

# A BUROCRACIA E OUTROS ATORES SOCIAIS FACE AO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ALGUNS APONTAMENTOS

## Bureaucracy and other social agents and their role in the Brazilian Family Health Program

Flavio A. de Andrade Goulart<sup>1</sup>

### RESUMO

O Programa de Saúde da Família foi construído mediante o papel exercido por uma *burocracia* e também por outros atores sociais, sobre cujo comportamento algumas variáveis são discutidas. Discute-se também o papel de uma burocracia não necessariamente *típica*, a partir de verificação empírica, a saber: (a) os novos estratos de gerentes públicos – *os executivos da saúde*; (b) a *nova burocracia*, representada pelos gestores públicos da carreira de Estado; (c) os quadros técnicos não pertencentes à carreira formal tradicional, contratados de forma terceirizada. Os atores-usuários do SUS mostram-se, cada vez mais, como agentes propagadores de interesses representados, sobretudo nos Conselhos de Saúde. É considerado, ainda, o caso dos prefeitos e de outros agentes políticos, sobre os quais costuma haver uma tradição de desconfiança, mas que constituem um contingente, cuja posição, face às políticas, pode ser progressista e engajada na defesa de interesses coletivos. Considera-se, ainda, a emergência da figura do *empreendedor público* na condução de políticas e programas, fato sem dúvida notável na implementação de programas como o PSF.

**Palavras-chave:** Administração Pública. Administração de Serviços de Saúde. Saúde da Família. Programa Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde.

### ABSTRACT

At the present time both government bureaucracy and other social agents play a part in structuring the Brazilian National Family Health Program. Empirical observations of the bureaucracy (rather than written norms) show it to be composed of new layers of public management. These are: health executives, who are responsible for the implementation of health policy; a new bureaucracy composed of government career administrators, and subcontracted temporary staff. This paper also looks at the roles played by mayors and other politicians who were distrusted in the past but now represent a progressive group engaged in the protection of the public interest. Patient representatives are becoming more active in defending the public interest in Local Health Councils. The emergence of “health entrepreneurs” among community leaders and politicians at different levels of government administration in the formulation and implementation of policies and programs within the National Family Health Program as an important new development is also discussed.

---

<sup>1</sup> Doutor em Saúde Pública. Professor Titular(aposentado) – Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília – Área de Medicina Social. E-mail: [goulart.fa@gmail.com](mailto:goulart.fa@gmail.com). Endereço: CLN 406 – E – 105 – CEP 70 847 550 - Brasília-DF

**Key Words:** Public Administration. Health Services Administration. Health Family. Family Health Program. Primary Health Care.

## INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF) no Brasil, como de resto toda política estatal, foi construído sem escapar de algumas contradições e polaridades. Entre estas a de representar um embate entre o caráter racionalizador e focal nos moldes preconizados pelos organismos internacionais financiadores ou incentivadores de programas sociais no terceiro mundo, *versus* o de constituir-se uma política social pautada pelos princípios de equidade, integralidade e universalidade. E ainda: ter sua inserção dentro dos marcos ideológicos e conceituais gerados em contextos políticos, econômicos e culturais diferentes do brasileiro, em contraposição a ser formulado e implementado como processo legítimo de construção social dentro de um quadro conceitual e político gerado e adequado à realidade nacional. Muitas são as contribuições de autores que destacam e aprofundam as contradições dos componentes estruturais e ideológicos do PSF, podendo-se citar: Paim (1986); Misoczki (1992), Cordeiro (1996); Trad (1998), Franco (1999), entre outros.

O papel exercido pelos atores sociais, entre estes a burocracia pública, no âmbito das políticas sociais, deve ser compreendido e aprofundado, de forma a delimitar o quadro de determinantes culturais, políticos, teóricos e ideológicos que caracterizam o processo de formulação e implementação dessas mesmas políticas. A intenção do presente artigo é, justamente, debruçar-se sobre os papéis e o conteúdo da ação de alguns atores sociais no desenvolvimento dos processos de formulação da agenda e de implementação do PSF, aqui tomado como paradigma de política pública.

