

Organização e o gerenciamento dos serviços de saúde: uma avaliação da experiência de Campinas*

Marcos S. Queiroz**

Ana L. Viana***

Sumário: 1. Introdução; 2. Diagnóstico gerencial de Campinas; 3. O financiamento do sistema municipalizado de saúde; 4. A integração rede básica-hospital; 5. Conclusão.

Palavras-chave: gerenciamento do sistema de saúde; financiamento das ações de saúde; integração interinstitucional dos serviços de saúde.

Análise da experiência recente do município de Campinas no que diz respeito à municipalização dos serviços de saúde. Três áreas receberam atenção especial: o gerenciamento do sistema, o financiamento das ações e a integração interinstitucional dos serviços.

The organization and management of the health services: an evaluation of the experience of Campinas, Brazil

This article analyses the recent experience in the municipalization of the health services in Campinas, São Paulo state, Brazil. Three areas received special attention: the management of the system, the financing of the actions and the inter-institutional integration of the services. It is concluded that the main obstacles which hinder the development of the municipalization of the health services are related to the following factors: the absence of a managerial attitude able to give administrative rationality and continuity to the system; inadequate financing of the health actions which reinforces the low quality clinical attendance detrimental to the social and collective programs; and, finally, the difficulty of implementing an integration among the many institutions of the health system.

1. Introdução

Este texto tem por objetivo trazer à tona a experiência recente de Campinas na área da municipalização dos serviços de saúde, focalizando, em particular, três aspectos cruciais para o avanço do processo de municipalização dos serviços de saúde: o gerenciamento do sistema, o financiamento das ações e a integração interinstitucional dos serviços.

Como o município de Campinas tem-se caracterizado, em vários aspectos, como pioneiro no processo de descentralização e municipalização dos serviços de saúde, considera-se a sua experiência importante para a geração de conhecimentos e tecnologias que permitem o aprimoramento desse processo em escala mais ampla.

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-chave a partir de instituições tais como secretarias municipal e estadual de saúde, Escritório Regional de Saúde, universidades e instituições privadas de

* Artigo recebido em out. e aceito em dez. 1993. Os autores agradecem o apoio financeiro do CNPq e Fapesp para a realização da pesquisa em que se baseia este artigo.

** Doutor em sociologia (Univ. Manchester). Pesquisador do Nepp — Unicamp. (Endereço: Unicamp-Nepp — Reitoria — Cx. Postal 6166 — Campinas, SP — 13081-970.)

*** Mestre em economia (Unicamp). Pesquisadora do Nepp-Unicamp.

saúde e Conselho Municipal de Saúde. O método qualitativo de análise é empregado principalmente na aplicação e interpretação das entrevistas.

2. 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 de serviços, onde os níveis regional/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.

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. Esses objetivos foram regulamentados nas diferentes instâncias por leis orgânicas e 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 passaram a fazer parte do cenário.

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 de São Paulo apresentam características gerenciais com estrutura mais consolidada, mantendo um grau de autonomia e independência tanto financeira quanto administrativa em relação ao SUS. Essas 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. Nesse sentido, as estruturas municipais reproduzem sistemas administrativos e gerenciais subdimensionados, com pouca flexibilidade e sem o desenvolvimento de indicadores e instrumentos que permitam uma análise e resposta oportuna às demandas.

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

As experiências conduzidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, 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 (financeira, de 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 Técnicos 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 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 sério congestionamento telefônico, e um número grande de UBS 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.

A estrutura da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas segue um formato verticalizado, formando-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. Já os indicadores gerenciais (custo financeiro, avaliação e controle de recursos humanos, uso de medicamentos, avaliação de programas etc.) estão desenvolvidos, embora tão-somente para avaliação da cobertura dos programas de saúde. Essa situação revela o quanto a política de descentralização absorve a capacidade institucional de uma determinada organização, ficando o desenvolvimento gerencial, quase sempre, para um segundo momento.

