



ROBERTO MARDEM SOARES FARIAS

CONSTRUÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DE UMA POLÍTICA DE SAÚDE – O SUS EM
CAMPINAS

CAMPINAS

2015



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Ciências Médicas

ROBERTO MARDEM SOARES FARIAS

CONSTRUÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DE UMA POLÍTICA DE SAÚDE – O SUS EM
CAMPINAS

Dissertação de Mestrado Profissional apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde, na Área de Concentração Política, Gestão e Planejamento

ORIENTADORA: MARIA FILOMENA DE GOUVEIA VILELA

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELO
ALUNO ROBERTO MARDEM SOARES FARIAS, E ORIENTADO PELA
PROFA. DRA. MARIA FILOMENA DE GOUVEIA VILELA

CAMPINAS

2015

Ficha catalográfica

Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

Farias, Roberto Mardem Soares, 1954 -
Construção e consolidação de uma política de saúde
– O SUS em Campinas / Roberto Mardem Soares Farias
-- Campinas, SP : [s.n], 2015

Orientador : Maria Filomena de Gouveia Vilela.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade
Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.
1. Sistema Único de Saúde. 2. Saúde pública -
Campinas-SP. I. Vilela, Maria Filomena de
Gouveia, 1961-. II. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: Construction and consolidation of a public policy - The SUS in
Campinas

Palavras-chave em inglês:

Unified Health System

Public Health, Campinas-SP

Área de concentração: Política, Gestão e Planejamento

Titulação: Mestre em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

Banca examinadora:

Maria Filomena de Gouveia Vilela [Orientador]

Gastão Wagner de Sousa Campos

Elizabeth de Leone Monteiro Smeke

Data de defesa: 11-02-2015

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO
ROBERTO MARDEM SOARES FARIAS

Orientador (a) PROF(A). DR(A). MARIA FILOMENA DE GOUVEIA VILELA

MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). MARIA FILOMENA DE GOUVEIA VILELA

mfvilela

2. PROF(A). DR(A). GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS

gastao-wagner

3. PROF(A). DR(A). ELIZABETH DE LEONE MONTEIRO SMEKE

elmonteiro

Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Data: 11 de fevereiro de 2015

LISTA DE SIGLAS

1ª. CMS – Primeira Conferência Municipal de Saúde
2ª. CMS – Segunda Conferência Municipal de Saúde
3ª. CMS – Terceira Conferência Municipal de Saúde
3ª. CNS – Terceira Conferência Nacional de Saúde.
8ª. CNS – Oitava Conferência Nacional de Saúde
ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIDS – Síndrome da Imuno deficiência adquirida (em inglês)
AIH – Autorização de Internação Hospitalar
AIS – Ações Integradas de Saúde
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
BIRD – Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
CAPS – Centro de Apoio Psicossocial
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CEME – Central de Medicamentos
CETS – Centro de Educação do Trabalhador da Saúde
CFM – Conselho Federal de Medicina
CGR – Colegiado de Gestão Regional
CIMS – Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
CIS – Comissão Interinstitucional de Saúde
CLIS – Comissão Local Interinstitucional de Saúde
CONASP – Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COPAG – Comissão de Elaboração do Plano de Ação do Governo Tancredo Neves
COVISA – Coordenação de Vigilância à Saúde
CRATOD – Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas
CRIAD – Centro de Referência e Informação sobre Álcool e Droga adição
CRIS – Comissão Regional Intergestora de Saúde
CS – Centro de Saúde
CUT – Central Única dos Trabalhadores
DETI – Departamento de Transportes Internos

DEVISA – Departamento de Vigilância à Saúde
DGDO – Departamento de Gestão e Desenvolvimento Organizacional
DGETS – Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
DS – Departamento de Saúde
DST/AIDS – Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência adquirida (sigla em Inglês)
EP – Educação Permanente
FAE – Fração da Atenção Especializada
FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FCM – Faculdade de Ciências Médicas
FMI – Fundo Monetário Internacional
FUNRURAL – Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
FURP – Fundação do Remédio Popular do Estado de São Paulo
IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensões
ICV – Índice de Condições de Vida
IMA – Informática de Municípios Associados
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
IVISA – Índice da Vigilância Sanitária
IVR – Índice de Valorização de Resultados
LAPA – Laboratório de Administração e Planejamento
LEMC - Laboratório de Educação Médica e Medicina Comunitária
MARE – Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
MS – Ministério da Saúde
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OS – Organizações Sociais
OSC – Organização da Sociedade Civil
OSCIP – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PAB – Piso da Atenção Básica
PAICA – Programa de Atendimento Integral à Criança e ao Adolescente
PAIS – Plano das Ações Integradas de Saúde

PAM – Posto de Assistência Médica
PBVS – Piso Básico da Vigilância Sanitária
PCB – Partido Comunista Brasileiro
PCdoB – Partido Comunista do Brasil
PDT – Partido Democrático Trabalhista
PIB- Produto Interno Bruto
PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNH – Política Nacional de Humanização
PPI – Programação Pactuada e Integrada
PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde
PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PSF – Programa de Saúde da Família
PT – Partido dos Trabalhadores
PUCC – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos
RENASES – Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
SAMDU – Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência
SAMU – Serviço Médico de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SPDM – Sociedade Para o Desenvolvimento da Medicina.
SPS – Secretaria de Promoção Social
SSBS – Secretaria de Saúde e Bem Estar Social
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TFAE – Teto Financeiro de Assistência Estadual
TFAM – Teto Financeiro de Assistência Municipal
UBS – Unidade Básica de Saúde
UCA – Unidade de Cobertura Ambulatorial
UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

UNIODONTO – Cooperativa Odontológica de Campinas
UNIMED – Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico

AGRADECIMENTOS

Tantos anos de vida e de serviço público faz com que sejam muitas as pessoas que passaram mais, ou menos, intensamente pela minha vida, que me ensinaram e contribuíram para o que sou e gosto de ser. Deve passar das centenas àqueles a quem deveria e gostaria de agradecer. É certo que se for nomeá-los as páginas irão crescer e os nomes se perderão nesse muito que provavelmente ainda é pouco.

Opto, portanto, por agradecer aos coletivos nos quais essas pessoas estavam presentes. Não corro o risco de cometer injustiças e homenageio a força da produção intersubjetiva, que provavelmente potencializou o que cada um poderia ter-me, generosamente, ofertado individualmente.

O primeiro coletivo do qual fiz parte foi a minha família – imensa família nordestina. Só irmãos são, entre os naturais e adotivos, uma dúzia. A cada um, um abraço fraterno. Aos meus pais, Djalma e Antônia, ambos já falecidos, agradecimentos muito, muito especiais.

E a família continua com as pessoas com quem compartilho meu cotidiano – alegrias, na maioria das vezes, e alguns dissabores. Adonai – queridíssima companheira. Sem ela não seria eu. Thiago, Gustavo e Marcos – filhos que me constroem como pai.

Prometi não citar nomes, mas esses são deveras especiais.

Aos coletivos do trabalho: especial agradecimento aos trabalhadores dos Centros de Saúde com quem partilhei experiências: Valença, Anchieta, São Marcos, Santa Mônica, Sousas, Joaquim Egídio e São Cristóvão. Aos companheiros das gestões das quais participei na Secretaria de Saúde de Campinas. Estive presente em alguns momentos de todas as décadas desde os anos 80. Tive o prazer e a honra de compartilhar da gestão dos seguintes Secretários: Nelson, Gastão por duas vezes, Carminha, Saraiva e Adilson. Em nome deles agradeço aos outros queridíssimos companheiros com os quais contribuímos para a construção do SUS campineiro. Foram sempre anos muitos intensos e ricos. Agradecimento especial aos companheiros do Distrito Sudoeste e aos da Secretaria de Saúde de Paulínia e de Sumaré, locais onde fui Secretário de Saúde. Obrigado aos queridos companheiros do CETS, em

especial ao Marcelo, companheiro do Cedoc. Obrigado aos companheiros do Distrito Leste que me aturam nesse momento.

Não poderia deixar de agradecer à Unicamp, ao Departamento de Pediatria e, especialmente, ao Departamento de Saúde Coletiva. Desde 1975, quando iniciei o curso de medicina, até o momento, nunca me afastei desse espaço e aí me enriqueço intelectualmente.

E por último, mas de primeira importância, aos membros da minha banca de qualificação e defesa: Nelsão, Gastão, Sérgio, Bete e Beth. À Mena, especial abraço. Orientou-me com paciência e arte – arte de abrir aceiros para impedir que fogo não fuja ao controle – para não me deixar atravessar o mundo. Sem ela, essa tese não teria fim – seria a tese do fim do mundo!

Obrigado à vida!

DEDICATÓRIA

A Adonai, a quem, a mais dedicada, eu posso dedicar a minha dedicação?

RESUMO

A história da Saúde Pública em Campinas é descrita desde o final dos anos 1960 até o momento (2014). Confunde-se com a história da Secretaria de Saúde, responsável oficialmente pela condução dessa política.

Outrossim, conta-se, sinteticamente, a história do Sistema Único de Saúde (SUS), pois Campinas tanto a influenciou como sofreu sua influência, num movimento dialético. Aqui se forjaram lideranças, na própria secretaria, no movimento popular de saúde e nas suas universidades, que tiveram papel ativo no movimento da reforma sanitária.

Por outro lado, a conformação da política de saúde pública do município sofrerá influências do que acontece no mundo e no país. Portanto, faz-se uma breve descrição de como se construíram as políticas públicas, particularmente a de saúde, no estado capitalista.

Reconhece a existência de um sistema dual de saúde pública no Brasil, um público – o SUS – e outro privado, prévio à constituição e assim mantido após ela. A força do mercado é tal que o sistema privado tem a maior parcela dos recursos investidos em saúde e, ainda, recebe enormes subsídios por parte do Estado Brasileiro. E sua força se amplia após os anos 1990, sob a onda neoliberal.

O trabalho assume que o conceito de saúde-doença é fruto de contextos políticos, sociais e culturais, podendo ser ampliado ou reduzido conforme a sociedade é mais ou menos conservadora ou mais ou menos progressista. Por sua vez, esse conceito contribui para formular modelos de atenção e gestão mais, ou menos, democráticos, cuidadores e de responsabilização pela saúde coletiva.

Portanto, ao descrever a história de Campinas, em cada década, faz-se uma análise do contexto político local e nacional, tentando desvelar o conceito de saúde que orienta a política local e que modelos de atenção e gestão estão sendo implementados. São consultados documentos da Secretaria de Saúde, entrevistas de ex-secretários de saúde, bem como realizada uma ampla revisão bibliográfica.

Campinas, de rica história, foi fonte de propostas formuladas em parceria com as universidades, ao mesmo tempo em que contribuía, como efeito demonstração, para a construção do SUS nacional.

Mesmo após a promulgação da Constituição, continuaram-se experimentando arranjos e dispositivos, tais como os Colegiados de Gestão, os Projetos Terapêuticos Singulares, a Clínica Ampliada, o Acolhimento, os Núcleos de Saúde Coletiva, Apoio Institucional e Matricial que, posteriormente, se difundiram por todo o Brasil, apoiados pelo Ministério da Saúde.

Após a implementação do Neoliberalismo no Brasil o SUS local, como todo o SUS, vai assumindo características de um sistema de universalidade restrita aos pobres. Sofre, por consequência, retrocessos desde os meados dos 2000 e se distancia dos ideais daqueles que conclamam por uma política de saúde sob gestão pública, deixando à iniciativa privada um papel suplementar.

Por outro lado, a rica experiência municipal, e concordando com vários autores que o peso de políticas passadas ajudam a conformar o presente, faz com que os vários dispositivos do passado subsistam ainda que de forma canhestra. Aliado a um forte movimento sanitário existente no município, concluo com a possibilidade de retomada dos rumos iniciais do SUS campineiro e, quiçá, possa novamente influenciar nos rumos do nacional.

Palavras chave: 1. Sistema Único de Saúde. 2. Saúde pública - Campinas-SP

ABSTRACT

The history of Public Health in Campinas is described from the late 1960s to present time (2014). It is intertwined with the history of the Campinas Health Office, officially responsible for the conduct of that policy.

Furthermore, the history of Unified Health System (SUS, in Portuguese) is described, synthetically, because Campinas influenced it and was influenced by it, in a dialectical movement. At this city, leaders that were forged inside the Municipal Health Office, Popular Health Movement and Campinas' universities had primary role on the Brazilian sanitary reform process.

Furthermore, the conformation of the public health policy of the municipality suffers influences what happens in the world and in the country. Therefore, it is a brief description of how they built public policies, particularly health, in the capitalist state.

Recognizes the existence of a dual system of public health in Brazil, a public - SUS - and another private, prior to the constitution and so kept after it. The market strength is such that the private system has the largest share of resources invested in health and also receives huge subsidies by the Brazilian State. And his strength is amplified after the 1990s, under the neoliberal wave..

This study understands that the concept of health-illness is a result of political, social and cultural contexts, and it is influenced by the society, whether conservative or progressive. In turn, this concept helps to formulate models of care and management more or less democratic, caregivers and accountability for public health.

Therefore, while describing Campinas history, decade-by-decade, an analysis of local and national political context is made, trying to understand the concept of health that guided local health policy, and which models of health care and management are being structured. Municipal Health Office documents and former Municipal Health Secretaries interviews are presented as well as a wide bibliographic review.

Campinas, with its rich history, was a source of knowledge and experiments in public health in partnership with cities' universities, which helped on the process of construction of SUS.

Even after the 1988 Constitution promulgation, new ideas and experiments like Collegiate Management, Singular Therapeutic Projects, Extended Clinic, Humanized Welcome, Institutional Support and Matrix Support were created and exported to other brazilian cities and even used by the Government Health.

After the implementation of neoliberalism in Brazil, the Municipal Health System becomes (as well as SUS) weakens itself, being primarily used by poor people. Suffers therefore setbacks since the mid 2000s and moves away from the ideals of those which call for a health policy under public management, leaving the private sector an additional role.

In the other hand, the local rich experience, and in accordancy with several authors that weight past policies help conform the present, causes the various devices of the past still remain clumsily. Allied with a strong existing health movement in municipality conclude

with the possibility of resumption of the initial direction of Campinas SUS and, perhaps, may again influence the national direction.

Keywords: 1. Unified Health System; 2. Public Health, Campinas-SP

Sumário

LISTA DE SIGLAS	vii
AGRADECIMENTOS	xi
DEDICATÓRIA	xiii
RESUMO	xv
ABSTRACT	xvii
1. APRESENTAÇÃO	xxi
2. INTRODUÇÃO	1
3. METODOLOGIA E DINÂMICA DA PESQUISA	9
3.1 Macro e micropolítica na implementação de uma política pública – o Sistema Único de Saúde.....	9
3.2 A Matriz de Análise	16
3.3. A pesquisa.....	22
3.4. Objetivos e Hipóteses	29
4. ESTADO, SOCIEDADE E POLÍTICAS PÚBLICAS – CONTEXTUALIZANDO PARA COMPREENDER CAMPINAS.....	31
4.1 – Estado, sociedade e políticas públicas.....	31
5. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL A PARTIR DE 1964 – AINDA CONTEXTUALIZANDO PARA COMPREENDER CAMPINAS	43
5.1. A construção e a consolidação de uma política pública de saúde.....	43
5.2. A relação público-privado e as restrições impostas a um sistema de saúde de fato universal	57
5.3. Saúde, Estado e Mercado – considerações sobre os limites do SUS.....	61
6. A SAÚDE PÚBLICA EM CAMPINAS – A SECRETARIA DE SAÚDE E SEUS MODELOS ASSISTENCIAIS E DE GESTÃO	69

6.1. As décadas de 1960 e 1970 – a gênese de uma política municipal de saúde.....	69
6.2 - Os anos 80 – Consolidando a importância da Secretaria de Saúde no rumo da municipalização	85
6.2.1. As AIS, o Suds e o SUS – contribuições para a consolidação do Sistema Municipal Público de Saúde – O Pró-Assistência I.....	91
6.2.2. O modelo assistencial e de gestão da Secretaria Municipal de Saúde nos anos 80	101
6. 3. Os anos 1990 – O “Modelo em Defesa da Vida”	109
6.3.1. De 1989 a 1992 – Proposição e implementação de um modelo: “Em Defesa da Vida”.....	109
6.3.2. De 1993 a 1999 – Descentralização Administrativa da Prefeitura e da Secretaria de Saúde – O programa “Cidades Saudáveis”	129
6. 4. Os anos 2000 – O Modelo Paidéia. As restrições ao avanço do SUS local: reflexos neoliberais.....	138
6.4.1. 2001 a 2003 – O Modelo Paidéia	138
6.4.2. A implementação do Projeto Paidéia	145
6.4.3. Outras Mudanças no Sistema	148
6.4.4. 2005-2013 – Retrocessos na Saúde Pública em Campinas – a força do neoliberalismo	150
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	165
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	185
9. ANEXO I	195
10. ANEXO II.....	197

1. APRESENTAÇÃO

*Luz, quero luz.
Sei que além das cortinas
São palcos azuis
E infinitas cortinas
Com palcos atrás
Arranca, vida
Estufa, veia
E pulsa, pulsa, pulsa
Mais, quero mais
Nem que todos os barcos
Recolham ao cais
Que os faróis da costeira
Me lancem sinais
Arranca, vida
Estufa, vela
Me leva, leva longe
Longe, leva mais*

Chico Buarque

Permitam-me que escreva esta apresentação em primeira pessoa. Ou seja, a tese, escrita por um sujeito, eu, trabalhador do SUS e da Secretaria de Saúde de Campinas, será composta por reminiscências pessoais de um período de 30 anos de trabalho dedicados, apaixonados e apaixonantes. Neste longo – ou curto? – período de tempo, neste microcosmo, pude vivenciar, experimentar e ajudar a compor um sistema de saúde com todas as suas contradições, potências, limites, mas que se tornou uma das principais referências para o SUS nacional.

Vivencio-o há pelos menos 30 anos.

Secretaria de Saúde não é um ser. Mas a de Campinas é sentida por mim quase como se o fosse, pelo qual se é apaixonado; e, como em toda a paixão, são idas e vindas, às vezes raiva, mas a maior parte do tempo, carinho, sofrimento pelas suas fragilidades, gozo pelas suas potências, celebração pelas suas vitórias. Carinho por seus dirigentes, raiva de seus dirigentes. Carinho pela maioria dos trabalhadores, raiva e indignação por aqueles que não a respeitam e privatizam esse espaço, por excelência, público.

Por que tanto apreço pela Saúde?

Tem que ver com minhas origens. Sou “baiano”. Baiano criado no Vale do Mucuri e no Vale do Jequitinhonha, em Minas Gerais, suas regiões mais pobres, em nada diferente do sertão nordestino.

Minha cidade da infância era tão pobre que só recebeu iluminação pública em 1968! Mais um ato do Milagre Brasileiro, segundo os militares de plantão. Televisão só conheci aos 13 anos, ao visitar um tio em Governador Valadares.

De família muito pobre, em região pobre, fui um compêndio ambulante de doenças transmissíveis: esquistossomose, tuberculose, hepatite, cáries ... Não só eu, mas todos os outros meus 12 irmãos, dois dos quais adotivos. Sem contar um que entrou na estatística da alta mortalidade infantil local.

Atendimento médico? Raramente. Meu pai nos dava raízes ou nos levava à farmácia, onde comprava vermífugos, penicilina e outros prescritos pelo prático de farmácia, querido de todos na cidade. Quando a situação apertava, juntava-se alguma grana para pagar o médico particular. Dentista? Só rindo... Nossos dentes cariados eram arrancados por um prático de odontologia que, por acaso, era também mecânico de automóvel. Talvez sua habilidade com alicates e outros instrumentos do tipo explicasse sua habilidade com o boticão. Sobrevivi, aparentemente sem sequelas, exceto menos dentes naturais.

Pobreza e convivência com doenças me fizeram querer ser médico: duas ilusões – tornar-me milionário para ajudar a mim, à família e aos outros, e salvar a humanidade de seus males físicos. A ideia surgiu cedo, competiu durante algum tempo com a vontade de fazer cinema, mas a medicina ganhou. Não sei se ganhei eu...

Por que Campinas? Mais uma do Milagre Brasileiro: nos jornais que passavam antes dos filmes no cinema local – sim, tinha cinema com seu gerador próprio – anunciava-se a criação da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) com a promessa que seria a melhor universidade do Brasil. Terminado o ginásio, tínhamos que buscar um destino se quiséssemos continuar estudando. E, sim, os filhos homens tinham que estudar...

Como já tinha parentes em Campinas, esse foi meu destino.

Meu primeiro contato com o Sistema de Saúde de Campinas (e não ainda com a Secretaria) foi através da Unicamp, onde fiz o curso de medicina. A primeira impressão dos serviços públicos municipais, estaduais ou federais – os postos de saúde, centros de saúde e Posto de Assistência Médica (PAM) do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) foram péssimas.

Da Unicamp, nos idos de 1977 até 1983, ou seja do meu quarto ano de graduação ao terceiro ano de residência em pediatria, víamos a rede pública de Campinas (município, estado e federação) por meio dos estágios que fazíamos em alguns postos de saúde ou por meio dos pacientes que nos eram encaminhados. Encaminhamentos, no mais das vezes mal feitos, sem uma história adequada do paciente, exames não confiáveis, diagnósticos inconsistentes, etc. Não sabia eu do esforço que alguns médicos e outros profissionais de saúde que estavam na Secretaria de Saúde do município faziam para produzir mudanças nesse estado de coisas. Ouvia falar, mas não dávamos muita importância.

Outro contato que tive com a rede foi pelo Centro de Saúde Jardim Aurélia, na época estadual, coordenado por uma jovem sanitarista, empolgada com seu trabalho, particularmente com a possibilidade de, por meio de ações políticas, mudar o sistema de saúde nacional, estadual e, por conseguinte o municipal. Lá fiz estágio como estudante e depois já como residente. Embora muito jovem, a Dra. Haydée já atuava politicamente, em partido de esquerda e no Movimento Sanitário. Em compensação, os outros médicos que ali trabalhavam confirmavam a minha impressão: descaso com os pacientes, consultas de dois, três minutos, não cumprimento de horário. Apesar da indignação da Diretora do Serviço, essa era a regra... Baixa governabilidade dela para mudar o *status quo*.

De qualquer modo, foi a minha primeira lição prática que a relação médico – paciente não é uma relação individual, mas sim mediada por modelo de atenção, modelo de gestão, práticas políticas, conceitos de saúde-doença mediada pelo contexto cultural e político... Não existem atos isolados sem mediação social.

O período de estudante universitário foi muito rico. Entrei na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp em 1975, me formei em 1980 e fiz residência até 1983.

Além das festas, tínhamos tempo para discutir as possibilidades de mudanças estruturais do país e do mundo. Discutíamos Marx, Foucault, Gramsci, Ilyich. Tentávamos compreendê-los em estudo dirigido, uma, duas vezes por semana, no velho prédio do DCE da Unicamp. Tudo escondido, pois tudo era proibido. Eram cópias mimeografadas em pequenos aparelhos que usavam álcool. O cheiro nos impregnava. Delícia...

Interessante notar que, apesar da minha participação nos movimentos políticos da época, pouco discutíamos sobre o Sistema de Saúde na FCM, exceto no Departamento de Preventiva, mas isso pouco afetava os alunos da medicina. A maioria alienada, uns poucos discutindo mudanças estruturais da sociedade e Estado e, menos ainda, se envolvendo com as discussões sobre saúde.

Discutíamos a possibilidade da revolução socialista, de mudanças no ensino, contra o ensino pago, abaixo a ditadura, eleições diretas...

Dava aula num cursinho para me manter na faculdade. Apesar de privado, os professores faziam militância política. Contra a ditadura, a favor de uma universidade pública, leiga e gratuita. Contra a exploração do trabalhador, por melhor distribuição de rendas... Saúde não era um tema presente.... Pelo menos no espaço em que militava.

Muitas greves, muitas passeatas, muitas vezes correndo da polícia e, às vezes alcançadas por ela, levando umas “borrachadas” de cassetete. Mas o entusiasmo da militância, a perspectiva de derrubar a ditadura, de mudar o Brasil fazia valer a pena.

Bandeiras ainda hoje válidas. Apesar de tantas mortes, o Brasil continua injusto, preconceituoso, clientelista e patrimonialista. Mas, indiscutivelmente, é muito melhor que o Brasil da minha infância e adolescência... Sou de uma geração que conseguiu ter mais escolaridade e renda maior que a dos pais.

Essa militância e as lições aprendidas no Jardim Aurélia me levaram a buscar a filiação a um partido que representasse esses sentimentos, mas ao mesmo tempo que prezasse a democracia, a liberdade de pensamento e de expressão. Esse era o Partido dos Trabalhadores (PT). Embora o frequentasse desde 1984, me filiei em 1988. No PT filiei-me, naturalmente, ao Núcleo da Saúde. Nele militavam figuras de proa do movimento sanitário campineiro: queridas e queridos companheiros da Secretaria de Saúde como a Carminha, Raquel, Maria

Alice, Mícolli, Abrãao; aí reencontrei a Haydée e conheci o Gastão, Emerson, Luis Cecílio, Marcia, Adail, Teresa, Jeanete, Joseli, Bete, Vanderlei, Gilberto e tantos outros companheiros que, a maioria, viriam a dirigir a Secretaria de Saúde de Campinas e com os quais convivo até hoje.

Em 1985, fiz concurso para o Inamps. Terrível aprendizado de como não se faz saúde de qualidade, de como não se deve relacionar com os pacientes e como se privatiza o espaço público.

Em 1986, fiz processo seletivo público para entrar na Secretaria de Saúde. Embora já soubesse por meio de trabalhos voluntários que havia feito em Centros de Saúde municipais e através dos companheiros militantes do PT do clima democrático e das tentativas de se construir alternativas ao modelo vigente, surpreendi-me com o que encontrei: reflexões, análises, propostas. Outro mundo era possível.... Respiravam-se mudanças.

Este clima levou-me a pedir a ser “emprestado” do Inamps para a Secretaria Municipal de Saúde. Embora não houvesse a figura da municipalização, consegui ficar toda a minha jornada em posto de saúde da Secretaria de Saúde.

Pela minha dedicação e por estar em tempo integral na Secretaria, rapidamente fui convidado a fazer a coordenação de um centro de saúde. E assim, ao longo desses quase 30 anos, fui alternando ou fazendo, ao mesmo tempo, atividades assistenciais e de gestão.

Não vou me estender nessas digressões.

Ela só tem um sentido. Compreender como se dá a passagem de um pensamento fragmentado, uma interpretação mecânica da realidade, a uma concepção de mundo elaborada, consciente e orgânica, que é, para Gramsci, criadora de uma nova cultura, contra-hegemônica. Para ele:

Para escapar (...) às concepções mecanicistas que estão implícitas na concepção do pensamento como atividade receptiva e ordenadora – deve-se colocar o problema de uma maneira ‘historicista’ e, simultaneamente, colocar na base da filosofia a ‘vontade’ (em última instância a atividade prática ou política), não arbitrária, que se realiza enquanto corresponde às necessidades objetivas históricas,

isto é, enquanto é a própria história universal no momento da sua atuação progressiva (GRAMSCI, 1999).

Se, para ele, a filosofia é também senso comum, superado pela análise da realidade com o rigor da cientificidade e da reflexão com base no materialismo histórico, descobrindo outra realidade escondida ideologicamente, este é o percurso que tentarei fazer nesse trabalho.

Campos (2000), citando Gramsci, afirma:

Pensar criador e criatura embolados, todo o tempo, um ente produzindo por ele e por outros. Precisando melhor, é importante assumir que toda produção é uma coprodução em que o produtor é também modificado pelo produto (CAMPOS, 2000).

Este é o espírito dessas curtas memórias. Permitir que o leitor compreenda-me como “intelectual orgânico” (Gramsci, 1966), que se relaciona com o “povo-nação” (Gramsci, 1966) com a paixão que me fez militante do movimento sanitário campineiro. No meu caso, é um “povo-nação” pequeno: o conjunto de trabalhadores e, principalmente, usuários do SUS com quem tive convivência mais próxima – todos da minha família nordestina imensa e todos os migrantes mineiros e nordestinos principalmente, no São Marcos, no Santa Mônica e na Vila Brandina. Cabe explicar que ao referir-me assim, como “intelectual orgânico” não quero ser pedante ou sectário. Para Gramsci:

Passagem do saber ao compreender, ao sentir, e, vice-versa, do sentir ao compreender, ao saber. O elemento popular ‘sente’, mas nem sempre compreende ou sabe; o elemento intelectual ‘sabe’, mas nem sempre compreende e, menos ainda, ‘sente’”; os dois extremos são, portanto, por um lado, o pedantismo e o filiteísmo, e, por outro, a paixão cega e o sectarismo. Não que o pedante não possa ser apaixonado, ao contrário; o pedantismo apaixonado é tão ridículo e perigoso quanto o sectarismo e a mais desenfreada demagogia. O erro do intelectual consiste em acreditar que possa saber sem compreender e, principalmente, sem sentir e estar apaixonado (não só pelo saber em si, mas também pelo objeto do saber), isto é, em acreditar que o intelectual possa ser um intelectual (e não um mero

pedante) mesmo quando distinto e destacado do povo-nação, ou seja, sem sentir as paixões elementares do povo, compreendendo-as e, portanto, explicando-as e justificando-as dialeticamente com as leis da história, com uma concepção do mundo superior, científica e coerentemente elaborada, com o 'saber'; não se faz política-história sem esta paixão, isto é, sem esta conexão sentimental entre intelectuais e povo-nação (GRAMSCI, 1999).

É assim que me entrego a esse trabalho.

2. INTRODUÇÃO

O que é não é jamais fechado. O que é é aberto, ou o que é, é sempre, também, a ser. (CASTORIADIS, 1992)

Campinas tem uma rica tradição na história da saúde pública brasileira.

Essa história se liga indissociavelmente à história do processo de acumulação capitalista no município, um dos centros pujantes do mercado brasileiro, concentrando-se aqui grande proporção do PIB nacional. Configura-se como um dos mais importantes centros financeiros, industrial e de serviços, bem como concentra ainda uma grande parte de produção agrícola.

A compreensão da história da Saúde Pública em Campinas, com seus altos e baixos, só pode ser inteligível se percebida no contexto de uma determinada estrutura social. É reflexo de mudanças históricas no Estado de São Paulo, no Brasil e no mundo, ou seja, reflexo das mudanças sociais, econômicas e culturais que o processo de acumulação capitalista vai determinando ao longo da história no mundo e que causarão efeitos locais.

Mudanças históricas que não só lhe afeta, como também é afetada por ela. Segundo Merhy

nestes estudos, quando se toma a estruturação do social como guardando uma relação de exterioridade por referência ao campo particular das práticas sanitárias, tende-se a cair numa abordagem funcional deste campo. Enquanto que, quando este campo é concebido como parte da estruturação do referido social, ele se torna objeto e sujeito das relações sociais que se efetivam entre os componentes infra e supraestruturais de uma dada sociedade (MERHY, 1987).

Este quadro socioeconômico-político está a influenciar as condições de vida de sujeitos, atores sociais, que vão moldando sua consciência histórica-política a partir das suas condições de vida, de trabalho e de relações de classe. São sujeitos que sofrem a influência da história, mas também a fazem e a refazem.

A história da saúde pública em Campinas poderia ser contada desde a fundação da cidade, entretanto, não é esse o objetivo desse trabalho. O que se pretende é compreender essa história à luz das transformações por que passa o Brasil a partir, notadamente, da década de 1970, anos que marcam o processo de luta pela redemocratização, o que, indubitavelmente,

influenciou os rumos da saúde pública na cidade. Somada a essas transformações da sociedade e do Estado brasileiro de cunho mais geral, busca-se compreender como o movimento da Reforma Sanitária brasileira influencia a história local e, todavia, como os dispositivos e ferramentas de gestão e de cuidados experimentados no município, bem como a plêiade de sanitaristas que construiu sua história contribui para o próprio movimento de reforma sanitária nacional. Um estudo documental e bibliográfico que ajuda a compreender a construção e a consolidação de uma política pública, a de Saúde.

Segundo Paim, a partir da 8ª. Conferência Nacional de Saúde, em 1986,

a sociedade brasileira passou a dispor de um corpo doutrinário e um conjunto de proposições políticas voltados para a saúde que apontavam para a democratização da vida social e para uma Reforma Democrática do Estado. E é justamente esse processo de democratização da saúde que naquela época cunhou-se o nome de Reforma Sanitária (PAIM, 2007).

O SUS é fruto desse movimento e desse momento de ebulição da sociedade brasileira que tentava constituir um Estado de bem-estar social, configurando-o na Constituição de 1988, não por outro motivo denominado de “Constituição Cidadã”. Contudo, sofre consequências desse paradoxo: se nasce sob o signo de políticas universais e de direito de cidadania, se institucionaliza nos anos 1990, período que o Neoliberalismo aporta no nosso país.

A partir da década de 1980, o mundo é varrido por uma onda neoliberal, iniciando-se pela Inglaterra e pelos Estados Unidos, sob os governos de Margareth Thatcher e Ronald Reagan, respectivamente (SOARES, 1999).

O Brasil vai sofrer dessa influência um pouco mais tarde, a partir da década de 1990 e isto vai influenciar os rumos do SUS no país e em Campinas. Se este foi incorporado na Constituição num contexto de reforma do Estado capitalista brasileiro na direção de um Estado de bem-estar social, sua implantação de fato, a partir das leis orgânicas (1990), no governo Collor, se dá no meio da onda neoliberal. Ocorrem reflexos na Saúde, seja nos âmbitos nacional e estadual, seja no âmbito local, representados nos anos atuais por uma

gestão burocrática, conforme a descrição de Weber, normativa, na qual os conceitos de cogestão já não fazem sentido.

Para os neoliberais, o Estado é empecilho ao crescimento econômico e gastos sociais são alimentadores da inflação. Ademais, o Estado é, por si só, fonte de corrupção e de ineficiência e, segundo as teses neoliberais, o mercado por si, deixado livre, sem nenhuma interferência, faria uma melhor utilização dos fatores produtivos, beneficiando a todos, capitalistas e trabalhadores.

Essas teses penetram fortemente em países que estão vivendo a crise do capitalismo global e parte da sociedade brasileira (e mundial) tenta nos impingir uma pretensa verdade: as proposições de esquerda, de distribuição de renda, justiça social, políticas públicas universais, radical democracia das instituições, já não fazem mais sentido. A queda do muro de Berlim serve de marco para a derrocada dessas ideias. Segundo Safatle,

As velhas agendas de crítica do poder, de identificação de conflitos de classe e das práticas disciplinares presentes em nossas instituições poderiam muito bem ser trocadas por uma boa ação social em ONGs ecológicas, de preferência aquelas financiadas por bancos e grandes corporações (SAFATLE, 2012).

Esse ideário se reflete no setor saúde. Todavia, a universalidade e a integralidade estejam consagradas constitucionalmente, os partidos conservadores defendem o SUS da integralidade mínima, voltado para os pobres, ao mesmo tempo em que defendem o mercado de planos privados para a classe média e trabalhadores do mercado formal. Ademais, mesmo esse SUS para pobres, suprapartidário, deve ser gerido por instituições do terceiro setor (OS e OSCIPS), sem fins lucrativos (!), dada a inerente ineficiência e incapacidade gestora do Estado. E assim, o neoliberalismo vai produzindo seus efeitos nefastos, notadamente sobre as políticas públicas, não só da Saúde, mas também da educação, transportes públicos, segurança, entre outras, reduzindo o papel político do Estado.

Há sim tentativas de resistências ao neoliberalismo, particularmente na América Latina, que, nas últimas décadas, tem eleito, em vários dos seus países, governos de esquerda. Isso se dá também no Brasil, embora a tendência mais hegemônica seja a da privatização das políticas

públicas, evidenciada pela ampliação sem precedentes do ensino privado e, no caso da Saúde, o predomínio dos gastos privados em relação ao público. Assim, o SUS, embora legalmente universal, desenvolve uma tendência de focalização nos pobres.

Também em Campinas a resistência à privatização da Saúde tem sido forte, particularmente através do Conselho Municipal de Saúde e pelo Movimento Popular de Saúde, embora não se possa afirmar que esse seja um movimento que tenha ganhado “corações e mentes” da nossa sociedade.

Talvez a resistência não tenha se tornado um movimento contra hegemônico exatamente por que ainda não foi capaz de criar um “imaginário radical” (CASTORIADIS, 1986) capaz de “formação de identidades, (...) difusão da consciência sanitária e a organização de coalizões sociais em defesa de uma reforma radical” (FLEURY, 2009), não só do setor saúde, mas do Estado brasileiro.

Para Castoriadis (1992), a sociedade industrial contemporânea tem como característica uma estrutura piramidal de poder, hierarquicamente constituída, que controla, quanto mais alto na pirâmide, maior massa de capitais. E, ainda segundo ele, há uma aceitação e mesmo valorização por parte dos capitalistas e da maioria dos trabalhadores dessa constituição imaginária da sociedade.

Entretanto ele não é pessimista. A sociedade capitalista traz em si, como característica central, uma estrutura de crises periódicas que pode trazer em si possibilidades de solução ou caminhar para a barbárie.

Segundo Castoriadis,

o termo barbárie no seu sentido atual não é nem fascismo, nem a miséria, nem o retorno à idade da pedra. É precisamente o “pesadelo climatizado”, o consumismo pelo consumismo dentro da vida privada, a organização pela organização dentro da vida coletiva, e seus corolários: privatização, retraimento e apatia com relação às coisas comuns, desumanidade das relações sociais (CASTORIADIS, 1986).

Porém, como possibilidade de solução, parcela considerável dos trabalhadores opõe resistência e lutam contra essa opressão. Uma das primeiras formas dessa luta é a recusa à exploração, a construção de solidariedade entre os trabalhadores, é agir nos interstícios da instituição, usando da imaginação para criar e instituir seu próprio mundo, questionando e recriando suas próprias leis (CASTORIADIS, 1986).

Para Castoriadis, toda sociedade é dinâmica, trazendo em si a alteridade em potência. Ele a compara, metaforicamente, com o magma expelido pelos vulcões: se é, por um lado, “dura” como parte do magma, com suas estruturas e obras materializadas, instituídas, é também movimento: é em parte líquida, quente, gasosa, mas que sofre e sofrerá mudanças, podendo se solidificar, ao mesmo tempo que pode se derreter o que era sólido. É o instituído e o instituinte, permitido pelo social-histórico; o coletivo anônimo que relaciona cada sociedade a outras sociedades. Complementaridade e tensão entre a sociedade instituinte e a sociedade instituída, da história feita e da história se fazendo e a se fazer.

Não teria sido a redemocratização do Estado brasileiro nos anos 1980 e a constituição do SUS um desses movimentos em que houve derretimento, pelo menos em parte, da porção dura do magma social brasileiro?

E os movimentos de junho de 2013, que significado(s) têm? Foram manifestações quase espontâneas, chamadas pelas redes sociais, sem lideranças claras, heterogêneas, em que estiveram presentes várias correntes sociais: desde a direita mais rançosa à extrema esquerda. Nas ruas via-se de tudo: críticas aos governos federal, estaduais e municipais, aos parlamentos, aos sindicatos, aos políticos e partidos de todos os matizes ideológicos; exigência de melhores serviços públicos, sejam os estatais, sejam terceirizados, particularmente saúde, segurança e educação sem se saber muito bem a favor de que: privatização generalizada? Mais planos de saúde? Políticas públicas estatais? SUS universal e de qualidade? Ou seja, um tanto de espontaneidade que, embora alguns analistas tenham apontado ao contrário, não me pareceram nenhum movimento por mudanças estruturais profundas da sociedade brasileira. Mas, fica a pergunta, estariam aí germes de imaginação para uma nova conformação de sociedade?

Não há uma resposta previsível. De qualquer modo, são movimentos que contribuem para a transformação de sujeitos e da realidade, ainda que, conforme Campos

se considerarmos o homem como construção social e histórica, isso nos obriga a operar com certa dose de incerteza, imprevisibilidade e com uma concepção de ciência que inclua sua própria temporalidade, a transitoriedade de suas verdades, a incompletude dos modos de explicação do real e a subjetividade de seus processos de construção. Nessa perspectiva, não podemos apontar para uma formação de subjetividades não assujeitadas ao passado, e que utilizem, no futuro, o que do passado lhes é transmitido como instrumento de interpretação do presente e de construção de novas possibilidades para a vida (CAMPOS, 2013).

Peter Pal Pelbart e Rogério da Costa, na apresentação do livro *O Reencantamento do Concreto*, nos perguntam

como expor-se então às novas forças em jogo nesse universo polimorfo, numa época em que a megamáquina capitalista não cessa de produzir novas formas de controle social e subjetivo, novas formas de miséria e horror? Como abrir-se para a vitalidade das subjetividades emergentes, nesse contexto? Como cuidar dos vetores que atravessam a Multidão? (PELBART, 2003).

E ele continua:

Eis o propósito dessa publicação: não se ater ao fascínio complacente da globalização, nem ao pessimismo atávico em relação aos abismos sociais, culturais e tecnológicos do planeta, mas dar-se meio para lidar com o nascente, operá-lo, corporificá-lo, reconhecer-se nele e por meio dele resistir ao mortífero (PELBART, 2003).

Ou seja, outro mundo é possível...

Também no campo da Saúde, particularmente em Campinas, há uma expectativa de que modelos de gestão e atenção, que incluam os trabalhadores como sujeitos capazes de altos

gradientes de autonomia, sejam capazes de superar esta forma de gestão burocrática, hierarquizada, fruto da imaginação criativa da sociedade capitalista. Para Campos (2013), através de processos de cogestão dos espaços públicos, onde trabalhadores, gestores e usuários estivessem em constante processo de formação,

ao mesmo tempo em que adquirem e constroem conhecimentos, as pessoas se produzem a si mesmas como sujeitos. Sujeitos passivos e acríticos, que se apropriam de um conhecimento transmitido e, numa suposta posição de neutralidade, seguirão a aplicá-lo numa realidade que, a depender de sua ação, permanecerá repetindo suas mesmas contradições e problemas. Ou sujeitos com capacidade de análise e enunciação, sujeitos implicados com a coletividade, com capacidade de se mobilizar e intervir na realidade para transformá-la (CAMPOS, 2013).

Desde os anos 2000, a Secretaria de Saúde implementou dispositivos e ferramentas¹ que, posteriormente, capilarizaram-se por todo o Brasil através do Ministério da Saúde. Essa série de proposições, que intervêm nos processos de trabalho das unidades, produzem, apesar da força do neoliberalismo, condições de desenvolver políticas de saúde mais solidárias, humanizadas, que consideram interesses e desejos de trabalhadores e usuários, próximas do ideário da reforma sanitária.

¹ Dispositivos: atualização das diretrizes de uma dada política em agenciamentos coletivos concretos (PNH – MS). Para Barembliit (1996), dispositivo é uma montagem ou artifício produtor de inovações que gera acontecimentos, atualiza virtualidades e inventa o novo radical. Por exemplo, para a diretriz “clínica ampliada”, são dispositivos a Equipe Transdisciplinar de Referência e o Acolhimento com classificação de Risco; para a diretriz Cogestão, tem-se o Colegiado Gestor e o Contrato de gestão compartilhado.

Ferramentas, por sua vez, são instrumentos concretos que põe o dispositivo a funcionar. Exemplos: Diretriz da Clínica Ampliada, tem-se o dispositivo Equipe Transdisciplinar e a ferramenta o Prontuário Transdisciplinar (Ministério da Saúde, Política Nacional de Humanização)

Qual a força dessas proposições? Continuarão a exercer influência ou serão varridas da história de Campinas pela onda neoconservadora adotada pela Secretaria de Saúde nesse momento? Serão capazes de produzir “sujeitos com capacidade de análise e enunciação” (CAMPOS, 2000), sujeitos implicados com a coletividade, com capacidade de se mobilizar e intervir na realidade para transformá-la?

