Novos desafios à gestão em saúde: a experiência do município de Duque de Caxias, RJ*

Regina Cele de A. Bodstein**
Mônica de Castro Maia Senna***
Rosimary Gonçalves de Souza****

Sumário: 1. Introdução; 2. Descentralização em saúde; 3. Novas modalidades de gestão dos serviços de saúde em Duque de Caxias; 4. Considerações finais.

Palavras-chave: políticas de saúde; descentralização; modelo assistencial; gestão local de serviços de saúde.

Este artigo analisa o processo de municipalização da saúde — uma das diretrizes básicas da reforma do setor — em Duque de Caxias, RJ, do ponto de vista da reorganização da rede e do seu impacto na ampliação da oferta e distribuição dos serviços assistenciais. O artigo conclui que a crescente autonomia municipal provocou uma série de inovações na gestão local do setor, com o reaparelhamento técnico e administrativo, permitindo a ampliação e reativação da rede de serviços e, portanto, o aumento de cobertura da rede pública. Observou-se uma menor dependência do setor público em relação ao setor privado, quanto à oferta de atenção básica e de procedimentos de baixa complexidade. Identificou-se, ainda, a adoção do sistema de cooperativas de atendimento médico, como meio de contornar a rigidez do setor público na contratação de profissionais, suprindo as deficiências acumuladas na oferta de consultas e de serviços especializados no município.

---

* Este artigo, recebido em fev. e aceito em maio 1999, faz parte da pesquisa integrada Municipalização e Política Local de Saúde: Impacto na Reorganização dos Serviços, financiada pelo Projeto Papes/Fiocruz, com o apoio do CNPq.
** Socióloga, pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz) e doutora em saúde pública (e-mail: bodstein@manguinhos.ensp.fiocruz.br).
*** Assistente social, professora assistente da Escola de Serviço Social da UFF e mestre em saúde pública pela Ensp/Fiocruz.
**** Assistente social, professora assistente da Faculdade de Serviço Social da Uerj e mestre em saúde pública pela Ensp/Fiocruz.

New challenges to health care management, the experience of Duque de Caxias County, RJ

This paper analyzes the process of health care munipalization — one of the basic guidelines of the Brazilian health reform — carried out in Duque de Caxias, state of Rio de Janeiro. It focuses on the reorganization of the health care network and its impact on the increase of provision and distribution of those services. The paper concludes that the growing municipal autonomy in Duque de Caxias has led to a number of managerial innovations in the sector, including technical and administrative refurbishment, which improved the network of health care services and the population coverage by the public sector. In relation to the provision of basic care and low complexity procedures, there was a decrease on the public sector's dependence on the private one. On the other hand, the local Department of Health has been using the services of medical care cooperatives for the provision of medical consultations and specialized services, due to the difficulties that the public sector has to hire health professionals.

1. Introdução

Desde o início da discussão sobre a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, ainda em meados da década de 80, a descentralização tem sido vista como um instrumento adequado tanto para a redistribuição mais eficiente do escasso orçamento público, quanto para a incorporação de demandas, garantindo o controle e a participação popular na gestão dos sistemas locais de saúde. A partir daí a descentralização vem-se intensificando, gerando um processo inédito de transferência de responsabilidades e de recursos financeiros aos municípios. A municipalização da saúde, como uma das diretrizes básicas da reforma do setor, vem-se consolidando no decorrer dos anos 90.

Hoje a tendência de garantir aos municípios autonomia na gestão da rede de serviços é uma realidade inexorável, acarretando inúmeras inovações e impondo um ritmo acelerado às mudanças setoriais. A abrangência da municipalização e das inovações na gestão do sistema em todo território nacional, com influência e impacto tanto diversificado quanto contraditório, configura um dos principais desafios para os estudiosos da reforma do sistema de saúde no país.

Em termos analíticos, o deslocamento do processo decisório para os municípios, apesar de previsto desde os primórdios do SUS, introduz um conjunto de incertezas, gerando uma reforma setorial cujos conteúdo, alcance e implicações são ainda de difícil avaliação. Apesar da ausência de estudos e pesquisas avaliativas mais abrangentes sobre os rumos do SUS, é considerável a existência de reflexões sobre a implantação do sistema único entre nós, especialmente dentro do campo temático chamado de saúde coletiva, configurando um conjunto de análises e teses mais ou menos recorrentes (Elias,

1996; Cecílio, 1997; Mendes, 1996; Fleury, 1990; Muller Neto, 1991, entre outros).

Uma das proposições mais difundidas e de maior impacto refere-se **ao recente aumento indiscriminado da participação do setor privado na oferta de serviços de saúde no país**. Outra tese conhecida e largamente aceita diz respeito **ao caráter regressivo e iníquo de ações e programas focais, isto é, voltados especificamente para segmentos mais carentes da população e, portanto, para a maioria dos usuários dos serviços públicos de saúde.**

O argumento central defendido neste artigo é que, apesar do evidente apelo político — especialmente no contexto atual da reforma do Estado, com o conjunto de constrangimentos e restrições advindos do plano de estabilização e do ajuste fiscal —, essas proposições são basicamente genéricas e pouco explicativas. São necessários, nessa medida, uma reflexão mais criteriosa e estudos analíticos inovadores, com sólida fundamentação empírica, que possam servir de contraponto à generalidade dessas proposições.

