

Revista de Saúde Pública

Journal of Public Health

Artigo Especial

Special Article

Formação de gestores locais de saúde: processos para identificar estratégias de atuação

Training of local health managers: process of
identification of strategic actions

Oswaldo Y. Tanaka, Maria I. B. Nemes, H. Maria D. Novaes, Magnólia G. Bastos, Chester
L. G. César, Lúcia F. Riedel (in memoriam) e Juliana Rosalen*

Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP - Brasil (OYT, CLGC); Faculdade de Medicina da USP. São Paulo, SP - Brasil (MIBN, HMDN); Núcleo Regional de Saúde 4 - DIR I da Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, SP - Brasil (MGB); Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, SP - Brasil (LFR)

TANAKA Oswaldo Y., Maria I. B. Nemes, H. Maria D. Novaes, Magnólia G. Bastos, Chester L. G. César, Lúcia F. Riedel (in memoriam) e Juliana Rosalen* **Formação de gestores locais de saúde: processos para identificar estratégias de atuação** Rev. Saúde Pública, 33 (3): 2-29, 1999 www.fsp.usp.br/~rsp

Formação de gestores locais de saúde: processos para identificar estratégias de atuação

Training of local health managers: process of identification of strategic actions

Oswaldo Y. Tanaka, Maria I. B. Nemes, H. Maria D. Novaes, Magnólia G. Bastos, Chester L. G. César, Lúcia F. Riedel (in memoriam) e Juliana Rosalen*

Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP - Brasil (OYT, CLGC); Faculdade de Medicina da USP. São Paulo, SP - Brasil (MIBN, HMDN); Núcleo Regional de Saúde 4 - DIR I da Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, SP - Brasil (MGB); Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, SP - Brasil (LFR)

Descritores

Administração de serviços de saúde.
Sistemas locais de saúde.
Estratégias locais.

Resumo

No Brasil, nos anos recentes, e acompanhando a maior participação dos municípios nas ações de saúde, observa-se a necessidade crescente de instrumentos que possam contribuir para a melhor formação de gestores locais, complementares às atividades de natureza acadêmica. Nesse sentido realizou-se estudo com o objetivo de construir processo de capacitação de gestores mediante seleção de focos de abordagem para identificar estratégias efetivas para modificação das condições de saúde. Foi feita uma experiência para desenvolvimento de “estudos de casos”, com 8 municípios considerados bem sucedidos das regiões Norte e Nordeste do Brasil, com utilização da abordagem por focos na estruturação das informações. Com base nessas informações, foi realizado seminário com 21 gestores locais das duas regiões, reunindo pequenos grupos e intermediando com atividades coletivas. Durante o seminário, gestores municipais de saúde adquiriram maior conhecimento das estratégias implementadas e identificaram alternativas concretas de intervenção para as suas realidades. A proposta metodológica de ensino por estudo de caso utilizando uma prévia elaboração conceitual mediante o agrupamento das diversas dimensões dos casos, facilitou a formação de gestores municipais de saúde a partir de experiências práticas.

Abstract

In Brazil, in recent years, as a result of the increasing participation of county authorities in health care, a need for tools which would contribute to the better preparation of local administrators, complementary to the activities of a more

Keywords

*Health services administration.
Local health systems.
Local strategies.*

academic nature, has been recognized. One of the possible alternatives is the exploitation of experiences, regarded as successful, in local health care planning and administration, by using them as material for "case studies" in activities with selected groups of health care administrators thus, stimulating the identification of those elements which contributed to the favorable results attained, and their interactions, in the quest for analogies which would facilitate the identification of new perspectives for their own situations. In this article an experience of a "case studies" development, in response to a demand from UNICEF, based on 8 counties in from the North and Northeast, which were successful in using a "focus approach" in their organization of data and their utilisation in a seminar with 21 local managers from both regions, is presented. During the seminar the local health managers attained greater knowledge of the strategies implemented and identified feasible intervention alternatives. The methodological proposition of teaching on the basis of case studies, using a conceptual strategy of grouping experiences according to specific dimensions enabled local health managers to learn from their practical experiences.

INTRODUÇÃO

O processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil tem provocado, nos últimos anos, a contínua necessidade de repensar as políticas de saúde (Cohn e Elias³, 1996). Principalmente no que se refere à definição das responsabilidades dos órgãos gestores municipais e da população local, na busca de soluções mais adequadas à resolução dos problemas de acesso e de efetividade da atenção prestada, e de maior impacto sobre os níveis de saúde da população (Mendes⁹, 1995; Cecilio et al.², 1994; Heimann et al.⁷, 1992, Figueiredo e Tanaka⁵, 1996).

O processo de municipalização, reforçado pela maior autonomia de gestão, tal como definida na Norma Operacional Básica - NOB/93, tem levado à implementação de soluções inovadoras e com melhor relação custo/efetividade nesses últimos anos, principalmente nos municípios com gestão semiplena. Concomitantemente, a maior participação da comunidade nos serviços de saúde contribui para que a oferta de serviços responda melhor às necessidades sentidas pela população, tendo por referência as condições locais e a capacidade instalada de equipamentos de saúde (Ribeiro¹⁵, 1997). Sendo assim, o processo de municipalização, ao viabilizar o desenvolvimento de ações mais integradas, intersetoriais e interinstitucionais, tem propiciado o desenvolvimento de soluções de caráter mais abrangente para os problemas de maior urgência para as populações locais.