E como essas mudanças continuarão a influenciar a história da saúde pública no Brasil? Campinas está perdendo sua relevância? Como retomar essa história? Qual a força da academia? E dos movimentos populares?

Obviamente não dá para mudar o SUS a partir do município, mas como Campinas fez e tem potência para continuar fazendo história na Saúde Pública, essas reflexões podem contribuir para que, no município, possamos construir outras possibilidades e retomar, sem conservar, outros rumos para o SUS.

Portanto, a história que aqui se pretende contar, a partir da década de 1960, se fará correlacionando-a com os momentos históricos da sociedade brasileira e no Estado de São Paulo e, por conseguinte, em Campinas. Ao mesmo tempo, buscar-se-á olhar as transformações que o capitalismo mundial está passando e o quanto isto está a influenciar a história local. Sua história é entendida, portanto, “como um processo de uma resposta às necessidades de reprodução das condições de realização do capitalismo no Brasil”, que, conforme Merhy (1987) era uma das funções do sistema de saúde.

3. METODOLOGIA E DINÂMICA DA PESQUISA

Ora, senhores, “duas vezes dois igual a quatro” é um princípio de morte e não um princípio de vida. (...) É verdade que o homem não se ocupa senão da procura desses “duas vezes dois igual a quatro”; atravessa oceanos, arrisca a vida em sua perseguição; mas quanto a encontrá-los, quanto a apanhá-los realmente – juro-vos que tem medo, pois ele se dá conta de que, uma vez encontrados, nada mais tem a fazer. (...) Tenta aproximar-se do fim, mas, tão logo o atinge, não está mais satisfeito; e isso é verdadeiramente bem cômico. Em uma palavra: o homem é construído de uma maneira muito cômica, e tudo isso faz o efeito de um trocadilho. Mas, seja como for. “duas vezes dois igual a quatro” é uma coisa bem insuportável (Notas do subsolo – Dostoievsky)

3.1 Macro e micropolítica na implementação de uma política pública – o Sistema Único de Saúde

Várias são as definições de políticas públicas, segundo Maria de Lourdes Carvalho, citando vários autores. Neste trabalho, escolhi como definição a de Boneti, citado por Carvalho et al:

Entende-se por políticas públicas o resultado da dinâmica do jogo de forças que se estabelece no âmbito das relações de poder, relações essas constituídas pelos grupos econômicos e políticos, classes sociais e demais organizações da sociedade civil (CARVALHO et al, 2010).

Tem o mérito de, ao olhar a política pública como instrumento de solução de problemas da sociedade sem obstáculo, perder de vista as forças que constroem a hegemonia no seio da sociedade civil, inclusive aquelas que contribuem para a acumulação do capital.

Uma política pública, segundo Brynard, também citado por Carvalho (2010), origina-se e se constitui como um processo político quando

um ou mais atores da sociedade identificam uma necessidade ou um problema, ou sentem que as ações do governo afetam negativamente algum segmento da sociedade. Esses atores procuram

mobilizar apoio para convencer os decisores políticos a agir no sentido de alterar o status quo em seu favor. A fase de decisão política é de grande importância por duas principais razões: determina quem influencia ou controla o processo de decisão política; e, determina como as partes interessadas influenciam na agenda política (CARVALHO, 2010).

Contudo, vários autores, segundo Carvalho (2010) e Menicucci (2010), afirmam que o seu resultado envolve vários processos que ocorrem posteriormente à sua proposição: a implementação, a execução e a avaliação. O fluxo da política pode ser mudado por esses processos, principalmente na fase de implementação, mudando tão drasticamente seus princípios e diretrizes, tornando-a outra diferente daquela proposta originalmente. São nesses momentos que os vários atores sociais interessados se manifestam de forma mais contundente, às vezes não explicitamente, porém podendo mudar o curso da história.

Carvalho (2010) refere a vários modelos de implementação de uma política pública. Dois deles me pareceram condizentes com o processo de implementação da política de Saúde tanto a nível nacional quanto em Campinas e, por conseguinte, utilizo-os nesse trabalho: o modelo de “equilíbrio interrompido” – se caracteriza por longos períodos de estabilidade, interrompidos por períodos de instabilidade que geram mudanças nas políticas anteriores; e mais, particularmente a partir dos anos 2000, modelos influenciados pelo “novo gerencialismo público” (Carvalho, 2010) e pelo ajuste fiscal – modelo este em que a eficiência passou a ser vista como o principal objetivo de qualquer política pública, aliada à importância do fator credibilidade e à delegação das políticas públicas para instituições com “independência” política”. Esse modelo foi introduzido com o Neoliberalismo e tem tomado força em vários países, inclusive no Brasil e, indiscutivelmente em Campinas, a partir dos meados dos anos 2000.

Telma Menicucci (2010), em sua tese de doutorado e no artigo “A relação entre o público e o privado e o contexto federativo do SUS”, embora não cite literalmente o “modelo de equilíbrio interrompido”, e utilizando-se como referência, além de outras, as teses de Paul Pierson para analisar o desmonte do Estado de Bem-Estar Social nos governos de Margaret Thatcher e Ronald Reagan, trabalha com a hipótese que o resultado atual de uma política

pública decorre de políticas anteriores que foram moldando, ao longo de sua implementação, o resultado com que se apresenta no momento. Pequenas mudanças podem ocorrer ao longo do tempo como fruto das disputas de interesses e de acasos, mas rupturas, mudando a política em definitivo, dependem de mudanças estruturais e de poder.

Outro autor, Peter Hall, citado por Rocha (2005), também defende que as políticas públicas são influenciadas por esse efeito *feedback* e as mudanças que sofrem ao longo do tempo são de três ordens: as de primeira e segunda ordem são mudanças limitadas, geralmente de ajustes rotineiros na política em andamento e ou ajustes em instrumentos de implementação da política. Não mudam seu rumo, princípios e diretrizes. Geralmente são mudanças provocadas pelos agentes do Estado responsáveis pela condução da política. As de terceira ordem, por sua vez, são aquelas que mudam o rumo da política, que provocam mudanças de paradigma. São provocadas por embates de atores que têm interesses contraditórios em relação ao *status quo*, e tem algumas características: as mudanças são impulsionadas por fatores sociais e não necessariamente por descobertas científicas; a mudança de paradigma é precedida por mudança na esfera do poder e, portanto, de governo e de orientação para o papel do Estado.

No caso do setor Saúde, segundo Mencicucci (2007), constituiu-se no Brasil um sistema híbrido de saúde com um componente público, de universalidade restrita, dado que utilizado prioritariamente pelos pobres e classe média-baixa e outro, privado, utilizado por aqueles com poder aquisitivo suficiente para pagar do próprio bolso, seja através de pagamentos diretos, seja através de planos ou seguros saúde. Explica-se esse sistema híbrido pelas políticas conduzidas no país desde os anos 1960. Eram políticas de privilégio da iniciativa privada, as quais contribuíram para a constituição de atores que delas se beneficiavam e tiveram poder para exercer pressão, impedindo rupturas paradigmáticas na política de saúde.

Se analisarmos a política de saúde nacional, é possível afirmar que durante o processo constituinte, o Movimento da Reforma Sanitária fez proposições que rompiam com o paradigma da política anterior. Contudo, ao longo da implementação do SUS, o efeito *feedback* das políticas de privilégio da iniciativa privada, desde a década de 1960, foram impeditivas dessa ruptura, de tal modo que hoje temos um sistema dual de saúde, um público – o SUS – e outro privado.

Essas políticas passadas construíram o ambiente para o subfinanciamento do SUS, um dos fatores limitantes ao seu desenvolvimento, e

teve como outro de seus efeitos a atribuição de significados à realidade e a conformação de determinadas concepções sobre o público e o privado, de tal forma que os padrões estabelecidos tendem a ser readotados, naturalizando as escolhas do passado e conformando a preferência por serviços privados (MENICUCCI, 2007).

Por conseguinte, a política de saúde estabelecida no Brasil – e hoje fortemente em Campinas - se caracteriza por essa característica dual – um mix público privado com uma força ideológica do segundo, ainda que cobrindo aproximadamente um terço da população brasileira. Embora o sistema público – o SUS – seja uma política de inclusão, tornou-se uma política de “universalização” focada naqueles que não podem adquirir procedimentos no mercado, o que foi fortalecido por mudanças políticas mais amplas, determinadas pelo advento do neoliberalismo.

No entanto, conforme vários autores (Foucault, Guatari, Deleuze), citados no artigo de Rocha nos faz acreditar que “nem tudo está dominado”. Nas palavras dele:

Dentre as muitas enunciações produzidas pelo modo de funcionamento do capitalismo no mundo contemporâneo, as que mais nos têm chamado atenção são as que comprometem nossa mobilidade de antemão, "decretando" o fim das lutas e o "tá dominado, tá tudo dominado". Tal comprometimento, em suas formas híbridas de dominação política e subjetiva, tem-nos confrontado com uma paradoxal dramaticidade contemporânea, qual seja: o cadenciar da vida e dos modos de operá-la em meio a processos produtores de constrangimento e indiferença, mas também a afirmação de modos singulares de inventar a vida em meio à própria vida (ROCHA, 2005).

É possível, portanto, ocorrer “interferências”, e, ainda nas suas palavras,

ativadas por potências virtualizantes que, como vimos, reagem o campo problemático pela exasperação de problemas, sejam grandes ou pequenos. Afirmá-las em seu vetor ativo, como nervura desejanse das linhas de fuga, implica acolher a singularidade do acontecimento nas dobras e mais dobras que operam em nós, em suas varreduras e contágios. É nesta contaminação que a potência vital se expande, carregando as baterias do desejo e produzindo alegria no corpo como prova da pulsação de uma vitalidade, vitalidade esta que funciona como princípio ético de seleção de escolhas que orientam para onde direcionar as setas de nossas linhas de fuga (ROCHA, 2005).

Esta experimentação de uma "vontade de interferir" requer "fiapos de consciência" que nos possibilitem criar planos de consistência nas interferências, para que elas possam fazer vazar seus contínuos de intensidade, porém atentas à cegueira das duas serpentes que atravessam nossa existência: capital e desejo (ROCHA, 2005).

Produzir interferências que possam fazer da existência uma obra de arte solicita criação, paciência e "prudência", embora saibamos que tudo isso ocorre sempre "em gargalos de estrangulamentos" (DELEUZE, citado por ROCHA, 2005).

Vários autores aqui no Brasil (Campos, Feuerwerker, Silva Júnior, Merhy, Cecilio, Carvalho, entre outros) são unânimes em afirmar que a prática em saúde, particularmente a prática clínica, médica e enfermagem, em dada sociedade e em dado momento, carregam o peso do conceito predominante sobre o processo saúde-adoecimento. E, ainda, essa concepção predominante tem

Sua especificidade (...) definida pelas características e pelas relações socioeconômicas, políticas e ideológicas relacionadas com o saber teórico e prático sobre saúde e doença, sobre organização, administração e avaliação dos serviços e a clientela dos serviços de saúde. (FEUERWERKER, 2002)

Continua ela:

é socialmente, mediante o confronto de interesses de diversas naturezas e de diferentes segmentos sociais, que se determina o modo como se estrutura a atenção à saúde (...) (FEUERWERKER, 2002).

Assim, além da análise da política pública de saúde, como processo de produção de um dado bem – a saúde – e como os seus serviços organizam ações e atividades para esse fim (macropolítica), buscar-se-á analisar como sujeitos concretos e suas práticas, tecendo a micropolítica nos serviços de saúde, é capaz de uma produção de saúde integral que não separa corpo e mente, que respeita as subjetividades, que está, enfim, em defesa de uma vida plena onde o sujeito é protagonista na produção do seu próprio cuidado. São sujeitos capazes de produzir as “interferências” acima citadas.

Temos como hipótese que, assim como no SUS nacional, em Campinas, o efeito *feedback* de privilégio da iniciativa privada em décadas passadas.

vai significar também grandes continuidades, particularmente a convivência de formas públicas e privadas de assistência. Ao mesmo tempo em que se realiza, de fato, uma reforma, essa mudança é limitada pela antiga estrutura institucional, além de não ser capaz de desmontá-la, constituindo-se, realmente, uma dupla trajetória: a da assistência pública e a da privada (MENICUCCI, 2007).

São fatores limitantes a uma ruptura mais radical que de fato subordine a prática privada aos interesses públicos, o subfinanciamento crônico da saúde e mudanças políticas mais amplas, com o advento do neoliberalismo.

Também no nosso município se verifica a tendência de uma saúde pública com grande peso do mercado privado, seja por cobrirem com planos de saúde aproximadamente 54% da população (Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS), seja por se responsabilizarem pela maioria das internações hospitalares e atendimentos secundários do SUS.

Não obstante ser essa a situação atual, Campinas se notabilizou, desde a origem da Secretaria de Saúde, lá nos idos dos 1970, por criar dispositivos e ferramentas em vários momentos da sua história, importantes para produzir movimentos de poder, de criação e de vida para o SUS local. São dispositivos e ferramentas que ao colocar o sujeito no centro, associado a um

modelo de gestão participativo, com métodos e ferramentas que potencializam a capacidade de análise, podem produzir “desalienação” do trabalhador, aumentar a resolutividade das práticas, produzir contratos mais identificados com uma melhor produção de saúde.

Há ainda um movimento de usuários, particularmente aqueles representados nos Conselhos Locais e no Conselho Municipal, bem como nas conferências. São caudatários dos movimentos dos anos 1970, frutificados a partir das Comunidades Eclesiais de Base e outros estimulados por partidos de esquerda. No caso da Saúde, se constituiu um Movimento Popular de Saúde, quase sempre assessorado por técnicos da Secretaria, aqueles mesmos que militavam no Partido dos Trabalhadores e que, em vários momentos, assumiram a direção da Secretaria. Esses movimentos são importantes formadores de lideranças populares que participam ativamente dos Conselhos Locais de Saúde, dos Conselhos Distritais e do Municipal, inclusive assumindo sua presidência em vários momentos. Representam parte, talvez minoritária, dos usuários que lutam por uma saúde pública, universal em que a iniciativa privada seja apenas suplementar de fato.

Este trabalho analisa como se construiu a política de saúde em Campinas conformada pelas políticas nacionais, particularmente com o peso do mix público-privado.

Reconhece a interferência do Neoliberalismo na sua conformação, inclusive em Campinas, propondo sua consolidação como uma política de “universalidade restrita” para uma camada da população (60% ou mais, dado que mesmo alguns que tem convênio se utilizam dos serviços públicos) que não pode arcar com a compra no mercado. E ainda que pareça paradoxal, também os neoliberais não se contrapõem ao SUS, desde que focado nos pobres, dado que cria condições para acumulação do capital, tamanha é a força econômica mobilizada pelo Estado na compra de medicamentos, equipamentos, construção de prédios, etc.

De outro lado, reconhece que dispositivos e ferramentas que ao longo do tempo foram tanto produzindo gestão com altos graus de democracia institucional quanto formas de cuidado mais integrais, contribuiriam para aumentar a capacidade de análise e autonomia dos trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SMS).

Reconhece, por último, que há uma aliança entre os trabalhadores e usuários e, em vários momentos da rica história da Saúde Local, com seus gestores e ou parte deles. Assim, é possível afirmar que Campinas tem resistido ao desmonte do SUS local e, mais ainda, preservado vários dos seus avanços, dado a força dos seus trabalhadores e do movimento de usuários, particularmente aqueles representados nos Conselhos Locais e no Conselho Municipal, bem como nas Conferências. Some-se a isso a força de modelos de atenção e gestão que se foram construindo desde a década de 1970, que, ao se constituir num *feedback* positivo, permitiu que o município fosse mais capaz de resistir à força avassaladora do neoliberalismo.

Tenho como hipótese que todos esses movimentos instituintes de uma política de saúde que vai ao encontro e fortalece os princípios e diretrizes do SUS se não são suficientes para uma mudança radical na política, no curto prazo, podem ir construindo movimentos políticos, ideológicos e institucionais capazes de, ao longo do tempo, se constituírem em vetores de força que provoquem desvios e lentamente se constituam em elementos que, somados a outros, vá, numa guerra de trincheiras, solapando as bases conceituais do neoliberalismo e, como fogo derretendo o magma de nossa sociedade, ir construindo outra imaginação instituinte de uma nova sociedade (CASTORIADIS, 1986 e 1992)

3.2 A Matriz de Análise

Contar a história da Saúde Pública na cidade de Campinas não deixa de ser contar parte da história da constituição do SUS nacional. De como a sua história influenciou o rumo da instituição dessa política pública e, ao mesmo tempo, como se deixou atravessar pelo contexto nacional, se moldando àquilo que acontecia no país e no mundo.

A Secretaria de Saúde existe desde o final da década de 1960.

Esta história será contada por períodos de décadas, buscando-se, em cada um deles, trabalhar com a seguinte matriz:

Décadas	Conceito de Saúde Doença	Modelo Assistencial	Modelo de Gestão
60			
70			
80			
90			
2000			
10 até o momento			

Eixos: subjetividade, socioeconômicas, cultura, ideologia, forças

Ou seja, buscar-se-á, em cada década, descrever o conceito de saúde-doença que orienta as ações e as atividades da Secretaria de Saúde e como se vai constituindo um dado modelo de atenção e de gestão. Ademais, buscar-se-á verificar como as forças culturais, ideológicas e socioeconômicas hegemônicas que moldam o Estado e a Sociedade brasileira em cada década se confrontam com as lutas contra-hegemônicas, notadamente as que lutaram pela redemocratização do país e o Movimento da Reforma Sanitária e se tornam forças que influenciam e moldam o próprio conceito de saúde-adoecimento. Assim, parte-se de uma perspectiva na qual uma política pública, notadamente a de saúde é um caleidoscópio desenhado por inúmeras forças que se atravessam, misturam-se e disputam hegemonia na sociedade e no estamento oficial (governo e Estado).

Trabalhamos aqui, por conseguinte, com a concepção que o SUS – nacional ou local – não é apenas um arranjo organizacional que visa oferecer à população a mesma saúde que o mercado oferta – uma mercadoria na qual a doença é capaz de render muitos dividendos a profissionais de saúde, mercadores de medicamentos e equipamentos, pesquisadores comprometidos com as empresas farmacêuticas, dentre outros. Mas, ao contrário do mercado privado, que vê na doença uma oportunidade, o SUS está a serviço da produção da saúde compreendida como resultado da sociabilidade, da cultura, das relações de classe, ainda que tudo isso incida num corpo que é biológico (VAISTMAN, 92).

E, ainda, no caso do SUS, essa é uma política que pretende ser civilizatória, ou seja, influenciar a conformação de um Estado e sociedades que cultivem os princípios da democracia radical, da solidariedade, da não violência, do respeito aos direitos das minorias, da inclusão social e do direito universal a uma vida plena, inclusive a outras políticas sociais que interferem nos determinantes do processo saúde-doença. Produzir saúde é também produzir condições adequadas de vida, incluindo o direito à moradia digna, mobilidade urbana, emprego, renda, segurança e educação de qualidade.

Estudar o desenvolvimento da Saúde Pública em Campinas é compreender, no microcosmo de um município e dos seus serviços de saúde, mormente os de atenção primária, as possibilidades de se desenvolver o SUS, compreendendo seus limites e potencialidades. Sabemos o quanto as políticas públicas se entrelaçam com o contexto sociopolítico de um dado local em determinada época. Ainda que sem a profundidade que o tema merece, buscar-se-á contar essa história nos seus entrelaçamentos com o Estado e a sociedade civil (GRAMSCI, 1998).

Tomado de Gramsci, trabalho com a concepção de que o Estado é a soma de sociedade civil e sociedade política, isto é, “hegemonia coraçada de coerção” (GRAMSCI, 1999). Para ele, o Estado tem como objetivo manter sob dominação as classes subalternas, utilizando-se de dominação e hegemonia. Para a dominação, utiliza-se de instrumentos de força, tais como a polícia e as leis. Contudo, segundo ele, só coerção não é suficiente para manter o Estado a serviço da classe dominante, sendo necessário lançar mão de instrumentos de construção de consensos em toda a sociedade, inclusive com os grupos subalternos. Assim, o Estado está a todo instante tentando manter a estabilidade política e, para construir consensos, responde, muitas vezes, positivamente às demandas e lutas dos setores dominados. Constroem-se assim políticas públicas que atendem parte das reivindicações desses setores, sem, contudo, alterar a estrutura de classes do Estado, mantendo-se a hegemonia das classes dominantes.

Ademais, ainda segundo Gramsci, essas políticas são componentes essenciais do processo de manutenção e reprodução do capital, de tal modo que a concessão de benefícios econômicos às classes subalternas tem como limite a mais-valia que permite a reprodução do capital.

O SUS é uma política do Estado brasileiro, inscrito na sua constituição, fruto das lutas contra-hegemônicas desenvolvidas na sociedade brasileira, porém, segundo essa análise gramsciana, trata-se de reforma parcial do Estado, ainda que fundamental para a maioria do povo brasileiro.

Não resta dúvida que a estruturação capitalista, particularmente o Neoliberalismo, se torna um referencial importante para se analisar a prática da política de saúde em curso, as forças que a instituí de uma dada forma e as possibilidades de mudanças.

Para compreendermos a política de saúde do país, do Estado e do município, faz-se necessário avaliar como o Neoliberalismo e o Capitalismo contemporâneo têm influenciado, particularmente nos países europeus, de políticas consolidadas de bem-estar social, mudanças nas suas políticas sociais, notadamente a de saúde.

No Brasil, se o SUS surge num momento de constituição legal de políticas de Seguridade Social, se assemelhando a políticas de bem-estar, sua construção efetiva e consolidação se dá em momentos de intensa disputa do neoliberalismo pelos rumos do Estado brasileiro. Há inúmeras evidências que o SUS que se consolida não é o da constituição, mas sim aquele que é fruto tanto dos movimentos populares em sua defesa, quanto dos neoliberais, os que estão na iniciativa privada de saúde, bem como aqueles que dirigiram ou dirigem o Estado brasileiro nas três esferas da federação: nacional, estadual e municipal. E, mesmo em governos progressistas, a força hoje do neoliberalismo é suficiente para impedir que os rumos sejam os reivindicados pelos que defendem uma reforma sanitária mais radical.

Também os processos de subjetivação (ou a temática do sujeito) interferem nas mudanças em cada uma dessas décadas.

Segundo vários autores (Vaistman, Campos, Carvalho Canguilhem, Merhy, Camargo Jr. Oliveira, Cunha), o processo saúde-adoecimento não está relacionado apenas às condições socioeconômicas ou biológicas.

Há uma dimensão biológica, que afeta o “silêncio dos órgãos” (CANGUILHEM, 2002), há uma dimensão socioeconômica, mas há, sobretudo, uma dimensão psicológica, subjetiva,

que passa pelo vivenciar e pela emoção de cada indivíduo. São fenômenos que possuem uma dimensão sociocultural, coletiva, e outra psicobiológica, individual, que não deveriam ser dicotomizadas. Devem então ser compreendidos enquanto parte do modo de organização da vida cotidiana e da história pessoal de cada um (VAISTMAN, 1992).

Segundo essa lógica, doença não é o oposto de saúde. Se há situações concretas em que um dado órgão não se encontra “normal”, há que se perguntar ao sujeito como ele se sente e não é surpreendente o quanto deles se dizem sadios. Segundo Canguilhem (2002), “doença não é uma variação da dimensão da saúde; ela é uma nova dimensão da vida”. Para ele, o anormal não é a ausência de normalidade, dado que todo estado vital é normal. Assim, um órgão que funciona diferente da média pode apenas ser um normal patológico que é diferente do normal definido pela ciência como fisiológico. Em outros termos, doente é aquele que perdeu a capacidade de instituir novas normas para ele em situações diferentes da média ou da norma fisiológica ou em novas situações. A norma é sempre individual, com cada um dizendo o que é normal para si mesmo. Saúde é, portanto,

Produzida dentro de sociedades que, além da produção, possuem certas formas de organização da vida cotidiana, da sociabilidade, da afetividade, da sensualidade, da subjetividade, da cultura e do lazer, das relações com o meio ambiente. É antes resultante do conjunto da experiência social, individualizada em cada sentir e vivenciada num corpo que é também, não esqueçamos, biológico. Uma concepção de saúde não reducionista deveria recuperar o significado do indivíduo em sua singularidade e subjetividade na relação com os outros e com o mundo (VAISTMAN, 1992).

A relação com os outros inclui a relação dos sujeitos sadios ou doentes com os seus cuidadores, profissionais de saúde. Esta é, na maioria das vezes intensa, já que se trata de relação que se incluem sensações e sentimentos que envolvem vida, morte, sofrimento, prazer, vínculo, além de afetos como raiva, alegria e tristeza.

Entender os modos de subjetivação e de como os trabalhadores da saúde se relacionam com a instituição na qual trabalham, com seus processos de trabalho e suas experiências

cotidianas, que jogos de poder e agenciamentos se dão fora e dentro do trabalho, nos permitirá compreender como se conformam modelos de atenção e de cuidados em cada época em análise.

Para Carvalho,

a maneira como entendemos a noção de sujeito condiciona e determina nossas propostas organizativas para o setor da saúde. Por exemplo, se privilegiamos o plano da estrutura biológica, tenderemos a sugerir a organização de modelos de atenção relativos a processos de cura e reabilitação. Se for priorizado o plano das necessidades sociais e dos interesses institucionais, são ressaltadas ações visando à prevenção, à promoção e à intervenção sobre o processo de deliberação de políticas públicas. Em suma, objeto, método, objetivo e estratégias na saúde variam de acordo com a concepção que se tem do sujeito (CARVALHO, 2005).

Campos propõe um método – o da Roda, que tem como objetivo democratizar as instituições, não somente como um meio para impulsionar mudanças sociais, mas como um fim em si mesmo (CAMPOS, 2000).

E para isso, afirma a necessidade de mudanças nos “sujeitos concretos que habitam estes espaços”.

Portanto, um modelo de gestão comprometido com a democracia radical, com a conformação de sujeitos com alta capacidade de análises e autônomos estará, inapelavelmente, entrelaçado ao modelo de atenção em que cuidar significa aumentar os graus de autonomia para se andar na vida, de sujeitos responsáveis não só pelo cuidado de si, mas da comunidade, e capaz de compreender a Saúde enquanto direito inalienável do ser humano.

Tem-se aqui uma profissão de fé, a partir das minhas vivências, experimentações e observações, que é possível, a partir do micro, dos locais de trabalho, dos territórios, do espaço comunitário, articular os movimentos de consolidação de modos de fazer o cuidado individual, coletivo e dos territórios que deem legitimidade ao SUS e o tornem objeto de desejo da maioria da população brasileira. E que esses movimentos sejam capazes de formar

sujeitos que operem por mudanças nas políticas públicas. E, num movimento em espiral, contribuir para mudanças estruturais, levando à reforma do Estado brasileiro.

O Setor Saúde em Campinas tem essa potência. Com seus altos e baixos, vai construindo, ao longo de sua história, movimentos ascendentes de ganhos políticos. A história ainda não chegou ao fim...

3.3. A pesquisa

Esta proposta de eixos ou planos (sujeitos, socioeconômico, cultura e ideológico) que conformam o conceito de saúde e doença e os modelos de atenção e gestão, será o fio condutor da análise da política de Saúde desenvolvida pela Secretaria de Saúde de Campinas.

Trabalha-se aqui com a concepção de que o conceito saúde-adoecimento é complexo, sofre mutações conforme o contexto histórico e é polissêmico. Para efeitos dessa tese, trabalhamos, utilizando reflexões de vários autores (Campos, Merhy, Santos, Nunes, Carvalho, Camargo Jr., Vaistman, Castiel, Luz) esquematicamente, com quatro conceitos:

1. Saúde como ausência de doença ou conceito biomédico: importa uma visão mecanicista do homem e da natureza. O homem é uma máquina que, como um relógio, tem peças (órgãos) que se encaixam perfeitamente e trabalham integradas em sistemas. A doença significa a avariação de uma dessas peças ou de um dos sistemas. Nessa situação, cuida-se da doença ou do órgão doente. A doença é provocada por fatores químicos, físicos ou biológicos (micróbios) e não se relaciona a fatores sociais, econômicos e a sua compreensão é neutra, não dependendo de fatores subjetivos, seja do doente, seja do clínico.

2. Saúde como fruto das condições socioeconômicas e da inserção de classe: compreende o humano como um constructo social. Têm peso significativo no processo saúde-adoecimento as condições nas quais se vive, desde as condições socioeconômicas até a exploração de classe, na qual os trabalhadores são explorados e submetidos a processos de alienação, por si só capazes de provocar adoecimento. A medicina e a saúde podem ter dupla função: a normatização dos corpos, preparando-os para a exploração da mais valia ou, se conduzida por princípios éticos, humanitários e de solidariedade e em sistemas públicos em que a saúde é tomada como direito, pode ser fator de justiça e inclusão social.

3. Saúde como estilo de vida: agora a ênfase é mais na saúde que na doença. Para se ter saúde, faz-se necessário os hábitos saudáveis, de responsabilidade individual, além de ambientes saudáveis, de responsabilidade dos governos. Para se ter saúde, faz-se necessário mudar os hábitos deletérios, assumindo hábitos saudáveis. Há uma tendência de “culpabilização” da vítima.

4. Saúde e doença como uma construção de múltiplos determinantes além dos socioeconômicos, do modo de produção e da estrutura da sociedade de classes, ainda que estes tenham peso. Há que se acrescentar os determinantes ligados à constituição dos sujeitos, individual ou coletivo, portadores de desejo e de interesses. A saúde e a doença têm componentes ligados ao inconsciente, à cultura e aos mecanismos de poder inscritos na sociedade, como, por exemplo, a luta contra o racismo, o sexismo, contra a sujeição e a submissão. Produzir saúde, a partir dessa concepção, significa compreender as práticas de saúde como práticas sociais nas quais dialogam o macro (estruturas e políticas de saúde) e o micro (as relações intraequipe, a compreensão da história de vida do usuário, a cogestão dos projetos terapêuticos com o próprio paciente, entre outras práticas).

Essas maneiras de compreender o processo saúde adoecimento geram modelos de atenção e modalidades assistenciais (CAMPOS, CECÍLIO, MERHY, SILVA JÚNIOR).

Como modelo de atenção, compreende-se o modo de se construir e operar sistemas de cuidado em saúde. Em outros termos, como se dá a gestão de processos políticos (financiamento e a macrogestão), organizacionais e de trabalho comprometidos com a produção de atos de cuidar, do individual, do coletivo e do social (dos meios, das coisas e dos lugares). Ou seja, está se dando ênfase aos processos políticos e ideológicos que conformam diretrizes para um dado sistema de saúde, local ou nacional.

Como Modalidades Assistenciais, refere-se a processo técnico-político de organização da produção de serviços de saúde a partir de determinado arranjo, definido por um conjunto de saberes da área. Neste caso, a ênfase centra-se nos processos organizacionais do trabalho e da gestão com as equipes e coletivos organizados para a produção.

É possível perceber que um modelo de atenção pode gerar várias modalidades assistenciais e, posso afirmar, é o que mais se assiste na prática. Um modelo de atenção universalista como

o SUS comporta modalidades como a Estratégia de Saúde da Família ou a denominada Atenção Básica tradicional por áreas de atenção, dentre outras. Mesmo em uma determinada modalidade, no seu dia-a-dia, os serviços podem operar de maneiras diferentes, construindo peculiaridades que quase conformam modalidades diferentes, ainda que enquadrados na mesma denominação. Assim é que a Estratégia da Saúde da Família se desenhou no Brasil de modos bem diferentes: em alguns lugares baseiam-se em programação rígida e, em outros, com mais flexibilidade, tendo seu processo de trabalho orientado pelas necessidades dos usuários.

Em Campinas, por exemplo, em dada época, ainda que se tenha desenhado para o município um dado modelo de atenção, os serviços vão se arranjando conforme as características e peculiaridades dos seus trabalhadores, gestores, dos usuários e do próprio território, implementando suas modalidades ou modelagem singular.

Quando se desenha um dado modelo de atenção, algumas dimensões se entrelaçam e as respostas às seguintes questões é que irão, ao fim e ao cabo, configurá-lo (MERHY, SILVA JÚNIOR, CECÍLIO, CAMPOS):

1. Com qual conceito de saúde se opera? O biologicista? Ou com um conceito ampliado, no qual se incorpora o social? E os sujeitos estão sendo considerados na sua singularidade?
2. Que problemas de saúde se pretende resolver? Os agudos? Os crônicos? Ambos? Com ênfase em qual deles?
3. Como serão definidas as necessidades de saúde da população? Pela epidemiologia? Pelas demandas mais imediatas dos usuários? Pelas suas necessidades, traduzidas técnica e politicamente a partir da escuta atenta e comprometida com o ato de cuidar? Ou pela mistura de tudo isso?
4. Com que gradientes de universalidade e integralidade eles serão enfrentados? De forma universal, considerando-se a saúde como direito? Ou com foco nos “que mais necessitam”? Que grau de incorporação tecnológica será colocado à disposição dos usuários?

5. Como serão organizados os processos de tomada de decisão por parte dos sujeitos implicados? Ou: como serão mediados os processos de disputas e acordos de indivíduos e grupos que portam necessidade de saúde e aqueles que operam sobre elas?
6. Quem são estes sujeitos: a) os usuários, organizados ou não? b) os “ofertadores” de tecnologia (saberes e práticas) – desde os profissionais de saúde até o complexo industrial da saúde? c) os que ocupam espaços institucionais de governo e contratualização (executivo, legislativo, Conselhos de Classe, etc)?

As várias maneiras e como se misturarão as várias respostas podem definir vários modelos assistenciais, dinâmicos, que irão se reconfigurando ao longo do tempo, conforme contexto político-ideológico, além da conjuntura financeira, da capacidade de governo e governabilidade dos atores sociais.

Para efeito desse trabalho, se fará um esquema, utilizando-se da sistematização realizada por Silva Júnior e modificando-a, conforme entendimento do autor. Está sintetizado no quadro abaixo (para melhor compreensão, remete-se ao livro de Silva Jr. e aos textos de Campos, Merhy, Cunha, Carvalho, Vaistman, Camargo Jr., Castiel, Luz, entre outros, de uma riquíssima bibliografia sobre o tema saúde e adoecimento e modelos de atenção):

<i>Quadro I: Modelos Assistenciais, modificado de Silva Jr</i>			
Categorias	MODELOS DE ATENÇÃO		
	Liberal-privatista	Sanitarista-burocrático	Universalistas (Saúde Coletiva)
Conceito saúde-doença	Saúde como ausência de doenças	Saúde como fruto dos condicionantes sociais-econômicos	Saúde como fruto dos condicionantes sociais-econômicos e da cultura e subjetividade

Problemas de saúde a serem enfrentados	Definidos pela possibilidade do lucro	Os mais prevalentes, que provocam maior mortalidade ou morbidade em grupos mais vulneráveis. Atualmente os crônicos	Necessidades de saúde reais, definidos pelo contexto. Agudos e crônicos, sensação de mal -estar, necessidade de vínculo.
Universalidade	Só para os que podem pagar;	Sim, porém com focalização nos programas previamente definidos; “desprezo” pela demanda espontânea e sofrimento individual.	Sem restrições
Integralidade	Sistema fragmentado - Indivíduo fragmentado em especialidades e subespecialidades	Busca a integralidade do sistema	Busca a integralidade possível (do sistema e da atenção)
Equidade	Não. Definida pela possibilidade de compra	Sim, porém com focalização nos programas previamente definidos;	Sim, compreendido como forma de se fazer justiça social
Sujeito hegemônico e forma de lidar com os conflitos	“Ofertadores” de tecnologias	Governantes	Os usuários, “organizados” em torno das necessidades de saúde ou a comunidade

Como não é difícil perceber, é possível, em um Sistema de Saúde, a convivência desses modelos ou parte deles, num entrecruzamento, dificilmente existindo um modelo puro.

Avançando ainda mais nas descrições dos modelos, se dissecarmos o Modelo da Saúde Coletiva, conforme fez Gomes Júnior, podem ser observadas modelagens diferenciadas, gerando outros subtipos. Também para efeito desse trabalho, utilizei-me do seu modelo de sistematização, com modificações que me pareceram pertinentes para essa discussão, dado que no momento da sua tese ainda não havia o modelo Paidéia. Ademais, eliminei dessa discussão os modelos denominados de Silos e Saudicidade por serem modelos que nunca foram experimentados em Campinas.

Quadro II: Modelagens de um modelo assistencial universal			
Dimensões	Modelagens da Saúde Coletiva		
	Cidades Saudáveis	Em Defesa da Vida	Paidéia
Concepção de Saúde-adoecimento	Conceito ampliado: incorpora o social e concepções urbanísticas e outras políticas sociais como mais importantes na produção de saúde.	Conceito ampliado: sem desprezar as políticas Inter setoriais, propõe ênfase na clínica, com sua redefinição, incluindo o sujeito como foco do cuidado (Saúde como fruto da sociabilidade, da cultura, das condições socioeconômicas, da subjetividade, incidindo sobre um corpo que é também biológico).	Mesmo conceito do Em Defesa da Vida, com maior ênfase na subjetividade. As relações de coconstrução dos projetos terapêuticos com os sujeitos implicados (paciente e equipe multidisciplinar) são fundamentais. O foco é no cidadão e em sua família. A cogestão do trabalho contribui para a saúde do próprio trabalhador.
Universalidade X Seletividade	Universal, com ênfase nos territórios mais pobres	Universal	Universal
Regionalização	Perspectiva racionalizadora	Idem	Idem
Hierarquização	Piramidal clássica	“Arredondamento” da pirâmide de hierarquia – flexibilização da hierarquia com gestão do cuidado feita pelas equipes de referência	“Arredondamento” da pirâmide de hierarquia – flexibilização da hierarquia com gestão do cuidado feita pelas equipes de referência
Nível Primário	Unidades simples, ainda que confortáveis, com ênfase no atendimento programático A organização do processo de trabalho nas unidades de saúde é por área programática: Saúde da Mulher, Criança, Mental, Bucal e Adulto.	Unidades que incorporam ações de média complexidade. Ênfase no acolhimento como definidora dos programas ao lado da epidemiologia. A organização do processo de trabalho nas unidades de saúde é por área programática: Saúde da Mulher, Criança, Mental, Bucal e Adulto.	Unidades que incorporam ações de média complexidade. Ênfase no território como espaço de problematização e definição do plano de atuação de cada equipe. O Acolhimento e a epidemiologia se somam aos problemas locais para definir a forma de cuidar, individual e coletiva. As equipes de referência ou de família incorporam o médico de família e o agente comunitário de saúde.
Níveis de referência	Articulada através de sistema de referência e contra referência e central de regulação	Regulação “viva” – menos ênfase nos processos burocráticos. Principal elemento para a articulação: matriciamento.	Regulação “viva” – menos ênfase nos processos burocráticos. Principal elemento para a articulação: matriciamento.

Integralidade na oferta de serviços	Integralidade nas ações, buscando-se apoio intersectorial e em outras políticas sociais	Buscam-se políticas intersectoriais, mas a ênfase é na integralidade da atenção das pessoas e sua família. A necessidade de saúde dos indivíduos define o nível de integralidade a ser construído.	Buscam-se políticas intersectoriais, mas a ênfase é na integralidade da atenção das pessoas e sua família. A necessidade de saúde dos indivíduos define o nível de integralidade a ser construído.
Articulação intersectorial	Forte – Promoção de saúde em nível de governo	De forma ampliada, com mais ênfase na articulação local	De forma ampliada, com mais ênfase na articulação local, tendo o território como base para a cogestão das ações

Também aqui se pode perceber os riscos de se fazer sistematizações esquemáticas, empobrecendo-se a análise. Por isso, nos capítulos dedicados a Campinas, volta-se a esses três modelos, descrevendo-os e analisando-os com mais detalhes, após consultas a documentos da época.

Pode-se dizer que o que fazemos aqui é uma análise da implantação de uma política de saúde em um espaço singular, a cidade de Campinas e sua Secretaria de Saúde, e assim melhorar a compreensão da implantação do SUS e as influências recíprocas entre o local e o nacional.

Esta avaliação se deu por utilização de dados obtidos por meio de fontes documentais da Secretaria de Saúde, de entrevistas dadas a revistas e jornais por atores importantes do movimento sanitário campineiro em suas diversas décadas (particularmente Secretários de Saúde) e textos escritos por eles.

Além desses documentos que contam mais diretamente a história de Campinas, utilizou-se ampla fonte bibliográfica que permite compreender as mudanças que vão acontecendo ao longo das décadas, no mundo e no Brasil, que entrelaçam com a história de Campinas, contribuindo para sua conformação.

E não poderia deixar de dizer: muitas das descrições e análises se deram a partir das minhas observações de ator protagonista dessa história, vivenciando-a intensamente, seja lá como gestor, trabalhador, usuário, membro do Conselho Municipal e Distrital de Saúde e participantes de movimentos populares de saúde em muitos momentos de sua história.

Busca-se, com essa análise ampla de documentos e fontes bibliográficas outras, mais que registrar os fatos como se deram na constituição da história da saúde pública em Campinas, compreender como o contexto político, social e cultural de determinado momento, e como sujeitos, particularmente os coletivos, vão moldando a história e sendo moldados por ela.

São essas hipóteses que condicionam esse trabalho. Busca-se comparar Campinas com o que acontece no mundo, mas principalmente no Brasil, para compreender como o “efeito *feedback*” condiciona a política de saúde local e as mudanças que ocorreram ao longo das décadas.

O período coberto pela pesquisa vai de 1960 até os dias de hoje.

3.4. Objetivos e Hipóteses

Em resumo, são os seguintes os objetivos desse estudo:

- refletir sobre os movimentos políticos, ideológicos e institucionais que influenciaram a proposição e a implementação do SUS, particularmente em Campinas;
- descrever e analisar como a história da Saúde em Campinas contribuiu para os movimentos de construção e consolidação do SUS nacional e vice-versa;
- descrever a história da saúde pública em Campinas, analisando suas potências e fragilidades atuais, colocando-se como lugar de resistência ao desmonte atual do SUS.

Tem-se, como hipóteses, que:

1. a hegemonia atual do neoliberalismo, no mundo e no Brasil, coloca em risco os avanços do SUS conquistados ao longo da sua implementação, bem como os seus princípios, particularmente o da saúde enquanto direito universal de cidadania;
2. essa hegemonia afeta também o sistema de saúde municipal, produzindo retrocessos no modelo de gestão e atenção, sendo de difícil reversão enquanto predominar o espírito neoliberal na condução das políticas públicas no estado brasileiro;
3. sujeitos concretos tecendo uma micropolítica do cuidado, em equipes multidisciplinares, em instituições democráticas, com práticas solidárias e tendo o usuário como sujeito, são capazes de ir-se produzindo “interferências” e desvios no *status quo*. Práticas emancipatórias, produtoras de autonomia e autocuidado, são

também práticas de politização e de produção de encantamento e de possibilidades de mudanças, retomando os rumos de um estado de bem-estar e de direitos;

4. Campinas, com um movimento forte de parte dos seus trabalhadores, gestores, intelectuais das universidades e usuários, onde se experimentaram vários dispositivos e ferramentas, e muitos deles ainda são práticas em vários serviços, é um espaço de resistência de desmonte do SUS, local e nacional. Daqui, podem emanar vetores de potência e de retomada de Movimento Sanitário capaz de definir outros rumos para a política nacional de saúde.

4. ESTADO, SOCIEDADE E POLÍTICAS PÚBLICAS – CONTEXTUALIZANDO PARA COMPREENDER CAMPINAS

O senhor... Mire veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas, mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam. Verdade maior...(Grandes Sertões: Veredas – Guimarães Rosa)

4.1 – Estado, sociedade e políticas públicas

Ainda que várias correntes políticas e filosóficas questionem o papel do Estado e a sua relação com a sociedade civil, atribuindo-lhes várias funções e estatutos, inclusive propugnando a sua não existência, é ainda ele o responsável pela implementação e execução de políticas públicas, mormente as sociais (aquelas no âmbito da seguridade social – saúde, previdência e assistência social) (SOARES, 1999).