A criação de novos instrumentos de controle gerencial 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 do sistema. As razões para a ocorrência desse fato prendem-se à ausência de recursos humanos adequados e treinados 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, que impõe pesadas tarefas burocráticas às 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 nessa fase de implantação do SUS no estado de São Paulo.

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 (Ersas) também dificulta essa articulação.¹

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 nessa realidade. Algumas incursões, como os convênios da Secretaria Municipal de Saúde 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.

Em Campinas, as estruturas descentralizadas da Secretaria Municipal não são suficientes 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 gerência; com aproximadamente 3.300 funcionários, toda uma rede básica de serviços foi implantada num cenário que apresenta diversidades muito acentuadas.

De 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. Essa lacuna, além da grande instabilidade na manutenção da política de saúde, com a constante mudança de secretários e queda brusca no valor dos salários, tornou inconsistentes todas as experiências que se desenvolveram, por mais bem intencionadas que possam ter sido as concepções de política de saúde adotadas.

3. O financiamento do sistema municipalizado de saúde

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 nº 2, do Ministério da Saúde), devem ser administrados pelo Fundo Municipal de Saúde.

O aprofundamento do processo de municipalização encontra nos critérios adotados para o financiamento das ações de saúde um obstáculo considerável. Esses critérios tornam automático o repasse por produção, sendo que 50% dos recursos são distribuídos por critérios populacionais, e os demais 50%, por programas e outras peculiaridades do município como, por exemplo, contar com hospital ou ser referência de outros municípios. Acontece que essa outra metade continua sendo distribuída por critérios político-partidários, o que não permite o desenvolvimento contínuo e regular de projetos de saúde.

¹ À medida que os recursos federais passaram a ser pagos diretamente às prefeituras e ao setor privado, e os serviços estaduais foram municipalizados, a estrutura do nível regionalizado estadual (Ersas) tornou-se esvaziada e inadequada às novas funções (não mais de prestador de serviços e executor de ações de saúde) de articulador e assessor dos municípios, através de um gerenciamento indireto de caráter complementar e integrador. A reforma de 1986, que criou os Ersas e os Suds no estado, não teve desdobramentos, a nível das estruturas regionais, após a municipalização do período 1989-91. Tal fato provoca uma falta de sintonia entre a estrutura atual e as novas funções requeridas pelo atual estágio de municipalização.

O pronto atendimento, de qualidade reconhecidamente baixa, 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, público ou privado, a se adaptar ao sistema de faturamento. Para se ter uma idéia dos recursos de custeio gastos em saúde em Campinas, tomando o mês de março de 1993 (um mês que expressa uma média dos demais), pelas diferentes esferas de governo, 49,5% provêm 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, também porque as fontes de financiamento do Inamps têm gerado recursos decrescentes, em função da conjuntura recessiva.²

Dos recursos pagos diretamente pelo SUS (via Inamps) aos prestadores, 41% correspondem aos serviços prestados pelas universidades e Hospital Mario Gatti à população local, 40% àqueles oferecidos pela prefeitura e 19% àqueles do setor privado. 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.³

O montante de recursos aplicados em saúde pelo município em 1992 correspondeu a 10,37% da previsão orçamentária. Esse índice foi menor que nos anos anteriores (1989/91), quando se chegou a gastar entre 14 e 16%, o que, por sua vez, correspondeu a um aumento impressionante de recursos em relação à média histórica dos períodos anteriores de cerca de 5%. Esses recursos têm sido em grande parte canalizados para a expansão de capacidade física e de pessoal. Os gastos em atividades institucionais, até o momento, ainda não foram priorizados, e talvez seja essa a explicação para o pouco avanço, em termos de criação e uso de novos instrumentos gerenciais pelas estruturas municipais de saúde.