O enfoque nos *atores sociais e institucionais* constitui o fio condutor de um projeto de estudo mais amplo sobre o PSF, conduzido por Goulart (2002), mediante o qual se procurou elucidar as estruturas e os processos da ação e interação de tais atores. O objetivo do referido estudo foi o de analisar a implementação do PSF 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. A hipótese central era de que o PSF surgiu no âmbito de um conflito entre a normatização *dura*, realizada pelo governo federal, e as iniciativas dos governos municipais, nas quais prevaleceram a flexibilidade e as

inovações de caráter local. Foram destacados os componentes essenciais que unem os conceitos de *Atenção Primária à Saúde* aos de *Saúde da Família*, quais sejam: (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 e éticos entre a clientela e os prestadores de serviços. Foram também 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 (no caso, uma variante do mesmo, o *Programa Médico de Família*, inspirado no modelo cubano), Vitória da Conquista e mais em duas experiências pioneiras do Sul do País (Grupo Conceição e S. J. Murialdo). Procurou-se, também, revelar 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. Algumas conclusões a respeito do que se denominaram *boas práticas de implementação* foram inferidas, entre elas: (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 à 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*. (GOULART, 2002)

O trabalho referido acima, assim como diversas verificações empíricas subsidiadas pela literatura, permite aventar a hipótese de que existem hoje, no panorama das políticas públicas brasileiras, novos e diferenciados atores, seja dentro do aparelho de Estado ou na sociedade civil. Entre os primeiros destacam-se os personagens pertencentes ao que se poderia chamar de uma *nova burocracia*, representada pelos executivos da gestão pública, pelos gestores públicos da carreira de Estado e pelos segmentos técnicos encarregados da condução atual de parte das políticas públicas no governo federal, vinculados ao Estado, estes últimos, mediante contratos pontuais ou de maior duração, efetivados através de organismos internacionais, como PNUD, UNESCO e OPAS.

Entre os atores não-estatais, podem ser citados os usuários e segmentos aliados, cada vez mais organizados nos conselhos de saúde e outras instâncias sociais. Destaca-se, ainda, uma outra categoria, que pode ter vínculo governamental ou não – a dos *empreendedores* da saúde, cuja explicação, em termos empíricos e teóricos, será fornecida adiante. Além destes, outros agentes políticos tradicionais, como os prefeitos municipais e membros do Legislativo, também parecem demonstrar interesses e ação diferenciados no que tange à saúde, não só levando em conta o que propaga o senso-comum, bem como avaliações mais formais de suas práticas, em perspectiva histórica.

## **SOBRE A BUROCRACIA PÚBLICA**

São diversas as variáveis que modelam o comportamento da burocracia, podendo ser citadas: as tendências da política em geral; o que querem os mandatários (*rulers*); a estratificação social (classe, etnia, rede de lealdades); as intenções declaradas, ou não, dos agentes externos financiadores e outros apoiadores, além da dimensão e da qualidade corporativas. Percebe-se, entretanto, na literatura corrente, como acentuam Walt e Gilson (1994), que os estudos freqüentemente se concentram nas elites políticas, mais do que nos atores comuns, o que desperta a crítica às análises que buscam modelos mecanicistas de relacionamento entre a política, sua implementação e seus resultados. Em contrapartida, advogam tais autores que os estudos sobre as políticas façam da *perspectiva do ator* seu real ponto de partida.

Segundo os autores citados são muito diversificadas as possibilidades de interação de atores dentro do campo das políticas, com uma gama de reações, seja de cooperação, conformidade, oposição ou desinteresse. Da mesma forma estes podem estabelecer entre si interações bastante complexas e ramificadas, constituindo *redes organizacionais*, que resultam em determinados estados de equilíbrio, interação e coordenação cooperativa entre atores, fundadas em consenso normativo e respeito mútuo. Alguns desses agentes são certamente mais influentes do que outros, o que de maneira geral, no caso da saúde, aponta para as elites médicas e acadêmicas, mas também para a burocracia de Estado, economistas e administradores em geral, além de outras *comunidades epistêmicas*, que possuem interesses estruturados no campo das políticas. Configura-se e reforça-se, assim, um *modelo de elites* na formação da agenda das políticas de saúde, dentro do qual os consumidores ou usuários, além de grupos comunitários, estariam virtualmente fora das arenas do processo decisório. (WALT ; GILSON, 1994).

Ilustração da importância da ação de atores sociais na manutenção das políticas sociais é dada, exemplarmente, pelo chamado *ataque neoliberal* aos sistemas europeus de proteção social, que teve no *thatcherismo* seu emblema.(VIANNA, 1997) Os resultados teriam sido, entretanto, menos desastrosos do que se previa, em primeiro lugar, pelas tradições arraigadas naquele continente a respeito do papel do Estado na proteção social e também pelo sentimento de *direito social* que a sociedade construiu e se preparou para defender, ao longo de séculos.(PUTNAN, 1993; BOBBIO, 1992). Ao analisar o fenômeno, Vianna (1997) caracteriza um embate da *política* contra a *economia*, com desvantagem para esta última, fazendo com que, pelo menos naquela parte do mundo, o propalado *desmonte* das estruturas de bem-estar social acumule muito mais alarde do que evidências. No caso do sistema britânico, demonstra-se o vigor e a pertinência das mobilizações políticas dos beneficiários do mesmo – e também de sua burocracia – em torno da causa do bem-estar, verificando-se que a possível irreversibilidade do *modo economicista de intervir* nos sistemas de bem estar social e de saúde era apenas aparente.

