

**A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE:
UMA AVALIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DE CAMPINAS**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP
NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS – NEPP**

1993

**CADERNO DE PESQUISA
N.º 26**

**MARCOS DE SOUZA QUEIROZ
MARIA HELENA GUIMARÃES DE CASTRO
ANA LUIZA D'ÁVILA VIANA**



Instituição responsável
Núcleo de Estudos de Políticas Públicas- NEPP - UNICAMP

Coordenador do NEPP
Prof. Dr. Pedro Luiz Barros Silva

Coordenador Associado
Profa. Dra. Gilda Portugal Gouvêa

Centro interdisciplinar de pesquisa especializado em estudos e investigações de acompanhamento, monitoramento e avaliação de políticas e programas governamentais. Entre suas preocupações e interesses prioritários, destacam-se as avaliações de processos de implementação de reformas e inovações de *policies* e de programas e projetos de enfrentamento da pobreza. No período recente, desenvolveu, entre outros os seguintes projetos:

- Avaliação da Descentralização de Recursos do FNDE e da Merenda Escolar. Convênio INEP/MEC (1997-1998).
- Desenho e Implantação de Estratégia de Avaliação dos Programas Sociais Prioritários do Governo Federal Brasileiro. Convênio BID/UNESCO/Gov. Brasileiro (1998).
- A Educação básica e secundária no Brasil: evolução recente. Convênio MEC/UNESCO (1997).
- Avaliação da Descentralização das Políticas Sociais no Brasil: Saúde e Educação Fundamental - estudos municipais. Convênio Cepal (1997).
- Avaliação do Processo de Implementação do Projeto "Inovações no Ensino Básico" e de algumas Medidas da Escola-Padrão no Estado de São Paulo. Convênio BIRD (1994/1996).

Os cadernos de Pesquisa do NEPP, escritos pelos professores, pesquisadores, estudantes de pós graduação, e outros membros associados, aparecerá intermitentemente. Alguns serão comunicações de pesquisa preliminares em andamento, ou explorações de idéias teóricas, e a sua publicação visa a estimular discussão e gerar críticas úteis. Como resultado de tais discussões e críticas, é provável que apareçam publicações de versões mais elaboradas em outra parte.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	01
2. ASPECTOS SÓCIOECONÔMICOS E DE SAÚDE DO MUNICÍPIO E DA REGIÃO DE CAMPINAS.....	06
3. AS FASES DAS ORGANIZAÇÕES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE CAMPINAS	08
3.1. A primeira fase da organização dos serviços de saúde de campinas - 1977-1983	09
3.2. A fase intermediária: a integração institucional - 1983-1988	15
3.3. A terceira fase: administração e gerenciamento em saúde	18
4. A INTEGRAÇÃO DA CLÍNICA COM A SAÚDE PÚBLICA NA REDE BÁSICA.....	23
5. O FINANCIAMENTO DO SISTEMA MUNICIPALIZADO DE SAÚDE.....	26
6. A INTEGRAÇÃO REDE BÁSICA-HOSPITAL	28
7. DIAGNÓSTICO GERENCIAL DE CAMPINAS.....	33
7.1. Disponibilidade de recursos financeiros	36
7.2. Disponibilidade de recursos humanos.....	37
7.3. Disponibilidade de estruturas e indicadores gerenciais	37
7.4. Problemas do sistema de gerenciamento	38
8. O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE (CMS) DE CAMPINAS	41
9. CONCLUSÃO: OS PRINCIPAIS PROBLEMAS DO PROJETO DA MUNICIPALIZAÇÃO	47

1. INTRODUÇÃO

Este texto tem o objetivo de trazer à tona a experiência de Campinas na área da saúde pública com o intuito de avaliar o processo de municipalização dos serviços de saúde.

A metodologia de investigação concentrou-se no levantamento de dados oficiais (portarias, leis, regimentos internos) e de fontes secundárias, aplicação de questionários e entrevistas com atores chaves a partir de instituições tais como Secretarias Municipais e Estadual de Saúde, Escritório Regional de Saúde, Universidades e Instituições Privadas de Saúde e Conselho Municipal de Saúde. O método qualitativo de análise é empregado principalmente na aplicação e interpretação das entrevistas. Considerou-se que, diante da intensa modificação por que passa a política, a administração e a organização do sistema de saúde, tal perspectiva traria a vantagem de aprofundar o sentido de um processo que, na superfície, mostra grande complexidade e instabilidade.

Antes de focalizar mais de perto as condições históricas e estruturais que permitiram a implantação dos serviços de saúde em Campinas, torna-se necessário uma breve introdução de um cenário mais amplo nesta área para que os eventos locais façam sentido.

A crise econômica dos países desenvolvidos, a partir da segunda metade dos anos 70, apontou de um modo definitivo a impossibilidade do Estado continuar financiando o modelo de proteção social em geral e de saúde, em particular, até então existentes. Quanto aos países em desenvolvimento, a crise financeira colocou o Estado frente a uma contradição fundamental: responder, de um lado, às exigências no plano político e ideológico que preconizavam uma extensão dos benefícios sociais e, de outro, à necessidade de viabilizar uma política social compatível com um Estado empobrecido. Esta contradição obrigou a se pensar num modelo alternativo que impusesse limites à medicina curativa centrada no hospital. A idéia de um tipo de medicina organizada pelo setor público e controlada pela comunidade passou a se tornar corrente entre os técnicos e teóricos do setor.

A municipalização dos serviços de saúde passou, então, a ser vista como o único meio que permitiria um controle democrático pela comunidade em oposição à excessiva centralização do modelo anterior. Esperava-se, ainda, que ela permitisse o desenvolvimento de uma medicina mais holística que gravitasse em torno dos verdadeiros problemas de saúde de uma comunidade. Além de tudo, ela deveria prover uma melhor

organização do sistema, tornando menos oneroso o serviço de saúde. Se, no entanto, a hegemonia desta nova concepção é relativamente simples de ser reivindicada no campo científico e ideológico, na prática, para ser implementada, ela depende de muitos outros fatores de ordem sócio-econômica, política e cultural.

Ao se dar conta da impossibilidade do Estado continuar financiando os serviços públicos essenciais e, dentre eles, a oferta sanitária, da maneira como vinha se processando, os países centrais procuraram rapidamente promover um novo modelo assistencial e institucional e um novo padrão de financiamento. Os recursos limitados para financiar os programas sociais, a consumir cada vez mais esforços e meios financeiros, exigiram uma melhor racionalização dos custos, compreendendo uma melhoria no nível de eficiência e efetividade dos serviços ofertados. Portanto, a descentralização dos serviços de saúde, envolvendo um controle do sistema pelo poder local, passou a significar uma medida imprescindível para racionalizar, controlar e tornar o serviço menos oneroso.

No Brasil, o período de redemocratização que começou a ocorrer ao final dos anos 70 caracterizou-se na área da saúde por um repensar de todo o sistema, tendo em vista o propósito de se estabelecer uma reforma sanitária que, adequada aos limites financeiros impostos pela crise econômica, efetivamente pudesse oferecer melhores condições de saúde. Neste novo espaço, a legitimização do Estado passou a depender cada vez mais da satisfação de reivindicações e do preenchimento de valores provenientes da sociedade civil em detrimento da burocracia e de interesses corporativos de geração de lucros.

Seguindo a recomendação da Organização Pan-americana da Saúde, as maiores Universidades brasileiras criaram os Departamentos de Medicina Preventiva e Social que desenvolveram um pensamento crítico da Saúde (principalmente através do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde) e propostas alternativas para a medicina que permitissem reduzir o custo e ampliar a oferta para grupos até então marginalizados. Estas propostas ganharam corpo com a implantação de vários programas experimentais alternativos dirigidos principalmente às populações pobres.

O II Plano Nacional de Desenvolvimento (1974-1979) reconhecia o agravamento da problemática social e recomendava enfrentar a pobreza, permitindo uma maior oferta de oportunidades de ascensão social para a maioria da população. O Ministério da Saúde foi um dos órgãos públicos que mais prontamente incorporou os princípios do II PND. A Lei 6229 de 1975 que instituiu o Sistema Nacional de Saúde abriu efetivamente um novo

espaço de atuação a partir da assistência médica individual e de medidas de alcance coletivo voltadas para as populações de baixa renda.

O Sistema Nacional de Saúde então instituído previa que cabia ao Ministério da Saúde promover e executar ações voltadas para os interesses coletivos e, ao Ministério da Previdência e Assistência Social, o atendimento médico-assistencial individualizado. Apesar deste novo espaço aberto à saúde pública e à medicina coletiva, as dotações orçamentárias para o Ministério da Previdência atingiram cifras 16 vezes maiores para seus programas de saúde do que os oferecidos ao Ministério da Saúde (Ribeiro, 1989). Não obstante isso, a Lei 6229 permitiu a ocorrência de várias experiências ao nível do município que, até então, se restringiam ao âmbito da Escola Médica.

Em 1974 houve um plano de pronto atendimento vindo do ministério da previdência social, que liberava as portas dos Pronto Socorros para a população que não contribuía para a previdência social. Esse tipo de modelo dominou a forma tecnológica da prestação de serviços na rede pública, impondo-se durante as décadas de 70 e 80 e começo da década de 90. Ele consagrou-se como o modelo de serviços da rede em todos os níveis de atendimento e demanda municipal, estadual e federal. Este tipo de procedimento significou uma degeneração acelerada da prática clínica, na medida em que se caracterizava por um tipo de atendimento de baixa qualidade.

Com a extensão do atendimento de urgência a qualquer indivíduo, previdenciário ou não, os chamados estouros orçamentários no sistema previdenciário acentuaram-se nitidamente e, cada vez mais, tornava-se urgente a necessidade de imprimir uma racionalidade ao sistema de saúde. A oposição à proposta de profundas reformas no setor saúde representada pelos interesses do setor privado (que conseguira boicotar o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde) apresentado na VII Conferência Nacional de Saúde), já não detinha a mesma força em sua oposição ao plano CONASP (Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária) que propunha a descentralização do sistema de assistência médica através da criação de uma única "porta de entrada", integrando numa rede básica de serviços públicos de saúde a capacidade instalada já existente no INAMPS, nos Estados e nos Municípios, entrando a rede privada apenas onde não existiam unidades estatais.

O plano CONASP, promovendo muitas das propostas contidas no Prev-Saúde, pretendia uma integração das instituições de saúde mantidas pelos governos federal, estadual e

municipal, num mesmo sistema regionalizado e hierarquizado, dando ênfase especial às ações primárias de saúde a nível ambulatorial. Sem deixar de reconhecer a participação complementar da iniciativa privada, ele priorizava o serviço público e uma administração descentralizada. Com isso, pretendia responder tanto à crise econômica como ao crescente déficit previdenciário, estabelecendo parâmetros para limitar consultas, internações e exames laboratoriais comprados ao setor privado. Era previsto também um aumento da capacidade de cobertura do setor público em saúde como um meio indispensável para a sobrevivência do sistema de saúde.

No caso do Estado de São Paulo, além do Plano CONASP, o Pró-Assistência (estabelecido pelo decreto do governo estadual nº 18.844, de 07 de maio de 1982), foi importante para o novo modelo na medida em que promoveu a integração docente-assistencial na área da saúde.

Em 1984, foram firmadas as Ações Integradas de Saúde (AIS) e, em 1987, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), os quais acabaram por consagrar o projeto de municipalização e integração dos serviços de saúde, contidos nos projetos CONASP e Pró-Assistência.

A descentralização político-administrativa das ações de saúde, que encontrou mais expressão no Estado do São Paulo, vem alterando significativamente as regras do processo decisório, seja do ponto de vista da incorporação de novos atores na formulação e fiscalização da política, seja quanto à institucionalização de novos mecanismos de gestão. Este processo refere-se a duas etapas principais:

- a) A implementação do SUDS, caso típico de "estadualização" da política que transfere ao Estado poder decisório para negociar convênios, alocar recursos físicos e financeiros, repassar responsabilidades para as instâncias regionais (ERSAS/SUDS) de planejamento, às quais subordinam-se, teoricamente, os municípios;
- b) A implementação do SUS, ou seja progressiva municipalização da política, que institui um comando único em cada nível de governo e dá ampla autonomia ao município para gerir os serviços públicos de saúde, desde que atendidos os pré-requisitos definidos pela Lei Orgânica de Saúde (Lei 8080/90), a saber: a implantação do Conselho Municipal de Saúde, a criação do Fundo Municipal de Saúde e a elaboração do Plano Municipal de Saúde.

No que concerne à gestão do SUS, a Constituição Federal de 1988 instituiu a participação da comunidade como forma direta de controle social sobre as ações governamentais no

setor saúde. Regulamentada pela Lei 8142 (de 28/12/90), as instâncias colegiadas de gestão do SUS, nos três níveis de governo -- os Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde -- têm por funções formular estratégias e fiscalizar a política de saúde, inclusive nos aspectos econômico-financeiros, além de aprovar os Planos de Saúde em cada esfera de atuação, bem como fiscalizar a movimentação dos recursos repassados às Secretarias Estaduais e/ou Municipais e/ou Fundos de Saúde. Segundo a legislação, a participação dos usuários nos conselhos é paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos com representação prevista -- a saber, prestadores de serviços de saúde e trabalhadores do setor, além de representantes do poder público.

Com o avanço do processo de municipalização, fortaleceu-se o papel dos atores locais na implementação da reforma de saúde, especialmente dos políticos, médicos, burocracia governamental e de associações ligadas ao setor saúde verificando-se progressivo esvaziamento da burocracia estadual. Os fatores que explicam essa tendência referem-se ao peso dos políticos, em especial dos prefeitos, como articuladores da municipalização; ao surgimento de vereadores "especialistas" na área de saúde e/ou ligados aos movimentos populares, Conselhos de Saúde, etc.; ao papel dos médicos como "elo de interligação" entre os serviços públicos e privados; ao crescente número de servidores e técnicos contratados pelas secretarias municipais de saúde.

Antes ainda de focalizar mais de perto a experiência particular de Campinas no processo de municipalização dos serviços de saúde, é necessário introduzir alguns dados sócio-econômicos e de saúde sobre o município.

2. ASPECTOS SOCIO-ECONÔMICOS E DE SAÚDE DO MUNICÍPIO E DA REGIÃO DE CAMPINAS

A partir de 1960, como segundo polo industrial do Estado, com uma agricultura dinâmica e diversificada, uma rede urbana desenvolvida e uma malha de transportes eficiente, a região administrativa de Campinas passou a atrair fluxos imigratórios crescentes. Na década de 70, em termos relativos, esta região tornou-se o principal destino da migração estadual, com relação "imigrantes/população" superando todas as demais regiões, inclusive a grande São Paulo. Mesmo com um declínio acentuado na década de 80, a população aumentou de 3.196.969 habitantes em 1980 para 4.382.452 em 1991, com um incremento populacional de 37,05%.