Ao Estado é dada a atribuição de, pelo menos, reduzir as diferenças entre as classes sociais e garantir o mínimo para a sobrevivência de todos, sem o que teríamos a barbárie e o reino de todos contra todos. Mas, se este papel é assumido hoje por todos os Estados nacionais, não é fato que as concepções de Estado se assemelham em todas as nações e que haja consenso sobre sua definição entre os vários estudiosos do assunto. Há inúmeros questionamentos sobre seu papel, tamanho e funções, notadamente após a década de 1980, quando a onda neoliberal assola o mundo.

Neste trabalho, tomamos como premissa que é o Estado capitalista, hoje, o responsável pela formulação e, no mais das vezes, pela execução e regulação das políticas públicas na grande maioria dos países do mundo, inclusive no Brasil e, portanto, será este o objeto de análise nesse capítulo. E, diga-se, será apenas uma análise parcial e reduzida, o suficiente para compreender-se, segundo a ótica de dados autores pesquisados, como se conformam as políticas públicas, particularmente as sociais e, dentre elas a de saúde.

Vários autores (Poulantzas e Miliband apud Leite, 1998 e Przewosky, 1995 e O'Donnel, 1993, entre outros), ainda que diverjam sobre vários pontos, concordam que o Estado que tomam por objeto de estudo é uma instituição da sociedade capitalista dividida em classes antagônicas, lutando, uma – a burguesia --, pela manutenção do *status quo* e preservação dos seus privilégios e poder, e a outra – a classe trabalhadora -, por mudanças estruturais,

capazes de redistribuir riquezas e melhorar as suas condições de vida. E, ainda que mantendo a dominação da burguesia e a reprodução do capital, também responde às demandas dos trabalhadores, tendo como limite a manutenção da mais valia e a manutenção da estrutura de classes da sociedade. Poulantzas, por exemplo, afirma que o Estado

é o fator de coesão de uma formação social e o fator de reprodução das condições de produção de um sistema que, por si, determina a dominação de uma classe sobre outras(...) (LEITE, 1998).

Para O'Donnell (1993), o Estado é um conjunto de burocracias capaz de cumprir suas obrigações com eficiência razoável; (...) (cujos) “órgãos normalmente orienta suas decisões segundo alguma concepção do bem público (O'DONNELL, 1993).

Antônio Gramsci, filósofo italiano do século XX, analisando as sociedades capitalistas avançadas ocidentais, onde existiam sindicatos, sufrágio universal, partidos políticos, dentre outras instituições da sociedade civil, conclui que, para que o Estado possa manter a dominação da burguesia, utiliza-se de dois dispositivos: a hegemonia e a coerção.

Segundo sua teoria ampliada do Estado, este é composto pela *sociedade política* e pela *sociedade civil*. A primeira é o conjunto dos aparelhos estatais de coerção, uma das maneiras pelas quais a classe dominante garante a dominação sobre as classes subalternas. Utilizaria, portanto da força, monopólio do Estado, por meio do aparato executivo burocrático e da polícia e exército. Já a *sociedade civil*, utiliza-se principalmente da hegemonia como instrumento de dominação, dado que, segundo ele, só a coerção é insuficiente para garantir o poder ao longo do tempo.

Hegemonia significa fazer com que ideias que interessam sobretudo a uma dada classe circulem pela sociedade como se interessasse a todas elas. Ou seja, por meio da hegemonia, busca-se o consentimento, se não de todos, mas de parcelas significativas da sociedade civil, mantendo-se assim a sobreposição de uma classe sobre as outras. Para isto, na sociedade civil, estão implantados os aparelhos privados de hegemonia – igreja, escolas, meios de comunicação de massas, entre outros. São eles que formulam a ideologia de uma classe e fazem-na circular pela sociedade civil, como se de todos ou de parcela significativa dela. Entretanto, os dominados ou parcela deles, em vários momentos históricos, se apercebem

desse tipo de dominação, opõem resistência e oposição a ela e tentam construir uma contra-hegemonia. Não são meros agentes passivos, dado que, embora assumam como sua a ideologia dominante, em diversos momentos da história, organizam resistência e oposição a ela. Portanto, para Gramsci, o poder se encontra distribuído por toda a sociedade, ainda que com diferentes gradientes, de tal modo que uns indivíduos ou classes sociais têm mais que os outros.

Também Michel Foucault, tomando uma concepção de poder diferente do marxismo, pensa seu exercício não só pelo Estado ou por uma classe. Para ele, não existe um *locus* específico de exercício do poder, mas sim uma “complexa relação estratégica em uma sociedade dada” (FOUCAULT, 1997), na qual em toda relação social existem vetores de poder circulando em todas as direções.

Apesar de, nesse trabalho, pensar o Estado capitalista como aquele que governa, detém o poder em nome de uma classe, englobando e homogeneizando as estruturas de poder, Foucault ajuda ao fazer perceber que

o poder não está localizado [apenas] no aparato do Estado, e que nada na sociedade mudará se não são transformados também os mecanismos do poder que funcionam fora, por debaixo ao largo dos aparatos do Estado, ao nível da vida cotidiana, de cada minuto (FOUCAULT, 1997).

Neste capítulo, interessa o Estado social e o Estado neoliberal, dado que são essas duas formas que dominam as últimas cinco décadas nas quais se implantaram, mundo afora, inclusive no Brasil, as políticas de saúde, particularmente as universais, e o próprio SUS.

De qualquer modo, apenas como referência histórica, o Estado liberal surge das revoluções burguesas do século XVIII, determinado uma nova relação entre Estado e sociedade. Em contraposição ao poder absoluto do rei, a burguesia, no capitalismo nascente, preconiza o desenvolvimento social por meio da livre competição individual e do direito à propriedade. Neste modelo, o Estado é apenas o garantidor da ordem social que permite o desenvolvimento do mercado, dado que para os liberais clássicos, a "mão invisível do mercado", deixada livre, espontaneamente levaria ao desenvolvimento de todos, impulsionados pela concorrência e

pelo mérito. Do ponto de vista econômico, a concorrência entre as empresas nascentes equilibraria a oferta e a demanda.

Entretanto, não foi este o resultado. Embora tenha crescido o comércio e ocorrido um período de grande desenvolvimento com a Revolução Industrial na Europa, a riqueza produzida beneficiava muitos poucos, provocando uma grande exclusão social e hordas de miseráveis.

Assim foi que no início do século XX surgiram nesses países de capitalismo avançado vários movimentos de contestação anticapitalista ou de reivindicações de mais direitos e de redistribuição da riqueza por parte de trabalhadores, sindicatos e partidos políticos marxistas ou sociais-democratas. A crise econômica de 1914 e a revolução socialista na URSS ampliam a necessidade de mudanças.

Segundo José Luis Fiori (1997, 2001), citando estudos de outros autores, o Estado, no início do século XX, responde a essas reivindicações e demandas ético-políticas por meio de um Estado assistencial que não se pode confundir com o Estado de bem-estar social, cujo aparecimento vai se dar após a II Guerra Mundial (José Luis Fiori, 1997). O assistencialismo se caracteriza por ser imposto de “cima” por um governo autoritário, de concentrar-se sobre trabalhadores masculinos e os obrigar a contribuição financeira compulsória, em que os direitos sociais estavam definidos por obrigações contratuais. Este modelo teve

enorme influência na construção conservadora dos sistemas de assistência e proteção social que se multiplicaram na periferia latino-americana durante o século XX, mas sobretudo depois de 1930. (FIORI, 1997)

A crise econômico-financeira por que passa o mundo em 1929 torna mais evidente a necessidade de controle e regulação sobre o capitalismo e faz com que

a teoria de um Estado forte e interventor capaz de regular a demanda, oferecer subsídios e instaurar uma base planejada de desenvolvimento ganha força. (FIORI, 1997)

São as teses keynesianas, assumidas amplamente nas nações de desenvolvimento avançado após os anos 1930. Segundo elas, o Estado não mais protege a liberdade total do mercado, mas passa a ser seu controlador e financiador, tornando-se ele próprio um produtor por meio

de empresas estatais de áreas estratégicas como petróleo, energia, minérios e telecomunicações, entre outras. Também cabe ao Estado estimular, através de subsídios e financiamentos a fundo perdido, empresas privadas a explorarem setores pouco lucrativos, permitindo aumento de produção e, por conseguinte, o desenvolvimento e crescimento da economia, visando, principalmente, ao pleno emprego.

Como consequência, o Estado transforma paulatinamente sua relação com a sociedade civil. Construindo mecanismos de intervenção e regulação do mercado, já não o deixando tão livre para exercer todas as relações econômicas entre as empresas e indivíduos. Paulatinamente, vão se criando dispositivos que colocam freios no comércio, evitando-se uma concorrência predatória e impondo limites à constituição de monopólios e oligopólios. Ademais, vão se implantando políticas sociais para reduzir a pobreza, melhorar a diferença de rendas entre a burguesia e trabalhadores e garantir direitos mínimos em relação ao trabalho, saúde, educação, segurança, previdência, entre outros. Essas políticas não são mais vistas como benemerência do Estado para os mais pobres, mas estão baseadas no conceito de direitos de cidadania, alcançando todos, independentemente de condições sociais ou de estarem ou não empregados.

Vai se tornando hegemônico na sociedade um sentimento de que a participação na riqueza socialmente produzida, aliada ao reconhecimento de uma igualdade intrínseca entre as pessoas – razão ético-política do Estado-nação moderno – seriam as bases fundantes dos atuais *welfares states*, os Estados de bem-estar social. A cidadania, em seu sentido moderno, conteria um conjunto de direitos de natureza diversa: os civis (ir e vir, liberdade de pensamento e expressão, possuir propriedade etc.), políticos (escolha de projeto de sociedade por meio do direito de votar e ser votado) e sociais (um mínimo de bem-estar econômico, de segurança, e “levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que se estabelecem na sociedade” (MARSHALL, citado por Nogueira, 2001).

Outra referência explicativa para o surgimento do Estado de bem-estar social, de ordem política, é a que aponta como seu fundamento a ideia do solidarismo protetor por parte do governo, que transfere parte da responsabilidade individual para a esfera social. O direito social e a solidariedade seriam, assim, os princípios reguladores da vida social. É como se

“estar todos no mesmo barco”, fosse a noção compartilhada por todos que embasa a solidariedade e o *welfare state* social-democrático (NOGUEIRA, 2001).

Fundado nesses aspectos, o fundamento moral do Estado-providência é que o Estado deve garantir um conjunto mais amplo de direitos, especialmente os que dizem respeito ao emprego, à segurança econômica, à saúde e à instrução.

Em sucessão ao Estado-assistencial, o Estado de bem-estar social, ainda segundo Fiori, citando estudos de outros autores, só vai surgir após a II Guerra Mundial e o seu marco seria o Plano Beveridge,

ao legitimar o National Health Care Act, em 1946, na Inglaterra, que, criou um sistema nacional, universal e gratuito de assistência médica, financiado pelo orçamento fiscal, desvinculado, portanto, da relação contratual que havia caracterizado até então a essência das políticas sociais governamentais”. As políticas sociais universais e de redistribuição de rendas estavam em consonância com o objetivo maior de garantia de pleno emprego (FIORI, 1997)

Por conclusão, pode se afirmar que o Estado de bem-estar social e as políticas públicas de cunho universalizantes, ainda que com diferenças entre os vários países, respondem a imperativos de ordens econômicas, políticas, éticas e filosóficas. Ainda que os seus limites sejam a ordem capitalista, a manutenção da estratificação social e a reprodução do capital permitiram ganhos às classes trabalhadoras e melhoras em suas condições de vida. Países que o adotaram são hoje os de menores concentração de renda, de menos injustiça social e de melhores padrões de vida para as classes trabalhadoras.

O Estado de bem-estar social se desenvolveu durante os anos dourados do capitalismo mundial, quando ocorreu um crescimento sem precedentes da produtividade com um ritmo de aumento do PIB das maiores economias mundiais como nunca observado anteriormente. Entretanto, no final dos 1960 e principalmente na década de 1970, há uma desaceleração desse ritmo, provocando uma recessão nessas mesmas economias. Assiste-se a uma redução importante do crescimento do PIB dos países centrais com alta inflação e, por conseguinte, desemprego em alta.

Estabelece-se o que os economistas denominam crise fiscal, o que permite um contexto político para que as teses neoliberais, em desenvolvimento desde a década de 1940, possam ser expostas e adotadas por governos conservadores, vitoriosos em vários países como consequência da crise econômica.

Segundo Fiori, contribui para que as teses neoliberais tornem hegemônica uma parte da esquerda que

em nome de um projeto de democracia participativa também viu no Estado de Bem Estar Social uma peça central do imenso e anônimo aparelho do Estado responsável por um gigantesco trabalho de cooptação e desativação da classe trabalhadora (FIORI, 1997)

Ao mesmo tempo assistiu-se a crise do socialismo real, marcado pela queda do Muro de Berlin, outra conformação societária em que, ao lado do Estado de bem-estar, buscava-se como alternativa ao capitalismo selvagem.

Assim é que a partir da eleição de Margareth Thatcher na Inglaterra, em 1979, e posteriormente, Ronald Reagan (1980) nos Estados Unidos, as teses neoliberais se tornam hegemônicas, orientando vários governos no mundo ocidental.

Segundo essas teses, se aplicado o postulado fundamental do neoliberalismo – o mercado deixado livre corrige todas as distorções econômicas e sociais –, a crise do capitalismo provocada pelo Estado de bem-estar social será corrigida em pouco tempo (OTRANTO, FIORI, JOSÉ PAULO NETO).

A proposta neoliberal passa a ser vista como o "remédio" para a nova crise do capitalismo que se configura, então, como: a) a crise do financiamento das necessidades básicas da sociedade pelo Estado; b) a crise da produção e da reprodução das condições gerais do capital e financiamento dos ganhos das classes trabalhadoras; c) a crise do capital e de suas taxas de lucro; d) a crise fiscal e a perda do controle monetário das economias dos países, principalmente os do chamado, na época, "Terceiro Mundo". É a crise do fundo público que traz, com ela, a tendência de perda dos direitos sociais e o conseqüente aumento da exclusão (OTRANTO, 1999).

Para Castels, citado por Otranto (1999), a crise não é só econômica e tem, também, uma face política e ideológica. O neoliberalismo ganha força na medida em que é uma teoria que engloba essas várias vertentes.

Nessa mesma linha, Foucault explica o neoliberalismo como uma nova “governamentalidade” e não apenas como o liberalismo clássico revisto e repaginado. No liberalismo clássico, há uma separação entre Estado e mercado. O primeiro é responsável pela política, enquanto o mercado é responsável pela economia. Ao Estado, é dado o papel principal de manter o mercado livre de intervenções, deixando à “mão invisível do mercado”, sob a palavra de ordem do “*laissez-faire*”, toda a racionalidade econômica. Já o neoliberalismo, segundo Foucault, vai deslocar a “governamentalidade” para uma “governamentalização” generalizada dos indivíduos. Agora o Estado tem como principal função, segundo Geoffroy de Lagasnerie, interpretando estudos de Foucault, um

verdadeiro intervencionismo político e jurídico, que a propósito, insiste Foucault, não é ‘menos denso, menos frequente, menos ativo, menos contínuo que em outro sistema’ (LAGASNERIE, 2013).

Mas esse intervencionismo tem a especificidade de não visar, em absoluto, “corrigir” o mercado, opor à racionalidade econômica uma racionalidade social ou política, criar obstáculo ao funcionamento normal da concorrência, invocando exigências éticas, morais ou justiça social. Ao contrário, ele tem como objetivo colocar-se a serviço da forma-mercado, trabalhar para o seu desenvolvimento e sua instituição generalizada. O neoliberalismo gostaria de transformar a sociedade implantando uma verdadeira “política da concorrência, destinada à difusão generalizada da forma-mercado” (LAGASNERIE, 2013).

Uma das características da “governamentalidade” neoliberal, segundo Foucault, é transformar cada indivíduo em um “*homo oeconomicus*”, pautado totalmente pela economia, concorrendo, como se empresa fosse, uns com os outros. Portanto, é da essência do neoliberalismo deixar pelo caminho aqueles “menos capazes”, derrotado pela sua “incompetência” na disputa concorrencial.

Ainda, segundo Lagasnerie, o

liberalismo clássico impunha uma fronteira entre o econômico e o político e, em virtude disso, autorizava uma forma de coexistência pacífica entre a racionalidade de mercado e a racionalidade política (cada um no seu lugar). Inversamente, o neoliberalismo pretende subordinar a racionalidade política (e demais domínios da sociedade) à racionalidade econômica. O Estado é colocado sob a vigilância do mercado; ele deve governar não apenas para o mercado, mas também em função do que dita a lógica de mercado (LAGASNERIE, 2013)

Essa nova “governamentalidade”, que busca a recomposição do lucro pelo capital após a crise dos anos 1970, vai se dar, segundo Otranto, “fundamentalmente, mediante a globalização do mercado. Isto significa que o capital rompe as fronteiras nacionais e passa a constituir-se num poder global”. (OTRANTO, 1999)

Assim como o Estado de bem-estar social se diferenciava nos vários países onde foi implantado, o mesmo se deu com o neoliberalismo, assumindo vários matizes segundo os contextos políticos e culturais de cada país. Entretanto, há elementos comuns que caracterizam a reforma neoliberal: “remercantilização” da força de trabalho, enfraquecimento do movimento sindical organizado com perdas de direitos por parte dos trabalhadores adquiridos em anos anteriores, desregulação do mercado de trabalho, privatização de empresas estatais e privatização de serviços públicos em menor ou maior medida.

Esse conjunto de medidas que dita as regras de ajustamento ficou sendo conhecido, em 1990, como o Consenso de Washington, e nele ficaram estruturadas as bases da nova política econômica e social, que passou a impor uma ideologia difundida mundialmente. Foram impostas a quase todos os países do mundo, em maior ou menor grau, pelo grupo dos sete países mais ricos, conhecidos por G7, por meio do Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial e outros órgãos de governança econômica. Essas ideias tornam-se hegemônicas e são vendidas como se não houvesse

nenhuma alternativa para o mundo a não ser a de ajustar-se à reestruturação produtiva promovida pela globalização. A receita

para este ajuste passa pela desregulamentação, pela descentralização e pela privatização. (OTRANTO, 1999)

Ainda segundo ela

a desregulamentação significa a mínima existência possível de leis que garantam direitos, o que acarreta o fim dos direitos sociais garantidos no contexto do Estado de Bem-Estar. É o fim das garantias trabalhistas, da estabilidade no emprego e dos ganhos de produtividade. Trata-se de deixar o mercado livre para ser o grande regulador das relações sociais. A descentralização complementa a desregulamentação com a Reforma do Estado, que visa delegar responsabilidades, antes da União, aos Estados e municípios. A privatização completa o ciclo porque o Estado abre mão de setores estratégicos, como da energia elétrica, telecomunicações, minérios, petróleo, etc., perdendo efetivamente a possibilidade de desenvolver políticas econômicas e sociais (OTRANTO, 1999).

Também na América Latina, alguns países se constituíram em verdadeiro laboratório de experimentação neoliberal com resultados aparentemente milagrosos, como foi o caso do Chile, durante a ditadura do general Pinochet. Durante os anos 1980, no contexto das democracias pós-ditatoriais, vários outros países da América Latina elegeram presidentes com propostas neoliberais.

O Brasil, a partir de 1990, com a eleição de Collor de Melo, também inicia a implantação de políticas neoliberais.

Foi o último país da América Latina a aderir a esse modelo econômico e isso se deveu tanto às dificuldades de soldar os distintos interesses das diversas frações do capital, até então presentes no moribundo Modelo de Substituição de Importações e, de outro, à intensa atividade política desenvolvida pelas classes trabalhadoras na década de 80 – que se expressou, entre outros eventos, na constituição do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST), na criação da Central Única dos Trabalhadores (CUT) e do Partido dos Trabalhadores (PT) e na realização de 5 greves gerais entre 1983 e 1989. (FILGUEIRAS, 2006).

Soares também explica o atraso do neoliberalismo no Brasil em relação a outros países pela própria instabilidade política e econômica dos anos 1980 “sem contar com os recursos (econômicos e políticos) para enfrentar as medidas de ajuste que se impunham naquele período” (SOARES, 1999).

As políticas sociais, de 85 até a promulgação da Constituição, portanto, não são ainda afetadas pelas políticas neoliberais, como ocorrerá pós-90. Para Soares, a partir de 1985, e até 1988, as importantes modificações introduzidas nas políticas sociais brasileiras foram determinadas por todo um complexo quadro de transformações políticas, sociais e econômicas, entre as quais destacamos: o advento do governo da Nova República no bojo do movimento de redemocratização nacional; a possibilidade de ocupação de postos estratégicos nesse governo por pessoas e grupos políticos identificados até então como oposição a todos os governos anteriores pós-64; a organização de movimentos sociais, até então, subordinados e sem possibilidade de expressão política, que pressionavam por mudanças efetivas; e a mudança na política econômica, comprometida com a retomada imediata do crescimento (SOARES, 1999).

A Constituição de 1988, segundo Filgueiras (2006), “apesar de seus vários equívocos, foi a repulsa da sociedade brasileira, pelo menos na década de 1980, pelo neoliberalismo”.

Contudo, apesar das resistências populares, nos anos 1990, as frações de classe capitalista se unem em torno das propostas neoliberais, dada a percepção de uma crise estrutural com riscos para a acumulação de capital e de perda de poder por parte das classes dominantes (FIORI, FIGUELRAS, OTRANTO).

5. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL A PARTIR DE 1964 – AINDA CONTEXTUALIZANDO PARA COMPREENDER CAMPINAS

*Creiam-me, o menos mal é recordar; ninguém se fie da felicidade presente; há nela uma gota da baba de Caim.
(Machado de Assis, Memórias Póstumas de Brás Cubas)*

5.1. A construção e a consolidação de uma política pública de saúde

O final dos anos 1950 e início dos 1960 é uma época marcada por vários movimentos operários, estudantis, camponeses, apoiados por intelectuais de esquerda e, posteriormente, pelo governo de João Goulart em aliança com os movimentos sindicais e nacionalistas. Reivindicavam reforma agrária, ampliação das políticas sociais, melhoria das condições de trabalho, dentre outros – as denominadas *Reformas de Base*.

Em contraposição a eles, em uma articulação dos militares com a classe dominante, em 1964, instaura-se no Brasil uma ditadura que conduz o país de maneira centralizada por presidentes-generais. O Estado, durante a ditadura militar, toma papel preponderante, porém, a serviço dos grandes grupos empresariais nacionais. É ampliado seu controle sobre a economia, tornando-o executor de várias atividades, particularmente no campo energético, elétrico, comunicações, transporte, dentre outros, além do controle da política fiscal e financeira, que resulta em crescimento do país, porém com intensa concentração de renda e uma quase impagável dívida externa.

No campo social, segundo Fagnani (1997), entre 1964 e 1985, a política brasileira tinha como principais características: verticalização e centralização dos processos decisórios no Governo Federal; a regressividade dos mecanismos de financiamento (políticas financiadas por recursos para fiscais, descontados dos salários e das folhas de pagamentos); subsídios e financiamentos a fundo perdido para a iniciativa privada executar a provisão de vários serviços sociais, inclusive os de saúde; expansão da cobertura com a incorporação de novos grupos e expansão de alguns serviços para o conjunto da população; reduzido caráter redistributivo.

Em relação à Saúde, se a 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, tinha como proposição central a municipalização do setor (relatório da 3ª. CNS) o processo durante o governo militar é o oposto: reforça-se um modelo vertical, fragmentado e curativo, baseado em procedimentos médicos, realizados no âmbito da previdência social, e atividades de saúde

pública (controle de epidemias e endemias) realizadas pelo Ministério da Saúde, além de outras atividades de saúde realizadas por outros ministérios (do Trabalho e do Interior).

A previdência social, no campo da Saúde, ao longo de toda a década de 1970 e início da de 1980, tem como política expandir a assistência médica por meio da iniciativa privada em detrimentos dos seus serviços próprios (hospitais e ambulatórios).

O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) é criado em 1967 a partir da fusão dos institutos de aposentadoria e pensões (IAP) de várias categorias profissionais, aquelas economicamente mais fortes e politicamente mais organizadas (industriários, bancários, marítimos, comerciários, entre outros). Além dos IAPs, compõe o INPS o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência (Samdu) e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social.

O INPS logo se torna uma estrutura poderosa dada a quantidade de recursos financeiros que acumula a partir de sua arrecadação, que inclui empresas e empregados urbanos. Ademais, como o percentual de trabalhadores se aposentando era pequeno, suas receitas eram substantivamente superiores às despesas. Some-se a isto o crescimento econômico da década de 1970. Entre 1968 e 1973, período denominado Milagre Econômico, o PIB crescia a taxas de 11% ao ano (FAGNANI, 1997).

Isto permite a ampliação da cobertura da Saúde para categorias até então não incluídas, como empregadas domésticas, o trabalhador do campo através do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural) e trabalhadores autônomos que contribuíssem para a previdência. Dado o aumento do número de contribuintes e os poucos serviços próprios, decidiu por ampliá-la por meio da iniciativa privada, estabelecendo contratos e convênios com ambulatórios e hospitais.

Em 1974, é criado o Ministério da Previdência e Assistência Social – (MPAS), que absorve o INPS, mantido como responsável pela assistência médica aos previdenciários.

O Ministério da Saúde (MS), por sua vez, continua responsável por ações de combate a epidemias e endemias e por promover e executar ações preferencialmente voltadas para as medidas e os interesses coletivos e à formulação da política nacional de saúde. Contudo, dada

a força do Ministério da Previdência, pode se afirmar que é esse, na prática, o responsável pela política de saúde até pelos menos o ano de 1990.

Em 1977, o governo militar propõe uma reestruturação administrativa de todo o sistema, criando-se o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), subordinado ao Ministério da Previdência. Na estrutura do Sinpas criou-se uma autarquia, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), responsável pela assistência médica, enquanto o antigo INPS se torna responsável apenas pelos benefícios previdenciários pecuniários.

Essa reforma se dá como busca de uma resposta a uma crise financeira do Estado brasileiro, que se inicia em 1973, com redução substancial do crescimento econômico, além de inflação em alta. A crise irá atingir a Previdência a partir de 1975, chegando a seu ápice em 1977. Além da redução da arrecadação consequente à redução do crescimento econômico nacional, some-se a expansão da assistência médica, bem como de outras despesas assistenciais e previdenciárias.

Essas mudanças administrativas não interferem na relação público-privado, mantendo a perspectiva de privatização das ações com financiamento e subsídios públicos a hospitais, clínicas, laboratórios e consultórios médicos. Embora o Inamps mantivesse alguns serviços próprios (hospitais e postos de assistência médica com profissionais contratados mediante concurso), não se altera o “complexo previdenciário estatal-privatista” (RODRIGUEZ NETO, 2003). Pelo contrário, a Previdência Social se torna o maior comprador de serviços médicos do País, contribuindo, sobremaneira, para a grande expansão do setor privado.

A década de 1980 inicia-se sob a égide de movimentos por redemocratização do Estado brasileiro. São dessa década as greves do ABC², a fundação do Partido dos Trabalhadores (PT) e da Central Única dos Trabalhadores (CUT), o movimento das Diretas Já, entre outros.

² O ABC é uma área da região metropolitana de São Paulo formada pelas cidades de Santo André, São Bernardo e São Caetano do Sul. Embora não tenham sido aproveitados na denominação da área, outros municípios compõem o ABC paulista, como é o caso de Diadema e Mauá.

No campo da Saúde, toma corpo o Movimento da Reforma Sanitária, cujas teses e proposições, debatidas ao longo dos anos iniciais dos 1980 em encontros de secretários municipais, em academias e em instituições de pesquisa e estudos como o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), vão moldando os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Todos esses acontecimentos produzem, no interior do Estado, embora em pleno regime autoritário, reformas administrativas que buscam, de modo geral, resolver o problema da escassez de recursos, aumento dos custos operacionais e o descrédito social sobre o sistema de saúde em voga. A tecnoburocracia estatal assume, em grande medida, a responsabilidade de construção de uma nova política de saúde na qual incluem-se princípios tais como universalização, unificação do setor, descentralização e municipalização e construção de redes de serviços hierarquizadas tendo a atenção básica como porta de entrada.

Por conseguinte, vão se sucedendo planos que, em última instância, tentam dar concretude a essas propostas, particularmente à descentralização da saúde:

Em 1980, foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-Saúde) – que, na realidade, nunca saiu do papel -, logo seguido pelo plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp), em 1982, a partir do qual foi implementada a política de Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983. Estas constituíram uma estratégia de extrema importância para o processo de descentralização da saúde (SANTOS, 2010).

O Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp) era ligado ao Inamps, com o objetivo de conter as fraudes e dar racionalidade financeira ao sistema. Segundo Santos (2010),

o plano propõe a reversão gradual do modelo médico-assistencial através do aumento da produtividade do sistema, da melhoria da qualidade da atenção, da equalização dos serviços prestados às populações urbanas e rurais, da eliminação da capacidade ociosa do setor público, da hierarquização, da criação do domicílio sanitário, da montagem de um sistema de auditoria médico-assistencial e da revisão dos mecanismos de financiamento do FAS (SANTOS, 2010).

Uma das respostas do Conasp à crise do modelo previdenciário é a implantação, em 1983, do Programa de Ações Integradas de Saúde, posteriormente, em 1984, transformado na estratégia das Ações Integradas de Saúde (AIS). Tinha como objetivos descentralizar os serviços de saúde para os Estados e municípios, integrar os vários serviços públicos de saúde, definir programas a partir das doenças mais prevalentes, a regionalização e a hierarquização única dos serviços, a valorização das atividades básicas e a utilização prioritária e plena da capacidade instalada da rede pública. A AIS propõe, como instrumentos de sua consecução, planejamento descentralizado nos municípios que aderirem e a criação de comissões (Comissão Interinstitucional de Saúde – CIS, Comissão Regional Interinstitucional de Saúde – CRIS, Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde – CIMS e Comissão Local Interinstitucional de Saúde – CLIS) nos níveis estadual, regional, municipal e local que facilitassem, por meio de secretarias técnicas permanentes, a descentralização administrativa, financeira e maior autonomia dos municípios, bem como a construção de redes hierarquizadas (PAIM, 1986).

A estratégia da AIS envolve o MPAS, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e os Ministérios da Educação e Saúde. Expande-se para todos os Estados e vários municípios brasileiros principalmente a partir de 1984.

Ainda assim, os repasses do Ministério da Previdência continuaram privilegiando recursos em maior quantidade para os serviços privados, não alterando, portanto, a tendência que se impunha desde o início dos anos 1960. Em 1985, enquanto 10% do orçamento da previdência se destinavam às AIS, 49% era destinado aos serviços privados de saúde (PIMENTA, 1993, RODRIGUEZ NETO, 2003). Os favorecimentos dos hospitais privados se davam através das AIH, com aumento constante das tabelas de preços das internações, pagas globalmente por tipo de doença.

O Movimento Sanitário, estimulado pelo clima de redemocratização e pelos processos que ocorrem no interior do Estado, a partir de discussões iniciadas no Cebes (RODRIGUEZ NETO, 2003), se propõe a discutir um plano de saúde para o País. Principalmente a partir de 1984, dispararam-se encontros, alianças com parlamentares, movimentos de saúde, trabalhadores da saúde e gestores estaduais e municipais de saúde. Segundo Rodriguez Neto, o movimento

investiu em algumas frentes principais: a elaboração da proposta do governo da Assessoria Parlamentar do PMDB (...), a Comissão de Elaboração do Plano de Ação do Governo Tancredo Neves (Copag), a realização do encontro de prefeituras municipais com a divulgação da Carta de Montes Claros (1984) (RODRIGUEZ NETO, 2003).

Estes encontros, em que pese apontar para um sistema único de saúde, integrando sob comando único todos os serviços públicos de saúde, se dividiram quanto à estratégia.

Enquanto dois deles (I Simpósio de Política Nacional de Saúde e Carta de Montes Claros) apontavam a estratégia das AIS como principal caminho para o Sistema Único de Saúde, o do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e a Comissão de Elaboração do Plano de Ação do Governo Tancredo Neves (Copag) propunham a transferência do Inamps para o Ministério da Saúde imediatamente.

Predomina a recomendação de radicalizar as AIS como estratégia para chegar ao Sistema único de saúde, o que será intensivamente debatido na 8ª. Conferência Nacional de Saúde de 1986.

A conferência em si foi marcada por muitas convergências em relação ao sistema de saúde proposto: saúde como direito universal, baseada nos princípios da integralidade, equidade, hierarquização, comando único em cada esfera de poder, sob controle do setor público. Contudo, havia uma divergência de fundo: enquanto o Partido dos Trabalhadores e o Partido Democrático Trabalhista (PDT) defendiam a “estatização já” de todo o sistema de saúde, o Partido Comunista Brasileiro (PCB), o Partido Comunista do Brasil (PC do B) e setores progressistas de outros partidos propunham uma estatização progressiva à medida que se reforçasse os serviços públicos de saúde (RODRIGUEZ NETO, 2003).

Muito provavelmente a convergência obtida, levando-se a proposta de estatização do sistema de saúde, se deveu ao fato de sua presidência ser de Sérgio Arouca, militante e liderança expressiva do movimento sanitário, com posições à esquerda, na época, presidente da Fundação Oswaldo Cruz. Ademais houve a recusa a participar por parte de representantes do setor privado da saúde por não reconhecer ser esse um espaço legítimo de discussão. Também

a participação do legislativo, exceto pelos partidos mais à esquerda, foi mínima (COHN, 1989).

Como um dos resultados da 8ª Conferência de Saúde criou-se uma Comissão Executiva da Reforma Sanitária com participação do Ministério da Saúde, da Previdência através do Inamps e do Ministério da Educação (porém, com papel irrelevante no processo (RODRIGUEZ NETO, 2003). Tinha como objetivo elaborar uma proposta para o setor Saúde para a nova Constituição que seria discutida por uma Assembleia Constituinte. A proposta ficou aquém do esperado pelo movimento sanitário e, por outro lado, o não investimento nem do Inamps e nem do Ministério da Saúde (RODRIGUEZ NETO, 2003) fez com que a comissão não ocupasse os espaços de discussão, reduzindo a mobilização da opinião pública em relação à Constituinte (RODRIGUEZ NETO, 2003).

De outro lado, com a situação econômica do país em franca recessão com inflação às alturas e com o fracasso das políticas econômicas propostas pelo governo central, os governadores de Estado e prefeitos manifestam insatisfação com as dificuldades em relação ao setor Saúde, exigindo mais recursos. Discutem a necessidade de descentralização do Inamps, com transferências financeiras e de responsabilidades para os Estados e os Municípios e de superação da forma de pagamento por produtividade.

Há neste momento coincidência de interesses entre Estados e Municípios, que sofriam diariamente as consequências deste tipo de convênio, e a cúpula do Inamps, que reconhecia a ineficiência da União diante dos problemas do setor. Do ponto de vista político, há interesse dos governadores dos Estados em avançar o processo de descentralização do Inamps, pois isto representava ter mais poder na área da saúde, visto ser esta a única instituição que realmente possuía recursos financeiros (PIMENTA, 1993).

Não obstante o avanço das AIS para praticamente todos os Estados, suas capitais e grande número de municípios, demonstrando o potencial da unificação dos vários setores que cuidavam da saúde, a força do Inamps, dos hospitais universitários e serviços estaduais faz com que eles continuem trabalhando com dinâmica própria, resistindo em promover a descentralização de fato para os municípios. O Movimento da Reforma Sanitária propõe, por conseguinte, por meio da Comissão Executiva criada na 8ª Conferência Nacional de Saúde,

como modelo de engenharia institucional, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS (COHN, 1989; PIMENTA, 1993), com a concordância da cúpula do Inamps. Assim, em julho de 1987, por meio de um Decreto Presidencial, ele é criado.

Seu principal avanço em relação às AIS é a estadualização do Inamps, ou seja, as Secretarias Estaduais de Saúde incorporam os serviços do órgão, criando-se um comando único dos serviços de saúde no nível estadual. Também a forma de financiamento se altera, deixando de pagar por produção de serviços e passa a ser feito mediante a orçamentação de um plano diretor que deveria incluir as realidades municipais, regionais e estaduais. Os municípios, portanto, passam a aderir ao SUDS-Estaduais, e não mais ao Inamps, como no Convênio das AIS.

Um dos principais fatores limitantes do Suds foi a falta de uma política consistente de financiamento de Estados e municípios, num período de crise econômica. A inflação muito alta corroía rapidamente todos os recursos repassados para Estados e municípios, dado que as correções das tabelas não eram mensais ou com índices predefinidos. De outro lado, o sistema privado de saúde continuava drenando grande parte dos recursos previdenciários, limitando sua capacidade de financiar Estados e municípios.

De qualquer modo, é inegável o papel que o Suds teve em alguns Estados, permitindo elaboração de Planos Diretor para vários municípios, definindo prioridades para o setor.

Em 1988, toma posse a Assembleia Nacional Constituinte.

As teses formuladas na 8ª Conferência e, de certa forma, ainda que parcialmente, já experimentadas nas experiências das AIS e dos Suds, subsidiaram a redação final do Capítulo da Saúde na Constituição, embora houvesse reservas à esquerda (por considerar que fazia concessões à iniciativa privada) e à direita (por considerá-la estatizante) (RODRIGUEZ NETO, 2003).

As discussões foram intensas, dando origem a três projetos que, ao fim e ao cabo, somando-se às emendas populares, deu origem ao capítulo da saúde na constituição. Foi garantido que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e do agravamento à saúde para sua promoção, recuperação e prevenção.” (LENIR SANTOS, in RODRIGUEZ NETO, 2003’)

Determina, ainda, que o “Estado garanta ao cidadão ações e serviços de saúde que possam prevenir, promover e recuperar saúde.” (LENIR SANTOS, in RODRIGUEZ NETO, 2003).

Por fim, vota-se o capítulo da saúde, afirmando a saúde como direito universal, tendo como princípios e diretrizes a integralidade da atenção, a equidade, a descentralização e a regionalização, comando único em cada esfera de governo e a participação popular por meio do controle social em conferências e conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde.

Contudo, a implementação do SUS inicia-se, na verdade, em 1990, já no governo Collor, após a promulgação das suas leis orgânicas da saúde e das diversas Normas Operacionais Básicas (NOB).

O governo Collor de Melo, nitidamente de orientação neoliberal, assume uma série de vetos em relação à lei orgânica que vai restringindo a implantação do SUS conforme a Constituição. Um dos principais vetos se dá no financiamento e na participação popular no SUS, comprometendo a possibilidade de transferência de recursos diretamente para os municípios, reduzindo a participação do SUS no orçamento da Seguridade e restringindo a participação do governo federal no financiamento da saúde.

A implementação do SUS começa, portanto, a partir de 1990, já com restrições importantes em relação ao financiamento e participação popular, parcialmente recuperados com a edição da Lei 8.142/90.

A partir daí, inicia-se a promulgação de Normas Operacionais e Portarias por meio das quais vão se operacionalizando as Leis Orgânicas na prática.

Segundo Merhy & Buenos (1996), já a NOB 91 promove retrocessos em relação à lei orgânica,

construindo as diretrizes do financiamento a partir do pagamento por procedimentos e de forma conveniente, e transformando os sistemas estaduais e municipais de saúde em meros prestadores de serviços, cerceando suas prerrogativas de gestão nos distintos níveis de governo (MERHY, 1996).

Por sua vez, a NOB 93, na tentativa de avançar o SUS em direção à municipalização dos serviços, implanta formas transitórias de gestão – incipiente, parcial e semiplena – dependentes da capacidade do município e de seu interesse em assumir o papel de gestor do sistema de saúde local.

Po meio dela, são criadas as Comissões Bipartirdes e Tripartite, responsáveis pela regulação e monitoração das relações intergestoras, bem como se consolida o papel dos Conselhos de Saúde como instrumentos do controle social do sistema de saúde.

Segundo Scatena & Tanaka (2001), quanto ao financiamento, como não havia sido regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da lei N° 8080, mantém-se nessa NOB muito do que vigorava nas NOB anteriores. O financiamento das atividades ambulatoriais é baseado nas Unidades de Cobertura Ambulatorial (UCA e o das hospitalares, nas AIH (Autorização de Internação Hospitalar), desaparecendo a figura do convênio como reguladora das transferências de recursos financeiros. Criam-se o Fator de Apoio ao Estado (5,0% da UCA) e o Fator de Apoio ao Município (também 5,0% da UCA) para Estados e municípios que se encontram em algumas formas de gestão previstas pela NOB 01/93.

Em novembro de 1996, é lançada a NOB 96. É uma norma complexa que busca consolidar o processo de descentralização da gestão para Estados e municípios, assim buscando construir um modelo de atenção que se aproxime das necessidades dos munícipes, seja no campo assistencial, das intervenções ambientais ou das políticas externas ao setor saúde (SCATENA & TANAKA, 2001)

No campo da gestão do sistema de saúde público, “enfoca os Sistemas Municipais como a base e os elementos fortalecedores do Sistema Nacional de Saúde, desde que "integrados, harmonizados e modernizados, com equidade". (SCATENA & TANAKA, 2001).

A transferência de recursos da união para Estados e municípios e dos Estados para os municípios dar-se-ia através da Programação Pactuada e Integrada (PPI) como "o instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e da explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo" (Brasil, 1996). Listam-se o conjunto de atividades que serão desenvolvidas por cada Estado e município e seus valores financeiros, a serem repassados da União para os

Estados e desses para os municípios até um determinado teto. Outra forma de transferências de recursos é a fundo a fundo. Constam-se as seguintes modalidades: Piso da Atenção Básica (PAB), Incentivo ao Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), Fração da Atenção Especializada (FAE), Teto Financeiro de Assistência Municipal (TFAM), Teto Financeiro de Assistência Estadual (TFAE) e Índice de Valorização de Resultados (IVR), ações de Vigilância Sanitária (Piso Básico da Vigilância Sanitária - PBVS, Índice da Vigilância Sanitária – Ivisa) e ações de epidemiologia e controle de doenças. Também define a remuneração por serviços prestados (internações hospitalares, ambulatório de alto custo, vigilância sanitária e epidemiológica) e transferências por convênios (vigilância epidemiológica);

Embora somente tenha se iniciado no início de 1998 (em função da dificuldade de Estados e principalmente municípios assumirem o conjunto de responsabilidades previstas na NOB), em menos de 24 meses 97% dos municípios encontram-se habilitados, a grande maioria na Gestão Plena da Atenção Básica (a outra modalidade é a Gestão Plena do Sistema).

Contudo, a NOB 96 se mostra incapaz de mudança de modelo assistencial, haja vista que o PAB-fixo limita as ações de atenção primária, tornando-as insuficientes para garantir a integralidade necessária a esse nível de gestão. Ademais, a restrição de acesso aos procedimentos de média e alta complexidade, geralmente localizados em municípios polos, era limitante para a construção de redes de cuidado.

Dada a insuficiência da NOB 96, outras estratégias foram tomando forma e se consubstanciaram na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/01)

O objetivo geral da referida norma é “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção” (SOUZA, 2002)

A Noas tinha foco na regionalização de Saúde como estratégia para a descentralização, considerando que apenas o município é insuficiente para garantir a integralidade do cuidado. Para tal, utilizou-se do Plano Diretor de Regionalização, coordenado pelo Gestor Estadual.

