

GESTÃO BEM SUCEDIDA EM SAÚDE: POR QUE ALGUNS SIM E OUTROS NÃO?

Por **FLAVIO GOULART**

Há alguns anos atrás produzi uma tese de doutorado na Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, no Rio de Janeiro, na qual analisei os fatores de êxito de experiências de Saúde da Família no Brasil (SF), a partir de seis estudos de caso, considerados então como bem sucedidos. Esta iniciativa, que na época ainda não tinha completado 10 anos de existência, como toda política social, situava-se em um movimento cruzamento de princípios e estratégias operacionais, com frequentes contradições, de natureza político-ideológica ou conceitual. Mesmo hoje, decorridas duas décadas, creio ser possível estender minhas conclusões no sentido de responder à questão colocada no título deste artigo: o que faz, de fato, algumas experiências de gestão em saúde serem bem sucedidas, ao contrário de outras, que não chegam a alcançar tal status? Assim trago aqui algumas conclusões e desdobramentos do processo de análise desenvolvido em minha tese (ver link ao final)

No meu trabalho de campo, busquei analisar o processo de implementação da SF no País, observando as relações entre os aspectos normativos, explicitados no processo de formulação pelo Ministério da Saúde, de um lado e, de outro, as inovações locais decorrentes de sua (re)formulação e implementação descentralizada. Já então eu percebia que a SF surgira no âmbito de um conflito entre a normatização *dura*, realizada pelo governo federal e as iniciativas dos governos municipais, nas quais prevalecem a flexibilidade e as inovações de caráter local, tendo como denominadores comuns alguns tópicos, a saber: (a) práticas de saúde como objeto da intervenção do Estado; (b) processos de trabalho caracterizados pela intervenção de uma equipe de saúde dentro de um âmbito generalista; (c) atenção voltada não apenas para indivíduos-singulares, mas para coletivos; (d) desenvolvimento de vínculos administrativos, geográficos, culturais ou mesmo éticos entre a clientela e os prestadores de serviços.

Foram analisados os processos de formulação e de implementação de diferentes casos de PSF, a saber: o programa nacional brasileiro e os programas desenvolvidos em Contagem, Curitiba, Ibiá, Niterói, Vitória da Conquista e mais duas experiências pioneiras do Sul do País (Grupo Conceição e Murialdo) e nestes procurei detectar alguns fios condutores que perpassariam tal conjunto de casos, tais como as características geopolíticas; o modo de inserção no sistema de saúde; o contexto político; os conteúdos técnicos e ideológicos; os atores sociais influenciadores; a dinâmica dos processos de implantação; a cultura institucional, dentro de uma ótica de fatores facilitadores, obstáculos e lições.

Alguns indicativos de implementação bem-sucedida foram inferidos, entre eles: (a) *capacidade de tomada de decisões*, dada por liderança, carisma, espírito empreendedor, embasamento ideológico, qualificação técnica e continuidade; (b) *qualificação das equipes técnicas*, traduzida por acesso a conhecimentos, tradição de discussões, base ideológica, empreendedorismo associado a militância; (c) *boas práticas sociais* que se traduzem por práticas políticas e administrativas transparentes, efetivas e socialmente aceitáveis, que se estendem bem além do campo da saúde, tendo como substrato ideológico as

noções de cidadania, direitos coletivos e responsabilidade pública; (d) *articulação externa*, ou a prática de um *cosmopolitismo político e sanitário*; (e) investimento em padrões efetivamente *substitutivos dos modelos de atenção*, buscando a neutralização da competição e do antagonismo com os elementos estruturais e ideológicos dos velhos regimes de práticas; (f) *desenvolvimento de inovações* gerenciais ou assistenciais; (g) *sustentabilidade* em termos financeiros, de estrutura e de processos, mas também nos planos culturais, simbólicos e políticos; (h) *efeito espelho*: difusão entre pares e outros interlocutores externos, mediante uma *pedagogia do exemplo*.

