, como por exemplo na população e nas características sociais e econômicas locais. Da mesma forma, a capacidade de oferta, por exemplo, de procedimentos especializados e o gasto público em saúde variam intensamente de um caso a outro. Em outros aspectos, a variabilidade é tão acentuada que praticamente induz à conclusão de que, talvez, os dados não reflitam a realidade local, por insuficiência de coleta ou outros problemas. É o que acontece, por exemplo, em relação a alguns tópicos referentes às informações financeiras.

Mas, a par de tais dificuldades, é possível apontar também algumas uniformidades e tendências, conforme mostrado adiante:

- (a) São todos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, com datas de habilitação em tal condição variando desde maio de 1998, em Curitiba, até maio de 2000, em Ibiá. Na análise de seu percurso anterior pelas condições de gestão das NOB 93 e 96 foram considerados portadores de aprendizado médio, com exceção de Niterói, classificado como alto;
- (b) Constituem sistemas de saúde com alto grau de participação pública municipal em relação à capacidade instalada, à oferta e à própria gestão do sistema, tanto na área ambulatorial como na hospitalar;
- (c) Na oferta especializada e de complexidade mais elevada dilui-se a homogeneidade observada quanto a outros aspectos, com variações muito amplas dos indicadores, traduzindo possivelmente até mesmo alguma incorreção da base de dados. É digna de destaque a situação de Niterói, que apresenta um índice de procedimentos especializados per capita superior a todas as demais cidades, inclusive superando a de Curitiba;
- (d) Do ponto de vista da oferta e cobertura hospitalar, os indicadores são inferiores à média nacional, traduzindo possivelmente um maior impacto da atenção básica resolutive nos sistemas locais;
- (e) As taxas de evasão e invasão de internações, embora apresentem ampla variação, parecem traduzir uma tendência de que estes municípios captam as demandas externas, ao mesmo tempo que circunscrevem o atendimento local dentro do próprio sistema, com a notável dissonância de Contagem neste aspecto;
- (f) Os dados de financiamento demonstram-se um tanto vulneráveis a uma crítica relativa à sua fidedignidade, observando-se, mesmo cautelosamente, que ocorre uma certa uniformidade nas receitas e no gasto com saúde – por habitante – com a notável exceção de Vitória da Conquista, em que tais cifras se colocam em patamares inferiores às demais cidades;
- (g) Em relação ao índice de recursos próprios municipais alocados, notam-se percentuais acima de 20% apenas em Ibiá e Niterói, estando os demais abaixo de 10%, fora Contagem, para a qual o dado não se encontra disponível;
- (h) As coberturas de PSF e PACS também variam intensamente, mas aqui a fidedignidade do dado não é objeto de contestação. Desta-

cam-se neste aspecto ibiá (com praticamente 100%), Vitória da Conquista e Contagem, com coberturas da ordem de 40% e 54%, para o PSF e de 81,8% e 43,4% para o PACS, respectivamente.

Contexto político geral

O que se revela, à primeira vista, é uma certa polaridade entre aquelas experiências que se desenvolveram em ambientes políticos considerados favoráveis e outras que, ao contrário, enfrentaram, desde seu início, ou mesmo historicamente, contextos mais adversos.

No primeiro caso, prevalecem a continuidade política e administrativa das gestões municipais, um panorama sólido de articulações externas, uma base técnica e ideológica bem estabelecida, além de práticas políticas e administrativas convergindo para a qualidade técnica e o interesse coletivo, dentro do panorama que poderia ser denominado de bom governo. Aqui se encaixam, sem muito esforço, os processos desenvolvidos em Curitiba e Niterói.

De outro lado, porém, ficam experiências geradas em ambientes adversos, do ponto de vista político ou sócio-econômico, e que muitas vezes tiveram que partir de um estado de caos relativo. Além disso, foram geralmente desenvolvidas tendo como antecedentes maneiras tradicionais de fazer política, marcados pelo populismo e pelo clientelismo, que têm nos casos do “carlismo”, em Vitória da Conquista e do “cardosismo” em Contagem, dois exemplos marcantes. Nestas experiências, a base técnica geralmente teve de ser arregimentada fora da realidade local e a própria substância ideológica assumiu, por vezes, características também adventícias, por assim dizer. Além das duas citadas acima, aqui se enquadra também a experiência desenvolvida em Ibiá.

A categoria do bom governo tem sido muito explorada na literatura sobre administração pública, como no caso do trabalho de Tandler (1998). Esta autora analisou de perto a experiência de implementação do PACS no estado do Ceará, entre outras, durante a década de 90 e considerou que nas circunstâncias então vigentes uma série de fatores positivos se acumulou, como por exemplo, incentivos à dedicação dos trabalhadores da saúde, fazendo com que se desenvolvesse nestes certas noções de vocação e missão, além de “pressões para o comportamento responsável”. A própria maneira como os cidadãos se referiam aos funcionários da saúde sofreu mudanças favoráveis na vigência dos processos relatados. Segundo Hirschman (1984), uma das características do bom governo é a mobilização dos chamados recursos morais mobilizados pelas administrações, ou seja, acumulações simbólicas – por exemplo a confiança mútua entre governo e cidadãos – cuja oferta aumenta com o uso e que se esgotam caso não sejam utilizadas.

Nesta mesma linha, Putnan (1996) estabelece possíveis explicações para o fenômeno, relacionando, entre outros fatores, a estabilidade social e institucional, a qualidade da educação, a urbanização, e as características do partido no poder. Algumas das categorias apontadas por estes autores, por exemplo, incentivos à dedicação e ao cumprimento do dever, percepção por parte dos usuários, manuseio de recursos simbólicos, estabilidade, continuidade, programa partidário etc. Constituem aspectos bem nítidos em várias das experiências analisadas. Por assim dizer, “perpassam” todas elas, com a possível inserção de Curitiba em um pólo mais pulsante com relação a tais qualidades.

Aprofundando mais a análise das experiências é possível obter certas nuances, que dão a devida dimensão a cada caso, considerando que, particularmente no grupo das condições adversas de desenvolvimento, nem todas evoluíram de maneira semelhante e que, portanto, os fatores apontados não possuem poder explicativo total. Contagem, por exemplo, tinha muitos pontos negativos em seu contexto político geral, mas ao mesmo tempo tinha uma base sólida de atuação municipal em saúde, remontando a mais de duas décadas. Nem por isso foi uma experiência bem sucedida, sendo modificada e reduzida drasticamente com a mudança política local. Aliás, de todo o grupo estudado, foi a única cidade que não conseguiu reeleger seu prefeito. Assim, em Contagem, outros aspectos do contexto devem ser buscados, como por exemplo o predomínio de uma lógica basicamente eleitoral, acelerada e talvez mesmo imediatista – imposta pelo prazo curto (apenas dois anos) de que dispunha a administração municipal – empossada na metade do mandato, para implantar sua proposta de mudança na saúde local.

Em Ibiá, outros fatores podem ter pesado, entre eles o caráter de “virada” que representou a chegada ao poder do PDT e de seus aliados, particularmente a duração plena do mandato do prefeito e sua reeleição em 2000, embora neste município, tanto quanto em Contagem, o grande problema enfrentado tenha sido o da reconstrução de um sistema de saúde bastante deficitário em termos físicos.

Também em Vitória da Conquista, como em Ibiá, houve também uma “virada” política em regra, com a chegada do PT ao poder, particularmente dentro de um quadro político e eleitoral adverso como o da Bahia. Ali, entretanto, apesar do sucateamento encontrado na saúde, havia resquícios de uma tradição mais consistente em matéria de saúde, dada pela proposta dos agentes rurais. Não pode ser deixado de lado o impacto existente de uma rede de apoios externos efetivos, seja do Partido dos Trabalhadores, seja do Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA) ou da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

Mesmo entre os que tinham tudo para serem bem sucedidos e o foram, de fato, como Niterói e Curitiba, há alguns aspectos diferenciais de monta. Veja-se, por exemplo, o desenvolvimento “contra a corrente” assumido pela

experiência de Niterói em seus primórdios, dado o caráter de precocidade ali assumido em relação a outras propostas. Ali, com efeito, se havia um panorama político interno favorável, com a chegada de uma nova administração ao poder municipal e à tradição desenvolvida no âmbito do Projeto Niterói, por outro, vigorava, no plano nacional, um ambiente político alheio ou mesmo desfavorável a projetos da natureza do Médico de Família. Assim mesmo, entretanto, o programa de Niterói cresceu e evoluiu, embora de forma independente do apoio técnico e mesmo do financiamento federal.

A formação dos conteúdos

Todas as experiências estão referenciadas, no discurso e na prática, aos conteúdos gerais do estado de bem-estar social e da reforma sanitária brasileira, em particular. Em todas elas são visíveis as consequências dos princípios e diretrizes legais do SUS, tais como direito, responsabilização e relevância pública, integralidade, participação social, regionalização, hierarquização, entre outros. Não deixam de ser contempladas também as diretrizes oficiais do PSF nacional, tais como territorialização, trabalho em equipe, agentes comunitários de saúde, uso do instrumental epidemiológico etc.

Entretanto, uma análise mais apurada permite destacar também uma certa “polaridade” na maneira como estes conteúdos se dispõem no conjunto das experiências, evidenciando uma pauta restrita ao *tradicional*, de um lado, e uma nova pauta, de outro. A pauta tradicional, na verdade encontra-se difusa em todas as experiências, mas em algumas ela representa basicamente o conjunto de conteúdos disponíveis. Este seria o caso daqueles municípios em que fatores ambientais e institucionais não permitiram maior articulação externa e mesmo um certo “arejamento” do processo de discussão, como ocorreu em Ibiá e Contagem. Não que estes municípios não tenham se preocupado com “outras” questões. Provavelmente o fizeram, mas a análise dos documentos disponíveis e do próprio discurso dos entrevistados mostrou-se particularmente centrada nos aspectos citados, o que, diga-se de passagem, já representaria um grande avanço dentro das condições locais.