Segundo Souza, o plano Diretor de Regionalização continha:

a) a divisão do território estadual em regiões/microrregiões de saúde, definidas segundo critérios sanitários, epidemiológicos, geográficos, sociais, de oferta de serviços e de acessibilidade; b) o diagnóstico dos principais problemas de saúde e das prioridades de intervenção; c) a constituição de módulos assistenciais resolutivos, formados por um ou mais municípios, que garantam o primeiro nível da média complexidade, visando garantir o suporte às ações de Atenção Básica; d) os fluxos de referência para todos os níveis de complexidade e os mecanismos de relacionamento intermunicipal; e) a organização de redes assistenciais específicas; f) o Plano Diretor de Investimentos, que procura suprir as lacunas assistenciais identificadas, de acordo com as prioridades de intervenção (SOUZA, 2002).

Outra ênfase do plano diretor diz respeito a melhorar a resolutividade da atenção primária e, para tal, identifica um conjunto de prioridades, consideradas mínimas, ou seja, a serem pactuadas em todos os municípios brasileiros. Define-se, portanto, um conjunto de metas a serem pactuadas localmente segundo as especificidades regionais, nas áreas estratégicas: saúde da mulher, saúde da criança, saúde bucal, controle da hipertensão e diabetes, controle da tuberculose e eliminação da hanseníase (Souza, 2002)

Em 2002, é publicada a Noas 02 que amplia e normatiza a operacionalização dos instrumentos de descentralização, consignados nas figuras dos mecanismos de regulação regional, Plano Diretor de Regionalização, Plano Diretor de Investimentos e a PPI, entre outros.

Em 2006, considerando que a consolidação do SUS através de um número excessivo de portarias e regulamentações se esgotara por imporem normas tão específicas e detalhadas a cidades e regiões tão díspares, o Ministério da Saúde lança o Pacto pela Saúde.

Tem como objetivo, por meio de consensos construídos nos Colegiados de Gestão Regional (CGR), coordenados pela Secretaria Estadual de Saúde, definir prioridades que considerem as necessidades de saúde das populações de cada território, portanto em oposição à verticalização das normas anteriores.

O pacto tem três componentes:

- A) O pacto pela Vida, um conjunto de compromissos sanitários que envolvem a saúde do idoso, redução da mortalidade por câncer de colo e de mama, redução da

mortalidade infantil e materna, combate às endemias e doenças emergentes, promoção da saúde e consolidação do programa de saúde da família como centro ordenador das redes de atenção.

- B) O pacto em defesa do SUS, movimento de repolitização do SUS, com o compromisso dos três entes federativos envidarem esforços políticos para transformá-lo em política de Estado, mais do que em política de governo.
- C) O pacto de gestão do SUS, que estabelece as responsabilidades claras de cada ente de governo, a partir de uma unidade de princípios, mas que respeite a capacidade operativa de acordo com as especificidades regionais. Nesse capítulo, se define as regras de repasses de recursos do SUS, fundo a fundo, agora em cinco grandes blocos, integrando as mais de cem formas de repasses utilizadas até o momento: atenção básica, média e alta complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão e Investimento.

As prioridades definidas nesses três componentes constituirão o Termo de Compromisso entre os Entes Federados, nos quais os Estados pactuam seus compromissos com o Governo Central e os municípios com os Estados.

Um dos dispositivos para se consolidar o Pacto pela Saúde são as regiões de saúde, dirigidas por um Colegiado de Gestão Regional – CGR, coordenado pelo representante do ente estadual e composto pelos Secretários de Saúde de cada município da região.

Os Colegiados de Gestão Regional são espaços de cogestão, onde as decisões são tomadas por consenso e homologadas, quando for o caso na Comissão Bipartite (representantes dos municípios e do Estado) e ou Tripartite (com representação do Governo Federal, Estadual e Municipal).

Em 2011, o Governo Central outorga o Decreto 7.508/2011 para regulamentar

algumas normas da lei 8080, de 1990, em especial os arts. 4º, 6º, 7º, 8º e 36º, referentes à organização funcionamento administrativo-sanitário do SUS. Tem como principal objetivo tornar legal aquilo que o Pacto Pela Saúde já realizava, porém sem força de lei,

dependendo apenas da boa vontade dos governantes (SANTOS, 2012).

Tem como foco principal, nas palavras de Santos (2012), a “regionalização da descentralização”, dado que é prevista na lei a descentralização para os municípios, porém garantindo-se a integralidade em redes de saúde territoriais e regionais, inclusive interestaduais.

Além de definir as portas de entrada do SUS, tendo a Atenção Primária como a prioritária, o decreto define um padrão de integralidade por meio da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – Renases, que engloba todas as ações e serviços disponíveis no SUS. Define, como outro elemento da integralidade da assistência, uma lista mínima de medicamentos através da Relação Nacional de Medicamento (Rename).

Para garantir que os pactos sejam cumpridos, o decreto introduz o Contrato Organizativo da Ação Pública, por meio do qual se ordenam, de forma consensual, as responsabilidades sanitárias de cada ente federado, ou seja, as atividades que serão realizadas em cada município da região e as formas de seu compartilhamento.

Segundo Santos,

É pelo contrato que os entes federativos poderão definir, de acordo com suas realidades e no âmbito de suas competências comuns, o papel de cada um na rede de atenção à saúde, se auto impondo regramentos resultantes de negociação solidária e responsável no tocante à competência comum de cuidar da saúde da população. Trata-se de uma regulação negocial, ajustada mediante cláusulas e condições contratuais, as quais passam a exercer o papel que seria previamente reservado à lei quanto à definição, em minúcias, das competências dos entes na área da saúde (SANTOS, 2012).

Neste momento, os municípios estão construindo seus planos municipais, adequando-se às novas normas e ainda é cedo para se avaliar o impacto sobre a produção de saúde, construção de redes e melhoras no cuidado da população.

5.2. A relação público-privado e as restrições impostas a um sistema de saúde de fato universal

Um dos temas mais polêmicos em relação à Saúde no Brasil diz respeito à relação público-privado como definido na constituição, tendo reflexos profundos na organização do SUS. Segundo Rodriguez Neto (2003), o tema está tratado em dois artigos da Constituição. O primeiro deles, “que dispõe sobre a constituição do Sistema Único de Saúde e suas diretrizes, diz que o mesmo é integrado pelas ações e pelos serviços públicos de Saúde”. O segundo, por sua vez, “diz que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, configurando, dessa forma, dois sistemas: o público e o privado”.

Esta configuração, como afirmado por vários autores (Bahia, Menicuci, Oliveira), é fruto de políticas passadas, desde pelo menos a década de 1960. As várias medidas administrativas tomadas até os meados dos anos 1980 não modifica a tendência da privatização da assistência médica. Além dos subsídios a hospitais e clínicas, a remuneração por produção é um dos principais fatores a de incentivo ao produtor privado isolado, além de estímulo para surgimento de empresas para a prestação de serviços médicos, tanto para o Inamps quanto para outras empresas. A destinação de recursos da previdência para a iniciativa privada “favoreceu esse setor empresarial, que se capitalizou sem correr os riscos das leis do mercado, na medida em que esse passou a ser garantido pelo Estado” (ROMERO, 2008).

A importância dos hospitais privados pode ser medida pela quantidade de internações: embora as internações hospitalares estivessem declinando nos anos 1980, em 1987 foram internadas 11,7 milhões de pessoas, 80,3% pelo setor privado contratado (MÉDICI, 21).

Se a instituição do Sistema Nacional de Saúde definia a existência de dois sistemas de saúde paralelos (saúde pública e assistência médica, o primeiro público e o segundo privado financiado pelo Estado), a criação do Inamps

consolida a dispersão de recursos, os comandos diferentes e a descoordenação. O modelo – de racionalidade, eficiência e eficácia discutíveis, mesmo para a época – baseava-se no pressuposto de uma “integração programática” que não existia nem existiu (OLIVEIRA, 1977), e transformou a Previdência Social no grande comprador e financiador de serviços médicos da rede privada, com a

implementação de um modelo de assistência caracterizado pela tecnificação dos atos médicos, pela ênfase na assistência hospitalar e pelo assalariamento dos profissionais de saúde. As ações de saúde coletiva, por outro lado, foram abandonadas à mingua dos poucos recursos com que era dotado o Ministério da Saúde (ROMERO, 2008).

A partir dos anos 1990, com a consolidação do SUS por meio da sua inserção legal na Constituição e nas leis orgânicas, se houve mais controle desse fluxo financeiro do público para o privado, não se pode dizer que ele foi totalmente estancado.

Portanto, desde mais acentuadamente a década de 1970 (Menicucci, Médici, Fagnani, Rodriguez Neto), já se observa a tendência de crescimento da atenção médica no Brasil por meio do sistema privado, o que permitia cooptar o apoio de setores importantes da sociedade (empresários prestadores de serviços, médicos e empresários da indústria de equipamentos e medicamentos) e permitindo o desenvolvimento de um amplo e complexo sistema médico-industrial com reflexos na política de saúde até o presente momento.

Se, inicialmente, pretendia-se que o sistema nacional de saúde fosse de natureza pública, podendo ser delegado a terceiros, mediante concessão ou permissão (Santos, em Rodriguez Neto, 2003), o que ficou definido foi que a iniciativa privada pode agir livremente na execução de serviços e, ainda, pode suplementar os serviços públicos por meio de contratos ou convênios. Portanto, o Sistema Único de Saúde (SUS) “é o sistema que engloba as ações e serviços de saúde públicos que se destinam a garantir o acesso universal igualitário previsto no texto constitucional” (SANTOS em RODRIGUEZ NETO, 2003).

O setor privado, por sua vez, constitui outro sistema, que pode atuar livremente e poderá participar do SUS quando houver, por parte do poder público, necessidade de ofertas de serviços para os quais tem insuficiência, podendo contratar pessoas jurídicas ou físicas (SANTOS em RODRIGUEZ NETO, 2003).

Para Menicucci, a expansão da assistência privada de saúde no Brasil é efeito *feedback* da política de saúde, desde sempre numa aliança com o público, com o próprio Estado

favorecendo “o surgimento de várias modalidades institucionais de assistência privada e a expansão de outras que já existiam de forma ainda pouco expressiva” (MENICUCCI, 2007).

Dentre as decisões públicas que favoreceram a expansão privada, conta-se, ao longo do tempo:

- expansão da assistência por meio da compra de serviços privados em detrimento da expansão de rede própria;
- internação em hospitais contratados pelo público, porém podendo o usuário pagar complementação para ficar em acomodação especial; como consequência, as acomodações de hospitais privados contratados pelo público se deterioram, pois é mais lucrativo ofertar ao usuário acomodações melhores com sua suplementação;
- subsídios no imposto de renda para as despesas médico-hospitalares;
- planos de saúde para funcionários públicos, inclusive na instituição previdenciária responsável pela assistência pública.

Essa expansão, inicialmente escorada pelo Estado, permitiu, posteriormente, fortalecer diversos agentes do mercado (prestadores, operadoras de planos e seguros e, inclusive, usuários), configurando-se interesses que hoje influenciam a política. São hoje, se menos dependentes do Estado para a acumulação de capital, poderosos o suficiente para

garantir recursos públicos, de forma direta ou indireta, e, por outro, obter ou preservar regras favoráveis, mas principalmente a ausência de regras para a expansão do mercado de assistência à saúde.
(MENICUCCI, 2007)

Por outro lado, o pouco investimento em serviços próprios, associado a um subfinanciamento crônico, impedem a expansão de uma atenção primária de qualidade. Mantem-se, assim, um acesso ainda dificultado, o que tem o efeito ideológico de construir uma imagem de serviços públicos ineficientes, desumanizados e de baixa qualidade, o que favorece a opção dos usuários pela assistência privada.

Segundo Menicucci,

a própria prática governamental incentivou a ampliação das ações privadas e reforçou a diferenciação, apontando para a inexistência de um projeto efetivo de universalização e equalização da assistência. Expressão emblemática disso foi a existência no âmbito da própria instituição previdenciária, encarregada da política de saúde, de uma assistência diferenciada para seus funcionários. Desta forma, a expansão da assistência supletiva nos anos 80 não foi um processo paralelo e independente das políticas públicas; ao contrário, foi no bojo da crise da assistência pública e sob a pressão dos interesses privados já constituídos, particularmente dos prestadores de serviço, que foram definidas medidas governamentais que favoreceram aquela expansão e constituíram um arranjo institucional crivado de contradições. As ações governamentais contribuíram de forma decisiva para a institucionalização e legitimação da opção pela assistência privada e, de forma indireta, retiraram recursos públicos que poderiam ser canalizados para a assistência pública, contribuindo para seu mau desempenho. Na forma de uma espiral, a sequência de decisões e ações foi reforçando as opções privadas (MENICUCCI, 2007).

A Constituição brasileira consagra esses dois subsistemas de um sistema nacional de saúde: um público – o SUS – e o outro privado, quase autônomo em relação ao primeiro. Interessante notar que, apesar da prevalência naquele momento histórico (como de resto, hoje) das forças conservadoras e defensoras do mercado, a aprovação de um Sistema Público de Saúde e do direito à saúde não foram contestados por elas, uma vez que interessava às forças de mercado uma maior demanda, desde que acompanhada por mais recursos estatais e que pudessem ser transferidos, em grande medida, aos produtores privados. Um sistema público do porte do brasileiro interessa também aos produtores de insumos e medicamentos, de equipamentos médicos hospitalares, à construção civil e a outros ramos de atividade que vendam para o SUS.

Segundo a Constituição, as instituições privadas podem participar também do Sistema Público de forma complementar, mediante contratos ou convênios. Não é por demais afirmar

um duplo privilégio das instituições privadas: a garantia de um sistema próprio para elas, além da possibilidade de se imiscuir no sistema público.

5.3. Saúde, Estado e Mercado – considerações sobre os limites do SUS

Não obstante os avanços que o Sistema Único de Saúde promoveu na saúde do brasileiro, por demais conhecidos pelo menos entre os sanitaristas, também é inegável que não logrou se constituir numa política que encante a sociedade brasileira. Embora seja responsável por garantir ações e atividades de saúde para aproximadamente 75% da população (aproximadamente 142 milhões de pessoas), é notório que aqueles que o usam o fazem mais por falta de opção que por uma escolha em função de sua efetividade.

Em parte, esta negação do SUS é consequência da forma como a mídia o trata, nunca relatando o que ele tem de positivo e ampliando sobremaneira o que é negativo, bem como do “fetiche” exercido pelo mercado, que, ao permitir a livre escolha do profissional de saúde e da especialidade eleita pelo próprio usuário, lhe passa a mensagem de maior eficácia. Contudo, é inegável que se dá também pelas fragilidades do sistema, que nunca logrou fornecer aos brasileiros aquilo que está na Constituição. É evidente o fosso que separa o SUS real do SUS sonhado pelo Movimento Sanitário e que, a duras penas, conseguiu inscrever no arcabouço jurídico-institucional do País. É queixa comum do usuário, nas pequenas e nas grandes cidades, dos mais pobres municípios aos mais ricos, a dificuldade de acesso e a desumanização do sistema. De outro lado, vários indicadores demonstram a baixa eficácia do SUS em proteger a saúde do brasileiro: 2,4 consultas/ano em 2005 contra uma média de 6 na maioria dos países europeus; mortalidade infantil de 22,5 por mil nascidos vivos, enquanto na maior parte dos países europeus já se encontra abaixo de 10; no Estado de Alagoas, em 2004, essa taxa foi de 47,1 por mil nascidos vivos; ainda é baixo o percentual de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal – de apenas 52,5% em 2004. Continua alta a taxa de internação por doenças sensíveis à atenção básica, bem como a mortalidade materna.³

3 Os indicadores foram retirados do Painel de Indicadores do SUS, de 2005.

Agências internacionais (Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento -BIRD, Fundo Monetário Internacional- FMI, Banco Mundial) e os defensores do mercado como o melhor provedor dos bens materiais ou imateriais, defendem que o problema do SUS está na sua idealização. Para eles, alocar recursos para garantir a universalidade e a integralidade da saúde significa retirar capital que deveria estar financiando as áreas produtivas do país, capazes, estas sim, de gerar empregos e riqueza, permitindo que as pessoas pudessem, então, comprar no mercado privado a melhor assistência que sua renda o permitisse. Admitem os defensores da “mão invisível do mercado” que nem todos terão emprego e renda suficientes. Para esses, deveria haver a intervenção do Estado, garantindo-lhes “cestas básicas de saúde”. Ademais, o Estado poderia também responsabilizar-se por aqueles problemas que não interessam à iniciativa privada, como é o caso da maioria das epidemias (dengue, febre amarela) ou de problemas típicos da pobreza (tuberculose e hanseníase). Este discurso é introduzido com força no mundo na década de 1980, pós-queda do muro de Berlim e do socialismo real e, no Brasil, na década de 1990, com a eleição de Collor, perdurando hegemonicamente tanto nos governos que se seguiram como na sociedade brasileira. Não por acaso, frequentemente surgem tentativas de tramitar no Congresso Nacional propostas de alterações constitucionais que buscam pôr fim à universalidade do sistema de saúde ou que, através de reformas fiscais, não permitam a vinculação de recursos para a Saúde.

Este é, na nossa avaliação, um dos primeiros problemas que o SUS enfrenta e do qual decorrem tantos outros. Afirmamos, portanto, que o *político*, constituído por este ideário, é o problema de maior magnitude na efetivação do SUS. Esta ideologia apropria-se de conceitos como o de equidade para gerar confusão na sociedade brasileira. Defendem que a maior equidade possível reside na eliminação da pobreza, tese da qual ninguém discorda. Entretanto, propugnam que isto não será possível enquanto aqueles que detêm alguma renda “roubar” o lugar dos mais pobres nas unidades de saúde pública. Afirmam não haver viabilidade econômica para a garantia da universalidade na saúde. Para este grupo de

pensadores, a equidade se reduz a uma única variável: a econômica. Produzir equidade significa permitir aos pobres um mínimo de acesso a determinados bens que seriam “davidosamente” fornecidos pelo Estado. Vários dos seus estudiosos têm buscado indicadores que “provam” que o SUS não foi capaz de promover distribuição de rendas entre as pessoas ou mesmo entre as regiões do país.

Entretanto, não é com este conceito de equidade que o SUS opera. Para esta política pública, generosa e solidária, o conceito de equidade se completa, para além da renda e do social, com a vulnerabilidade, com o risco, com as subjetividades e com o cultural. Se os neoliberais trabalham com o conceito de saúde como fruto da renda e do biológico exclusivamente, o SUS opera com o conceito de saúde mais ampliado, somando-se àqueles a inserção de classe, a subjetividade, a cultura, a liberdade, e outros condicionantes. Portanto, produzir saúde significa, mais que garantir acesso a ações e atividades de saúde, considerar as necessidades de saúde dos grupos e coletivos, e também de cada um, conforme sua vulnerabilidade e risco. Por conseguinte, não se pode conceber a saúde como mercadoria, só sendo possível garanti-la com igual amplitude a todos, independentemente de raça, religião, gênero e condições socioeconômica, se pensada como direito universal por ser um dos direitos humanos essenciais. Assim, não há necessidade de se reformar a Constituição, mudando os princípios e as diretrizes do SUS. Pelo contrário, há que se aprofundar a reforma sanitária brasileira, radicalizando os seus princípios e diretrizes e aperfeiçoando-os do ponto de vista da macrogestão, do gerenciamento dos seus serviços e programas, bem como garantindo ao SUS recursos “definidos e definitivos”.

Decorrente desse, o segundo maior problema refere-se ao subfinanciamento do sistema público de saúde. Grande parte dos ainda ruins indicadores de saúde são frutos da insuficiência financeira a que o SUS tem sido submetido desde sua criação, bem como da alocação de recursos, muitas vezes privilegiando o subsistema privado através da isenção de tributos para hospitais, financiamento de saúde privada para funcionários públicos, ressarcimento das despesas com saúde no imposto de renda.

Outro problema, de extrema importância, diz respeito à gestão do SUS. Ainda que tenha inovado nesta área, com os Conselhos, a descentralização, a municipalização e a criação dos órgãos de gestão interfederativos (bipartites, tripartite e, mais recentemente, os Colegiados

de Gestão Regional), paradoxalmente, reside nesse campo, grandes fragilidades do SUS. Têm-se problemas na gestão financeiro-orçamentária, na gestão de pessoas, na falta de profissionalização de gestores etc. Por se tratar, como se vê, de tema por demais abrangente, nos focaremos na questão mais gerencial e nas insuficiências da administração estatal direta para garantir ao SUS a agilidade, a eficácia, a eficiência e, portanto, a efetividade na produção de saúde.

No final dos anos 1990, no primeiro governo Fernando Henrique Cardoso, o ministro da Administração Federal e Reforma do Estado, Luis Carlos Bresser Pereira, iniciou o processo de reforma do Estado brasileiro. Tinha como pano de fundo as reformas dos Estados europeus de bem-estar e a onda neoliberal dos anos 1980, “imposta” pelo Consenso de Washington e organismos internacionais, notadamente o Banco Mundial, que, em função da crise fiscal, colocava a necessidade de se reduzir os investimentos nas políticas sociais e reduzir o tamanho do Estado.

Nesta direção, a partir da metade da década de 1990, o governo federal inicia uma série de reformas, coordenadas pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (Mare), cujas principais diretrizes são:

1. privatização, terceirização e publicização de funções desempenhadas pelo Estado, reduzindo seu tamanho ao que chamou de atividades exclusivas de Estado;
2. criação de Agências Reguladoras, por meio das quais o Estado exerceria as funções de regulação de ações estratégicas que seriam concessões à iniciativa privada: telefonia, produção e distribuição de energia, mercado privado de saúde, entre outras;
3. ajuste fiscal, recuperando a capacidade financeira e administrativa do Estado, ampliando a governança e permitindo-lhe implementar as decisões políticas de governo;
4. criação das figuras jurídicas das Organizações Sociais, instituições do 3º setor, sem fins lucrativos, que fariam a gestão de próprios estatais nos setores da saúde, educação, cultura, esporte, entre outros (PEREIRA, 1997).

Era (e é) real a necessidade de se buscar um Estado mais transparente, ágil, democrático, permeável às demandas e às necessidades populares e, por outro lado, impermeável aos males

que nos assolam desde as capitâneas hereditárias: o patrimonialismo, o clientelismo, a burocratização e a corrupção. Entretanto, a reforma proposta, mais que buscar mudanças no interior da gestão estatal com esses objetivos, buscou reduzir os custos da chamada Constituição Cidadã e a transferência para a iniciativa privada de empresas estatais, ainda que estratégicas, para um desenvolvimento do país subordinado aos interesses populares.

No campo das políticas sociais, ao invés de garantir ao Estado mecanismos e ferramentas gerenciais capazes de modernizar a gestão, garantindo-lhe agilidade, transparência, eficiência e eficácia, buscou-se transferir à iniciativa privada e ao terceiro setor a gestão e a realização de serviços públicos que não fossem exclusivos do Estado, como é o caso da saúde, da cultura, da educação, dentre outros. O princípio norteador é a pretensa capacidade do mercado e da iniciativa privada de fazer gestão e executar serviços com mais eficácia e eficiência.

Um dos principais instrumentos para a reforma bresseriana foi a criação da figura das Organizações Sociais (OS) – Lei 9.637, de 15 de maio de 1998 e, posteriormente, as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) – Lei 9.790 de 1999.

As Organizações Sociais são entidades do terceiro setor (associações, fundações e outras), sem fins lucrativos, que recebem do Poder Executivo (municipal, estadual ou federal) a qualificação especial de Organização Social (OS). Com isto, podem celebrar com o Estado um Contrato de Gestão para o desenvolvimento de atividades de interesse público em áreas que não são monopólios estatais, como a saúde, a educação, a ciência e tecnologia, a cultura, entre outras.

Para que uma entidade seja qualificada como OS ela tem cumprir uma série de requisitos, exigidos na lei. Entretanto, isto não é suficiente, visto que a autoridade do Poder executivo tem a discricionariedade de, segundo critérios “quanto à conveniência e oportunidade de sua qualificação como organização social, do ministro ou titular de órgão supervisor ou regulador da área de atividade correspondente ao seu objeto social e do ministro do Estado da Administração Federal e Reforma do Estado”

O Contrato de Gestão, diferente de outras formas de relação financeira com a administração pública, exige que suas cláusulas contenham critérios objetivos de avaliação dos resultados

alcançados, fixação de tetos de remuneração e vantagens do quadro de pessoal da OS. Possibilita ainda que o poder público possa destinar recursos orçamentários e permitir o uso de bens públicos, bem como ceder funcionários com ônus para a origem.

As Oscips em muito se assemelham ao anterior. São também entidades do terceiro setor que recebem tal qualificação, desenvolvendo atividades de interesse público em áreas sociais, tais como saúde, educação, direito gratuito e outras. Entretanto, difere-se das OS em outros aspectos: o título lhe é dado obrigatoriamente desde que cumpra as exigências formais; relaciona-se com a administração pública através do Termo de Parceria, que “discriminará direitos, responsabilidades e obrigações das partes signatárias”. Seu patrimônio é próprio e os recursos financeiros lhe são transferidos de acordo com o Termo de Parceria.

A transferência da gestão dos serviços de saúde para essas entidades traz consequências negativas para o SUS.

Em primeiro lugar, leva a uma fragmentação da gestão, reduzindo a autonomia e a capacidade do dirigente de imprimir a direcionalidade necessária à gestão única do SUS no seu âmbito de governo.

A produção de saúde obedece a uma equação com três variáveis: o custo, o acesso e a qualidade. A gestão do Sistema de Saúde se faz buscando o equilíbrio entre elas. Como, infelizmente, a quantia de dinheiro para financiar o acesso com qualidade é pequena, e como o contrato de gestão impõe qualidade para um dado número de procedimentos, a manutenção do equilíbrio financeiro em uma OS só se pode dar à custa da limitação do acesso. Não por acaso, os gestores municipais de cidades onde há hospital público sob gestão dessas entidades reclamam da dificuldade de se conseguir vagas para os pacientes com patologias mais complexas. Não por acaso, seus prontos-socorros não são abertos e só recebem pacientes referenciados. Não por acaso, se encontram pacientes em macas dos hospitais e prontos socorros municipais e nunca são encontrados nos hospitais das OS.

Em relação à gestão de pessoas, além do risco de precarização, limita a construção de equipes com um projeto coletivo, visto que a lógica não é a da cogestão ou do planejamento participativo. Ao trabalhador é dada exclusivamente a tarefa de cumprir as ações do Contrato

de Gestão, de cuja construção ele não participou, visto que foi negociado pelos dirigentes da entidade com os dirigentes do Estado.

Por último, porém não menos importante, a sociedade civil, no tocante à reforma do Estado, torna-se, não mais a fração social que faz a interlocução com o Estado e lhe pressiona para a execução de projetos de inclusão, mas ela própria responsável pela execução de políticas públicas. Segundo Simionatto,

Nessa ótica, a sociedade civil é deslocada da esfera estatal e atravessada pela racionalidade do mercado, sendo, em última instância, a expressão dos interesses de instituições privadas que controlam o Estado e negam a existência de projetos de classe diferenciados. Tomada em sentido transclassista, é convocada, em nome da cidadania, a realizar parcerias de toda ordem, sendo exemplares os projetos de refilantropização das formas de assistência como o Comunidade Solidária e instituições do gênero. Essas abordagens expressam a visão de sociedade civil sob a ótica do capital, como uma esfera à parte que não estabelece uma correlação de forças com o Estado. A rigor, a “sociedade civil” é um conceito tomado indistintamente como expressão exclusiva dos interesses das classes subalternas. Ora, na sociedade civil estão organizados tanto os interesses da classe burguesa, que exerce sua hegemonia através de seus aparelhos “privados”, reprodutores de sua ideologia, quanto os interesses das camadas de classes subalternas, que buscam organizar-se para propor alternativas que se contraponham às parcelas minoritárias detentoras do poder, afirmando a prioridade do público sobre o privado, do universal sobre o particular, da vontade coletiva sobre as vontades particulares (SIMIONATTO, 1997).

Não obstante os imensos problemas de gestão do SUS, é indiscutível que há também inovações essenciais como as Comissões Tripartite e Bipartite, os Conselhos de Saúde, o planejamento participativo, a descentralização e municipalização, os Colegiados de Gestão Regional, os Fundos de Saúde e os repasses fundo a fundo. Se não fossem os vetos do

Governo Collor, outros avanços teriam sido conseguidos, como as formas de alocação de recursos, considerando a população, a epidemiologia e o planejamento. São reformas importantes para o bom funcionamento do Estado que, do ponto de vista gerencial, podem ser complementadas pelas Fundações Estatais de Direito Privado, permitindo autonomia gerencial das unidades de saúde sob sua gestão. Obviamente a legislação que as regulamentem não poderia ser impeditiva da ampla participação da sociedade civil, sem, entretanto, retirar do Estado sua responsabilidade pela gestão de uma política pública, como a da Saúde, que transcende seu campo de atuação, já que o SUS traz nele embutido a proposta de construção de um Estado ético, democrático e justo.

6. A SAÚDE PÚBLICA EM CAMPINAS – A SECRETARIA DE SAÚDE E SEUS MODELOS ASSISTENCIAIS E DE GESTÃO

*O poeta é um fingidor.
Finge tão completamente
Que chega a fingir que é dor
A dor que deveras sente.*

*E os que leem o que escreve,
Na dor lida sentem bem,
Não as duas que ele teve,
Mas só a que eles não têm.*

*E assim nas calhas de roda
Gira, a entreter a razão,
Esse comboio de corda
Que se chama coração.*

(Fernando Pessoa)

6.1. As décadas de 1960 e 1970 – a gênese de uma política municipal de saúde

Campinas, em 1960, tinha uma população de 219.303 habitantes e sua área de influência (na época denominada área de governo e que corresponde hoje, aproximadamente, à Região Metropolitana), população de 484.672 habitantes. O prefeito era Miguel Vicente Cury, que governou de 1960 a 1963.

Inicia, na década de 1960, assim como a região metropolitana de São Paulo, seu processo de “industrialização pesada” (ORLANDO, 2007), principalmente os setores de bens intermediários e de capitais⁴. Dentre as principais indústrias que aqui se instalam, destacam-se a produção de materiais de transporte, de produtos farmacêuticos, cirúrgicos e o setor eletroeletrônico.

Apesar da expansão industrial, também era importante a produção agrícola e, a esse tempo, inicia-se sua modernização e tecnificação, o que também gera um forte e dinâmico complexo agroindustrial (ORLANDO, 2007).

⁴ Bens intermediários são aqueles utilizados para a produção de outros bens de consumo e não utilizáveis pelo consumidor final, como por exemplo tecidos e lingotes de aço; bens de capital são máquinas e equipamentos utilizados para produção de outros bens.

Graças a essa enorme expansão econômica, as décadas de 1960 e 1970 foram as de maior crescimento populacional do município, com índices de crescimento anual que ultrapassaram os 5%. O intenso e desordenado crescimento urbano vivido nessa época ocasionou grandes problemas de saneamento básico, moradia e transportes, com elevados custos sociais e comprometimentos ao meio ambiente (BAENINGER, 1992).

O crescimento populacional se dá por atração de migrantes de vários países (italianos, espanhóis, portugueses e japoneses, na sua maioria), mas principalmente de várias regiões do Brasil, notadamente das áreas rurais de Minas Gerais, Paraná e de estados nordestinos. A migração de estrangeiros, se muito significativa entre 1930 e 1950, nessa época era apenas residual.

Essa migração de brasileiros ainda que,

em parte, resultado de decisões individuais de migrar, mas certamente só essas decisões não explicam a presença de maciços contingentes de migrantes originados de diferentes regiões obedecendo, sem dúvida, a orientações mais gerais (TAUBE, 1986).

São, por conseguinte, frutos do processo de aceleração da industrialização e urbanização como responsáveis direto (TAUBE, 1986).

Para ela, a explicação de decisão individual utilizada, como se coubesse ao migrante unicamente a decisão de migrar, tinha como objetivo imputar-lhes a características de população “marginal”. Com isso, alimentavam-se os preconceitos e os mitos da marginalidade criados sobre essa população, que inchavam a periferia das grandes cidades, indo morar em favelas notadamente. Entretanto, ainda segundo ela, havia uma “intervenção do governo no sentido de apoiar a migração, de atrair uma disponibilidade crescente de mão de obra para regiões de demanda social”. (TAUBE, 1986)

As favelas apresentavam uma expansão exacerbada, preocupando o poder público que buscava, por isso, estabelecer mecanismos de controle e contenção. (TAUBE, 1986).

É nesse contexto que se cria a Secretaria de Saúde e Bem Estar Social (SSBS), obedecendo a orientações assistenciais e de controle sobre a população de baixa renda no município. Criase um aparato assistencial destinado a apoiar esses grupos que, por si só, “mantém o

preconceito e idéias distorcidas sobre essa população”, mas também “favorecem o auxílio à migração, instalação e manutenção de migrantes rurais na cidade”, dado que essa mão de obra se constitui no “exército de reserva” da expansão capitalista. Ao mesmo tempo “esse procedimento visa obter o apoio político das classes populares urbanas, como pode ser observado na eleição de Francisco Amaral em 1976” (TAUBE, 1986).

A SSBS tem uma ampla gama de atividades: fazem prestação de serviços de saúde, mas, principalmente, geram

uma abundância de recursos materiais, que são encaminhados à população migrante e de baixa renda, em forma de doações, geram também outras formas de “ajudas” (documentação, cursos técnicos, de corte e costura, etc) que vão, ao mesmo tempo, adequando os indivíduos às demandas diretas ou indiretas do processo industrial. Através dessas instituições é possível ao governo exercer um controle indireto sobre as condições de vida e de trabalho desses grupos e ainda sobre as suas organizações, uma vez que muitos grupos coletivos na favela nascem sob os auspícios de órgãos como a SPS. (TAUBE, 1986)

Nos anos 1960 Campina já se tornara, por meio de incentivos para implantação de indústrias, o terceiro pólo industrial mais importante do Brasil, necessitando de mão de obra intensiva. Ao mesmo tempo, neste mesmo período, políticas do Governo Central provocam deterioração das condições de trabalho no campo, com o fim do sistema de colonato associado a baixos salários. Grandes massas populacionais se deslocaram para as cidades e Campinas, devido às políticas assistenciais implantadas, era pólo de atração desses migrantes.

As ações de “promoção social” desenvolvidas por essa Secretaria se tornam avalistas do crescimento e desenvolvimento da cidade, garantindo, por meio de suas políticas assistenciais, mão de obra farta e barata para o processo de industrialização e expansão agrícola. Dentre essas ações, vão assumindo contornos próprios a prestação de serviços médicos assistenciais, principalmente para os moradores da periferia favelada.

Em 1968, já no governo de Ruy Hellmeister Novaes (1964 a 1969) ocorre o desmembramento em duas secretarias, recebendo a primeira o nome de Secretaria de Saúde de Campinas, como o é até o momento, e a segunda mantendo o nome de Secretaria da Promoção Social. Não estão claros os motivos dessa separação, mas provavelmente, se deveu a permitir que as ações assistenciais, as mais importantes do governo à época, não perdessem seu foco, já que a Saúde exigia outros quadros de pessoal e atividades médico-curativas muito específicas. A importância da SPS se media pelo seu orçamento crescente até 1987, além do aumento de subsídios dados a entidades sem fins filantrópicos. Seu orçamento, até esse ano, rivalizava-se com o a Secretaria de Saúde e em muitos anos foi maior, conforme se verifica no quadro abaixo, copiado de Taube:

Quadro III: Evolução de verbas destinadas à Secretaria de Saúde e Secretaria de Assistência Social em proporção do orçamento municipal (modificado de Taube, 1987)

	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
Sec de Saúde	2,07	2,16	2,78	3,94	4,95	5,01	5,84	6,15	5,82
Sec de Prom Social	1,87	3,14	2,54	2,84	4,19	3,76	4,89	7,96	8,03

A Secretaria de Saúde nasce com os seguintes serviços: um Pronto Socorro, um Posto Central do Estado e seis Postos Comunitários de Saúde (Nascimento et all, 2003). Eram serviços voltados à população mais vulnerável e pobre, quase sempre favelada e ou moradoras distantes do centro, onde se concentravam a maior parte dos serviços assistenciais (Santa Casa de Misericórdia, hospitais credenciados pelo INPS e Postos do INPS/Inamps).

Como de resto em todo o Brasil, particularmente nas cidades maiores, o papel da Secretaria de Saúde do município é apenas residual. O maior peso na assistência à saúde cabia ao INPS (e posteriormente Inamps), tanto através de seus serviços próprios, quanto através de serviços privados contratados ou conveniados. Também a Faculdade de Ciências Médicas (FCM – Unicamp), fundada em 1963, tem papel importante em assistir os pobres e desvalidos por meio da Santa Casa, onde funciona. Conforme descreve G.W. S. Campos,

de fato, através do crescimento concomitante dos institutos de previdência social, cuidou-se de garantir acesso à assistência médica à maioria dos trabalhadores e suas famílias. Sem um planejamento sistemático, obedecendo mais a uma dinâmica de mercado e às pressões pontuais do movimento sindical, criou-se uma extensa rede de prestação de serviços de assistência médica individual, financiada através da própria arrecadação dos tributos previdenciários. Já na década de 60, a produção e o volume de recursos desta rede ultrapassavam aqueles dos da Saúde Pública. Além da função de controle social, a assistência médica individual passou também a fazer parte do processo de reprodução e manutenção da força de trabalho, conservando-a dentro de certos padrões de higidez historicamente necessária ao regular funcionamento da produção (CAMPOS, 1987)

Embora as condições sanitárias das regiões mais periféricas e favelas sejam precárias, a Secretaria de Saúde, então nascente, está mais preocupada em garantir tratamento médico para os doentes pobres que atuar no campo da saúde coletiva, contribuindo para melhorar essas terríveis condições sanitárias. Essa característica do seu modelo assistencial, uma saúde pública voltada para a assistência dos pobres, garantindo “maior controle sobre os fatores de mortalidade e morbidade da população trabalhadora, ao mesmo tempo em que absorve também os anseios dessa população” (MERHY, 1987) não se diferencia do que se pratica em todo o país.

Os Postos de Saúde, como todos os Postos ou Centros de Saúde do Estado tinham como proposta básica:

... Os Centros de Saúde visarão a atrair a população com os seguintes objetivos:

Dispensar aos doentes tratamento medicamentoso, nos casos restritamente previstos no regimento interno do serviço.

De uniformizar o tratamento adequado de doenças transmissíveis.

De criar principalmente oportunidade para a educação sanitária dos pacientes e das respectivas famílias...

.... A Educação Sanitária será ministrada ao indivíduo isoladamente ou em grupos... e professada nos Centros de Saúde.... (MERHY, 1987)

Mais tarde, os Centros de Saúde passam também a fazer programas voltados à gestante e à criança (puericultura).

Pode se afirmar que, coerente com o contexto histórico da época, nos anos 1960 e 1970,

definem como problemas sanitários apenas alguns aspectos do “modo de andar a vida” dos diferentes grupos populacionais, que permitam a conformação do meio urbano e da força de trabalho aos interesses do capital. São elementos nucleares na efetivação dessas práticas os médicos, enquanto portadores da ciência bacteriológica, e o serviços de saúde, portadores da necessária autoridade e da capacitação normativa dos aparelhos de Estado.(CAMPOS, 1987)

Campos já apontara o “ocaso” da Saúde Pública desde o final dos anos 1930, com o Estado se preocupando mais em garantir assistência médica para os problemas mais prevalentes, que reduziam a capacidade produtiva do trabalhador, que as grandes questões de saúde coletiva.

Segundo ele,

o movimento de ocaso da Saúde Pública obedece a uma dinâmica de dupla determinação. De um lado, o controle social sobre a força de trabalho e sobre as populações marginalizadas do mercado formal, progressivamente, nos pós trinta, deixou de ser principalmente realizado via as ações coletivas características do modelo sanitário, passando tal papel a ser desempenhado pela assistência médica individual, que para isto, teve que sofrer significativa expansão nos anos seguintes (CAMPOS, 1987).

Para Campos,

este deslocamento só foi possível porque passou a interessar à acumulação de capital uma limitação da capacidade de intervenção da Saúde Pública sobre a organização social e uma redução de sua função normativa sobre as condições de vida e trabalho das pessoas (CAMPOS, 1987).

Segundo Merhy et all.

Desde o final dos anos 40 já era evidente uma inversão dos gastos públicos, favorecendo a assistência médica em relação à saúde pública. Nos anos 60, a dicotomia assistência médica-saúde pública radicaliza-se no interior de um modelo institucional que mostrava ações pontuais e desordenadas, incapazes de conter a miséria e as péssimas condições de saúde da população brasileira (MERHY, 1987).

Este modelo de atenção, com privilegiamento da assistência médica pelos serviços do INSS ou Inamps prestada aos trabalhadores formais, e aos outros a assistência caritativa pela Santa Casa ou pelos postos municipais, também é o retrato do que acontece no município.

Em Campinas, na década de 1970, segundo o site da Maternidade de Campinas, 12 hospitais chegaram a ser conveniados com o INSS. Dentre eles, destacam-se a Maternidade de Campinas, Beneficência Portuguesa, Hospital Infantil Álvaro Ribeiro, Irmãos Penteados, Casa de Saúde de Campinas, Hospital Infantil Coração de Jesus e a Santa Casa de Campinas. Nesses hospitais, trabalhavam médicos assalariados ou não, mas cujas fontes de rendimentos dependiam principalmente dos pagamentos feitos pelo INPS, permitindo um crescimento importante do mercado de trabalho no setor.

O INPS e posteriormente o Inamps, por meio de serviços próprios, complementava a assistência médica ambulatorial à massa trabalhadora com atendimentos de pediatria, ginecologia, clínica médica e algumas especialidades. A previdência tem em Campinas três Postos de Assistência Médica (PAM), localizados no centro da cidade, onde trabalhavam, em 1975, 239 médicos, 19 dentistas, 3 enfermeiras, 30 auxiliares, 10 atendentes e 1 Assistente Social. Além desses profissionais, o Inamps tem, na cidade, 10 médicos credenciados.

Credencia também alguns sindicatos e estabelece convênios com empresas industriais e comerciais que, por sua vez, terceirizam o serviço para empresas de medicina de grupo.

A importância do complexo previdenciário é tal ordem que em 1975, segundo estimativas, é responsável pelo atendimento de 90% da população de Campinas (CANESQUI, 1987), proporção que se mantém ao longo da década.

A Secretaria Estadual de Saúde, por sua vez, tem sua atuação voltada para os programas de controle da hanseníase, tuberculose, saúde mental, saúde da mulher e da criança. Atuam em Campinas com seis Centros de Saúde (documento da Secretaria de Saúde).

Segundo Canesqui,

Não dispõe a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo de recursos suficientes para assumir o papel que lhe é atribuído de condutora da política de saúde. Com o domínio do Inamps no volume dos gastos, resta para os serviços públicos uma posição secundária, embora a eles recorra parcela da população trabalhadora que se depara com a baixa qualidade da assistência médica do Inamps. (CANESQUI, 1987).

Tinha papel importante na assistência médica a Santa Casa de Campinas, onde funcionava a Faculdade de Medicina da Unicamp desde 1963, ano de sua fundação. Além de atender os desvalidos, atendia em seus ambulatórios trabalhadores com casos mais complexos que necessitavam de investigação com emprego de maior tecnologia.

A Secretaria Municipal de Saúde tinha seis postos municipais encarregados de fazer atenção à saúde para os mais pobres, aqueles que não tinham como acessar o mercado da saúde ou estavam fora do mercado formal e não tinham direitos previdenciários.