Nos últimos anos, diversos municípios já conseguiram alterar sensivelmente suas situações de saúde, obtendo respostas positivas tanto da população quanto dos serviços de saúde (Cecilio¹, 1994; Merhy¹⁰, 1994; Minayo et al.¹¹, 1990).

A NOB/96 vem consolidar esse processo de descentralização/municipalização das ações de saúde, outorgando responsabilidade e autonomia de gestão para o município quanto à realização de ações básicas, bem como para a gestão dos recursos financeiros. Isto implica que, a partir da diretriz geral do direito à saúde, o SUS estará abrigando modelos diversos de organização da atenção, com articulações freqüentemente complexas entre setores, áreas e tecnologias. Esta condição leva à necessidade de uma maior informação e formação dos gestores locais, no que se refere ao conhecimento das alternativas de organização e gestão de serviços, modelos assistenciais, tecnologias e processos de definição de prioridades em saúde e assistenciais.

Nesse sentido, a sistematização para análise das estratégias e ações já implementadas por alguns municípios, por se configurarem como possíveis alternativas de ação para seus próprios contextos, pode constituir-se em instrumento de apoio importante nas atividades desenvolvidas para a formação de gestores locais. Formação esta que tem sido objeto de maior investimento, através da oferta de cursos de especialização ou pós-graduação por parte da academia, bem como da atuação do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais, agências internacionais (UNICEF,

OPAS), e associações (CONASEMS, - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde -, ABRASCO, CEBES), através de cursos, seminários, publicações e assessorias. Apesar do padrão de descontinuidade que caracteriza a administração pública brasileira, é possível afirmar que, de um modo geral, há tendência para a melhor formação dos administradores locais, ainda que se façam necessários investimentos adicionais.

Os pressupostos teórico-conceituais que têm norteado os programas de formação de gestores locais, no que diz respeito à capacitação para a realização de diagnósticos de saúde, definição de necessidades e prioridades, planejamento e implementação de políticas e processos de organização e gestão das ações de saúde se apóiam essencialmente em áreas e sub-áreas que compõem a saúde coletiva: epidemiologia, políticas de saúde, planejamento, administração e gestão, programação, informação em saúde, entre outras. Propostas recentes de formação procuram articular de forma inovadora conceitos e práticas de modo a resultar em novas formas de abordar problemas e necessidades de saúde e implementação de propostas de intervenção (Haddad et al.⁶, 1994; Pineault e Dave-luy¹³, 1995; Rivera¹⁶, 1996; Kon⁸, 1997).

Dada a reduzida disponibilidade de tempo que a maioria dos gestores locais dispõem para um investimento na sua formação, inovações têm ocorrido também nas proposições de formas de aprendizagem alternativas, viáveis e de bom nível, capazes de produzir profissionais com adequada fundamentação conceptual, capacidade crítica e aptidão para a resolução de problemas, sem implicar modelos de longa duração já tradicionais na academia.

No presente texto analisa-se uma dessas experiências, em que, a partir de uma análise orientada por focos de experiências municipais selecionadas e consideradas bem sucedidas segundo critérios estabelecidos, foi realizado um seminário de discussão de alternativas de atuação de gestão, com um grupo de gestores municipais.

O ponto de partida da experiência foi a proposição, por parte de técnicos do UNICEF, do desenvolvimento de novas abordagens de análise de experiências bem sucedidas no setor saúde, em municípios da Região Norte e Nordeste, processo este que deveria levar à elaboração de uma publicação, a ser distribuída em larga escala, tendo por alvo principal os gestores

locais de saúde. Este tipo de proposta já havia sido realizada para a área da educação, e o UNICEF considerava oportuno naquela época, final de 1995, desenvolver esta atividade também na área da saúde.

No decorrer do processo, os objetivos iniciais foram redefinidos, fazendo com que a análise das experiências municipais se transformasse em um instrumento de formação de gestores de natureza mais interativa e dirigida, apesar de atingir um público menor do que quando veiculado sob a forma de publicação.

Duas vertentes que contemplam formas de reconhecimento de uma dada realidade, tendo por objetivo identificar as possibilidades para a sua modificação, contribuíram para o desenvolvimento desta proposta de trabalho. De um lado, as propostas em torno de um pensamento estratégico em saúde, com especificidades próprias dos seus teóricos principais (Matus e Testa), mas nos quais podem ser identificados quatro momentos básicos (explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional) de orientação para os processos de intervenção (Kon⁸, 1997). Trata-se, no entanto, enquanto proposta para orientação do planejamento, de um processo que parte de um problema, em busca de um resultado desejado, portanto em um sentido inverso ao aqui buscado, em que a partir de um resultado favorável, busca-se identificar quais os fatores, conjunturais, políticos, organizacionais e técnicos, que contribuíram para que, em um dado período e lugar, este resultado tivesse se tornado possível. De outro, a metodologia de “estudo de casos”, bastante difundida como metodologia de ensino nos cursos de administração e planejamento, na sua origem voltada principalmente para a gestão no setor privado, mas com aplicações recentes também para o setor público (Paton¹², 1993). Na medicina e direito, os “casos” se constituem em elementos fundamentais para a orientação das práticas, ou seja, o reconhecimento de situações específicas levaria a um conhecimento “generalizável” que, por sua vez, contribuiria para a aplicação de uma boa conduta em situações análogas. Na gestão, os “casos” se constituem em uma busca pelo aluno, a partir da constatação de um sucesso ou insucesso, e um registro estruturado de informações quantitativas e qualitativas selecionadas, dos principais pontos de decisão e implementação que podem ter contribuído para o resultado. Os estudos de caso, ao buscar