O que parece razoável é um certo cuidado ao se propalar a existência de uma crise geral do SUS no Brasil. Se, de um lado, são evidentes alguns efeitos indesejáveis da implantação do SUS e da própria descentralização, por outro, é preciso chamar a atenção para a potencialidade do processo de descentralização/municipalização, que certamente acarreta alguns efeitos não previstos, mas não necessariamente negativos.

Metodologicamente, é aconselhável recuperar o nível municipal como um espaço de formulação e operacionalização de políticas setoriais, onde novos atores aparecem e redefinem tanto os espaços decisórios quanto a própria agenda da saúde. Portanto, é no nível do município que são tomadas decisões fundamentais em termos de alocação de recursos para a rede de saúde. Neste nível se reafirmam ou não decisões sobre a ampliação da capacidade instalada, o aumento da oferta de serviços, o modelo assistencial, a recuperação da rede de atenção à saúde (sucateada em quase toda sua extensão), a implementação de determinados programas sanitários do governo federal, o perfil e a qualidade do atendimento prestado, a distribuição espacial desses serviços, a contratação e capacitação de profissionais para o setor etc. Nesse sentido, é imprescindível que se privilegiem o enfoque microinstitucional e a metodologia de estudo de caso, para reconstruir diversidades e singularidades, sem perder de vista estudos comparativos, tão necessários quando se trata de compreender os desdobramentos atuais do SUS.

Nessa medida, este artigo visa a analisar alguns aspectos do processo de municipalização da saúde, tendo em vista suas implicações na **reorganização da rede de serviços de saúde, tomando como exemplo o caso de Duque de Caxias — município que integra a região metropolitana do Rio de Janeiro**. A partir do processo de municipalização em Caxias, **interessa compreender e avaliar o impacto das mudanças no perfil da**

oferta dos serviços de saúde, na redefinição do modelo assistencial e na introdução de novas modalidades na relação entre o setor público e privado.

2. Descentralização em saúde

A discussão em torno da descentralização municipal da política de saúde no Brasil adquire expressão política a partir de meados da década de 80. Com efeito, um intenso debate sobre o padrão de intervenção estatal na área social consolidado historicamente no país ganha corpo no processo de democratização, tomando como ponto central a crítica ao modo de funcionamento do aparato público produtor de políticas sociais, principalmente pelo seu caráter altamente centralizado, burocratizado, privatista e excludente.

Neste contexto, a descentralização aparece como estratégia fundamental para a conformação de uma nova agenda setorial. De um lado, a perspectiva de descentralização se apresenta como mecanismo mais eficiente de redistribuição do orçamento público e de reversão de tendências generalizantes dos projetos de gestão e de planejamento. De outro lado, reivindica-se a descentralização do Estado para a democratização das instituições, da gestão pública e do exercício do poder, seja pela ampliação do campo dos direitos e liberdades, seja pela progressiva incorporação dos setores excluídos ou marginalizados às instituições representativas, ou, ainda, pelo maior controle e participação populares na atuação das administrações públicas. Enfim, a municipalização aparece como instrumento crucial na reforma do setor saúde, encerrando inúmeras possibilidades de construção de um novo sistema de saúde, a partir de um modelo de atenção mais eficiente e de melhor qualidade, rompendo com o padrão anterior (Senna, 1995).

Boa parte da literatura sobre o tema gerada nesse período tende a identificar os objetivos da descentralização com a democratização do Estado e a promoção de maior justiça distributiva, através de políticas sociais mais eficientes e equânimes. Assim, o tema da descentralização acompanhou desde o início o debate em torno da redemocratização, tornando-se cada vez mais central ao processo de redefinição e de aperfeiçoamento das políticas sociais. O Estado centralizado é visto como altamente negativo, tanto do ponto de vista institucional quanto da perspectiva das políticas públicas, na medida em que distancia os centros decisórios dos cidadãos e burocratiza o processo político, facilitando a ação dos grupos de pressão e dos interesses corporativos.

Assim, a descentralização significava a possibilidade de ampliação de direitos, de autonomia/fortalecimento das esferas estaduais e municipais e de participação cotidiana dos cidadãos na gestão pública, potencializando uma distribuição dos gastos públicos com maior eqüidade.

Convém, entretanto, chamar a atenção para o fato de que a descentralização é um processo político cujo impacto depende do jogo entre forças político-institucionais e sociais mais amplas. A descentralização, portanto, não pode ser compreendida de forma desvinculada das características mais gerais do padrão de incorporação de demandas e do perfil das políticas públicas no país (Bodstein, 1993). É fundamental perceber que tanto a descentralização quanto a participação são processos que envolvem a definição de novos atores sociais que esbarram com freqüência em mecanismos e atores políticos tradicionais. Neste sentido, o populismo e o clientelismo constituem práticas historicamente consolidadas entre nós e que se desdobram em relações permeadas pelo autoritarismo/paternalismo, marca registrada do relacionamento entre governo e políticas públicas. Assim, se de fato a participação e o controle dos atores políticos parecem, a princípio, estratégias mais viáveis no nível local, o deslocamento do processo decisório para as instâncias municipais, contudo, não é suficiente para evitar a intermediação de práticas populistas e clientelísticas.

Campos (1990), ao realizar um balanço sobre o processo de municipalização da saúde, introduz alguns elementos para se pensar a relação descentralização/democracia no caso brasileiro. Em primeiro lugar, segundo o autor, no nível local também predomina a lógica do privado através de mecanismos como clientelismo, fisiologismo e paternalismo, aliada aos interesses de grupos minoritários, empresários e grupos políticos, conformando um determinado modelo de incorporação de demandas sociais de forma seletiva e restritiva, atendendo a interesses particulares. De outro lado, Campos (1990) assinala que um maior controle popular dependerá fundamentalmente da organização da sociedade civil para implementar esta proposta e da própria configuração do poder nos níveis nacional e local.

