O desenvolvimento da municipalização dos serviços de saúde em Campinas*

Marcos S. Queiroz**

Sumário: 1. Introdução; 2. A primeira fase da organização dos serviços de saúde de Campinas: 1977-83; 3. A fase intermediária: a integração institucional (1983-88); 4. A terceira fase: administração e gerenciamento em saúde; 5. Conclusão.
Palavras-chave: saúde; municipalização dos serviços.

Análise do desenvolvimento e da formação da rede de serviços municipais de saúde em Campinas, a partir de 1977. Fases que caracterizam esse processo: improvisação ocorrida na medicina comunitária dos primeiros postos de saúde; consolidação da descentralização dos serviços de saúde e início da revolução gerencial no processo de municipalização dos serviços de saúde. Problemas, dificuldades e obstáculos com que se depara o processo de municipalização.

The development of the municipalization of the health services in Campinas, Brazil
This article aims to analyse the development and the formation of the municipal health services in Campinas, which started in 1977. Three successive phases which characterize this process were found: the improvisation which occurred within the communitary medicine of the first health service unities: the consolidation of the decentralization of the health services through the agreement with the state and the federal levels; and, finally, the beggining of a large scale management reform which occurred within the municipalization of the health services. The article focuses in the main factors which characterize each of these phases and points out the problems, difficulties and hindrances which the municipalization process has encountered.

1. Introdução

Este texto tem por objetivo focalizar a experiência de Campinas na área da saúde pública, nos últimos 15 anos, para avaliar o rumo tomado pelo processo de municipalização dos serviços de saúde. Campinas contribuiu significativamente para a reforma administrativa e cultural por que passa o setor saúde, tanto no sentido das idéias que a geraram como das iniciativas práticas que culminaram com a municipalização dos serviços de saúde. Focalizar essa experiência tem por objetivo contribuir para o entendimento e avaliação da organização dos serviços de saúde numa escala maior, tendo o Estado e o país como referências.

A metodologia de investigação concentrou-se no levantamento de dados oficiais (portarias, leis, regimentos internos) e de fontes secundárias, e na aplicação de questionários e entrevistas com atores-chave a partir de instituições como secretarias municipais e Estadual de Saúde, Escritório Regional de Saúde e universidades. Foram realizadas 24 entrevistas gravadas com um tempo médio de duas horas cada uma. O método qualitativo de análise foi empregado principalmente na aplicação e interpretação dessas entrevistas.

* Artigo recebido em fev. e aceito em maio 1993. O autor agradece ao CNPq e à Fapesp o apoio financeiro à pesquisa que dá suporte a este artigo.

** Doutor em sociologia (Universidade de Manchester), pesquisador do Nepp — Unicamp. (Endereço: Unicamp-Nepp — Reitoria; Cx. Postal 6.166 — 13081-970 — Campinas — SP.)

A perspectiva analítica tomada nesse empreendimento é essencialmente histórica, o que implica assumir as vantagens e limites desse tipo de enfoque. A principal vantagem é que tal perspectiva traz à tona a profundidade do processo a partir de atores que dele participaram intensamente. O principal limite diz respeito à dificuldade de traçar uma visão comparativa e discernir com mais clareza o que é generalizável desse processo. Mas como a experiência de Campinas é, em vários aspectos, pioneira em termos brasileiros, consideramos que o seu relato histórico puro e simples é oportuno na medida em que sirva como parâmetro para a investigação de outros contextos.

Com a crise econômica que afeta o Brasil desde o início dos anos 80, a descentralização dos serviços de saúde passou a ser entendida como um meio imprescindível para dar ao sistema de saúde uma melhor organização e um controle democrático, em oposição à excessiva centralização administrativa do modelo anterior e à dispendiosa medicina baseada no hospital. Vários estudos foram realizados, principalmente pela Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan-americana de Saúde, a fim de buscar uma melhor administração dos serviços e uma melhor focalização de questões relativas à saúde e à doença. Esses estudos pretendiam dirigir-se não só aos chamados países do Terceiro Mundo, mas também aos países centrais, na medida em que a medicina posta em prática nestes últimos também mostrava fortes sinais de inadequação com seu objetivo último de promover saúde a um custo suportável pela sociedade. De modo geral, as influências provenientes da OMS e da Opas convergiram com o chamado movimento sanitário que, em suma, esperava formular um modelo administrativo de prestação de serviços de saúde centrado na comunidade a partir de uma medicina holística que gravitasse em torno dos verdadeiros problemas de saúde da população. Esse modelo pretendia superar a falsa dicotomia entre medicina social pública e medicina individual privada.