O município de Campinas teve na década de 70 uma taxa média de crescimento da ordem de 5,7% ao ano. Na década de 80, a população passou de 658.419 em 1980 para 857.456 em 1987, com uma taxa média de crescimento da ordem de 3,8% ao ano, bem superior à taxa média do Estado, de 2,7%. Ao mesmo tempo que a população crescia, a taxa de natalidade decrescia na região de Campinas de 26,60% em 1980 para 20,06 em 1987, um decréscimo correspondente a 24,59%¹. Em 1980, 60,68% dos habitantes do município não eram naturais dele². A taxa de urbanização passou de 68,7% em 1940 para 89,3% em 1970 e 94% a partir de 1980³.

Entre 1980 e 1991, o consumo de energia elétrica nesta região passou de 5.812.838 MWh para 11.001.918 MWh⁴, um aumento de 89,26%, muito superior ao índice de crescimento populacional, o que confirma um aumento significativo de atividades econômicas durante um período que se caracterizou, no país, por depressão econômica. Desse modo, o município de Campinas, que, em 1970, se apresentava como uma capital regional de médio porte, transformou-se num dos maiores aglomerados urbanos do país.

A presença cada vez mais numerosa de imigrantes tem promovido uma grande pressão nos serviços sociais existentes que, na maioria dos casos, não estão aptos a incorporá-los ou a se orientarem pelos problemas que os atingem. É evidente que tal situação concorre para intensificar os problemas na área social em geral e da saúde, em particular.

¹ "Campinas - Subsídios para a discussão do Plano Diretor"/IE-UNICAMP, 1990.

² SEADE, Perfil Municipal, São Paulo, 1993.

³ "Campinas - Subsídios para a discussão do Plano Diretor"/IE-UNICAMP, 1990.

Enquanto a população favelada somava ,em 1971, 3.090 indivíduos, com um índice de crescimento de 1.533,33%, ela sobe para 47.380 em 1981 e, com um índice de crescimento de 3.129.49%, ela alcança o número de 96.700 em 1991⁵.

A cidade de Campinas possui um dos maiores índices de atendimento público domiciliar do Brasil, tanto no que diz respeito ao abastecimento de água quanto ao serviço de coleta e tratamento de esgoto. De acordo com dados da Prefeitura, 96% da população urbana é servida pela rede de água e 81% pela de esgoto.

Para a região administrativa de Campinas, o índice de mortalidade infantil por mil habitantes passou de 41,14 em 1980 para 23,24 em 1991⁶. Tal diminuição resulta da queda relativa nos índices da mortalidade advinda de fatores exógenos, tais como: condições de vida, meio ambiente, saneamento básico e assistência médico-preventiva.

Quanto aos hospitais, enquanto o setor público e universitário aumentou significativamente a oferta de leitos, o setor privado praticamente não evoluiu nesta área entre 1970 e 1990. O coeficiente de leitos por habitantes, no entanto, caiu drasticamente. As tabelas abaixo expressam numericamente estes fatos.

TABELA I

EVOLUÇÃO DOS LEITOS GERAIS SEGUNDO ENTIDADE MANTENEDORA

MUNICÍPIO DE CAMPINAS

Ano	Público	Universidade	Privados		Total
			Não Lucrativo	Lucrativo	
1970	-	-	536	1337	1873
1981	120	-	1586	1079	2785
1984	120	-	1221	1422	2763
1989	120	851	625	1264	2860

Fonte: CAH/Recadastramento Hospitalar - SES

TABELA II

LEITOS POR 1.000 HABITANTES - MUNICÍPIO DE CAMPINAS

⁴ Seade, Perfil Municipal, São Paulo, 1993.

⁵ "Campinas - Subsídios para a discussão do Plano Diretor"/IE-UNICAMP, 1990.

⁶ Seade, Perfil Municipal, São Paulo, 1993.

Ano	Coefficiente	Base
1970	4,98%	100%
1981	4,19%	84%
1984	3,56%	71%
1989	3,16%	63%

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campinas

3. AS FASES DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE CAMPINAS

A evolução da implantação da rede municipal de serviços da saúde em Campinas caracteriza-se por 3 fases distintas: o período "heróico-romântico" da administração Francisco Amaral e do Secretário Sebastião de Moraes; o período de consolidação dos convênios de integração institucional do Secretário Nelson Rodrigues dos Santos e, por fim, a fase da revolução gerencial que se inicia na administração PT, sofre uma paralisação durante a crise que acompanhou o rompimento entre o prefeito e o partido e tem continuidade com a administração do PSDB.

Na primeira fase, anterior ao SUDS, 36 Postos Médicos Comunitários foram implantados em casas improvisadas, alugadas pela prefeitura. Geralmente foram instalados em bairros em que a Igreja Católica, através das Comunidades Eclesiais de Base (CEB), mantinha algum trabalho junto à população local. Os salários eram baixos e os prestadores de serviço agiam movidos pelo idealismo e pela força de vontade.

Na segunda fase, com recursos financeiros oriundos, primeiro do Fundo de Ação Social do governo Federal e, depois, das AIS e SUDS, além dos recursos municipais, consolidaram-se as experiências anteriores de voluntarismo através da ampliação das unidades e reformulação do modelo com o avanço do processo de municipalização dos serviços de saúde. Embora tivesse ocorrido investimentos no espaço físico dos Postos de Saúde e avanço significativo na reforma administrativa que acompanhou o processo de municipalização, esta fase ficou caracterizada principalmente pela incorporação da assistência médica dentro do princípio do pronto atendimento.

A terceira fase encontrou o sistema de saúde aviltado pelo total domínio do pronto atendimento, pelo achatamento salarial e pela desorganização do serviço, o que incluía o não cumprimento de horários pelos médicos e a ausência de avaliação de desempenho e treinamento. A administração municipal pretendeu concentrar os seus esforços

principalmente na mudança do modelo de atenção, do modelo gerencial, e da política de recursos humanos. Os resultados alcançados por esta proposta foram apenas parciais, uma vez que a sua implementação não teve continuidade após os dois primeiros anos da administração PT.

3.1. A primeira fase da organização dos serviços de saúde de campinas - 1977 - 1983

A partir de 1977, a organização dos serviços de saúde em Campinas principia um processo de reforma profunda tendo em vista a constatação de três fatores: a desorganização administrativa do setor saúde que causava grandes desperdícios de recursos escassos; a incapacidade do modelo de saúde centrado no hospital para se manter diante da crise econômica e, finalmente, a inadequação do modelo de saúde com relação às necessidades da grande maioria da população.

A fundação da Faculdade de Medicina da Unicamp em fins da década de 60 contribuiu decisivamente para gerar experiências alternativas para o sistema de saúde do município. Em 1974, um convênio entre a Faculdade de Medicina e a Fundação Kellogs estabeleceu um programa de serviço médico comunitário que colocava o aluno de medicina fora dos espaços universitários hospitalares e em contato com serviços ao nível primário de atenção médica. Esta experiência concentrou-se no município vizinho de Paulínia, onde se formou inicialmente um Centro de Saúde Escola. A implementação de tal proposta foi uma manifestação pioneira de integração docente-assistencial com os serviços públicos de atenção primária, tendo sido fundamental para a formação da rede básica de saúde de Campinas⁷.

O Programa de Medicina comunitária (PMC), iniciado em 1977 no governo Francisco Amaral, pode ser tomado como um exemplo do pioneirismo de Campinas, tendo em vista encontrar uma alternativa que pudesse promover uma efetiva reforma na área de saúde. Tendo como plataforma política a expansão da assistência médico-sanitária a populações marginalizadas, este Programa pretendia também adotar um novo modelo de

⁷ A Faculdade de Medicina controla, atualmente, todo o sistema de saúde deste município, o que inclui a Vigilância Epidemiológica e Sanitária, o ambulatório de meio ambiente, o ambulatório de saúde do trabalhador, o controle da infecção hospitalar, a avaliação de desempenho de toda a rede, e o gerenciamento do hospital, do pronto socorro e de 4 centros de saúde. O intercâmbio que o departamento de medicina preventiva tem hoje com o sistema de saúde no que diz respeito à formação de gerentes, gestores, supervisores, planejadores e assessores para as secretarias e para o ministério da saúde é grande. Com isso, o campo de atuação do médico preventivista foi muito ampliado, assim como o conceito de saúde e de doença que tende a abranger aspectos que extrapolam a mera biologia individual.

custo/benefício através do melhor aproveitamento dos recursos e a utilização de novos métodos e técnicas da Medicina Comunitária. Seu objetivo era instalar uma ampla "porta de entrada" que permitisse um atendimento integral, satisfazendo, via integração institucional hierarquizada, necessidades simples e complexas de saúde.

O secretário da saúde deste período foi Sebastião de Moraes, um gastro cirurgião de idéias progressistas ligado à igreja Católica, que contava com o apoio do departamento de medicina preventiva da UNICAMP. Numa perspectiva humanista, ele advogava a idéia de que a expansão dos serviços de saúde deveria estar colada à participação social. O caminho era a construção de postos simples, de baixo custo.

Este plano considerava ainda que o passo inicial indispensável para se promover um sistema médico democrático e regionalizado seria a implantação e consolidação pela Prefeitura de uma rede básica de Atenção Primária à Saúde. Inicialmente, o projeto pretendia apenas ser uma experiência sem chegar a se propor como alternativa ao sistema então hegemônico. O seu custo total em 1977, que pretendia cobrir uma área de 24.100 habitantes (cerca de 4% da população do Município), significava menos de 2% dos recursos da Secretaria da Saúde despendidos naquele ano ⁸.

Este Programa teve prosseguimento com o lançamento, em dezembro de 1978, de um plano que permitiu caracterizar a política de saúde do município através da democratização da atenção médica, da extensão da cobertura, da hierarquização dos níveis de atenção, da medicina integral e da participação comunitária. Pretendia-se um meio termo entre a sofisticação tecnológica encontrada no hospital e a simplificação médica como ocorria até então em alguns postos de saúde para a população marginal. Os programas de saúde previam uma medicina integral dirigida tanto à população quanto ao meio ambiente de acordo com as necessidades locais.

Esta medicina deveria ser protagonizada por uma equipe de saúde constituída principalmente por médicos, enfermeiros, dentistas e auxiliares de saúde. A estes últimos caberiam responsabilidades muito maiores do que as que exerciam tradicionalmente. Eles deveriam ser recrutados no próprio meio social em que iriam atuar para que pudessem servir de elo entre a comunidade e a equipe de saúde. Após terem sido treinados, eles deveriam transmitir à comunidade uma mensagem educativa no sentido de antagonizar os perigos da excessiva medicalização promovida pela sociedade de consumo. Eles deveriam

ensinar que grande parte dos problemas de saúde não necessitam obrigatoriamente da intervenção médica; que a cura pode ser promovida através de medidas simples sem recurso a medicamentos; que estes, quando ingeridos desnecessariamente, causam danos à saúde. Neste esquema, a consulta médica deveria incluir o atendimento em grupo, como um meio de promover uma ruptura com a forma tradicional e autoritária de atendimento médico.

Uma parte importante deste projeto deveria ser de responsabilidade da própria população de usuários que seria envolvida pela equipe de saúde no sentido de sentir-se responsável pelo sucesso do mesmo. Para a execução destas idéias, o poder público municipal iniciou a construção de uma rede de postos de saúde localizados na periferia urbana.

Durante o ano de 1977, foram instaladas 2 unidades de saúde pela Prefeitura. A partir de então, novas unidades foram criadas, sendo que, ao final de 1979, a rede contava com 22 e, em inícios de 1981, 36 Postos de Saúde no município. Um fator importante que favoreceu a implementação do projeto foi o espírito de corporação dos profissionais de saúde de nível superior. Eles eram em sua grande maioria recém-formados da UNICAMP, com experiência em medicina comunitária, que optaram pelo empreendimento de uma proposta alternativa de saúde num momento em que havia pleno emprego na área, ou seja, outras opções profissionais ⁹.

Campinas foi considerada, pelo INPS, pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual de Saúde, uma área experimental para a implantação do Sistema Nacional de Saúde. Estas instituições mostraram interesse no estabelecimento de vínculos inter-institucionais envolvendo a Prefeitura Municipal e as Universidades (UNICAMP e PUCCAMP) e, com este objetivo, houve uma comissão que tentou promover convênios. Calzado Jr. explica que a súbita interrupção dos trabalhos desta comissão deveu-se às pressões de ordem política vinculadas a interesses do setor privado em saúde ¹⁰. Alguns convênios setoriais como, por exemplo, o firmado com a Secretaria Estadual de Saúde e com a UNICAMP foram, no entanto, realizados.

⁸ Feliciello, D. "Atenção Primária e Política de Saúde". In Possas, C.A. (Org.) Campinas, uma Experiência em Saúde. Relatório Final do Convênio Puccamp/Finep, Campinas, 1987.

⁹ Leite, M.C.G. "O Profissional Médico no Programa de Atenção Primária à Saúde de Campinas. In Possas, C.A. (Org.) Campinas, uma Experiência em Saúde. Relatório Final do Convênio Puccamp/Finep, Campinas, 1987.

¹⁰ Calzado Jr. H.A. "Secretaria Municipal de Saúde nos anos 1977-1984. In Possas, C.A. (Org.) Campinas, uma Experiência em Saúde. Relatório Final do Convênio Puccamp/Finep, Campinas, 1987.

A resistência do setor privado a tal proposta, no entanto, não conseguiu evitar a expansão acelerada da rede de serviços básicos de saúde. Já em 1981, ela cobria cerca de 20% da população total do município, superando a cobertura realizada pelas empresas médicas de grupo, estimada em cerca de 18% da população do município ¹¹.

Nesta altura, vários setores da sociedade reconheciam a importância e a legitimidade do modelo alternativo de assistência à saúde. Embora nada indicasse que tivesse havido alterações significativas na prática médica em relação à medicina tradicional, estes números confirmam o sucesso do Plano Municipal de Saúde, principalmente no que diz respeito aos baixos custos e extensão da cobertura, o que permitirá a sua institucionalização e reconhecimento oficial pela previdência social.

Vista com olhar crítico, a implantação da rede municipal de serviços de saúde mostrou também muita improvisação e pouco foi inovado quanto à prática tradicional de atendimento médico baseada na consulta clínica individual a partir da procura pela população de usuários. Este tipo de medicina recebeu uma atenção muito maior do que os aspectos mais amplos da saúde pública contidos na proposta de medicina comunitária.