Nesta direção, se de fato é no município que se pode estabelecer de forma mais direta e cotidiana o contato entre cidadãos e instituições públicas, é necessário perceber que a descentralização e a participação social envolvem a definição de novos atores, esbarrando com freqüência em arranjos e atores políticos tradicionais vinculados a interesses consolidados.

Dessa forma, os municípios devem ser considerados como espaço no qual se expressam acordos, alianças, confrontos e disputas de distintos interesses políticos e forças sociais que marcam e moldam o território político local, dentro dos contextos regional e nacional.

Assim, analisar o impacto da municipalização na oferta e na qualidade dos serviços de saúde impõe o entendimento de que o perfil desta oferta apresenta arranjos específicos entre o setor público e o privado, que marcam a organização da rede em todos os seus níveis de atendimento. Além disso, as características do processo de negociação em torno da municipalização da saúde — que refletem as forças políticas em jogo tanto no plano estadual quanto no municipal — são variáveis fundamentais. Do ponto de vista analíti-

co, trata-se de identificar, portanto, que o crucial é a redefinição da agenda setorial e o estabelecimento de uma nova arena decisória, onde atores políticos e instituições constituem e conformam o sistema de saúde local.

Se o desafio do setor centra-se na reorganização da prática de atenção à saúde e na possibilidade de construção de um novo modelo assistencial, garantindo eqüidade no acesso e maior resolutividade nas ações, parece imprescindível uma abordagem destas questões que leve em conta o novo papel do município e a crescente autonomia dos gestores locais do sistema de saúde, bem como a presença de novos agentes e sujeitos sociais, recriando espaços de participação e o próprio processo decisório.

3. Novas modalidades de gestão dos serviços de saúde em Duque de Caxias

Tomando como estudo de caso o município de Duque de Caxias, na Baixada Fluminense, e privilegiando o enfoque microinstitucional, buscou-se **analisar o processo de reestruturação da gestão da Secretaria de Saúde e o impacto na oferta dos serviços locais de saúde**.

A rede de serviços é vista aqui como *locus* de conformação de interesses e demandas sociais, expressando arranjos entre: gerentes locais de saúde, prestadores de serviços, usuários, Conselho Municipal de Saúde, empresas médicas conveniadas ao SUS e Secretaria Municipal de Saúde.

A tarefa inicial para a realização da pesquisa centrou-se, portanto, em mapear no município eleito os atores e instituições que, após o início efetivo da municipalização, passaram a compor a nova arena decisória com influência na definição do perfil médico-assistencial.

Assim, partimos da concepção de que o perfil da oferta dos serviços de saúde configura um conjunto de interesses construídos nas relações entre diversas esferas de governo e atores sociais. Consideramos também necessário salientar que os diversos atores têm influência e capacidade diferenciada de interferir no padrão de formulação e de implementação das políticas de saúde com impacto na rede de serviços.

O processo de municipalização da saúde em todo o estado do Rio de Janeiro foi definido como uma diretriz do convênio Suds já no início de 1988, implicando o repasse da gestão de unidades públicas federais e estaduais, bem como da rede privada conveniada às secretarias municipais de Saúde. Este processo, contudo, é permeado por inúmeros conflitos e contradições.

Os municípios da Baixada Fluminense foram os últimos do estado a aderirem à municipalização da saúde e, entre estes, Duque de Caxias foi o último, tendo assinado o convênio de municipalização somente em julho de 1991.

Albuquerque (1994) destaca a importância de divergências políticas no adiamento da assinatura dos convênios na região, sobretudo quanto às oposições de natureza político-partidária entre os governos estadual e municipais.

Se estas questões têm um peso significativo na condução do processo de municipalização, é preciso também considerar que o repasse da gestão das unidades para a esfera municipal esbarrou na precariedade da estrutura administrativa da Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias, além do receio da restrição, de uma hora para a outra, do repasse financeiro dos governos federal e estadual, inviabilizando a nova gestão municipal. Assim, inicialmente, a secretaria se recusou a aceitar a condição de gestor das unidades estaduais e federais que compunham a rede de saúde local, em virtude da restrição orçamentária e da falta de garantia de continuidade do repasse financeiro. Como afirma o coordenador de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias, Aurélio Campos: "Você sempre ouve dizer que Caxias relutou em fazer parte do SUS, mas eu, que sempre tive uma prática com as pessoas que trabalham em saúde, discordo dessa afirmação. Porque o que preocupava naquele momento o comandante da saúde dentro do município, o secretário de saúde, era o fato de, ao serem repassadas as obrigações dessa doutrina filosófica da saúde, não vinham também os recursos para a coisa poder andar" (entrevista concedida em 17 mar. 1998).

Nesta direção, a municipalização em Caxias era vista pelos próprios gestores municipais como uma imposição e até mesmo como uma penalidade ao município: "No início, que eu lembre, houve uma sobrecarga, um ônus para o município. Na verdade, foi uma passagem de recursos, de materiais, de prédios, de pessoal que o município teve de administrar. Tudo isso sem planejamento prévio, com toda a estrutura do antigo Inamps (Fátima Sayeg, coordenadora de saúde coletiva da Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias, em entrevista concedida em 17 fev. 1998).