identificar como se deram estes processos, tratam inevitavelmente da distribuição do poder nas organizações: poderes externos e internos, explícitos ou implícitos. O dilema, nesta metodologia, está na identificação adequada do que aquele caso tem de particular, mas que pode, ao mesmo tempo, se constituir em instrumentalização para o melhor reconhecimento das questões enfrentadas pelos alunos na sua própria prática, sem cair na tentação da busca de generalizações apressadas ou ilegítimas. Para isto, é importante garantir que os “casos” sejam inicialmente avaliados na sua capacidade de produção de evidências pedagógicas, e posteriormente preparados para a exposição de modo teoricamente orientado.

No presente trabalho, os casos para análise, escolhidos inicialmente por critérios bem gerais (melhoria de certos indicadores de saúde), constituem-se em complexas gestões municipais provenientes de diferentes realidades técnicas e políticas. De fato, a “experiência municipal em saúde que produz bons resultados em certos indicadores de saúde da população” envolve, em uma cadeia múltipla e diversamente hierarquizada, dimensões políticas, organizacionais e técnicas bastante variáveis, “submetidas” entretanto, a um mesmo quadro geral de valores e conceitos jurídicos, institucionais e assistenciais expressos nas leis e no “modelo assistencial” do SUS.

Buscou-se enfrentar esta complexidade mediante a delimitação de focos, constituídos por esferas que, embora interdependentes, guardam uma certa autonomia relativa: a esfera político-institucional, a administrativo-gerencial e a técnico-operacional. Deste modo, os casos iniciais foram submetidos a uma avaliação prévia que objetivou delimitar as experiências municipais de maior capacidade pedagógica de instrumentalizar a discussão de um dado foco.

Esta delimitação de focos pareceu tendencialmente mais coerente com dinâmica pedagógica propriamente dita, isto é, à opção de fundamentar a atividade no estudo de casos de experiências municipais concretas e atuais. É possível pensar em pelo menos dois modos polares de organização pedagógica a partir desta estruturação: um primeiro, onde a experiência é descrita de modo exaustivo em todos os seus aspectos práticos objetivando principalmente “apresentar/ensinar” alternativas de práticas; e um segun-

do modo, no qual se privilegia a elaboração conceitual sobre certas dimensões da prática objetivando principalmente “apresentar/ensinar” valores e conceitos diretivos para a prática. Embora esta “polarização pedagógica” seja muito simplificada, foi suficiente para estabelecer um primeiro pressuposto para a metodologia do seminário de formação de gestores.

Por outro lado, as principais características, tanto do público-alvo (gestores municipais em atividade baseada em poder técnico e político), quanto do objeto tratado (complexas gestões municipais) indicavam que a polarização deveria tender mais ao sentido da elaboração conceitual a partir da prática e menos ao da apresentação exaustiva de alternativas.

Derivado desta última constatação, o segundo pressuposto que buscou dirigir a metodologia do seminário foi o reconhecimento da existência de diferentes modelos tecnológicos e modelos organizacionais convivendo sob o mesmo quadro genérico do “modelo SUS”. Parece também possível admitir que esta diversidade é freqüentemente pouco elaborada conceitualmente pelos seus atores/gestores municipais: o pragmatismo necessário para responder aos tempos políticos e administrativos e às exigências sempre urgentes da assistência dificultam esta elaboração, em princípio já diferente pelos diversos graus de formação política e técnica dos dirigentes.

Destes dois pressupostos foi possível derivar os princípios que guiaram metodologicamente o seminário: 1- facilitar a elaboração conceitual a partir de experiências práticas identificadas como efetivas; 2- promover o enfrentamento da complexidade das experiências procurando, analiticamente, separar suas principais dimensões para, a seguir, reconstruí-las em novas bases conceituais; 3- propiciar a emergência da diversidade de opções tecnológicas e organizacionais e sua elaboração conceitual.

Note-se que estes são princípios que, embora genéricos, impulsionam a condução do trabalho mais na direção do fortalecimento (“empowerment”) (Rappaport¹⁴,1987; Fetterman⁴,1994) dos gestores municipais e menos na busca de aprendizado de um modelo de tecnologia efetiva. É evidente, porém, que toda a motivação do trabalho está apoiada na busca da efetividade na atenção à saúde. Assim, a alteração positiva das condições de saúde da população mediante a elaboração e aplicação de tecnologias efetivas é o horizonte perseguido, funcionando, por-

tanto, como princípio primeiro de validação tanto das assunções e consensos imediatamente passíveis de serem obtidos na atividade do seminário, quanto de seus resultados posteriores.