Paim e Almeida Filho (2000) se propõem a identificar e a discutir os elementos desta nova pauta, a qual, segundo ele, visa se antepor às respostas pragmáticas e intervencionistas que o Banco Mundial e outros organismos internacionais têm procurado inserir nos sistemas de saúde. Estas propostas externas não têm sido suficientes para fundamentar uma política inspirada na equidade e na solidariedade, estes sim, princípios norteadores das mudanças desejáveis nos sistemas de saúde. Assim, a nova pauta representaria um conjunto de conceitos, teorias e práticas dirigidos para a renovação do postulado – tradicional e um tanto desgastado – de saúde para todos. Descreve-se um processo de interfertilização entre as academias e os serviços,

que poderia desencadear a formação de agendas de ação e modernização conceitual compatíveis com novas práticas de saúde pública. O resultado, segundo o autor citado, deveria ser a discussão da saúde e a formulação de propostas em terreno público-coletivo-social, de forma a gerar oportunidades para a incorporação do complexo promoção-saúde-doença-cuidado, numa perspectiva de política pública saudável e participação mais efetiva da sociedade nas questões de vida, saúde, sofrimento e morte.

Segundo Rodriguez (1994), a nova pauta remeter-se-ia à inserção de novas práticas e novos papéis profissionais, de forma a cumprir funções históricas e políticas de resgatar os conhecimentos, êxitos e fracassos das lutas coletivas; de agregar valor por meio da produção e gestão do conhecimento; de gerência estratégica de recursos escassos; da mediação entre as necessidades de saúde e as decisões políticas; além de *advocacy* da sociedade nas questões da saúde e da cidadania. Kickbush (1996) define uma nova saúde pública, categoria que se aproxima da nova pauta ora comentada, e que abarca a “compreensão do contexto”, incluindo aspectos econômicos, a força dos grupos de pressão e os estilos de vida; as novas maneiras de pensar a saúde, não como medição de resultados, mas como processo e recurso; o re-arranjo dos problemas e das prioridades; a integração de novos atores sociais; o desenvolvimento de laços com a ação política. A partir destes elementos conceituais é que se desenvolveriam novos eixos para a atuação do setor, a saúde, a garantia do acesso com redução das desigualdades existentes, a defesa dos interesses coletivos em saúde, bem como a superação das meras ações assistenciais tradicionais nos serviços de saúde.

Sem dúvida, pode-se perceber a vigência de tais elementos conceituais e ideológicos nas agendas de ação renovadas que alguns municípios apresentam. Nestas, os temas correlatos à saúde são tratados com maior profundidade e amplitude, expandindo o conceito de saúde e incorporando novos temas ou mesmo desdobramentos dos temas tradicionais da reforma sanitária, tais como promoção da saúde, qualidade e condições de vida, vigilância à saúde, novos modelos organizacionais, humanização, dignidade, entre outros. Praticava-se, graças ao processo mais intenso de articulação externo verificado, o que se poderia chamar de cosmopolitismo sanitário, muito nítido nos documentos e discursos de Vitória da Conquista, Curitiba e Niterói, por exemplo.

Atores e suas articulações

Evidentemente, nenhuma das experiências foi construída sem atores, como também nenhuma deixou de apresentar algum grau de articulação externa. Cabe, entretanto, evidenciar e tipificar melhor estes dois aspectos.

Para iniciar a discussão, apresenta-se alguns traços que parecem

marcantes nos atores centrais das experiências estudadas, ou seja, naqueles que de fato parecem ter liderado o processo de mudança advindo da implantação do PSF. A maioria é do sexo masculino e está na faixa etária abaixo dos 40 anos. De modo geral, são os titulares dos órgãos gestores locais, mas há casos de técnicos de escalão um degrau abaixo (caso Niterói) ou mesmo de um prefeito (Ibiá). A experiência acumulada nos serviços de saúde predomina sobre a formação acadêmica, havendo todavia casos em que as duas se somam (caso de Vitória da Conquista). A presença de marcantes articulações externas entre tal grupo, formais e informais, constitui regra geral. A maioria tem militância política local e vinculação partidária, mas nem todos possuem raízes locais fortes. Entre todos os atores estratégicos foram característicos os atributos de carisma pessoal, liderança, empreendedorismo técnico ou político, como será comentado adiante.

A atuação dos atores sociais nos processos de formulação e implementação das experiências estudadas se deu mediante quatro dimensões, a saber: expertise local, recurso externo, base ideológica, fatores pessoais, categorias que serão desdobradas a seguir.

A expertise local, embora difusa no conjunto das experiências, mostrou concentração mais forte, naturalmente, nos locais onde os recursos voltados para a formação e a própria tradição de serviços eram mais fortes. Tal foi o caso de Curitiba e de Niterói e também de Vitória da Conquista, devido à sua peculiar situação de articulação com duas entidades acadêmicas, uma local e outra externa.

A expertise local, por vezes, assumiu formas mais sofisticadas, seja do ponto de vista técnico ou formal, configurando verdadeiras tecno-estruturas, na acepção proposta por Mintzberg (1982), quais sejam instâncias de análise e formulação de políticas e de processos de trabalho, mantendo amplo contato com o ambiente social, com seus quadros formados pelos chamados analistas.

Contudo, nos casos presentes não devem ser deixadas de lado as referências que vinculam tais estruturas à vida associativa e cívica local, o que subentende sua adequação à normas e valores vigentes. Esta interpretação recusa, de fato, o mero recurso a explicações fundadas na determinação estrutural dos modos de agir de uma tecno-burocracia estatal formada por especialistas influentes no processo de decisões institucionais (RIBEIRO, 1996), porém alheios a valores e insensíveis a decisões de caráter mais altruísta, nas quais os bens públicos possam ter primazia sobre a maximização de benefícios restritos.

Os modos de se organizar e de agir dessa expertise local em muito se aproximam daqueles referentes às comunidades epistêmicas, noção vinculada ao entendimento de como ocorrem os processos de formação e formulação das agendas e planos de ação dos governos, mas também da difusão

do conhecimento (COSTA, 1996). Trata-se de processos que têm como atores os especialistas, como marcante fundamentação não só no conhecimento técnico como no domínio de técnicas voltadas para a produção de consenso, envolvendo financiadores e dirigentes, de um lado, e operadores, do outro. A definição oferecida por Haas (1992) acentua certos papéis assumidos por uma rede de técnicos e outros especialistas atuantes nos processos produção e de difusão de crenças científicas, aspecto relevante para a socialização das políticas e para o aprendizado social. Ribeiro (1996) analisa a possível substituição da política formal pelo discurso de uma tecno-estrutura de Estado, formada por especialistas capazes de influir de forma decisiva no processo de tomada de decisões dentro do aparelho governamental.

Estas formas de organização da expertise mostraram-se, sem dúvida, mais aprimoradas em Curitiba, cidade onde puderam ser localizadas na própria estrutura pública municipal, inclusive com um percurso histórico notável, ao longo das três últimas décadas, mas também nas universidades e nas sociedades científicas e profissionais. Em Niterói também deram sinais de presença, mas nas outras experiências pareceram pouco significativas ou mesmo ausentes.

O chamado recurso externo não deixou de estar presente também nas experiências onde a expertise local foi marcante. Todas elas, em maior ou menor grau, se valeram desta modalidade de contribuição. Mas há nuances interessantes a considerar. Este recurso, às vezes, era alcançado mediante grande esforço, no panorama estadual e nacional, valendo-se os gestores de seus contatos pessoais e de uma rede mais ou menos informal de apoiadores. Em outras circunstâncias, já havia uma rede formalmente organizada, que se dispunha ao município de forma até certo ponto institucionalizada e mesmo compulsória. A primeira situação foi típica em Ibiá e Contagem; a segunda em Vitória da Conquista, na qual prevaleceu de forma efetiva o que anteriormente se denominou de rede PT. Os casos de Curitiba e Niterói são mais específicos, dada a grande visibilidade das duas cidades em termos de prática política de saúde. Nelas os recursos externos de conhecimento e tecnologia foram, por assim dizer, “naturalmente” atraídos, sem impedimento que tenha havido um certo esforço em trazê-los. Nestas duas cidades houve também o recurso a um tipo de ator que foi antes denominado de externo seletivo, ou seja, recrutado fora dos limites da cidade, às vezes até no panorama internacional, porém demandado para tarefas específicas e de modo geral de maior complexidade técnica.

Algumas situações de demanda ao *recurso externo* foram marcantes e merecem ser comentadas. Entre elas podem ser citadas a participação do ISC/UFBA em Vitória da Conquista; a cooperação cubana em Niterói; a presença da Universidade de Toronto em Curitiba e Contagem; a atuação da Rede PT em Vitória da Conquista; além de diversos atores individuais, alguns tipicamente externos seletivos, como Davi Capistrano, Yves Talbot,

Eugênio Vilaça Mendes, Dante Romanó, Carlos Grossman, Felisberto Peres, entre outros.

A base ideológica, ou seja, uma trajetória de militância e articulação com grupos e correntes políticas da área da saúde, é um atributo que não exclui os dois anteriores, pois esteve presente entre os atores locais e os externos. Frequentemente ela se confunde com a própria filiação partidária dos agentes. Tal dimensão é mais fortemente desenvolvida justamente nas experiências adquiridas nos grandes centros, como Niterói ou Curitiba, onde a luta política é mais visível e mais complexa, ou naqueles municípios em que a Rede PT foi atuante, como em Vitória da Conquista e até certo ponto em Ibiá.