Sem capacidade administrativa e sem os recursos financeiros para gerenciar o sistema local de saúde, o município enfrentou grandes dificuldades, adotando o que os gestores da saúde no município denominam *política de sobrevivência.* A superação destas dificuldades iniciais veio ao final de 1995, quando o município passou à gestão semiplena, condição que lhe permite maior autonomia financeira e administrativa. A Secretaria Municipal de Saúde passou a assumir integralmente a gestão dos serviços, a saber: **"planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados; assume o gerenciamento de toda a rede pública existente no município, exceto unidades hospitalares de referência sob gestão estadual; assume a execução e controle das ações básicas de saúde, nutrição e educação, da vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de saúde do trabalhador no seu território, conforme definido na comissão bipartite; recebe mensalmente o total de recursos**

financeiros para custeio correspondentes dos tetos ambulatoriais e hospitalares estabelecidos" (Cosems, 1997:69).

Com efeito, para a burocracia municipal da saúde em Caxias, o reconhecimento do início do processo de municipalização data de 1995, quando o município passou à condição de gestão semiplena, o que lhe confere, de fato, maior autonomia financeira e de gestão. Assim é que, segundo depoimento do coordenador de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias, Aurélio Campos, a gestão semiplena concedeu àquele município "um arejamento financeiro. Realmente daí em diante é que se começou a criar alguma coisa, porque até então era a política da sobrevivência" (entrevista concedida em 17 mar. 1998).

Nesta perspectiva, cabe ressaltar a importância da capacidade técnica da esfera municipal para exercer de fato, e não só de direito, a função de gestão da rede de serviços, princípio estratégico para o avanço do processo de descentralização. A competência para formular e gerir a política de assistência à saúde historicamente esteve vinculada à esfera federal, representada setorialmente pelo antigo Inamps.

A particularidade de Duque de Caxias vincula-se à cristalização de um perfil assistencial voltado apenas para a rede básica e para os atendimentos mais simples. A rede básica, de péssima qualidade e com nenhuma resolutividade, foi historicamente constituída de postos e minipostos de saúde, configurando um atendimento precário e insuficiente. A assistência terciária a cargo do município sempre foi praticamente inexistente. Na verdade, este nível de atenção à saúde estava representado pelo Hospital Geral de Duque de Caxias e pelo Hospital Infantil Ismélia Silveira, ambos permanecendo durante anos parcialmente inoperantes. A atenção secundária era prestada pelos PAMs, unidades então vinculadas à esfera federal. Mesmo as unidades mistas do Programa Especial de Saúde da Baixada Fluminense (Pesb), de baixa complexidade, eram gerenciadas pela Secretaria Estadual de Saúde.

Com o processo de municipalização em curso, a Secretaria Municipal de Saúde se viu diante da tarefa de gerir uma rede de serviços heterogênea e não integrada institucionalmente. Este processo, contudo, propiciou o agrupamento, no interior da secretaria, de um conjunto de técnicos capacitados, oriundos do extinto Inamps e da Secretaria Estadual de Saúde, os quais, somando esforços com técnicos da própria secretaria municipal, conseguiram aliar vontade política com competência técnica na reorganização da assistência à saúde no município.

Assim, se a municipalização da saúde em Caxias teve seu início marcado por um processo ambíguo com respeito às responsabilidades a serem assumidas, a descentralização, ao mesmo tempo, propiciou a montagem da própria estrutura da Secretaria Municipal de Saúde.

É certo que, de forma geral, a municipalização, como uma das diretrizes de implantação do SUS, muito contribuiu para a criação ou o fortaleci-

mento das secretarias municipais de saúde, e também para a estruturação da assistência à saúde em várias localidades. No entanto, os rumos deste processo apontam na direção da influência da arena política local na conformação do perfil da oferta dos serviços de saúde, apresentando inúmeras possibilidades de inovação ou continuidade na organização dos serviços.

O importante é que tanto questões de ordem técnico-administrativa quanto as condições da política local têm peso significativo na definição do perfil médico-assistencial e nos arranjos entre os setores público e privado, que adquirem especificidade em cada município.

A questão é saber se, no caso de Caxias, a crescente autonomia municipal tem permitido inovações na gestão local da saúde, visando a uma busca de eficiência na utilização dos recursos e à ênfase na diminuição da iniqüidade em relação ao acesso e à qualidade dos serviços prestados pelo setor público. A vontade e a decisão políticas devem vir acompanhadas de medidas e mecanismos administrativos mais eficientes, visando sobretudo a melhorar a utilização dos recursos e otimizando os resultados. Nesse sentido, é preciso salientar a necessidade de que as instâncias administrativas municipais ultrapassem a denúncia da escassez de recursos, que de fato ocorre, e passem a enfrentar a questão do desvio de verbas e da má utilização e alocação dos recursos existentes. A procura de maior eficiência técnica nos serviços deve incluir não só o aumento de cobertura da rede pública, como também a mudança do modelo assistencial e das bases da relação entre os setores público e privado.

Em Duque de Caxias, é unânime entre os diversos atores sociais, sejam eles aliados ou de oposição ao atual partido no Poder Executivo municipal, o entendimento de que de fato ocorreu um aumento da oferta das ações de saúde no município, aumento este atestado pela própria percepção da população usuária da rede. Sem dúvida, tal aumento, aliado a uma recuperação física da rede de saúde, seria impossível sem a vontade do atual prefeito em investir politicamente no setor.