No Brasil, a descentralização político-administrativa das ações de saúde tornou-se um processo irreversível que vem alterando significativamente a formulação e a fiscalização da política de saúde, bem como os mecanismos de gestão. A implementação do Suds em 1988 (que transfere ao Estado o poder decisório para negociar convênios, alocar recursos físicos e financeiros e repassar responsabilidades para as instâncias regionais de planejamento e municípios) e a implementação do SUS em 1989 (que dá ampla autonomia ao município para gerir os serviços públicos de saúde, desde que atendidos os pré-requisitos definidos pela Lei Orgânica de Saúde) constituíram as duas etapas principais desse processo. Como já foi mencionado, no entanto, o foco principal desse artigo (e esperamos que isso caracterize a sua originalidade) será o problema da municipalização dos serviços de saúde visto através da mediação do próprio município. A política mais ampla proveniente da OMS e da Opas, assim como a dos níveis federal e estadual, será observada apenas como um pano de fundo.

2. A primeira fase da organização dos serviços de saúde de Campinas: 1977-83

Em 1977 inicia-se um processo de reforma na organização dos serviços de saúde de Campinas, tendo em vista a constatação de três fatores: a desorganização administrativa do setor saúde, que causava grandes desperdícios de recursos; 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. Essa iniciativa 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, mas também, 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 essa ocorrência.[1]

O Programa de Medicina Comunitária (PMC), iniciado em 1977, tendo como plataforma política a expansão da assistência médico-sanitária a populações marginalizadas, pretendia adotar um novo modelo de custo-benefício através do melhor aproveitamento dos recursos e da utilização de novos métodos e técnicas da medicina comunitária. Seu objetivo maior 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 desse período, Sebastião de Moraes, contando com o apoio do Departamento de Medicina Preventiva da Unicamp, propunha a participação social e a construção de postos de saúde simples, de baixo custo, como passo inicial para se promover um sistema médico democrático e de abrangência universal. Inicialmente, o projeto pretendia ser apenas uma experiência, e não uma alternativa ao sistema então hegemônico. Seu custo total em 1977, cobrindo uma área de 24.100 habitantes (cerca de 4% da população do município), significava menos de 2% dos recursos da Secretaria de Saúde dispendidos naquele ano (Feliciello, 1987).

Esse 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 até então existente 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.

Essa medicina deveria ser protagonizada por uma equipe de saúde constituída principalmente por médicos, enfermeiros, dentistas e auxiliares de saúde. Estes últimos, com responsabilidades muito maiores do que as que exerciam tradicionalmente, deveriam ser recrutados no próprio meio social em que iriam atuar, de modo a servirem de elo entre a comunidade e a equipe de saúde. Nesse 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 desse projeto deveria ficar a cargo da própria população de usuários, que assim poderia sentir-se responsável pelo sucesso do mesmo. Para a execução dessas idéias, o poder público municipal iniciou a construção de uma rede de postos de saúde localizados na periferia urbana.

---

[1] Em 1974, um convênio entre a Faculdade de Medicina da Unicamp 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. A implementação de tal proposta foi uma manifestação pioneira de integração docente-assistencial com os serviços públicos de atenção primária e que acabou por gerar conhecimentos e experiências significativas para o processo de descentralização e municipalização dos serviços de saúde.

No ano de 1977, a prefeitura instalou duas unidades de saúde. A partir de então, novas unidades foram criadas, sendo que ao final de 1979 a rede contava com 22 postos de saúde no município, e em inícios de 1981, com 36. Um fator importante que favoreceu a implementação do projeto foi o espírito de corporação dos profissionais de saúde de nível superior. Estes eram em sua grande maioria recém-formados da Faculdade de Medicina da Unicamp, com experiência em medicina comunitária, que optaram por uma proposta alternativa de saúde num momento em que havia pleno emprego na área, ou seja, outras opções profissionais (Leite, 1987).