Outro aspecto importante para a proposição metodológica do seminário foi, na elaboração das diversas etapas do trabalho, a busca do máximo envolvimento dos integrantes da instituição responsável pela proposição inicial de formação dos gestores municipais, a UNICEF, bem como dos dirigentes das experiências que seriam alvos de análise e avaliação.

Na saúde coletiva, a tradição de uma atitude mais "formalista" no reconhecimento de uma realidade, com opção preferencial por uma trajetória que vai de um geral para o particular, de um lado, e um rejeito de abordagens mais restritas e orientadas para a solução de problemas específicos, face ao seu potencial de privilegiamento político e uso instrumental não equitativo, tem levado a um certo cuidado na aplicação destas propostas de formação, planejamento e gestão. A experiência aqui apresentada procura participar deste debate.

O objetivo do presente trabalho é construir um instrumento para o processo de capacitação de gestores municipais utilizando "estudos de casos" preparados mediante seleção de focos de abordagem que permitem a identificação de estratégias de maior efetividade na modificação de condições determinadas de saúde.

DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

Para elaboração do material pedagógico da capacitação foram cumpridas as seguintes etapas: identificação das experiências municipais; estabelecimento preliminar de foco de análise, avaliação "in loco" da experiência municipal e elaboração de relato escrito e respectiva divulgação preparatória ao seminário de capacitação.

As experiências municipais identificadas foram da região Norte e Nordeste do País que, na apreciação realizada pelas equipes regionais da UNICEF, apresentavam melhoria nos indicadores de saúde, principalmente nos coeficientes de mortalidade infantil, refletindo uma modificação nas condições de vida desses municípios. Estabeleceu-se o número

máximo de indicações de 2 a 3 experiências por Estado/Região com o objetivo de garantir uma distribuição geográfica representativa. Considerando a parceria estabelecida desde o princípio, aceitou-se o pressuposto de que havia a necessária experiência acumulada nas equipes regionais da UNICEF para uma adequada escolha de municípios em que se poderia identificar melhoria nos indicadores de saúde, os quais poderiam ser associadas às estratégias específicas de atuação do nível municipal. Visando a auxiliar e propiciar um certo grau de uniformidade na escolha foram sugeridos os seguintes critérios: disponibilidade de informações; desenvolvimento de linhas principais de atuação da UNICEF (áreas de saúde infantil e materna); possibilidade de localizar área específica de interesse da experiência (por programas como o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) ou por conjuntos de atividades como a questão dos medicamentos, por exemplo); possibilidade de identificação de fatores internos (como características da instituição e/ou dos agentes) e fatores externos (como o contexto político dentro do SUS, suas peculiaridades regionais e suas vinculações com as diretrizes de âmbito nacional) favorecedores do sucesso da experiência e, finalmente, possibilidade de informações sobre custos.

A partir desta identificação inicial foi analisada toda informação coletada acerca da experiência municipal visando a classificar o foco inicial de análise para cada experiência, segundo a seguinte divisão: *Foco Político-Institucional*: condições políticas de decisão; envolvimento institucionais e facilidades legais; participação comunitária; *Foco Administrativo-Gerencial*: organização das instituições envolvidas; formas de gestão e distribuição de poder; articulação interna e intersetorial; *Foco Técnico-Operacional*: articulação e composição dos processos de trabalho; tipo de ações assistenciais desencadeadas;

Foi realizada avaliação "in loco" através de visitas de campo às experiências, orientadas pelos focos previamente estabelecidos no sentido de propiciar, de maneira intencionalmente direcionada pela escolha preliminar do foco e de suas subdimensões, a coleta de informações de forma dinâmica e participativa com os agentes da ação. Objetivou-se nesta etapa o aprofundamento (ou se necessário seu eventual redirecionamento) do foco preliminarmente escolhido. Para cada uma das visitas foram elaborados roteiros para observação e entrevistas com agentes-chave.

A última etapa da preparação do material pedagógico foi a elaboração, pela equipe técnica local, de um relato escrito acerca do foco escolhido, com base na análise realizada durante e após a visita. A equipe de pesquisadores elaborou um roteiro detalhado orientador do relato, que foi apresentado ao gestor municipal como sugestão para facilitar a expressão analítica das dimensões enfatizadas após a visita, reduzindo ao mínimo necessário as descrições exaustivas sobre a experiência.

A partir da elaboração do material pedagógico baseado nas experiências municipais classificadas em focos de análise foi realizado o seminário de capacitação de novos gestores municipais de saúde da região Norte e Nordeste do País. O seminário foi planejado para ser desenvolvido essencialmente com atividades de pequeno grupo, intermeado com atividades coletivas em que se propiciaria maior participação possível, finalizando com uma plenária em que haveria uma agenda de compromissos assumidos entre as partes.

Na primeira parte do seminário foi apresentada a proposição metodológica e entregue o material do evento, contendo os pressupostos básicos do SUS, os resumos elaborados pela equipe de todas as experiências selecionadas, e os relatos escritos pelos gestores locais (1 hora).