A conclusão é de que provavelmente as reformas da proteção social têm sido mais lesivas às conquistas sociais justamente onde falta uma tradição corporativa, independente do tipo de *welfare state* existente. A comparação, neste caso, entre os dois lados do Atlântico (Norte) é inevitável. Não é por acaso que nos Estados Unidos, onde predominam

influências mais focais de grupos de interesse (*lobismo*) sobre as decisões públicas, se apresentem o empobrecimento e a perda de *status* de forma mais acentuada. (VIANNA, 1997).

Contudo, a questão da participação dos atores sociais, particularmente da burocracia, nos processos de formulação e implementação, favorecimento e resistência às políticas sociais no Brasil ainda é pouco estudado, como acentuam Paim (1995) e Luz (1995). Certas análises, mesmo quando não ignoram o sentido weberiano do termo *burocracia*, costumam primar por uma visão sombria e negativa, reforçando a visão do senso-comum sobre a mesma. Nestas se enfatiza o caráter cooptado (ou “cooptador”) da burocracia, suas disfunções conhecidas, os *anéis burocráticos* espúrios, o autoritarismo de suas práticas, etc. – veja-se, por exemplo, Luz (1995). Torna-se preciso, contudo, resgatar a complexidade e a variação do papel da burocracia face às políticas, de forma equidistante de uma visão *ingênua* e de uma visão *satanizada* da mesma. Paim (1995), por exemplo, admitindo a possibilidade contemporânea (e advertindo ser esta “*nem sempre virtual*”) de forças progressistas terem maior acesso e poder de decisão nas políticas públicas brasileiras, coloca com clareza o desafio e a necessidade de se promover um salto de qualidade na apreensão da relação entre burocracia e políticas. Para tanto julga importante fazer as indagações de: (a) como os governos formulam políticas para seus órgãos subordinados; (b) como adequar a consistência das políticas de governo no processo de implementação pelos órgãos subordinados; (c) como os órgãos administrativos de execução percebem as políticas e de que modo as reforçam ou as obstaculizam. Considerando o resultado das eleições de 2002, pelo menos para o Governo da República, aquela “virtualidade” de que fala este autor foi, aparentemente, neutralizada e o país se viu diante do fato real de ter um governo de discurso bastante progressista, não só em relação à saúde como em outros campos. Assim, as indagações referidas passam a adquirir, sem dúvida, nova força e pertinência.

A burocracia pública e, particularmente, a burocracia da área social seria sempre uma “*força do mal*”? Luchesi (1989) traz importantes contribuições a esta questão ao analisar o relativo atraso de certos setores, como é o caso da saúde e da área social de governo, em organizar sua burocracia em moldes mais *racionais-legais*. Para este autor, a área das políticas sociais tem sido, dentro dos governos, o espaço preferencial para a

proliferação de práticas clientelistas, ao contrário de outros setores estruturados mediante um paradigma de eficiência administrativa, como tem sido o caso dos órgãos do fisco, por exemplo, nos quais tais práticas são mais dificilmente aceitas e incorporadas. Trata-se, sem dúvida, de uma questão que possui raízes políticas e culturais, contudo não se constituindo numa característica intrínseca da ação burocrática ou mesmo da ação estatal.

Um dos aspectos destacados da chamada *racionalidade burocrática* é a existência dos “*anéis fisiológicos burocráticos*”, descritos por Cardoso (1975), autor aqui lembrado não obstante o fato de que o mesmo tenha publicamente sugerido que se esquecesse aquilo que um dia escreveu... Trata-se de um mecanismo de caráter fisiológico, clientelista e também autoritário, mediante o qual a burocracia estatal realiza atendimento diferenciado das demandas de setores empresariais e outros de maior vocalização junto ao aparelho de Estado. Entretanto, cabe indagar se o fenômeno dos *anéis*, descrito com fundamento no Estado autoritário, não teria assumido características novas na redemocratização, de forma a agravá-lo, já que encoberto agora com um manto de legitimidade. Mas ao mesmo tempo, alternativamente, pode-se pensar que o mesmo tenha se convertido em um instrumento legítimo de canalização e resposta a demandas sociais. Jacobi (1987) duas décadas atrás, já havia analisado tal fenômeno em relação às demandas por saneamento básico na cidade de São Paulo.