Campinas foi considerada, pelo INPS, o Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde, uma área experimental para a implantação do Sistema Nacional de Saúde. Essas instituições mostraram interesse no estabelecimento de vínculos interinstitucionais, o que efetivamente ocorreu envolvendo a prefeitura municipal e as universidades (Unicamp e Puccamp).

A expansão da cobertura da rede de serviços básicos de saúde foi significativa: em 1981, ela cobria cerca de 20% da população, superando a cobertura realizada pelas empresas médicas de grupo (Feliciello, 1987). Nada indicava que tivesse havido alterações significativas na prática médica em relação à medicina tradicional, mas esses números confirmam o sucesso do Plano Municipal de Saúde, o que permitirá sua institucionalização e seu reconhecimento oficial pela previdência social. No que diz respeito aos gastos, no entanto, a participação da rede pública de serviços de saúde continuava a ser muito pequena. Como mostra a tabela a seguir, 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.

Gastos proporcionais do Inamps com assistência médica: Campinas, 1984

Modalidades 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 panejamento e organização dos serviços de saúde em Campinas*. FCM-USP, 1985. (Tese de Doutoramento.)

Vista com olhar crítico, a implantação da rede municipal de serviços de saúde mostrou muita improvisação, e pouco se inovou na prática tradicional de atendimento médico baseada na consulta clínica individual a partir da procura pela população de usuários. Essa prática recebeu muito mais atenção do que os aspectos mais amplos da saúde pública contidos na proposta de medicina comunitária. Além disso, como revelam as entrevistas, a prefeitura não conseguiu evitar critérios clientelísticos na política de contratação de pessoal para os postos de saúde.

Enquanto crescia a rede de postos de saúde, a dotação orçamentária para a Secretaria Municipal de Saúde permaneceu, nos anos de 1979 e 1980, em torno de 5,5% do orçamento geral da prefeitura. O constrangimento financeiro produzido por essa situação trouxe sérias conseqüências para a eficiência 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 nesse período (Feliciello, 1987).

A insatisfação dos profissionais com a qualidade da prática médica então em vigor nos postos de saúde era constante. A Comissão de Representantes dos Postos manifestava-se freqüentemente contra a expansão da rede, argumentando que ela levava tanto à dispersão de recursos existentes como à baixa qualidade dos serviços prestados. A Secretaria de Saúde contra-argumentava com a alegação de que a expansão significava uma efetiva ocupação do espaço político-institucional no interior da administração municipal (Calzado Jr., 1987; Leite, 1987).

Após a saída do secretário Sebastião de Moraes, em 1981, 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 prestada pelas comissões, que garantia uma certa organicidade ao conjunto dos postos de saúde. A proposta contida na medicina comunitária, traduzida pelos partidos políticos de esquerda, trouxe um viés político que acabou por promover uma resistência da administração municipal a continuar financiando a expansão da rede de serviços de saúde e, dentro dela, as propostas menos convencionais de prática médica. O caráter pontual e desarticulado da atuação didática e política da equipe de saúde junto à comunidade, no sentido de promover pressão popular por um melhor sistema de saúde, pouco contribuiu para reverter a situação (Leite, 1987).

3. A fase intermediária: a integração institucional (1983-88)

A administração municipal inaugurada em 1983 encontrou a rede pública de serviços de saúde em situação precária devido à carência de recursos, condição que perdurou até que o projeto Pró-assistência (promovido pelo governo estadual) e as Ações Integradas de Saúde — AIS (promovidas pelo governo federal) permitiram um maior afluxo de recursos financeiros. Se é verdade que esses convênios iniciaram o processo de conversão da rede básica num sistema de saúde descentralizado, hierarquizado e regionalizado, isso se fez à custa do sentido original da primeira fase, tornando-se 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 Interinstitucional e da 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 dos objetivos e princípios gerais do projeto.

A efetiva integração interinstitucional 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, da Puccamp, das secretarias municipal e estadual de Saúde, do Ministério da Previdência e Assistência Social (Agência Regional do Inamps) e do 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 AIS.

Com o apoio do Pró-assistência, pretendia-se um melhor ordenamento dos serviços de saúde pública de Campinas, visando melhorar a qualidade do atendimento dos 36 postos de saúde municipais e dos oito 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.[2]

A questão da integração interinstitucional processou-se gradualmente no bojo de vários interesses conflitantes. De um lado, viam com preocupação 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, por razões corporativas, 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. Outros aspectos importantes que caracterizaram esse período, além da integração interinstitucional, foram o programa de saúde do trabalhador, implantado em 1986,[3] e a reforma administrativa de 1985, oficializada em 1988.