Na segunda parte foram formados 3 grupos de trabalho, divididos nos 3 focos. Objetivou-se possibilitar aos participantes, através da análise das experiências apresentadas, uma síntese de suas dimensões conceituais mais importantes que poderiam atuar como orientadores das ações em outras gestões municipais (3 horas).

Na terceira parte, os participantes foram redistribuídos em 3 grupos de trabalho, garantindo-se a presença de um relator de cada um dos 3 grupos anteriores para que o trabalho pudesse ser desenvolvido a partir dos produtos alcançados. A distribuição dos outros participantes foi baseada nos critérios de participação e potencial de contribuição ao processo de reflexão. O objetivo desta etapa foi recompor a integralidade da discussão (decisão - organização - operação) a partir dos insumos produzidos por cada um dos grupos anteriores, considerando-se a necessidade de identificar e articular a interdependência entre os "focos". Nesta etapa os participantes deveriam preparar um painel de conclusões acerca do analisado para apresentação na etapa seguinte do seminário (4 horas).

A quarta atividade foi a sistematização e apresentação dos resultados obtidos pelos participantes na integração e compreensão das possíveis estratégias para a implementação dos focos. Para tornar a apresentação, discussão e troca mais dinâmica, foi utilizada a técnica de "Feira de Painéis", em que os produtos são apresentados em painéis num mesmo local físico, com os participantes circulando na busca de informação e compreensão do exposto (2 horas).

A quinta atividade foi a realização da Plenária com o objetivo de analisar a viabilidade das várias propostas e/ou estratégias identificadas nos trabalhos de grupo, nos contextos reais de gestão dos participantes e estabelecer compromissos entre os municípios com os outros parceiros/promotores do seminário (2 horas).

A sexta atividade do seminário foi a avaliação do seminário, realizada por meio de um questionário específico respondido pelos gestores municipais participantes com o objetivo de medir a sua opinião, quanto a proposta do Seminário/Painel. Esse questionário foi composto por questões com respostas quantitativas, no qual se solicitava a atribuição de uma nota específica a cada uma das atividades realizadas e registro de opiniões. Foram feitas perguntas sobre as apresentações das experiências, da metodologia de focos, da possível utilidade das experiências apreendidas e do conjunto do Seminário/Painel (1 hora).

DESENVOLVIMENTO DAS VISITAS E DO SEMINÁRIO

Foram identificadas 14 experiências municipais, os quais apresentavam alguma diversidade na seleção de áreas de interesse, observando-se, entretanto, uma grande ênfase para os programas PACS e Programa de Saúde da Família (PSF). Não se pretendia, neste momento, levantar ou julgar exaustivamente as gestões municipais mas apenas localizar algumas experiências com sucesso reconhecido pelas equipes da UNICEF para que se pudesse, posteriormente, analisar seu potencial para a divulgação sistematizada e a elaboração conceitual.

O estabelecimento inicial de foco de análise em cada experiência objetivou a sua categorização em uma das alternativas possíveis, previamente estabelecidas. Visava-se aqui a submeter a experiência a

uma primeira “depuração” conceitual, mediante a separação analítica de suas dimensões principais. Esta primeira separação permitiria o prosseguimento da análise de modo direcionado facilitando seu aprofundamento. Assim, com base no material da primeira etapa todas as experiências apontadas foram classificadas nos focos Político-Institucional, Administrativo-Gerencial e Técnico-Operacional. Esta distribuição preliminar foi orientada unicamente pela capacidade dos dados existentes em facilitar a expressão das práticas em cada foco. Não obedeceu, portanto, a um critério de identificação do “melhor” foco em cada local. Assim, por exemplo, havia práticas comuns no foco gerencial em várias experiências, escolhendo-se, entretanto, aquela que pela riqueza e articulação dos dados apresentados tivesse maior potencialidade em expressar aquele foco. Para cada uma das experiências já focalizadas foram escolhidas, com base nos mesmos critérios, subdimensões do foco que deveriam ser privilegiadas na avaliação de campo. Assim, por exemplo, para duas das experiências cujo foco escolhido foi o técnico-operacional, privilegiou-se para avaliação o Programa de Saúde da Família e a Saúde da Mulher em uma delas e a gestão de medicamentos em outra.

As visitas foram feitas por um ou dois componentes da equipe e tiveram de 1 a 2 dias de duração. Foram visitadas 11 experiências; após a exclusão de duas delas: uma, por ser do âmbito da gestão estadual e outra pela grande dificuldade de acesso e comunicação.

As visitas alcançaram seus objetivos em um grau muito satisfatório, tanto clareando e aprofundando as dimensões inicialmente escolhidas, quanto, em alguns casos, substituindo-as por dimensões mais fecundas dentro do foco geral. Assim, por exemplo, nas experiências do foco técnico-operacional acima mencionadas, no primeiro caso (no qual uma das dimensões privilegiadas inicialmente era o PSF), embora a visita tenha confirmado a criatividade na administração e gerenciamento do programa, esta característica pareceu fortemente ligada à especificidade sociocultural e econômica do município e de sua liderança, sendo, neste sentido, possivelmente de baixa reproduzibilidade. Por outro lado, todas as observações ressaltavam a clareza política, administrativa e técnica na priorização da saúde da criança, especialmente da desnutrição infantil. O fato de tratar-se de um município bastante pobre em todos os

sentidos e que, nesta administração municipal, passara a apresentar resultados concretos no combate intersetorial à desnutrição, reforçou a mudança para o foco técnico-operacional.