O sucesso inicial do projeto foi apenas relativo, uma vez que, além de deixar de lado as propostas menos tradicionais da medicina comunitária, a política de contratação de pessoal para os Postos de Saúde se fez por meio de critérios clientelísticos em contradição com o programa a ser desenvolvido. Além disso, o aumento da cobertura ocorreu sem preocupação com a preservação da qualidade de serviços expressos no plano. Enquanto crescia a rede de Postos de Saúde, a dotação orçamentária para a Secretaria Municipal de Saúde permanecia, nos anos de 79 e 80 em torno de 5,5% do orçamento geral da Prefeitura. Este estrangimento financeiro trazia sérias conseqüências para a eficiência e resolutibilidade da rede de Postos, uma vez que a disponibilidade de recursos humanos e materiais era mantida em seus limites mínimos. Somente a alta produtividade da equipe de trabalho motivada por um ideal pode explicar a expansão da rede neste período ¹².

Com isso, a insatisfação dos profissionais com a qualidade da prática médica então em vigor nos Postos de Saúde era constante. A Comissão de Representantes de Postos manifestava-se freqüentemente contra essa expansão, argumentando que ela levava tanto à dispersão de recursos existentes como à baixa qualidade dos serviços prestados. A

¹¹ Feliciello, D. Op. Cit., 1987.

¹² Feliciello, D. Op. Cit., 1987

Secretaria de Saúde contra-argumentava com a alegação de que a expansão da rede significava uma efetiva ocupação do espaço político-institucional no município e no interior da própria administração municipal ¹³.

Após a saída do secretário Sebastião de Moraes em 1981, no entanto, o projeto, principalmente no que se refere ao seu caráter alternativo comunitário, sofreu sérios reveses. Além de uma dotação orçamentária insuficiente, promoveu-se a desativação da Assessoria Técnica a partir do trabalho das Comissões que garantia uma certa organicidade ao conjunto dos Postos de saúde. Para se entender os motivos que passaram a desarticular a implantação de uma rede de serviços de saúde alternativa em Campinas a partir de 1981, é necessário, em primeiro lugar, lembrar que a proposta contida na medicina comunitária tinha sido reinterpretada pelos partidos políticos de esquerda no sentido de colocar a necessidade de luta pela conquista da saúde por parte das classes populares. Este viés político do programa promoveu resistência na administração municipal em continuar financiando a expansão da rede de serviços de saúde e, dentro dela, as propostas menos convencionais de prática médica.

Neste particular, a proposta alternativa de saúde passou a significar uma ameaça ao "status quo", sendo que, por este motivo, os profissionais da Secretaria da Saúde foram institucionalmente marginalizados. O caráter pontual e desarticulado da atuação didática/política junto à comunidade por parte da equipe de saúde no sentido de promover pressão popular por um melhor sistema de saúde pouco significou para reverter a situação ¹⁴.

Em muitos aspectos, o município de Campinas foi pioneiro na implantação de um novo sistema de saúde. Ele não só respondeu prontamente aos novos estímulos no sentido de prover um novo modelo de atenção à saúde provenientes do Estado e do Governo Federal como, em alguns aspectos, antecipou-se àquelas esferas. A existência de um governo de oposição disposto a investir num programa alternativo de saúde, além de recursos humanos preparados para executá-los foram fatores fundamentais para esta ocorrência.

A partir de 1982, o perfil do atendimento médico já se modificava no sentido de aumentar consideravelmente a participação da rede pública na oferta de serviços médicos, como mostra a tabela abaixo.

¹³ Calzado Jr. H.A. Op. Cit, 1987; Leite, M.C.G. Op. Cit., 1987

¹⁴ Leite, M.C.G. Op. Cit, 1987.

TABELA III

MÉDIA MENSAL DE CONSULTA POR SERVIÇO-1982

Serviços de saúde	Percentual
Inamps	20,90
Contratados-Hosp	23,90
Contratados-Cons	3,00
Conveniados-Hosp	0,40
Conveniados-Ambul	9,40
UNIMED	14,70
PUCCAMP	6,20
UNICAMP	7,10
Rede Básica	19,60

Fonte: Saravalle, L. Contribuição para o Planejamento e Organização dos Serviços de Saúde em Campinas. Tese de Doutorado, FCM-USP, 1985

No que diz respeito aos gastos, no entanto, a participação da rede pública de serviços de saúde continuava a ser muito pequena. O padrão de financiamento do setor privado com recursos públicos permanece inalterado. A tabela abaixo mostra que os recursos financeiros gastos pelo INAMPS continuam indo para os chamados serviços contratados que são fundamentalmente privados e lucrativos. Além disso, no repasse que se faz para o setor público, tem peso o gasto com serviços de tecnologia mais complexa como os hospitais universitários. A lógica de mercado continua, embora com a participação mais efetiva do setor público.

TABELA IV

GASTOS PROPORCIONAIS DO INAMPS COM ASSISTÊNCIA MÉDICA

CAMPINAS, 1984

Modalidade de Serviço	Percentual
Próprios	1,25
AIS - Governamental	0,43
Universidades	15,35
Sindicatos	0,72
Empresas	3,23

Contratados	77,77
Credenciados	1,25

Fonte: Saravalle, L. Contribuição para o Planejamento e Organização dos Serviços de Saúde em Campinas. Tese de Doutorado, FCM-USP, 1985.

3.2. A fase intermediária: A integração institucional - 1983 - 1988

A administração municipal que se inicia em 1983 encontrou a rede em situação precária devido à carência de recursos, condição esta que perdurou até que o projeto Pró-Assistência (promovido pelo governo Estadual) e as AIS (promovido pelo governo Federal) permitiram um maior afluxo de recursos financeiros. Se é verdade que estes convênios iniciaram o processo de conversão da rede básica num sistema de saúde descentralizado, hierarquizado e regionalizado, isso se fez às custas do sentido original da primeira fase, posicionando o projeto mais próximo das formas tradicionais da medicina e mais longe dos aspectos revolucionários da medicina comunitária e social.

A resposta ao Pró-Assistência e ao Plano CONASP em Campinas foi imediata, com a constituição do Colegiado inter-institucional e a Secretaria Executiva do Pró-Assistência formados por representantes da UNICAMP, da PUCCAMP, das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde e da Agência Local do INAMPS. A Secretaria Executiva do Pró-Assistência foi constituída como órgão assessor do Colegiado, elaborando projetos, estudando e executando as suas deliberações. O Colegiado promoveu efetivamente estudos e análises da estrutura existente de prestação de serviços públicos e objetivos e princípios gerais do projeto.

O setor privado, embora apoiasse a tese da integração de esforços na assistência médica, posicionou-se sistematicamente contra o projeto. Este setor não se conformava com a realização de um sistema de saúde em que, embora a sua participação fosse de longe a mais importante, detivesse pouco poder de influência ¹⁵.

A efetiva integração inter-institucional do setor público em saúde em Campinas só veio a ocorrer em 7 de outubro de 1983, quando ficou reconhecido oficialmente o Pró-Assistência I com a participação da UNICAMP, PUCCAMP, Secretarias Municipal e Estadual de Saúde,

Ministério da Previdência e Assistência Social (Agência Regional do INAMPS) e Ministério da Saúde (Delegacia Federal de Saúde). No entanto, somente em dezembro de 1984, a assinatura do convênio com o Ministério da Previdência e Assistência Social permitiu maior regularidade de repasses financeiros e o início mais efetivo das Ações Integradas de Saúde (AIS).

O Pró-assistência I pretendia um melhor ordenamento dos serviços de saúde pública de Campinas, visando melhorar a qualidade de atendimento dos 36 postos de saúde municipais e dos 8 estaduais, integrando-os com os serviços especializados, os hospitais responsáveis pelo atendimento secundário e terciário. O objetivo maior era reverter um quadro desorganizado em que a população procurava diretamente o hospital e as especialidades médicas sem que houvesse qualquer controle do atendimento.

Para se ter uma idéia do descontrole que havia no atendimento médico neste período, basta lembrar que, de acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde, 50% das consultas médicas eram feitas em regime de emergência. Nos hospitais privados, este índice subia para 80%. Pelos parâmetros da Organização Mundial da Saúde, as consultas de emergência não deveriam superar 15%, ficando 65% para o atendimento primário e 20% para o atendimento especializado.

A questão da integração inter-institucional processou-se gradualmente no interior de vários interesses conflitantes. De um lado, assistiam preocupadamente o crescimento do setor público os que se identificavam com os interesses dominantes da medicina previdenciária e do setor privado, instituições como a Sociedade de Medicina e Cirurgia, a Associação dos Hospitais do Estado de São Paulo - Regional Campinas e o próprio INAMPS. De outro lado, voltados para a Saúde Pública, convergiam as agências locais da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, a UNICAMP, a PUCCAMP e a Secretaria Municipal de Saúde.

Foram aspectos importantes que caracterizaram este período, além da integração inter-institucional, o programa de saúde do trabalhador implantado em 1986 e a reforma administrativa de 1985, oficializada em 1988.

O Programa de saúde do trabalhador assenta-se numa idéia que procura intervir em cuidados aos pacientes que extrapolam a mera medicalização. Se ocorre, por exemplo um

¹⁵ Calzado Jr. H.A., Op., Cit., 1987.

acidente de trabalho, este programa procura orientar o paciente para que se proteja juridicamente.

Quanto à reforma administrativa, criaram-se mecanismos formais importantes de atuação da Secretaria Municipal da Saúde, tais como o Conselho Técnico Administrativo; a Assessoria Técnica; as Comissões de Programação, Supervisão e Treinamento; as Divisões de Saúde Pública, de Saúde Bucal e de Saneamento; os Serviços Médico e Odontológico Comunitário, de Enfermagem, de Fiscalização de Alimentação Pública e Sanitária e de Saúde Mental.

A gestão deste período foi também marcada por várias dificuldades e conflitos com a ponta do serviço. No início, antes dos convênios AIS e SUDS, as verbas eram insuficientes e, com isso, o sistema permanecia inacabado por falta de recursos. Após a abertura dos convênios, que permitiu o afluxo de verbas do Inamps para o sistema, a integração institucional não se fez sem várias dificuldades, principalmente de ordem gerencial. Além do município não ter experiência administrativa e gerencial que permitisse incorporar aos seus próprios serviços aqueles do Inamps e do Estado, ele herdou com estas instituições, vários outros problemas. Entre estes, destaca-se a questão da administração dos recursos humanos provenientes de 3 esferas do governo, com diferentes experiências administrativas e recebendo salários diferenciados para a mesma função. Não havia um plano de carreira e salários.

Entre a administração central da Secretaria da Saúde e a ponta do serviço havia um hiato de difícil transposição, uma vez que a velocidade das modificações no sistema de saúde, exigindo uma intensa comunicação com as instâncias estaduais e federais foi muito grande, ao mesmo tempo que inexistiam mecanismos institucionais que permitissem uma comunicação orgânica do centro com a ponta do serviço. Desse modo, cresceu a insatisfação da base, ou seja, daqueles médicos política e ideologicamente mais comprometidos com a proposta da formação com a rede básica dos serviços de saúde, com o centro do sistema ¹⁶.

A base tecnológica do modelo assistencial que passou a vigorar a partir do convênio AIS-SUDS é o da Assistência Médica que tem no pronto atendimento a ação de saúde fundamental a partir da qual sobram os casos a serem enfrentados por uma ação médica

¹⁶ Queiroz, M.S., Campos, G.W. & Merhy, E.E., "Rede Básica de Serviços de Saúde: médicos e suas representações sobre o serviço". In Rev. Saúde Públ. 26(1): 34-40, São Paulo, 1992.

mais instrumentalizada tecnologicamente. Na base deste modelo assistencial, manifesta-se uma medicina tipo queixa conduta, sendo que a maior parte dos recursos concentra-se no hospital.

Quanto à demanda, desde o início da implantação da rede básica, 90% dela refere-se à uma população coberta pela previdência, sendo que apenas 10% não contava com este benefício. Do atendimento total prestado pelo serviço, a metade correspondia a atendimento a crianças e a outra metade a adultos. Não havia competência da rede para emissão de atestados de saúde que levassem a afastamento no trabalho, limitando com isso a demanda de trabalhadores empregados¹⁷.

3.3. A terceira fase: administração e gerenciamento em saúde

Esta terceira fase, em que a grande questão refere-se à administração e gerenciamento de um sistema municipalizado de saúde, caracteriza-se por 3 momentos distintos: os dois primeiros anos da administração PT, os dois últimos caracterizados pela crise entre o prefeito e o partido e o primeiro da administração do PSDB.

As eleições municipais de 1988 trouxeram um novo alento para a área da saúde que passou a contar com até 16,5% do orçamento municipal, um registro nunca antes atingido por qualquer outro município brasileiro. Antes disso, a área da saúde contava com algo em torno de 2 a 5%. O montante de recursos obtidos permitiu, além de equipar os Postos de Saúde com instrumentos terapêuticos antes só disponíveis em hospital, um aumento significativo nos quadros e nos salários de recursos humanos, composto principalmente de médicos. A iniciativa partia do pressuposto de que não seria possível realizar uma reforma sanitária sem a participação comprometida dos médicos, enfermeiros e pessoal da área da saúde em geral.

No começo da gestão PT, a Secretaria da saúde contava com um total de 400 funcionários. Dois anos após, este número subiu para 2.000, aumento este correspondente à contratação principalmente de médicos e pessoal de nível universitário.

Grandes ambulatorios, com uma média de 600 m² de construção e serviços oferecidos com a incorporação de trabalho e tecnologia bem mais sofisticados passaram a constituir o

padrão da rede básica. Sob o ponto de vista da assistência médica, promoveu-se a implantação de quatro grandes áreas na rede: pediatria, gineco-obstetrícia, clínica e cirurgias em geral, além de áreas mais específicas de administração e planejamento, de odontologia e de saúde mental. As unidades de saúde foram divididas em 3 grandes regiões que, por sua vez, foram subdivididas em micro-regiões, cada uma das quais passou a contar com viaturas para realizar vigilâncias epidemiológica e sanitária. Biólogos, físicos, veterinários e engenheiros sanitaristas foram incorporados ao serviço.

Embora o esforço tivesse sido grande no sentido do desenvolvimento e integração entre vigilância/zoonose/ alimentação/sanitarismo, muito ainda ficou para ser feito, principalmente na área sanitária que ainda hoje carece de pessoal qualificado e tecnologia jurídica para a intervenção em empresas.

A idéia tradicional de centro de saúde restrito a ações de puericultura foi em muito ampliada de modo a incluir vários problemas que até então não eram sequer considerados médicos, como por exemplo a prevenção de acidentes domésticos, de trabalho ou de trânsito ¹⁸.

A questão do gerenciamento foi, no entanto a questão central focalizado pela Secretaria nos 2 primeiros anos de administração PT. É característica do trabalho na área de saúde uma grande dificuldade de gerenciamento devido à tradição de autonomia e pelo saber que ele incorpora, o que permite a manipulação de mecanismos de controle externos produzidos pelo sistema de gerência tradicional. A partir da constatação deste fato, a Secretaria procurou desenvolver um modelo gerencial baseado no trabalho em equipe, na integração da clínica com a medicina coletiva e no processo de desospitalização a partir da incorporação pela rede de tecnologias adequadas para o diagnóstico e tratamento de grande parte das doenças.