Nesta perspectiva, a aproximação com o perfil atual de produção e distribuição de ações médicas no município torna evidente um significativo **aumento da oferta de serviços** do setor público a partir de 1995, refletindo a condição de gestão semiplena conseguida no início daquele ano (Brasil, 1993).

Com efeito, muitos programas passam a ser implementados nas unidades de saúde a partir de 1996, através de recursos advindos do repasse financeiro garantido pela nova condição de gestão. A esses recursos soma-se também o aumento da arrecadação geral do município nos anos 90, da qual 10% passam a ser destinados à saúde, como exigência de contrapartida financeira posta pelo Ministério da Saúde.

Este incremento na oferta de ações e serviços de saúde em Caxias, após a municipalização, deve ser avaliado tendo em vista a forma como se estruturou historicamente a rede médico-assistencial local. Algumas análises sobre o

perfil da oferta de serviços de saúde na região da Baixada Fluminense entre o final da década de 80 e início dos anos 90 (Rosa, 1990; Tavares, 1991; Souza et alii, 1993; Albuquerque, 1994) são unânimes em apontar a precariedade, bem como o déficit de recursos de saúde na região, agravado pela alta concentração desses recursos no 1º distrito, área central do município. Aí se concentravam, em 1987, 95% dos leitos, 81% dos consultórios médicos e cerca de 50% da população total do município (Rosa, 1990).

A precariedade dos serviços de saúde no município esteve sempre presente na pauta de reivindicações do movimento popular em Duque de Caxias, constituindo uma demanda legítima de acesso à assistência em saúde.

Atualmente, parece minorado o déficit da oferta dos serviços de saúde no município, em decorrência do investimento da Secretaria Municipal de Saúde na rede assistencial, através da reativação de unidades existentes antes inoperantes, como as unidades comunitárias de saúde, os postos médico-sanitários localizados nos 2º, 3º e 4º distritos, o Hospital Geral de Duque de Caxias e a Maternidade Municipal de Xerém, implicando um aumento da capacidade instalada e da oferta de serviços, sem abertura de novas unidades.

No caso de leitos obstétricos, o déficit no município era alvo de fortes protestos do movimento social local, dadas as altas taxas de mortalidade materna em função da baixa qualidade da assistência ao parto prestada pelas casas de saúde conveniadas, então o principal prestador no município. As denúncias sobre o mau atendimento a gestantes e parturientes foram documentadas no chamado *Dossiê Caxias* (Comissão de Mulheres do MUB, 1986), fruto da mobilização da comissão de mulheres da Federação da Associação de Bairros de Duque de Caxias (MUB). Esse dossiê foi publicado em 1986 pela Comissão Especial dos Direitos da Reprodução da Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (Alerj), dando impulso ao movimento, que contou também com fortes aliados na Coordenadoria de Avaliação e Controle, na Ordem dos Advogados do Brasil, no Conselho Regional de Medicina (Cremerj) e na Secretaria Estadual de Saúde, culminando no descredenciamento e até mesmo no fechamento das casas de saúde denunciadas.

A recente reestruturação da Maternidade Municipal de Xerém, que, segundo depoimentos dos gestores, realiza atualmente 19 partos/dia, veio dar resposta a uma carência antiga do município, somando-se aos leitos obstétricos do hospital geral. Segundo os gerentes de algumas unidades de saúde, Caxias chega inclusive a prestar atendimento a usuários de municípios vizinhos que demandam serviços, revelando um efeito perverso: um aumento súbito e inesperado de demanda voltada para aquele serviço que mostra melhor qualidade e resolutividade.

É visível o investimento na rede pública municipal após o início da descentralização. Estudos mostram que Duque de Caxias tinha nos anos 70/80 uma das maiores redes conveniadas do país, com 90% dos leitos privados. Atualmente há uma tendência à inversão deste padrão, com significativa re-

dução das casas de saúde conveniadas ao SUS. Isto nos coloca diante de uma mudança significativa no tocante à estrutura de interesses em torno da saúde no município, já que o que se assiste é uma reacomodação ou até mesmo um recuo da presença do setor conveniado de um dos principais atores com influência no perfil de organização da atenção à saúde não só em Duque de Caxias, mas em toda a Baixada Fluminense.

Em Caxias é possível perceber um incremento na produção e uma melhor distribuição das ações de saúde a cargo do setor público. É considerável a reativação dos serviços públicos, principalmente nos níveis de atendimento primário e secundário. O município não conseguiu ainda, apesar de algumas medidas tomadas recentemente, equacionar o déficit nos procedimentos de média e alta complexidades. Assim, é necessário **reconhecer o aumento na oferta de atendimento básico e ambulatorial de responsabilidade municipal, *vis-à-vis* o declínio da participação do setor conveniado.** Um indicador é a expansão do número de consultas simples e de urgência nas unidades básicas, que chega a triplicar de 1997 para 1998.

Por outro lado, apesar da abertura de novos leitos obstétricos no setor público, os convênios com o SUS ainda são necessários para suprir a demanda. Tais convênios vêm declinando, gerando uma situação ainda de muito conflito e incerteza quanto aos rumos da relação entre os setores público e privado. O fato é que, no geral, o setor conveniado freqüentemente apresenta pedidos de aumento dos preços pagos pelo governo federal, denunciando que a verba do SUS é insuficiente para cobrir sequer os procedimentos terapêuticos mais simples. Aliás, desde o início dos anos 90, os baixos valores fixados na tabela do SUS para reembolso das despesas médico-cirúrgicas têm provocado o fechamento de vários convênios do setor público com clínicas e maternidades. Não é de se estranhar o fato de, como medida de sobrevivência, as casas de saúde, clínicas e maternidades privadas virem incrementando novos convênios com os planos privados de saúde e com empresas de medicina de grupo, atestando o vigor e o crescimento deste setor em todo o país.

