REFLEXÕES SOBRE UMA PROPOSTA DE GESTÃO DE SISTEMA LOCAL DE SAÚDE*

Gastão Wagner de Souza Campos**

Análise dos conflitos e dificuldades de gestão de Sistema Local de Saúde (Campinas). Reforma do modelo de prestação dos serviços de saúde. Reforma da estrutura administrativa, dos mecanismos de gestão e da organização do processo de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde.

De saída, é importante destacar que estarei refletindo sobre uma experiência de governo, de exercício do Poder Executivo. Será, portanto, a partir desta perspectiva que analisarei os principais conflitos e dificuldades identificados ao se tentar, de fato, construir, no Brasil e nesta década de fim de século, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Em janeiro de 1989, assumiu a prefeitura de Campinas um governo apoiado pelo Partido dos Trabalhadores (PT) – uma agremiação política com um ideário socialista – que imaginava, governando algumas cidades, realizar um conjunto de reformas sociais, econômicas e administrativas e, ao mesmo tempo, transformar as estruturas de poder da sociedade brasileira, através da abertura e da institucionalização de canais de controle popular sobre o Estado.

Na área da saúde, nos filiávamos ao conjunto de forças que vinha lutando pela Reforma Sanitária, projeto a ser concretizado, segundo nosso ponto de vista, através da implantação do Sistema Único de Saúde, o que só ocorreria efetivamente mediante a articulação de amplo movimento social de base que alterasse, na prática, a real dominância do modelo neoliberal de prática médica, criando, com isso, uma nova consciência sanitária entre os trabalhadores de saúde e a maioria da sociedade.

Na Secretaria de Saúde não duvidamos, em qualquer momento, desta nossa vocação radicalmente reformista. A alteração dos padrões de funcionamento do sistema de saúde, sua democratização deveriam significar melhores condições de vida, menor sofrimento físico e mental para grupos sociais tradicionalmente alheios aos principais progressos tecnológicos da civilização. E nós, militantes do movimento popular por saúde, sempre nos colocamos a favor da vida, contra o sofrimento, a morte, a alienação social. E, além disso, estou cada vez mais convencido de que essas diretivas, muito mais do que uma retórica, foram e ainda serão nossas principais bandeiras de luta, capazes de indicar o rumo das mudanças que interessem não apenas à "inteligência" acadêmica, mas à maioria do povo.

Dentro desse entendimento, talvez a principal obra do governo municipal na área da saúde, em Campinas, ao longo do último ano, tenha sido a instauração de um novo clima de debate sobre temas sanitários, serviços e programas de assistência, dando espaço a um movimento cultural que, para os padrões brasileiros, pode ser considerado inusitado. Poderíamos dizer que na Secretaria de Saúde passou-se a viver, em escala provinciana, como que em miniatura, o espírito inquieto da "Primavera de Praga" de 1968. Resgatou-se o direito à dúvida, estimulou-se o debate entre diferentes concepções, sistematicamente foram questionados os limi-

* Trabalho elaborado em junho de 1990.

** Secretário de Saúde de Campinas, SP.

tes de atuação dos vários atores sociais: o Estado (prefeitura, governos estadual e federal) estaria cumprindo o seu papel? E os profissionais de saúde? E os diretores de serviços? Os usuários, o que teriam a dizer?

Inegavelmente, embora se trate de uma impressão subjetiva, não há como deixar de constatar que este tipo de abertura para a diversidade, este reconhecimento da legitimidade do conflito de opiniões fizeram renascer a esperança entre vários desses sujeitos sociais potencialmente interessados na implementação de mudanças. Infelizmente, a extensão desta reforma cultural é pequena. Vem atingindo apenas os próprios profissionais da rede pública e alguns setores organizados do movimento popular – que, numa avaliação otimista, não envolve sequer 10% da sociedade local. A grande imprensa regional – TV e jornais – refletiu palidamente esta onda de agitação em busca de novos e mais justos caminhos para a saúde no município.