A Secretaria considerava que, para ser bem sucedido, o sistema de saúde necessitaria de uma comunhão cultural e ideológica de pelo menos 50% dos profissionais da saúde. O constrangimento administrativo e gerencial e a avaliação de desempenho encarregar-se-iam de cooptar os demais 50%. Para que estes instrumentos gerenciais se tornassem efetivos, foi necessário promover uma melhora substancial do salário, superando os da

¹⁷ Leite, M.C.G., Op. Cit., 1987.

¹⁸ Com relação aos acidentes de trânsito, é importante lembrar que o município apresenta um índice que é o maior do mundo para esta faixa etária.

UNICAMP e, em muito, os das áreas Estadual e Federal que também passaram a receber complementação salarial da Prefeitura.

Os investimentos em prédios, instalações e equipamentos de Postos de Saúde receberam em curto espaço de tempo vários instrumentos, tais como aparelho de ultrassom e raio X. Dentro do princípio de desospitalização, o Posto de Saúde passou também a equipar-se com condições de realizar pequenas cirurgias evitando, assim, o uso do pronto-socorro.

Promoveu-se uma política de descentralização gerencial que estimulou cada unidade de saúde a procurar inventar suas próprias tecnologias e processos de trabalho. Algumas unidades passaram a incorporar a homeopatia, outras, trabalho de grupo, outras ainda, educação e saúde. O Posto de Saúde do Jardim Aurélia, por exemplo, criou um programa de hipertensos bastante diversificado, com estímulo ao paciente para entrar em contato com a natureza.

Procurou-se também desenvolver uma política de padronização na prescrição de medicamentos através de negociação com os médicos no sentido de compatibilizar saber com racionalidade econômica e administrativa.

A organização dos serviços de cada Posto de Saúde procurou promover uma ruptura com o "ethos" degradante do Pronto Atendimento na medida em que estimulou um tipo de assistência horizontal, que pressupõe uma equipe de profissionais dirigida a uma única área de atendimento. Neste novo tipo de organização, o programa de saúde da criança, por exemplo, formava uma equipe de pediatras, dentistas, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e educadores em saúde que se reuniam para fazer o programa. De 3 em 3 meses havia uma avaliação de desempenho pelo coordenador regional, o que influenciava na gratificação e na promoção de cada um dos profissionais envolvidos.

O agendamento da consulta médica em cada um dos Postos de Saúde trouxe uma maior consideração ao usuário. Antes, estes deveriam chegar cedo de manhã e esperar a sua vez. Todas as unidades de saúde passaram a ter dois esquemas de atendimento: um para as intercorrências, onde ao problema avaliado é dada uma solução imediata; e outro envolvendo consulta agendada. Passou a ser considerada falta grave a omissão de compromisso por parte dos médicos.

Este tipo de organização foi também implantado no hospital Mário Gatti e no hospital psiquiátrico Cândido Ferreira, em oposição à estrutura corporativa do hospital vertical.

Nestes hospitais, (que, pela primeira vez, passaram a sofrer um controle mais direto da prefeitura), foram implantados grupos de trabalho com uma função determinada, cada uma com seu coordenador que pode ou não ser médico. No Cândido Ferreira, a diretora e metade dos coordenadores não são médicos, o que significa uma inovação diante do notório domínio da profissão médica em relação à equipe de saúde.

Nestes hospitais, além desta reformulação, criou-se um compromisso da equipe para com o produto do trabalho. Na área de internação, por exemplo, normalizou-se uma média de permanência de internamentos de acordo com padrões internacionais. Para se ter uma idéia do problema, no Hospital das Clínicas da Unicamp, a média geral de permanência do paciente é de 28 dias, um verdadeiro absurdo diante de um padrão internacional de 6 dias. Este tipo de problema foi trazido para a equipe de trabalho que, por sua vez, deveria procurar encontrar soluções.

O atendimento horizontal implantado nos hospitais controlados pela prefeitura trouxe soluções para o atendimento de baixa qualidade e para a desarticulação entre a área de internação, de um lado, e o centro cirúrgico e o laboratório, de outro. Medidas simples e elementares de gerenciamento produziram uma queda drástica na média de internação no Hospital Mário Gatti de 21 para 7 dias, possibilitando um número de internações 3 vezes maior. O resultado mais imediato dessa nova política gerencial foi, além de uma significativa diminuição de custos por paciente, uma queda brusca no índice de infecção hospitalar que antes era de 50%, o que significa a ocorrência de infecção em metade das cirurgias, fato este que não surpreende diante do número de dias que o paciente permanecia internado.

Todas estas conquistas foram no entanto insuficientes para promover o que os técnicos da Secretaria de Saúde deste período denominaram de revolução gerencial. Embora tivessem trazido experiências valiosas, principalmente nas unidades básicas de saúde, esta primeira tentativa de promover bases gerenciais sólidas para o sistema falhou no sentido de incorporar um sistema de gerenciamento institucionalizado que desse continuidade às experiências realizadas. Bastou a crise política do desligamento do prefeito municipal do PT e a renúncia do secretário da saúde para que quase todas as conquistas fossem perdidas e os salários rebaixados a um nível deprimente.

Quando se propõe a organização dos serviços de saúde em rede, constituindo-se sistemas locais hierarquizados e regionalizados, além do desenvolvimento de tecnologias para a

gerência de unidades produtoras (unidades básicas de saúde, hospitais, ambulatórios especializados, etc.), existe a exigência de uma gestão tecnológica para inter-relacionar esses serviços (sistema de referência e contra-referência), territorializá-los, e criar indicadores de desempenho, custo, benefício e oportunidades de incorporação de equipamentos. No caso de Campinas, apesar do avanço do processo de municipalização dos serviços de saúde, a insuficiência de uma tecno-estrutura capaz de desenvolver institucionalmente essa tecnologia é imediatamente sentida. Se, no serviço de atendimento direto, aspectos importantes do problema foi pelo menos focalizado através das várias experiências na ponta do serviço, nas chamadas ações coletivas de saúde, o problema não foi sequer dimensionado. Os sistemas de Vigilância Epidemiológica e Sanitária constituem áreas fundamentais no sistema de saúde e, nelas, a questão tecnológica de gerência permanece num grau incipiente de desenvolvimento.

Após o desastre administrativo na área da saúde dos dois últimos anos deste período, caracterizado pelo conflito entre o prefeito e seu partido político, em que as conquistas na área da saúde evaporaram-se como num sonho, a atual administração do PSDB retoma a experiência dos dois primeiros anos da administração anterior no sentido de dotá-la de maior estabilidade institucional. Entre os principais trunfos obtidos nesta primeira fase do governo PSDB destacam-se o plano de carreira dos servidores da área da saúde, o andamento do convênio que estabeleceu a Central de Vagas e a total municipalização da Vigilância Sanitária. O Plano de Carreiras permite, além de recuperar em parte o poder aquisitivo, regras mais estáveis de admissão e promoção dos servidores. O Convênio com o governo Estadual que institui a Central de Vagas prevê um pagamento suplementar à tabela do SUS para os leitos hospitalares em hospitais conveniados. A implantação desta política tem permitido uma melhora considerável na oferta de leitos, reduzindo o déficit crônico que havia neste sentido. A municipalização da Vigilância Sanitária, ocorreu em 1993, sendo prematuro qualquer opinião sobre os progressos que possam ser obtidos nesta área.

4. A INTEGRAÇÃO DA CLÍNICA COM A SAÚDE PÚBLICA NA REDE BÁSICA

A expansão da rede básica promoveu uma efetiva transferência do modelo do pronto atendimento hospitalar para os Postos de Saúde. Atualmente, cerca de 60% de todos os

atendimentos clínicos ambulatoriais do município de Campinas são realizados na rede básica. A rede pública municipal produziu em 1991 cerca de 70 mil consultas por ano. Para se apreender o grande salto da rede básica no atendimento individual à saúde, basta lembrar que, em 1988, o número de consultas foi de cerca de 12 mil. Esta incorporação do atendimento individual, no entanto, subordinou as práticas tradicionais de saúde pública, de promoção e prevenção.

O usuário dos serviços públicos de saúde, em geral, tem uma reivindicação de atendimento imediato e individual, sendo que o pronto atendimento assegura até um certo ponto estas expectativas. Para a prefeitura, este procedimento também é interessante por envolver alta produtividade a um custo relativamente baixo, ou seja, muitos recebem atendimento com apenas um médico, um atendente de enfermagem e baixa incorporação tecnológica. As ações coletivas, por outro lado, são caras porque exigem estruturas permanentes. O maior problema destas últimas, no entanto, é que, em geral, elas criticam o desenvolvimento econômico, a urbanização, a política de saneamento básico e a política industrial. Trata-se, portanto, de uma área que traz muito conflito sobre a questão do modelo econômico, sobre os determinantes do processo de saúde-doença.

Ao mesmo tempo que implementar o serviços de vigilância sanitária e epidemiológica pode significar o desencadeamento de um processo de crise com agentes e interesses econômicos, os resultados obtidos por este tipo de serviço não são imediatamente visíveis e nem facilmente percebidos. Em outras palavras, o desenvolvimento de ações coletivas de saúde, embora sejam indispensáveis para a melhora das condições de vida e de saúde, exigem um longo prazo para se tornarem visíveis. O pronto atendimento, por outro lado, embora dificilmente traga melhora nos índices de vida e de saúde, traz conforto individual e resultados políticos mais imediatos para os dirigentes municipais.

Há um consenso generalizado de que o pronto atendimento é uma degradação da clínica, por se tratar de um atendimento de baixa qualidade que, pela sua ineficácia, acaba onerando o serviço de saúde. A clínica pressupõe seguimento do paciente, orientações não necessariamente medicamentosas, avaliações de risco, aspectos que foram se perdendo pela comercialização e pela valorização da produtividade que caracterizam o pronto atendimento. Diante deste quadro, o grande desafio da medicina a ser inventada no processo de municipalização diz respeito à superação desta forma aviltada de prática

médica através da reconciliação entre uma clínica que dimensione o caráter individual e subjetivo da doença e o saber epidemiológico.

A Secretaria da Saúde procurou introduzir nos programas de saúde uma série de serviços de prevenção e educação em saúde, numa tentativa de integrar a clínica com a saúde pública. Os resultados obtidos até agora neste sentido foram parciais e heterogêneos conforme a região e a equipe de trabalho. O que ficou evidente, no entanto, foi a constatação de que a experiência de uma medicina que integre aspectos sociais e clínicos é viável com os recursos disponíveis. Nesse sentido, o projeto surpreendeu positivamente.

Há, no entanto, um limite muito bem definido para as experiências realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde, imposto pelo relacionamento com os níveis Estadual e Federal e pela forma de financiamento dos serviços de saúde. A Constituição imaginou que a interação e a atribuição de responsabilidades entre as áreas federal, estadual e municipal no trato de saúde coletiva fossem negociadas e regulamentadas a partir das variações regionais, mas tudo o que ocorre neste sentido é confuso e lento.

A confusão envolvendo as atribuições de cada uma das esferas governamentais foi pretexto para a omissão em muitas atividades de vigilância sanitária e epidemiológica. Em boa parte dos municípios, nem a secretaria estadual desenvolve ações de controle, nem a prefeitura, nem o ministério da saúde. No Estado de São Paulo, o ERSA seria teoricamente encarregado de promover o processo de regionalização das ações de saúde. O combate ao cólera, à dengue e muitas outras ações coletivas deste tipo só podem ser realmente eficazes se realizadas num plano regional. Como o ERSA está inoperante por falta de recursos, somente um grande esforço por parte da administração municipal poderia atenuar este problema ao promover ela mesma o que os níveis estadual e federal estão deixando de fazer. Poucos municípios, no entanto, dispõem de recursos financeiros e vontade política para promover ações coletivas de saúde.

A Prefeitura pretendia no processo de municipalização uma parceria com os níveis Federal e Estadual e não uma simples transferência de equipamentos, recursos humanos e responsabilidades de investimento e participação na gerência da área de saúde. No entanto, o que ela presenciou neste processo foi um acúmulo de encargos e uma redução dos recursos tanto federais como estaduais. No que diz respeito ao Estado, houve uma política deliberada em diminuir consideravelmente a sua atuação na área, transferindo as suas responsabilidades para o nível municipal.

O laboratório de análises clínicas Adolfo Lutz, importante retaguarda clínica, epidemiológica e sanitária para a rede municipal de serviços de saúde é um caso em questão. Como a política para formação da rede previa ir além de uma mera suspeita diagnóstica, a municipalização deste laboratório foi considerada estratégica, principalmente a sua parte clínica que foi logo municipalizada juntamente com o laboratório do Pam do INAMPS.

Além do espaço físico, o Estado não contribuiu com mais nada, nem sequer funcionários, material de consumo e manutenção de equipamentos. O Pam do INAMPS repassou para a prefeitura 3 funcionários, dos 67 que realizam este tipo de atividade. Antes da municipalização, o Pam do INAMPS realizava uma média mensal de 2.000 análises clínicas enquanto o Adolfo Lutz realizava 5.000. Dois anos após a municipalização, foram realizadas uma média de 30.000 análises clínicas mensais. Em 1992, o material de consumo laboratorial começou a faltar e alguns exames tais como as reações com triglicerídios e as dosagens de hemoglobina glicosilada foram suspensos. Com a vida útil de alguns equipamentos esgotada, o laboratório contempla diminuir a sua produtividade que até agora deu conta da demanda, apesar desta ser reprimida em cerca de 50%.

A integração da medicina coletiva com a clínica produz inevitavelmente a necessidade de interação de uma equipe de trabalho, envolvendo vários profissionais. O trabalho em equipe tenta também adaptar o sistema médico a novos problemas decorrentes do modo de vida. Questões como a dos usuários de drogas ou a prevenção de acidentes de trânsito envolvem procedimentos e tecnologias que, muitas vezes, o posto de saúde não está preparado para lidar. Algumas unidades avançaram nisso, enquanto outras continuam tradicionais, autoritárias e reprimindo este tipo de demanda. Foram justamente as unidades que progrediram no trabalho em equipe as que conseguiram incorporar novos tipos de assistência.

O desenvolvimento de ações de vigilância sanitária é uma questão que se torna cada vez mais problemática, uma vez que a sua remuneração pelo ministério da saúde ainda não foi padronizada. Além disso, o laboratório do Estado para desenvolver ações deste tipo, cobrindo uma região com 83 municípios, apresenta uma demanda reprimida considerável. Esta demanda só não é maior porque a prefeitura reconhece desenvolver uma coleta de material muito aquém da necessidade justamente para não sobrecarregar ainda mais o laboratório.

De um modo geral, apesar de todos os experimentos no sentido de integrar a clínica com a medicina coletiva promovidos pela prefeitura de Campinas, os resultados práticos obtidos foram parciais e correm o risco de se perderem devido ao sistema de financiamento das ações de saúde, como veremos no tópico abaixo. Não obstante as experiências bem sucedidas ocorridas neste sentido, a integridade das ações de saúde ainda é um assunto que está longe de ter sido resolvido.