Finalmente, os fatores pessoais devem ser considerados. Entre todos os atores centrais das experiências e seus assessores mais imediatos foi relativamente comum encontrar os atributos de carisma, liderança, “personalidade”, facilidade em tomar decisões, tendência empreendedora, “inquietação”, voluntarismo, militância, entre outros. Estes atributos, sem dúvida, parecem ter pesado no desenvolvimento das experiências em foco. Mesmo quando não obtiveram repercussões no panorama político mais amplo, fora dos limites da saúde ou mesmo do município, certamente parecem ter influenciado e promovido um ambiente interno favorável ao caminhar da proposta em curso.

As características da liderança nos projetos estudados foram muito valorizadas nos depoimentos, particularmente dos atores hierarquicamente subsidiários aos detentores das qualidades referidas, e principalmente por parte dos conselheiros. Este é um tópico do qual vem se ocupando, com relativa intensidade, nos últimos anos, a literatura administrativa. Tandler (1998), em sua obra já citada, destaca o fato de que a presença de líderes com características semelhantes àquelas reveladas no presente estudo, ou seja, de carisma, voluntarismo, “personalidade”, entre outras, chega a ser indispensável para a sobrevivência dos programas que lideram e que é um desafio compreender as maneiras como tal dependência do líder às vezes é superada. Na experiência estudada pela autora, ou seja, relativa à implementação de algumas políticas públicas no Ceará, algumas lições a respeito do papel da liderança foram destacadas, entre elas: (a) nem sempre é possível afirmar como intencional o papel exercido pelo líder; (b) a compreensão interna das equipes e das lideranças a respeito de seus acertos, igualmente, nem sempre se dava como muita clareza; (c) a visão de futuro é um atributo importante do líder; (d) boas experiências administrativas não devem ser interpretadas como resultados diretos e unívocos do surgimento idiossincrático de lideranças destacadas, mas sim como o resultado de circunstâncias muito mais abrangentes.

Amado e Brasil (1997) procuram definir com mais nitidez o que chamam de “categorias hermenêuticas” para a identificação e qualificação das lide-

ranças organizacionais no Brasil. Estes autores procuram afastar-se da mera consideração do “jeitinho” como explicação do fenômeno e esboçam um possível perfil do líder organizacional nacional, em perspectiva comparada com outras culturas. Assim, assumem posição dianteira características como um caráter autoritário-benevolente (versus deliberativo-consultivo em outras culturas); um comportamento ao mesmo tempo receptivo-associativo e sedutor, calcado em um sistema de relações pessoais. Na mesma linha, Barbosa (1996) levanta as características do herói organizacional, às vezes também fundador, para o qual é relevante o peso de dimensões simbólicas de atuação, fundadas em uma ética do trabalho. Outras características de tal *herói* são constituídas pela atuação em horizontes de largo prazo, assunção de responsabilidades compartilhadas em trabalho grupal, gestão baseada em fatos e evidências, além de uma lógica da qualidade de resultados. Morgan (1986) coloca especial ênfase no que chama de papel crucial dos que estão no poder e sua capacidade em modelar os valores que guiam a organização. Para ele, o estilo de liderança e a cultura organizacional se complementam, pois mesmo os líderes formais mais notáveis não chegam a ter o monopólio da criação. Dessa forma, a liderança – cujos múltiplos estilos devem ser reconhecidos e apreendidos em busca da verdadeira compreensão da vida organizacional – constitui uma das características da *metáfora da cultura* nas organizações, em outras palavras, o grande fator responsável pela administração do sentido dentro das instituições.

A combinação de produção de conhecimentos, seja por especialistas locais ou assessores externos, e uma base ideológica e militante remete à categoria gramsciana dos intelectuais orgânicos, ou seja, pessoas dotadas de uma função organizacional relativa às crenças e relações institucionais e sociais, capazes de formular e propor projetos de hegemonia, tanto do ponto de vista técnico como político (BOTTOMORE, 1988). Estes são os fatores que fornecem a base teórica para a compreensão do fenômeno do empreendedorismo militante, um aspecto notável em diversas das experiências analisadas, especialmente em Vitória da Conquista.

Sobre o fenômeno do empreendedorismo, destacam-se ainda algumas informações importantes para os objetivos ora presentes. Barbosa (1996), na obra já citada, destaca o fato de que no caso brasileiro, a relativa ausência das noções de meritocracia e *self-reliance* faz com que as responsabilidades gerenciais atenham-se a indicadores de posição social e estabilidade. Entretanto, pode-se legitimar uma figura especial, a do herói-fundador empreendedor, a partir de influências externas, em função do “como” e dos contextos em que aparece. Para Fillion (2001), este personagem é aquele que “define contextos organizacionais em torno de fios condutores por ele estabelecidos”, pessoa apta a realizar inovações e, dotado de comportamentos diferenciados em relação ao grupo, de natureza pró-ativa e criativa e, acima de tudo, capaz de definir “o objeto que vai determinar seu próprio futuro, diferente de outras pessoas na organização”, com exigência de aná-

lise e imaginação. Já Amado e Brasil (1997) apontam outras particularidades do empreendedor brasileiro, em termos comparativos com outras culturas: hierarquia; centralização; *social approach*; controle da incerteza; preocupação com a qualidade de trabalho, além de atitudes de cuidado frente aos menos favorecidos.

É em De Masi (1999), contudo, que algumas características essenciais de tal ator social são postas como de maior relevância, dentro do referencial que este autor denomina de fenomenologia do criativo. A figura típica do empreendedor é marcada por habilidades intelectuais e por forte envolvimento emocional com o objeto e também por correção profissional, senso de união e espírito de grupo, além de iniciativa, confiança recíproca, vontade firme, dedicação, flexibilidade, entre outras características. Mas o que dá mais destaque a estas figuras, segundo o autor, é a sua proeminência de líder-fundador, sua capacidade de dedicação quase-heróica, sua excepcional eficácia em criar um set psico-social (ou seja, um clima e um fervor extremos em torno das atividades do grupo), além de carisma, competência técnica e capacidade de transformar conflitos em estímulos para a idealização e a solidariedade.

Muitas das pessoas destacadas nas experiências possuem, sem dúvida, tais características, de forma associada ou parcelada. São figuras paradigmáticas a este respeito o prefeito de Ibiá e o secretário de saúde de Niterói – que conduziu o processo de mudanças na saúde durante quase 10 anos – mas também nas outras localidades são encontrados atores que encarnam de forma expressiva este herói organizacional de que fala Barbosa (1996).

Ao se mencionar a participação de atores sociais nas experiências cumpre destacar, além dos aspectos positivos, algumas ausências notáveis, entre as quais se destacam as Secretarias de Saúde dos Estados e as Universidades. Embora haja exceções, particularmente em relação a este último ator (confirmadas, por exemplo, pelos casos de Curitiba, Niterói e Vitória da Conquista), pode-se dizer que a presença das mesmas nos processos estudados foi no mínimo tímida ou até mesmo omissa. Como fatores determinantes de tal fenômeno poderiam ser arrolados a falta de clareza dos papéis institucionais face à construção do SUS, a presença de desavenças e retaliações político-partidárias (no caso das SES), a insuficiência e a ineficácia dos recursos de cooperação técnica disponibilizados pelas referidas instituições etc. De qualquer forma, tal quadro teria tudo para se constituir como um cenário em mutação, dada a dinâmica da construção do sistema de saúde e o advento de novas modalidades de gestão de recursos de cooperação e capacitação técnicas, como é o caso dos pólos do PSF.

O papel do nível estadual de governo na implementação de políticas sociais, inclusive do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, no caso, do Ceará, foi especialmente destacado por Tandler (1998). Nas circunstânci-

as analisadas, a relação com o governo estadual obedeceu a padrões um tanto diferenciados dos ora revelados, destacando-se o que a autora denomina de uma dinâmica tri-direcional, ou seja, uma articulação sinérgica formando círculos virtuosos entre a ação do governo central, do governo local e da sociedade de usuários. No caso citado, a autora destaca o papel do nível estadual de governo não como cumpridor dos papéis tradicionais que dele se espera, mas como um ator que agora está “fazendo algo diferente”, o que inclui, de forma até certo ponto surpreendente, a defesa dos cidadãos e proteção de seus direitos – a *advocacy* do cliente. Este realmente não parece ter sido o caso verificado em nenhuma das experiências estudadas, nem mesmo em Niterói, onde a relação entre a municipalidade e a SES poderiam ser mais suave, do ponto de vista político, e produtiva.

Cumprir destacar, ainda, uma característica peculiar de parte apreciável dos atores individuais analisados. Passaram a pertencer a uma categoria emergente da burocracia pública, a dos executivos da saúde, ou seja, pessoas que se tornaram profissionalizadas em suas funções, seja por intermédio da academia, ou (principalmente) no âmbito dos próprios serviços, ou até mesmo disputados em um mercado de trabalho competitivo, embora eminentemente público. Os casos de secretários municipais de saúde que assumem o cargo novamente em municípios diferentes após o término de seu mandato, ou mesmo de equipes inteiras que fazem o mesmo percurso, bem como os ex-secretários que vão trabalhar diretamente em setores da administração federal são bem conhecidos no panorama da gestão municipal da saúde, inclusive no PSF. Em todas as experiências visitadas foram encontradas pessoas com este perfil, destacando-se Jorge Solla, (Vitória da Conquista); Antonio Dercy (Curitiba); Luiz Fernando (Contagem); Maria Turci (Ibiá) e Gilson Cantarino (Niterói).

Em que pese as já mencionadas características militantes e *partisans* do conjunto de atores centrais, é digno de nota o fato que até o fechamento deste trabalho (o que vale para o panorama presente) de todos eles apenas um havia formalmente se inserido na disputa política eleitoral local, no caso, Luciano Ducci, de Curitiba, candidato a deputado estadual pelo PSB, que acabou eleito em 2002.