Concluindo, podemos dizer que o saldo positivo desta "abertura", deste processo de intensa politização foi que setores significativos do funcionalismo passaram a sentir-se capazes de dirigir seus próprios destinos, comovendo-se não somente com seus problemas específicos, mas também com os destinos do Sistema de Saúde. Parcela desses trabalhadores vem tomando parte ativa na história, entendendo a importância, para a felicidade individual, do sentir-se socialmente útil. Sem este *feeling*, sem esta consciência, são fracos os resultados de qualquer processo de formação de dirigentes, de administradores do sistema de saúde, bem como qualquer política de desenvolvimento de recursos humanos. É evidente que este tipo de formação nunca será produto de meros treinamentos do tipo clássico, ou apenas o resultado de estímulos materiais. O predomínio deste tipo de postura em uma instituição pública depende de um processo político de participação democrática, cujos resultados são imponderáveis, *a priori*, na medida em que dependem de uma série de circunstâncias históricas e sociais de cada conjuntura.

Além disso, ao mesmo tempo, vem ocorrendo uma especialização em saúde de parte dos movimentos popular e sindical, o que tem permitido a elaboração de projetos e demandas mais complexas e sofisticadas do que a simples reivindicação de acesso a tal ou qual serviço de saúde.

Este tipo de amadurecimento (pretensão egocêntrica de considerar o nosso projeto sanitário como sendo socialmente o mais justo, cientificamente o mais avançado e adequado, etc. – mas, em todo caso, vamos lá!) terminou por colocar em confronto esses funcionários da saúde com outros setores do funcionalismo público, como quando estes exigiram da administração municipal convênio global com a Unimed, e os primeiros opuseram-se contrapondo a idéia do SUS. Em menor escala, o mesmo vem ocorrendo dentro do movimento sindical de trabalhadores, entre aqueles que priorizam o papel estratégico da luta por saúde nas fábricas e na sociedade como um todo, e outros continuam na linha *trade-unionista* tradicional, ainda que mais ou menos combativos.

Cumpre registrar que esse tipo de "agitação cultural" cria situações que poderíamos denominar "tensão máxima", uma vez que expõe os limites, incompetências, demandas e necessidades de diferentes setores sociais, todos com diferentes "tempos" admitidos como razoáveis para a resolução desses problemas. Contudo, entendemos que é deste tipo de confronto que poderão surgir soluções criativas para a crise contemporânea, quer numa perspectiva mais operativa e imediata, quer numa de construção de um novo conjunto de noções e conceitos teóricos que permitam recompor o vazio deixado no campo da esquerda após a falência prático-teórica do socialismo burocrático.

No entanto, nem só de idéias, debates e seminários vivem os homens. Necessitamos transformar tanto as consciências quanto as condições de existência das pessoas, através de mudanças operadas nas práticas sociais concretas. Assim, o "bem governar" demanda que não se fuja aos problemas concretos das cidades, aos dos grupos e classes sociais dominados, quer exijam respostas imediatas, quer tenham caráter estrutural e demandem soluções mais complexas e radicais, de curta ou longa maturação.

Aqui, na área de políticas sociais, de prestação de serviços públicos, procuramos adotar um lema prático de aplicação nem sempre fácil, mas bastante útil se utilizado como antídoto contra o imobilismo: dizemos que quando, ou por não sabermos como ou para onde mudar, ou se sabendo não houver segurança ou acúmulo de forças suficientes para avançar, em todos estes casos não há como fugir ao fato de que a administração deverá sempre reproduzir o funcionamento anterior ainda que sabendo, apesar de nosso discurso reformista, estarmos simplesmente reproduzindo o *status quo*.

Esse tipo de raciocínio não se aplica, evidentemente, a uma série de práticas administrativas claramente desnecessárias e socialmente injustas, e que só interessem a grupos privilegiados e minoritários. Nesses casos, o correto é eliminá-las pura e simplesmente. Contudo, não podemos, por exemplo, paralisar o atendimento médico-hospitalar só porque pretendemos outro modelo assistencial: neste caso, há que, gradualmente, sem interromper a prestação de serviço às pessoas, implementar reformas necessárias à criação do novo modo de produzir ações de saúde, ou seja, enquanto há o debate, ou ocorre a busca de um novo consenso, de nova hegemonia, os ocupantes do governo têm a obrigação de não sonegar à população serviços anteriormente prestados, ainda quando sua forma e conteúdo sejam considerados equivocados pelos novos ocupantes do poder.