A gestão desse 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, a integração institucional não se fez sem problemas, principalmente de ordem gerencial. Além de o município não ter experiência administrativa e gerencial que permitisse incorporar aos seus próprios serviços àqueles do Inamps e do estado, ele herdou, com essas instituições, várias outras dificuldades. Entre essas destaca-se a questão da administração dos recursos humanos provenientes de três 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 de Saúde e a ponta do serviço havia um hiato de difícil transposição, pois era muito rápida a velocidade das modificações no sistema de saúde, o que exigia uma intensa comunicação com as instâncias estaduais e fede-

---

[2] Para se ter uma idéia do descontrole que havia no atendimento médico nesse 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, esse índice subia para 80%. Pelos parâmetros da Organização Mundial de Saúde, as consultas de emergência não deveriam superar 15%, ficando 65% para o atendimento primário e 20% para o atendimento especializado.

[3] O programa de saúde do trabalhador baseia-se numa idéia que procura intervir em cuidados aos pacientes que extrapolem a mera medicalização. Se ocorre, por exemplo, um acidente de trabalho, esse programa procura orientar o paciente a se proteger juridicamente.

rais. Além disso, inexistiam mecanismos institucionais que permitissem uma comunicação orgânica do centro com a ponta do serviço. Com isso, cresceu a insatisfação da base, ou seja, daqueles médicos política e ideologicamente mais comprometidos com a proposta de formação da rede (Queiroz, Campos & Merhy, 1992).

Apesar das tentativas em contrário, a base tecnológica do modelo assistencial que passou a vigorar a partir do convênio AIS-Suds é a da assistência médica que tem no pronto atendimento a ação de saúde fundamental. Na base desse modelo assistencial, caracterizado pela baixa qualidade, continua manifestando-se uma medicina do tipo queixa-conduta, sendo que a maior parte dos recursos disponíveis para a saúde permanece concentrada no hospital.

4. A terceira fase: administração e gerenciamento em saúde

A grande questão da terceira fase do processo de descentralização dos serviços de saúde refere-se à administração e ao gerenciamento de um sistema municipalizado de saúde. Essa fase caracteriza-se por três momentos distintos: os dois primeiros anos da administração PT, os dois últimos anos relacionados com a crise entre o prefeito e o partido, e o primeiro ano da administração do PSDB, até onde se estendeu esta investigação.

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, marca raramente atingida por qualquer outro município brasileiro. O montante de recursos obtidos permitiu não só equipar os postos de saúde com instrumentos terapêuticos antes só disponíveis em hospital, mas também aumentar significativamente os quadros e os salários dos recursos humanos. A iniciativa partia do pressuposto de que seria impossível realizar uma reforma sanitária sem o engajamento de médicos, enfermeiros e pessoal da área da saúde em geral.

No começo da gestão PT, a Secretaria de Saúde contava com um total de 400 funcionários. Dois anos após, este número subiu para 2 mil, aumento correspondente à contratação principalmente de médicos. Grandes ambulatórios, com uma média de 600m^2 de construção e serviços oferecidos com a incorporação de trabalho e tecnologia bem mais sofisticados, passaram a constituir o padrão da rede básica. Do ponto de vista da assistência médica, implantaram-se quatro grandes áreas na rede: pediatria, gineco-obstetrícia, clínica e cirurgias em geral, além de áreas mais específicas de administração e planejamento, odontologia e saúde mental. As unidades de saúde foram divididas em três grandes regiões que, por sua vez, foram subdivididas em microrregiões, cada qual passando a contar com viaturas para realizar vigilâncias epidemiológica e sanitária. Biólogos, físicos, veterinários e engenheiros sanitaristas foram incorporados ao serviço.

Dessa forma, ampliou-se muito a idéia tradicional de centro de saúde restrito a ações de puericultura. Vários problemas que até então não eram sequer considerados médicos, como a prevenção de acidentes domésticos, de trabalho ou de trânsito, foram incluídos no serviço.[4] O esforço no sentido de desenvolvimento e integração de vigilância-zoonose e alimentação-sanitarismo foi considerável, mas muito ainda ficou para ser feito, princi-

[4] Com relação aos acidentes de trânsito, é importante lembrar que o município apresenta um índice que é o maior do mundo para essa faixa etária.

palmente na área sanitária, que ainda hoje carece de pessoal qualificado e de tecnologia jurídica para a intervenção em empresas.