Já no segundo caso (no qual as dimensões privilegiadas estavam ligadas à gestão de medicamentos), a visita pôde traduzir a questão mais geral em aspectos específicos, mostrando uma forte articulação da atenção à demanda espontânea nos serviços de saúde com a atenção às demandas potenciais consideradas prioritárias.

De uma maneira geral, considerou-se que, apesar da curta duração das visitas, o preparo prévio, a partir do material enviado e através de contatos telefônicos, e a facilitação dos representantes locais, permitiram o necessário detalhamento e verificação de pontos a esclarecer das dimensões priorizadas. O “estar lá”, apesar de não tornar a realidade “transparente”, permite a visualização de aspectos específicos e ao mesmo tempo a compreensão de um ambiente geral, que a leitura de textos, mesmo quando relativamente detalhados, não substitui.

A avaliação realizada nas visitas excluiu do seminário 3 experiências que, apesar de apresentarem resultados significativos nos indicadores de saúde, mostraram algumas limitações quanto a abrangência de ações e serviços, ou pouco envolvimento do poder municipal.

Assim, as experiências e dimensões finalmente eleitas para subsidiar a análise no seminário foram:

Foco Político-Institucional

São Luiz (MA): participação comunitária mediante Conselhos Municipais

Cipoal (Município de Santarém-PA): participação comunitária direta com envolvimento multissetorial (Estado, ONGs e Igreja)

Foco Administrativo-Gerencial

Acari (RN): parceria do poder público com os outros prestadores

Petrolina (PE): integração e descentralização do sistema de informação

Quixadá (CE): descentralização dos recursos financeiros; integração do sistema de informação na gestão.

Foco Técnico-Operacional

Jucás (CE): intersetorialidade na abordagem da saúde da criança; alta cobertura, amplitude e utilização do sistema de informação na atenção direta.

Olinda (PE): territorialização e o enfoque de risco como critérios de priorização

Redenção do Gurguêia (PI): racionalização da dispensação de medicamentos baseado em dados epidemiológicos locais e resolubilidade.

Os relatos preparados pela equipe local, de modo geral, não seguiram exatamente os roteiros propostos, no entanto, contemplavam de forma adequada a centralidade da abordagem e apontavam e ordenavam os tópicos mais importantes da experiência conforme o foco identificado.

O seminário, com dois dias de duração (12 horas), contou com a participação de 8 representantes de gestores municipais das experiências analisadas, 20 novos gestores municipais de saúde, 7 técnicos da UNICEF, 1 representante do CONASEMS e 4 dos autores do presente trabalho atuando como equipe técnica coordenadora do seminário.

A etapa inicial de tomar conhecimento da experiência municipal foi cumprida basicamente pelo relato oral dos expositores na medida em que houve muito pouco tempo para que os participantes pudessem ler o material escrito. Embora nas apresentações tenham sido detectadas, em alguns casos, dificuldades por parte do apresentador da experiência em restringir-se às dimensões do foco.

O primeiro trabalho, em pequenos grupos, caracterizou-se por uma grande participação e forte expressão de “vontade” de compreender a dinâmica das experiências apresentadas. Também foi possível identificar diferentes níveis de conhecimento do SUS e de experiência político-gerencial entre os novos gestores municipais de saúde. Analogamente, também nos grupos houve dificuldades em centralizar a discussão no foco. Entretanto, a “vontade” de discutir, perguntar, comentar, foi muito patente, o que implicaria, em qualquer caso, uma certa “indisciplina positiva” da discussão. De qualquer modo, a “moderada” intervenção da coordenação parece ter sido suficiente para, após o primeiro momento de maior “indisciplina”, reconduzir a discussão para as principais dimensões do foco sob análise e viabilizar um certo nível de elaboração conceitual e síntese.

Para cada um dos três grupos, o conteúdo principal da discussão foi:

Grupo *Foco Político-Institucional*

Principais tópicos abordados na discussão: formas de organização dos Conselhos e os processos que facilitam o auto reconhecimento de seus participantes, os conflitos de interesse nos processos de decisão dos conselhos, a capacidade de influência política das organizações comunitárias formalmente constituídas e as relações de parcerias que se estabeleceram nessas instâncias políticas de negociação.

Ponto de Síntese: Importância da negociação política e da gestão colegiada nos distintos níveis do sistema.

Grupo *Foco Administrativo-Gerencial*

Principais tópicos abordados na discussão: formas de otimização de recursos enfocando questões como: tipo de habilitação em gestão x otimização de recursos; relação do município com os prestadores não públicos e relação técnico-gerencial das ações prioritárias de saúde; descentralização das informações e do planejamento.

Ponto de Síntese: importância da habilitação em gestão semiplena para a mudança do modelo assistencial e para a o estabelecimento de parcerias com outros prestadores; e a utilização do sistema de informação como instrumento de decisão e planejamento em todos os níveis da rede de serviços.