Participação e envolvimento sociais

Analisando, no plano do discurso, a sensação é de unanimidade em relação a este quesito, não havendo quem discorde ou sequer atenuar o peso que este aspecto deve possuir no quadro dos fatores influentes ou determinantes sobre a política de saúde. Entretanto, mais uma vez, é preciso aprofundar e colocar mais rigor na análise, pois as práticas políticas efetivamente levadas a cabo mostram a possibilidade de nuances em tal disposição.

Considerando que o fenômeno da participação é algo que envolve no mínimo dois elementos em interação, quais sejam, governo e sociedade, uma possibilidade é a de analisar o mesmo a partir de tais termos. De um lado estariam projetos em que governo e sociedade interagem de forma consentânea e mutuamente influente na construção da participação e na busca do envolvimento real da sociedade com as políticas públicas. No lado oposto se enquadrariam determinadas situações em que o governo não apenas detém o discurso como modula e dá formato às práticas participativas. Esta evidentemente é uma visão aproximada, que pode pecar por simplificar e deixar de lado certos detalhes da realidade, mas certamente não seria de todo ocioso tentar situar as experiências em foco dentro de tal esquema.

Assim, como exemplos do referido “equilíbrio” entre governo e sociedade estariam aqueles municípios nos quais as tradições políticas e as próprias disposições cívicas e participativas da sociedade se encontram mais arraigadas, como é o caso de Curitiba e Niterói. Não é por acaso que nestas cidades foi possível avançar em vários outros aspectos referentes à formação, formulação e implementação da política aqui analisada. Do outro lado ficariam as experiências dos municípios onde as tradições cívicas e políticas seriam mais tênues, como foram os casos de Ibiá, Contagem e talvez Vitória da Conquista.

Tudo isso porém merece ser melhor contextualizado. Em Curitiba, por exemplo, é nítida a virtude representada pela prática de uma política de recursos humanos que resulta em uma carreira pública da saúde, nos moldes de uma burocracia estável weberiana. Aqui se insere, também, a formação de uma verdadeira comunidade epistêmica da saúde. Além disso, de forma inédita nesta cidade, ocorreu uma forte aproximação entre algumas sociedades médicas e científicas com o programa de saúde. O mesmo aconteceu com as universidades, com as entidades sociais em geral e até mesmo no plano da política partidária, configurando o que já se intitulou de “um modo civilizado de fazer política”, tendo como escopo o interesse comum. Curitiba, não se pode esquecer, tem sido também palco de práticas consideradas de “bom governo” desde há algumas décadas – o que é objeto de reconhecimento geral.

Já em Niterói, se não se avançou tanto como em Curitiba, há aspectos também dignos de destaque, como a vigência de uma forte tradição política de esquerda na cidade, afetando inclusive a área da saúde; a existência de uma forma inédita de articulação e resistência na saúde – o Projeto Niterói – e ainda a articulação e a parceria desenvolvidas pela municipalidade com as associações de moradores, o que representa um processo histórico típico da realidade local, com mais de duas décadas de duração. Contraditoriamente, entretanto, é em Niterói que se registra a presença de um ator inusitado e de certa forma também “influyente” em determinadas questões da saúde, embora de forma negativa – os agentes do crime organizado sediados nos morros da cidade.

Em Contagem, apesar das tradições políticas e de uma histórica luta sindical, havia uma força perturbadora no horizonte, dada pelas práticas clientelistas e populistas do cardosismo. Em Ibiá, ao contrário, mesmo o mero discurso de “participação” soava como algo totalmente novo, para não dizer das práticas correspondentes.

Para fazer justiça à Vitória da Conquista, sua situação talvez pudesse ser colocada como intermediária entre os dois pólos referidos. Com efeito, a cidade conheceu momentos de luta política e de resistência na época do regime militar. Teve também, em plena década de 80, o desenvolvimento de um projeto totalmente inovador em matéria de saúde, o dos agentes rurais. Além disso, a atual administração do PT investiu maciçamente na promoção da idéia e da prática política de participação. O resultado parece ter sido o advento de mecanismos participativos um tanto mais avançados e efetivos do que as duas experiências anteriores, mas certamente distantes das demais. Nesta cidade, ao que parece, o governo ainda detém a dianteira no discurso participativo, mas há evidências de que a captação da mensagem por parte da sociedade já tenha produzido alguns efeitos significativos, o que é atestado pelos depoimentos colhidos entre conselheiros de saúde locais e nas próprias equipes.

As relações entre governo e sociedade, particularmente diante de um panorama de mudanças e implementação de novas políticas públicas, como nos casos presentemente analisados, receberam algumas considerações interessantes na obra de Tandler (1998) sobre o “bom governo” no estado do Ceará, já referida anteriormente. Esta autora fala de um saudável processo de entrelaçamento e dinâmicas, de natureza bilateral, entre o governo local e a sociedade civil, gerando pressões para o incremento da *accountability*, com mais responsabilidade e transparência do setor público. Além disso, acentua, não se pode falar de uma causalidade unidirecional entre a organização comunitária e a qualidade do governo, pois as coisas se passam de modo mais complexo, como um sistema causal bidirecional envolvendo governo e comunidade, ou até mesmo tri-direcional, como no caso estudado, no qual esteve atuante, deixando marcas profundas, também o governo estadual. De toda forma, a autora argumenta que o governo local é melhor para determinados tipos de serviço (inclusive para a implementação do PACS, um dos casos estudados no livro), por sua maior proximidade com a realidade local e por sua maior vulnerabilidade às pressões dos clientes-cidadãos. Em resumo, uma sociedade civil robusta representa, sem dúvida, um forte pré-requisito para um “bom governo”, conforme foi popularizado na obra de Putnam (1996), sem impedimento de que outras dinâmicas estejam presentes, conforme adverte Tandler (1998).

Voltando ao estudo dos casos presentes, a questão da influência dos mecanismos participativos locais sobre o advento e a implementação do PSF recebeu de parte dos interlocutores respostas enfaticamente positivas.

Nas entrelinhas do discurso, entretanto, a realidade parecia ser outra, ao revelar um certo distanciamento e omissão em relação ao tema, pelo menos no dia-a-dia do controle social. É verdade que, em todas as situações estudadas, o tema do PSF esteve presente nas Conferências Municipais de Saúde, que todos os municípios realizaram, alguns em mais de uma ocasião, nos anos recentes. Em todos estes eventos as recomendações das plenárias foram pela implementação ou pela manutenção do programa, preocupando-se ainda em denunciar e buscar alternativas para algumas situações de conflito presentes. A contradição entre um fato e outro é apenas aparente. O que possivelmente aconteceu é que, na ocasião das conferências, o gestor municipal “jogou todo seu peso”, em termos políticos e de comunicação social, visando a aprovação de propostas internas, cuja legitimação pelo movimento social seria extremamente adequada e funcional para os desígnios da administração. Já no cotidiano dos conselhos de saúde, nas reuniões ordinárias, a insistência em itens mais prosaicos na pauta, associada talvez a um funcionamento regular dos PSF, com comparações entre o “antes” e o “depois”, exigiu poucas deliberações novas ou estratégicas referentes ao tema, acabando por esvaziar os conteúdos respectivos.

O resultado parece ter sido um certo descompasso entre discurso e prática, ou seja, o envolvimento da comunidade com o PSF de fato foi menor do que o anunciado nos discursos das autoridades e dos técnicos.

Embora as controvérsias apontadas, tais questões favorecem a conclusão de que uma sociedade mais organizada e mais consciente, não só nos seus segmentos de usuários e outros atores extra-saúde, como também no plano interno das instituições, deve exercer um papel influente na estruturação e na sustentabilidade das propostas de PSF, aspecto que remete ao conceito de comunidade cívica, nos termos desenvolvidos por Putnan (1996).

Segundo aquele autor, que estudou os determinantes do “bom governo” na Itália, pós-reformas administrativas das décadas de 70 e 80, os bons governos regionais e locais foram encontrados mormente onde havia condições históricas e culturais para que a sociedade civil fosse mais desenvolvida. O autor desenvolve, assim, a partir de um conceito já consagrado na literatura de ciência política, qual seja o de capital social, o de comunidade cívica.

O primeiro conceito, de capital social produtivo, refere-se a características da organização social, tais como confiança, normas e sistemas que contribuem para incrementar a eficiência e a coordenação da sociedade, gerando, por exemplo, processos de cooperação espontânea e altruísta entre seus membros. Daí deriva o segundo conceito, de comunidade cívica, cujas palavras-chave são cidadania, participação, causas públicas, virtudes cívicas, ou o reconhecimento e a busca permanente do bem público à custa de todo interesse puramente individual e particular. As características de tais comunidades são a igualdade política, a solidariedade, a confiança, a tole-

rância, as estruturas sociais de cooperação. Por hipótese, admite Putnan (1996), haveria uma conexão entre o civismo de uma comunidade e a qualidade da governança.

As impressões colhidas nos trabalhos de campo mostram que nos locais onde o capital social e a comunidade cívica parecem mais sólidos, tanto “fora” como “dentro” das instituições públicas de saúde, como certamente foram os casos de Curitiba e Niterói, a implementação das políticas deu-se de forma mais estável e, aparentemente, mais sustentável. Contudo, em localidades onde estes fatores pareciam ausentes (ou menos conspícuos), como foram os casos de Contagem e Ibiá, o programa de mudanças na saúde foi implantado e obteve razoável grau de sucesso, embora tenha esbarrado em dificuldades não desprezíveis. Aparentemente estes são fatores de peso, mas não dotados de exclusividade em relação ao bom desempenho das políticas.