5. O FINANCIAMENTO DO SISTEMA MUNICIPALIZADO DE SAÚDE

O aprofundamento do processo de municipalização está atualmente em perigo, uma vez que os critérios adotados para o financiamento das ações de saúde são estreitos e limitados. Esse novo sistema priorizou e tornou automático o repasse por produção, mas 50% dos recursos seriam distribuídos por critérios populacionais e por programas que o município desenvolve, se, por exemplo, ele conta com hospital ou se ele é um município de referência de outros. Acontece que essa outra metade continua sendo distribuída por critérios políticopartidários, o que é considerado muito irregular e complicado, não permitindo o desenvolvimento de projetos de saúde. Com esta limitação e com a omissão da esfera estadual, a parte relativa à saúde pública fica cada vez mais dependente da esfera municipal.

O Pronto Atendimento é o grande beneficiado da política sobre a remuneração dos serviços prestados do ministério da saúde. Trata-se de uma política que promove a consulta individual em detrimento das ações coletivas, obrigando o produtor de serviços, seja público ou privado, a se adaptar ao sistema de faturamento. Embora os técnicos da Secretaria da Saúde considerem que não há como evitar o pronto atendimento, na medida em que os recursos são escassos e a população é doente e pobre, ele não deveria ser o eixo tecnológico do modelo assistencial. Ele teria de ser apenas um instrumento a mais dentro do modelo.

Com relação aos recursos de custeio gastos em saúde no município, pelas diferentes esferas de governo, em março de 1993, 49,5% provém do SUS (via Inamps), 49% originam-se de recursos orçamentários da Prefeitura e 1,5% do governo Estadual. O financiamento das ações de saúde tem se mostrado uma questão problemática, uma vez

que as fontes de financiamento da Seguridade Social, que englobam a previdência, a assistência social e a saúde, têm gerado recursos decrescentes, assim como a parte destinada à saúde, em função da conjuntura recessiva. Como enfatiza a Secretaria da Saúde, o bolo orçamentário do qual se origina o recurso federal para a saúde é mal dimensionado, vem sofrendo retração e é alvo de desvios importantes. Do mesmo modo, a parcela destinada à saúde não vem sendo cumprida e também tem sido desviada. Desse modo, a parcela advinda do SUS tem se mostrado decrescente ¹⁹.

Quanto aos recursos pagos diretamente pelo SUS (via Inamps) aos prestadores, 41% correspondem aos serviços prestados pelas Universidades e Hospital Mário Gatti à população local, 40% àqueles oferecidos pela Prefeitura e 19% àqueles do setor privado. Desse modo, o Fundo Municipal de Saúde, fiscalizado pelo Conselho Municipal de Saúde, controla apenas 19% do total de recursos gastos em saúde no município, correspondendo à parcela SUS recebida pela prefeitura enquanto prestadora de serviços ²⁰.

O montante de recursos aplicados em saúde pelo município em 1992 correspondeu a 10,37% da previsão orçamentária. Este índice foi menor que nos anos anteriores 1989/1991, quando se chegou a gastar entre 14 e 16%.

A súbita diminuição de recursos destinados à saúde pelo orçamento municipal provocou um rompimento com partes essenciais do Programa da Secretaria, principalmente no que diz respeito à política de valorizar os recursos humanos. Os salários foram violentamente comprimidos. O salário de um médico ou de um enfermeiro na Prefeitura era o dobro do da Unicamp em 1990. Em 1992, ele corresponde à metade do da Unicamp, sendo que, neste período, não houve perda salarial significativa na Universidade. Com isso, a rotatividade aumentou muito, com perdas significativas no nível de produtividade de muitos serviços. Só em maio de 1993, a situação começou a melhorar com a implantação do plano de carreira, uma antiga reivindicação dos funcionários e dos médicos.

A política de custeio do sistema por fatura, que o governo federal vem praticando, trata tudo dentro da lógica de mercado, considerando os municípios como produtores que competem entre si por recursos escassos. Com o aviltamento dos valores repassados às ações médicas, o setor privado passa, paulatinamente, a se desligar do SUS. Atualmente, em Campinas, apenas 3 hospitais permanecem no sistema, além dos hospitais públicos e

¹⁹ Saúde no município de Campinas. Subsídios para o Plano Plurianual (1994 - 1997). Relatório Interno. Secretaria Municipal de Saúde, Campinas, 1993.

universitários. Os que saíram, usaram duas estratégias: uma é fechar alas, deixando o mínimo de funcionários para a clientela particular; outra diz respeito ao desenvolvimento de planos de saúde, que no município chega a significar cerca de 30% de todos os atendimentos médicos. Desde fins da década de 70, o negócio hospitalar deixou de ser lucrativo e praticamente nenhum hospital privado, exceto o "Samaritano" foi aberto em Campinas desde então.

6. A INTEGRAÇÃO REDE BÁSICA-HOSPITAL

A articulação entre os componentes do sistema de saúde através de um sistema de referência é um grande desafio com que se depara a municipalização dos serviços de saúde. As tentativas de articulação entre a prefeitura e os hospitais universitários e privados mostram um sucesso parcial e insuficiente. A tradição liberal da medicina e de autonomia do trabalho médico formam uma verdadeira cultura do individualismo que se opõe tanto ao trabalho em equipe como à articulação e organização entre os diversos componentes institucionais que formam o sistema de saúde.

Com relação ao Hospital das Clínicas da Unicamp (HC), muito mais é cobrado neste sentido. Não deixa de ser um paradoxo o fato de um hospital universitário público emergir como um dos maiores geradores do pensamento privatista, aprisionando a escola médica neste contexto. O HC tem se mostrado incapaz de realizar uma articulação inter-institucional, interdisciplinar e mesmo entre os departamentos da Faculdade, no sentido da racionalização dos serviços e da formação de um quadro orgânico na administração.

A tentativa de relacionamento da Secretaria de Saúde com o departamento de endocrinologia da Unicamp pode ser tomado como um exemplo em questão. O plano de incorporar no serviço da rede o atendimento a diabéticos e hipertensos levou a Prefeitura a solicitar a assessoria deste departamento que, no entanto, se mostrou pouco colaborativo. Para o departamento, o diabético seria muito melhor diagnosticado e acompanhado no hospital, num ambulatório especializado, não obstante as inúmeras referências internacionais que preconizam a não internação na grande maioria destes casos. A

²⁰ Saúde no município de Campinas. Subsídios para o Plano Plurianual (1994 - 1997). Relatório Interno. Secretaria Municipal de Saúde, Campinas, 1993.

assistência técnica proveniente da Unicamp foi muito reduzida, apenas 2 professores que ministraram algum tipo de treinamento para o pessoal da rede.

Tanto os técnicos da Secretaria da Saúde como o departamento de medicina preventiva da Unicamp desenvolve uma visão do hospital que, em vários aspectos, é crítica em relação ao "status quo". Considera-se, neste sentido, que o desenvolvimento do HC ocorre em desacordo com qualquer planejamento prévio, em dissonância com as necessidades de saúde da região e do país ou mesmo com as prioridades de pesquisa ou de ensino. Ele cresce de um modo dependente da competência de negociação de cada departamento e de suas equipes de professores com órgãos financiadores, como o Ministério da Saúde, com a reitoria, e outros órgãos institucionais. Não há uma razão epidemiológica, por exemplo, que explique o insucesso de se expandir a área de cardiologia, uma vez que o volume de problemas cardiológicos é muito grande em Campinas. Da mesma forma, apenas a iniciativa da equipe de trabalho pode explicar o sucesso na área de leucemia.

Informações colhidas na diretoria administrativa do HC informam que inexistem esquemas de avaliação de desempenho de departamentos e de professores. A direção não exerce essa função e nem tem essa proposta. Este fato explica a heterogeneidade entre as diferentes áreas e departamentos. Nesta avaliação, o que falta ao hospital é uma inteligência que o integre, internamente, para que cada área fique sabendo do avanço das outras e, externamente, para que se defina o papel do hospital diante de um quadro mais amplo de saúde, sistema de saúde e ensino médico. Apesar de todos estes problemas, a visão que a direção do hospital tem de si mesmo é positiva por se tratar de um hospital novo e a departamentalização não chegar a ser tão arraigada quanto em outros hospitais públicos. Apesar dos seus problemas, o HC pode ser considerado padrão em termos de Brasil.

Os hospitais universitários deveriam, segundo a Secretaria Municipal de Saúde, ser encarados como parte do equipamento público de saúde e o ensino não deveria ser feito à margem do sistema de saúde. Isto significa que o hospital universitário não deveria ser tratado sob a ótica da autonomia universitária. Esta postura, no entanto, foi derrotada na legislação de saúde de 1990, o que permite ao HC da UNICAMP voltar-se inteiramente para uma estranha combinação de baixa produtividade com interesses dirigidos à fatura. Um olhar mais penetrante nesta combinação revela, no entanto, que a baixa produtividade

serve aos interesses corporativos do departamento e a lógica da fatura se reverte em benefícios financeiros para os médicos.

Em outras ocasiões, no entanto, houve um relacionamento positivo entre prefeitura e HC, como no convênio que permitiu um arrendamento de uma das alas do hospital para a prefeitura, o que tem permitido cerca de 100 internações por mês. Neste convênio, a prefeitura entra com profissionais e o HC com materiais, sendo que as diárias pagas pelo Ministério da Saúde continuam do próprio hospital.

A dificuldade com a PUCC não foi menor. Embora algum sucesso tenha ocorrido nos convênios para um sistema de cogestão em unidades básicas, o apoio da universidade tem sido muito pequeno diante do grande potencial que existe neste sentido.

A maior causa de dificuldade de integração da rede básica com os hospitais universitários é, segundo a Secretaria de Saúde de Campinas, o modelo néo-liberal embutido na instituição hospitalar universitária. Nesta avaliação, o problema é explicado pelo domínio corporativista dos médicos que não se interessam em descobrir as razões do hospital não conseguir organizar um modelo de atenção que privilegie a coletividade, no interior do qual seja possível uma articulação com a rede básica de serviços de saúde.

A crise de eficácia do sistema e o grande desperdício de recursos é, em grande medida, decorrência desta falta de articulação. Por isso, o grande desafio gerencial e técnico do processo de municipalização dos serviços de saúde é realizar esta integração, conseguindo articular os diferentes componentes do sistema de saúde num todo inteligente e inteligível.

Se um computador marcasse a consulta e o paciente voltasse do hospital com a referência para a rede básica, haveria, de acordo com a Secretaria da Saúde, condições de aliviar de 30% a 40% da demanda dos usuários de Campinas. O curioso é que boa parte da preparação do paciente cirúrgico do HC (electroencefalograma, eletro-cardiograma) é feita na rede porque não há capacidade de atendimento hospitalar. Quando, no entanto, algum pedido é feito pela rede, dificilmente recebe atenção do hospital.

Um sistema de referência eficiente pressupõe uma articulação racional entre os diversos componentes do sistema de saúde, o que só poderá ser alcançado como resultado de um processo evolutivo. Esta evolução, por sua vez, dificilmente ocorrerá sem uma vontade política em nível federal e estadual e municipal que se imponha aos diversos interesses

menores localizados. Vários municípios tentaram criar um sistema de referência e não conseguiram porque não havia capacidade de atendimento, vinculação da clientela ao bairro, acordo com o hospital e, no caso de hospital público ou privado, um sistema de cogestão.

Se o hospital universitário não aceita o sistema de referência devido aos interesses corporativos dos departamentos e dos médicos, o hospital privado não pode aceitá-lo porque, então, o atendimento tornar-se-ia compulsório. Haveria uma interferência na relação néo-liberal com a clientela, que basicamente significa selecionar o atendimento conforme interesses financeiros. O hospital tem uma lógica econômica própria na qual seleciona casos e tratamentos de acordo com suas conveniências; se ele assume o sistema de referência, toda uma cadeia de interesses desse tipo seria quebrada.

O setor privado tem um peso muito grande na prestação do serviço de saúde no Brasil, principalmente na área hospitalar. Se somarmos a capacidade instalada da área pública em Campinas, o que significa considerar os hospitais da PUCC, da UNICAMP e o da Prefeitura, Mário Gatti, chegaremos a apenas 20% dos leitos da cidade. Portanto, no atendimento secundário hospitalar, assim como em áreas de exames complementares, o sistema de saúde depende do setor privado.

Houve em Campinas uma redução muito grande na oferta de leitos privados ao sistema de saúde. Em 1980 havia cerca de 12.000 leitos oferecidos à rede pública por convênios e contratos. Em função dos baixos valores pagos e do crescimento da medicina de convênio tipo UNIMED, este número reduziu-se a cerca de 3.000 em 1989. O procedimento da Beneficência Portuguesa é um caso em questão. O hospital contava com 400 leitos, sendo que 300 eram oferecidos à rede. Em 1989, o convênio foi rompido, 200 leitos fechados e metade do pessoal demitido. Passou-se a trabalhar só com pacientes particulares e de convênios privados.

Em função disto, o déficit no número de leitos estimado em 1992 era superior a 800. Como a rede básica cresceu, o número de diagnósticos aumentou bastante, sem que boa parte deles possa ser resolvido pelo sistema. A fila para as operações, em muitos casos, duram em torno de 6 meses. No caso da tomografia, necessária para detectar a presença de um tumor, há uma fila de 140 a 150 pessoas esperando há dois meses. São várias áreas de estrangulamento, principalmente na de cirurgias eletivas. A situação melhorou um pouco com a Central de Vagas que, como vimos, através de um convênio com o governo

Estadual, permitiu um sistema que complementa a tabela do SUS e, com isso, tem possibilitado alguma melhora na oferta de leitos.

Em realidade, a relação do SUS com os hospitais privados não foi descentralizada. O responsável por ela era o INAMPS, depois passou para as secretarias estaduais e, no governo Collor, voltou para o ministério da saúde. A Prefeitura fez um esforço considerável para descentralizar este controle, pelo menos em parte, porém, com resultados muito limitados. A Secretaria Municipal de Saúde concluiu que só conseguiria cooptar os hospitais privados para integrar um sistema de referência se houvesse cogestão. A cogestão pressupõe a injeção de recursos do município no hospital contra a submissão deste a uma série de regras em benefício do sistema de saúde. De um lado, a cogestão fiscalizaria a aplicação do dinheiro público; de outro, serviria para viabilizar o sistema de referência.