Outro desvio de método de gestão, de postura dirigente, que tem freqüentemente levado ao imobilismo e até à preservação do *status quo*, é o decorrente do raciocínio do tipo "tudo ou nada", levando a que só seja iniciado um processo de mudança caso o conjunto de circunstâncias seja favorável a tal intento: condições financeiras, legais, administrativas, etc. – e, caso seja possível, a ruptura radical com a lógica anteriormente vigente. Ora, nem sempre, ou melhor dizendo, quase nunca essas condições apresentam-se desta forma no dia-a-dia. Freqüentemente deveremos iniciar a construção do novo a partir do – e sobre o – velho, com procedimentos do seguinte tipo: toda nova incorporação de recursos – financeiros, humanos, técnicos – só ocorrerá segundo o fortalecimento do novo modo de organização da produção de serviços de saúde, de acordo com a lógica do novo projeto, ainda que o velho se mantenha de alguma forma. Esse tipo de situação gera conflitos, contradições, que, a princípio, nem sempre terão efeitos negativos, desde que saibamos organizá-los, de forma produtiva, a favor das mudanças.

Por outro lado, enquanto governo e dirigentes políticos, procuramos sempre apresentar à sociedade uma síntese dos problemas e projetos da área da saúde. Dentro desta busca de sínteses didáticas, identificávamos os grandes desafios para os quais deveríamos apresentar e implementar soluções téoricas e operativas, de curto e médio prazos.

Nunca deixamos de abertamente reconhecer que o serviço público de saúde, no Brasil, sempre funcionou mal: quer do ponto de vista da produtividade dos recursos, de sua eficácia e, principalmente, da sua proverbial incapacidade de assegurar o direito dos diferentes grupos a uma vida saudável. Como conclusão lógica e imediata desse tipo de abordagem decorria a principal tarefa política e técnica da

Secretaria Municipal de Saúde: fazer funcionar, dentro de suas possibilidades máximas e na perspectiva dos interesses coletivos, o Sistema Único de Saúde.

Para fazer frente a esse objetivo, duas diretrizes gerais foram propostas e já adotadas como instrumentos de orientação da ação governamental. A primeira, partindo do reconhecimento de que o modelo de organização dos serviços médico-hospitalares no Brasil contemporâneo passa por grave crise de eficácia, por sensível diminuição da capacidade de resolver casos de doença e, principalmente, de prevenir o agravamento de situações de risco para a saúde de indivíduos ou da coletividade, propõe a realização de uma verdadeira *reforma do modelo de prestação de serviços de saúde*, ou seja, trabalhávamos com a noção de que seria necessária não só uma expansão da rede pública, como também teria de haver, simultaneamente, uma reformulação das concepções e das práticas da administração sanitária e dos modos de se organizar a atenção à saúde.

Assim, priorizamos a instalação de uma rede de centros de saúde que, enquanto imagem-objetivo a ser atingida a médio prazo, deveria transformar-se na principal porta de entrada do sistema local de saúde, em substituição aos pronto-atendimentos, públicos e privados, que hoje ainda realizam de 60 a 70% do atendimento ambulatorial da cidade. Obviamente, esta rede de unidades deveria articular-se a ambulatórios, hospitais e outros serviços necessários à atenção integral às pessoas.

Esse objetivo, claramente de difícil consecução, tem sido um dos principais alimentadores do debate referido no início desse estudo. Na busca de alternativas organizacionais que viabilizem essa idéia, instalou-se uma acirrada controvérsia técnico-política, que só gradualmente vem-se resolvendo. Nesse contexto, vem-se discutindo as maneiras de capacitar e organizar os centros de sáude de forma que consigam absorver a demanda espontânea sem, contudo, render-se à lógica do modelo do pronto-atendimento, incapaz de romper o círculo vicioso multiplicador de novas demandas por outros atendimentos, sem quase nunca resolver os problemas inicialmente postos.