Em primeiro lugar, foram experiências realizadas em ambientes em que as *condições de gestão do SUS* já se encontram amadurecidas (na ocasião explicitadas pelo alcance da chamada *Gestão Plena 96* e que, além do mais, mostravam práticas de assistência e gestão de perfil mais avançado, configurando uma gama ampliada de responsabilidades: individuais e coletivas; preventivas e curativas; técnicas e políticas; locais e regionais; imediatas e remotas. Além disso, acumulavam evidências de que resultam de um somatório de *práticas inovadoras e bem-sucedidas* de assistência e gestão, não só no campo restrito e específico da saúde, mas também em outras áreas de governo; e, mais ainda, que esse cenário de práticas está inserido em um ambiente onde predominam: a decisão política forte; a continuidade administrativa e política; a qualificação técnica significativa; o engajamento consciente dos servidores nos projetos de mudança.

Observou-se, também, que tais experiências articulavam-se a amplas *redes de contatos* externos, nacionais e internacionais, de natureza formal ou informal, configurando um cenário de cosmopolitismo político e sanitário, desfrutando, assim, de ampla visibilidade externa, graças não só à rede de contatos referida, como ao esforço local de envolvimento no cenário nacional das discussões e da produção científica relativas ao sistema de saúde.

Nelas despontam frequentemente lideranças jovens, altamente articuladas fora das fronteiras municipais, qualificadas empiricamente e, sobretudo, portadoras de traços de personalidade carismáticos e mesmo voluntaristas, em sentido positivo, além de serem militantes partidários assumidamente imbuídos de ideologia política. Sua atuação era, sem dúvida, subsidiada pelos *conteúdos* essenciais da Reforma Sanitária e do SUS, sem impedimento de que já despontem no horizonte tendências de incorporação de uma nova pauta de discussões envolvendo, por exemplo, qualidade de vida, vigilância e promoção da saúde, ética, humanização, além de outros temas. Além disso, faziam-se portadoras de um discurso especialmente alinhado com a democratização e a participação social no sistema de saúde, fazendo do mesmo um instrumento de proselitismo político que nem sempre corresponde à mobilização objetiva da sociedade em torno das propostas defendidas, particularmente no campo da Saúde da Família, embora o cumprimento formal dos dispositivos do SUS referentes à participação e controle social constituísse regra geral.

Apesar de tudo, predominavam nas comunidades de usuários da SF, relativas posturas de “gratidão” e reconhecimento em relação ao que já tinha sido alcançado e de manutenção das conquistas, mas não necessariamente reivindicações proativas para a implantação ou para a reformulação dos conteúdos dos programas oferecidos.

Em um sentido geral, percebeu-se que melhores Programas de Saúde da Família, como de resto práticas de políticas e serviços sociais mais qualificadas, correspondiam àqueles municípios onde a sociedade se encontrava melhor organizada nas suas entidades representativas, seja no plano político geral ou em relação a temas e setores específicos, como, por exemplo, moradores, portadores de patologias e outros grupos de interesse – configurando o que se denominou de *comunidade cívica* e *capital social*. Além disso, mesmo as experiências que se propuseram a um caráter substitutivo mais radical em relação ao modelo de assistência tradicional, muitas vezes mostraram dificuldades em assumir tal característica de forma abrangente, tendo em vista a persistência de elementos tradicionais no padrão da atenção e a competição destes, com os novos dispositivos implantados, neutralizando-os ou enfraquecendo-os.

As experiências tiveram como característica marcante o fato de representarem um efeito “espelho”, ou seja, de se converterem em pontos de atração da visão externa sobre a realidade local, cumprindo um importante papel pedagógico e de cooperação técnica horizontalizada. Mostravam também como um grande e competitivo mercado de trabalho no país, não só para os membros das equipes técnicas das diversas formações, como também para os cargos de direção superior, configurando mesmo uma nova categoria de agentes, os *executivos públicos* da saúde.