Pari passu com o que acontecia no resto do país urbano e de industrialização crescente, tinha, no seu sistema municipal de saúde, as marcas de um modelo de favorecimento da medicina individual, curativa e especializada, em que o papel do Estado, por meio da previdência social, foi o de favorecer a acumulação capitalista, financiando o desenvolvimento de um grande parque de hospitais com aquisição maciça de equipamentos hospitalares. Embora com

financiamento estatal, privilegia-se a contratação de terceiros em detrimento de serviços próprios. (TEIXEIRA, 2007)

A medicina que se pratica é individualista, fragmentada, tendo como pano de fundo o conceito de saúde como ausência de doenças. Segundo Luz,

No período de 1968 a 1975, generalizou-se a demanda social por consultas médicas como resposta às graves condições de saúde; o elogio da medicina como sinônimo de cura e de restabelecimento da saúde individual e coletiva; a construção ou reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados, com financiamento da Previdência Social; a multiplicação de faculdades particulares de medicina por todo o país; a organização e complementação da política de convênios entre o INPS e os hospitais, clínicas e empresas de prestação de serviços médicos, em detrimento dos recursos – já parques – tradicionalmente destinados aos serviços públicos. Tais foram as orientações principais da política sanitária da conjuntura do 'milagre brasileiro'.

Esta política teve, evidentemente, uma série de efeitos e consequências institucionais e sociais, entre as quais a progressiva predominância de um sistema de atenção médica 'de massa' (no sentido de 'massificado') sobre uma proposta de medicina social e preventiva (...); o surgimento e o rápido crescimento de um setor empresarial de serviços médicos, constituídos por proprietários de empresas médicas centradas mais na lógica do lucro do que na da saúde ou da cura de sua clientela (...). Assistimos também ao desenvolvimento de um ensino médico desvinculado da realidade sanitária da população, voltado para a especialização e a sofisticação tecnológica e dependente das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares. Assistimos, finalmente, à consolidação de uma relação autoritária, mercantilizada e tecnificada entre médico e paciente e entre serviços de saúde e população. (LUZ, 1991)

Segundo a descrição de modelos assistenciais proposta por Silva Jr. (Modelos Assistenciais em Saúde), aqui se pratica o modelo hegemônico no país no final da década de 1960 e até os últimos anos dos 1970 – o privatista-liberal, com as seguintes características: ligava-se à necessidade de assistir à massa de trabalhadores urbanos, incorporando a concepção biologicista de assistência médica, tendo como pano de fundo o conceito de saúde como ausência de doenças. Do ponto de vista da gestão, é incipiente a realizada pela secretaria municipal, cuidando principalmente de alocar médicos nos postos, voluntários quase sempre, bem como alguns auxiliares de nível elementar. A gestão principal da saúde pública é feita pelo INPS/Inamps, responsável pela maior parcela da prestação de serviços.

No final dos anos 1970, uma série de acontecimentos favorece a mudança dos rumos da história da Saúde Pública em Campinas.

A insatisfação com tal modelo de assistência à saúde, já manifestada desde a 3ª Conferência Nacional de Saúde, recrudescer, a partir de 1975, ampliada pela crise econômica que começa a mostrar seus contornos.

Também aqui em Campinas, moradores de periferia e das favelas, pressionados pelas péssimas condições de vida, iniciam alguns movimentos que demandam melhores condições de vida, de saneamento básico e facilitação do acesso à assistência médica. Esses movimentos surgem no seio de formas de organização informais, como descreve Taube:

A formação de grupos vicinais, muitas vezes marcados por laços de parentesco e compadrio e apoiados por grupos externos, resulta, geralmente em organizações informais na favela, levando a movimentos organizados de maiores dimensões, alguns formalizados e legalizados. (TAUBE, 1986)

O Estado procura intervir nas formas de organização dos moradores de periferias, particularmente das favelas, institucionalizando-as e atrelando-as aos interesses do governo e políticos locais. Aqui em Campinas, cabe à SPS fazer esse papel, coordenando e controlando a Associação de Amigos de Bairros ou outras associações de moradores de favelas. Entretanto, a deterioração das condições econômicas e políticas do final dos 1970 amplia a conscientização política das condições em que vivem, levando à percepção da insuficiência dessas organizações atreladas ao governo para mudarem o *status quo*. Várias

lideranças desses movimentos entram em contato com lideranças progressistas, como as Comunidades Eclesiais de Base, e de partidos clandestinos, ampliando assim os processos de mobilização popular.

Surgem aqui movimentos populares importantes como a Assembleia do Povo, a Federação dos Favelados, o Movimento do Custo de Vida, o Movimento de Defesa dos Favelados e outros, “que chegaram a ter uma atuação e influência importantes na política” da cidade (TAUBE, 1986).

Muitos desses movimentos têm como principal reivindicação melhorar as condições sanitárias em que vivem, bem como facilitar o acesso a cuidados de saúde.

Paralelos a esses movimentos, no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Unicamp, surgem manifestações de insatisfação com o modelo de atenção vigente. São movimentos que estão conectados com outros que acontecem em todo o Brasil e, particularmente, em alguns municípios como Londrina, no Paraná, Niterói, no Rio de Janeiro, Montes Claros, em Minas Gerais, e Bauru, em São Paulo.

No Departamento de Medicina Preventiva, no início dos 1970, havia sido criado o Laboratório de Educação Médica e Medicina Comunitária (LEMC), apoiado pela Fundação Kellogs. Segundo o site do Departamento, este

contribuía refletindo criticamente o modelo de atenção médica vigente, recriando propostas de novos modelos. Neste sentido efetivou-se uma prática reflexiva e de intervenção, que ultrapassou o âmbito da Universidade, atingindo outras instituições como as Prefeituras Municipais de Campinas e região no sentido de se reorganizar os serviços de saúde, mediante assessoria do LEMC. Esta instância departamental também abarcou o ensino extra-curricular a um conjunto de monitores, alunos da graduação médica, que se treinaram nas perspectivas planejadas de recriação de novos modelos de organização dos serviços de saúde. Os frutos deste trabalho foram imensos na capacitação de pessoal e na modificação de outros serviços locais de saúde. (CANESQUI, 1990.)

Uma das principais contribuições do LEMC foi refletir sobre o processo saúde-adoecimento, superando o conceito de saúde meramente biologicista, como ausência de doenças, agregando reflexões do campo das ciências sociais, repensando o processo como fruto de outros determinantes, tais como as questões socioeconômicas, do modo de trabalho e da inserção de classe. Essas reflexões teóricas, além de influenciar no próprio ensino médico, foram importantes na formulação de novos modelos de atenção, experimentados inicialmente em Paulínia e posteriormente em Campinas (aqui, antes da aproximação com a Secretaria de Saúde, o Departamento de Medicina Preventiva mantinha um serviço “médico-comunitário no Jardim das Oliveiras e em outros dois bairros periféricos” (CANESQUI, 1990), com estudantes de medicina e médicos voluntários.

Como diretrizes para o modelo de atenção, como experimentado em Paulínia, previa, conforme trechos de uma entrevista fornecida, pelo Dr. Tobar, o diretor do departamento, a um jornal local, na ocasião em que se inaugurou o Centro de Saúde-Escola de Paulínia:

A rede de serviço de saúde tem como objetivo geral enaltecer a dignidade de vida do cidadão no que se refere a sua saúde. Como proposta principal o homem será considerado de maneira integral, visando seu bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença. A estrutura da organização do programa seguirá um sistema regionalizado com os seguintes critérios: sua base estará localizada na periferia em cujo vértice estará o Hospital das Clínicas da Universidade. Será composto por vários níveis de prestação de serviços, dos quais, serão elementares na base da pirâmide e se tornarão cada vez mais complexos, à medida em que se aproximarem do vértice. Cada nível terá definida suas atividades, tipo de pessoal necessário e a dotação instrumental. Será um sistema integrado no qual haverá íntima relação e coordenação entre seus os seus vários níveis. Cada nível, inclusive o rural, poderá estar dotado de instituições de tipos diferentes... (CANESQUI, 1990).

Apesar da crise instalada no Departamento em 1975-1976, na qual foram expulsos docentes perseguidos pela ditadura militar, o grupo de professores remanescentes e os alunos de

medicina voluntários mantêm as experiências, que serão de grande importância em configurar o modelo assistencial da Secretaria de Saúde do Município.

Segundo Carmen Lavras,

chegamos ao final de 1976, com um trabalho consolidado em três bairros de Campinas e com a promessa do então candidato a prefeito pelo MDB, Francisco Amaral de que, se eleito, apoiaria uma de nossas iniciativas. Passada a eleição, fomos procurá-lo, e a promessa se cumpriu: fomos apresentados a Sebastião de Moraes, seu Secretário de Saúde, que, para nossa surpresa, não só acolheu o Projeto com muito entusiasmo, como também propôs a sua expansão. (LAVRAS, 2008).

A Secretaria de Saúde de Campinas, pressionada pelos movimentos de periferia, de favelados e de sindicatos de trabalhadores e tocados pelos ventos do processo de redemocratização em curso no país, junta-se ao Departamento de Medicina Preventiva e, agora oficialmente, inicia um processo de mudanças no modelo assistencial, se não em toda a assistência à Saúde do município, ainda hegemônica pelo modelo imposto pelo Inamps, pelo menos no modelo assistencial dos serviços próprios da Secretaria de Saúde.

Ocorreu em 1977, no Governo de Francisco Amaral, prefeito eleito pela ala dos “autênticos” – a ala mais à esquerda do PMDB (1977 a 1982) -- a implantação do Programa Medicina Comunitária, mediante a expansão de postos de saúde nos bairros periféricos na perspectiva de "um programa popular de saúde" que comportou a seleção e a contratação de auxiliares de saúde, moradores dos próprios bairros, responsáveis pelo atendimento de problemas de saúde mais simples da população. Seu Secretário de Saúde era o cirurgião Sebastião de Moraes, que se cercou de outros médicos e profissionais de saúde ligados ao Movimento Sanitário, oriundos principalmente do Departamento de Medicina Preventiva da Unicamp.

Convidou para assumir a direção dos Postos de Saúde o médico sanitário Nelson Rodrigues dos Santos, oriundo de Londrina, que, na Faculdade de Medicina, havia sido coordenador do Departamento de Saúde Comunitária, conforme entrevista acessada *on line*. Trabalhara com equipe multiprofissional que incluía educador social, médico, enfermeiro, entre outros. Além disso, tinha contribuído com a prefeitura da cidade na implantação dos primeiros postos de

saúde periféricos da zona urbana. Ele também tinha uma rica história de militância política, tendo inclusive sido preso pela ditadura militar.

Inicia-se uma expansão da rede municipal de postos comunitários através de casas alugadas ou cedidas pela comunidade, contratação de pessoal, incluindo, além de outros profissionais, psicólogos, fonoaudiólogos e assistentes sociais. (NASCIMENTO, 2007)

Do ponto de vista do Modelo Assistencial, nessa época, com apoio tanto da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) quanto da Organização Mundial de Saúde (OMS), é difundida no mundo a chamada Medicina Comunitária que propunha a participação da comunidade, técnicas de medicina simplificada e a utilização de mão de obra local (os agentes de saúde). Em 1978, ocorre a Conferência Mundial de Saúde em Alma Ata, cidade do Cazaquistão, na ex República Socialista Soviética, com proposições semelhantes à da Medicina Comunitária, que influenciam a implantação de sistemas de saúde em várias partes do mundo.

Esse conjunto de ideias também causa influência em Campinas, que consolida uma experiência de medicina comunitária, em contraposição ao modelo liberal-privatista previdenciário. Todavia, provavelmente por influência da militância política em partidos de orientação marxista das lideranças tanto da Secretaria de Saúde quanto dos professores do Departamento de Medicina Preventiva da Unicamp, não se dá uma incorporação acrítica dessas propostas. Embora predominem esses conceitos, há relevantes mudanças em relação ao que propunha a OMS e a OPAS.

Uma das características da Medicina Comunitária em Campinas, mas também no Brasil, incentivada pelas discussões orientada pela tese do Arouca (O Dilema Preventivista), é uma crítica à proposta de medicina simplificada, baseada em prevenção de doenças e promoção de saúde, com baixíssima incorporação tecnológica, voltada para os pobres (na época, utilizava-se o jargão de Medicina pobre para pobres, ou ainda, a medicina dos Médicos Pés-descalços). Essas mesmas críticas podem ser estendidas às proposições de Alma Ata.

Para seus críticos (Merhy, Arouca), são formulações que não levam em conta a complexidade do social, tratando a Sociedade como sinônimo de comunidade, ou seja,

entendido como uma coleção de indivíduos, que se agrupariam em função de um mesmo horizonte sócio-cultural e que tem como célula social a família.

Essa compreensão restrita faz com que também as práticas de saúde sejam expurgadas de sua dimensão social, tornando-se práticas isentas da possibilidade de serem entendidas enquanto práticas sociais; e passam a serem pensadas a partir de parâmetros racionalizadores. Tem na prevenção, promoção de saúde e educação sanitária as suas principais práticas. Embora proponha equipe multiprofissional, a recuperação da saúde é pensada enquanto prática médica-centrada que subordina todas as outras. Ainda, essas práticas devem levar em conta o grau de desenvolvimento local, sem questioná-lo. Como consequência, para os países de terceiro mundo, como se classificava na época, a incorporação tecnológica é baixa, produzindo-se atenção primária “pobre para os pobres” (MERHY, 1986).

Pode-se concluir, a partir de análises de documentos da SMS de Campinas, dessa época e da postura intelectual dos formuladores da política municipal de Campinas, que há um referencial marxista presente na compreensão do processo saúde-adoecimento que se contrapõe tanto às propostas “neutras” de Alma Ata quanto às da Medicina Comunitária. A leitura de sociedade, conjuntura e estruturas que definem o Estado faz com que busquem a ampliação do conceito saúde-adoecimento, incorporando dimensões como inserção de classes, inserção no trabalho e condições socioeconômicas para além do conceito biologicista.

Assim é que se incorporava ao Modelo de Atenção uma visão de medicina integral, na qual a comunidade deveria participar não só enquanto pacientes, mas usuários com direitos à saúde e necessidades amplas a serem cobertas pelos serviços de saúde.

Na região de Campinas, a Unicamp, por meio do Departamento de Medicina Preventiva, desenvolvia um projeto piloto em Paulínia, município próximo ao nosso, e em regiões periféricas da cidade – Parque Brasília, Vila Rica e Vila Costa e Silva. (LAVRAS, 2005)

Em Campinas, sob sua orientação e liderança do secretário Sebastião de Moraes, Santos nos conta:

Minha linha era mais empírica, e nossas unidades de saúde já nasciam na atenção integral, com atenção clínica de adultos, de crianças, de mulheres. E era inequívoco – sabíamos que se fôssemos partir somente para vacinar, para fazer vigilância sanitária e proteção do meio ambiente, íamos ficar isolados da comunidade, ela não ia aderir (SANTOS – entrevista on line).

Do ponto de vista da Gestão dos Serviços, cada Posto de Saúde tem um representante dos trabalhadores, que se reúnem com dada periodicidade com o secretário de Saúde. São também comuns assembleias com os usuários para discutir o funcionamento dos serviços de saúde e as prioridades da Secretaria de Saúde.

Segundo a classificação proposta por Silva Júnior, experimenta-se, portanto, o modelo da Medicina Comunitária,

difundida nas universidades a partir da década de 1960, quando se constituíram núcleos de desenvolvimento de modelos alternativos de assistência financiados pela OPAS e instituições filantrópicas americanas (W.F.K Kellogg Foundation e outras). Esses núcleos abrigaram intelectuais discordantes do modelo político brasileiro depois do golpe militar, e utilizaram o espaço da Medicina Comunitária como espaço de politização de saúde, reflexão de problemas e laboratórios de alternativas de solução. (SILVA JÚNIOR, 1998)

Entretanto, em Campinas e em parte do Brasil, amplia-se o conceito de saúde incorporando-se os determinantes do processo saúde-adoecimento, particularmente os sócioeconômicos e a inserção de classe.

Vale a pena lembrar que a rede de saúde de Campinas é ainda muito pequena, com pouco peso na saúde do município, que continua hegemônica pela assistência previdenciária. Um dos investimentos da Secretaria de Saúde é o de ampliação do acesso. Em 1978, a rede de saúde de Campinas já tinha 20 postos de saúde municipal e o Hospital Municipal Mário Gatti,

inaugurado em 1974. A assistência à saúde na cidade se completava com os Postos de Assistência Médica do Inamps (PAM) em número de 3, o atendimento nos Hospitais conveniados com o Inamps (e não com a Secretaria de Saúde), o Hospital das Clínicas da Unicamp (que funcionava na Santa Casa), a Maternidade de Campinas e os Centros de Saúde do Estado, em número de 6.

Ainda segundo Silva Júnior, citando Escorel e Rosas, os frutos dessas experiências serão importantes na formulação das propostas do Movimento da Reforma Sanitária e na luta pela redemocratização do País. Lideranças campineiras que trabalhavam na rede e militavam em movimentos de saúde e na Academia, a partir dessa experiência, tiveram grande influência nas discussões nacionais, e contribuíram, sobremaneira, inclusive para as propostas originárias da 8ª Conferência e, posteriormente, para o capítulo da Saúde da Constituição.

6.2- Os anos 80 – Consolidando a importância da Secretaria de Saúde no rumo da municipalização

Uma das características da década de 1980 é a intensa crise econômica que vive o país, não por acaso denominada pelos economistas de “década perdida”.

A crise se espraiava para a Previdência, que já apresentava sucessivos déficits desde os anos finais da década de 1970, ampliada pelas vultuosas transferências financeiras para a iniciativa privada. O aumento de cobertura para grandes contingentes de trabalhadores, inclusive os rurais, e a universalização do atendimento da urgência contribuíram para torná-la ainda mais onerosa.

No campo da saúde, tocado pelos ventos das lutas pela democratização do país e pelas críticas que sofre o modelo biologicista que orienta o conceito de saúde-adoecimento, o Movimento Sanitário incita várias discussões nas quais propõe mudanças sobre o modelo previdenciário de assistência médica.

O modelo assistencial na cidade de Campinas, não obstante as mudanças no interior da Secretaria de Saúde do município, no início da década de 1980, é semelhante ao do resto do país. São inúmeros os prestadores de serviço, a grande maioria contratada pelo Inamps, “desarticulados e sem padrão comum de atuação, com multiplicidade de gastos” (documento da Secretaria Municipal de Saúde).

A porta de entrada do sistema era predominantemente os serviços próprios do Inamps e os contratados e conveniados por ele, responsáveis, em 1982, por 57,65% das consultas realizadas na cidade, segundo o documento “Serviços de Saúde no Município de Campinas”, consultado no Centro de Documentação da Secretaria Municipal de Saúde (Cedoc). O Sistema da Secretaria Municipal de Saúde contribuía com 14,4% dos atendimentos, número próximo ao realizados pela Unimed (14,7%). Outra distorção do sistema era que 41,1% dessas consultas eram de urgência/emergência, 29,1% em clínicas especializadas e apenas 29,8% em clínicas básica (pediatria, clínica médica e ginecologia). E mesmo essas são mais tipo pronto-atendimento, ainda que agendadas, dado que não há vinculação a um profissional de saúde, não há acompanhamento longitudinal e mesmos os prontuários são de má qualidade, impedindo o acompanhamento adequado de qualquer paciente. Cada consulta é um recomeço...

Em termos de serviços, havia várias instituições atuando no município no início da década, ainda segundo o documento “Serviços de Saúde no Município de Campinas”:

- a) o Ministério da Saúde era responsável unicamente pelo Sistema de Vigilância do Aeroporto de Viracopos e vacinação para viagens internacionais;
- b) o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) atuava através de três PAMs (Postos de Assistência Médica), com 147 médicos, sendo 19 em clínicas básicas e 128 em clínicas especializadas. Possuía serviços próprios de Radiologia, eletrocardiografia, farmácia, psicologia, odontologia, laboratório de análises clínicas e fisioterapia. Contratava ainda 1.331 leitos hospitalares de instituições municipais (do Mário Gatti), da rede privada e universitária (PUCC e Unicamp). Credenciava ainda, até o fim de 1983, 52 médicos e 1 clínica de psiquiatria;
- c) a Secretaria Estadual de Saúde tinha seis unidades de saúde (1 CS 1, 3 CS 2 e duas unidades periféricas (Sousas e Barão Geraldo), com um total de 30 médicos, nove dentistas e outros profissionais de nível médio. Mantinha, ainda, um laboratório regional pertencente ao Instituto Adolfo Lutz, realizando exames para sua rede de postos, além dos exames próprios da saúde pública. Outro órgão estadual que atuava em Campinas e região era a Sucen, responsável pelo planejamento e execução de atividades relacionadas à Esquistossomose, Malária, Chagas e Leishmaniose. Por

último, um ambulatório de Saúde Mental, recebendo casos encaminhados dos serviços públicos ou privados;

d) a Secretaria Municipal de Saúde, com os seguintes serviços e programas: Serviço de Saúde da Comunidade (com 31 postos de saúde e quatro minipostos, com 110 médicos, 110 odontólogos, 16 enfermeiras, 215 atendentes de enfermagem ou agentes de saúde e outros profissionais); serviço médico escolar; serviço de Odontologia; serviço de Fiscalização Sanitária e Alimentação Pública; Serviço de Controle de Zoonoses e Médico Veterinário; Serviço de Saúde Mental (com um Ambulatório de Saúde Mental de retaguarda e psicólogos em alguns postos de saúde);

d) Hospital Mário Gatti, uma autarquia municipal, desvinculada da Secretaria de Saúde, ligada diretamente ao gabinete do prefeito;

e) Universidade Estadual de Campinas, com o Hospital das Clínicas, inicialmente funcionando na Santa Casa e a partir de 1982, parcialmente em Barão Geraldo. No total, a soma dos leitos públicos era de 406 leitos. A cidade dispunha, em 1982, de 4113 leitos hospitalares (5,4 por 1000 hab), 90,8% pertencentes à iniciativa privada. A UNICAMP contava também com ambulatórios de especialidades, recebendo casos complexos, encaminhados ou não pelos serviços de saúde da cidade. Ademais, havia ainda ambulatórios de pediatria geral, clínica médica e ginecologia, que recebiam qualquer tipo de caso, simples ou complexos, encaminhados ou por procura espontânea. Completava os seus serviços o de odontologia e o Centro de Reabilitação. Gerenciava ainda o Centro de Saúde Escola de Paulínia e mantinha alunos estagiando no Centro de Saúde Estadual do Jardim Aurélia.

f) O Setor Privado atuava no município através de consultórios, clínicas e hospitais privados. Seus serviços eram usados pela população através de compra direta (embora não haja dados, não era importante porta de entrada), serviços de saúde de entidades patronais, de trabalhadores e serviços próprios de empresas, medicina de grupo (em franca expansão na época) e, prioritariamente, por conveniamento ou contratação pelo Inamps. Havia ainda os médicos credenciados pelo Inamps.

g) Pontifícia Universidade Católica de Campinas, disponibilizando um hospital de 305 leitos, na sua maioria contratada pela Previdência Privada (O funcionamento do

Hospital e Maternidade Celso Pierro teve seu início em 1978, com 150 leitos). Disponibilizava ambulatorios de especialidades, também contratado pela Previdência, e quatro⁴ postos de Saúde com 16 médicos docentes e alunos de graduação. Outros serviços oferecidos por ela: Clínica Psicológica, Clínica Odontológica Comunitária, Radiologia, Eletrocardiografia e outros exames subsidiários e Serviço de Fisioterapia.

Vários documentos da Secretaria de Saúde na época, particularmente os escritos pelo Secretário Nelson dos Santos, faziam críticas a esse modelo. De fato, as críticas já existiam desde o final da década anterior e, por conseguinte, já se vinha experimentando na Secretaria de Saúde da Cidade mudanças com o objetivo de sua superação, influenciando as discussões que ocorrem a nível nacional. São experiências inspiradas na Medicina Comunitária, iniciadas no final da década de 1970, que se consolidam ao longo dos 1980 e marcam as décadas seguintes. Se na década anterior já se criticava o modelo de medicina simplificada da Medicina Comunitária e das proposições de Alma Ata, na década de 1980 a imagem objetivo é da consolidação de um modelo de atenção e gestão capaz de superar a perspectiva de uma saúde pública focada nos pobres, com baixo grau de incorporação tecnológica e sem integração sistêmica.

Em 1983, assume o prefeito José Roberto de Magalhães Teixeira, que convida Nelson R. dos Santos para a Secretaria de Saúde. Sua tarefa será dar continuidade às mudanças que já vinha acontecendo sob sua própria coordenação desde o final da década de 70.

Não obstante reconhecer os passos dados na gestão anterior, “decisivos de integração e hierarquização” (SMS, 1983) com a Secretaria Estadual de Saúde, Ministério da Saúde, Inamps, Unicamp e PUCC, um dos principais objetivos da gestão que se inicia é a busca de uma integração sistêmica dos vários programas e serviços da secretaria de saúde entre si e da secretaria de saúde com outras secretarias municipais e com serviços estaduais e federais de saúde.

No documento “1983 – Balanço; 1984 – Metas” há um diagnóstico da insuficiência de integração com os órgãos estaduais e federais de saúde (Ministério da Saúde e INAMPS), com consequente isolamento da Secretaria de Saúde. Reconhece ainda, uma integração

superficial desta Secretaria com outras da Prefeitura, com superposição de atividades e dispersão de recursos; critica também a baixa integração entre os vários serviços da Secretaria de Saúde e mesmo dos postos de saúde entre si, “o que vem acarretando várias discrepâncias de condutas médicas e dos programas”, de tal modo que não se pode dizer da existência de uma “rede básica integrada de atenção primária à saúde.”

Por conseguinte, são estabelecidas várias metas para construir um sistema de saúde público no município: convênio multi-institucional (Pró-Assistência I) com os órgãos públicos estaduais e federais (Ministério da Saúde e Inamps), passo importante para constituir-se uma rede integrada e hierarquizada; reforma administrativa da secretaria, criando Comissões de Programação, Diretoria de Saúde e a Diretoria Administrativa, com as respectivas atribuições e responsabilidades; e ampliação da rede de postos, constituindo-se uma atenção primária extensa e resolutive, capaz de se constituir na principal porta de entrada do sistema.

As Comissões de Programação têm como objetivos integrar as várias atividades e ações de cada setor entre si, coordenar as capacitações de profissionais de saúde, elaborar padronizações de condutas e fluxos assistenciais, dentre outros, reduzindo-se a fragmentação e ampliando a integração do cuidado dentro da Secretaria Municipal de Saúde.

Propõe ainda substituir, dos 36 postos de saúde municipais, seis que são muito pequenos e em más condições, bem como 16 que estão em prédios alugados, também em condições inadequadas para a prestação de serviços de saúde, além da ampliação do número. Entretanto, condiciona essas mudanças a conseguir recursos estaduais e federais, dado que com os recursos municipais só será possível construir dois postos em 1984.

Outras metas previstas no documento é a reativação de uma comissão de padronização de medicamentos e a criação de uma “previsão de compras”, com o objetivo de estudo de demanda e orientar as compras conforme ela. Decide-se por fazer compras de medicamentos exclusivamente da Fundação do Remédio Popular do Estado de São Paulo (Furp), da Central de Medicamentos (Ceme) e da Cooperativa Odontológica de Campinas (Uniodonto). Essas medidas levam a uma economia de pelo menos 25% nos custos desses insumos. Ainda organiza um programa de transporte sanitário para a Secretaria de Saúde em parceria com o Departamento de Transportes Internos (Deti) da prefeitura.

Por último, e não menos importante, a partir de um diagnóstico de uma “política de pessoal quase totalmente casuística e improvisada, com grandes distorções e injustiças entre cargos, funções e salários”, propõe um plano de cargos e salários discutido com os serviços e incorporando, ainda que parcialmente, as propostas por eles elaboradas.

Propõe, como diretrizes operacionais para os serviços da Secretaria de Saúde, dentre as mais significativas, as seguintes:

- a) fiscalização sanitária e da alimentação pública como função de educação em saúde, realizando “trabalhos educativos e instrutivos” tanto para a população em geral, bem como para os responsáveis pelos estabelecimentos de gêneros alimentícios;
- b) substituir a desratização, feita sem critérios, bem como o uso indiscriminado de inseticidas para combate a insetos, por campanhas educativas de melhorias do meio ambiente e de cuidados sanitários que podem ser tomados pela própria população. Restringir-se-ia, portanto, o uso desses componentes químicos a situações de reconhecida necessidade técnica. Uma das prioridades do Serviço de Zoonoses é o combate à raiva, através da captura e vacinação de cães;
- c) priorizar as crianças para o tratamento odontológico. Se até então, 35% do serviço odontológico é dirigido a adultos, propõe reduzi-lo a 10%, deixando 90% da capacidade para tratamento infantil (obs.: embora não haja referências no documento, esta priorização é consequência, provavelmente, de uma discussão em voga na época, que é da “Geração Perdida”. Segundo ela, era tão precária a saúde bucal de adultos, que valia a pena priorizar o cuidado com as crianças, de tal modo que em algumas décadas a situação se invertesse e, lentamente, absorver-se-iam os adultos.);
- d) propõe a atenção à saúde mental diretamente nos Postos de Saúde pelas equipes de mental, bem como nas escolas. Os ambulatórios seriam reservados a casos mais complexos;
- e) também o Serviço Médico Escolar, que até então era realizado por pediatras com a função de examinar crianças na creche, seriam absorvidos pelos postos de saúde, indo com dada periodicidade atender as crianças das creches mais próximas das unidades. Com isso, os postos de saúde vão assumindo mais integralidade no cuidado.

f) uniformização das condutas básicas nas áreas do cuidado à criança, à mulher e ao adulto. Implantação de atividades de promoção de saúde desenvolvidas por médicos e auxiliares de saúde. Busca-se assim superar o cuidado exclusivamente baseado na consulta médica. Alocação de enfermeiros nos postos de saúde, inicialmente nos 14 com maior movimentação. Seriam suas prioridades a atenção à criança (puericultura) e à mulher, com coleta de Papanicolau e pré-natal de baixo risco. Ainda manteriam as funções de capacitação e treinamentos dos agentes comunitários em serviço;

g) propõe-se, para melhorar e consolidar a integração entre os serviços municipais de saúde, uma reunião semanal com os representantes escolhidos em cada serviço com os dirigentes da Secretaria. Nela se discutiriam os problemas comuns de abastecimento, conflitos com usuários ou entre trabalhadores, de fluxos assistenciais, de uniformização de condutas, etc. Ainda se discutiam problemas relativos à macrogestão, como plano de construção de serviços, integração interinstitucional, financiamento do sistema, entre outros.

6.2.1. As AIS, o Suds e o SUS – contribuições para a consolidação do Sistema Municipal Público de Saúde – O Pró-Assistência I

No plano federal, à busca de formas de racionalizar o Sistema de Saúde, encarecido pela crise financeira no MPAS, implanta-se, em 1983, um plano, o Plano das Ações Integradas de Saúde (PAIS), que “propunha-se, no discurso, a integrar os serviços públicos de saúde, descentralizar o sistema de assistência médica, e criar uma "porta de entrada" para o sistema por meio de uma rede básica de serviços de saúde” (PIMENTA, 1993).

Em 1984, o PAIS se transformou em estratégia das Ações Integradas de Saúde (AIS). Tinha como objetivos a descentralização dos serviços de saúde para os Estados e municípios, integração dos vários serviços públicos de saúde, definição de programas a partir das doenças mais prevalentes, regionalização e hierarquização única dos serviços, valorização das atividades básicas e utilização prioritária e plena da capacidade instalada da rede pública. A AIS propunha, como instrumentos de sua consecução, planejamento descentralizado nos municípios que aderirem e a criação de comissões interinstitucionais (CIS, CRIS, CIMS e CLIS) nos níveis estadual, regional, municipal e local) que facilitassem, por meio de

secretarias técnicas permanentes, a descentralização administrativa, financeira e maior autonomia dos municípios, bem como a construção de redes hierarquizadas. Segundo Paim,

a existência dos órgãos colegiados decisórios, anteriormente citados, redimensiona a concepção funcionalista de integração predominante na teoria de sistemas. Em vez da mera integração "religiosa" ou mesmo "ecumênica" em que todos se mobilizariam com o humano a fim de melhorar a saúde do povo e, ao contrário de uma unificação autoritária em que o governo decide unilateralmente pela extinção de instituições ou pela criação de outras, tem-se uma colaboração negociada na qual sujeitos concretos, representantes de interesses distintos, passam a desenvolver um trabalho conjunto e politizável reconhecendo a diversidade e as peculiaridades dos demais (PAIM, 2007).

A estratégia da AIS envolvia o MPAS, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e os Ministérios da Educação e Saúde. Expandiu-se para todos os Estados e vários municípios brasileiros.

Segundo Amélia Cohn,

os convênios AIS começam a ser assinados com as unidades da federação a partir de 83. A Previdência Social repassa recursos para os Estados, e estes para os municípios, cabendo às respectivas redes públicas de serviços o atendimento também aos previdenciários. Paralelamente, o plano propõe que a partir de então os serviços que o Inamps compra da rede privada sejam pagos pelo cálculo do custo global do procedimento médico, e não mais pela somatória dos atos fragmentados de cada atendimento: são as AIH – Autorização de Internação Hospitalar (COHN, 1989).

Os recursos orçamentários das AIS permitiram que vários municípios, aqueles com melhor estrutura, já existentes e “experiência acumulada na organização de serviços” (PIMENTA, 1993), , organizassem o sistema de saúde local de maneira bastante distinta daqueles que não possuíam nenhum serviço de saúde próprio no nível municipal. Entre os primeiros, encontram-se inúmeros municípios brasileiros que conseguiram eleger governos municipais

progressistas nas eleições de 1976, como é o caso de Londrina, Campinas, Montes Claros, Lages, Piracicaba, Niterói e outros, e nas eleições de 1982, como é o caso de Itu, Campinas, Bauru, Cambé, Uberlândia, Cuiabá e outros. Segundo Pimenta,

esses municípios lograram, apesar de toda a escassez de recursos, desenvolver experiências locais na área da saúde, de tal maneira que o convênio AIS representou um aporte adicional de recursos financeiros, e uma maior possibilidade de articulação interinstitucional entre as agências públicas prestadoras de serviços de saúde no âmbito de cada município (PIMENTA, 1993).

Para tanto, propunha-se a regionalização do sistema e o gerenciamento, por meio de órgãos colegiados interinstitucional, com a participação da comunidade usuária dos serviços. Assim, teríamos as Comissões municipais, as regionais e uma estadual, responsável pela coordenação da política de saúde a nível de cada Estado da Federação.

Propunha-se ainda a descentralizar recursos do Instituto de Previdência para Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, de tal modo a financiar redes públicas assistenciais e, assim, reduzir gradativamente os repasses para a rede privada, reduzindo a dependência desses serviços pelo menos para os usuários dos Postos e Centros de Saúde estaduais e municipais, bem como os dos postos do Inamps.

Em 1983, o Secretário de Saúde de Campinas assinou um Convênio que envolvia, além da Secretaria Municipal de Saúde, o Ministério da Previdência através do Inamps, a Secretaria Estadual de Saúde, a Unicamp e o Ministério da Saúde. Recebeu o nome de Pró-Assistência I, em tudo semelhante ao convênio AIS. Portanto, embora com outro nome, pode-se afirmar que Campinas é um dos municípios que aderem às AIS em dezembro de 1983, ao lado de outros que também já acumulavam experiência positiva em gestão de sistemas municipais de saúde, como são exemplos Londrina, Montes Claros, Lages, Piracicaba, Niterói e Bauru (PIMENTA, 1993).

Segundo Nelson Rodrigues dos Santos, secretário de Saúde à época, foi “uma iniciativa campineira, alicerçada nas necessidades de saúde da população de Campinas” (Pró-

assistência I, um balanço), cujos objetivos principais são a integração interinstitucional, a regionalização e hierarquização dos serviços de saúde.

Segundo o documento denominado “Elementos Estratégicos – Pró-Assistência I”, com a assinatura do programa, caberia à

Secretaria Municipal de Saúde neste projeto:

1. manutenção de suas unidades de saúde, de assistência odontológica e de ambulatório de apoio à saúde mental;
2. manutenção de quatro unidades de saúde estrategicamente localizadas para resolver casos urgentes, incluindo atendimento noturno;
3. aplicar recursos do convênio com o Inamps no aprimoramento de unidades de saúde e repasse de recursos financeiros à Unicamp e PUCC a título de subsídios para realização de exames complementares da clientela da rede de atenção primária;
4. realocar recursos humanos especializados para atividades integradas de apoio;
5. compromisso financeiro expresso em dotação orçamentária própria para a Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com as responsabilidades acima referidas.

Embora assinado em dezembro de 1983, o planejamento do Pró-Assistência I e da integração dos vários serviços públicos que faziam parte do Sistema Municipal de Saúde inicia-se ainda em 1982. Criou-se, nesse ano, um colegiado com representantes da Secretaria Municipal de Saúde, Inamps e Unicamp. A assinatura do convênio foi precedida de uma série de atividades e reuniões, buscando vencer resistência dos produtores privados de saúde conveniados com o Inamps, que expressavam sua preocupação com a perda possível de recursos.

Assim é que, em junho de 1982, é realizada uma mesa-redonda no Salão Vermelho da Prefeitura para explicar os objetivos do futuro convênio; em março de 1983 há uma reunião da comissão com a Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas; em junho de 1983, realiza-se uma assembleia no anfiteatro da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas. Ocorrem ainda reuniões do secretário de Saúde com o corpo clínico do Hospital Municipal.

A comissão, após um ano e meio de estudos e debates, faz uma primeira proposta apresentada às autoridades federais, estaduais e municipais em maio de 1983. Em junho desse ano, é autorizado que esses estudos dessem origem a um anteprojeto de convênio. Encaminhados à

Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas, à Associação Campineira de Odontologia, à Associação Brasileira de Enfermagem, ao Sindicato dos Médicos e Região, ao Sindicato dos Dentistas da Região, à Associação Paulista de Hospitais (regional), após receberem críticas e sugestões, torna-se o projeto final, assinando-se por fim o convênio.

Ainda assim, o Colegiado do Pró-Assistência recebe várias críticas por parte dos serviços privados, afirmando que “O Colegiado do Pró-Assistência I se automeceu e vem se conduzindo com autoritarismo”.

A resistência é tamanha que há relatos na época de apedrejamento da casa do secretário municipal de Saúde e ameaças ao representante da Unicamp.

Os recursos que o município começa a receber, somados aos gastos da Secretaria Municipal de Saúde, dão grande impulso à ampliação dos serviços de tal modo que até 1987, ano final das AIS, são construídos cinco Postos de Saúde, três dos quais em 1984, outro em 1985 e o quinto em 1986. Os recursos provenientes das AIS, a partir de 1984, correspondem a 50% do orçamento municipal da saúde, embora os recursos repassados ao setor público sejam substancialmente inferiores àqueles repassados à iniciativa privada por meio de contratos e convênios (Anexo I do III relatório parcial do projeto “Estratégias de Consumo em Saúde em Famílias Trabalhadoras de Campinas.” – Convênio NEPP/Finep/Unicamp – Ana Maria Canesqui et all.). Note-se que, para ampliar os recursos capazes de melhorar o Sistema Municipal de Saúde, além daqueles recebidos pelo convênio, o secretário de Saúde defende que o município amplie o orçamento da saúde a 6% ou 8%, ampliando também sua responsabilidade por execução dos serviços de saúde.

Nessa época, o sistema público de saúde em Campinas, com seus serviços próprios (federal, estadual e municipal), contava com uma rede relativamente ampla de serviços: 36 postos municipais, seis estaduais e três PAMs do Inamps, além do Hospital Mário Gatti, Hospital das Clínicas da Unicamp e de ambulatórios de especialidades também da Faculdade de Medicina da universidade. Funcionavam sem integração sistêmica, sem definição de fluxos assistenciais, sem hierarquização e sem porta de entrada preferencial. Os pacientes procuravam os serviços por demanda espontânea ou por agendamento, entretanto, sem vinculação formal a serviços ou profissionais de saúde.

Compunha ainda o Sistema Municipal de Saúde quatro postos de saúde mantidos pela PUCC, os serviços privados conveniados com o Inamps, serviços médicos de empresas, clínicas conveniadas e até médicos privados credenciados pela Previdência. Os serviços privados contratados, conveniados e credenciados se constituíam na principal porta de entrada do Sistema, responsável por 57,6% das consultas realizadas em 1983, enquanto os próprios municipais atenderam 14,4% delas. Eram buscados por trabalhadores formais e seus familiares moradores de bairros mais centrais e de melhor poder aquisitivo.

As AIS /Pró-Assistência I têm como um dos seus objetivos fazer algum grau de integração entre serviços, buscando melhorar o fluxo dos pacientes entre eles, dando-lhes algum grau de racionalidade técnica. Assim, institui-se os mecanismos de referência e contrarreferência, desenhando, ainda que de maneira incipiente, uma pirâmide de atenção, com nível primário, secundário e terciário.

Em Campinas, a atenção primária dar-se-ia nos postos municipais e estaduais de saúde. Embora os documentos não citem os PAMs do Inamps, sabe-se que em grande medida tornaram-se também parte da atenção primária, particularmente para pediatria e ginecologia. Atendiam principalmente os moradores e os trabalhadores do centro da cidade. Também não citam os postos da PUCC em número de 4, mas sabe-se não obstante seu papel pequeno como porta de entrada para a atenção primária, neles também se desenham experiências importantes de atenção primária multidisciplinar e, particularmente, de utilização deles como cenário de integração ensino-serviço. Essas experiências irão contribuir, futuramente, para a organização da Integração Ensino-Serviço coordenada Centro de Educação do Trabalhador da Saúde (CETS), bem como para a consolidação de elementos do modelo de atenção, como vínculo, equipe multidisciplinar, acompanhamento longitudinal, prática generalista, entre outros.

Os ambulatórios de pediatria, ginecologia e clínica médica da Unicamp serviriam de retaguarda e apoio para os casos mais complexos, encaminhados pelos serviços de atenção básica. Os serviços secundários ambulatoriais ficariam nos PAMs do Inamps, Ambulatórios do Mário Gatti (geralmente para acompanhamento de egressos de internação), Ambulatórios da FCM-Unicamp, Ambulatórios da PUCC e Ambulatórios de Serviços Privados Contratados. As internações ocorreriam nos Hospitais Públicos e nos Hospitais contratados

e conveniados com o Inamps que detêm 90% dos leitos. A urgência e a emergência seriam atendidas no Pronto-Socorro municipal do Mário Gatti, no Pronto socorro da PUCC e em prontos-socorros de hospitais privados contratados e conveniados. A integração entre os serviços se dariam por instrumento de Referência e Contrarreferência e por reuniões entre representantes das várias instituições, num colegiado que buscaria resolver os problemas que se apresentassem.

Interessante notar que, embora a reorganização do sistema previsse uma hierarquização do atendimento, com a porta de entrada pela rede de postos de saúde, uma cartilha escrita à época afirma que o acesso aos ambulatórios de especialidades poderia dar por procura espontânea por parte do paciente se esse assim o desejasse. Provavelmente, esse arranjo se deu para vencer a grande resistência da iniciativa privada.

No entanto, em nível nacional,

à medida que avança o processo das AIS, manifesta-se, com maior nitidez, os limites desta forma de organização dos serviços. A tão propalada "descentralização" não passa de linguagem, visto que o nível local, no caso os governos municipais, continua a ocupar papel totalmente secundário na definição da política de saúde, na medida em que cada uma das diferentes instituições públicas existentes no setor continua funcionando com dinâmica própria, dependendo da "boa vontade" dos dirigentes locais destas instituições em trabalhar de forma integrada, ou não (PIMENTA, 1993).

Em Campinas, ainda que o contexto nacional não favorecesse, há um esforço para provocar mudanças no modelo de atenção e gestão e ampliação substancial da oferta, superando esses limites na medida do possível permitido pelo contexto local.