O convênio com o hospital psiquiátrico Álvaro Ribeiro foi realizado segundo o princípio de cogestão com a prefeitura e foi considerado exemplar. O hospital estava praticamente falido, com seu modelo de atenção ultrapassado, utilizando ainda eletro-choques, prisão e outros métodos violentos. O convênio, com a criação de um conselho diretor, reabilitou-o tanto do ponto de vista clínico como administrativo. Do ponto de vista clínico, iniciou-se um tipo de tratamento integrado, estimulando a desospitalização e o convívio com a família. Do ponto de vista administrativo, a Prefeitura entrou com cerca de 35% dos custos, o INAMPS continuou financiando o resto e a situação melhorou consideravelmente. Houve uma articulação do hospital com as 16 equipes de saúde mental já montadas na época e o hospital passou a ser a principal referência de saúde mental em Campinas.

Na área de atendimento geral, conseguiu-se também realizar um convênio com um hospital privado lucrativo, o Albert Sabin. O convênio cobre 120 de seus 300 leitos, mais uma parte do centro cirúrgico. A cogestão nesta área implica em complementação da Prefeitura com alguns equipamentos, recursos humanos e com material a ser usado em cirurgias. Neste acordo, o hospital está isento de impostos municipais e de custos relativos ao consumo de água. Em contra-partida, o hospital cede 120 leitos para que 55 cirurgiões da rede de ambulatorios e de centros de saúde possam por 3 dias por semana realizar cirurgias encaminhadas pelos centros de saúde.

Houve também um esforço de negociação com a "Santa Casa" e com o "Irmãos Penteados" que, no entanto, não chegou a bom termo. Estas experiências deixam claro que a iniciativa

da Prefeitura para integrar organicamente o sistema de saúde é indispensável, porém, insuficiente. O sucesso desse tipo de iniciativa depende de um esforço equivalente proveniente das esferas estadual e federal.

7. DIAGNÓSTICO GERENCIAL DE CAMPINAS

A implantação do SUS, no Estado, encontra-se, atualmente, na quase exclusiva dependência dos modelos locais (leia-se municipais) de prestação e serviços, onde os níveis regionais/estadual/federal não desempenham mais funções relevantes, a não ser pelo fato de transferirem recursos e administrarem serviços hospitalares de abrangência regional/nacional, porém, de forma não integrada aos sistemas locais, e reforçando novos tipos de centralização financeira. As conseqüências mais gerais desse processo significam o impedimento da plena implantação dos princípios organizadores do sistema único -- integração interinstitucional, acesso igualitário, direção única, regionalização e hierarquização da rede, etc.

As experiências conduzidas pela Secretaria Municipal de Saúde, embora de extrema utilidade no estabelecimento de novas práticas institucionais, não chegaram a amadurecer no sentido de legar um sistema de gerenciamento institucionalizado. Nas áreas meio (financeiro, suprimentos e recursos humanos) não se desenvolveram sistemas mais ágeis de gerenciamento e nem novos parâmetros de avaliação de desempenho. Criou-se, entretanto, uma estrutura colegiada de gestão, cujo objetivo é o maior controle social dos serviços (Conselho Municipal de Saúde; Conselhos Locais de Gestão de UBS); e a integração da área técnica com as áreas administrativas (Colegiado de Coordenadores de Serviços; Técnico; e Regionais).

O suporte técnico-gerencial e administrativo está subdimensionado, bem aquém das atuais atividades e responsabilidades da Secretaria, devido à ausência de investimentos nas áreas meio proporcionais aos investimentos na área fim; à dificuldade em se fixar profissionais especializados e com experiência devido aos salários não competitivos com o mercado; e às mudanças sucessivas ocorridas na direção da Secretaria.

A centralização gerencial a nível central da Secretaria é a característica administrativa, tendo, inclusive, ocorrido retrocessos, pois os recursos do Fundo Municipal de Saúde

voltaram a ser administrados pela Prefeitura e não mais pela Secretaria Municipal de Saúde.

A administração de materiais e medicamentos é de competência da Divisão de Administração da Secretaria e carece de mecanismos e instrumentos de controle de estoque adequados; há morosidade no processo de compra; estrangulamento na área de almoxarifado; e ausência de controle de custo. Há, ainda, problemas relativos à área de manutenção devido aos poucos recursos alocados, abaixo da demanda (principalmente nas áreas elétrica, hidráulica e de equipamentos). O sistema de comunicação interna e externa está mal dimensionado, o agendamento de consultas mostra um severo congestionamento telefônico, e um número grande de UBS(s) nem possui aparelhos telefônicos.

O sistema de Informação está subdimensionado, não contando com os recursos humanos e equipamentos adequados às necessidades. Nessa área, a partir de 1989, foram implantados vários projetos destinados à informação gerencial (indicadores de serviços, prontuário básico de UBS; planilhas de avaliação de desempenho; pesquisa de perfis de clientela, etc.), porém, a falta de recursos acarretou a paralisação dos projetos.

Segundo os entrevistados, os problemas decorrem da ausência de desenvolvimento de novos mecanismos gerenciais, devido à não estruturação das áreas meio; déficit qualitativo e quantitativo de quadro-técnico gerencial, e a reforma administrativa não consolidada. Por outro lado, a política salarial da Prefeitura tem ocasionado evasão e rotatividade de várias categorias profissionais. Em suma, a implantação do SUS, em Campinas, não se fez acompanhar de mudanças de peso na estrutura administrativa da Secretaria municipal, tendo ocorrido alguns avanços nas áreas de programação de saúde, porém sem contrapartidas a nível das atividades-meio.

Há um baixo grau de autonomia dessa instância na gestão do sistema municipal de saúde, pois à medida em que os recursos federais passaram a ser pagos diretamente às Prefeituras e ao setor privado, e os serviços estaduais foram municipalizados, a estrutura dos ERSAS ficou esvaziada. Ainda compete ao ERSA regional, a função de controlar as compras de serviços privados, o que é realizado pelas UAC(s) regionais (Unidades de Avaliação e Controle).

Entretanto, a estrutura do ERSA regional não está adequada à essas novas funções, de não mais prestador de serviços e executor de ações de saúde, e sim de articulador e

assessor dos municípios, através de um gerenciamento indireto de caráter complementar e integrador. As funções operacionais e administrativas permanecem "inchadas" e há resistência, por parte dos funcionários, em assumir novos papéis. Acrescente-se, ainda, a ausência de instrumentos legais, normativos e/ou técnicos que definam novas atribuições e/ou competências, e de definição clara e explícita, a nível dos órgãos centrais, das novas linhas e políticas de atuação dos ERSAS.

Na verdade, a reforma de 1986 (consubstanciada na criação dos ERSAS) e a implementação do SUDS no estado (transformando os ERSAS em SUDS regionais) não teve desdobramentos, a nível das estruturas regionais, após a municipalização do período 1989/91. Tal fato provoca uma dissintonia entre a estrutura atual e as novas funções requeridas pelo atual estágio de municipalização.

Por outro lado, não houve desenvolvimento gerencial para as funções administrativas (não há sistemas informatizados de finanças, recursos humanos e material). As funções de planejamento resumem-se na elaboração do Plano Diretor Regional de Saúde, e na assessoria à elaboração dos Planos Municipais de Saúde. Há, porém coordenadores, a nível do ERSA, para os Programas de Saúde (Mulher, Criança, Adulto, Idoso, etc.), atuando junto aos municípios.

No Estado de São Paulo, a estratégia de descentralização, consubstanciada na atuação dos ERSA's, permitiu desenhar uma proposta para o SUS e intensificar o processo de municipalização no Estado. No entanto, a rapidez com que este processo de mudança foi efetivado e as redefinições, principalmente do nível federal, no sentido de recentralizar o repasse de recursos fizeram com que tanto as estruturas centrais, quanto as regionais, perdessem muito de seu significado estratégico.

A recentralização dos repasses no nível federal, somada à forte recessão econômica, teve grande repercussão na gestão estadual, implicando na queda dos salários reais dos funcionários da Secretaria, com o conseqüente esvaziamento e evasão de profissionais na sua tecnoestrutura, tanto nos ERSAS quanto no nível central; tal situação levou ainda ao imobilismo, por parte da estrutura organizativa, para responder à nova situação de crise e de contenção de despesas. Este quadro gerou uma ausência de decisões políticas estratégicas e de indefinição no que diz respeito ao papel dos níveis regionais. A interlocução governo federal/estadual (frente a essas mudanças) ficou de certa forma

interrompida, ou mesmo estancada, devido à postura imobilista da Secretaria Estadual no processo de negociação da distribuição dos recursos financeiros federais para o Estado.

Essa situação traçada em grandes linhas vai exigir redifinições a curto prazo e mudanças de atuação da Secretaria Estadual de Saúde no sentido de redimensionar as funções e a estrutura das instâncias regionais.

Os municípios dispõem, atualmente, das seguintes fontes de recursos para o gasto em saúde: a) transferências federais e estaduais do fundo previdenciário; b) orçamentos municipais. Tais recursos, por orientação federal (Norma Operacional Básica nº 1 e 2, do Ministério da Saúde), devem ser administrados pelo Fundo Municipal de Saúde.

7.1. Disponibilidade de recursos financeiros

Em 1991 e 1992, Campinas destinou cerca de 11% do orçamento municipal para a área da saúde, sendo que a percentagem de repasse no gasto de saúde correspondia a 27%. Cabe salientar que essa elevada taxa de participação dos orçamentos de saúde, deve-se, em muito, à política de municipalização, pois até a metade da década, o gasto em saúde representava apenas de 3 a 5% dos orçamentos municipais, na maior parte dos municípios do estado de São Paulo, inclusive Campinas.

Outro fato importante vincula-se ao destino desse recursos, em grande parte canalizados para a expansão de capacidade física e de pessoal. Parece ser esta a primeira consequência da municipalização, ou seja, ampliação da rede de serviços públicos municipais. Os gastos em atividades institucionais, até o momento, ainda não foram priorizados e talvez seja essa a explicação para o pouco avanço, em termos da criação e uso de novos instrumentos gerenciais pelas estruturas municipais de saúde.

7.2. Disponibilidade de recursos humanos

Houve, no período mais recente, grande expansão de recursos humanos para os sistemas municipais de saúde, acompanhando a expansão física dos serviços. Atualmente, há na

área da saúde 2.001 funcionários para uma população municipal de 864.569, o que proporciona uma proporção de 1/432.

A ausência de treinamento específico para as áreas administrativas e gerenciais, atesta ser esse um dos problemas centrais da questão gerencial: não a ausência pura e simples de servidores, mas sim, a sua não qualificação para as tarefas específicas dessa área.

7.3. Disponibilidade de estruturas e indicadores gerenciais

A estrutura da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas segue um formato verticalizado, estruturando-se por funções e/ou tipo de serviços, não estando, portanto, adaptada às novas recomendações de descentralização administrativa do SUS. Os sistemas administrativos, (financeiro, material, patrimônio, recursos humanos e informação) encontram-se centralizados na Secretaria de Saúde, sem que haja informatização do sistema. Quanto aos indicadores gerenciais (custo, financeiro, avaliação e controle de recursos humanos, uso de medicamentos, avaliação de programas, etc), os mesmos estão desenvolvidos, embora tão somente para avaliação da cobertura dos programas de Saúde. Esta situação revela o quanto a política de descentralização absorve a capacidade institucional de uma determinada organização, ficando, quase sempre, o desenvolvimento gerencial para um segundo momento.

Assim foi no Estado (SES) e está sendo na Prefeitura (SMS), com a criação dos ERSAS, ARS e Distritos: a implantação de estruturas administrativas e técnicas no nível local esgota todo o espaço dedicado a inovações institucionais.

A criação de novos instrumentos de controle gerenciais possui, inclusive, alguns pré-requisitos, como a própria implantação de sistemas informatizados de procedimentos e rotinas a nível das atividades de cada área. Tal passo, entretanto, requer pessoal capacitado, treinado, inclusive, para tais tarefas, o que não se desenvolve junto com o esforço da descentralização administrativa.

Na verdade, as estruturas regionais, tipo ARS, ERSAS, e a experiência de formação de alguns Distritos, a nível de município, são exemplos de políticas descentralizadoras de relativo sucesso. Entretanto, não estão propiciando, até o momento, um salto racionalizador, através do uso de instrumentos gerenciais de novo tipo. As razões para a

ocorrência desse fato prendem-se: à ausência de recursos humanos adequado e treinado para essas tarefas; à não finalização do processo de descentralização, ainda em curso; à ausência de uma cultura institucional para o uso de mecanismos de controle e avaliação, a nível do serviço público; e ao próprio peso da descentralização administrativa impondo pesadas tarefas burocráticas para as equipes locais.

Por outro lado, a ausência de uma política específica, por parte do Estado e dos municípios, para o melhor uso de recursos, também é fator explicativo importante para a atual situação de carências na área administrativa e gerencial nesta fase de implantação do SUS no estado de São Paulo.

7.4. Problemas do sistema de gerenciamento

Em Campinas, assim como nos municípios mais populosos do interior, a descentralização administrativa é fundamental, pois o problema central reside no crescimento mais que proporcional das áreas periféricas, nessa última década, ocasionando uma desigual distribuição de estruturas e serviços frente às necessidades de serviços médicos. Assim, melhores condições gerenciais pressupõem reformas administrativas de peso.

São objetivos do SUS, expressos na Constituição, a universalização da assistência, a organização dos serviços sob a forma de redes regionalizadas e hierarquizadas, a descentralização com direção única em cada esfera de governo, um novo relacionamento entre o setor público e o setor privado e a participação comunitária. Estes objetivos foram regulamentados nas diferentes instâncias por leis orgânicas, pela criação de Conselhos estaduais e municipais de saúde e de Fundos estaduais e municipais. Essas mudanças complexas e profundas trouxeram para a área administrativo-gerencial propostas e práticas novas, a saber: a descentralização, envolvendo novos tipos de relacionamento entre os níveis centrais e descentralizados; o estabelecimento de novos vínculos com a comunidade, clientela e unidades produtoras; além de um novo ambiente político, onde conflitos e novas formas de apoio são exigidas.

Tendo como referência o projeto SUS e seus objetivos mais abrangentes já citados, Campinas e, ao que tudo indica, municípios de porte mais significativo do Estado apresentam características gerenciais com estrutura mais consolidada, mantendo um grau

de autonomia e independência tanto financeira quanto administrativa do SUS. Estas estruturas vivem hoje um momento de transição provocado pelo crescimento de responsabilidades, não acompanhado de mudanças estruturais compatíveis com a necessidade de responder positivamente às novas demandas. Neste sentido, as estruturas municipais reproduzem sistemas administrativos e gerenciais com pouca flexibilidade e sem o desenvolvimento de indicadores e instrumentos que permitam uma análise e resposta oportuna às demandas. Existe ainda um sub-dimensionamento das estruturas tecno-gerenciais.

Dado o grau de complexidade da gerência local e a autonomia alcançada na Secretaria Municipal, a articulação destas instâncias, com as instâncias regionais estaduais, é realizada de maneira precária e sem possibilidade de ações estratégicas conjuntas que tenham repercussão no nível local. Além disso, a própria inoperância das instâncias regionais (ERSA's) também dificultam esta articulação.