## **A BUROCRACIA E O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Com relação à política aqui analisada, ou seja, o Programa de Saúde da Família, um processo de *canalização de demandas pela burocracia estatal* parece ter curso, na medida em que um segmento de gerentes e técnicos – típico quanto a alguns aspectos, embora atípico com relação a outros, como se verá adiante – tem estado na dianteira da condução do processo de formulação e implementação do Programa, nos organismos de níveis nacional, estaduais e municipais do SUS. Cabe, assim, buscar a compreensão do papel de tal burocracia, relativa à maneira como esta se organiza, num exercício que, sem deixar de se pautar na crítica, não deve resvalar para teorias *conspiratórias* ou *satanizadoras*.

De qualquer ângulo que se observe, a burocracia não é nem jamais foi monolítica, nem mesmo nos regimes autoritários. Nos regimes democráticos estabelecidos ou em vias de construção, com todas as limitações conhecidas, como é o caso do Brasil, a burocracia

não *institui* para a sociedade como também *é instituída* por ela. Assim ela transita, permanentemente, dentro de um sistema de contradições e brechas, de equilíbrios que se refazem a cada momento, de concessões, imposições e ajustes negociados. *Melhor sociedade, melhor burocracia?* Mesmo colocada de forma simplista, como aforismo, a questão é provocativa. Respondê-la obriga também a conjecturar sobre os atores sociais que se mantêm *do outro lado do bureau*, mas que talvez tenham responsabilidades omitidas ou não suficientemente exploradas, concretizadas através da participação política.

Insistindo no caso brasileiro e, particularmente, na construção do PSF, alguns indicativos, favoráveis ao envolvimento da burocracia nas políticas de forma não compatível com o modo “desencantado” com que alguns autores analisam o fenômeno, podem ser vislumbrados. Tal é o caso, por exemplo, dos novos estratos de gerentes com papéis de formulação e acompanhamento de políticas dos órgãos gestores públicos do SUS, principalmente nos municípios, onde, aliás, o poder conquistado por partidos progressistas tem deixado de ser apenas uma “virtualidade”. Muitos de tais atores estão hoje *profissionalizados* em suas funções, seja por intermédio da academia, ou (principalmente) no âmbito dos próprios serviços, a ponto de virem se transformando em autênticos *executivos da saúde*, 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, são bem conhecidos no panorama da gestão municipal da saúde. Da mesma forma, pode-se verificar uma migração dessas pessoas até mesmo entre as esferas de governo, não sendo rara, na direção nacional do PSF, a presença de técnicos com passagens pela gestão do programa em municípios.

O fenômeno dos *executivos da saúde*, um movimento provavelmente inédito na burocracia de Estado brasileira, não é o único a anunciar a existência do que se poderia chamar, sem muito exagero, de uma *nova burocracia*. Há outros, entre os quais pode ser citada a formação dos *gestores públicos* de carreiras de Estado pela Escola Nacional de Administração Pública-ENAP nos últimos anos. Tal pessoal constitui um segmento jovem e bem preparado na condução das políticas – aspecto particularmente destacável no Ministério da Saúde – onde indivíduos dessa extração ocupam postos em praticamente todos os setores do órgão. Deve ser, também, registrado o fato de que a burocracia,



particularmente no sentido vulgar e pejorativo que por vezes lhe atribuem, seria, cada vez menos, *a mesma de ontem*. No próprio Ministério da Saúde, o caso do Departamento de Atenção Básica, *locus* da direção nacional do PSF, é paradigmático: grande parte da condução da política de saúde é realizada hoje por técnicos que não se enquadram na carreira burocrático-formal tradicional: são pessoas autônomas, ex-funcionários e eventualmente funcionários licenciados de estados e municípios prestando serviços em Brasília, mediante contratos de tempo definido, mediados por organismos internacionais (OPAS, PNUD, UNESCO, entre outros). Aliás, não por acaso, os recursos para pagamento deste pessoal provêm, justamente, dos empréstimos internacionais contraídos pelo Brasil, seja no Banco Interamericano ou no Banco Mundial. Seria o caso de indagar se esses novos estratos aqui caracterizados como *nova burocracia* não constituiriam uma versão local correspondente àquela “*comunidade epistêmica*” de que fala Haas (1992), produtores e difusores que são de conhecimento e idéias.

Algumas características podem ser vislumbradas em tal *nova burocracia*. O fenômeno dos executivos, por exemplo, destaca a questão da *liderança* bem como do *empreendedorismo* como fatores de grande impacto nas organizações. Este é um tópico do qual vem se ocupando, com relativa intensidade nos últimos anos, a literatura em administração. Tandler (1998), por exemplo, destaca o fato de que a presença de líderes com as características 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, relativa à implementação de políticas públicas no Ceará, algumas lições a respeito do papel da liderança foram destacadas, entre elas: (a) nem sempre é possível afirmar como intencional o papel exercido pelo líder; (b) a compreensão interna das equipes e das lideranças a respeito de seus acertos, igualmente, nem sempre se dava como muita clareza; (c) a *visão de futuro* é um atributo importante do líder; (d) boas experiências administrativas não devem ser interpretadas como resultados diretos e unívocos do surgimento idiossincrático de lideranças destacadas, mas sim como o resultado de circunstâncias muito mais abrangentes.