Aproveitando o impulso dado pelo Pró-Assistência, e com o objetivo de ir-se aprimorando o Sistema Público de Saúde do município, implanta-se, em 1985, um colegiado informal com assento da direção da Secretaria de Saúde e coordenadores de postos de saúde estaduais (médicos sanitaristas), representantes dos postos de saúde municipais (nessa época, ainda não havia coordenadores oficiais) e dos PAM federais (que dificilmente estavam presentes). Nessas reuniões, discutia-se a integração dos serviços, a racionalização do uso por parte dos

pacientes e busca de soluções pactuadas para problemas que pudessem estar dificultando o fluxo dos pacientes por serviços de instituições diferentes. Ademais, com relativa frequência, eram feitas reuniões com representantes da FCM-Unicamp para resolver conflitos entre os serviços, avaliar as referências e contrarreferências, discutir os protocolos de encaminhamentos propostos pela Unicamp, entre outros temas.

No âmbito dos serviços municipais, esse fórum colegiado se mostra importante para a organização do Sistema Municipal de Saúde. Através deles, se organizam seminários para discutir o trabalho médico, dos auxiliares de saúde, do papel da vigilância na atenção primária etc. Não por acaso, em 1987 é instituída a figura do coordenador de unidade (oficialmente chefe de setor).

É dessa época (1986) o primeiro processo seletivo público realizado pela Secretaria de Saúde.

Mas, mesmo com o esforço organizativo da Secretaria de Saúde, não se pode afirmar que conseguiu os objetivos propostos: romper a dicotomia entre prevenção e cura, ampliar a cobertura da população, integrar ações individuais e coletivas. Se as discussões e as mudanças até ocorriam nos serviços municipais, eles representavam uma parcela pequena do sistema de saúde. A fragmentação das instituições pública e o peso dos serviços privados contratados, do Inamps e sua lógica de prestação de serviços, bem como a forma de convênio das AIS não permitiam a construção de redes e a implantação de diretrizes para um modelo que mudasse as condições de saúde no município. Como de resto em todo o país.

Os recursos, além de insuficientes para a expansão substancial da rede, eram remanejados para os serviços e as secretarias de saúde por produção e por procedimentos, “valorizando as ações individuais e curativas, e descuidando completamente das ações coletivas e da qualidade do atendimento” (PIMENTA, 1993).

Dos recursos federais para a Saúde, segundo dados do Inamps, as AIS ficavam com a menor parcela ao passo que a iniciativa privada ficava com a maior. Dados de 1985 mostram que os Estados e os municípios receberam 10% do orçamento da previdência para assistência médica enquanto a iniciativa privada ficou com 49%. Portanto, tanto a quantidade de recursos quanto a forma de transferência (por produção de procedimentos) favorece a lógica privatista, que continuou sendo determinante.

Apesar de os recursos serem substancialmente inferiores aos repassados à iniciativa privada (vide tabela abaixo), em Campinas os recursos das AIS chegaram a representar 50% do orçamento municipal para a Saúde. Contudo, não obstante o crescimento da rede proporcionada pela AIS, a atenção pública à saúde continua marginal e pouco influencia no quadro sanitário municipal, ainda hegemônico pelos serviços privados contratados e credenciados pelo Inamps.

Quadro IV: Gastos proporcionais do Inamps com assistência médica: Campinas, 1984

Modalidades de serviço	Gasto Proporcional dos recursos do Inamps
Próprios	1,25%
AIS – governamental	0,43%
Universidades	15,35%
Sindicatos	0,72%
Empresas	3,23%
Contratados	77,77%
Credenciados	1,25%

Fonte: Saravalle, L. Contribuição para o planejamento e a organização dos serviços de saúde em Campinas. FCM-USP, 1985. (Tese de Doutorado.)

Entretanto, esses experimentos de gestão no nível local e de mudanças no modelo de atenção que vão acontecendo ao longo das décadas se mostram um importante laboratório de dispositivos e ferramentas que hoje são parte da realidade do SUS nacional.

De fato, em Campinas, essa articulação significou a possibilidade de se realizar “Referências e Contra Referências” para a Unicamp, PUCC e Postos Médicos do Inamps, além da realização de exames por parte desse último e pelo Adolfo Lutz para os serviços de saúde municipais. Não ocorre, contudo, integração sistêmica sob comando único da Secretaria de Saúde e cada uma dessas instituições, que prestam serviços no município, continuam atuando com suas lógicas próprias.

A insuficiência das AIS faz com que se iniciem discussões no Governo Central (Ministério da Saúde e da Previdência, fundamentalmente), com o apoio dos governadores, para a

descentralização do Inamps, com transferência de recursos e responsabilidades para os Estados e Municípios. Discutia-se também a superação da forma de pagamento por produtividade.

Em 1987, o presidente da república assina um decreto criando o – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds).

Estados interessados, ao assinar o convênio, assumem a gestão dos serviços do Inamps, unificando suas estruturas às estaduais, permitindo criar-se o comando único do sistema público de saúde estadual. Também os municípios podem aderir ao Suds estadual, recebendo recursos para a manutenção e a ampliação de sua rede de atenção primária.

A forma de financiamento de estados e municípios deixa de ser por produção de serviços e passa a ser feita mediante a orçamentação de um Plano Diretor, que deveria incluir, a partir da base, as realidades municipais, regionais e estaduais.

São Paulo foi um dos Estados que “estadualizaram” o Inamps, e Campinas foi um dos municípios paulistas que aderiram ao Suds.

Dada a experiência já acumulada pela Secretaria Estadual de Saúde e pelo município na gestão pública de serviços de saúde, foi possível realizar um plano Diretor com um diagnóstico mínimo da realidade municipal e a definição de prioridades para a área.

Segundo Pimenta

um fator limitante do SUDS consistiu na falta de uma política de financiamento por parte do INAMPS capaz de atender à demanda dos Estados e municípios, num período em que a inflação atingia níveis elevadíssimos e corroía, de maneira sistemática, os repasses mensais que, em geral, não eram "corrigidos". Por outro lado, o setor privado da medicina continuava tendo papel preponderante no sistema de captação de recursos, e exercendo toda sorte de pressão no sentido de inviabilizar o SUDS (PIMENTA, 1993).

Em Campinas, que também sofria com essas limitações, o Suds contribuiu para a extensão da cobertura para as populações mais vulneráveis e carentes e contribuiu com o

fortalecimento do modelo assistencial, na medida em que permitiu contratações de mais profissionais capazes de consolidar a nascente vigilância epidemiológica, o Centro de Referência de Saúde do Trabalhador e programas de saúde, incluindo prevenção e promoção de saúde nos serviços de atenção primária, além da ampliação do quadro de profissionais de saúde para a assistência.

Em 1986, realiza-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, envolvendo milhares de pessoas através das pré-conferências estaduais, culminando, a maioria de suas teses no capítulo da Saúde na Constituição promulgada em 1988.

Até 1990, como de resto em todo o país, Campinas continua recebendo recursos financeiros oriundos da Previdência via convênios de “municipalização” nos moldes do Suds.

Embora nem a AIS ou o Suds tenha permitido a sonhada integração sistêmica sob comando único da Secretaria de Saúde, em Campinas foram importantes para promover mudanças, particularmente no seio da própria secretaria. Os recursos financeiros aportados ao município e as discussões e pactuações ocorridas com as várias instituições que executavam ações de saúde no município contribuem para as mudanças. É uma época efervescente de discussões, análises e propostas de alterações nos processos de trabalho das unidades de saúde, buscando-se construir uma atenção primária consistente que sirva de porta de entrada prioritária para um sistema que dá alguns passos na constituição de uma rede integrada. A instituição do Colegiado de Representantes, a institucionalização da figura de coordenador, de supervisores das unidades de saúde, de serviços tais como Vigilância em Saúde, o Programa de Saúde do Trabalhador e de um ainda incipiente planejamento local por área de cobertura de cada serviço de atenção básica se concretizam em grande medida como produto dessa conjuntura. São dispositivos potencializados por esse contexto que, gradualmente, vão alterando o modelo de atenção e de gestão no interior da Secretaria de Saúde e, conseqüentemente, no todo do município.

6.2.2. O modelo assistencial e de gestão da Secretaria Municipal de Saúde nos anos 80

Ao longo da década de 1980, se consolida na Secretaria de Saúde de Campinas um conjunto de diretrizes que desenham um modelo de atenção e gestão que, num crescendo, vão

agregando dispositivos e ferramentas capazes de ir dando uma configuração diferente do que acontece na maior parte do País.

Ocorre uma grande expansão da rede mais por incorporação de novos profissionais (médicos, enfermeiros e pessoal de nível médio) e outros serviços como Saúde do Trabalhador e Vigilância à Saúde, que pela construção de unidades de atenção primária. São construídos cinco centros de saúde, além de reformas de outros.

As unidades de saúde têm área de cobertura definida, sendo responsáveis pela atenção à saúde de um número de bairros vizinhos. Não há definição do número de usuários sob cuidado em cada serviço, variando muito de uma unidade para outra, mas em média cada unidade tem de 10 mil a 15 mil pessoas sob cuidado (na metade da década Campinas tinha uma população aproximada de 800000 hab, porém nem todos são usuários do Sistema Público de Saúde e, menos ainda, das unidades da Secretaria Municipal de Saúde).

No início da década, as equipes dos postos de saúde são compostas por médicos generalistas de manhã e à tarde, dentistas (em algumas unidades a princípio e posteriormente em todas), auxiliares de saúde e zeladores. O número de profissionais de saúde não guardava, necessariamente, uma relação de proporção com a população usuária. Quase sempre havia 2 ou 3 médicos pela manhã e igual número à tarde e um dentista de manhã e outro à tarde, independente da população a ser atendida. Até 1986, quando se realizou um processo seletivo público, esses profissionais eram contratados por análise de currículo por indicação de vereadores ou pessoas próximas do prefeito e outras autoridades. Reza a lenda que os dentistas tinham que doar os equipos odontológicos para ser contratados, o que explicaria a situação precária destes.

Os auxiliares de saúde eram captados na comunidade da área de cobertura do serviço, exigindo-se como pré-requisito para ocupar o cargo ser uma reconhecida liderança popular e não ser analfabeto. Recebiam treinamento em serviço e tinham uma ampla gama de atividades, inclusive a de dispensar medicamentos sem prescrição médicas para problemas “simples” e prevalentes (vitaminas, vermífugos, analgésicos e antitérmicos, etc). Ademais, faziam as chamadas pré-consultas e pós-consultas, medindo dados vitais e antropométricos e orientando como utilizar os medicamentos prescritos pelo médico, além de orientações

sobre cuidados com a doença e de promoção da saúde. Outra prática comum era a chamada consulta conjunta, geralmente para os pacientes em demanda espontânea: o auxiliar de saúde fazia a história da doença atual e parte do exame físico (dados vitais, peso, avaliação do estado geral). A seguir chamava o médico, lhe passava o caso e suas impressões. Este, por sua vez, completava a história, fazia o exame físico, diagnóstico e proposta terapêutica. O auxiliar completava o trabalho, dando as orientações finais sobre como tomar o medicamento e outras medidas para o cuidado do caso. Era uma prática que facilitava o cuidado, possibilitando a atenção a um número grande de pacientes e ampliando o acesso à unidade de saúde.

Em 1984, inicia-se a alocação de enfermeiras nas unidades básicas de saúde. Em 1979, foram contratadas as três primeiras da Secretaria de Saúde, que trabalhavam no nível central. Tinham como atribuições capacitar os auxiliares de saúde; orientar limpeza das unidades e a esterilização de material nas estufas de cada uma das unidades; organizar o armazenamento e a distribuição de vacinas para os serviços; acompanhar a cobertura vacinal, dentre outras. Entre 1984 e 1988, foram contratados outros 14 enfermeiros, alocados nas unidades maiores. Termina-se a década, portanto, com 17 enfermeiros. Tinham como tarefa fazer consultas de enfermagem para crianças de baixo risco, alternando com consultas médicas (puericultura), o pré-natal de baixo risco e o acompanhamento de pacientes no programa de tuberculose. Faziam ainda treinamento dos auxiliares de saúde para coleta de Papanicolau, vacinação, dispensação de medicamentos, entre outras. Tornaram-se responsáveis pela sala de vacina e vigilância epidemiológica nas unidades de saúde.

A partir de 1986, os médicos generalistas são substituídos por pediatras, ginecologistas e clínicos gerais. Há uma grande mudança no processo de trabalho, pois agora os serviços de atenção primária se organizando por áreas programáticas: saúde do adulto, da criança e da mulher, além da Saúde Bucal e Mental em alguns deles. Também os de nível médio se dividiam nas áreas, permanecendo nelas por um longo período de tempo ou rodiziando periodicamente. Essa segunda maneira era a mais frequente, de tal modo a que não se “especializassem” em uma única função. O enfermeiro, quando tinha, transitava pelas várias áreas, contribuindo com os programas do serviço e coordenando o trabalho da enfermagem. Como havia mais de um profissional médico de cada categoria, embora não fosse dado o

direito de o paciente escolher qual o atenderia, acabava-se por ocorrer escolhas informais, criando-se vínculos entre os médicos e sua clientela.

Há participação, ainda que incipiente, de trabalhadores na gestão: representantes escolhidos pelas equipes dos diversos centros de saúde reuniam-se periodicamente com o secretário de Saúde da época ou com um seu representante para discussão de temas pertinentes. A partir de 1986, instituiu-se a figura do coordenador de unidade, escolhido por processo seletivo interno. Podia se candidatar qualquer profissional de saúde de formação universitária, desde que se dispusesse a ampliar a jornada para 40 horas semanais. O coordenador de unidade deixava as funções assistenciais e passava a exercer função gestora. A partir de então, o Colegiado de Representantes torna-se o Colegiado de Coordenadores.

Institui-se a função de Supervisão dos Serviços em 1983, desempenhadas por profissionais de saúde alocados no nível central. A maioria dos supervisores eram enfermeiros, principalmente, e médicos, mas alguns eram de nível médio. Tem como atribuições avaliar e monitorar a produção dos serviços, a implantação dos programas e monitorar sua execução, apoiar o coordenador na resolução de conflitos com trabalhadores ou usuários e ajudá-los a resolver questões administrativas.

Embora não haja participação de usuários na gestão das unidades de saúde, é estimulado que se realizem assembleias com eles para discutirem os serviços, a relação profissional de saúde-usuários, os programas em curso, as formas de prevenção de doença e promoção de saúde, os problemas administrativos e de gestão. Embora nem todos os serviços realizassem, eram comuns esses encontros, geralmente nos finais de semana. O Movimento Popular de Saúde, com sua presença e participação, era estímulo para que ocorressem essas assembleias. Eram comuns também seminários com o Movimento Popular de Saúde, nos quais se discutia o destino da Secretaria de Saúde, ajudando a conformar sua agenda política.

Numa tentativa incipiente de construção de rede são definidos fluxos assistenciais com os ambulatórios da Unicamp, da PUCC e Ambulatórios do Inamps, tendo a rede de serviços municipais como a porta de entrada do sistema.

Para operacionalizar o sistema, é implantado, em meados da década, um sistema de marcação de consulta por uma central telefônica privativa e exclusiva para esse fim. Foi um avanço

para o processo de hierarquização, dado que os próprios pacientes preferiam buscar o Centro de Saúde, sabedores que suas consultas especializadas, quando necessárias, seriam marcadas sem a necessidade de deslocamento até os ambulatórios, como se dava até então.

Um dos fatores limitantes da construção de uma rede hierarquizada foi o sistema de referência e contra referência. Os encaminhamentos da atenção primária para os serviços de especialidades, em grande medida, eram malfeitos, com histórias incompletas e sem os exames necessários. Por sua vez, os especialistas, com raras exceções, não “devolviam” os pacientes à atenção primária e não faziam a contrarreferência. O fato é que, nas reuniões de coordenadores esse era um tema recorrente. A maior resistência ocorria entre os médicos da Unicamp. Os seus protocolos com definições de como os profissionais da atenção básica deveriam encaminhar os pacientes, de modo geral, eram complexos, com exigências que a rede de Campinas tinha poucas possibilidades de atender. Assim, criava-se um impasse: os encaminhamentos eram considerados inadequados e, por conseguinte, não eram feitas as contrarreferências. Inúmeras vezes os técnicos da Secretaria de Saúde reuniram-se com os da Unicamp em busca de solução, quase sempre em vão.

Outro investimento importante da Secretaria de Saúde nos anos de 1987 e 1988 (com a formação pedagógica de vários profissionais de saúde – médicos e enfermeiros, principalmente) e, daí até 1998, foi a formação de Auxiliares de enfermagem por meio do processo denominado Projeto Larga Escala.

Esta foi uma estratégia utilizada em vários estados e municípios através da qual se formou pessoal sem formação específica, contudo já trabalhando em serviços de saúde, tornando-os auxiliares de enfermagem e dando-lhes a qualificação necessária para continuarem desenvolvendo suas atividades. Foi um tipo de formação supletiva, amparada pelo Ministério da Educação e da Saúde, de acordo com a lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional.

Em Campinas, foram formados num espaço aproximado de dez anos mil pessoas, anteriormente denominadas de auxiliares de saúde, agora com o título de auxiliares de enfermagem.

No ano de 1987, é criado o Programa de Saúde do Trabalhador (PST). Surge a partir de demandas dos próprios trabalhadores de indústria, comércio, serviços, etc, reunidos na Pré-Conferência de Saúde do Trabalhador, em 1986.

O programa funcionava no prédio do Centro de Saúde I e contava com funcionários, na sua maioria, da Secretaria Municipal de Saúde e alguns da Unicamp.

Em 1988, a Secretaria Municipal de Saúde reivindicou à Secretaria Estadual a criação de “Grupo Municipal de Vigilância Epidemiológica”. Financiado pelo convênio das AIS, é estruturado por meio da Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (Cims). Em 1989, é integrado à Divisão de Controle do Meio Ambiente da Secretaria de Saúde, que já incorporava os Serviços de Controle de Zoonoses, Fiscalização Sanitária e da Alimentação Pública. Assim, foi criado um Sistema de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental, embrião da futura Coordenação de Vigilância à Saúde (CoViSa) e atual Departamento de Vigilância à Saúde (DeViSa) (ABRAHÃO, 1994).

São dispositivos e ferramentas que dão à Secretaria Municipal de Saúde um caráter de modernidade. Várias dessas instituições só serão experimentadas em outros municípios a partir dos anos 2000, como pude verificar como Consultor do Ministério da Saúde, como diretor do Cosems-SP e como secretário de saúde de dois outros municípios do Estado de São Paulo. É uma rede já mais avançada em relação ao seu modelo de cuidado, preocupada não só com a reabilitação e a cura, mas também com a prevenção de doenças e promoção de saúde. São comuns agora os grupos terapêuticos, de vivência, a coleta de citologia oncótica, a ampliação da cobertura vacinal com vigilância de faltosos e a busca ativa deles, atividades de promoção de saúde em parceria com escolas e outras instituições do território.

Entretanto, a atenção à saúde no município é largamente hegemonizada pela iniciativa privada, por meio de um mercado nascente de convênios e cooperativa médica (Unimed) e por hospitais e ambulatórios privados conveniados ao Inamps. Dados de um documento da Secretaria de 1989 (CAMPOS, 1989) avaliam a cobertura dos próprios municipais em torno de 20%, ou seja, ainda predominam os serviços privados contratados e credenciados pelo Inamps como locus preferencial da população na busca de cuidados médicos. Por conseguinte, a possibilidade de implantação de uma Atenção Primária à Saúde, pública e

capaz de integrar prevenção de doenças, promoção de saúde, reabilitação e cura fica restrita a uma margem pequena da população, os moradores de periferias e favelas da cidade, quase sempre de baixa renda, ainda que na sua maioria trabalhadores com “carteira assinada”. É nesses bairros e para esses usuários que se volta o Sistema Municipal de Saúde.

À guisa de conclusão, perfilando as mudanças que ocorrem na Secretaria de Saúde, está o conceito saúde-doença, já desenhado na década anterior, no qual estão postos como determinantes fundamentais os socioeconômicos, a inserção de classe e as condições de trabalho, somando-se aos biológicos. Desenha-se, lenta e gradualmente, a concepção de saúde como direito de cidadania, num movimento anti-hegemônico ao modelo liberal privatista previdenciário que predomina na cidade.

Outro nítido movimento, que aparece expresso em vários dos documentos produzidos pela Secretaria de Saúde à época, é o da municipalização, tida como estratégia de suma importância para a democratização da gestão e fortalecimento da participação popular.

Há uma nítida tentativa de superar um modelo fortemente hospitalocêntrico e médico centrado, criticados por seu pequeno impacto nos determinantes não biológicos do processo saúde adoecimento. Contudo, na minha avaliação, a conjuntura não permitiu romper com esse modelo, até hoje presente nos serviços da secretaria de saúde. Os enfermeiros e os auxiliares de saúde, posteriormente, os auxiliares de enfermagem tomam papel estratégico nessa tentativa de construir um modelo mais preocupado com o cuidado, com as vulnerabilidades sociais, com a prevenção de doenças e promoção da saúde. Entretanto, até pela quantidade de médicos alocados no serviço, embora se aponte nessa, direção não se consegue o objetivo almejado.

Desenha-se, com efeito, um modelo de assistência no qual a integralidade e a equidade são princípios a ser perseguidos, em que pese todas as dificuldades para sua consecução.

Pertinente com essa concepção de saúde e com o modelo que vai se construindo, a gestão toma contornos democráticos, com participação, ainda que incipiente, de trabalhadores e gestores.

Ao final da década, portanto, convivem no município dois modelos de atenção de financiamento público: um, ainda hegemônico, o liberal-privatista previdenciário, com seus

hospitais e ambulatórios contratados e credenciados; e outro, da Secretaria Municipal de Saúde, com uma atenção primária que, paulatinamente, vai ganhando em importância como porta de entrada do sistema público de saúde e alguns serviços de referência (Programa de Saúde do Trabalhador, Controle de Zoonoses, Vigilância em Saúde), além de serviços estaduais e da Puccamp, em certa medida, integrando-se em uma rede hierarquizada.

A concepção de saúde-adoecimento que marca o período, ainda que as práticas não tenham conseguido ir às últimas consequências, está intimamente relacionado aos processos sociais, culturais, econômicos e ambientais. As necessidades de saúde, além dos cuidados com o corpo doente, se conectam com a história, com a inserção classista, com o contexto político e socioeconômico. Compreende-se que as práticas médicas e os cuidados baseados em procedimentos não serão capazes de produzir saúde e mudar seus indicadores, necessitando tornar o usuário sujeito do seu processo de cuidado. E mais, desenvolver a consciência sanitária e política sobre a necessidade de mudanças nas condições socioeconômicas e de vida, interferindo em outros determinantes do processo saúde-adoecimento, como a violência, a falta de moradias adequadas, a péssima distribuição de rendas, entre outros.

Apesar dos avanços, particularmente com a criação de novos serviços e a assunção por parte do município da responsabilidade, em certa medida, pela gestão do sistema, ao final da década (1989), a Secretaria de Saúde não consegue ampliar sua cobertura para além dos 20% nos seus serviços próprios. Outro fator limitante é o corporativismo médico: a maioria se recusa a cumprir a jornada contratada e se propõe a atender 16 consultas no menor tempo possível, dando por cumprida sua função. A gestão municipal não tem força para mudar esse estado de coisa e, como consequência, as consultas, ainda que agendadas, são do tipo queixa-conduta, com prontuários inadequados, pouca vinculação entre médicos e pacientes. Assumem papel importante no cuidado os auxiliares de saúde e os auxiliares de enfermagem formados no Larga Escala, bem como os enfermeiros das maiores unidades, assumindo papel relevante no acompanhamento de crianças, na realização de pré-natal, atividades de prevenção e de educação em saúde.

6. 3. Os anos 1990 – O “Modelo em Defesa da Vida”

6.3.1. De 1989 a 1992 – Proposição e implementação de um modelo: “Em Defesa da Vida”.

Em 1989, assume o Governo Municipal o Partido dos Trabalhadores e a direção da Secretaria, capitaneada por Gastão Wagner de Souza Campos, vanguarda do movimento sanitário, é entregue a sanitaristas. Na sua maioria, são militantes do Núcleo de Saúde do PT e têm experiência em gestão de serviços locais, parte deles provenientes dos quadros da própria Secretaria de Saúde.

No Brasil, após a promulgação da constituição de 1988 até 1990, ano da promulgação das Leis Orgânicas da Saúde, continua valendo o convênio Suds. Assim, quando de fato se faz valer os artigos constitucionais para o setor Saúde, estamos diante de uma situação contraditória. Se a Constituição de 1988 é marcada por um projeto de Proteção Social, particularmente por meio da Seguridade Social, que inclui a Saúde, a Previdência e a Assistência Social, no início dos anos 1990, com a ascensão de Collor de Melo à presidência da república, ocorre uma inflexão política. O governo é agora de cunho nitidamente neoliberal, que questiona a saúde como bem público, universal e de responsabilidade do estado na sua implementação. Além da demora de dois anos para a promulgação das leis orgânicas, a Lei 8.080 sofre inúmeros vetos por parte do executivo, e só parcialmente são recuperados com a Lei 8.142. Os vetos se dão principalmente no que se refere ao financiamento e à participação popular, mostrando a disposição do executivo em promover inflexões na proposta de estado de bem-estar desenhado na Constituição.

Por outro lado, em Campinas, o governo está disposto a implantar, no município, ainda que remando contra a maré do governo central, os dispositivos constitucionais em relação à saúde. Se a década que está se encerrando foi marcada pela luta pela municipalização da saúde, na medida em que o contexto permitia, tensionando com o Inamps e o governo estadual pela gestão dos serviços públicos de saúde, agora esse processo se tornará mais intenso, já que respaldado pela Constituição recém-promulgada e, no ano seguinte, pelas leis orgânicas da saúde.

O secretário de saúde era proveniente do Departamento de Medicina Preventiva da Unicamp e tinha sido diretor do Centro de Saúde Escola de Paulínia. É um intelectual e já nessa época tem uma grande produção acadêmica em defesa de um sistema único de saúde, público,

descentralizado, no qual a integralidade da atenção e processos democráticos de gestão são objetivos essenciais, o que irá influenciar, sobremaneira, os destinos da Secretaria Municipal de Saúde.

Na Faculdade de Medicina, tinha participação ativa no Laboratório de Administração e Planejamento do Departamento de Medicina Preventiva (Lapa), responsável por formulações teóricas que serão experimentadas e testadas em serviços de saúde de vários municípios brasileiros (Betim, Sumaré, Campinas, Paulínia) (CARVALHO, 1997).

Dentre as formulações do Lapa, e muito particularmente por Campos, está o Modelo Assistencial em Defesa da Vida. Nas palavras de Campos tem como princípio

além de planejar e elaborar estruturas e processos de atenção à saúde, também criar uma nova dimensão ética para a luta por saúde. Construir mecanismos de gestão e um estado de espírito que tornem inadmissível o desempenho profissional de um médico que não esteja voltado para a defesa do paciente e da saúde; intolerável a permanência de uma instituição que não produza benefícios à saúde das pessoas ou da coletividade, enquanto atividades assistenciais, ou de pesquisa de formação de recursos humanos. É urgente a criação de mecanismos técnicos e sociais de controle que tornem viável um sistema com qualidade e eficiência. Estes mecanismos devem estar voltados para tornar impossível a continuidade da utilização privada da empresa pública, por indivíduos, governos ou grupos corporativos. Há respaldo social para este tipo de ação política, que por imobilismo da esquerda vem sendo utilizada pela direita, pelos conservadores, para degradar uma série de instituições que nos interessa resgatar, reformar e transformar, e não liquidar, conforme pretendem os neoliberais (CAMPOS, 1991)

É com esse estado de espírito que assume a Secretaria de Saúde e começa um profícuo movimento de mudanças, seja na ampliação do acesso, seja no modelo de gestão da Secretaria ou no modelo assistencial.

Em 1989, é um ano de formulações, com discussões sobre as mudanças necessárias para se consolidar um sistema de saúde voltado para a maioria da população campineira, integral, equânime e com participação popular.

Em junho de 1989, é organizado um seminário com os coordenadores de serviços da Secretaria de Saúde, cujo tema é “Como transformar a rede básica de Campinas na principal porta de entrada do sistema”. (CAMPOS, 1989 – documento escrito para orientar o seminário)

Naquele momento, a cidade tinha 36 Centros de Saúde e, segundo esse documento, era responsável por menos de 20% da demanda ambulatorial da cidade e 55% da cobertura vacinal. Os centros de saúde estão mais voltados para as ações programáticas e raramente atendem à demanda espontânea, embora seja esta a orientação da Secretaria de Saúde. Segundo ainda o documento, a principal queixa da população é a demora em agendar consultas, a demora em ser atendido no dia marcado e não ser atendido quando apresenta uma queixa aguda ou que considera necessário ser visto o mais rápido possível. Assim, os casos agudos são atendidos nos prontos-socorros do Mário Gatti, da PUCC, da Unicamp e nos hospitais privados contratados pelo Suds.

Os médicos da rede municipal e estadual, em média, cumprem 50% da jornada contratada, dificultando o acesso e, pior, praticando uma clínica de pouca qualidade, tipo queixa-conduta. Segundo o documento, são justificativas para explicar “o reduzido compromisso social, a ausência de profissionalismo e até mesmo a pequena resolutividade das ações médico-sanitárias”, os baixos salários e as precárias condições de trabalho. Uma das conclusões da oficina é a necessidade de problematizar a jornada de médicos e dentista e se exige o cumprimento integral do contrato de trabalho, o que se conseguiu após cansativas reuniões e disputas com sindicato dos médicos e representantes da categoria.

Como produto do seminário, uma das principais, se não a principal diretriz apontada no documento, é “assegurar atendimento imediato a todas as intercorrências clínicas, ao mesmo tempo em que não se abandonam normas de seguimento e as ações coletivas.” Isto tanto vale para a clínica médica quanto para a clínica dos dentistas. Para isto, o seminário propõe

discutir esses temas e o papel de cada profissional de saúde para a consecução desses objetivos.

Embora não se possa dizer que os princípios e as diretrizes do então denominado Modelo em Defesa da Vida tenham sido traçados nesse seminário e em outros que ocorrem ao longo de 1989 e 1990, haja visto que já vinham sendo elaborados no Lapa do Departamento de Medicina Preventiva, essas discussões foram essenciais para a sua formulação e práxis. Assim é que gradualmente se formulam propostas enfileiradas no Modelo Em Defesa da Vida que, na sua essência, propunha 4 mudanças de fundo: uma gestão democrática com participação dos trabalhadores e usuários, integração entre saúde pública e a clínica, humanização das práticas de saúde e acolhimento do usuário durante todo o tempo como dispositivo para ampliar o vínculo com o profissional de saúde.

Em relação à gestão, Campos diagnostica que a prática dos profissionais de saúde, particularmente as dos médicos é muito autônoma. Essa autonomia é fruto da predominância das práticas de mercado na produção dos serviços de saúde. O trabalho do profissional de saúde, particularmente do médico, é próximo do trabalho artesanal, ou seja, ele pode trabalhar isolado, ainda que auxiliado em parte do seu trabalho, o que lhe permite ser remunerado como uma unidade de produção.

Por conseguinte,

neste padrão de serviço há como que um primitivismo na gestão: não há planejamento, não há nenhum mecanismo de controle de produção ou de qualidade, há imprevisibilidade de gastos e de receitas, e toda a administração cuida do suprimento de materiais e da parte não universitária dos recursos humanos (CAMPOS, 1991).

Ainda segundo Campos,

os médicos têm um peso decisivo na constituição concreta de um dado modo de produção de serviços de saúde, e não de outro, teoricamente possível, mas que tenderia a neutralizar suas aspirações corporativas, quer houvesse uma socialização resultante de uma intervenção maciça do Estado, quer por um radical processo

de empresariamento do setor, que tenderia a submeter estes profissionais ao controle absoluto do grande capital (CAMPOS, 1991).

Esta autonomia relativa dos médicos os torna atores importantes no campo da política de saúde, e a categoria tem sido o “intelectual orgânico”, “elaborador, difusor e guardião do tal projeto neoliberal para a saúde” (CAMPOS, 1991) e impõe resistências às mudanças que possam exigir deles trabalho em equipe multiprofissional, respeito ao trabalho coletivo e reconhecimento da saúde enquanto direito de todos. Exige-se, portanto, que a gestão dos profissionais de saúde, particularmente dos médicos, seja tal que “os bons tenham esperança e os maus tenham medo”, conforme texto de Jurandir Freire, selecionado para leitura dos gestores pelo próprio Campos. Para que os “bons tenham esperança”, propõe gestão participativa, salários compatíveis com o mercado, condições adequadas de trabalho, apoio ao trabalho por meio de capacitações, etc. Para que os “maus tenham medo”, propõe não tergiversar sobre punições sempre que se detectar fraudes à jornada de trabalho, maus tratos aos pacientes, desrespeito ao trabalho de outras categorias profissionais, etc, superando assim a alienação dos trabalhadores e constringendo aqueles que privatizam o espaço público.

Propõe ainda diretrizes para “uma gestão que contribua para consolidar e impulsionar as iniciativas reformistas e transformadoras do sistema de saúde” (CAMPOS, 1991): radicalizar o processo de descentralização até o nível da unidade de saúde e mesmo até cada equipe multiprofissional. Propõe flexibilização na hierarquização da rede, dado que a rigidez dessa hierarquia mais reduz que amplia a capacidade das equipes de produzirem saúde. Portanto, guardando as devidas proporções e a economia de escala, cada unidade de atenção primária poderia concentrar tecnologia suficiente para resolver a maioria dos problemas dos usuários sem a necessidade de encaminhá-los, por problemas não tão complexos, aos especialistas.

Para facilitar a descentralização de poder da Secretaria para os níveis locais foram criadas, ainda que informalmente, as Regiões de Saúde, em número de quatro. A cidade foi dividida em quatro áreas, cada uma delas sob a responsabilidade gestora de um coordenador regional e uma equipe técnica que apoiavam os coordenadores de unidade na realização do planejamento, do monitoramento de resultados, mudanças nos processos de trabalho, implantação de programas e ações, resoluções de conflitos e apoio à administração local. As

regiões de saúde não tinham sedes próprias e seus coordenadores se alojavam no próprio prédio da Secretaria de Saúde. Também tinham assento no Colegiado Gestor da Secretaria com status de diretor, embora não houvesse a nomeação formal.

Cada unidade de saúde teria um coordenador com funções administrativas, mas principalmente capaz de pactuar com suas equipes objetivos estratégicos e modos para alcançá-los, bem como em processo coletivo, monitorar o alcance das metas, propondo pactos de responsabilidades para as transformações necessárias nos processos de trabalho. Sua gestão deveria incluir trabalhadores das equipes de referência em colegiados que deliberassem sobre os processos de trabalho, planejamento e monitoramento das ações.

Romper com a organização hierarquizada das corporações é outra diretriz importante. Os serviços, particularmente os maiores, como os hospitais e os ambulatorios, mas mesmo os de atenção primária se organizariam por equipes responsáveis por um dado processo de cuidado: em vez de equipe de pediatras, equipes de saúde da criança; em vez de equipe de ginecologistas, equipe de saúde da mulher, e assim sucessivamente, incorporando nas equipes de referência, horizontalizando o poder, todos os profissionais com aquela função. As Equipes de Referência deveriam ter reuniões com dada periodicidade, coordenadas por qualquer um dos seus profissionais, para discussões de casos, planejamento de ações, monitoramento de alcance de metas, etc.

Também o governo central da Secretaria precisa ser democratizado e já nos primeiros dias se instituiu um colegiado gestor da Secretaria de Saúde, coordenado pelo secretário de saúde no qual tem assento o diretor de saúde, o diretor administrativo, o presidente do Mário Gatti e outros dirigentes da Secretaria de Saúde. Daí em diante, todos os documentos que orientam as mudanças na Secretaria de Saúde são escritos coletivamente ou passam pela aprovação desse Colegiado. Também tem como atribuição coordenar o planejamento da Secretaria, monitorar a implantação e a execução de programas, buscar soluções para crises institucionais e políticas, etc.

Em cada departamento, por sua vez, são implantados colegiados gestores com participação de representantes dos trabalhadores. O mesmo acontece no Hospital Mário Gatti, que se não mais se organizará por corporações, mas por áreas tais como a Saúde da Criança, Ortopedia,

Cirurgia, onde se formam equipes multiprofissionais com médicos, enfermeiros, auxiliares, fisioterapeutas e outros num “coletivo organizado para a produção”. Participam dos colegiados, além do gestor de cada uma desses – que pode ser qualquer profissional de nível universitário – representantes dos trabalhadores. Também a direção central do hospital se dá por meio de um colegiado gestor com representantes dessas várias áreas.

As ações de cada serviço de atenção básica devem orientadas pelas necessidades em saúde do usuário de cada território sob sua responsabilidade. Parte do princípio de que necessidades de saúde se constroem social, política e culturalmente, necessitando que cada trabalhador se relacione com um sujeito, cujas necessidades nem sempre são biológicas, embora muitas delas o sejam ou reflitam no corpo. A organização da prática, portanto, não pode estar comprometida com procedimentos, mas com busca, compartilhada com o próprio usuário, da melhor maneira de resolver seu problema quando assim ele o apresenta. O conceito de saúde que pode orientar esse tipo de processo de trabalho foi assim sintetizado por Jeni Vaistman: Saúde como fruto da sociabilidade, da cultura, das condições socioeconômicas, da subjetividade, incidindo sobre um corpo que é também biológico. (VAISTMAN, 1992)

Esse modo de encarar o processo saúde-adoecimento exige práticas que dialoguem com o sujeito, que o compreenda portador de deveres e direitos e, portanto, responsável, em grande medida, pela sua saúde. Não pode ele, o usuário, ser considerado objeto de uma prática ou alvo de procedimentos, mas com autonomia suficiente para pactuar seus processos de cuidado, cura ou reabilitação.

Dialogar com as necessidades de cada sujeito-paciente só é possível se o acolher sempre que demanda o serviço de saúde, escutando-o e interagindo com sua queixa quando ela se manifesta, independentemente de sua demanda, retraduzindo-a técnica e politicamente em ações de saúde de várias naturezas e ofertadas pelos vários profissionais de saúde de uma equipe ou por vários serviços da rede. Não é função do médico ou de outro profissional isolado, mas de toda a equipe.

Esse acolhimento tem como objetivo ir ao encontro do processo concreto de universalização da saúde, aumentar a legitimidade e satisfação com os profissionais de saúde e equipes, ampliando o vínculo entre cuidadores e pessoas sob cuidado.

Estudos apontam que a satisfação com o médico (ainda...) e, secundariamente, com um serviço de saúde, aliada à resolutividade, além de melhorar a produção de saúde, são fatores que reduzem a busca de serviços de saúde a uma concentração adequada.

Portanto, para que se possa acompanhar, prevenir e promover saúde faz-se necessário acolher o usuário quando manifesta sua necessidade, pelo menos durante todo o tempo em que a unidade permanecer aberta.

Por último, uma política de humanização dos serviços de saúde, que incluía as mudanças do modelo de atenção (acolhimento e vínculo e aumentos de gradientes de autonomia dos usuários), “desalienação” dos trabalhadores através dos mecanismos de participação em coletivos organizados para a produção, bem como melhoria das condições de trabalho e de ambiência das unidades de saúde.

Ocorrem intensas e acaloradas discussões e debates com gestores e trabalhadores para se implantar dispositivos e ferramentas capazes de operacionalizar as diretrizes do modelo no cotidiano das unidades de saúde e para a construção de uma rede que incluía os serviços estaduais e federais municipalizados, bem como o Hospital Mário Gatti. São realizadas oficinas e seminários para se discutir acolhimento, gestão participativa, integração entre vigilância em saúde e clínica com a descentralização da primeira, particularmente da vigilância epidemiológica para os serviços de atenção primária.

Com o objetivo de melhorar o cuidado do usuário que necessita de encaminhamentos para serviços de maior complexidade tecnológica, implanta-se a regulação com mecanismos incipientes ainda, mas que tem como princípio uma “regulação viva”, ou seja, buscamse dispositivos para que profissionais da atenção primária possam dialogar diretamente com os especialistas, seja de ambulatórios, seja de hospitais, para garantir que casos mais complexos e mais necessitados não ficassem em filas por “ordem de chegada”. Assim é, por exemplo, que casos com suspeitas de cânceres deveriam estar nos serviços especializados em no máximo 3 dias, a equipe da atenção primária responsabilizando-se pelo encaminhamento e pelo diálogo com os serviços e os profissionais especializados.

Do ponto de vista estrutural, que tinha como objetivo a melhora da ambiência, das condições de trabalho e facilitação do acesso, contribuindo com a política de humanização, estabeleceu-

se como meta um Centro de Saúde para cada 20 mil habitantes em média, priorizando-se as áreas de maior vulnerabilidade. Cada uma dessas unidades teria como equipe, em média, 3 pediatras, 3 ginecologistas e 4 clínicos trabalhando no período da manhã e equipe semelhante no período da tarde. Cada serviço teria ainda, em média, 3 a 4 enfermeiros, além de auxiliares de enfermagem, auxiliar administrativo, zeladores, entre outros.

Ênfase foi dada à ampliação dos dentistas na atenção primária, bem como ampliar o número de equipes odontológicas e a garantia de material adequado para o trabalho. Na época, tinham-se dentistas nas escolas. Avaliou-se que seriam mais efetivos se deslocados para trabalhar nos serviços de atenção primária e, assim, iniciou-se uma grande discussão com a Secretaria de Educação, Gestores Locais dos Serviços e com os próprios dentistas. Estes, a princípio, se mostraram muito resistentes à mudança, o que só foi ocorrer muitos meses depois.

Ainda em 1990 iniciam-se debates com representantes do Movimento Popular de Saúde, dos gestores e trabalhadores para a formulação da Lei do Conselho Municipal de Saúde e dos Conselhos Locais de Saúde.

Promulgada em 27 de dezembro de 1990, a lei cria o Conselho Municipal de Saúde e dispõe sobre a composição e suas competências e atribuições na gestão da Saúde do município de Campinas.

Em 2 de junho de 1991 é promulgada a lei que cria os Conselhos Locais de Saúde com o objetivo de acompanhamento, avaliação, indicação de prioridades para as ações de saúde a serem executadas pela unidade, o estabelecimento, controle e avaliação da Política de Saúde na área de abrangência da Unidade de Saúde, seguindo as diretrizes da Política Municipal de Saúde. Tem composição tripartite com representação da Administração (2), dos Trabalhadores da Saúde (2) e da Comunidade (4), na proporção de 1:1:2, respectivamente.

Ambas as leis têm sua gênese no reconhecimento de usuários como cogestores do Sistema de Saúde, incluindo-os diretamente na gestão dos serviços, contribuindo para ampliar o controle social sobre as políticas públicas, bem como aumentar sua própria responsabilização pelos destinos do sistema de saúde municipal e, no nível local, pelos processos de trabalho dos cuidadores, considerando os usuários como sujeitos de direitos.

Outro movimento importante e significativo não só para Campinas, mas para todo o Brasil, foi da Reforma Psiquiátrica no município.

Havia, desde a década de 1970, particularmente a partir de 1978 (Campos, 2000) movimentos que buscavam mudar a forma como se tratava os doentes mentais no Brasil – internação, uso excessivo de medicamentos, isolamento social, sendo que alguns hospícios e manicômios estavam mais próximos de presídios e campos de concentração que serviços de cuidado, recuperação e cura.

Estes movimentos, ainda que com diferenças entre eles, eram compostos por vários atores (sanitaristas, intelectuais da área de saúde, usuários da saúde mental, seus familiares, entre outros). Amarante, citado por Campos, destaca a importância do Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental esparramados por várias organizações – Núcleos Estaduais de Saúde Mental dos Sindicatos dos Médicos, Movimento de Renovação Médica, Rede de Alternativas à Psiquiatria, entre outros.

Entre as principais reivindicações do Movimento Antimanicomial constavam o tratamento em liberdade, com o fechamento dos leitos em hospitais psiquiátricos; a atenção primária como porta de entrada para também as doenças mentais; espaços de cuidado (Centros de Apoio Psicossocial) como locus de cuidados para pacientes que necessitassem de cuidados mais intensos e possibilidades de inclusão no mercado com oficinas de geração de renda.