Algumas conclusões, quase consensuais, vêm sendo construídas como, por exemplo: que essas unidades devem assegurar uma atenção integral e que esta integralidade, no caso de centros urbanos com um padrão de morbi-mortalidade mais ou menos complexo, não será garantida exclusivamente por um profissional do tipo médico-generalista, mas sim, por um conjunto de ações desenvolvidas, ao longo do tempo, por um conjunto de profissionais vinculados a um certo serviço. Logicamente, este tipo de unidade deverá ter uma complexidade correspondente ao padrão sanitário de cada região, mesmo no caso de pertencerem ao mal-denominado nível primário de atendimento. Em várias situações tais unidades deverão incorporar recursos humanos de várias especialidades, sempre a depender das prioridades locais, mas certamente a elas, além dos especialistas formados para o atendimento clínico individual, devem ser agregados outros especialistas em sáude pública capazes de realizar vigilância sanitária e epidemiológica, avaliação de riscos ambientais em fábricas, creches, escolas, etc.

Com o passar dos meses, vimos concluindo que se a noção de hierarquização de níveis de atendimento médico-sanitário tem um certo cabimento no planejamento em saúde, sua absolutização leva a distorções importantes, capazes de incompatibilizar comunidades inteiras com o sistema público de saúde. Essa a razão pela qual, atualmente, tendemos a negar qualquer definição, *a priori*, sobre as ações que devem ou não desenvolver tal nível de atenção.

Entendemos que centros de saúde da rede básica podem e devem possuir a máxima capacidade de resolver de forma autônoma problemas de saúde, não sendo

de estranhar que algumas destas unidades tenham equipes e equipamentos para reabilitação física, para atenção em saúde mental, acesso a métodos diagnósticos como a endoscopia ou ultra-sonografia, leitos de observação, etc.

Por outro lado, há que se realizar toda uma reavaliação da prática clínica do atendimento individual, atualmente comprometido por sua articulação muito estreita com as normas de mercado, o que tem provocado uma série de distorções, que se convencionou denominar "medicalização", e também por sua separação radical do saber epidemiológico, preventivo, e da educação em saúde, ruptura que tem diminuído ainda mais a eficácia da clínica.

Dentro desse contexto estamos procurando não só capacitar os membros da equipe de saúde para o trabalho com a clínica, com as noções de saúde pública e até mesmo de saúde mental, como também buscando mecanismos que quebrem a "impessoalidade" do atendimento médico-sanitário no setor público, tentando também, ao mesmo tempo, superar as limitações da tradicional relação médico-paciente tão forte e expressiva na prática privada dos consultórios. Como vincular famílias, pessoas que têm um mesmo local de trabalho, escolares, a uma mesma equipe de saúde que cuide tanto da atenção individual como de ações programadas de promoção de sáude? Esses são alguns desafios do que se convencionou denominar reforma técnica do modelo de organização dos serviços de saúde.

Como segunda grande diretriz política da Secretaria de Saúde temos o propósito de implementar uma radical reforma da estrutura administrativa, dos mecanismos de gestão e da organização do processo de trabalho na Secretaria de Saúde de forma a recuperar a credibilidade do serviço público. Inegavelmente existe um evidente quadro de descrédito da capacidade de desempenho dos serviços públicos, tanto sob regimes ditos socialistas como em sociedades como a nossa, onde a empresa pública é, via de regra, um instrumento dócil aos interesses de grupos privados, sejam empresariais, clientelistas ou de corporações profissionais. No Brasil, e particularmente em Campinas, ocorre o mesmo.