Uma análise sobre as motivações que levaram a esse rearranjo nas relações atuais entre o setor privado e o SUS deve buscar compreender que tanto o aumento na oferta de atendimento pelo poder público quanto o desinteresse do setor privado em manter os convênios diante das baixas remunerações do SUS são fatores cruciais, explicando a migração deste setor para a medicina de grupo e o setor de seguros-saúde.

A magnitude do setor conveniado ao SUS hoje em Caxias é principalmente representada pelos serviços de apoio diagnóstico, responsáveis pela maioria dos exames complementares do município, uma vez que os laboratórios públicos são voltados para o atendimento das demandas de urgência das unidades mistas e dos hospitais, além de exames de baixa complexidade. Ainda assim a qualidade dos exames destas instituições conveniadas é questionada, e muitos profissionais afirmam que os resultados nem sempre são confiáveis.

O aumento na oferta dos serviços pela esfera municipal não rompeu, entretanto, com uma característica essencial prevalecente no modelo de produção e distribuição de serviços de saúde na Baixada Fluminense nos anos 70 e 80, qual seja: o déficit de serviços de maior complexidade com incorporação de tecnologia médica, nos níveis ambulatorial e hospitalar, tanto do setor público quanto do privado. Assim, o padrão de prestação de serviços pelo setor privado tem, como vimos, enorme peso neste período. Entretanto, "Na Baixada Fluminense (no período assinalado), a compra de serviços de saúde ao setor privado pelo Estado tem características próprias no que se refere aos níveis de complexidade privilegiados. Não se verificam ações de saúde especializadas, com incorporação de modernas tecnologias, contrapondo-se, portanto, à regra geral nos centros urbanos do país. Na Baixada, o setor privado atua basicamente na prestação de serviços ambulatoriais, com oferta de leitos nas clínicas básicas de pequena complexidade e com serviços de apoio diagnóstico" (Souza et alii, 1993:47).

A municipalização em Caxias ainda não conseguiu dar respostas ao déficit nos procedimentos de média e alta complexidades. A saída ainda tem sido a chamada "**rebocoterapia**", ou seja, o encaminhamento para atendimento em outros municípios, principalmente o do Rio de Janeiro, muitas vezes fazendo-se valer de mecanismos informais de acesso (já que os formais parecem não funcionar), como a amizade e relações entre os profissionais e os serviços.

Na visão do atual secretário municipal de Saúde, Danilo Gomes, o orçamento pobre (R$2,9 milhões provenientes do Fundo Nacional de Saúde e cerca de R$2 milhões da receita própria do município que é aplicada na saúde) é o principal responsável pela falta de uma UTI no antigo Hospital Geral de Duque de Caxias (*O Dia*, 1997). Há uma expectativa pela inauguração do hospital de Saracuruna, vinculado à Secretaria Estadual de Saúde, o qual, pela propaganda oficial, amenizará o déficit de UTIs e leitos de média e alta complexidades do município.

Toda essa expansão da rede de saúde aqui retratada tem como seu principal agente a burocracia vinculada à Secretaria Municipal de Saúde. Sua centralidade técnico-política no processo decisório local é evidente. O que se estranha é o papel subordinado do Conselho Municipal de Saúde de Duque de Caxias, entidade em funcionamento desde 1991. Segundo declarações dos representantes dos usuários no Conselho Municipal de Saúde, ele se restringe a ratificar os projetos e medidas da Secretaria Municipal de Saúde, não desempenhando um papel propositivo em termos da discussão de prioridades, de formulação do Plano Municipal de Saúde e do próprio modelo assistencial, como seria, em tese, sua atribuição (Brasil, 1995). Em face dessa dinâmica, é necessário ressaltar a história do movimento social local, cuja principal plataforma de luta no final dos anos 70 e na década de 80 foi certamente suprir a carência de atendimento à saúde na região (Mainwaring, 1988).

Um ponto fundamental para a compreensão das atuais tendências na gestão dos serviços adotada em Caxias e, ao que parece, em outros municípios do país, diz respeito à introdução do **sistema público de cooperativas de atendimento médico**. A Secretaria Municipal de Saúde de Caxias adotou, desde meados de 1997, as cooperativas como estratégia de ampliação e fixação de profissionais de saúde em algumas unidades públicas da região.

O sistema de **cooperativas médicas** dentro do setor vem ganhando espaço crescente e se consolidando como uma forma ágil tanto para aumentar o número de profissionais de saúde trabalhando na rede pública quanto para suprir as deficiências acumuladas na oferta de consultas médicas e de procedimentos médico-cirúrgicos mais especializados. Assim, na medida em que contorna, de certa forma, os baixos salários oferecidos pelo setor público, provoca um impacto positivo na produtividade das unidades "cooperativadas". O sistema tem permitido a reativação e reforma de hospitais e outras unidades de saúde, e, conseqüentemente, a abertura de leitos, ambulatórios etc. Garantindo a presença de médicos no local de trabalho e diferenciando-se, assim, do quadro de grande absenteísmo verificado em todo o sistema local de saúde, as cooperativas rompem, em princípio, com o estado de grande precariedade e desassistência do município.