Em Campinas, o Sistema Público de Saúde, em 1989, tinha equipes de Saúde Mental em um terço das suas unidades de atenção primária (em dez centros de saúde), bem como dois ambulatorios, um estadual e outro municipal. As internações dos pacientes usuários desses serviços se davam em hospitais filantrópicos conveniados com a Previdência, particularmente o Hospital Dr. Cândido Ferreira e o Hospital Tibiriçá, entre outros. Havia ainda leitos na Enfermaria de Psiquiatria da Unicamp e da PUCC. Há de se lembrar que, desde 1976, já havia psicólogos em três de seus oito serviços de atenção primária. Em 1978, foi inaugurado seu Ambulatório de Saúde Mental, e em 1980 o Ambulatório Estadual de Saúde Mental (Campos, 2000). Em 1982, tinham profissionais de saúde mental (psicológicos, psiquiatras e terapeutas ocupacionais) em 10 dos 30 postos de saúde

municipais. Em 1986, foi inaugurado na PUCC a Unidade Psiquiátrica de Urgência, somando-se aos leitos já existente na sua enfermaria de psiquiatria.

Em 1989, quando o PT assume o governo, segundo Campos, os hospitais psiquiátricos de Campinas ocupavam 80% dos convênios do Suds, com 697 leitos contra 442 de todas as outras especialidades ou internações gerais.

Em março de 1989, acontece um Seminário de Saúde Mental que define algumas diretrizes para essas políticas no município: as unidades de atenção básica terão equipes de saúde mental compostas por no mínimo psiquiatra e psicólogos que farão os atendimentos específicos; estas equipes interagirão com as equipes de saúde da atenção primária para apoiar o cuidado de casos de distúrbios emocionais que as equipes demandem; serão realizadas ações e atividades nas comunidades com o objetivo de reduzir a necessidade de internação e facilitar a integração dos pacientes à comunidade, evitando sua segregação; serão criadas unidades intermediárias entre a internação e os ambulatorios para o cuidado de paciente de maior complexidade; reduzir o tempo de permanência dos pacientes internados. Segundo Campos, o “Seminário referendou a mesma política que era marca do início da implantação dos serviços de saúde mental na cidade”.

Por conseguinte, expandiram-se as equipes de saúde mental na atenção primária de sorte que, em 1989, 19 Centros de Saúde possuíam essas equipes. Nesse mesmo ano, fechou-se o ambulatório de Saúde Mental Municipal, aproveitando-se seus profissionais na rede básica.

Em 1990, a Prefeitura assume o Sanatório Dr. Cândido Ferreira por meio de uma lei de cogestão aprovada na Câmara naquele mesmo ano, visto que a entidade mantenedora não tinha condições financeiras para mantê-lo. Tinha 131 internos cuidados em péssimas condições, dado o próprio modo que era a tradição de funcionamentos de hospícios no Brasil, associado às deficiências financeiras e técnicas para o cuidado. A maioria era formada por pacientes cronicados na sua internação, sem laços familiares, internados há muitos anos, alguns por décadas.

Este fato provoca uma reviravolta na política de saúde mental do município. Decidiu-se por

desospitalizar: rever diagnósticos, recuperar histórias, localizar famílias, reabilitar com atelier e oficinas de trabalho – e reinserir na

vida social. Do hospital ao território exigia um trabalho de atenção psicossocial que se ocupasse da loucura de forma diferente do que fazia um CS. Era preciso um modelo usuário-centrado com projetos que respeitassem a singularidade. (CAMPOS, 2000)

Também decide-se fechar os leitos do Sanatório Tibiriçá, para posteriormente fechar o próprio sanatório.

Haveria, portanto, a necessidade de alterações profundas do modelo: criação de moradias assistidas para aqueles que não tinham famílias, oficinas para geração de renda e reabilitação psicossocial, criação de Centros de Apoio Psicossocial (Caps) e tornar de fato a atenção primária porta de entrada para o sofrimento psíquico, cuidado não só pelas equipes de saúde mental, mas também pela equipe de saúde da atenção básica.

Esse processo obrigou também a modificar a prática das unidades de saúde. Buscava-se, com muita resistência da rede, torná-la porta de entrada também para os casos de saúde mental não mais pela equipe específica de mental, mas pelas próprias equipes de atenção básica.

Fazia-se necessária a criação de Centros de Apoio Psicossocial para trabalhar a reabilitação psicossocial das pessoas egressas das internações hospitalares e para receber os pacientes em crise, evitando-se as internações hospitalares. Portanto, deveriam ser serviços 24 horas, capazes de garantir hospitalidade aos que não necessitassem de internação e de cuidado na crise àqueles em sofrimento agudo.

Contudo, com o rompimento do prefeito e o Partido dos Trabalhadores (PT), várias pessoas da equipe da Secretaria de Saúde saem da gestão, inclusive o secretário, o que irá atrasar as mudanças.

Os primeiros Caps só são implantados em abril e maio de 1993 e, ainda assim, não funcionam 24 horas, dificultando as transformações necessárias, que só vão se consolidar na década seguinte. Não obstante, Campinas tornou-se um dos municípios expoentes da Reforma Antimanicomial.

Em 1989, é planejada a construção de um hospital na região do Ouro Verde, região das mais carentes da cidade, sem nenhum leito hospitalar naquela época, público ou privado. O hospital mais próximo é o da Puccamp, na região noroeste da cidade.

Em 1990, o Programa de Saúde do Trabalhador que até então funciona no CSI transfere-se para sede própria, tornando-se o embrião do futuro Centro de Referência de Saúde do Trabalhador. Nesse ano, se inicia a construção do Complexo Hospitalar Ouro Verde, que só se completaria aproximadamente 15 anos depois.

Até o final da década de 1980, com um sistema de saúde fragmentado em várias instituições, precariamente integradas por frágeis pactos de gestão, a Secretaria de Saúde de Campinas era gestora de fato de uma rede básica ainda pouco significativa do ponto de vista da cobertura populacional (em torno de 20%).

A promulgação das leis orgânicas da saúde, em 1990, não obstante a incompletude delas, permite que a Secretaria de Saúde dê passos importantes rumo à consolidação de um sistema municipal de saúde, com uma rede de atenção primária, secundária e terciária por meio do Hospital Mário Gatti, agora subordinado à Secretaria Municipal de Saúde.

Inicia-se um conjunto de discussões, logo após a promulgação da lei 8.080/90, na Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) com vistas à municipalização dos PAMS. Em abril daquele ano, concluiu-se o projeto, posteriormente modificado para atualização de custos e por causa das disputas entre órgãos federais e a prefeitura pelos prédios onde funcionavam.

Em dezembro de 1990 ocorre outro importante seminário para discutir a atenção secundária que, com a municipalização dos serviços federais e estaduais, seria, em grande medida, realizada pela Secretaria Municipal de Saúde (até então era feita nos PAMS, mas sob gestão federal com participação marginal da Secretaria de Saúde, ou nos serviços privados contratados via Suds). Para melhor conhecer os serviços federais a serem municipalizados, foi realizada uma pesquisa com os usuários que revelou o seguinte:

90% eram de Campinas; desses, 50% da região central da cidade; os outros 50% estão dispersos pelos vários bairros, sempre em uma ordem dos mais próximos do centro; 60% são consultas de retornos e todas as outras, exceto 3,5%, encaminhadas pela rede de postos de saúde, são de demanda espontânea.

Outro diagnóstico importante foi a constatação que não há nenhuma gestão sobre o corpo clínico, cada um fazendo a jornada que quer, a clínica que quer, obedecendo apenas ao número de 16 consultas por período.

Como conclusão, decidiu-se por transferir o pessoal do Inamps e da Secretaria Estadual para a prefeitura (municipalização) e, a partir de então, a gestão dos serviços seriam de competência da Secretaria Municipal de Saúde e os cargos vagos seriam preenchidos pela municipalidade; o Ministério da Saúde, que continua responsável pela folha de pagamentos, também se responsabiliza por prover a prefeitura com os recursos financeiros necessários caso haja necessidade de contratações para substituição dos atuais servidores (aposentadoria ou morte); serão exigidos dos médicos o cumprimento da carga horária contratada; os prédios, equipamentos e mobiliários ficarão com a Secretaria Municipal de Saúde, via Termo de Cessão de Uso.

Em março de 1992, ocorre um seminário com a participação dos coordenadores dos Serviços Secundários recém-incorporados à Secretaria de Saúde: Centro de Saúde I (CS I) ou Faria Lima e os três PAMs do Inamps. Nele se decide que o CS I manterá uma dupla característica: de serviço de atenção básica e de especialidades; serão fundidos os PAMs da Campos Sales e da Barão de Jaguará, que passará a funcionar no segundo, como unidade básica para o centro da cidade; os outros dois PAMS continuarão como serviços ambulatoriais secundários.

Outra conquista importante do ano de 1990 foi a criação do Centro de Educação do Trabalhador da Saúde (CETS). A Secretaria já havia fazia uma série de capacitações (destacase, por exemplo, o larga escala do final da década de 1980), seminários e oficinas. Sentia-se falta de um órgão que desse conta de uma metodologia que carregasse uma “intencionalidade ético-política” e que fosse transformadora das práticas em saúde, no sentido de garantir – se a incorporação dos princípios e diretrizes do SUS, recém-nascido, bem como fosse capaz de promover reflexões sobre o mundo do trabalho em saúde, capaz de provocar desalienação. Necessitava-se de pessoal com formação adequada e dedicação exclusiva a essas tarefas, bem como construir uma política de educação em saúde para Campinas que contemplasse a educação continuada dos seus trabalhadores, formação de conselheiros, encontro e trocas de experiência, divulgação de material educativo, entre outras atribuições. Posteriormente, se tornou responsável também pela relação com as várias escolas de nível médio ou

universitárias que se utilizavam do SUS como campo de formação e estágio. Hoje é o órgão responsável pela política de educação da Secretaria de Saúde, pela relação ensino-serviço, pela coordenação das residências médicas e de outras profissões e pela coordenação dos processos de educação permanente que ocorrem na Secretaria.

Neste primeiro período da década, de incorporação dos princípios e diretrizes do Modelo em Defesa da Vida, ocorrem duas conferências municipais.

Em 1990, ocorre a primeira. Seu relatório final referenda a necessidade de municipalização dos serviços de saúde públicos existentes no município, principalmente os PAMs do Inamps, ação necessária para se conformar o comando único da saúde pública no município. Em relação ao hospital da FCM Unicamp, este continuaria sob gestão estadual, mas seriam desenvolvidas “propostas que objetivem uma real integração dos Hospitais universitários com o SUS, permitindo maior clareza em relação ao compromisso assistencial dessas instituições” (Relatório da 1ª. CMS). Diga-se, a bem da verdade, objetivo nunca de fato alcançado, mesmo nos dias de hoje, não obstante a maior inserção desses hospitais no SUS local.

Na direção da consolidação da municipalização e do comando único, também é deliberação da conferência a municipalização da Unidade de Avaliação e Controle sob gestão estadual.

Em relação ao sistema de saúde da Secretaria Municipal de Saúde, delibera-se pela ampliação do atendimento, seja através da construção de novas unidades, de ampliação de turnos de atendimento nas unidades básicas e incorporação de novas atividades, tais como atendimento em saúde mental, saúde bucal, fiscalização sanitária e do meio ambiente, descentralização de algumas ações de Saúde do Trabalhador para os Centros de Saúde (atendimento e notificação do acidente de trabalho).

Há ainda deliberações sobre contratação exclusivamente por concurso público, plano de cargos e salários para os profissionais de saúde, agendamento de consultas com horário marcado, acolhimento da demanda espontânea, facilitação ao acesso do paciente às informações sobre sua saúde, dentre outras. Reconhecendo que saúde não se restringe às questões biopsíquicas, considera-se que a atuação do Conselho Municipal de Saúde deva ser também “junto às demais Secretarias e setores de nossa cidade”.

Em relação ao Controle Social, delibera-se por “apoiar e acompanhar a instalação de Conselhos Locais de Saúde em todos os serviços do SUS”, não se restringindo aos serviços de atenção primária.

Outra importante deliberação da 1ª. Conferência foi referendar a construção de um hospital na região sudoeste da cidade (região do Ouro Verde), conforme já vinha sendo proposto pelo Colegiado Gestor da Secretaria Municipal de Saúde. Assim é que em 1990, inicia-se a construção de um ambulatório que viria a fazer parte do Complexo Hospitalar Ouro Verde (Hospital, Ambulatório, Laboratório Municipal e Pronto socorro), que só ficaria totalmente concluído na década de 2000, após aproximadamente 15 anos do seu início.

Nesta conferência, o Colegiado Gestor do Programa de Saúde do Trabalhador, constituído por gestores da Secretaria Municipal de Saúde, sindicalistas de vários sindicatos representando os trabalhadores formais da cidade e trabalhadores do Programa, lançam um “Manifesto aos Participantes da 1ª. Conferência Municipal de Saúde”.

É um manifesto no qual critica a maneira pela qual a classe empresarial trata seus trabalhadores, com condições de trabalho inadequadas, provocadoras de adoecimento. Criticam ainda o poder público representado pelo Inamps, Delegacia Regional do Trabalho, Secretaria das Relações de Trabalho e Fundacentro por não exercerem fiscalização e regulação sobre as condições de trabalho e contratação dos trabalhadores por parte da empresa e por não prestarem suficientes cuidados à saúde deles. Conclamam, por fim, ao governo em pauta para assumirem responsabilidades gestoras também sobre a saúde do trabalhador, bem como ao Conselho Municipal de Saúde para ser um palco de discussões e deliberações sobre a Saúde do Trabalhador.

Ainda em 1991, ocorre a Segunda Conferência Municipal de Saúde, quando já da ruptura com Jacó Bittar, tendo José Roberto Miccoli como Secretário Municipal de Saúde.

O tema principal ainda é a municipalização da Saúde e o financiamento do setor no município (“Municipalização é o Caminho” é o chavão para o tema em pauta).

No documento guia para a discussão faz-se um diagnóstico da saúde no município, reconhecendo que o intenso crescimento populacional da cidade de maneira desorganizada aliada à profunda crise econômica que o país vivencia, com planos econômicos que não

resolvem a situação de penúria e as grandes diferenças sociais entre os moradores da cidade, faz com que haja uma sobrecarga crescente do Sistema Municipal de Saúde, não conseguindo dar conta da demanda por ações e atividades de saúde, particularmente nas regiões sudoeste e noroeste da cidade. Nestas regiões, os serviços de saúde ainda são poucos, há falta de profissionais, particularmente médicos e há demora em acessar os serviços de atenção primária. Também há filas de espera para procedimentos eletivos nos serviços secundários e terciários.

Outras causas dessa situação são consequências de uma oferta pública de serviços insuficientes para as necessidades da população. Embora o número de atendimentos na atenção básica do município tenha aumentado de 1988 para 1990 em 80% o número de consultas, ainda assim só realizou aproximadamente 50% das consultas necessárias segundo os parâmetros de programação da época (duas consultas de atenção básica por habitante por ano, considerando que 70% da população da cidade dependeria dos serviços públicos de saúde). Há também um grande déficit de leitos hospitalares. São ofertados 1.004 leitos, incluindo os psiquiátricos, para uma necessidade, segundo os parâmetros oficiais, de 1.769 leitos, com um déficit, portanto, de 765 leitos ou de 43% das necessidades. Tal discrepância entre oferta e necessidade é atribuída à falta de investimentos do governo federal, seja na construção de serviços próprios, seja na contratação na iniciativa privada. O documento cita a possibilidade de epidemia de dengue no município, com risco de agravamento da situação.

O documento faz uma avaliação do financiamento da saúde pública no Brasil, demonstrando que o Brasil é um dos países que menos gasta com saúde no mundo, em torno de 80 dólares por habitante por ano, o que equivaleria a 3,0% do PIB nacional entre gastos públicos e privados. Os países europeus investiam 9% do PIB e a Argentina gastava US\$ 100 per capita/ano, conforme o relatório da 2ª CMS.

É importante notar que o município havia mais que dobrado o orçamento da Secretaria de Saúde em relação ao ano de 1988 e dobrado em relação a 1987, não obstante a crise econômica que atravessa o País⁵, conforme tabela abaixo:

Quadro V: Orçamento da Secretaria Municipal de Saúde de 1987 a 1991

Fonte: relatório da 2ª. Conferência Municipal de Saúde

Ano	1987	1988	1989	1990	1991
Proporção do orçamento	7%	3,9%	14%	14%	14%

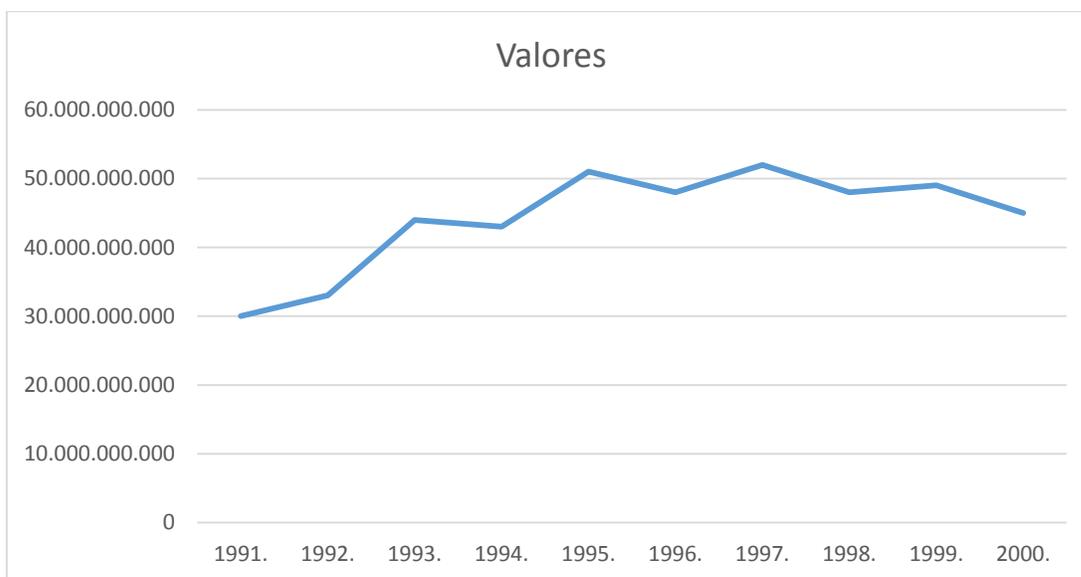
É fato que a partir de 1991, depois da lei orgânica da saúde, o governo federal aumentou seus gastos com saúde por força da universalização constitucional⁶ e, conseqüentemente, repassou

⁵ Do ponto de vista da economia, a década de 90, é também considerada, como os anos 80, uma “década perdida”. Pode-se dividi-la em duas fases. Até 1995, com inflação alta e planos fracassados na tentativa de estabilizá-la, como foi o plano Collor. Após 1995, com estabilização da inflação, mas sem crescimento do PIB, com piora da dívida pública e privatizações das grandes estatais. Outra característica, que vai influenciar no financiamento das políticas públicas é a parcela do orçamento reservado para pagamento da dívida pública, em torno de 3% do PIB, mais que a proporção que se gasta com saúde pública. A "década perdida" dos anos 80 apresentou forte interferência estatal, enquanto os 90 ficaram conhecidos como "a década perdida com reformas orientadas para o mercado" (Cislaghi et all)

⁶ “O gráfico abaixo demonstra os gastos do governo federal em saúde desde a implementação do SUS. Podemos notar inicialmente um incremento nos recursos para cobrir a ampliação da cobertura decorrente da universalização do sistema. Depois desse momento, porém, os recursos ficam estagnados numa faixa entre 40 e 50 bilhões de reais, tendo sido financiados principalmente pela CPMF até a sua extinção e pela Contribuição Social sobre o Lucro Líquido. Isso reflete a disputa por recursos dentro da seguridade social, mas, sobretudo, uma estagnação na totalidade dos recursos do orçamento da seguridade, apesar do governo ter ampliado a arrecadação de tributos nesse período. Entre 1996 e 2005 a arrecadação tributária aumentou 101,62%” (Salvador, 2007, citado por Cislaghi et all)

mais recursos para o município. Porém, como se verifica na tabela acima, a ampliação dos gastos municipais acontece antes e, mesmo posteriormente, mantém-se numa proporção elevada, superior aos 10% exigidos pela NOB 91, demonstrando o esforço municipal para a consolidação do SUS local.

Dentre as inúmeras deliberações, propostas e reivindicações, destacam-se as que exigem, por parte da Secretaria de Saúde, mais prestações de contas aos Conselhos Municipal e Locais, bem como permitir ao Conselho avaliação e monitoramento do plano de saúde; delibera-se, ainda, que os conselheiros possam acompanhar, por meio de comissões gestoras, os convênios da prefeitura com instituições privadas; as áreas de coberturas das unidades de saúde devem ter no máximo 20 mil usuários e devem desenvolver ações nas áreas da saúde mental com equipes específicas para isso, da criança, do adulto, da mulher, da bucal e de saúde do trabalhador (acidentes de trabalho) e vigilância epidemiológica e sanitária na área de cobertura; deve acolher o usuário durante todo o tempo de funcionamento, inclusive atendendo a demanda espontânea; reivindicam que sejam desenvolvidas ações que melhorem a integração entre serviços secundários, hospitalares e universitário com a rede básica, dado que há ainda muita fragmentação e não se pode dizer que há uma rede de atenção integral no



município; os PAMs do Inamps, agora municipalizados, devem ser racionalizados, dado que dois deles, além de serviços secundários, desenvolvem atividades básicas nas áreas da criança e da mulher. Assim, um dos PAMS se tornaria uma unidade básica para o centro da cidade, juntando os pediatras, clínicos e ginecologistas, enquanto os outros dois se tornam, de fato, unidades especializadas.

Para ampliar o acesso, reivindica-se que haja ampliação dos profissionais de saúde nos vários serviços, primários, secundários e terciários, contratação de leitos privados após ocupar toda a capacidade ociosa do Mário Gatti e referenda a construção de um complexo de saúde na região Sudoeste da Cidade (região denominada de Ouro Verde), com hospital geral e maternidade, ambulatório de especialidades, laboratório municipal e pronto-socorro. Delibera-se, ainda, por ampliar o horário de funcionamento das unidades até 22 horas e aos sábados pela manhã.

Fazem crítica à gestão da secretaria e exigem garantia de fóruns democrático com participação de trabalhadores para planejamento, avaliação e monitoramento dos planos e dos programas da saúde.

Reivindicam do governo federal para 10% a 15% dos seus gastos, ampliação dos gastos estaduais também para 10% a 15% e o orçamento municipal para 17%.

É possível afirmar que, embora com algumas poucas discordâncias, há afinidade política entre as demandas e as deliberações da Conferência e as proposições do Modelo e com a programação da Secretaria de Saúde.

Embora em 1991 tenha havido ruptura entre o Partido dos Trabalhadores e o prefeito Jacó Bittar, não houve interrupção na implementação do modelo. Não obstante a reacomodação das forças políticas e a saída de vários sanitaristas, inclusive do próprio secretário, o seu substituto é José Roberto Micolli, também militante do Núcleo de Saúde do PT, profissional de carreira da Secretaria de Saúde e militante do movimento sanitário. Foi um dos sanitaristas que ajudou no programa de governo do PT para a Saúde e, portanto, estava afinado com as propostas do modelo.

Contudo, esse dinamismo nas mudanças, com muitas oficinas e seminários, com participação de trabalhadores, usuários e gestores dos serviços assistenciais, sofre um impacto negativo.

É nítida a diferença, agora com os trabalhadores e usuários mais afastados da gestão e não por acaso é essa uma das reivindicações da segunda conferência.

Todas essas mudanças de reorientação do modelo assistencial e de gestão, feitas em pouco tempo, de maneira intensa e apaixonada segundo minha avaliação de ator participante do processo, tinha como principal objetivo contrapor-se ao modelo médico-assistencial privatista e de modelos de programação em saúde, burocrático-sanitário segundo as categorias de Silva Jr. (1998), superando também a ideia de rede básica como o local exclusivo da prevenção e da promoção de saúde. Embora não se tenha atingido todas as mudanças planejadas, foram relevantes para garantir legitimidade ao SUS no município, passando ter este valor de uso para os usuários e trabalhadores, superando o olhar de uma política voltada para os pobres. De outro lado, Campinas, que já assumia papel de vanguarda desde os anos 1970, se torna uma vitrine nacional, com várias das suas proposições sendo experimentadas em outros municípios, como Betim (MG), Paulínia (SP), Sumaré (SP), Belo Horizonte (MG), Contagem (MG), entre outros.

6.3.2. De 1993 a 1999 – Descentralização Administrativa da Prefeitura e da Secretaria de Saúde – O programa “Cidades Saudáveis”

Em 1993, assume a prefeitura de Campinas José Magalhães Teixeira com o propósito de realizar uma descentralização administrativa de toda a prefeitura.

Buscou inspiração em modelos praticados em algumas regiões metropolitanas, notadamente em Barcelona e em propostas do Governo Erundina na Prefeitura de São Paulo (MARTINS, 2004).

Foi aprovado um projeto na Câmara Municipal, criando quatro regiões administrativas, “correspondendo a uma cidade com cerca de 250 mil pessoas”, segundo o prefeito (apud Martins, 2004). A divisão em quatro regiões também levava em consideração critérios urbanísticos e fronteiras naturais formadas por vias públicas e “acidentes naturais”. Além da divisão em quatro grandes regiões, o projeto também criava:

- 1) o núcleo central de poder, com o Conselho de Governo e três Conselhos Setoriais (Desenvolvimento Social, Desenvolvimento Urbano e Meios Administrativos), 2) as quatro Secretarias de Ação Regional (SARs), cada uma com três departamentos orientados para as

áreas dos Conselhos Setoriais, 3) a Secretaria de Governo, e 4) a Secretaria de Recursos Humanos (MARTINS, 2004).

Magalhães Teixeira (apud Martins, 2004) comenta que a Lei 7.421

deu base legal à descentralização e criou os instrumentos institucionais do novo modelo de gestão: 1) O Conselho de Governo, para as políticas e diretrizes de âmbito municipal, com o Prefeito e todos os Secretários e Presidentes dos órgãos da Administração Indireta, 2) os três Conselhos Setoriais, para as políticas Sociais, Urbanas e Administrativas, cada um com o primeiro escalão da Administração Direta e Indireta respectiva, mais os quatro Secretários das SARs e o Secretário de Governo, 3) as quatro SARs, para o gerenciamento planejamento de operação e execução das atividades e serviços definidos como passíveis de descentralização, 4) a Secretaria de Recursos Humanos, para coordenação das políticas de Recursos Humanos e participar do processo de integração e descentralização administrativa, e 5) a Secretaria de Governo, para articular as ações de Governo, acompanhar e controlar o processo de integração e descentralização, e elaborar o orçamento do município. As Secretarias Setoriais (Educação, Saúde, Finanças e Recursos Humanos) foram mantidas com novo papel (MARTINS, 2004).

A Secretaria de Saúde criou as Coordenações Regionais de Saúde, uma para cada SAR, com uma equipe de aproximadamente dez profissionais de saúde, um dos quais o coordenador regional. Tinha, como atribuições, participar do planejamento regional da SAR respectiva e apoiar as unidades de saúde na execução dos seus planos. A sede dessas coordenações eram na própria SAR e tinham uma dupla subordinação: ao Secretário de Saúde e ao Secretário da SAR.

Do ponto de vista do modelo assistencial, a Secretaria de Saúde mantém as diretrizes do “Em Defesa da Vida” no que tange ao funcionamento de cada unidade, mas assume como diretriz essencial para o setor, a partir de 1994, coordenar a implantação do Programa Município Saudável. É baseado no “Cidade Saudável”, movimento surgido no Canadá em 1978, que se

consolida em 1986, a partir da I Conferência para a Promoção de Saúde, em Toronto, e do seu relatório.

Tem como princípio norteador a promoção da saúde, propondo mudanças nos hábitos de vida e implantação de ambientes saudáveis, que vão desde o saneamento básico até garantia de melhoras nas condições de vida, trabalho e cultura da população. Propõe, do ponto de vista da operacionalização da estratégia, implantar os “fundamentos da promoção da saúde no contexto local” (ADRIANO et all, 2000). Um município saudável, de acordo com a Opas, é aquele em que as autoridades políticas e civis, as instituições e organizações públicas e privadas, os proprietários, empresários trabalhadores e a sociedade dedicam constantes esforços para melhorar as condições de vida, trabalho e cultura da população; estabelecem uma relação harmoniosa com o meio ambiente físico e natural e expandem os recursos comunitários para melhorar a convivência, desenvolver a solidariedade, a cogestão e a democracia (OPAS,1996). Segundo a OMS (1995), para que uma cidade se torne saudável, ela deve esforçar-se para proporcionar: 1) um ambiente físico limpo e seguro; 2) um ecossistema estável e sustentável; 3) alto suporte social, sem exploração; 4) alto grau de participação social; 5) necessidades básicas satisfeitas; 6) acesso a experiências, recursos, contatos, interações e comunicações; 7) economia local diversificada e inovativa; 8) orgulho e respeito pela herança biológica e cultural; 9) serviços de saúde acessíveis a todos e 10) alto nível de saúde. (ADRIANO et all, 2000).

Segundo os formuladores da estratégia, para que o projeto dê certo, são necessários alguns pressupostos: engajamento do prefeito, responsável pela condução do processo, e participação social, numa postura ativa da população e envolvimento e co-responsabilidade na discussão e tomada de decisão sobre as formas de enfrentamento dos principais problemas. A estratégia exige, portanto, planejamento articulado das ações e dos serviços, com comitês intersetoriais e plano consensual entre os diversos setores da administração pública (ADRIANO et all, 2000).

Campinas, com a reforma administrativa que se realizava, se sentiu em condições de aplicar a estratégia e assim o fez, coordenado pela secretária de saúde da época (1994 a 1996), Carmen Lavras.

Foram realizados seminários com os diferentes escalões gestores da Prefeitura, presidentes de empresas de economia mista, autarquias, Secretarias de Ação Regional, etc. para difusão e discussão do Programa “Campinas, Município Saudável”.

Além dessas reuniões com gestores, foram realizadas várias oficinas de sensibilização com coordenadores e funcionários de Áreas Sociais, Infra-Estrutura e Administrativa e Financeira, das Secretarias de Ação Regional Sul, Oeste e Leste, Secretaria de Governo, funcionários da prefeitura, entre outros.

Foi desenvolvida uma experiência piloto no Complexo São Marcos, abrangendo uma das regiões mais desafiadoras, na qual lideranças comunitárias e técnicos da Prefeitura, notadamente da Saúde, discutiram os principais problemas do território e ações para seu enfrentamento.

Adriano et al citam que “o conjunto de medidas ligadas direta ou indiretamente à construção do Município Saudável foi muito maior. Algumas das ações mais importantes foram as seguintes:

- Programa de Atendimento Integral à Criança e ao Adolescente – Paica –criado com o objetivo de “promover o desenvolvimento integral das crianças e adolescentes prioritariamente nos bolsões de miséria”;
- Agente de Solidariedade – essa figura foi criada com o propósito de “integrar as ações de saúde, educação e promoção nos bolsões de miséria”;
- ação de saneamento emergencial nos bolsões de miséria, com limpeza de caixas de água, fossas, etc., “visando à saúde, à higiene e à dignidade das pessoas”;
- . implantação da Notificação Compulsória nos serviços municipais de saúde, nos casos de desnutrição e subnutrição, a exemplo do que já acontecia nos casos de cólera, meningite e outros;
- adoção do Programa de Renda Mínima. Foi uma das principais medidas na área social do governo municipal de 1993-1996”.

Em novembro de 1994 ocorre a 3ª Conferência Municipal de Saúde cujo tema é o “Controle Social do Sistema de Saúde”.

Dentre os problemas identificados, destacam-se redução progressiva de gastos com a saúde por parte do governo federal e o pagamento por produção, geradora de fraudes e estimuladora da realização de procedimentos e não do cuidado; uma demanda aumentada nos postos de saúde, seja pela piora das condições econômicas da população, seja por ser município-pólo atraindo pessoas das cidades vizinhas e de outros estados; insuficiência de pessoal nas unidades básicas de saúde, ambulatórios de especialidades, Saúde do Trabalhador e Saúde Mental; insuficiente integração da Saúde Mental com a Saúde em geral, cada área trabalhando isoladamente; insuficiente integração em rede, com o Mário Gatti novamente apartado da Secretaria Municipal de Saúde; excesso de contratações por tempo determinado, tendo reduzido a realização de concursos públicos; servidores alijados das decisões da Secretaria Municipal de Saúde por, atualmente, inexistirem fóruns com esse objetivo; acolhimento inadequado na maioria dos serviços de atenção básica com muitos conflitos entre usuários e trabalhadores da saúde; indefinição dos critérios para escolha de gerentes de serviços, com seleção inadequada e falta de capacitação para que possam desempenhar a contento a função.

Como principais propostas, são reivindicados demandar aos governos federal e estadual definição do orçamento para a saúde, com fontes definidas; orientação para que o município adote a gestão semiplena do Sistema Municipal de Saúde; melhorar o acolhimento das unidades, tornando-o humanizado e realizado por profissionais preparados para a função; ampliação do atendimento até as 22 horas e aos sábados em todas as unidades básicas de saúde; pronto atendimento a crianças e adultos durante todo o tempo de funcionamento da unidade; além das consultas médicas e de enfermagem, trabalhos educativos, grupos terapêuticos, ações coletivas de saúde em instituições da área de cobertura (creches, escolas, indústrias, etc.); ações de saúde sobre o meio ambiente; ações na área de saúde mental; ações integradas de prevenção e cura na área de saúde bucal; priorização da ampliação da atenção básica com alocação de recursos, tecnologia compatível com a sua complexidade e pessoal para torná-la efetiva, dispensando a criação de novos serviços de pronto-atendimento. Em cada região da cidade deve ser mantida uma unidade mista (atenção primária e pronto-

atendimento, mantendo-a aberta depois das 22 horas apenas como pronto-atendimento); institucionalização do Atendimento Domiciliar, superando a fase de projeto piloto; buscar, por parte dos serviços de saúde da prefeitura, particularmente os de atenção primária, práticas de saúde que aumentem a autonomia dos usuários em relação ao cuidado de sua própria saúde, reduzindo a dependência a médicos, medicamentos e aos próprios serviços de saúde; descentralização de algumas especialidades para as regiões de saúde; melhorar a integração com as universidades; descentralização para a região sudoeste de uma policlínica; ocupar toda a capacidade ociosa do Mário Gatti para só posteriormente contratar leitos privados.

É interessante notar que, embora o projeto “Cidades Saudáveis” seja o carro-chefe do município e envolva diretamente e centralmente a Secretaria de Saúde, não aparecem referências a ele na conferência, provavelmente por não ter feito sentido para a maioria dos trabalhadores, gestores e usuários da Saúde.

Em 1997, foram criados os cinco distritos sanitários (Norte, Sul, Leste, Sudoeste e Noroeste) com os recursos humanos da Saúde que estavam alocados nas Sars. Cada equipe agora tem uma sede própria, exclusiva da Saúde, mantendo as atribuições de gestão das unidades de saúde no seu território. Não encontrei referências sobre a continuidade das Sars, mas o que se sabe é que a Prefeitura, pelo menos na gestão que se inicia em 1997, retoma seu organograma tradicional, com secretarias e departamentos. Não encontrei avaliações sobre o resultado da Sars e sua contribuição para a descentralização do poder ou democratização do Estado.

Também em relação à estratégia Município Saudável em Campinas não encontrei artigos de avaliação sobre seu impacto na saúde e condições de vida das populações, sendo uma experiência que não teve continuidade nas gestões seguintes. Houve, em 2000, nova tentativa de retomar estratégias de construir espaços saudáveis por meio de uma parceria estabelecida entre OPAS, Unicamp e a ONG IPES. De novo, a região do São Marcos/Amarais é escolhida num projeto denominado Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis, envolvendo além de Campinas, 18 outros municípios. O agente desencadeador da proposta foi uma Organização da Sociedade Civil (OSC) chamada Instituto de Pesquisas Especiais para a Sociedade – IPES, na qual a maior parte de seus componentes é constituída por professores de diferentes institutos e universidades do Estado de São Paulo. Essa OSC tem por objetivo

principal tornar acessível para a população que morava perto da Universidade Estadual de Campinas os avanços científicos com os quais essa comunidade poderia alcançar a condição de ser saudável.

O principal produto foi a contribuição com a Secretaria de Saúde na capacitação dos agentes comunitários de saúde. Nesses eventos, buscou-se a discussão dos conceitos como "empoderamento", "territorialização", ética, participação social e economia solidária, conceitos que compõem um importante conteúdo no curso dos agentes comunitários de saúde. (SPERANDIO et all, 2004)

Não encontrei referência de quando se suspendeu o convênio, mas atualmente não mais há atuação dessa OSC na Prefeitura de Campinas.

A expansão da rede municipal de saúde continua ao longo da década. Em 1990, ocorre a municipalização dos PAMs e dos Centros de Saúde Estaduais, transformados em três ambulatorios de especialidade e dois serviços de atenção primária (no antigo C.S I estadual ficou funcionando um ambulatório de especialidades e um Centro de Saúde, e o PAM da Barão de Jaguara tornou-se uma unidade de atenção primária para o centro da cidade). Foram ainda implantados oito centros de saúde (um deles por incorporação de duas unidades de atenção primária da PUCC em apenas um prédio, além da incorporação das outras duas unidades básicas também da PUCC), cinco Serviços de Pronto-Atendimento, um Centro de Referência ao Alcoolismo e Drogaadição (Criad), um Serviço de Atendimento Domiciliar na região Sul, um Centro de Referência e Atendimento Integral ao Adolescente, além do Ambulatório do Complexo Ouro Verde, inaugurado em 1997.

Em junho de 1995, inaugura-se o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (Samu), a partir de um serviço de ambulâncias simples que a prefeitura mantinha desde meados dos anos 1980. Este novo serviço tem como princípio regular e organizar o atendimento à urgência e à emergência no município, evitando fragmentação, duplicidades de atendimento e ampliando a efetividade do cuidado. Para isto, utiliza-se da regulação médica, decidindo qual o melhor tipo de socorro naquela situação, qual o melhor tipo de transporte (ambulância básica ou tipo UTI) e o melhor local para levar o paciente. Em pouco tempo, assume

importância estratégica no cuidado à emergência e torna-se fonte de inspiração para o Ministério da Saúde, que em 2003 o estende para todo o País.

Em 1998, começa a funcionar o Pronto-Socorro e Hospital Ouro Verde, cuja gestão foi entregue por meio de um contrato de gestão à Sociedade Para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM).

Em 1998, implantam-se três equipes de Programa de Saúde da Família em Campinas.

O programa, implantado em 1994 no Brasil, no Estado do Ceará, se torna, para o Ministério da Saúde, uma estratégia para qualificação e ampliação da atenção básica no Brasil. Contudo, no Estado de São Paulo e nos grandes municípios de todos os Estados há resistências a sua implantação, o que ocorre também em Campinas. Não por acaso, o Conselho Municipal de Saúde deliberou em 1998 contra a contratação de agentes comunitários de saúde e opôs resistência à substituição da sua rede básica com pediatras, clínico e ginecologistas por médicos da família e comunidade.

A atuação dessas três equipes é limitada, na periferia do município, em bairros muito pobres e vulneráveis e não consegue fixar médicos. Como não se contratou agentes comunitários de saúde, a equipe se limita ao pessoal de enfermagem que, não obstante o trabalho de prevenção, promoção de saúde e ações no território, não se logrou tornar-se uma experiência com potencial de mudar os padrões de saúde daquela população.

Portanto, no final da década de 1990, a rede pública de saúde de Campinas é composta por:

- a) dois hospitais universitários (PUCC e FCM – Unicamp) e seus respectivos ambulatórios de especialidades atendendo casos que exigem alta complexidade tecnológica; o primeiro presta serviço ao município e região e é financiado pela Secretaria Estadual de Saúde e Ministério da Saúde; o segundo, além de internações e atendimentos privados (particulares e planos de saúde), atende o SUS local através de contrato com a Secretaria Municipal de Saúde;
- b) três ambulatórios de atenção secundária, municipais;
- c) 46 centros de saúde entre os municipais e os municipalizados no início da década;
- d) 4 prontos-socorros hospitalares (FCM – Unicamp, Faculdade de Medicina da PUCC, Pronto Socorro do Mário Gatti e Pronto Socorro do Ouro Verde);

- e) quatro serviços de pronto atendimento;
- f) um Samu;
- g) três unidades de Saúde da Família;
- h) uma maternidade contratada pela Secretaria de Saúde de Campinas (ver data da contratação);
- i) três Caps mantidos pelo Serviço de Saúde Cândido Ferreira através de cogestão;
- j) um Centro de Referência e Informação sobre Álcool e Drogadição (Criad) , posteriormente tornado Caps AD;
- k) oito Moradias Assistidas, também mantidas pelo Serviço de Saúde Cândido Ferreira em cogestão com a Secretaria de Saúde;
- l) leitos psiquiátricos para internações breves no Serviço de Saúde Cândido Ferreira, além de oficina terapêuticas e moradia no próprio hospital para pacientes com alto grau de dependência e sem laços familiares;
- m) três Centros de Referência: o de reabilitação física, o de Saúde do Trabalhador e o de DST/AIDS;
- n) e ainda: serviços ambulatoriais, leitos hospitalares e serviços de apoio diagnóstico contratados da iniciativa privada pela Secretaria Municipal de Saúde.
- o) Um conjunto de serviços de apoio estratégico às unidades assistenciais: o CETS, o Almoarifado da Saúde, O Centro de Informações e Informática, a Unidade de Avaliação e Controle, entre outros, sem os quais se tornaria impossível o crescimento e regulação do sistema de saúde local.

Esse conjunto de serviços permite que se afirme que neste momento da história a Secretaria Municipal de Saúde já tem importância suficiente para hegemonizar o Sistema Público de Saúde do Município. Faz o comando único do Sistema de Saúde Público na cidade, embora o Hospital das Clínicas da FCM tenha vida própria e nunca tenha se integrado de fato à coordenação da Secretaria. O Sistema Privado de Saúde continua forte na cidade, agora dando assistência médica e odontológica a aproximadamente 40% dos munícipes, através de convênios. Ademais é o responsável pela maioria das internações hospitalares públicas e por parte do atendimento secundário público através de convênios com a Secretaria de Saúde

6. 4. Os anos 2000 – O Modelo Paidéia. As restrições ao avanço do SUS local: reflexos neoliberais

6.4.1. 2001 a 2003 – O Modelo Paidéia

Em 2001, novamente o PT, na figura de Antônio da Costa Santos (janeiro de 2001 a setembro de 2001), assume a Prefeitura de Campinas e novamente Gastão Wagner de Sousa Campos é convidado para assumir a Secretaria, trazendo consigo grande parte dos sanitaristas que compuseram sua primeira gestão.

Neste período, entre uma gestão e outra, de aproximadamente dez anos, novas teorias e propostas haviam sido formuladas por Campos. De novo, a Secretaria de Saúde vive momentos de muita efervescência, discutindo mudanças no modelo em voga e a introdução de novos dispositivos, agora com o título de Modelo Paidéia de Atenção à Saúde. Mantém várias das concepções do Em Defesa Da Vida, mas introduz muitas mudanças conceituais e operacionais.

Se o conceito de saúde que orientava o modelo Em Defesa da Vida já considerava o sujeito como implicado nas concepções sobre sua própria saúde e, portanto, como elemento indispensável na concepção do processo saúde-adoecimento, agora é mais importante ainda, estando no centro de qualquer proposta de cuidado. Segundo Gastão, em texto assumido pelo Colegiado Gestor da Secretaria de Saúde,

o objetivo que justifica a existência do Sistema Único de Saúde é a produção de saúde. E a saúde é um atributo das pessoas, dos sujeitos. Não há, portanto, como se falar em saúde desconsiderando os sujeitos concretos, ainda quando a produção de saúde dependa do contexto. A cidade, ou o ambiente, ou o território saudável, somente podem ser assim classificados por referência a pessoas reais. A saúde das pessoas, portanto (SMS, 2001).