A concentração de uma rede de serviços tanto pública quanto privada, que assume características regionais, convivendo com a manutenção dos esquemas centralizados de financiamento, avaliação e controle destas mesmas redes, tem impossibilitado a criação de instrumentos gerenciais e de um grau de interferência maior nesta realidade. Algumas incursões e inovações, como os convênios da Secretaria Municipal de Saúde (Campinas) com a rede privada, e a proposta de criação de Central de Vagas, de caráter regional, mostram a necessidade de uma real articulação com os gestores estadual e federal para o equacionamento dos problemas locais.

Pelas características acima descritas, o processo de implementação do SUS em Campinas vem sofrendo retrocessos em algumas áreas com a recentralização de algumas estruturas, anteriormente descentralizadas no nível da Secretaria Municipal, como forma de controle político.

A estrutura do Conselho Municipal de Saúde tende a ser ampliada, assumindo responsabilidades pela definição não somente de estratégias locais como de estratégias regionais. A criação de Conselhos de Gestão, por áreas do Município ou por unidades de produção, tem sido estimulada no sentido de ampliar a participação popular e atender as reivindicações mais localizadas no sistema.

Em Campinas, as estruturas descentralizadas da Secretaria Municipal não é suficiente para responder às exigências gerenciais colocadas pelo extenso e complexo mosaico

desenhado pela rede de serviços. Campinas ainda não implementou áreas descentralizadas de saúde e gerencia, com aproximadamente 3.300 mil funcionários, toda uma rede, com diversidades muito acentuadas. A recomendação inicial, neste caso, é no sentido da implementação de áreas e distritos que respondam às especificidades locais.

Dada a concentração de serviços de complexidade terciário e quaternário (de abrangência regional e até nacional), recomenda-se o desenvolvimento, junto às estruturas universitárias, de estudos operacionais visando o suporte e o apoio necessários ao processo de gerenciamento e capacitação de recursos humanos.

O grau de autonomia e independência da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas em relação ao SUS e mesmo a ausência de articulação com a esfera estadual, tiram destas instâncias uma visão estratégica importante para o gerenciamento dos serviços locais. A recomendação aponta para a rearticulação das esferas municipais com a estadual no sentido da reorganização das UAC's e da criação de instâncias regionais capazes de oferecer informações organizadas, recompondo um papel mais estratégico na formulação e gerência das políticas regionais.

De uma maneira geral, podemos dizer que o processo de implantação do SUS, no Estado, não foi acompanhado de políticas específicas visando o desenvolvimento -- junto com a descentralização, e a municipalização -- de novas práticas gerenciais e de novos instrumentos de acompanhamento, avaliação e controle de gestão. Esta situação permanece mais dramática em municípios menores com pouca capacidade financeira, embora possa ser sentida em Campinas.

Com tudo isso, há um consenso no sentido de que, entre 1989 e 1991, realmente foram assentadas bases sólidas para uma verdadeira revolução administrativa e uma mudança radical da concepção de serviço básico de saúde. Esta mudança, no entanto, se foi bem organizada no que diz respeito à implantação de um modelo assentado numa política de saúde bem definida, negligenciou os mecanismos tradicionais de controle e gerenciamento. Esta lacuna, além da grande instabilidade na manutenção da política de saúde, com a constante mudança de secretários e queda brusca no valor dos salários, tornaram inconsistentes todas as experiências que se desenvolveram, por mais bem intencionadas que possam ter sido as concepções de política de saúde adotadas.

8. O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE (CMS) DE CAMPINAS

A discussão sobre a criação do Conselho Municipal de Saúde de Campinas tem suas origens desde o início da implantação da CIMS, em 1986. Incentivada por movimentos populares organizados, criou-se naquele ano uma comissão com vistas a regulamentar a criação dos Conselhos (locais e Municipal), processo que só se completaria em 1990.

Criado pela Lei nº 6369 de 27.12.90, o Conselho Municipal de Campinas (CMS/CPS) segue os princípios previstos na Lei Orgânica de Saúde: a universalização do direito à saúde; a gratuidade dos serviços; a atenção integral à saúde e a ampla garantia de participação da sociedade na formulação e fiscalização das ações de saúde.

A partir desses princípios, o Conselho estabelece como diretrizes políticas: avançar na consolidação do SUS no município; ampliar a oferta de serviços da rede pública; desenvolver uma política de recursos humanos compatível com o sistema municipalizado; criar e consolidar espaços institucionais de participação visando a democratização das decisões.

Com funções deliberativas, normativas, fiscalizadoras e consultivas, o CMS/CPS tem como objetivos básicos o estabelecimento, acompanhamento, controle e avaliação das ações de saúde, constituindo-se no órgão colegiado máximo responsável pela coordenação do SUS a nível do município de Campinas. Com composição tripartite (representação de usuários, prestadores de serviços e setor governamental/ universidades), o CMS/CPS constituiu uma Secretaria Executiva (também de composição tripartite), a ele subordinado. Cabe também ao CMS/CPS convocar, a cada período de dois anos, a Conferência Municipal de Saúde composta por todas as entidades cadastradas.

São atribuições do CMS/CPS: 1. Estabelecer, controlar, acompanhar e avaliar a política de saúde do município, conforme as diretrizes da Conferência Municipal de Saúde; 2. Implementar as diretrizes básicas e prioritárias do SUS; 3. Garantir a participação e controle popular através da sociedade civil organizada nas instâncias colegiadas gestoras das ações de saúde; 4. Possibilitar ampla divulgação de informações a respeito do Sistema Municipal de Saúde; 5. Apreciar e deliberar sobre a incorporação ou exclusão de serviços privados e/ou pessoas físicas ao Sistema de Saúde, de acordo com as necessidades de assistência à população do respectivo sistema local e da disponibilidade orçamentária; 6.

Fiscalizar a alocação dos recursos econômicos, financeiros, operacionais e de recursos humanos dos órgãos institucionais integrantes do SUS, para que os mesmos, conforme as prioridades orçamentárias, possam melhor exercitar suas atividades e atender eficientemente as necessidades regionais; 7. Manter audiências com dirigentes dos órgãos vinculados ao Sistema Único de Saúde, sempre que necessário; 8. Ter conhecimento pleno dos registros atualizados dos quadros de pessoal dos órgãos públicos integrantes do SUS, bem como da distribuição por turno de trabalho, carga horária e escala de plantões, respectivos; 9. Articular a soma de esforços das diversas instituições, entidades privadas e organizações afins, com o intuito de evitar-se a diluição de recursos e atividades nas áreas da saúde; 10. Promover contatos com várias instituições, entidades privadas e organizações afins, responsáveis pelas ações ligadas às necessidades de saúde da população, para atuação conjunta; 11. Desenvolver gestões junto às Universidades, no sentido de compatibilizar a pesquisa científica na área da saúde com os interesses prioritários da população, bem como co-participar da direção dos serviços universitários que assistencialmente se ligam ao SUS.

Há amplo consenso de que o CMS/CPS, além de estar consolidado, é estável, representativo e democrático. Este rápido amadurecimento deve-se ao fato da experiência anterior acumulada pela Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) que, de certa forma foi o embrião do que é hoje o Conselho. Segundo a legislação atual, nenhum representante, seja ele proveniente da sociedade civil ou do governo, pode ser indicado sem ser eleito. Neste novo esquema, o prefeito não tem o direito legal de nomear os representantes da sociedade civil e, se isto acontecer, o promotor público deve destituí-los e criar mecanismos para legitimar a autonomia do conselho.

Além dos problemas de infra-estrutura para a operacionalização do Conselho, da falta de preparo dos representantes dos movimentos populares e sindicatos, todos os entrevistados ressaltaram a questão do gerenciamento dos recursos financeiros destinados à saúde, como o principal entrave ao funcionamento do CMS/CPS.

Segundo a legislação, somente os recursos SUS destinados à prefeitura (pelos serviços prestados na rede municipal), vão direto para o Fundo Municipal de Saúde. Isso representa 18% do total de recursos SUS destinados a Campinas, o que significa 3,5% dos 11% que a prefeitura gastou em saúde em 1991. É preciso frisar que o CMS foi contra a aprovação da lei do Fundo, na forma em que acabou sendo aprovada. A oposição se deu porque o

Conselho entendia que todos os recursos SUS, inclusive os encaminhados diretamente aos prestadores privados e os recursos orçamentários da prefeitura, fossem direcionados ao FMS e gerenciados pelo CMS. No entanto, o principal problema é que nem o Conselho e nem a Prefeitura tem controle sobre o Fundo, por absoluta falta de gerenciamento. Para um Conselho que não dispõe de uma infra-estrutura mínima para as suas reuniões, a questão do gerenciamento dos recursos do Fundo apresenta-se como um problema gigantesco.

Vários membros do Conselho atribuem os problemas de gerenciamento dos recursos às dificuldades técnicas que a maioria dos conselheiros enfrentam para exercer algum controle sobre aspectos relativos à saúde pública. Nesse sentido, foram destacadas, sobretudo, as dificuldades dos representantes de usuários, que foram incorporados ao Conselho sem que se discutisse a melhor forma de integrá-los, ou seja, de capacitar os usuários para representarem efetivamente os interesses da comunidade.

Há um consenso entre os técnicos da SMS/CPS no sentido de reconhecer a imaturidade do Fundo e do próprio CMS que ainda não está totalmente organizado. O teor ideológico das discussões que acompanham as iniciativas do Conselho é uma indicação importante desta imaturidade.

Em decorrência desses entraves, outras funções do CMS também enfrentam problemas operacionais. Inexiste, por exemplo, um sistema de acompanhamento, planejamento e fiscalização dos projetos aprovados para o Plano Municipal de Saúde. Ao lado da falta de preparo de muitos membros do Conselho, somam-se as dificuldades de organização da própria Secretaria de Saúde, freqüentemente sujeita a mudança de secretário o que, obviamente, tem dificultado o fortalecimento dos órgãos gestores.

Dessa forma, o CMS tem se dedicado mais a discussões e deliberações emergenciais, como por exemplo, o debate quanto a destinação dos recursos obtidos pelo CMS e SMS de Campinas junto ao governo estadual. De um lado, os hospitais conveniados queriam os recursos para o pagamento de suas dívidas. De outro, o CMS (sobretudo as representações sindicais e de usuários) resistiu visando manter os recursos no FMS, para destiná-los ao sistema. Apesar da vitória do CMS, há um reconhecimento generalizado entre os conselheiros, de que isso é muito pouco diante das expectativas e possibilidades abertas para uma gestão mais participativa da saúde pública no município.

Como decorrência da falta de preparo e de conhecimento técnico dos representantes dos usuários no Conselho para desempenhar seu papel na formulação e fiscalização da política de saúde, o Executivo Municipal aparece como o único representante no Conselho com real capacidade de orientar as decisões submetidas aos conselheiros. Independente da estrutura de composição interna do conselho, das alianças e arranjos negociados entre os diferentes interesses representados, e do grau de transparência das informações oficiais, emanam do Executivo local os planos, projetos, metas e diretrizes a serem discutidas.

Apesar dos problemas assinalados, o conselho vem se institucionalizando como instância colegiada de gestão da política de saúde, processo exemplarmente indicado pelo crescente grau de participação dos diferentes segmentos representados. Como tendência generalizada, observou-se a afirmação do Conselho como instância legitimamente aceita pelos diferentes interesses afetos ao setor saúde: movimentos populares, sindicatos, associações profissionais, entidades civis, patronato, prestadores privados, Universidades, Poder Legislativo e Poder Executivo. Essa é sem dúvida a grande novidade em relação ao caráter burocrático do funcionamento das Comissões inter-institucionais. Mais do que isso, significa a conformação embrionária de contrapesos ao poder do Estado, mas que apontam seguramente para a constituição de uma nova cidadania, necessária ao amadurecimento de nossa jovem democracia.

Do ponto de vista operacional, chama a atenção a falta de infra-estrutura adequada para o funcionamento do Conselho; a ausência de assessoria técnica da prefeitura para suprir as dificuldades dos conselheiros, impedindo-os de exercer seu papel na gestão do sistema, tornando o Conselho em grande medida dependente da Secretaria Municipal de Saúde.

Esse aspecto, contudo, vem se alterando, como visto nos debates em torno da destinação de verbas complementares para o setor privado conveniado: contra a negociação informal entre governo Estadual e setor privado hospitalar (apoiada pelo Prefeito), venceu a proposta defendida pela maioria dos conselheiros. Nota-se, assim, tendência em curso de maior autonomia do Conselho frente ao domínio do Executivo local. Apesar disso, a gestão do Fundo, ponto central dos conflitos, constitui-se ainda em problema não resolvido que dificulta a fiscalização adequada do sistema pelo Conselho. Quanto à sua composição interna, o CMS/CPS dispõe de uma estrutura de representação num certo sentido desequilibrada, ao permitir a sobre-representação do poder público (31,25%) em

detrimento dos trabalhadores e prestadores de saúde (18,75%). Entretanto, essa composição reflete claramente os interesses organizados, uma vez que a representação dos diferentes segmentos no Conselho é fruto da correlação de forças presente na Plenária de Saúde. Por fim, cabe registrar a resistência do empresariado e do setor médico liberal em participar institucionalmente do CMS/CPS.

O diagnóstico realizado mostra que a gestão do sistema de saúde através do Conselho necessita ser aprimorada, sob o risco de perder-se o avanço já alcançado no plano institucional. Neste sentido, os resultados da pesquisa permitem apontar uma questão crucial para enfrentar os entraves atuais ao funcionamento do Conselho.

Esta questão refere-se à conciliação da fonte centralizada (União) com a municipalização no que diz respeito à gestão do Fundo Municipal de Saúde. Na prática, o Fundo Municipal de Saúde só tem possibilidade de gerenciar os recursos que advém do SUS para a Prefeitura, não tendo como garantir o controle sobre os recursos do SUS que vão direto para os produtores de serviços de saúde. Por outro lado, os prestadores de serviços, contratados ou conveniados ao Sistema, freqüentemente se vêm às voltas com repasses e atrasados (oriundos da instância federal), o que tem levado ao rompimento unilateral dos convênios, ao descredenciamento ou ao simples fechamento dos hospitais ao sistema público. Além disso, falta aos conselheiros conhecimento técnico para acompanhar e fiscalizar os recursos.

Para enfrentar esses problemas, seria necessário:

- 1) Definir mecanismos de controle, sob a coordenação do Conselho Municipal de Saúde, capazes de assegurar uma visão global dos recursos alocados visando capacitar o Conselho como real formulador da política de saúde. Sem isso, torna-se difícil estabelecer prioridades de curto e médio prazo, que dão conteúdo substantivo à política pública de saúde. Perde-se a dimensão do conjunto do sistema e o Conselho transforma-se em fórum de reivindicações tópicas, canal de processamento das demandas com maior força política, independente das necessidades reais de intervenção.
2. Estabelecer como competência do Conselho, a decisão acerca dos investimentos municipais no setor saúde, mesmo que os recursos orçamentários da Prefeitura não sejam canalizados para o Fundo (obviamente, o ideal seria que todos os recursos destinados à saúde, independentemente de sua origem, permanecessem no Fundo). A razão que justifica essa recomendação é, de novo, garantir o controle sobre os instrumentos que

viabilizariam a autonomia do conselho como órgão formulador e fiscalizador da política de saúde.