Do ponto de vista dos gestores locais, a estratégia tem sido eficiente não só em contornar a rigidez burocrática na contratação de profissionais para a rede pública, mas sobretudo em permitir uma melhoria substancial no padrão histórico de acesso e atendimento da rede de saúde. Porém, há fortes indícios da dificuldade das unidades no desenvolvimento de ações de promoção e de educação em saúde, já que o pagamento do cooperativado parece não contemplar esta modalidade de ação.

Assim, o importante é observar que as cooperativas representam uma forma de recuperação e expansão da rede, desde que mantidas sob a lógica da gestão pública de cada unidade que concretamente absorve os profissionais cooperativados. Além disso, é necessário o controle das secretarias municipais, evitando a perda da capacidade gerencial e técnica do setor público, o que diminui a dependência diante da oferta de serviços do setor conveniado e cria uma nova modalidade de relação entre os setores público e privado no âmbito da saúde.

Do ponto de vista da categoria médica, se a ausência de direitos trabalhistas gera muita resistência e insatisfação, por outro lado significa, no curto prazo, a obtenção de um posto de trabalho para aqueles profissionais em início de carreira ou com dificuldade de encontrar colocação. Para outros profissionais médicos pode significar a possibilidade de recuperação dos baixos e irrisórios salários pagos pelo setor público. O grande inconveniente do sistema, o que se constata através dos depoimentos, é a alta rotatividade, isto é, a não-fixação dos profissionais no local de trabalho. Essa ausência ou precariedade nos vínculos entre profissional e serviço gera outros problemas. Sem dú-

vida, permite tanto a contratação de profissionais pouco qualificados quanto a ausência de compromissos formais desse profissional com o serviço. Além disso, no médio e longo prazos, pode implicar a ausência de uma chamada "inteligência" ou *expertise* dentro dos hospitais públicos, tão necessária, como se sabe, para garantir um alto padrão técnico ao serviço público. Tais profissionais "catedráticos" respondem, ainda hoje, pela formação, aperfeiçoamento e reciclagem dos jovens profissionais, fator fundamental na qualidade do serviço prestado. Tudo isso faz com que o sistema de cooperativas médicas, *vis-à-vis* o panorama político atual do setor saúde, seja uma questão complexa e polêmica e, ao que parece, de difícil reversão em um contexto nacional adverso e de contenção dos gastos públicos.

4. Considerações finais

Um dos principais méritos da discussão aqui apresentada é chamar a atenção para a importância de estudos que tragam evidências empíricas sobre os rumos e desdobramentos atuais na estrutura de prestação de serviços de saúde. Uma das grandes inovações do perfil das políticas de assistência à saúde é, sem dúvida, o ritmo imprimido nos últimos dois anos ao processo de descentralização, provocando experiências e iniciativas locais de racionalização da gestão da rede de serviços e novas modalidades de relação entre o setor público e privado.

Nesta perspectiva, um dos principais argumentos aqui defendidos é que o contexto atual de reforma do setor saúde no Brasil abre inúmeras possibilidades de reorganização da estrutura de financiamento e do modelo de gestão do setor. A conjuntura atual, usualmente rotulada como de profunda crise setorial, é, paradoxalmente, fértil em mudanças no conjunto de práticas de atenção à saúde e no próprio modelo assistencial.

Como a experiência do município de Duque de Caxias demonstra, refletindo, por certo, outras tantas experiências de municipalização, o aprofundamento da descentralização tem possibilitado maior eqüidade no acesso e maior resolutividade, pelo menos no nível de atendimento básico. Isso é possível desde que ocorra vontade e decisão políticas de investir tecnicamente no setor, incrementando a responsabilidade do setor público com a rede de saúde. O salto de qualidade torna-se viável desde que a administração municipal estabeleça padrões mais modernos de gestão em todo o setor público. Na área da saúde isso se reflete na introdução da reorganização, recuperação e reativação da rede assistencial como questão prioritária da agenda pública. Como sinaliza uma autoridade local, "se a questão da saúde não elege, ela pelo menos derruba". A nova realidade eleitoral, ao que parece, exigindo constante prestação de contas dos gestores municipais, tem induzido a uma certa racionalidade e transparência na alocação de recursos e no controle dos gastos pú-

blicos. É possível pensar que situações de corte de verbas e restrições orçamentárias, sempre traumáticas quando incidem sobre a saúde pública, podem provocar um efeito imprevisível, induzindo de fato à eleição de medidas de maior eficácia e eficiência na administração pública.

A análise dos rumos da assistência médica no município de Duque de Caxias aponta para um indiscutível aumento da oferta de ações médico-sanitárias, que tem seu principal marco no processo recente de intensificação da descentralização com autonomia financeira e gerencial. Tais iniciativas devem ser contextualizadas, já que a história recente de Duque de Caxias, e de todos os municípios da Baixada Fluminense, demonstra um profundo descaso com a saúde e com medidas de saneamento básico. A região apresenta ainda hoje um considerável déficit na oferta de infra-estrutura de equipamentos sociais e de saúde. A área da saúde, em particular, tinha como um dos seus traços marcantes a presença de uma das maiores redes conveniadas do país, sendo que 90% dos leitos hospitalares disponíveis eram do setor privado. (Há indícios de que atualmente essa percentagem tenha baixado para 60%.)