Processos de implantação e de organização

De onde surgiram as idéias que, em cada caso, permitiram que a experiência de PSF se desenvolvesse? Aqui, mais uma vez, ocorrem situações diversificadas, embora em termos de resultados evolutivos não haja grandes diferenças. Pode-se dizer que a verdadeira fonte foi o próprio PSF formulado pelo ministério da saúde, na maioria dos casos, ou seja, em Contagem, Ibiá e Vitória da Conquista. Nesta última, a cidade parece ter tido influência também a experiência desenvolvida em São Paulo, capital, pela SES-SP, denominada Qualis, da qual Davi Capistrano fora coordenador. Em Curitiba, as primeiras influências foram as da proposta desenvolvida pelo Grupo Hospitalar Conceição, de Porto Alegre, a denominada Medicina Geral Comunitária. Já em Niterói, como se viu, a influência maior é a do Médico de Família cubano.

Assume especial importância nas experiências estudadas a vigência de determinados processos de trabalho, de natureza inovadora ou diferenciada. Para o aparecimento dos mesmos podem ter contribuído diversos fatores, entre eles a expertise local e a assessoria externa. Mas, sem dúvida, os ritmos de implementação dos programas, quase sempre muito acelerados, podem ter contribuído para a busca e a experimentação de soluções criativas, algumas abandonadas ao longo do percurso, outras mantidas por parecerem exitosas.

O quadro a seguir mostra em detalhe alguns dos tópicos de destaque nesta questão. Nele, as classificações de pequeno, médio e alto referem-se a uma interpretação pessoal e até certo ponto impressionista comparando as diversas experiências em termos do grau e do número das inovações observadas.

QUADRO 11– Inovações em destaque

MUNICÍPIO	GRAU DE AVANÇO	INOVAÇÕES DESTACADAS
Contagem	Médio	-0 “Inteligência Epidemiológica” -1 Mostra local de experiências em Saúde da Família -2 Especialistas consultantes na rede -3 Assistência Farmacêutica -4 Processos de avaliação
Curitiba	Alto	-5 Distritalização integralizada -6 Autoridade Sanitária Local -7 Sistema Integrado de Saúde -8 Protocolização -9 Práticas inter-setoriais múltiplas
Ibiá	Pequeno	-10 Gestão conjunta rede e hospital municipal -11 Caráter substitutivo integralizado do PSF -12 Políticas urbanas sinérgicas à saúde -13 Articulação regional por consórcio de serviços especializados
Niterói	Médio	-14 Processos de supervisão -15 Equipes diferenciadas do PSF nacional -16 contratos de pessoas via Associações de Moradores -17 Reuniões de setor -18 Ênfase no “trabalho de campo” do médico
Vitória da conquista	Alto	-19 Central de Regulação -20 Articulação regional (“consórcio programático”) -21 Licitação de serviços privados -22 Caráter substitutivo do PSF -23 Desenvolvimento local de softwares do sistema

Sobre tais processos inovadores de trabalho, Tandler (1998) aponta algumas das características de que se revestiriam tais processos, aqui analisados apenas de passagem. Do lado da organização dos processos de trabalho, por exemplo, a customização, a autonomia e o trabalho transformado, traduzidos pela capacitação do corpo técnico para a realização de múltiplas tarefas e habilidades, resultando no que a autora denomina de empregos auto-ampliadores, parecem ter tido grande impacto na experiência do Ceará. Isso fez com que se propusesse algumas explicações para tal desempenho positivo, entre eles o senso de vocação do trabalhador e a presença moral do governo. Este quadro de certa forma está sintonizado com o que Mintzberg (1982) denominou de *organização ad-hocrática* e, por extensão, seu corpo funcional de *ad-hocracia*, na qual o mecanismo principal de coordenação é o ajustamento interpessoal com fluxos de autoridade formal pouco significativos, de modo geral, sendo uma característica adequada para as organizações que atuam em ambientes complexos e muito mutáveis.

O conceito de inovação ainda merece outras referências teóricas. Crozier (1983), por exemplo, trata do tema de forma extensiva, localizando a capacidade criadora não só nos indivíduos, mas em todo o conjunto social, configurando um sistema coletivo. O conceito de inovação, segundo este autor, é como o próprio conceito de poder, integrador, mas também confuso e contraditório, tendo referências simultâneas na lógica instrumental e na lógica afetiva. A inovação, que representa sempre uma nova síntese, que colocaria em campos antagônicos, de certa forma, o indivíduo e o grupo, sendo este último, em princípio, mais inovador do que aquele. Além disso, em setores mais marginais dentro das instituições a inovação tende a ocorrer de maneira mais fluida. O peso burocrático, a inflexibilidade de normas e a autocracia institucional funcionariam como fatores limitadores da inovação. Ainda segundo este autor, a inovação representaria também um *desencantamento* em relação às formas de pensamento arcaicas, sendo, portanto, um processo revolucionário dentro das instituições.

Gallo, Vaitsman e Campos Filho (1996) trazem algumas contribuições para a discussão das inovações da gestão no caso do SUS, definindo como novos não apenas o pensamento e a prática destituídos de história ou tradição, mas representativos, ao contrário, de ainda mais história e tradição, dentro de um processo de mudanças que envolve o âmbito da cultura. Estes autores reportam-se a Da Matta (1996), destacando a contribuição deste autor no sentido de evidenciar os processos de inovação como ocorrendo no substrato de uma cultura organizacional, ou seja, como resultado do embate, dentro das instituições, entre o nível formal e legal e um conjunto de códigos de conduta pessoais e não-escritos. Trata-se, sem dúvida, da mesma *démarche* levada a efeito por Kliksberg (1988), autor que propõe novas maneiras de o gestor público lidar com a complexidade e a incerteza contemporâneas, de forma não só a aprimorar a qualidade dos serviços oferecidos ao público usuário como também a capacidade de interpretar a realidade e de transformá-la. Certamente, este é o papel daqueles grupos criativos referidos por De Masi (1999).

É assim que, face aos desafios de tal implementação acelerada, tendo como pano de fundo não raramente uma rede de serviços em estado precário, dentro de um panorama agravado pelas condições sociais, econômicas e sanitárias da população, foi bastante intensivo o recurso a soluções inovadoras em todas as experiências estudadas. É claro que a dimensão e a intensidade tecnológica dessas inovações refletiram, em primeiro lugar, algumas acumulações derivadas da cultura institucional e da expertise técnica disponíveis. Neste aspecto, os municípios grandes, particularmente aqueles que abrigam estruturas administrativas, científicas e tecnológicas de maior densidade tiveram condições de avançar mais.

As condições referidas determinaram de forma marcante a performance de Curitiba, de longe a cidade que mais se destacou no campo das inova-

ções. Entretanto, Vitória da Conquista, que poderia ter ficado em posição oposta, mostrou uma realidade diferente, ao exibir um vasto potencial de inovações, em diversas áreas administrativas, assistenciais e sociais. Ibiá e Contagem ficaram em posição menos privilegiada, mas foi a situação de Niterói a mais surpreendente, pois ali todo o avanço obtido se fez à custa de instrumentos até certo ponto conservadores e mesmo precários em termos de gestão, com a possível exceção dos mecanismos de articulação social desenvolvidos nesta cidade.

Deve-se admitir, em suma, que a acumulação de aspectos tais como trabalho auto-ampliado, ad-hocratismo, sistemas criativos coletivos, flexibilização, democracia interna, amparo na tradição institucional, entre outros, constituíram aspectos marcantes em todas as experiências analisadas, em maior ou menor grau.

Os ritmos de implantação de cada programa tiveram comportamentos relativamente uniformes, com tendência de incrementos rápidos, pelo menos em determinados períodos, por exemplo, em anos eleitorais. De modo geral, em todos os casos houve um momento inicial de espera e contenção, seja por perplexidade face à situação encontrada (caso de Ibiá), seja por condições políticas locais adversas (Contagem), pela necessidade de superação de obstáculos internos (Vitória da Conquista) ou mesmo pela preparação cautelosa do passo a ser dado (Niterói). Em praticamente todos os casos, se não todos, houve também o uso estratégico do tempo para preparar a opinião pública, principalmente com o desenrolar de Conferências de Saúde, além de realizar um certo proselitismo a respeito do tema. A alta velocidade de implementação, associada ao caráter de substituição de modelo assumido, em maior ou menor escala, por todas as experiências, configura um padrão explosivo de implementação de políticas, com modificações rápidas e pontuais, embora significativas e que se antepõem àquelas que acontecem mediante pequenos ajustamentos sucessivos (VIANA, 1996).

O ritmo de implementação verificado nessas experiências, entretanto, não tem correspondência direta com a continuidade e a sustentabilidade relativas à ampliação das mesmas. Das cinco estudadas, em três a definição taxativa era de não continuar implantando equipes, geralmente por questões ligadas ao financiamento federal. Em Ibiá, o motivo foi o de ter sido atingida cobertura de 100%. Mesmo em Niterói, único município em que a perspectiva de ampliação continuava em pauta, não deixou de haver considerações um tanto pessimistas quanto à questão do financiamento.

Além do financiamento, um grande “nó” revelado pelas entrevistas foi o da resolutividade através das referências especializadas. Nesta questão houve soluções bastante diferenciadas, moduladas evidentemente pelas condições da oferta de serviços locais ou regionais, mas de modo geral deixando descobertos tópicos delicados do problema. Um amplo espectro de soluções foi armado, tendo como caso mais bem sucedido o de Curitiba – o que não

seria surpreendente, tendo em vista não só a enorme capacidade instalada de que dispõe a cidade como também a qualidade das práticas políticas e administrativas ali desenvolvidas. Já em Niterói, que praticamente “acompanha” Curitiba nos acertos e condições favoráveis ao programa, a questão das referências esteve posta como extremamente problemática e de soluções ainda remotas. Em Ibiá, dado o porte do município e a existência de pólos regionais mais desenvolvidos a uma distância razoável, tal questão, embora ainda muito destacada, parece ter encontrado soluções um pouco mais duradouras e efetivas. Em Vitória da Conquista, onde o problema apresentava também forte repercussão, destacou-se o surgimento de soluções muito inovadoras, que envolvem uma rede de municípios vizinhos, como se verá adiante.