3. Definir mecanismos de articulação entre os Conselhos Municipais de uma mesma região, que propiciem formas de integração institucional intermunicipal adequadas à constituição do sistema de referência em sua área de abrangência. A solução encontrada para a região de Campinas, com a criação da Central de Vagas em sistema de co-gestão público/privado, aponta para um caminho que poderia nortear um amplo debate em busca de soluções inovadoras para superar o estrangulamento atual da demanda por atendimento hospitalar.

4. Criar comissões mistas de acompanhamento e fiscalização dos recursos do Fundo, incluindo membros do Conselho e técnicos do poder público. O exemplo de São Paulo, parece ser uma boa experiência nessa direção.

Do ponto de vista político, apesar dos avanços verificados, o CMS não conseguiu ainda superar algumas dificuldades que já estavam presentes na CIMS e CRIS, sobretudo o de se transformar freqüentemente em fórum de defesa de interesses particulares. Por força da própria dinâmica política municipal, os representantes dos usuários que se articularam para participar do CMS, trouxeram as questões político-partidárias para dentro do Conselho, dificultando o andamento dos trabalhos. Além disso, o CMS enfrenta problemas estruturais de toda ordem, desde local apropriado para as reuniões e infra-estrutura operacional até mesmo pessoal com dedicação exclusiva para a prestação de serviços. São constantes as reivindicações por assessorias técnicas aos conselheiros, seja no que se refere à elaboração dos planos de saúde, seja quanto a aspectos ligados ao gerenciamento do sistema, ou ainda em relação à capacitação de recursos humanos.

Para enfrentar os entraves detectados, seria importante

dotar o conselho de infra-estrutura operacional suficiente para aperfeiçoar a dimensão participativa dos diferentes segmentos representados. Por exemplo, investir na criação de um banco de dados que fornecesse aos conselheiros as informações pertinentes; divulgar as pautas das reuniões e documentos a serem discutidos com antecedência; criar assessorias permanentes que, ao mesmo tempo, garantam maior grau de socialização do jargão específico do setor saúde e estimulem uma participação mais ativa dos conselheiros. Por fim, o processo de institucionalização do CMS requer uma participação mais ativa do setor privado nas instâncias colegiadas de gestão, visando evitar

mecanismos informais de acesso às estruturas de poder e propiciar condições para uma efetiva democratização do Estado.

9. CONCLUSÃO: OS PRINCIPAIS PROBLEMAS DO PROJETO DA MUNICIPALIZAÇÃO

Quatro pontos de estrangulamento emergem na implementação do SUS em Campinas: a dificuldade de integração e organização dos vários órgãos que participam do sistema municipal de saúde, a incapacidade do nível regional em gerenciar o novo modelo de Saúde, a forma de pagamento por produção que induz a um desvio produtivista no sistema e a um afastamento das questões relativas à qualidade do serviço prestado e, finalmente, o reducionismo do modelo assistencial ao pronto atendimento.

A integração entre rede básica, hospitais privados e hospitais universitários, que, pelo peso que representam estas instituições, deveria se constituir no eixo principal do sistema de saúde, tem se revelado muito difícil. A resistência dos primeiros em se deixar gerenciar por um sistema de saúde controlado pela Prefeitura é perfeitamente previsível diante da tradição liberal e autônoma da medicina.

Quanto aos hospitais universitários, a sua composição com o sistema de saúde é considerada ainda mais problemática pela tradição de autonomia de suas áreas, oferecendo pouca margem de inserção num sistema maior. Eles podem ser criticados por se alienarem dos problemas de saúde da população, por darem uma cobertura reduzida, pelos altos custos de seu serviço e pela extrema dificuldade de se conseguir mudanças significativas nesta estrutura em função da fragmentação e feudalização de seus departamentos.

A ausência de um poder regulador que atue em nível regional contribui para a manutenção de profundos desequilíbrios no sistema de saúde, uma vez que é impossível perceber e resolver vários problemas na área da saúde a partir do nível municipal. Controlar certas endemias e epidemias, promover e avaliar programas de saúde, normatizar e controlar a qualidade dos serviços são alguns aspectos que, entre outros, só podem ser dimensionados a partir de uma escala maior que a do município. Como está sendo desenvolvido, sem um planejamento regional, o processo de municipalização dos serviços de saúde no Estado de São Paulo permite ainda a existência de sistemas municipais de

saúde com graus de desenvolvimento extremamente diferentes entre si. Esta diferenciação instiga os usuários a procurar por serviços fora do local de sua residência, sobrecarregando o sistema de saúde mais desenvolvido.

A prática de pagar o ato médico diretamente de Brasília é considerada altamente inadequada para a promoção da municipalização dos serviços de saúde, uma vez que, além de ser insuficiente para remunerar estas ações, tirou das secretarias estaduais a possibilidade de criar planos regionais como vinha acontecendo no Estado de São Paulo com o SUDS. Sem se sentir mais responsável pela condução do sistema de saúde, o Estado pratica uma completa omissão neste âmbito, desmontando áreas tais como a vigilância epidemiológica e sanitária que, entre outras, deveriam estar sob sua responsabilidade.

O Estado tem estimulado a montagem de consórcios municipais para resolver os problemas regionais, como ocorre com a negociação para o controle da poluição da bacia do rio Piracicaba. Considera-se, no entanto, que esta perspectiva só seria possível com a coordenação de uma instância superior com poder de distribuir recursos e impor atribuições, superando, assim as divergências e os interesses locais.

Quanto à forma de pagamento, a praticada pelo Ministério da Saúde, além de inadequada é considerada insuficiente para financiar o processo de municipalização dos serviços de saúde. Há um consenso entre os entrevistados desta pesquisa de que o Ministério da Saúde não tem condições de financiar as necessidades dos municípios com o que recebe do orçamento da União, algo em torno de 0,8%.

O problema da insuficiência dos repasses federais para a saúde torna impossível a continuidade de vários programas estabelecidos pela Secretaria da Saúde. Este fato é agravado pelo rebaixamento das dotações orçamentárias da prefeitura nos últimos anos para um nível em torno de 11% e, principalmente, pelos atrasos deprimentes, considerando-se a inflação e a não correção, dos repasses federais. De julho de 1991 até fevereiro de 1992, houve 15% de reajustes, para o atendimento hospitalar e ambulatorial, enquanto a inflação passava de 500%. Com isso, os hospitais privados entraram num estado de falência e a prefeitura diminuiu a oferta de serviço, arroxou violentamente os salários e parou muitas obras. É evidente que todo o desenvolvimento do modelo fica comprometido.

Os problemas mencionados acima servem para ilustrar o profundo sentimento de isolamento do município diante das enormes atribuições e responsabilidades colocadas pela municipalização dos serviços de saúde. Se isso é verdade em Campinas, é possível imaginar o que significa para a grande maioria dos demais municípios brasileiros que estão longe de contar com recursos comparáveis.

Concluindo esta análise, é necessário mencionar que, apesar de suas muitas dificuldades e problemas, a municipalização dos serviços de saúde é uma realidade em Campinas. Esta realidade, no entanto, foi construída com o sacrifício de algumas idéias contidas em seu projeto original, como por exemplo, a integração da clínica com a medicina coletiva num modelo em que a clínica se submete a um sistema maior que considera os problemas de saúde como apenas parcialmente médicos.

A experiência da Secretaria da Saúde de Campinas obteve conquistas apenas parciais no sentido de tornar prático este objetivo. Se houve estímulo para a formação de equipes de trabalho e formas de tratamento alternativos, outros fatos denunciam a ambiguidade deste projeto. A folha de pagamentos da Secretaria Municipal de Saúde, por exemplo, é eloqüente no sentido de revelar que cerca de 95% de seus recursos são gastos com médicos e dentistas, o que mostra que a experiência multi-profissional é insignificante. Além disso, o sistema de pronto atendimento, uma forma de clínica que é unanimemente reconhecido como de baixo nível e de eficácia duvidosa para melhorar o nível de saúde da população tem um peso avassalador entre os serviços oferecidos pela prefeitura.

Quando confrontados com esta situação, o Prefeito, o Secretário da Saúde e os técnicos da Secretaria reconhecem o problema e a dificuldade para resolvê-lo. Quebrar abruptamente com a lógica da medicina centrada na biologia individual é considerado não só perigoso como também impossível devido a questões que vão desde a forma de financiamento do nível federal para a saúde como a legislação municipal que estimula a contratação de médicos e dentistas, dificultando a de outros profissionais da saúde.

Além disso, a Secretaria Municipal de Saúde reconhece que houve uma preocupação de ser reconhecida pelos demais parceiros da área como um agência legítima de prestação e gestão de serviços de saúde. A conquista desta legitimidade exigiu que a Prefeitura se considerasse uma peça no cenário da saúde que depende do reconhecimento da sociedade em geral, dos médicos, dos interesses privados, da universidade e da clientela

para se legitimar. Para isso, a sua proposta não poderia se distanciar muito dos padrões mais tradicionais.

O processo de municipalização dos serviços de saúde em Campinas encontrou, por várias circunstâncias históricas e conjunturais, um campo fértil para se impor como uma realidade sem possibilidade de retorno. O que se observa, no entanto, é que foi atingido um ponto em que o avanço do processo, embora necessário, tem encontrado obstáculos quase intransponíveis. Dos obstáculos mencionados, o sistema de convênio que financia as ações de saúde é o principal uma vez que os demais são dele dependentes. Há um consenso, neste sentido de que a única possibilidade de regeneração do sistema de saúde, além de valorizar os valores dos repasses, seria a mudança no sistema de convênios, com maior ênfase nas ações coletivas.

A experiência de Campinas mostra sobretudo que existe amplo conhecimento tecnológico, gerado ao longo de uma experiência histórica de peso, necessário para promover um sistema de saúde assentado em bases racionais e que atendam as necessidades da população. Este conhecimento, no entanto, só poderá tornar-se prático e real quando houver vontade de se implementar uma política de saúde regionalizada e uma nova forma de pagamento que contemple os aspectos sociais e coletivos da medicina.

NÚMEROS ANTERIORES DOS CADERNOS DE PESQUISA DO NEPP

HENRIQUE, W. e DRAIBE, S.M. Caderno de Pesquisa nº 1, Políticas Públicas e Gestão da Crise: Um Balanço da Literatura Internacional - 1987

CANESQUI, A.M. e QUEIROZ, M.S. Caderno de Pesquisa nº 2, Campinas: População, Situação de Saúde e Organização do Cuidado Médico - 1987

CASTRO, M.H.G. Caderno de Pesquisa nº 3, Governo Local, Processo e Equipamentos Sociais: Um Balanço Bibliográfico - 1988

SALM, C.L. DEDECA, C.S., TUMA, F.M. e COUTINHO, M. Caderno de Pesquisa nº 4, Financiamento Das Políticas Sociais - 1988

VIANA, A.L. Caderno de Pesquisa nº 5, Abordagens Metodológicas Em Políticas Públicas - 1988

MERHY, E.L., CAMPOS, G.W.S. e QUEIROZ, M.S. Caderno de Pesquisa nº 6, Processo de Trabalho e Tecnologia na Rede Básica de Serviços de Saúde; Alguns Aspectos Teóricas e Históricas - 1989

QUEIROZ, M.S. e CANESQUI, A.M. Caderno de Pesquisa nº 7, Famílias Trabalhadoras e Representações Sobre Saúde, Doença e Aspectos Institucionais da Medicina "OFICIAL" e "POPULAR" - 1989

DRAIBE, S.M. Caderno de Pesquisa nº 8, Welfare State no Brasil: Características e Perspectivas - 1988

FIGUEIREDO, A.M.C. Caderno de Pesquisa nº 9, Justiça e Igualdade - 1989

DRAIBE, S.M. Caderno de Pesquisa nº 10, Há Tendências e Tendências: Com que Estado de Bem-Estar Social Haveremos de Conviver Neste Fim de Século? - 1989

FARIA, V.E. e CASTRO, M.H.G. Caderno de Pesquisa nº 11, Política Social e Consolidação Democrática no Brasil - 1989

CASTRO, M.H.G. Caderno de Pesquisa nº 12, Avaliação de Políticas e Programas Sociais: Notas de Pesquisa - 1989

LEAL, S.M.R. Caderno de Pesquisa nº 13, A Outra Face da Crise do Estado do Bem-Estar Social; Neo-Liberalismo e os Novos Movimentos da Sociedade de Trabalho - 1990

CASTRO, M.H.G. Caderno de Pesquisa nº 14, Interesses, Organizações e Políticas Sociais - 1990

CASTRO, M.H.G. Caderno de Pesquisa nº 15, A Política de Atenção ao Menor no Estado de São Paulo: Tendências e Perspectivas

PEREZ, J.R.R. Caderno de Pesquisa nº 16, São Paulo: A Educação nos Anos 80, Diagnóstico Preliminar (série São Paulo) - 1990

- NORONHA, E.G. e SILVA, M.F.C.B., Caderno de Pesquisa nº 17, A População Infanto-Juvenil Carente do Estado de São Paulo (série São Paulo) - 1990
- ARRETCHE, M.T.S. e CARVALHO, S.N., Caderno de Pesquisa nº 18, São Paulo: A Política Habitacional nos Anos 80 (série São Paulo) - 1990
- QUEIROZ, M.S. e CHIARINI, A.M., Caderno de Pesquisa nº 19, "Farmacêuticos, Médicos e Pessoal de Enfermagem: Um Enfoque Antropológico Sobre o Campo de Prestação de Serviços em Paulínia, São Paulo" - 1990
- VIANA, A. L., Caderno de Pesquisa nº 20, "Tendências e Perspectivas da Política de Saúde em São Paulo" - 1990
- QUEIROZ, M.S. e CHIARINI, A.M., Caderno de Pesquisa nº 21, "Pensar e Agir Sobre Saúde, Doença e Cura em Paulínia" - 1991
- QUEIROZ, M.S., SOUZA CAMPOS, G.W. de e MERHY, E.E., Caderno de Pesquisa nº 22, "A Rede Básica de Serviços de Saúde em Campinas: Os Médicos e Suas Representações Sobre o Serviço" - 1991
- MELHEM, C.S. e MINGARDI, G., Caderno de Pesquisa nº 23, "Justiça Para Crianças e Adolescentes no Estado de São Paulo" - 1991
- MELHEM, C.S. e MINGARDI, G., Caderno de Pesquisa nº 24, "Criminalidade em Campinas" - 1992