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. 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 a questão 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 três hospitais permanecem no sistema, além dos hospitais públicos e 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 chegam a significar cerca de 30% dos atendimentos médicos. Desde fins da década de 70, o negócio hospitalar deixou de ser lucrativo e, com isso, apenas um hospital privado foi aberto em Campinas nesse período.

² *Saúde no município de Campinas. Subsídios para o Plano Plurianual (1994-1997)*. Relatório interno. Secretaria Municipal de Saúde, Campinas, 1993.

³ Id. *ibid.*

4. 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 sucesso parcial e insuficiente. A tradição liberal da medicina e de autonomia do trabalho médico forma uma verdadeira cultura do individualismo que se opõe tanto ao trabalho em equipe como à articulação e à 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 nesse sentido. Não deixa de ser um paradoxo o fato de um hospital universitário público emergir como um dos maiores geradores do pensamento liberal privatista, aprisionando a escola médica nesse contexto. O HC tem-se mostrado incapaz de realizar uma articulação interinstitucional, interdisciplinar no sentido de racionalizar os serviços e formar um quadro orgânico na administração.⁴

Tanto os técnicos da Secretaria de Saúde como o departamento de medicina preventiva da Unicamp desenvolvem uma visão do hospital que, em vários aspectos, é crítica em relação ao *status quo*. Considera-se, nesse sentido, que o desenvolvimento do HC ocorre em desacordo com qualquer planejamento 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 em 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 um esquema de avaliação de desempenho de departamentos e de professores. A direção não exerce essa função e nem tem essa proposta. Esse fato explica a heterogeneidade entre as diferentes áreas e departamentos. Nessa 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.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde, os hospitais universitários deveriam ser encarados como parte do equipamento público de saúde e o ensino não deveria ser feito à margem do sistema de saúde. Isso significa que o hospital universitário não deveria ser tratado sob a ótica da autonomia universitária. Essa postura, no entanto, foi derrotada na legislação de saúde de 1990.

Em algumas áreas, no entanto, houve um relacionamento positivo entre prefeitura e HC, como no convênio que permitiu o arrendamento de uma das alas do hospital para a prefeitura, o que tem permitido cerca de 100 internações por mês. Nesse convênio, a

⁴ A tentativa de relacionamento da Secretaria de Saúde com o departamento de endocrinologia da Unicamp pode ser tomada 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 desse departamento que, no entanto, se mostrou pouco colaborativo. Para o departamento, o diabético seria mais bem diagnosticado e acompanhado no hospital, num ambulatório especializado, não obstante as inúmeras referências internacionais que preconizam a não-internação na grande maioria desses casos.

prefeitura entra com profissionais e o HC com materiais, sendo que as diárias pagas pelo Ministério da Saúde continuam a cargo do próprio hospital.

A dificuldade com a Pucc não foi menor. Embora algum sucesso tenha ocorrido nos convênios para um sistema de co-gestão em unidades básicas, o apoio da universidade tem sido muito pequeno diante do grande potencial que existe nesse sentido. Já com relação ao hospital municipal Mario Gatti, a intervenção da prefeitura resultou em maior proveito para integração dos serviços municipalizados. Embora sendo um hospital municipal, seu funcionamento ocorria independentemente da Secretaria de Saúde. Apenas a partir de 1989 houve a preocupação de integrá-lo ao serviço municipalizado, ao mesmo tempo que se introduziu um controle gerencial pela Secretaria de Saúde. As entrevistas realizadas com técnicos da prefeitura e com funcionários do hospital revelam, nesse sentido, que houve uma melhora considerável na produtividade e na qualidade dos serviços prestados, além de ter havido uma integração mais eficaz com a rede básica.

Apesar do relativo sucesso ocorrido com o hospital municipal, a crise de eficácia e o grande desperdício de recursos são, em grande medida, decorrência dessa falta de melhor articulação no interior do sistema de saúde. Por isso, o grande desafio gerencial e técnico do processo de municipalização dos serviços de saúde é realizar essa integração, conseguindo articular os diferentes componentes do sistema de saúde num todo inteligente e inteligível.