Amado e Brasil (1997) procuram definir com mais nitidez o que chamam de “*categorias hermenêuticas*” para a identificação e qualificação das lideranças organizacionais no Brasil. Estes autores procuram se afastar 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 mais notáveis e formais 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, associada a uma base ideológica e militante, remete, ainda, 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)

Sobre o fenômeno do *empreendedorismo*, um aspecto também a ser considerado na discussão relativa aos *executivos da saúde*, destacam-se ainda algumas reflexões dignas de nota. Barbosa (1996) sublinha o fato de que, no caso brasileiro, a relativa ausência das noções de *meritocracia* e *self-reliance* faz com que as responsabilidades gerenciais se

atendam 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, fazer coisas diferentes e, além do mais, dotado de comportamentos diferenciados em relação ao grupo, de natureza pró-ativa e criativa e acima de tudo capaz de definir “*o objeto que vai determinar seu próprio futuro, diferente de outras pessoas na organização*”, com exigência de análise e imaginação. Já Amado e Brasil (1997) apontam outras particularidades do empreendedor brasileiro, em termos comparativos com outras culturas: hierarquia; centralização; *social approach*; controle da incerteza; preocupação com a qualidade de trabalho; atitudes de cuidado frente aos menos favorecidos.

De Masi (1999) estabelece algumas características essenciais de tal ator social, dentro do referencial que denomina de *fenomenologia do criativo*. A figura típica do empreendedor é marcada não só por habilidades intelectuais como também por forte envolvimento emocional com o objeto, além de correção profissional, senso de união e espírito de grupo, iniciativa, confiança recíproca, vontade firme, dedicação, flexibilidade, entre outras características. Mas o que dá mais destaque a esta figura, segundo o autor, é a sua proeminência de *líder-fundador*, sua capacidade de “*dedicação quase-heróica*”, sua excepcional eficácia em “*criar um set psicossocial*” (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*”.

Portanto, compreender os papéis desta *nova burocracia*, bem como alguns de seus traços de atuação, como a *liderança e o empreendedorismo*, é fundamental. Confirmar a hipótese de que ela realmente seja *nova*, ou pelo menos de o que ela tem de *novo* e ao sabor de que tipo de interesse e motivação ela se move, constituem desafios ainda a serem enfrentados em termos teóricos e empíricos. Com todo respeito pela contribuição de Luz (1995) e outros autores cépticos com relação à burocracia, talvez seja, hoje, cada vez mais difícil encontrar o *tipo ideal* de burocrata que revela: *discricionário, cooptado, kafkaniano, ritualístico, imperial, arrogante*, etc, até porque talvez esteja também mais difícil encontrar

cidadãos que aceitem tal tipo de comportamento. A *Era dos Direitos* de que fala Bobbio (1992) já não teria alcançado, ao menos parcialmente, a sociedade brasileira?

## **SOBRE OUTROS ATORES**

No caso do PSF, a questão da influência dos atores sociais, tanto governamentais como extra-governamentais, é de extrema relevância. No âmbito municipal, pelo menos formalmente, *ter o PSF* equivale a ter o conselho de saúde em funcionamento, associado a diversos outros instrumentos de gestão, conforme as determinações normativas. Mas sob o manto da formalidade, sabe-se, esconde-se muita coisa mais. Há evidências de que nem sempre a mudança de governo nos municípios, com alteração concomitante de orientação política referente ao programa, com o intuito de minimizá-lo ou até mesmo extingui-lo, tenha provocado grandes mobilizações entre conselheiros ou movimentos comunitários. Esta foi sabidamente a situação ocorrida no Distrito Federal, aqui tomado como exemplo, na transição de governo de 1998-1999, mas tem se repetido em muitos municípios e estados brasileiros. Tal carência de mobilização social poderia ser apenas aparentemente um paradoxo, que certamente mereceria tentativas no sentido de aprofundar determinadas questões não-esclarecidas sobre as potencialidades do controle social e sua capacidade de influir sobre as políticas. Assim, por exemplo, a organicidade e a composição dos conselhos de saúde, bem como seus mecanismos de funcionamento, deveriam ser apreendidos em sua gama de correlações com as especificidades políticas e técnicas dos programas eventualmente sob risco de interrupção, como no caso citado acima.