Grupo *Foco Técnico-Operacional*

Principais tópicos abordados na discussão: organização das ações assistenciais baseada na vigilância à saúde e nos indicadores epidemiológicos; necessidade de articulação entre a demanda espontânea e o atendimento às prioridades; operacionalidade da priorização no nível gerencial e nas ações diretas; necessidade de sistemas de informação operacionais que permitam avaliação de resultados; desenvolvimento integrado de recursos humanos

Ponto de Síntese: priorização de ações no modelo assistencial.

O segundo trabalho, em pequeno grupo, em que se mesclavam os participantes do grupo anterior na busca de uma síntese entre os 3 focos, apresentou produtos distintos em decorrência da dinâmica apresentada no grupo que dependeu fortemente das características da liderança que assumiu a maior res-

Tabela - Resultado da avaliação do seminário/painel.

Questões	Questionários respondidos	Média das notas
B. 2 - A contribuição das experiências apresentadas para análise e discussão das interações entre os focos	22	8,4
B. 3 - A dinâmica apresentada no grupo visando à integração dos 3 focos	22	8,5
C. 1 - Avaliação dos Painéis	21	8,5
D. 1 - A contribuição das experiências apresentadas de novas alternativas práticas e úteis ao trabalho	20	8,6
D. 2 - A metodologia de se analisar as experiências por focos como facilitador da identificação de novas tecnologias de maior aplicabilidade	21	8,7
D. 3 - Se fez falta conhecer as experiências como um todo para os objetivos do seminário	21	6,5
D. 4 - A escolha das experiências contemplarem o seminário	21	8,4
Média geral	8,2	

* A nota dada variava de 0 a 10 para cada pergunta.

ponsabilidade dentro do grupo para o desenvolvimento da tarefa. Assim, enquanto um grupo especificou com mais clareza as etapas e inter-relações entre os focos e o nível executivo, os outros grupos elaboraram um plano de trabalho mais amplo e de certo modo mais conceitual de integração e inter-relação entre as estratégias propostas nos distintos focos.

Na apresentação dos resultados em forma de “painéis”, como numa “feira”, cuja expectativa era de que os participantes buscassem de uma forma mais livre, o que mais lhes sensibilizasse, resultou que os participantes se aproximaram em bloco de cada um dos painéis formando um grande grupo de discussão, que resultou em uma grande interação entre os apresentadores dos painéis e participantes e percorreram os painéis de forma seqüencial. Os trabalhos mostrados tinham visual e conteúdo diferenciados.

Na plenária final, cujo objetivo principal seria o de explicitar e firmar compromissos para as etapas futuras de aplicação das estratégias de atuação analisadas por foco, observou-se uma atitude mais passiva dos participantes, distinta daquela observada nos momentos anteriores, não tendo sido formuladas solicitações ou reivindicações específicas.

A avaliação final dos participantes são apresentadas na Tabela com as médias das notas atribuídas às principais questões apresentadas no questionário de avaliação elaborado.

Os resultados obtidos mostram uma boa aceitação imediata do seminário, embora conceitos elevados sejam usuais em situações de ensino-aprendizagem semelhantes. Note-se, como já comentado acima, que a questão que recebeu a nota mais baixa foi

a relativa à exposição da experiência como um todo. Parece possível apontar aqui muito mais a expressão da grande vontade de “conhecer mais” (que ficou evidente no processo), do que uma crítica à metodologia de elaboração conceitual a partir da análise de focos selecionados. Corroboram isto as notas e o grande número de comentários fortemente positivos dirigidos à metodologia.

Houve também comentários “positivos” dirigidos a outros aspectos. Foram enfatizados positivamente as estratégias de apresentação (“partir do específico para o geral”, “aprofundar apenas em alguns aspectos”, “demonstração de maneiras diferentes de conseguir bons resultados”) e os conteúdos abordados (“estabelecimento de novos atores”, “intercâmbios administrativos”, “parcerias”, “sistemas de informação na priorização de certos setores”, “utilização da epidemiologia na determinação das ações e na priorização de áreas”.

COMENTÁRIOS FINAIS

Baseado na potencialidade já mostrada das metodologias de ensino por estudo de casos, o presente trabalho aplicou uma variante, intencionalmente planejada:- a utilização de uma prévia elaboração conceitual mediante o agrupamento das diversas dimensões dos casos em três focos de análise. Essa forma de analisar e descrever uma experiência de intervenção social facilitou a elaboração conceitual a partir de experiências práticas, o enfrentamento da complexidade das experiências e a emergência da diversidade de opções tecnológicas e organizacionais. Assim, a forma seqüencial de análise, iniciando por

uma escolha de um foco com maior potencialidade, possibilitou transformar a quantidade enorme de dados em informações concretas, que puderam ser validadas num processo pedagógico junto aos gestores municipais de saúde. Essa forma de preparação dos “casos” mostrou-se efetiva na medida em que possibilitou um aprofundamento específico em uma estratégia determinada.

O refinamento do foco de análise ocorreu de forma definitiva na visita de campo em que foi possível verificar a factibilidade das propostas e permitiu diferenciar com clareza que o foco não é o mais importante ou o politicamente mais prioritário mas sim aquele conjunto de ações que, ao se constituírem como estratégia tornam-se um material “pedagógico” para o processo de fortalecimento (“empowerment”) dos gestores municipais.