A questão das referências especializadas representa um fator crítico e comprometedor da sustentabilidade das propostas de mudança de modelo assistencial e tem afetado sobremaneira a implantação do PSF, como revelado pelos estudos realizados recentemente pelo DAB/MS (BRASIL, 2002b). É um problema de formulação e soluções complexas, que normalmente escapam à governabilidade municipal, representando ainda um tópico nevrálgico do ponto de vista político, pelos inúmeros interesses em jogo e pelos aspectos culturais envolvidos. Agrava o problema o fato de dois dos atores centrais nesta questão serem portadores de interesses nem sempre compatíveis ou sintonizados com as mudanças pretendidas, em termos de concentração na atenção básica e descentralização do poder decisório, como têm sido os casos da iniciativa privada e das SES, respectivamente.

Cabe destacar, também, alguns aspectos ligados à política de recursos humanos praticada em cada uma das experiências, dado o caráter estratégico e estruturante sobre os serviços de saúde de que está revestida esta ação. Evidentemente tal tema ainda guarda questões polêmicas e de resolução complexa ou remota em todo o cenário do sistema de saúde. Nas experiências visitadas, a situação não foi diferente, persistindo, ao lado da permanência de questões-chave ainda por resolver, acertos e de inovações expressivos.

Um denominador comum às soluções encontradas para a questão dos recursos humanos no conjunto de casos tratados neste trabalho certamente não existe, pelo menos de forma abrangente e compreensiva. Contudo, alguns tópicos são passíveis de uma abordagem comparativa.

O vínculo empregatício ainda era uma questão, além de polêmica, muito diversificada em termos de suas soluções. Em duas experiências a contratação se fazia por meio da administração direta, submetida aos rigores formais de um processo público. Exceção era feita para os Agentes Comunitários de Saúde, que tinham contratos realizados por terceiros. Tal era a situação de Contagem e de Curitiba. Nas demais, todos os contratos eram de responsabilidade de terceiros. Mas, mesmo esta situação “terceirizada” apresentava nuances que merecem destaque. Por exemplo,

em Niterói a contratante era a Associação de Moradores de cada bairro ou região – o que não deixa de constituir uma grande novidade, mesmo em termos nacionais. Em Ibiá este papel era exercido pela Santa Casa de Misericórdia, uma entidade que, diga-se de passagem, não chegava a ser um “terceiro” típico, considerando o papel preponderante da prefeitura no custeio e mesmo na administração da mesma. Em Vitória da Conquista a contratação se dava por intermédio de uma entidade civil, a ASAS, criada *ad hoc*, ou seja, tão somente para resolver o problema das contratações do PSF e, por extensão, de alguns outros setores da SMS. Em quase todas houve manifestação de um certo temor de complicações frente ao Ministério do Trabalho, Ministério Público, Tribunais de Contas ou INSS. Como é visível, a busca de uma solução adequada não parecia ter sido totalmente encontrada em nenhuma parte, o que reflete, sem dúvida, também o panorama nacional, conforme pesquisa realizada entre 1999 e 2000 (BRASIL, 2000b).

Quanto aos processos de recrutamento e seleção, a tendência parecia ser de buscar os recursos humanos, particularmente médicos e enfermeiros, fora dos limites municipais, salvo nas duas cidades em que, pelos óbvios motivos de abrigarem unidades formadoras de tais categorias, dispunham de ampla oferta local – tal foi o caso de Curitiba e Niterói. Mesmo Contagem, situada na região metropolitana da capital mineira, teve de lançar mão de contratações em outros municípios provocando, não raramente, segundo depoimentos externos, situações de penúria na disponibilidade de médicos e enfermeiros nas localidades afetadas por tal prática. Nas cidades menores, como Vitória da Conquista e Ibiá esta regra era absoluta. Da mesma forma, o movimento mais visível era o de privilegiar as contratações fora dos quadros da saúde municipal, com as exceções (mesmo assim parciais) de Curitiba e Niterói. Pelo menos duas razões explicariam esta prática: a dificuldade em romper vínculos funcionais previamente estabelecidos e o temor de que os profissionais da rede trouxessem consigo uma visão tradicional de assistência, incompatível com as diretrizes do programa.

Em termos de capacitação, surge aqui a questão das “ausências notáveis”, ou seja, das SES ou das Universidades, com as exceções já comentadas. De forma positiva, entretanto, aparece no cenário um fator de inovação e de responsabilização local significativo, qual seja a assunção dos treinamentos e o desenvolvimento de estruturas nas próprias Secretarias de Saúde. Neste aspecto, pode-se levantar a hipótese que o PSF vem exercendo um papel inédito e diferenciado em todo o país, ao trazer para o cenário da gestão da saúde a necessidade de capacitação e a busca de soluções inovadoras e alternativas para tal dilema. Evidentemente que esta última característica assume maior proporção e densidade técnica nos municípios dotados de uma infra-estrutura mais substancial, ou de apoio externo mais orgânico. Vitória da Conquista é um exemplo típico.

Como último tópico relacionado ao tema dos recursos humanos, cum-

pre comentar o que se chamou anteriormente de questão médica. Embora seja algo que apareça mediante várias manifestações, seus elementos gerais podem ser descritos como insatisfação salarial, prevalecimento do interesse da categoria sobre o interesse geral (mesmo com um discurso contrário), indiferença ou mesmo oposição diante das propostas de mudança do processo de trabalho, proselitismo, auto-defesa, busca de alianças com os outros funcionários e usuários, manipulação mediante o poder profissional etc. Evidentemente que estes fatores não apareceram todos juntos e nem em todos os lugares. Aliás, o mais comum seria um discurso “abrandado”, sem exposição exagerada das contradições e da resistência aos processos de mudança.

A questão médica a que se refere este trabalho teve seus delineamentos gerais esboçados na recente pesquisa sobre a profissão médica no Brasil, capitaneada pelo Conselho Federal de Medicina e Ministério da Saúde, com execução da Fundação Oswaldo Cruz (MACHADO, 1997). Segundo tal estudo, o que se chama aqui de questão médica faria parte de um contexto contemporâneo de perda de status, de autonomia e de ideal de serviço característicos da profissão e se traduz pelo piora das condições de trabalho, pelo desgaste profissional, pelos obstáculos ao exercício profissional, pelas responsabilidades acumuladas por terem a vida e a morte nas mãos, além das próprias opções profissionais. No contexto específico dos médicos que militam no PSF, conforme revela pesquisa realizada entre 1998 e 1999 pelo Brasil (2000b), embora os médicos admitam melhoras na remuneração e na relação com os pacientes com o advento do programa, parcelas expressivas da classe médica afirmam que suas condições de trabalho, sua autonomia e seu prestígio profissional não se alteraram ou mesmo pioraram.

Sem dúvida, a questão médica é um tema recorrente na literatura de medicina social brasileira, como o atestam trabalhos realizados desde a década de 80, como os de Donangelo (1975), sobre as mudanças do estatuto profissional médico; de Schraiber (1993), sobre a autonomia e da liberdade da profissão médica; Ribeiro (1995), sobre as transformações do trabalho médico em grande centro urbano; Campos (1988), sobre a recepção e as influências do movimento corporativo médico nas políticas de saúde; Machado (1996) sobre as metamorfoses históricas da prática da medicina no Brasil, entre muitos outros.

As manifestações do poder médico foram altamente marcantes em Contagem, mas também aparecem em outras localidades, como Ibiá e Vitória da Conquista. Mesmo em Niterói e Curitiba, embora de forma atenuada, em muitas situações a questão foi revelada e assumia proporções dignas de preocupações dos agentes locais. Um interlocutor chegou a chamar atenção para tais problemas como “bomba de efeito retardado”. Ela aparece também como uma das mais frequentes manifestações a respeito dos obstáculos ao desenvolvimento dos programas, aspecto que será melhor analisado na próxima seção.

Evidências de uma *cultura organizacional*

Um aspecto que também perpassaria o conjunto das experiências estudadas é o delineamento de uma cultura institucional própria, condizente com uma organização pública de gestão da saúde. Elementos de confirmação da mesma poderiam ser resgatados em cada uma das experiências estudadas, sendo em parte comuns a todo o conjunto, em parte específicos e derivados das peculiaridades da realidade local.

São diversas as manifestações concretas que traduzem tal aspecto nas experiências estudadas. Elas estão presentes em toda parte, não cabendo, neste caso, qualificá-las como mais ou menos expressivas, mais ou menos importantes nessa ou naquela localidade. A cultura organizacional é algo que surge a partir de uma construção realizada em cada contexto, com os atores dados e mediante processos que guardam relações com a tradição institucional, política e social local. O quadro abaixo procura realizar uma síntese não exaustiva de algumas das possíveis características dessa cultura, que poderia ser definida como típica de uma organização envolvida com a produção de benefícios sociais, em processo de mudanças.

QUADRO 12 – Cultura organizacional: algumas manifestações

1	Aceitação de lideranças baseada em valores, carisma, ideologia
2	Referência a conteúdos simultaneamente simbólicos, ideológicos e técnicos
3	Atitudes dos atores: militância, inquietude, visão progressista de mundo
4	Adesão e participação inspiradas em valores e ideologias
5	Desempenho de uma “vocação”
6	Práticas de <i>empreendedorismo militante</i>
7	Compromisso com valores e referenciais simbólicos
8	Mobilização por lemas e palavras de ordem
9	Formação de <i>comunidades epistêmicas</i> de saúde
10	Articulações externas amplas
11	Intercambialidade de tarefas no trabalho em equipe
12	Valorização do processo do <i>trabalho ampliado</i>
13	Valorização da vida associativa, das decisões altruístas e do bem comum
14	Forte coesão grupal
15	Compromisso e aceitação de mudanças organizacionais

A discussão referente a tal tema pode ser desenvolvida mediante referenciais da antropologia, trazidos exemplarmente na clássica obra de Morgan (1986) na qual se discute a possibilidade de se compreender as organizações, entre outras abordagens, a partir de uma metáfora da cultura. Assim, são ressaltados o lado humano das organizações; o papel criador de realidade social que elas exercem internamente; a produção cultural coletiva, mais do que pelos indivíduos separados, bem como sua inserção em

sociedades organizacionais, nas quais as crenças, rotinas e rituais se articulam para formar uma vida cultural distinta.