Os usuários do SUS vêm deixando de ser, a cada dia, uma massa amorfa de pessoas, sujeitas a manobras. Embora ainda exista muito caminho a andar, avaliações recentes sobre o processo de controle social no Brasil dão margem a certo otimismo. Veja-se, por exemplo, o trabalho de Carvalho (1995), corroborado pelos estudos encomendados pelo Conselho Nacional de Saúde. Estão se tornando mais frequentes os casos em que determinados interesses de usuários representados nos conselhos ascendem até o estatuto de *resolução*, daí chegando a serem implementados como políticas públicas, via portarias ministeriais ou instrumentos congêneres. Nem sempre são interesses universalistas, está claro, mas traduzem um fato certamente inédito na política de saúde, e também na política

de qualquer outro setor: um interesse legítimo da sociedade, embora pontual, ser contemplado na política graças a mecanismos formais de participação social.

Merece também consideração especial o caso dos Prefeitos e outros agentes políticos. É certo que a tradição em relação aos mesmos é de desconfiança, seja no senso-comum, na mídia ou na literatura. Assim, por exemplo, o personagem emblemático que é Odorico Paraguassu, genial criação de Dias Gomes, atravessa as décadas como o *tipo ideal* do prefeito de interior, ignorante, autoritário e pouco afeito ao zelo pela *república*. São preconceitos compartilhados até mesmo por analistas supostamente mais credenciados, como se o monopólio do clientelismo e da corrupção no país pertencesse a esses agentes. Contudo, o cenário das recentes eleições municipais, tanto no Executivo como no Legislativo mostram alguns aspectos inéditos no país. Por exemplo, com a reeleição, que aconteceu em cerca de 40% das prefeituras do país em 2002, que de certa forma confere legitimidade aos escolhidos (embora possa haver divergências quanto à interpretação deste fato: influências econômicas, uso da máquina administrativa, etc).

Além disso, a chegada ou a manutenção do poder de partidos de esquerda, isoladamente ou coligados às forças de centro, vem se transformando em realidade cada vez mais habitual. Os prefeitos municipais têm, além do mais, ao longo dos últimos anos se engajado em movimentos supra-partidários nacionais, de natureza permanente (via entidades representativas e “frentes”) ou pontual (mobilizações em favor de assuntos financeiros e normativos de interesse municipal).

São aspectos que, por si só, falam do aparecimento de um ator social com características renovadas. Aqui se insere, ainda, o destaque que tem recebido a pauta da saúde nas eleições municipais, fruto sem dúvida da transferência de encargos e poder decisório aos municípios, derivados diretamente da Constituição de 1988 e da legislação do SUS. Nos recentes processos eleitorais, tanto nos estados como nos municípios, tem sido, aliás, relativamente comum a inserção na pauta dos candidatos nos debates eleitorais, do PSF, além de outros tópicos de saúde até certo ponto ignorados no passado.

Este acúmulo de evidências fala, favoravelmente, de uma participação cada vez mais intensa, seja qualitativa ou quantitativa, dos prefeitos, legisladores e outros agentes políticos nas discussões referentes à saúde, o que representa um marco histórico e inédito(GOULART, 1996). E diz mais: trata-se de um contingente cuja posição, face às

políticas, parece ser de cunho mais progressista, ou pelo menos engajado na defesa de interesses coletivos, já que aspectos como a descentralização, a assunção de responsabilidades locais, o controle legislativo e social local estão diretamente em jogo.

Um último aspecto merece ser destacado, fruto de uma lição que a realidade recente do país tem mostrado: o aparecimento do *empreendedor público* seja ele prefeito, secretário, técnico ou outro membro do Executivo municipal ou mesmo alguém sem vinculações com os governos ou o Estado; pessoas como um empresário, uma liderança comunitária, religiosa, etc. A atuação desses agentes se faz cada vez mais marcante no campo da saúde. O imaginário popular já os tem consagrado, embora possam ocorrer aí alguns “desvios” personalistas e clientelistas. A mídia dedica a eles páginas e minutos preciosos – a lembrança do programa de TV *Gente que faz* certamente ainda está presente. Há certamente *fazedores* que estão meramente em busca de prestígio político-eleitoral, de isenções fiscais, de presença na mídia, de *resolver* sua vaidade pessoal... Mas, apesar de tudo, o assunto merece maior aprofundamento.