Os esquemas tradicionais da administração pública faliram em toda a sua extensão. Pouco há a resgatar para um projeto que se pretenda democrático e socialmente justo. Nesse campo, não há por que não ousar, o passado é uma imensa lista de fracassos. As normas vigentes, o *status quo* administrativo não são um caminho seguro para um desempenho produtivo, eficaz e justo; ao contrário, conduzem à inércia, ao conservadorismo que, no caso, significa apenas a manutenção de privilégios contra os interesses da maioria da sociedade. Mesmo uma gestão honesta e sem corrupção, se baseada nos tradicionais mecanismos de direção, de recorte taylorista e burocratizada, será incapaz de reverter o sentido privatista das ações do Estado brasileiro, mesmo nos setores que trabalham com políticas sociais, como é caso da saúde.

Como bem colocou Jurandir Freire Costa,[1] os hospitais brasileiros se transformaram em locais "onde os melhores perderam a esperança e os piores o medo". Os mecanismos de supervisão, de controle, são capazes de intimidar os piores, de terminar com a impunidade dos que teimam em desrespeitar direitos, sem destruir bens públicos, em utilizar, de forma privada, equipamentos ou recursos de propriedade coletiva. Contudo, a fiscalização e o controle não podem ser onipresentes, não são a hidra de mil cabeças, a tudo observar em cada e em todos os locais de trabalho.

Na verdade, não há projeto de reforma sanitária que seja vitorioso sem o apoio

[1] Costa, Jurandir Freire. Viagem ao coração das trevas. *Jornal do Brasil*, 21 nov. 1988.

da maioria dos trabalhadores de saúde e sem que ocorra um processo de intimidação/cooptação dos restantes pela força que as idéias desse projeto devam ter nas mentes da maioria da sociedade e, portanto, dos usuários do sistema que deverão demonstrar-se dispostos e capazes de defender sua cidadania também no campo da saúde.

Resumindo, poderíamos dizer que realizar uma completa reforma administrativa, modificando a gestão dos serviços de sáude, passou a ser um dos principais desafios políticos daqueles interessados em defender a vida. Uma reforma capaz de terminar com o espírito de inércia, descompromisso e conservadorismo tão comuns entre amplos setores do funcionalismo público. Esta não é uma tarefa simples; parece mesmo utópica. No entanto, não há outra saída para aqueles que apostam no progresso social e duvidam da eficácia absoluta do mercado como instrumento de regulação econômica e social. Os tímidos, os que recearem caminhar por sendas desconhecidas e arriscadas serão ultrapassados pela crueza dos fatos, serão esmagados pela força dos que se beneficiam com a miséria e a exploração da maioria. Quem ousar, verá. Quem não o fizer, também.

Dentro desse contexto, estamos repensando e realizando uma reestruturação do sistema de saúde a partir das seguintes linhas:

1. Levar até as últimas conseqüências o processo de descentralização do sistema de saúde iniciado com a municipalização, estendendo-o agora até cada unidade de saúde, que passaria a contar com a máxima autonomia para organizar seu próprio processo de trabalho, considerando, no entanto, determinados limites ditados pelas diretrizes gerais da política de saúde e os objetivos estratégicos previamente definidos.
2. Implantar um processo de planejamento que combine elementos estratégicos com os normativos, elaborando os planos a partir de cada serviço de saúde e das diretrizes gerais definidas a nível de governo e do processo de participação popular. Este planejamento deveria ser realizado durante todo o ano e ser considerado como um instrumento de gestão das unidades, sendo, inclusive, utilizado como indicador do desempenho de cada equipe de saúde.
3. Reforçar o papel do coordenador de cada serviço, inclusive através de estímulos materiais, de forma a criar um vínculo entre o desempenho da unidade de saúde e sua própria atuação; institucionalizar as normas reguladoras dessa função, de maneira que o seu provimento se dê através de concursos e provas de títulos, com rodízio e avaliações periódicas, evitando tanto o clientelismo na indicação dos postos de comando como a cristalização de uma casta de burocratas que em geral desempenha um papel negativo em qualquer movimento de reforma.
4. Criar diretorias regionais de saúde compostas por equipes multidisciplinares, com função de coordenar todas as ações de saúde de uma determinada região, tanto as hospitalares, como de saúde pública ou de atenção básica, destruindo definitivamente a organização vertical dos sistemas de saúde. Neste caso, deveriam desaparecer os serviços de enfermagem, corpo clínico, serviço de odontologia ou do escolar, e prevalecer uma lógica de serviços que realizam um determinado produto ou um conjunto de tarefas claramente identificáveis. Essa nova lógica de organização deveria reforçar o espírito de equipe e destruir a estruturação por categorias profissionais, uma das fontes que alimentam o corporativismo. Não é desnecessário assinalar que este esquema deve valer tanto para a estruturas que perpassam várias unidades, como para aquelas intra-serviços, inclusive para os hospitais. Estas instâncias regionais teriam o papel de consolidar os planos locais em um único projeto para a região, acrescentando aspectos que cada equipe local de per si não