A questão do gerenciamento foi a questão central focalizada pela secretaria nos dois primeiros anos de administração PT. A área de saúde caracterizava-se por uma grande dificuldade de gerenciamento devido à tradição de autonomia que permite a manipulação dos mecanismos de controle externos produzidos pelo sistema de gerência tradicional. Tendo em vista esse fato, a Secretaria de Saúde 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 esses instrumentos gerenciais se tornassem efetivos, foi necessário promover uma melhora substancial do salário, abarcando inclusive o pessoal das áreas estadual e federal, que passaram a receber complementação salarial.

Prédios, instalações e equipamentos de postos de saúde receberam, em curto espaço de tempo, vários equipamentos, tais como aparelhos de ultra-som e raios X. Dentro do princípio de "desospitalização", o posto de saúde passou também a equipar-se para realizar pequenas cirurgias, evitando assim o uso do pronto-socorro. A política de descentralização gerencial estimulou cada unidade de saúde a promover suas próprias tecnologias e processos de trabalho, inclusive com a adoção de formas terapêuticas alternativas. 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. Alguns postos de saúde tiveram a iniciativa de romper com o *ethos* degradante do pronto atendimento ao promover um tipo de assistência horizontal que pressupunha uma equipe de profissionais voltada para uma única área de atendimento.

O agendamento da consulta médica em cada um dos postos de saúde trouxe maior consideração para com o usuário. Todas as unidades de saúde passaram a ter dois esquemas de atendimento: um para as intercorrências, no qual se dá uma solução imediata para o problema avaliado, e outro envolvendo consulta agendada. Passou-se a considerar falta grave a omissão de compromisso por parte dos médicos. Esse tipo de organização foi também implantado nos hospitais municipais, que, pela primeira vez, submeteram-se a um controle mais direto da prefeitura. Na área de internação, normatizou-se uma média de permanência de internamentos de acordo com padrões internacionais. Medidas simples e elementares de gerenciamento produziram uma queda drástica na média de internação no Hospital Mario Gatti, de 21 para sete dias, possibilitando um número de internações três 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 atingia 40%, fato que não surpreende diante do número de dias que o paciente permanecia internado.

Mas todas essas conquistas foram insuficientes para promover o que os técnicos da Secretaria de Saúde desse período denominaram de revolução gerencial. Embora tivesse trazido experiências valiosas, principalmente nas unidades básicas de saúde, essa 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. Bastaram a crise política do desligamento do prefeito municipal do PT e a renúncia do secretário de Saúde para que quase todas as conquistas fossem perdidas e os salários rebaixados a um nível deprimente.

Nesse clima caracterizado pela descontinuidade, não há condições práticas de inter-relacionar os diferentes componentes do serviço, tendo por base o sistema de referência e contra-referência, nem de criar indicadores de desempenho, custo e benefício. Se no serviço de atendimento direto foram pelo menos focalizados aspectos importantes do problema, através das várias experiências realizadas na ponta do serviço, nas chamadas ações coletivas de saúde o problema não foi sequer dimensionado.

Após o desastre administrativo na área de saúde verificado nos dois últimos anos desse período, caracterizado pelo conflito entre o prefeito e seu partido político e em que as conquistas na área de 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 nessa fase do governo destacam-se o plano de carreira dos servidores da área de saúde, o andamento do convênio que estabeleceu a central de vagas e a total municipalização da vigilância sanitária em 1993. Cabe ressaltar que o plano de carreira não só permite recuperar em parte o poder aquisitivo, como também estabelece regras mais estáveis de admissão e promoção dos servidores.

5. Conclusão

Evidentemente a experiência de Campinas, descrita neste artigo, precisa ser analisada sob uma perspectiva comparativa com outras realidades brasileiras e sul-americanas. Somente essa análise poderia mostrar o que é generalizável e o que é pontual nessa experiência. O avanço do processo, no entanto, indica que tanto as conquistas alcançadas como os obstáculos encontrados têm aspectos que podem mostrar fortes analogias com outros contextos.