Alguns obstáculos puderam ser notados, como questões ligadas ao baixo financiamento, à precária capacidade de referência especializada, além de fatores culturais e relativos aos recursos humanos, muitas vezes escapando ou ultrapassando a governabilidade local. A questão médica continuava a ser um dos aspectos problemáticos e propensos ao desenvolvimento de dificuldades tardias que poderão comprometer a sustentabilidade de muitos programas.

Ainda dentro deste aspecto, ausências notáveis relativas à cooperação técnica aos municípios, puderam ser notadas, como nos casos das instituições de ensino superior na área da saúde e das Secretarias de Saúde estaduais. Revelaram-se, assim, certas áreas de sombra, algumas desveladas, outras não, que denunciam a necessidade de avanço em relação a muitos dos desafios ainda enfrentados pela Estratégia de SF, citando-se, como exemplos, a abordagem da questão cultural, o desenvolvimento de processos de avaliação de impacto, a articulação com a sociedade, o desenvolvimento de protocolos assistenciais, entre outros.

Como decorrência imediata da síntese procedida, em que linhas de união mostram-se ao longo do conjunto de casos, colocou-se a questão: que lições (“boas práticas”) foi possível apreender nestas experiências?

A lista abaixo oferece uma tentativa de sistematização, mas certamente não tem caráter exaustivo, dada a riqueza e a complexidade dos processos em jogo. Acredito que isso tem ainda hoje implicações na boa gestão em saúde, não só na área exclusiva da Atenção Básica como nas demais vertentes.

- (a) *Boa condução* é muito importante e, entre seus atributos, podem ser arrolados capacidade de tomada de decisões, liderança, carisma, espírito empreendedor, embasamento ideológico, além de qualificação técnica e continuidade.

- (b) A *boa condução* teria pouco a oferecer se não contasse com *boas equipes técnicas*, aspecto que pode ser traduzido por qualificação de conhecimentos, tradição de discussões em saúde, base ideológica, capacidade empreendedora associada a militância, sintonia com o projeto político, aceitação da liderança, organização e inserção em entidades representativas.
- (c) *Boas práticas sociais* também possuem um lugar de destaque, traduzidas: por equilíbrio e sintonia entre as propostas de participação originadas do governo e as da sociedade; associação sinérgica entre as noções de responsabilidade pública e de direito à saúde; bem como produção de efeitos concretos como resultado de tais práticas.
- (d) Como decorrência, a presença de um *bom governo*, que se traduz por práticas políticas e administrativas transparentes, efetivas e socialmente aceitáveis, que se estendem bem além do campo da saúde, tendo como substrato ideológico as noções de cidadania, direitos coletivos e responsabilidade pública.
- (e) *Boa articulação externa* ou a prática de um *cosmopolitismo político e sanitário*, de preferência direcionada a interlocutores seletos individuais ou institucionais, que sejam capazes de oferecer respaldo técnico e cobertura política ao desenvolvimento dos projetos e programas de governo.
- (f) *Boa implementação programática*, o que significa investimento em padrões efetivamente substitutivos dos modelos de atenção, buscando a neutralização da competição e do antagonismo com os elementos estruturais e ideológicos dos velhos regimes de práticas.
- (g) *Desenvolvimento de inovações*, seja do ponto de vista gerencial ou assistencial, diferenciando-as das meras *novidades*, mas tendo como diretriz norteadora a ousadia e o destemor frente às possibilidades de erro e reversão.
- (h) Busca decidida da *sustentabilidade das práticas* desenvolvidas, não só em termos financeiros e de estrutura e processos, mas também nos planos cultural, simbólico e político, resultando no necessário enraizamento das experiências no imaginário da comunidade de usuários e dos tomadores de decisão.
- (i) *Efeito espelho*: articulação e da difusão da experiência local entre interlocutores externos, diferenciados ou não, configurando a responsabilidade por uma *pedagogia do exemplo* fundamental no processo de construção de políticas públicas.