Freqüentes eventos de premiação e apoio a experiências bem sucedidas e inovadoras em saúde, patrocinados pelo Ministério da Saúde, pelo CONASEMS e pela UNICEF (CONASEMS, 2000; CONASEMS, 2001), além de outros, têm demonstrado que, por trás de muitas experiências bem sucedidas em saúde, seja na gestão ou na atenção, estão as figuras de *empreendedores*, vinculados de maneira formal ou informal ao projeto ou programa. É inquestionável, também, a influência de uma proposta ideológico-partidária, geralmente (mas não exclusivamente) à esquerda do espectro político. Contudo, mesmo em tais experiências ancoradas em programas partidários, a figura central de uma *pessoa-que-faz*, um empreendedor criativo, na liderança, mesmo de forma até certo ponto personalista, constitui um aspecto relevante.

Cabe indagar como surgem tais figuras: são meramente frutos de esforço pessoal, no estilo *self-made*, ou se representam o produto de circunstâncias, associando a *fortuna* e a *virtù* maquiaveliana? Qual o perfil ideológico que apresentam? Qual a importância que eles realmente têm na viabilização e na condução das políticas? Que formas de inserção existem entre eles e os órgãos executores estatais? Que risco correm os programas diante das maneiras de inserção por vezes temporárias e informais dessas pessoas? Mas tudo isso, com certeza, deve ser tema que mereça maior aprofundamento empírico.

## CONCLUSÕES

O estudo das políticas sociais constitui um terreno movediço, que muda de configuração rapidamente, autêntico marco de uma *era de incertezas* e de transições de diversas naturezas: cultural, epidemiológica, demográfica, política, paradigmática. *Certezas* neste campo podem ser confortáveis, mas possuem poder explicativo limitado face à própria natureza do objeto que pretendem abarcar. Além disso, nem tudo é linearidade e relação direta de causa e efeito quando o tema é a relação entre formulação e implementação das políticas sociais, a *distância entre intenção e gesto* que fatalmente permeia tal processo.

Ao se tratar da presença, no cenário, da burocracia e de outros atores sociais, as relações de causa e efeito devem ser mediatizadas e não submetidas a fórmulas mecanicistas singelas ou apoiadas no senso-comum. Da mesma forma, as *teorias conspiratórias* de diversas naturezas e matizes ideológicos impedem o desvelamento do que se esconde por trás do que é apenas *aparência* e *fragmento* ao invés de ser o fato *real* e *total*.

O certo é que a política social é sempre complexa e determinada de forma múltipla, com seus componentes de legitimação, reprodução econômica, mobilização social, racionalidades humanistas, ideológicas, libertárias, partidárias, religiosas, etc. É sob estes focos que a ação dos atores sociais deve ser compreendida, pois a chamada *questão social* é, acima de tudo, um *fato político* entranhado em uma vasta gama de mecanismos representativos, de ações estatais, do produto das relações entre Estado, sociedade e mercado, gerando dinâmicas próprias como as articulações entre público e privado; direito e benefício; legitimação e conquista social.

No caso da política de saúde no Brasil, tomando o PSF como exemplo, estaríamos hoje colocados dentro de um cenário pessimista? As evidências indicam que, mesmo sem perder o realismo, pode-se vislumbrar no momento atual de implantação do SUS, com o grau de descentralização alcançado, a institucionalização do controle social e a incorporação de novos atores no cenário da saúde, que nem tudo é *perversidade*, *cooptação*, *americanização*, *compaixão pós-fordista*, para utilizar expressões utilizadas por algumas correntes interpretativas mais pessimistas das políticas sociais. No caso do PSF,

pode-se até suspeitar de que existam certos “ovos de serpente”, como por exemplo a sua utilização eleitoreira, seu possível caráter paliativo, sua “pobreza” técnica. Mas, com certeza, esta política apresenta outras facetas que permitem também categorizá-la como pautada pelos princípios de equidade, integralidade e universalidade, também sustentada conceitualmente e ideologicamente por marcos construídos *a partir* da realidade local, afigurando-se como um processo legitimamente formulado e implementado de maneira adequada ao momento político atual da sociedade brasileira. E neste processo a ação da burocracia e dos demais atores sociais aqui citados, apesar das contradições inerentes, tem sido impulsionadora e criativa. É bom ter em consideração, ainda, que o conceito de *Saúde da Família*, no Brasil, ainda é um processo em formação e são muitas ainda as nuances representadas ideologicamente ou praticadas dentro do mesmo.

À guisa de conclusão, pode-se dizer que existem *novos cenários* e *novos atores* em jogo nas políticas sociais do Brasil. As análises de políticas de saúde e particularmente aquelas referentes ao PSF, correm o risco permanente de desatualização, pela marcante dinâmica do processo de implementação da estratégia. O sistema de saúde, como um todo, que até há poucos anos voltava-se apenas para as populações urbanas vinculadas ao mercado de trabalho, atinge hoje novos contingentes de usuários: rurais, indígenas, minorias, portadores de necessidades especiais, populações marginalizadas e tantos outros. O PSF com sua expansão marcante, com seus componentes de equidade, integralidade e participação – mesmo chocando-se contra tradições políticas, profissionais e culturais desestabilizadoras – pode ser mais um destes *novos cenários* desconhecidos até poucos anos atrás. Da mesma forma se comportariam seus atores.