A relação existente entre as sociedades organizacionais e suas respectivas culturas organizacionais deve ser explorada com mais profundidade, o que escaparia aos objetivos presentes. Contudo, nos casos destacados neste estudo, podem ser lembradas algumas características sociais mais amplas que podem ter influência na formação da cultura organizacional em cada localidade, cabendo lembrar que as cidades visitadas se distribuem ao longo de um *continuum* que vai desde um pólo denso, fluido, rápido, luminoso, mandatário e concentrado, na visão de Santos e Silveira (2001) ou, em outras palavras, urbano, tecnológico e afluyente, bem representado por Curitiba e Niterói até uma situação oposta, na qual se encontrariam Ibiá e Vitória da Conquista.

Segundo esta visão, padrões de crenças e significados compartilhados, como ocorre em toda organização humana, podem influenciar a capacidade da organização em lidar com os desafios que enfrenta. “Ser membro” de uma organização desperta um conjunto complexo de obrigações, mas também de entusiasmo e outros valores simbólicos, além da responsabilidade de compartilhar problemas e idéias inerentes à mesma. A cultura organizacional, lembra Morgan, não deve ser vista como algo imposto de fora; ao contrário, ela se desenvolve durante o próprio curso das inúmeras interações que permeiam as organizações e as articulam com seu ambiente social, constituindo-se assim um autêntico processo de construção e reconstrução da realidade, ativo e contínuo, que permite às pessoas ver e compreender eventos, ações, objetos, expressões e situações particulares e de maneiras distintas. Como resultado, as organizações podem ser compreendidas por meio daquilo que pensam, dizem e realizam as pessoas dentro delas, mediante alguns artefatos culturais, ou seja, as estruturas, as regras, as políticas, as missões, os procedimentos, que compõem a vida institucional. Para o autor, a cultura é um *amálgama normativo* que mantém a organização unida.

Assim, por exemplo, ocorre com a questão dos “lemas”, palavras de ordem, exortações e congêneres encontrados em toda a série de experiências analisadas. Do ponto de vista de seu conteúdo compõem parte do amálgama normativo referido acima. Seu significado último, segundo Morgan (1986), está assentado na transmissão de valores e de símbolos associados à linguagem, que se complementam com histórias, mitos, cerimônias e rituais. Constituem artefatos culturais detectados na superfície das organizações, mas que na verdade oferecem pistas de significados ainda mais profundos, de natureza subjetiva, que são cruciais para o entendimento de como funciona a organização em seu cotidiano.

A metáfora da cultura pode ajudar a compreender alguns aspectos cruciais das organizações de saúde, em particular aquelas analisadas neste trabalho, com suas peculiaridades de oferecerem benefícios sociais amplos em

ambientes complexos e mutáveis, forçando-as, ao mesmo tempo, a realizarem processos de transformação interna. A percepção do ambiente, por exemplo, traduz-se por crenças e idéias sobre aquilo que as organizações de fato são, ou “pensam” e são e o que tentam fazer. Ainda de acordo com Morgan (1986), este substrato ideológico apresenta uma tendência de se materializar em práticas institucionais de forma muito mais comum do que se imagina. Em outras palavras, a cultura das organizações tem por fundamento não apenas as capacidades como as incapacidades da mesma e trazem como resultados, em termos evolutivos, certas características que definem os modos pelos quais a organização opera, em uma construção realizada no âmbito das atitudes e dos valores de seus empregados. Nada mais apropriado para definir o *modus operandi* da cultura de órgãos gestores de saúde com as características daqueles que ora são analisados.

Não se trata, é claro, de classificar as culturas como boas ou más. As facilidades proporcionadas em Curitiba pela sua decantada cultura (que tem a ver com a comunidade cívica local) não representam simplesmente o oposto dos obstáculos que uma outra cultura, esta de feição paternalista, medicalizante e geradora de dependência que poderia ser observada, por exemplo, em Ibiá. Ambas são compatíveis com a realidade social em que se desenvolveram e representaram um dado a mais, embora significativo, na interpretação dos processos que ocorreram em um e outro local, não necessariamente algo a ser valorizado sem ser contraposto a outros elementos do contexto ou mesmo algo a ser “corrigido” ou “depurado” de forma instrumental e atrabiliária.

O quadro seguinte, com todas as limitações de um esquema que tenta captar um objeto muito abrangente, procura oferecer uma síntese de como alguns dos aspectos da cultura organizacional se mostram nas experiências estudadas. Os predicados fraco, forte e médio foram atribuídos como uma aproximação apenas impressionista, possibilitada pela observação direta das experiências e procura traçar uma comparação entre elas:

QUADRO 13 – Aspectos comparativos da cultura organizacional

Aspecto	Contagem	Curitiba	Ibiá	Niterói	V. Conquista
Liderança	Política Carismática	Política Ideológica Carismática	Política Carismática	Política Ideológica Carismática	Política Ideológica Carismática
Empreendedorismo militante	Médio	Forte	Médio	Forte	Forte
Comunidade epistêmica	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Forte
Militância político-partidária	Fraca	Média	Fraca	Forte	Forte
Vinculação da nova pauta de saúde	Média	Forte	Fraca	Média	Forte
Articulação externa	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Forte
Coesão grupal	Fraca	Forte	Forte	Forte	Forte

Fatores facilitadores e obstáculos

Este tópico evidentemente reflete diretamente o sentimento e a percepção dos interlocutores, não apenas em relação ao momento vivido nos municípios, por exemplo, proximidade das eleições, início ou final de gestão, como também o grau de entendimento de cada um sobre o que seria “facilitador” ou “dificultador” sobre a experiência local. Mesmo com a possibilidade de distorções advindas de possíveis contradições inerentes a estes aspectos, as respostas coletadas pareceram ser adequadas, não só em relação à realidade local mas também entre si, formando um quadro abrangente e coerente a respeito do panorama das facilidades e dos obstáculos ao desenvolvimento dos processos de implementação do PSF.

Assim, entre os fatores facilitadores destaca-se, com foros de unanimidade, o que se chamou de decisão política local. Trata-se de algo coerente com outros aspectos freqüentemente mencionados, tais como a liderança, o carisma ou a personalidade dos dirigentes e tomadores de decisão em geral. Ainda de forma aproximada a esta categoria surgiram, diversas vezes, referências à continuidade política, à competência e solidez das equipes, à tradição administrativa local, bem como às estruturas e aos processos de gestão considerados adequados.

Sem ordem de prioridade, seguem outros fatores de diversas naturezas, às vezes apontados explicitamente, outras vezes sugeridos de maneira implícita. Arma-se assim uma autêntica constelação de fatores facilitadores, formada, entre outros, por adesão social, cultura, apoio externo, qualificação para o trabalho, substrato ideológico, credibilidade do governo municipal, alianças obtidas, respeito a direitos (trabalhistas e dos usuários) e humanização do atendimento.

Dentre todos esses, alguns fatores apontados surgem como características próprias e significantes em relação a cada realidade. Nesta categoria podem ser citadas as referências à adesão ao projeto político, por parte das equipes em Vitória da Conquista; a habilitação à Gestão Plena nesta mesma cidade; a tradição política progressista em Niterói, a visibilidade auferida pelas premiações externas em Ibiá e Contagem; a continuidade administrativa em Curitiba e Niterói, além de tantas outras. Além disso, como já mencionado antes, em quatro municípios houve reeleição do prefeito no ano de 2000 (Vitória da Conquista, Niterói, Curitiba e Ibiá). Este aspecto foi considerado, naturalmente, como um significativo fator facilitador para a continuidade das experiências em curso.

Os vários fatores que tiveram influência positiva nas experiências formam um conjunto interessante, que ao ser “armado” em uma rede de relações, mostra o que se poderia chamar de boas práticas articulando-se em ciclos virtuosos. Apresenta-se, como exemplo para ilustrar este conceito, o quadro abaixo (24), inspirado nas observações de vitória da conquista:

QUADRO 14 – Círculos virtuosos em Vitória da Conquista

Esta rede de relações desperta, novamente, o conceito antes discutido de “bom governo” (TENDLER, 1998). Com efeito, a partir do estudo das experiências destes cinco municípios, chega a assumir o estatuto de inferência concreta afirmativa de que as boas práticas de saúde ou, pelo menos, de implementação do PSF, fazem parte de um conjunto mais amplo de boas práticas de governo. Há muitos exemplos nas diversas experiências estudadas e, à guisa de síntese, pode-se dizer que tais práticas virtuosas estiveram presentes tanto no caso mais completo e orgânico, como foi o de Curitiba, quanto naquele que parece ser seu oposto, pelas dimensões e dificuldades que permearam a experiência, como foi o caso da pequena Ibiá.