A estrutura didático-pedagógica planejada para o seminário parte de um material pedagógico intencionalmente preparado para este fim, possibilitando a objetivação de produto concreto com atores políticos (gestores municipais) no tempo disponível. A apresentação e discussão das experiências centradas, nos focos, independentemente dos portes dos municípios, facilitou e direcionou a análise de factibilidade e reforçou a associação com as modificações das condições de saúde.

Num segundo momento, ao mesclar os focos, com a intenção de descortinar a abrangência das ações e a inter-relação entre os focos, verificou-se que esta não constitui a prática habitual dos gestores municipais, que tendem, por experiência pessoal, a reportar/elaborar um esquema teórico, retratando a dificuldade em definir as interfaces necessárias entre os focos para a implementação das ações de saúde.

A “feira de painéis” cumpriu o papel informativo de democratizar as conclusões dos grupos mas não possibilitou uma busca ativa e específica de necessidades de cada gestor municipal participante do processo, em parte devido à forma de apresentação das conclusões e também devido a pouca familiaridade com esse tipo de intercâmbio de conhecimento entre os gestores municipais.

O conjunto desta primeira experiência na metodologia indicou, de modo geral, a potencial positividade do caminho escolhido. Toma-se como principais indicadores desta afirmação o evidente avanço na elaboração conceitual de várias dimensões do “modelo SUS” por parte de alguns gestores me-

nos experientes e o aparecimento de conceitos estratégicos em todos os focos. Também reforça parcialmente esta potencialidade a identificação de uma certa “generalização” progressiva nas discussões e conclusões do seminário.

Como toda metodologia inovadora, precisa ser testada em outros contextos, buscando-se um maior grau de controle e padronização das variáveis que caracterizam cada etapa do processo. Nesta direção, aponta-se algumas recomendações que podem auxiliar na replicabilidade da metodologia:

- Os “porta-vozes” dos casos selecionados precisam estar bastante “afinados” e comprometidos com a equipe coordenadora: eles devem ser realmente “sócios” na eleição das dimensões focais, na condução da apresentação e da discussão;
- há necessidade de uma maior padronização na operacionalização da metodologia de preparo das informações relativas aos casos, ou seja, na preparação do material que irá permitir a sua caracterização e que poderá ser obtida a partir de uma adequada definição de quais as informações básicas a serem obtidas e dos critérios classificatórios a serem utilizados. Por exemplo, o “porte” dos municípios;
- é necessária uma relativa homogeneidade na seleção dos participantes que considere, além dos quesitos de similitude geográfica, a experiência na gestão municipal em saúde;
- é recomendável integrar este tipo de proposta em uma seqüência de atividades voltadas para a formação de gestores locais em saúde, envolvendo seminários temáticos, distribuição de bibliografias, estágios práticos e a repetição de seminários de “estudos de casos” em momentos específicos e que busquem enfocar e responder às necessidades distintas que se colocam ao longo da trajetória de um gestor municipal.

AGRADECIMENTOS

A todos os Secretários Municipais e respectiva equipe, à UNICEF, ao Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e especialmente ao Instituto de Desenvolvimento para a Saúde pela colaboração prestada na realização deste projeto.

REFERÊNCIAS

1. Cecilio LCO. A avaliação da qualidade e a gestão descentralizada em uma rede básica de saúde: a Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba. In: Cecilio LCO, organizador. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994. p.161-86.
2. Cacilio LCO, organizador. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994.
3. Cohn A, Elias PEM. *Políticas de saúde e organização da atenção em saúde*. São Paulo: Cortez; 1996.
4. Fetterman D M. Empowerment evaluation. *Eval Pract* 1994; 15(1):1-15.
5. Figueiredo AMA, Tanaka OY. A avaliação no SUS como estratégia na reordenação da saúde. *Cad FUNDAP* 1996; 19:98-105.
6. Haddad JQ et al. Educacion permanente de personal de salud. Washington (DC): OPS; 1994. (Serie desarrollo de recursos humanos en salud, 100).
7. Heimann LS et al. *O município e a saúde*. São Paulo: Hucitec; 1992.
8. Kon R. O planejamento no Distrito de Saúde: estratégia e comunicação. São Paulo; 1997. [Dissertação de Mestrado Faculdade de Medicina da USP].
9. Mendes EVM et al. *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1995.
10. Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnossistêmico em defesa da vida. In: Cecilio LCO et al. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 117-60.
11. Minayo MC et al. Programa agentes de saúde do Ceará: estudo de caso. Fortaleza: UNICEF; 1990.
12. Paton C. Health policy and management: the case study method. *J Health Adm Educ* 1993; 11:387-95.
13. Pineault R, Dauveluy C. *La planification de la santé*. Montréal: Éditions Nouvelles; 1995.
14. Rappaport J. Terms of empowerment/examples of prevention: toward a theory for community psychology. *Am J Community Psychol* 1987; 15:121-48.
15. Ribeiro JM. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad Saúde Pública* 1997; 13:93-102.
16. Rivera FJU. Planejamento estratégico-situacional ou controle de qualidade total em saúde? Um contraponto teórico-metodológico. *Cad FUNDAP* 1996; 19:25-46.