É preciso evitar o risco de tratamento excessivamente dicotômico das questões ora em pauta. O PSF poderia englobar, *ao mesmo tempo*, componentes emancipadores e conservadores; integralizadores e restritivos; resolutivos e apenas preventivos; transformadores e cosméticos; ser um produto genuíno da criatividade brasileira e também *objeto importado*. O que pode transformá-lo *nisso ou naquilo* é o modo como está sendo implementado; a capacidade formuladora e crítica de seus atores; as circunstâncias que o rodeiam; as tradições políticas e institucionais; a *história*; a força da “comunidade cívica” e, até mesmo, o concurso de fatores “imponderáveis”, pelo menos para o grau de conhecimento do momento.



## REFERÊNCIAS

AMADO, G.; BRASIL, H. V. Brazil. In:-----, **Exploring management across the world**. New York: Penguin Books, 1997.

BARBOSA, L. N. H. Cultura administrativa: uma nova perspectiva das relações entre antropologia e administração. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 6-19,1996.

BOBBIO, N. **A Era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BOTTOMORE, T. (Ed.) **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

CARDOSO, F. H. **Autoritarismo e democratização**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: IBAM/FASE, 1995.

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.. **Iniciativa Município Amigo da Criança**. Brasília: CONASEMS, 2000. (Publicação Especial).

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **Prêmio Experiências Municipais Exitosas**. Brasília: CONASEMS, 2001.

CORDEIRO, H. **O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. p.5-12. (Cadernos de Saúde da Família, 1).

DE MASI, D. Introdução. In: DE MASI, D. (Org.). **A emoção e a regra: os grupos criativos na Europa de 1850 a 1950**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1999. p. 13-24.

FILION, L.J. O empreendedorismo como tema de estudos superiores. In: -----, **Empreendedorismo: ciência, técnica e arte**. Brasília: Instituto Euvaldo Lodi/Confederação Nacional da Indústria, 2001.

FRANCO, T. B. **Programa de Saúde da Família: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecno-assistencial**. 220 f. 1999. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

GOULART, F. A. A. **Municipalização: veredas – caminhos do Movimento Municipalista de Saúde no Brasil**. Brasília/Rio de Janeiro: CONASEMS/ABRASCO, 1996.

GOULART, F. A. A. **Experiências em Saúde da Família: cada caso é um caso?** 398 f. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2002.

HAAS, P.M. Knowledge, power, and international policy coordination introduction: epistemic communities and international policy coordination. **International Organization**, v. 46, n. 1, p. 1-35, 1992

JACOBI, P. Movimentos sociais urbanos em uma época de transição: limites e possibilidades. In: SADER, E. (Org). **Movimentos sociais na transição democrática**. São Paulo: Cortez, 1987.

LUCHESI, G. **Burocracia e política de saúde: arena ou ator?** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.1991

LUZ, M. T. Burocracia, aparato estatal y sociedad civil a partir de políticas sociales en la sociedad brasileña: elementos para un analisis comparativo. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.) **Estado y Políticas Sociales en America Latina**. Mexico-DF: UAM, 1995.

MISOCZKY, M. C. A medicina de família, os ouvidos do Príncipe e os compromissos com o SUS. **Saúde em Debate**, v. 42, p.40-44, 1992.

MORGAN, G. **Imagens da organização**. São Paulo: Atlas, 1986.

PAIM, J. S. **Medicina familiar no Brasil: movimento ideológico e ação política**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1986. (Estudos de Saúde Coletiva,4)

PAIM, J. S. Burocracia e aparato social: implicaciones para la planificación y implementación de políticas de salud. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.) **Estado y Políticas Sociales en America Latina**. Mexico-DF: UAM, 1995.

PUTNAN, R. D. **Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna**. Rio de Janeiro: FGV, 1993.

TENDLER, J. **Bom governo nos trópicos: uma visão crítica**. Brasília/ Rio de Janeiro: ENAP/ Revan, 1998.

TRAD, L. A. B. ; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n. 2, p.429-435, 1998.

VIANNA, M. L. W. Política versus Economia: Notas (menos pessimistas) sobre Globalização e Estado de bem-estar. In: GERSCHMAN S.; VIANNA M. L. W. (Org.) **A miragem da pós modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

WALT, G.; GILSON, L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 9, n.4, p. 353-370, 1994.

**Submissão:** março de 2006

**Aprovação:** julho de 2006