As três fases de desenvolvimento observadas na municipalização dos serviços de saúde em Campinas indicam conquistas inegáveis no sentido de se promover uma organização que se aproxima do modelo preconizado pelas agências internacionais e nacionais de saúde. Um aspecto central desse desenvolvimento é a expansão da rede básica de serviços de saúde, que 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 (cerca de 70 mil consultas) são realizados na rede básica.

O ponto fraco do desenvolvimento das reformas diz respeito à dificuldade de adotar uma medicina mais holística e próxima do modelo comunitário, como se propunha originalmente. Como vimos, o distanciamento dessa proposta ocorreu na segunda fase, quando os convênios com o Inamps promoveram a integração dos serviços de saúde (AIS, Suds e SUS). Esses convênios atrelaram a prestação de serviços de saúde principalmente ao pronto atendimento, que evidentemente é mais simples do ponto de vista administrativo do que serviços de saúde que pressuponham ações voltadas para a coletividade ou para programas que exigem uma equipe de trabalho.

Por outro lado, o usuário dos serviços públicos de saúde em geral reivindica um atendimento imediato e individual, sendo que o pronto atendimento sastisfaz, até certo ponto, essas expectativas. Para a prefeitura, esse procedimento também se mostrou interessante por envolver alta produtividade a um custo relativamente baixo, ou seja, muitos recebem atendimento com apenas um médico, um atendente de enfermagem e pouca in-

corporação tecnológica. Embora dificilmente contribua para melhorar os índices de vida e de saúde, o pronto atendimento propicia conforto individual e resultados políticos mais imediatos para os dirigentes municipais.

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 modelo de desenvolvimento econômico e de urbanização, e a política industrial. Além disso, os resultados obtidos por esse tipo de serviço não são imediatamente visíveis nem facilmente percebidos, embora sejam indispensáveis para a melhoria das condições de vida e de saúde.

Como foi observado, na terceira fase de desenvolvimento, a Secretaria de Saúde procurou introduzir nos programas de saúde uma série de serviços de prevenção e educação em saúde, na tentativa de integrar a clínica com a saúde pública. Os resultados, como vimos, 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 porém 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, que induz a um viés produtivista no sistema e a um afastamento das questões relativas à qualidade do serviço prestado.

A Constituição imaginou que a interação e a atribuição de responsabilidades entre as áreas federal, estadual e municipal no trato da saúde coletiva fossem negociadas e regulamentadas a partir das variações regionais, mas a confusão envolvendo as atribuições de cada uma das esferas governamentais foi pretexto para a omissão em muitas atividades de saúde coletiva. O financiamento dessas atividades teria de ser feito a partir de uma fonte adicional de recursos gerenciada em nível regional. Ao que tudo indica, o município não tem condições de arcar nem com os custos nem com os problemas que extrapolam as esferas municipais.

Como conclusão final deste artigo, gostaríamos de enfatizar que a experiência de municipalização dos serviços de saúde em Campinas mostra sobretudo que existe amplo conhecimento tecnológico — gerado ao longo de uma experiência de peso que se concentrou principalmente nesses últimos 16 anos — necessário para promover um sistema de saúde assentado em bases racionais e que atenda às necessidades da população. Esse conhecimento, no entanto, só poderá tornar-se prático e real quando houver vontade de implementar uma política de saúde regionalizada e uma nova forma de pagamento que contemple os aspectos sociais e coletivos da medicina.

Referências bibliográficas

Calzado Jr., H. A. Secretaria Municipal de Saúde nos anos 1977-1984. In: Possas, C. A. (org.). *Campinas, uma experiência em saúde*. Campinas, Convênio Puccamp/Finep, 1987. (Relatório Final de Pesquisa.)

Feliciello, D. Atenção primária e política de saúde. In: Possas, C. A. (org.). *Campinas, uma experiência em saúde*. Campinas, Convênio Puccamp/Finep, 1987. (Relatório Final.)

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*. Campinas, Convênio Puccamp/Finep, 1987. (Relatório Final.)

Queiroz, M. S.; Campos, G. W. & Merhy, E. E. Rede básica de serviços de saúde: médicos e suas representações sobre o serviço. In: *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, *26*(1): 34-40, 1992.

Saravalle, L. *Contribuição para o planejamento e organização dos serviços de saúde em Campinas*. FCM-USP, 1985. (Tese de Doutoramento.)