Se um paciente recebesse uma consulta num dos hospitais universitários e subsequentemente fosse referido para a rede básica, haveria, de acordo com a Secretaria de Saúde, condições de aliviar cerca de 30% da demanda de serviços da rede básica. O curioso é que boa parte da preparação do paciente cirúrgico do HC (eletroencefalograma, eletrocardiograma) 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 sustentado. Essa evolução, por sua vez, dificilmente ocorrerá sem uma vontade política em nível federal, estadual e municipal, que se imponha aos diversos interesses menores localizados.

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 liberal com a clientela, o que, basicamente, significa selecionar o atendimento conforme interesses financeiros. O hospital tem uma lógica econômica própria, pela qual seleciona casos e tratamentos de acordo com suas conveniências; se 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, Mario Gatti, chegaremos a apenas 20% dos leitos da cidade. Portanto, no atendimento hospitalar secundário, 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, cerca de 12 mil leitos eram oferecidos à rede pública por convênios e contratos. Em função dos baixos valores pagos e do crescimento da medicina de convênio tipo Unimed, esse número reduziu-se a cerca de 3 mil 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 demitida. Passou-se a trabalhar só com pacientes particulares e de convênios privados.

Em função disso, o déficit no número de leitos estimado em 1992 era superior a 800. Como a rede básica cresceu, o número de diagnósticos aumentou sem que boa parte deles possa ser resolvida pelo sistema. A espera para as operações, em muitos casos, dura em torno de seis meses. A situação melhorou um pouco com a central de vagas que, 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.

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, atualmente, a relação ocorre com o Ministério da Saúde. A prefeitura fez um esforço considerável para descentralizar esse 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 co-gestão. A co-gestão 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 co-gestão fiscalizaria a aplicação do dinheiro público; de outro, serviria para viabilizar o sistema de referência.⁵

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

Houve também um esforço de negociação com a Santa Casa e com o Irmãos Penteado que, no entanto, não chegou a bom termo. Essas 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.

5. Conclusão

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

⁵ O convênio com o hospital psiquiátrico Álvaro Ribeiro foi realizado segundo o princípio de co-gestão com a prefeitura e foi considerado exemplar. O hospital estava praticamente falido, com seu modelo de atenção ultrapassado, utilizando ainda eletrochoques, 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.

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 a se deixarem gerenciar por um sistema de saúde controlado pela prefeitura é perfeitamente previsível diante da tradição liberal e autônoma da medicina.

Quanto aos hospitais universitários, 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. 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 nessa 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. Essa diferenciação instiga os usuários a procurarem 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 essas 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 nesse âmbito, desmontando áreas tais como a vigilância epidemiológica e sanitária que, entre outras, deveriam estar sob sua responsabilidade.

O problema da insuficiência dos repasses federais para a saúde torna impossível a continuidade de vários programas estabelecidos pela Secretaria de 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 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. Essa 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 apenas parcialmente médicos.

A experiência da Secretaria de Saúde de Campinas obteve conquistas apenas parciais no sentido de tornar prático esse objetivo. Se houve estímulo para a formação de equipes de trabalho e formas alternativas de tratamento, outros fatos denunciam a ambigüidade desse 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 multiprofissional é insignificante. Além disso, o sistema de pronto atendimento, uma forma de clínica unanimemente reconhecida 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 essa situação, o prefeito, o secretário de 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 até 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 uma agência legítima de prestação e gestão de serviços de saúde. A conquista dessa 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, 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, nesse sentido, de que a única possibilidade de regeneração do sistema de saúde, além de elevar 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 às necessidades da população. Esse conhecimento, no entanto, só poderá tornar-se prático e real quando houver vontade de se implantar uma política de saúde regionalizada e uma nova forma de pagamento que contemple os aspectos sociais e coletivos da medicina.