As práticas de “bom governo” e os correspondentes ciclos virtuosos parecem ter contribuído, também, para o estabelecimento de um processo de visibilidade externa muito acentuado para cada uma das experiências, mesmo as de cidades de pequeno porte, como Ibiá. Trata-se de um campo de interesse para estudo, particularmente para a construção de novos conceitos e práticas de cooperação técnica, dadas as práticas descentraliza-

das e orientadas “a partir” da periferia que delas se originam. Este é um panorama que se enquadra naquilo que organismos internacionais, como a OPAS, denominam de liderança setorial em saúde, caracterizada pela capacidade de transformação da saúde em referência para a formulação de outras políticas públicas, que envolvem um conjunto de ações coletivas, sociais e políticas e também a capacidade de irradiar valores, gerar conhecimento e promover compromissos, seja por parte da comunidade ou de outras organizações. Segundo a OPAS, uma instituição líder se reconhece não só pela qualidade de suas ações, mas principalmente pelo compromisso que gera nos setores, instituições ou atores que lidera (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD - OPAS, 1994). Rodriguez (1994) chama a atenção para a articulação deste fenômeno de liderança setorial com o que denomina de rede institucional agregadora de valor, envolvendo serviços de saúde e academia, que destaca as potencialidades de seu efeito de espaço transdisciplinar no qual se desenvolveriam processos sistemáticos de formação e capacitação, de natureza criativa e inovadora.

Quanto aos fatores que tiveram influência negativa no desenrolar das experiências a grande ênfase, se não a unanimidade, recaiu sobre as limitações da atual política de financiamento e as dificuldades referentes ao baixo acesso e disponibilidade à atenção de complexidade e custo mais elevados. Trata-se de questões dramáticas que afetam o SUS como um todo e que ainda constituem objetos de profundas discussões, com baixas perspectivas de consenso, como atestam documentos recentes produzidos pelos gestores do sistema (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE - OPAS, 2002).

Além desses obstáculos centrais, um amplo cortejo é também destacado, dele fazendo parte aspectos tão diversos como a “cultura”, as tradições locais, o corporativismo médico, a qualificação insatisfatória das equipes, a indisponibilidade de recursos humanos, a falta de alcance e efetividade dos processos de comunicação, entre outros.

Do ponto de vista do que se registrou como “*fator cultural*” é importante mencionar que trata-se de uma questão ampliada além dos limites do que se denominou, linhas acima, de cultura organizacional de saúde, seja em seus aspectos favorecedores ou limitadores, incluindo o desconhecimento e até mesmo a resistência da população aos processos de mudança do modelo assistencial (por “hospitalismo”, dependência tecnológica etc.). Neste campo se incluíram também algumas tradições locais consideradas negativas e além do mais de difícil superação, como por exemplo o recurso histórico ao clientelismo político, presente em quase todas as experiências. Tais aspectos foram destacados em toda a gama de casos estudados – “de Curitiba a Ibiá” – e mesmo naquelas que obtiveram maior avanço nas relações internas e externas este parece continuar como um fator preocupante.

Foi marcante também a menção a determinados “avanços que faltam

ocorrer”, verdadeiras *áreas de sombra*, como elementos da paisagem dos obstáculos, demonstrando um senso de auto-crítica dos interlocutores ou, por outra, o delineamento de necessidades e caminhos de intervenção a partir dos processos de avaliação de impacto já realizados – um aspecto sem dúvida positivo de quase todas as experiências.

Não foi de toda ausente, também, a preocupação com os rumos que a situação local poderia tomar em função de mudanças políticas locais. Foi um aspecto particularmente notável em Contagem, cidade na qual as previsões pessimistas de mudança acabaram por se confirmar. Nas demais experiências também estiveram presentes manifestações quanto ao risco de mudanças, se bem que atenuadas pelo longo período ainda a decorrer até as próximas eleições, que se darão no final de 2003. A impressão deixada é de que existe um sentimento de vulnerabilidade das conquistas obtidas, face ao panorama mutável da política municipal.

Cumprir registrar, ainda, que boa parte dos obstáculos apontados, particularmente aqueles de maior impacto, como foi o caso do financiamento e das referências especializadas, dependiam muitas vezes de ações extra-municipalidade ou mesmo inter-setoriais, portanto, em posição de baixa governabilidade, do ponto de vista do gestor municipal.

Síntese final

O quadro abaixo, organizado pelo autor, traz uma síntese dos múltiplos aspectos abordados nesta análise comparada das experiências municipais.

QUADRO 15 – Síntese das experiências estudadas

Tópico de Comparação	Contagem	Curitiba	Ibiá	Niterói	V. Conquista
Características do município	Grande porte; Reg. Metropolitana Problemas de infraestrutura; Economia industrial	Grande porte; Polarização regional e estadual; Economia mais estável, diversificada	Pequeno porte Dependência externa; Situação sócio-econômica equilibrada; Economia rural	Grande porte; Reg. Metropolitana; Problemas de infraestrutura urbana Presença do tráfico	Médio porte; Polarização regional; Situação sócio econômica precária; Economia rural
Formação política Geral	“carsdosismo”; Clientelismo-populismo; Mov. Sindical; Derrota Eleitoral	Continuidade; ênfase no planejamento urbano; “bom governo”; Re-eleição em 2000	Alternância; correntes políticas tradicionais; Clientelismo “virada” e ruptura em 1996; “bom governo”	Populismo – varguismo; correntes de esquerda; Continuidade política;	Alternância correntes políticas tradicionais; “carlismo” – clientelismo “virada” e ruptura em 1996; “bom governo”

Antecedentes Saúde	Tradição de atuação municipal; Interesses privados Suca-teamento	Tradição no debate da saúde; construção gradual de um sistema local "completo"	Município sem tradição na saúde; Interesses privados; "re-construção" a partir de 96	Tradição militante em saúde (projeto niterói); Construção gradual do sistema local; estrutura pública forte	Agentes rurais de saúde (1985); Interesses privados; "re-construção" a partir de 1996;
Estrutura de gestão	Incluída na sms	Incluída na sms	incluída na sms	Autonomia (vice-presid. Da fundação mun. Saúde)	Incluída na sms
"Idéia-fonte" do PSF	PSF nacional	Med. Geral comunitária (ghc), depois PSF nacional	PSF nacional	Médico de família cubano	Qualis (SP) PSF nacional
Organização Comunitária	Débil	Forte	Débil	Forte	Débil
Pró-saúde					
Ênfase política na participação	Sim governo>sociedade	Sim governo <> sociedade	Sim governo > sociedade	Sim governo <> sociedade	Sim governo > sociedade
Influência da Participação social no PSF	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Moderada
Características dos atores estratégicos.	Lógica, política, imediatismo, Empreendedorismo, Voluntarismo.	Membros de uma "comunidade espistêmica da saúde"; "externos seletos (diversificados).	Voluntarismo carisma, empreendedorismo; recurso externo (pontual).	Carisma, Ideologia, Empreendedorismo; recursos externos (cubanos).	Carisma, Ideologia, Empreendedorismo; Recursos externo ("rede pt").
Ator central	Luiz Fernando (sms) "não-partisan"	Luciano Ducci (sms) "partisan"	Hugo França (prefeito) "partisan"	Gilson Cantarino M. Célia Vasconcelos "partisans"	G. Menezes (pref) Jorge P. Solla (sms) "partisans"
Agentes favoráveis	Equipe; Agentes externos individuais	Equipe; ("pes-soal da casa") "externos seletos".	Equipe; Agentes externos	Equipe; Alianças externas amplas	Equipe; ISC/UFBA "rede pt"
Agentes contrários	Corporação médica Oposição política	Oposição política (moderada)	Oposição política corporação médica	Oposição política	Oposição política (inclusive estadual) corporação médica.
Processos					
Ritmo de Implantação	Acelerado	Gradual, depois acelerado entre 1998 e 2000 (período eleitoral)	Acelerado	Gradual	Acelerada
Articulação externa	Débil Pontual	Forte Ampla	Débil Pontual	Forte Ampla	Forte Ampla
Avaliação	Avançada (interna)	Avançada (externa e interna)	Média (interna)	Não Informada	Avançada (externa e interna)
Inovações	Múltiplas Intensidade média	Múltiplas Alta intensidade	Pontuais Discreta intensidade	Múltiplas Média intensidade	Múltiplas Alta intensidade
Expansão após 2000	Processo interrompido	Não (financiamento)	Não: implantação completada	Sim	Não (financiamento)
Política rh					

As experiências em perspectiva comparada

Capacitação	Própria > externa (ses e universidade)	Própria Externa (articulação ampla)	Externa (ses-mg, com dificuldades)	Própria Externa (ampla articulação)	Externa (articulação isc e uesb)
Recrutamento	Externo	Local	Externo	Local	Externo
Seleção	Extra-institucional	Extra e intra	Extra	Extra e intra	Extra
Contrato	Adm. Direta (exceto acs)	Adm. Direta (exceto acs)	Terceiro (entidade filantrópica)	Terceiro: associações de moradores	Terceiro: (asas - entidade ad-hoc)
"questão médica"	Forte	Moderada	Moderada – forte	Moderada	Moderada – forte
Fatores Facilitadores	Decisão política; Incentivos; equipe; Apoio externo (dab/ms); Ator estratégico "imponderável"	Decisão política; tradição local em saúde; equipe; estrutura de gestão; capacitação de rh; Adesão social "cultura".	Decisão política; lideranças; condições locais; Apoio externo (prêmios); adesão social; Neutralização de adversários; Equipe.	Decisão política; continuidade; Equipe; apoio aparelho formador de rh; adesão social; tradição e cultura política; visibilidade externa; processo de supervisão do trabalho; respeito direitos trabalhistas; humanização.	
Fatores Dificultadores	Tradição clientelista; Oposição partidária e corporativa; Financiamento; Referências; "cultura"(ext. e int.); Investimentos	Financiamento; Áreas de avanço; mercado corporativismo competição usf x u24h.	Financiamento; Disponibilidade de rh; "cultura" (ext. e int.); "questão médica"; áreas de avanço restrito; referências.	Tradição clientelista; referências; conflitos com am; investimentos baixos; capacitação; demanda alta; pouca informação.	