Além disso, a região ficou nacionalmente conhecida por possuir altos níveis de corrupção e fraudes no setor saúde como um todo, bem como baixíssimo padrão de atendimento e oferta reduzida de serviços. O sucateamento da rede assistencial era notório, junto com a ausência de médicos e equipes de plantão. Tudo isso concorria para que a região ficasse famosa pela precariedade ou ausência de algo que se assemelhasse a uma "rede" pública de atenção à saúde, inflacionando a demanda de atendimento médico-hospitalar na cidade do Rio de Janeiro.

Dessa forma, é evidente que a região como um todo, e Caxias em particular, apresenta ainda hoje um considerável contingente de população excluída ou pelo menos com enorme dificuldade de acesso à rede de serviços de saúde, mesmo no que diz respeito ao nível de ações básicas e de atendimentos primários. Apesar de a política de saúde no pós-88 ter sido pautada pela política universalista de inclusão de clientelas e de usuários, o que se vê é uma baixa cobertura assistencial, mesmo na região metropolitana do Rio de Janeiro. Não é de se estranhar que o deslocamento do processo decisório para a esfera municipal traga, como no caso de Caxias, um conjunto considerável de desafios gerenciais, financeiros e técnicos, mesmo que a prefeitura se proponha de início a equacionar minimamente a questão assistencial. É necessário perceber e ter clareza que o impacto da nova gestão sobre as condições de saúde da população, objetivo último de qualquer ação médico-sanitária, é de difícil avaliação, considerando o tempo relativamente curto de implementação dessas medidas gerenciais e a magnitude dos problemas sociais do município.

O que se pode atestar é, sem dúvida, o choque de qualidade e de seriedade que se imprimiu à Secretaria Municipal de Saúde e à rede de serviços do município nos últimos anos. O impacto que se aponta em termos assistenciais é representado sobretudo pela significativa expansão da oferta de ações de

saúde, notadamente na rede primária e no atendimento básico. O investimento neste nível de atenção, em detrimento dos de média e alta complexidades, representa, na perspectiva dos gestores locais, uma prioridade técnico-política, respondendo, assim, à histórica precariedade assistencial da região, possibilidade aberta pelo próprio processo de descentralização.

A análise da temática em Duque de Caxias tem revelado um conjunto de indagações e análises fecundas sobre o processo de municipalização da saúde e o conseqüente impacto na organização dos serviços. Compreender e avançar nesta temática exige estudos de caso, instrumentos metodológicos fundamentais para acompanhar as mudanças e inovações setoriais desde seu início, revelando as singularidades e especificidades do processo de municipalização da saúde em curso no país.

Se a municipalização é hoje uma realidade no setor, o impacto que o processo tem causado nos vários municípios apresenta diversidades no perfil da oferta dos serviços e no *mix* público/privado, em articulação direta com o processo de intermediação de interesses entre atores com projetos políticos distintos.

Neste sentido, a busca pela reconstrução das diversidades e singularidades do processo não prescinde da riqueza propiciada pela construção de análises comparativas tão fundamentais para um país de dimensões continentais como o nosso.

Referências bibliográficas

Albuquerque, Paulete Cavalcanti. Planejamento e participação popular em saúde: o caso de Duque de Caxias. Rio de Janeiro, Ensp/Fiocruz, 1994. (Tese de Mestrado.)

Bodstein, Regina Cele (org.). *Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas.* Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1993.

Brasil. Ministério da Saúde. *Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei.* Brasília, Ministério da Saúde, 1993.

———. *Avaliação do funcionamento dos conselhos estaduais e municipais de saúde. Relatório executivo.* Brasília, CNS/PNDU/MS, 1995.

Campos, Gastão Wagner de Souza. Um balanço do processo de municipalização dos serviços de saúde no Brasil. *Saúde em Debate.* Cebes, *28,* 1990.

Cecílio, Luiz Carlos de Oliveira (org.). *Inventando a mudança na saúde.* São Paulo, Hucitec, 1997.

Comissão de Mulheres do MUB. *Dossiê Caxias: maternidades maltratando mulheres e bebês causam até mortes!* Rio de Janeiro, Alerj, 1986.

Cosems. *Manual gestor do SUS.* Rio de Janeiro, Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, Lidador, 1997.

Elias, Paulo E. *Descentralização: a busca de uma nova eficácia social para o setor saúde*. São Paulo, 1996. (Cadernos Cedec, 56.)

Fleury, Sônia Maria. Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, FGV, *24*(2), 1990.

Mainwaring, Scott. Os movimentos populares de base e a luta pela democracia: Nova Iguaçu. In: Stepan, Alfred (org.). *Democratizando o Brasil*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1988.

Mendes, Eugênio Vilaça. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo, Hucitec, 1996.

Muller Neto, Júlio. Descentralização e democracia: tópicos de um debate. *Saúde em Debate*. Cebes, *33*, 1991.

O Dia. Rio de Janeiro, 29-6-1997. (Caderno Baixada.)

Rosa, Maria Luiza. Assistência e prática médica em Duque de Caxias: 1980/1987. Rio de Janeiro, Ensp/Fiocruz, 1990. (Tese de Mestrado.)

Senna, Mônica de Castro Maia. Municipalização e controle social. O Programa Médico de Família em Niterói (1992-1994). Rio de Janeiro, Ensp/Fiocruz, 1995. (Tese de Mestrado.)

Souza, Rosimary Gonçalves et alii. Atores sociais na formulação do Programa Especial de Saúde da Baixada Fluminense. In: Bodstein, Regina Cele (org.). *Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1993.

Tavares. Laura. Descentralização e municipalização em regiões metropolitanas: uma experiência na Baixada Fluminense. *Planejamento e Políticas Públicas*. Brasília, Ipea (5), 1991.