conseguir identificar. Deveriam ainda cuidar da avaliação e do provimento de apoio a cada uma das unidades ou serviços de sua circunscrição.

5. Criar mecanismos que facilitem e estimulem as relações horizontais entre os vários serviços, dispensando trâmites burocráticos entre os níveis regionais ou central. Assim, cada centro de saúde poderia ou deveria negociar diretamente com o serviço de vigilância sanitária, ou de educação em saúde, ou de manutenção, o apoio e os esquemas de integração necessários ao desenvolvimento de seus objetivos. É evidente que esses relacionamentos estariam regulamentados pelos planos de cada serviço, bem como pelo acompanhamento das instâncias superiores de direção.

6. Instituir planilhas para avaliação de desempenho de cada serviço, elaboradas segundo as próprias metas de cobertura, de organização do processo de trabalho e de objetivos estratégicos de cada serviço. Este processo de avaliação do desempenho deveria sempre se referir a uma determinada equipe de profissionais que realizem um conjunto de tarefas claramente identificável e resultar em benefício da carreira ou até mesmo de vencimentos mensais para aqueles casos onde houver um desempenho considerado adequado, podendo-se até pensar em uma gradação de recompensas ou de estímulos para aqueles que desempenharem, quantitativa e qualitativamente bem, as suas funçoēs. Evidentemente, o resultado dessas avaliações deveria constituir a base para correção permanente dos planos locais ou das regiões de saúde.

7. Democratização da gestão, do planejamento e da avaliação dos serviços de saúde, através da criação de uma série de instâncias colegiadas de direção do sistema. Nesse campo, é conveniente trabalhar-se com duas dimensões dessas representações – uma intra-institucional e outra que liga a instituição à sociedade. No primeiro grupo propomos a existência de um colegiado de governo, composto por pessoas com cargos de confiança da Secretaria: secretário, diretores de saúde ou de região, assessores diretos; um segundo colegiado de coordenadores ou diretores de serviços, que tem a função de compatibilizar a gestão de cada unidade com o sistema como um todo, bem como de deliberar sobre as políticas e meios de implementá-las, e sobre as formas de apresentá-las à sociedade. Ainda dentro deste grupo deveria haver uma Assembléia de Representantes dos Trabalhadores de Saúde, com o objetivo de discutir os modos de aplicação e os resultados das políticas de saúde vigentes, bem como elaborar sugestões de modificações dessas diretrizes, a serem enviadas ao Conselho Municipal de Saúde ou ao governo. No segundo grupo estão os Conselhos Locais de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde, instância máxima do sistema, onde deverá ser aprovado o Plano Municipal de Saúde elaborado e discutido em todos esses fóruns descritos. Cabe lembrar que ambos já estão previstos na Lei Orgânica municipal e que, portanto, resta-nos implementá-los, consolidando, assim, mecanismos de democracia direta necessários ao desemperramento e à desprivatização da empresa pública.

Summary

The article analyses the conflits and difficulties met by a person who, being member of a political association with socialistic ideations, is also manager of a local health system and in charge of carrying on the establishment of a health system compatible with socialistic ideas. The writer exposes and discusses the two basic tenets of such a proposal: reform of the model adopted in the rendering of health services and recovery of public services' creditability, to be obtained through a reform of the administrative structure, mechanisms of management and organization of methods of work, in the local Health Secretary.