E continua:

Por esse motivo acrescenta-se o adjetivo Paidéia à força substantiva da saúde. Paidéia é um conceito antigo, clássico, e que significa desenvolvimento integral do ser humano. Foi criado na época em que os gregos sonhavam com cidades democráticas. A construção

destas cidades dependeria de um método novo de governar e de viver. Para fundar um governo democrático eles se valiam da Ágora, que era uma assembleia do povo: as pessoas reunidas para traçar o próprio destino: hoje falamos em cogestão, orçamento participativo, conselhos, etc. No entanto, eles sabiam também necessário um trabalho sobre eles mesmos para que fossem capazes de gerir a própria vida: para isto imaginaram um sistema de formação integral dos cidadãos: uma educação para a vida: e daí a palavra Paidéia. A formação integral do ser humano: cuidar da saúde, da educação, das relações sociais, do ambiente, de tudo. E fazê-lo respeitando as diferenças entre as pessoas e os grupos. Paidéia, o desenvolvimento integral do ser humano, considerando tanto as necessidades da coletividade quanto dos indivíduos. Fator Paidéia: uma ideia síntese: pensar instituições que cumpram tanto funções pedagógicas, quando de reconstrução da subjetividade das pessoas (SMS, 2001)

Traz alguns conceitos que já vinha desenvolvendo na universidade nas suas pesquisas acadêmicas, que se transformam em diretrizes, dispositivos e ferramentas para a implantação do denominado Modelo Paidéia de Saúde:

1. Clínica Ampliada, através da qual se propõe outra clínica que coloca o “sujeito enfermo (o biológico, o subjetivo e o social do processo saúde e doença), no lugar do doente ou da doença” sem perder de vista que ela existe e que o seu objetivo é a saúde. Ademais, clínica se faz com e para o sujeito, a família e o coletivo. Parte do princípio que todos os profissionais de saúde fazem clínica, mas ela se torna mais efetiva quando há trabalho em equipe, onde os profissionais interagem com seus saberes para traçar projetos terapêuticos singulares, que respeitem a individualidade de cada sujeito, tão importante no processo que deve participar de seu próprio projeto, trazendo à baila sua cultura, seus conhecimentos, seus desejos e seu contexto pessoal e familiar. Ampliar ainda os modos de cuidar, através de práticas coletivas, de ações de promoção de saúde, além da relação individual do profissional de saúde e seu paciente. E, por último, ir para o território, para os domicílios, para as escolas para cuidar das pessoas pensando-as inseridas em redes sociais.

2. Ampliação das ações da saúde coletiva no nível local através dos Núcleos de Saúde Coletiva em todas as unidades básicas de saúde (UBS), com a dupla função de apoiar as Equipes de Referência, quanto desenvolver ações diretas sobre grupos, instituições, ambiente, etc. Trabalhariam com indicadores, análise de situação, proposição de ações para as equipes, entre outras atribuições.

Também os hospitais deveriam organizar seus núcleos de saúde coletiva com o objetivo de estudar, avaliar e monitorar os indicadores hospitalares, propondo discussões com a direção do hospital, com as Equipes de Referência, com o objetivo de reduzir os riscos ao paciente, melhorar o cuidado e manter os trabalhadores informados, ampliando-lhes a capacidade de análise.

3. Ampliação do vínculo entre os profissionais de saúde e equipes com seus pacientes. Cuidado horizontalizado, ao longo do tempo, permitindo interação, conhecimento mútuo, propostas de cuidado que se completam ao longo do tempo. O vínculo é elemento importante na própria ampliação da clínica.

4. Acolhimento e Responsabilização: São conceitos amplos e que exigem mudança de postura em todo o sistema de saúde, no sentido de receber os casos e de responsabilizar-se de modo integral por eles. Acolher é receber bem, ouvir a demanda, buscar formar e compreender a e solidarizar-se com ela. Desenvolver maneiras adequadas de receber os distintos modos com que a população busca ajuda nos serviços de saúde, respeitando o momento existencial de cada um sem abrir mão de colocar limites necessários. Esse dispositivo já havia sido implementado no período do “Em Defesa da Vida” e continua elemento central para o Paidéia.

5. Cogestão dos serviços e dos processos de trabalho: A gestão participativa é um instrumento poderoso para construir eficácia e eficiência, bem como uma diretriz ético-política fundamental. A gestão é um modo de racionalizar os meios para atingir um fim (função administrativa clássica), mas é também uma forma de democratizar o poder (controlar o Estado e o governo, ou os excessos dos distintos corporativismos), bem como de motivar e educar os trabalhadores. Também é um dispositivo que já se vinha experimentando em modelos anteriores, mas que se aperfeiçoa e se consolida neste momento da história.

Cada equipe de referência de todos os serviços e as equipes de saúde de família deveriam ter a possibilidade para a gestão do próprio processo de trabalho, realizar seu plano de atividades semanal ou construir agendas próprias, respeitando-se as decisões do Colegiado Gestor da Unidade e os pactos construídos coletivamente.

Os hospitais públicos e ambulatórios de especialidades também deveriam organizar-se por equipes – “coletivos organizados para a produção” (CAMPOS, 2000). No lugar das equipes por corporação – equipe de médicos ou equipes de pediatras, de cirurgiões ou equipe de enfermagem, de fisioterapeutas – equipes de saúde da criança, da cirurgia, da reabilitação, etc. Essas equipes, assim conformadas, seriam multidisciplinares, de acordo com a área e seus objetivos. Assim, numa equipe de Reabilitação deveria ter médicos ortopedistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, entre outros. Esses coletivos teriam reuniões próprias, discussões dos seus casos e realização de projetos terapêuticos singulares dos seus pacientes.

7. Apoio Matricial para as Equipes de Referência: considerando-se que há limites na capacidade de cada equipe para fazer o cuidado integral, por mais competente que sejam os seus membros, eles podem e devem ser apoiados por profissionais com conhecimentos específicos ou especializados. O apoio matricial tem como objetivo ampliar os conhecimentos e competências de um profissional ou equipe para cuidar daquele caso e de outros semelhantes. Isto reduz encaminhamentos desnecessários, facilita o acompanhamento do usuário e melhora o cuidado.

O Apoio Matricial pode ser feito por meio de atendimentos conjuntos, discussão de casos com a equipe, participação nos projetos terapêuticos singulares ou capacitações para a equipe sobre um determinado tema.

O Apoio Matricial pode ser feito por membros da própria unidade, como ginecologistas, pediatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais e psiquiatras apoiando as equipes de referência; ou por profissionais especialistas convidados, como ortopedistas, dermatologistas, farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas, etc. Essa seria uma estratégia importante para a conformação de redes de atenção não burocratizadas, nas quais os processos de comunicação entre sujeitos singulares seria elemento central para ampliar a

capacidade de cuidado para os casos que estivessem trazendo mais dificuldades para os profissionais da atenção primária, reduzindo a necessidade de encaminhamentos e de internações.

7. Apoio à Gestão: os profissionais de saúde alocados nos distritos devem mudar a forma de trabalho. Agora, ao invés de supervisionar as equipes, cobrar-lhes cumprimento de metas ou implantação de programas, deve interagir com elas para aumentar-lhes a capacidade de análise, comprometer-se com o cuidado do usuário e com projetos que façam sentidos para as equipes e estejam em consonância com o projeto da unidade construído coletivamente. Devem também apoiar a gestão local, os colegiados gestores nas questões administrativas, não fazendo por eles, mas contribuindo para melhorar a gerência e gestão dos serviços. Devem estar compromissados com a democratização da instituição, promovendo oportunidade para uma gestão participativa com trabalhadores e usuários.

Para que esses princípios e diretrizes se materializassem, se propunha:

1. Reforma e ampliação da rede básica de atenção à saúde: propunha-se uma rede de serviços de atenção primária capaz de cobrir 70% da população do município, o que significava construir novos serviços e contratar pessoal tanto para completar as existentes como para ampliar o número delas.

2. Cadastrar a população com vinculação das famílias às equipes de referência: em países com atenção primária resolutiva, conhecer e registrar os usuários são tarefas prioritárias. Por isso, faz-se necessário cadastrar a população, vinculando-as às equipes. O cadastro permite classificar as pessoas em função das suas vulnerabilidades e risco, permitindo planejar o cuidado individual singularizado, a gestão das doenças e promover ações orientadas conforme as necessidades. O cadastro seria realizado por agentes comunitários de saúde, em uma ação ativa, de tal modo que o próprio cadastramento é uma forma de se conhecer o território e seus moradores.

3. Implantação das Equipes Locais de Referência (Equipes de Saúde da Família) na atenção primária: as equipes de Saúde da Família em Campinas serão equipes ampliadas com pediatra e ginecologistas. Ao assumir a gestão em 2001, a Secretaria já possuía 46 centros de saúde, todos com pediatras, ginecologistas e clínicos, **propiciando** uma ampla cobertura de atenção

primária ao município. Considerou-se estratégico trabalhar com essa formatação, respeitando-se a tradição do município e ao mesmo tempo reformulando o modelo, agora não mais trabalhando por áreas ou programas, mas vinculando-se famílias às equipes.

Nas palavras do documento aprovado pelo Colegiado Gestor da Secretaria:

Os Centros de Saúde serão reorganizados em Equipes Locais de Referência (Equipes de Saúde da Família), responsáveis pelo atendimento básico integral às famílias, e Equipes de Apoio (Equipe Matricial), encarregadas de cooperar com as primeiras em áreas específicas, como saúde mental, saúde coletiva, reabilitação, etc.

Estas equipes deverão constituir-se em Unidades de Produção, ou seja, são equipes interdisciplinares e multiprofissionais, com objeto e objetivo de trabalho comum – um determinado número de famílias sob responsabilidade integral -, e com poder gerencial próprio – autonomia relativa para pensar e organizar o processo de trabalho e projetos terapêuticos (SMS, 2001)

As Equipes Locais de Referência (Equipes de Saúde da Família) serão compostas por médico de família, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, agentes de saúde, dentista e auxiliares de consultórios dentários. Segundo o documento:

Respeitando as características de Campinas (epidemiológicas e da própria rede), estimula-se que médicos pediatras, gineco-obstetras e clínicos (em meio período) integrem a Equipe Local de Saúde da Família (SMS, 2001).

Farias, diretor de saúde em 2000, argumenta em artigo publicado no site da Secretaria de saúde, as expectativas a respeito do papel a ser desempenhado principalmente pelo enfermeiro e médico de família:

Na equipe destacam-se 2 profissionais com caráter de generalista – o médico(a) e o enfermeiro(a). (...) têm como principais tarefas: a) o atendimento clínico ao cidadão e sua família, apoiados matricialmente por outros especialistas sempre que necessário (particularmente por pediatras, ginecologistas, profissionais da saúde mental e fisioterapeutas, participando dos projetos

terapêuticos dos usuários sob seu cuidado quando pertinente); b) referenciar para outros níveis do sistema todos os casos que não possam ter o problema resolvido na atenção básica; c) desenvolver ações de saúde coletiva, tais como ações de educação em saúde, vigilância epidemiológica e sanitária, estratégias de promoção da saúde; d) articular ações intersetoriais na território de sua atuação; e) interagir com os usuários e suas famílias, ajudando-os a refletir sobre o contexto sócio-cultural, ampliando-lhes a autonomia para caminhar na vida com as próprias pernas; f) Participar da realização dos projetos terapêuticos dos pacientes de maior risco e famílias da sua equipe e gerenciar a sua realização.

Além da Unidade de Saúde, desenvolverão ações na comunidade, nas escolas, outras instituições coletivas e nos domicílios. É necessário, portanto, que estes profissionais incorporem a sua bagagem clínica o saber epidemiológico, de educação em saúde, de trabalho em grupo, de gestão e conhecimentos sobre risco e vulnerabilidade que os ajudem na articulação de projetos de intervenção individual e coletiva. Seu perfil é de um profissional com sólida formação clínica, atuando em todos os ciclos de vida dos cidadãos, mas, por causa das condições demográficas e epidemiológicas de Campinas, que conheça com mais profundidade as doenças que acometem adultos e idosos; deve ter interesse e compromisso com as questões sociais; é importante que tenha sólidos conhecimentos sobre grupalidade, relações humanas e familiares; espera-se que tenha iniciativa, seja dinâmico e com capacidade de trabalho em equipe multidisciplinar, sem achar que a equipe trabalha para ele. (FARIAS, 2001)

4. Gestão Colegiada: O colegiado dos Centros de Saúde e dos vários serviços da rede de atenção será composto pelos componentes (ou representantes) das várias equipes organizadas em cada local. O coordenador do serviço deve trabalhar para apoiar a ação das Equipes Locais e de Apoio, articulando-as com os outros níveis do sistema.

5. Contratação e formação pela própria Secretaria de Médicos de Família e de Agentes comunitários de saúde: com a introdução desses dois novos profissionais nas equipes e como não há formação deles no mercado em número suficiente e, ademais, teria que se aproveitar os médicos já existentes na rede, seria responsabilidade da própria Secretaria de saúde formá-los. Toda a equipe deveria participar da capacitação, pois havia o interesse em temas novos, como o próprio trabalho em equipe, os princípios e diretrizes do modelo, família, território, entre outros. A capacitação também tinha como objetivo estimular práticas integrais, holísticas e que “servissem de anteparo à tendência progressiva à especialização que se verifica nos serviços de saúde de todo o mundo” (CAMPOS, 2000).

6.4.2. A implementação do Projeto Paidéia

O projeto foi apresentado ao Colegiado Gestor da Secretaria pelo secretário de Saúde, Gastão Wagner de Sousa Campos, logo nos primeiros dias de gestão. Vários documentos foram sendo escritos até que o Colegiado da Secretaria aprovasse as diretrizes do modelo em 2001 (SMS, 2001)

De imediato, causou estranheza na equipe apresentar um projeto de Saúde da Família, dado que recusado pelo Conselho Municipal de Saúde inclusive com a ajuda de sanitaristas que naquele momento compunham a equipe gestora da Secretaria. A principal dúvida era retirar ou não os pediatras e os ginecologistas das equipes, haja vista a tradição da cidade, a avaliação positiva do trabalho desses profissionais, particularmente dos pediatras e a suspeição que, dado os avanços tecnológicos e de conhecimentos da ciência médica, se seria possível um médico generalista abarcar conhecimentos suficientes para assumir a clínica da criança, da mulher e do adulto. Ademais, a quantidade de médicos de família formados nas nossas universidades está longe de suprir o número necessário às equipes que teriam que ser montadas. Essas mesmas dúvidas se estendem por toda a rede e as resistências à implantação de um modelo de saúde da família à imagem do Ministério da Saúde se avolumam.

Ao fim e ao cabo, a proposta apresentada à rede é a de uma equipe ampliada, com o médico de família e os médicos pediatras e ginecologistas, apoiando as equipes e as matriciando. Assim é que teriam como funções, além do atendimento dos casos mais complexos, capacitação dos médicos que se tornassem generalistas, os enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários para os cuidados com as crianças e mulheres com

problemas específicos das áreas. Esse papel só foi parcialmente assumido e na maioria das equipes tanto os pediatras quanto os ginecologistas continuaram com a demanda de pediatria e das mulheres com problemas ginecológicos ou gestantes.

Discutia-se também a possibilidade de começar um projeto piloto, mas decidiu-se por implantá-lo em toda a rede de uma só vez. Para isso, teria papel central os coordenadores (diretores) de distritos de saúde e suas equipes de apoiadores. Sem dúvidas, houve um esforço hercúleo de cada um deles de fazer as discussões em cada uma das unidades de saúde, vencer as resistências e implantar as várias equipes com seus poéticos nomes (Sol, Lua, Estrela, Rosa, Jasmin, Vermelha, Verde, dentre outras denominações). Ao fim de poucos meses, toda a rede havia se modificado e se compuseram cem Equipes de Referência ou Equipes de Saúde da Família Ampliadas.

Neste intervalo de tempo, iniciou-se também a capacitação para formar profissionais de “saúde da família”, particularmente os médicos de família e agentes comunitários, uma vez que eram novidades no município. Por outro lado, as várias diretrizes do modelo, específicas do município e ainda não testadas em outros, exigiam formação específica e particular.

Foram momentos muito ricos, instigantes, de descobertas de novas possibilidades no trabalho em saúde e de muitas discussões e seminários com trabalhadores, gestores e usuários do Sistema Local de Saúde.

Para alguns, e até hoje se escuta isso na rede de saúde, o modelo, apesar da intensidade das discussões, foi imposto autoritariamente, “de cima para baixo”. Entretanto, avaliações realizadas por dois pesquisadores na época demonstram satisfação de grande parte dos trabalhadores com as mudanças, o que contraria esse diagnóstico (na minha opinião, o próprio nome dado às equipes pode ser significativo da aceitação final por parte dos profissionais de saúde.

O agente comunitário era considerado estratégico para o projeto, pois seria ele o elemento de conexão dos problemas do território e dos seus moradores com as equipes de saúde da família. O Paidéia previa uma quantidade de agentes que poderia variar de 4 a 6 por equipes, dependendo mais da vulnerabilidade do território que do tamanho da população. Diferente do previsto no PSF do Ministério da Saúde, os agentes não deveriam visitar todas as casas

do território mensalmente, mas as visitas se dariam de acordo com os projetos terapêuticos singulares para cada família. Isto significa que se poderia visitar um dado paciente de alta vulnerabilidade diariamente por semanas a fio até que se considerasse dispensável a sua presença com essa regularidade, até outros que se visitasse muito raramente, apenas para avaliar riscos e necessidades surgidas entre uma visita e outra.

A contratação dos agentes comunitários se deu por processo seletivo público por meio da ampliação do convênio com o Cândido Ferreira, para o qual se criou outro plano de trabalho denominado “Atenção Básica”. Inscreveram-se aproximadamente 20 mil pessoas, a grande maioria de nível universitário (pedagogos, advogados, educadores sociais, jornalistas, entre outros) para 500 vagas. Era uma época de pouca empregabilidade e de salários baixos na iniciativa privada. Isto, se por um lado, foi positivo por ter-se agentes altamente capacitados, trouxe alguns problemas: os mais escolarizados estavam nas regiões de menor vulnerabilidade, já que nelas se concentram mais pessoas com mais tempo de estudo. Em regiões periféricas, o índice de aprovação foi menor, dificultando alocar agentes, principalmente quando havia demissões e escasseavam-se as pessoas na lista a serem chamadas. Um segundo problema era que as demissões eram frequentes, pois, em função da alta escolaridade, as pessoas encontravam outro emprego e abandonavam a função. Muitos se mostravam insatisfeitos e sabidamente estavam ali apenas aguardando outra oportunidade. Outro problema acontecia quando ocorria mudança de endereço por parte do agente: em tese, deveria ser demitido, visto que o processo seletivo era territorial tanto no que se refere às inscrições quanto à moradia. Demiti-lo, por sua vez, significava gerar desemprego e perder todo o vínculo que os bons agentes tinham feito com os moradores de seu território. Esse problema foi constante, gerando inúmeras discussões, com intervenções de vereadores, conselhos locais de saúde e moradores do território. As medidas muitas vezes diferenciavam de uma situação para outra: demitiam-se uns e outros não. A situação só foi resolvida recentemente (2013), quando se aprovou a lei que permitia inscrições de qualquer lugar da cidade, bem como eliminou-se a necessidade de morar no território.

Muito interessante foi o processo de cadastramento: iniciou-se por criar um programa específico para o Paidéia, dado que o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) do MS foi considerado inadequado para nossos objetivos. A ficha de cadastro era imensa, com

centenas de dados. Apesar disso, os agentes se puseram em campo e em alguns meses aproximadamente 50% do município estava cadastrado. Porém, gerou um problema: não era compatível com o sistema oficial do MS, obrigando a equipe do Centro de Informação e Informática a “inventar” maneiras de manter o Siab em dia, sob o risco de não receber os recursos federais. Com a mudança de gestão, o cadastro foi abandonado e, por outro lado, não foi implantado o SIAB, o que só aconteceu recentemente, gerando inúmeros problemas para informar os dados ao Ministério e, pior, dificultando a geração de relatórios adequados para as equipes. O problema foi mais sentido a partir de 2013, com a introdução do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) do MS, para o qual era importante o preenchimento do SIAB.

6.4.3. Outras Mudanças no Sistema

Embora o Paidéia tenha mexido mais profundamente na rede básica, suas diretrizes eram extensivas a todos os serviços.

O Hospital Mário Gatti, que segundo o secretário de Saúde à época, em entrevista ao jornal Folha de São Paulo, ‘é quase uma outra secretaria’, deveria ser incorporado imediatamente à Secretaria de Saúde. Isto permitiria ter um presidente da autarquia que participasse do Colegiado Gestor da Secretaria e pudesse incorporar à gestão do hospital os mesmos princípios do Paidéia, além de participar da rede única de serviços sob comando da Secretaria. Busca-se definir o hospital não mais como o topo da pirâmide ou o serviço central do sistema por concentrar maior densidade tecnológica, mas, como outros serviços, guardadas suas especificidades, um serviço complementar da rede de atenção.

Iniciam-se as mudanças por meio da implantação das Unidades de Produção, ou seja, se redefine coletivos para atuarem conforme os objetos de intervenção, substituindo a organização anterior com base nas corporações ou nas especialidades médicas, por equipes multiprofissionais. Note-se que esse tipo de organização, horizontal, não mais departamentalizada, já havia sido experimentada no período da implementação do Defesa da Vida, mas, ao longo do tempo, não houve suficiente institucionalização, sendo necessário refazer as unidades produtivas.

Refaz-se se também os Colegiados Gestores do Hospital, tanto da sua direção central como em cada Unidade de Produção como espaços de cogestão, ou seja, onde se faz o planejamento do hospital, se definem os protocolos assistenciais, avaliação e definição de metas.

É introduzido, como instrumento de pactuação e negociação com os trabalhadores e gestores das várias equipes, o Contrato de Gestão, no qual, além das metas físicas e quantitativas, se pactuam processos de trabalho inclusivos, formas de humanização da relação entre os trabalhadores e desses com os usuários.

Implanta-se o acolhimento como elemento central da política de humanização do hospital, dispositivo pelo qual o usuário e seus familiares possam participar mais ativamente do seu próprio cuidado. Fazem parte do dispositivo a Visita Aberta (com horários de visitas flexíveis de acordo com as possibilidades dos familiares e amigos do paciente), a Alta Orientada (na qual todo usuário recebe orientações precisas sobre retornos, continuidade do tratamento e encaminhamento para continuidade do cuidado com sua Equipe de Referência da Atenção Primária), Acolhimento com classificação de risco no Pronto-Socorro (com o paciente sendo acolhido pela equipe de enfermagem, classificando o risco segundo protocolo definido, de tal modo que o seu cuidado deixa de ser por ordem de chegada, mas pelo gravidade da queixa).

Tenta-se implantar médicos que, nas enfermarias, trabalhem horizontalmente, diariamente, facilitando o vínculo do paciente com o “seu médico” durante a internação, substituindo uma relação de cuidado por médicos plantonistas, cada dia um diferente do outro. Dadas as características de contratação de pessoal no hospital, consegue-se em umas unidades produtivas, mas não em todas.

Na relação com a rede, vários especialistas do Hospital, particularmente os que trabalham em ambulatórios, fazem matriciamento para os serviços de atenção primária do Distrito Sanitário Sul, no qual está localizado. Tem como objetivo melhorar a clínica dos profissionais da atenção básica, contribuindo para reduzir encaminhamentos desnecessários, cuidar melhor dos usuários, reduzir internações por causas sensíveis à atenção primária, bem como facilitar a reinserção dos pacientes nas suas equipes de saúde da família após alta hospitalar.

Essas diretrizes são as mesmas para os serviços de referência – Centro de Referência em Reabilitação, Centro de Referência em DST/AIDs, Centro de Referência da Saúde do Trabalhador – e para os serviços ambulatoriais, guardando as especificidades de cada serviço.

Também para a Coordenadoria de Vigilância em Saúde são propostas diretrizes semelhantes: Colegiados Gestores para os Serviços de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Ambiental e, principalmente, a aproximação dos profissionais de saúde dos serviços de atenção primária por meio do matriciamento para as Visas Distritais e destas para os serviços.

Em setembro de 2001, morre assassinado o prefeito de Campinas, Antônio da Costa Santos, assumindo a sua vice, Izalene Tiene, mantendo a equipe da Secretaria de Saúde e também o projeto em curso.

Em 2003, com a posse do presidente Lula, o secretário de saúde é convidado a assumir a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. Em Campinas, assume o cargo de secretária Maria do Carmo Cabral Carpintero, que já fazia parte do grupo gestor da Secretaria, mantendo, portanto, as mesmas diretrizes e princípios do Paidéia.

6.4.4. 2005-2013 – Retrocessos na Saúde Pública em Campinas – a força do neoliberalismo

Em janeiro de 2005, o Dr. Hélio de Oliveira Santos assume o governo municipal.

Assume a Secretaria de Saúde o professor e matemático Gilberto Luis Selber

Sua gestão, com duração de um ano, mantém, pelo menos oficialmente, o projeto Paidéia. Entretanto, perde-se o ímpeto e as discussões, seminários e capacitações se tornam raras, o que irá dificultar a consolidação de processos que necessitavam ainda de apoio, amadurecimento e acompanhamento próximo.

Após um ano, o professor Selber é substituído pelo médico cardiologista José Francisco Kerr Saraiva, professor da PUCC, que se mantém no cargo até setembro de 2011, um mês depois da deposição do prefeito de Campinas (em 20 de agosto de 2011) por ato da Câmara Municipal

Mantém-se enquanto discurso a proposta do Modelo Paidéia. Entretanto a prática da Secretaria não o corrobora. Vários são os sintomas de desmonte do projeto e, particularmente,

da atenção básica, secundarizada pelos investimentos em pronto atendimentos, compras de serviços especializados e pela construção do Hospital Ouro Verde.

Um desses sintomas é a redução do número de agentes comunitários de saúde. Segundo informações fornecidas pelo setor de Gestão de Pessoal da SMS, ao final de 2004 eram 564 agentes. Em dezembro de 2010 eram 451, uma redução de 22%, pois não houve substituição dos que se demitiram ao longo do tempo. Ademais, aproximadamente cem desses agentes estavam afastados da função por problemas de saúde, desvio de função, etc. Em outros termos, embora tenha havido expansão da atenção primária, com mais médicos, mais equipes e mais unidades de saúde e, portanto, tenha aumentado a necessidade de agentes comunitários de saúde (calculava-se à época uma necessidade de aproximadamente 750 agentes), ao contrário, houve uma substancial redução desses.

Outro sintoma foi a contratação de médicos. Escassearam-se os concursos para médicos de saúde da família. Privilegiava-se a contratação, para compor as equipes de referência, de médicos clínicos, pediatras e ginecologistas. Assim, as equipes passam a ter composições as mais diversas: médicos clínicos e ou médicos de família, pediatras e ginecologistas nas mais diversas jornadas, nem sempre durante os cinco dias de semana (eram permitidos que os médicos cumprissem sua jornada em até três dias por semana). As contratações não eram planejadas em função do modelo ou orientada pela epidemiologia ou demografia, de tal modo que 2009, segundo os dados do setor de Gestão de Pessoas da SMS, a soma de horas-médicas de pediatras e ginecologistas eram maiores que a soma das de clínicos e médicos de família. Observe-se que Campinas já é uma cidade onde adultos e idosos significam a maior parcela de sua população, com mais de 12% da sua população com 60 anos e mais e com redução importante do índice de natalidade. Ou seja, não faz sentido se contratarem mais médicos pediatras e ginecologistas que aqueles que irão cuidar das doenças crônicas e seus determinantes!

Escassearam-se as capacitações para o desempenho da função de Apoio Institucional, para a prática de ações voltadas à família e território e para a gestão da saúde pública. Agora as práticas educativas estavam mais voltadas às questões técnicas ou à implantação de programas, quase sempre os do Ministério da Saúde, fonte de recursos para o município.

A análise dos Relatórios de Gestão de 2007 a 2012, relativos a esse período de governo também é sintomático. As questões relativas a modelo de atenção e gestão participativa ou cogestão são relegadas a segundo plano. Predominam nas análises os resultados relativos às questões administrativas, de contratação de pessoal e de infraestrutura. Com a implantação, por parte do Ministério da Saúde, do Pacto pela Saúde, os planos municipais introduzem avaliações e metas sobre a atenção básica, repetindo aquelas do Pacto. Porém, percebe-se pelo tratamento dado pelo Departamento de Saúde ou pelos Distritos o quanto não se valoriza a rede de atenção primária, pelos menos enquanto processos capazes de melhorar o cuidado e impactar nos indicadores epidemiológicos.

É interessante notar que a Atenção Básica, enquanto uma área específica, “não constou do plano” municipal de saúde em 2006, segundo o Relatório de Gestão de 2007. Todas as ações a serem desempenhadas na Atenção Primária são planejadas em outras áreas da Secretaria e demandadas aos serviços da ponta. Assim é que a Atenção Primária é instada a desenvolver ações de Saúde Integrativa, na área do adulto, do idoso, de assistência farmacêutica a partir do planejamento dessas áreas através de suas câmaras técnicas. Quando se olha o Relatório de Gestão dos Distritos desse mesmo ano, também se observa a pouca importância dada à Atenção Básica. Exceto os Distritos Leste e Noroeste, que dedicam alguns indicadores relativos ao cuidado e modelo de atenção, todas as ações e metas dos Distritos se referem a obras, infraestrutura e contratação de pessoal. Não há referências a processos de trabalho capazes de ampliar a efetividade das equipes e mudanças na qualidade de vida e saúde dos usuários.

Também são escassos documentos sobre o Modelo de Atenção e de Gestão na Secretaria de Saúde. Escasseiam-se os trabalhos sobre esses temas publicados por profissionais de saúde para apresentação em congressos ou fóruns assemelhados.

A falta de priorização sobre a atenção primária vai, lenta e gradualmente, tornando-a cada vez mais insuficiente para cuidar efetivamente das pessoas sob sua responsabilidade exclusiva, calculada em mais ou menos 70% da população campineira (embora aproximadamente 50% dos habitantes tenham plano de saúde, parte deles utilizam com frequência o sistema de saúde público, além de outros serviços como vacinas, curativos, medicamentos, etc). Se em 2004 tinham 150 equipes de Saúde da Família cadastradas no

Ministério da Saúde, em 2009 são apenas cem, segundo o Relatório de Gestão desse ano. É fato que a rede de atenção primária à saúde tem 558 médicos nela trabalhando em várias jornadas (12, 20, 24, 30 e 36 horas) no ano de 2010. A somatória de horas contratadas seria suficiente para implantar 360 equipes se todos fossem médicos em jornadas de 40 horas, garantindo a cobertura integral dos 70% da população cujos cuidados são dependentes dos serviços públicos de saúde.

Contudo, há, segundo a percepção dos próprios gestores do nível central (relatório da EP do Nível Central), uma fragilidade da gestão central da Secretaria com pouca ou nenhuma integração entre os vários departamentos que se traduz em baixa governabilidade e baixa capacidade de governo (Matus). Essa fragmentação, a má distribuição dos médicos, indefinições sobre o tipo de equipe e sobre o modelo não permite uma adequada atenção à saúde, gerando insatisfação entre usuários, trabalhadores e gestores das unidades de ponta. A principal queixa dos usuários é a falta de médico, apesar do número deles na atenção primária.

Consonante com o resto do País, as terceirizações são utilizadas à larga para expansão de pessoal, seja para a saúde mental, seja para atenção primária ou para cargos administrativos. Concursos públicos são relegados a segundo plano, até por que havia dificuldades jurídicas, dado que um da gestão anterior estava sub judice no ministério público. Além de empresas de terceirização de mão de obras (limpeza e segurança), utiliza-se da empresa municipal Informática de Municípios Associados- IMA (digitadores e recepcionistas) e, principalmente, do Serviço de Saúde Cândido Ferreira. Neste, agrega-se ao plano de trabalho relativo à Saúde Mental (CAPS, moradias assistidas, oficinas de geração de renda, centros de convivência e equipes de Saúde Mental na atenção básica), outro contrato denominado de Atenção Básica, cujo objetivo primeiro era permitir a contratação de agentes comunitários de saúde.

De imediato o Cândido torna-se importante aliado da Secretaria na expansão de seus serviços. Se inicialmente isto acontece por restrições impostas pela lei de responsabilidade fiscal, em pouco tempo se descobre a facilidade de contratar-se por essa instituição como meio de superar a morosidade da máquina pública. A partir de 2005, sobremaneira, além da atenção primária, se contratam ainda funcionários para vários outros serviços e mesmo para atividades meio. Se inicialmente a lei de co-gestão com o Cândido Ferreira, de 1990,

promulgada para permitir a consecução da Reforma Psiquiátrica, absorvendo e “municipalizando” um serviço privado filantrópico, a partir dos 2000, com a contratação de agentes comunitários de saúde, tornou-se braço auxiliar da Secretaria para a expansão dos seus serviços.

Para se ter uma ideia da importância do Serviço de Saúde Cândido Ferreira para a expansão dos serviços públicos municipais, segundo os relatórios de gestão da SMS, em 2005, excluídas as contratações pela IMA e terceirizadas, a contratação de pessoal por ele significava 23,2% do total dos funcionários da Secretaria de Saúde. Eram 884 funcionários, dos quais 569 agentes comunitários de saúde. Em 2010 são 941 funcionários (20,8% do total de funcionários da Secretaria de Saúde), mas apenas 92 agentes remanescentes, já que, por força de lei, tiveram que ser contratados pela prefeitura. Ou seja, excluídos os agentes comunitários de saúde, se o Cândido é responsável pela contratação de 9,7% dos funcionários da Secretaria em 2005, em 2010 a proporção é de 19,2% tendo dobrado o número de contratações de outros profissionais que não os agentes comunitários de saúde.

Em 2008 inaugura-se o Hospital Ouro Verde. De imediato a sua gestão é entregue à SPDM através de um contrato de gestão. Embora no município não exista lei que permita outorgar título de Organização Social a entidades do terceiro setor, a SPDM que atua como tal em São Paulo, capital, e em vários outros municípios do Estado e do país, gerencia o Hospital e o Ambulatório de Especialidades com as mesmas regras e autonomia de uma OS. Embora exista, conforme o próprio contrato de gestão, uma equipe da Secretaria atuando no hospital, participando da gestão, a SPDM e sua equipe são os gestores de fato do Hospital, atuando com o máximo de autonomia, embora sejam públicos os prédios e os equipamentos.

Sua gestão é balanceada por uma equação cujas variáveis são o custo hospitalar, a qualidade da atenção e acesso de um determinado número de pacientes segundo o contrato. Como consequência é frequente o “fechamento” de leitos por questões administrativas, como por exemplo, demissão, férias ou afastamentos de funcionários, necessidade de reduzir custos operacionais, etc. Em outros termos, diferente de um hospital público que não pode recusar internações, e, no caso do Mário Gatti, sempre lotado com pacientes em macas, no Ouro Verde, em nome dos custos e da qualidade, isso nunca acontece. Em primeiro lugar sacrifica-se o acesso.

As relações entre a Secretaria de Saúde e Cândido Ferreira e SPDM estavam frequentemente na pauta das reuniões do Conselho Municipal de Saúde. Se ambas eram questionadas por se tratarem de terceirizações de pessoal, contrária às decisões de conferências municipais e deliberações do Conselho Municipal de Saúde, as relações com o Cândido eram mais bem toleradas. Embora pudesse dizer que ambos faziam a gestão de dada parcela da Saúde Pública (o Cândido com a Saúde Mental e a SPDM com parte da Assistência Hospitalar e Ambulatorial), a diferença residia no fato que o Cândido era um serviço privado “municipalizado”, ou seja, só executa ações de saúde para a Secretaria de Saúde e é totalmente financiado por ela, subordinando-se às decisões da Secretaria. Já a SPDM, que não tem Hospital ou Equipamentos, se “apropria” do Ouro Verde, totalmente construído e equipado com recursos públicos, fazendo gestão sob as regras de uma entidade apartada da Secretaria de Saúde.

Por iniciativa do Centro de Educação dos Trabalhadores em Saúde inicia-se em 2005 um amplo processo de educação permanente para os Gestores das Unidades Básicas de Saúde e Apoiadores Institucionais, insatisfeitos com a ausência de capacitações, discussões, seminários ou outros fóruns que orientassem os rumos da Secretaria. Tinha como objetivos fortalecer o modelo de atenção vigente, rever o processo de gestão do trabalho em saúde, esclarecimento do papel dos apoiadores e fortalecer a gestão local.

Durante os encontros e atividades de dispersão realizadas, alguns problemas foram se tornando claros: o coordenador de unidade “tem sérios problemas de governabilidade sobre recursos essenciais”, como por exemplo, a falta de medicamentos para vários programas, garantia de acesso a especialidades, a falta de pessoal para completar as equipes, entre outros; a forte autonomia dos médicos e as relações de poder que estabelecem nas equipes, reduzindo ainda mais a capacidade de governo do coordenador; o peso crescente da saúde mental no cotidiano das equipes e falta de capacitação para esse cuidado; o excesso de demandas recebidas dos nível central da secretaria, interferindo nas prioridades e agendas das unidades de saúde.

Uma das conclusões dos encontros é que “em situações de grande desabastecimento das unidades, de grande déficit de pessoal nas equipes, pode ser que não haja capacidade de governo que dê conta de superar os problemas”. E mais, “ que exercitemos, nas atuais

condições da rede básica de Campinas, nossa capacidade de inventar práticas e conseguir, de alguma forma, contagiar a equipe com uma nova postura na organização do cuidado.” E por último, “ a grande heterogeneidade das UBS e suas equipes, o que resulta, na prática em modelagens bastante distintas entre si, por mais que tenham “diretrizes políticas” compartilhadas, em particular aquelas que foram estabelecidas pelo Paidéia.

São queixas frequentes que os Apoiadores Institucionais, com exceções, não têm conseguido aproximarem-se da gestão local e das equipes, não exercendo a tríplice função para o qual foram pensados: terapêuticas, pedagógicas e de apoio à gestão senso latu. Foram se voltando para ajudar os coordenadores de unidade em questões administrativas, deixando de lado o apoio nas questões referentes aos processos de trabalho e ao cuidado.

Estes por sua vez, reclamam do distanciamento do nível central e dos coordenadores de área que, premidos pelos recursos financeiros do Ministério da Saúde para a implantação de seus programas, ditam normas a serem implantadas nas unidades de saúde, muitas vezes sem conexão com os problemas prioritários a serem enfrentados em cada território.

Tentando superar essa realidade, em 2006 inicia-se a Educação Permanente (EP) de apoiadores. Porém, de imediato se estabelece um conflito, dado que para muitos a EP poderia ser aproveitada para ser o espaço privilegiado de encontros entre o Nível Central e os Distritais de gestão, como espaço de construção de consensos e resolução de problemas. Obviamente, isto é recusado pela coordenação da EP, remetendo essas funções para os “colegiados e espaços de decisão e acompanhamento das políticas da SMS”.

Diante das fragilidades da gestão da Secretaria, segundo aparece nas falas dos apoiadores, relatadas no Relatório da EP, sobram para eles serem “bombeiros e Bombril”: “apagamos incêndio e temos mil e uma utilidade. Corremos atrás do prejuízo. Socorremos. Mas também somos amortecedores e somos filtros e somos mágicos e somos costureiros”. Somos ainda “correia de transmissão” do nível central da secretaria e suas inúmeras câmaras técnicas.

Apesar da avaliação positiva do processo de EP, não é suficiente para superar a falta de definições da Secretaria e as queixas se avolumam entre os coordenadores de unidade e trabalhadores: não há definição sobre o papel da atenção primária – qual seria a composição das equipes? Manteriam ou não a composição original com médicos de saúde da família,

pediatras e ginecologistas? Ou os médicos de família seriam substituídos por clínicos gerais? Qual o papel dos pediatras e ginecologistas – matriciais ou o atendimento seria por área programática com saúde do adulto, da criança e da mulher? E os enfermeiros? Se “especializariam” nas áreas também ou continuariam como enfermeiros generalistas em cada equipe? Como dar-se-ia o acolhimento da demanda espontânea, particularmente diante da falta de pessoal nas equipes de atenção primária? Se as unidades se dispusessem a atender o fluxo de demanda espontânea a sua intensidade sufocaria as equipes, impedindo-as que se dedicassem às ações programáticas e às atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde. Mas, de quem seria a missão de atender a esses pacientes, particularmente os adultos jovens, hígidos, sem patologias crônicas que exigissem acompanhamento frequente, com um quadro agudo auto-limitado? Das unidades básicas? Dos serviços de Pronto-atendimento? Ou o próprio paciente definiria onde iria buscar cuidado? A descentralização das Visas, ocorrida no final dos 90, tem sido facilitadora da vigilância em saúde ou a tem dificultado, já que ocorre disputas entre a gestão distrital e a gestão central da Secretaria? Que atribuições das Vigilâncias devem ser funções dos serviços de atenção primária? Deve-se implantar ou não Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) na Secretaria de Saúde de Campinas?

Essas questões se avolumam sem respostas claras por parte da Secretaria de Saúde.

Organiza-se em 2009 um amplo seminário para discutir esse conjunto de questões. Apesar da participação de aproximadamente 1000 trabalhadores em suas várias etapas – local, distrital e municipal, embora se construa um grande número de consensos, essas dúvidas não são resolvidas, pois o nível central não se manifesta e não consegue formular respostas a contento.

A baixa capacidade de governo por parte da Secretaria de Saúde aliado às indefinições sobre um projeto político para a Saúde permite que se avolumem os problemas.

Inicia-se uma disputa com o Conselho Municipal e Movimento Popular de Saúde a respeito do tipo de gestão que deveria ser a do Complexo Hospitalar Ouro Verde: terceirizado à SPDM como é desde o seu nascimento ou “municipalizado”, seja através de uma autarquia, seja por um Fundação Estatal de Direito Privado, como defende a maioria dos Conselheiros Municipais.

O Ministério Público, a partir de 2010 principalmente, por denúncias feitas por conselheiros municipais, por vereadores de oposição e pelo próprio Conselho Municipal, inicia uma blitz contra a Secretaria: investiga-se os gastos do serviço de DST/AIDs, o Contrato de Gestão do Cândido Ferreira no que tange a contratação para serviços diferentes dos da Mental, além de contratos de terceirização.

Esse clima de indefinições e de crises constantes é geradora de muita insatisfação entre trabalhadores e os gestores mais próximos dos serviços da ponta.

Numa tentativa de retomar a governabilidade da Secretaria e de se formular um projeto mínimo para a Saúde, inicia-se em 2010 um processo de Educação Permanente para os aproximadamente 300 gestores de todos os níveis da Secretaria.

A articulação envolveu todas as áreas estratégicas/departamentos do Nível Central: Departamento de Gestão e Desenvolvimento Organizacional (DGDO), Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES), Departamento de Saúde (DS), Departamento Administrativo (DA), Departamento de Vigilância em Saúde (DEVISA, antiga COVISA), Fundo Municipal e Gabinete do Secretário composto pelo gabinete, expediente, jurídico e imprensa.

O enunciado abaixo, segundo o relatório da EP, é uma síntese do problema identificado pelos encontros deste coletivo e foi a linha condutora do Programa de Educação Permanente:

Os processos de trabalho e de gestão da SMS não são integrados e eficazes para construir pactuações, planejar, implementar, executar e monitorar os resultados e assunção de responsabilidades dos projetos e diretrizes que, aliado aos entraves burocráticos e financeiros da Prefeitura e a falta de autonomia da Secretaria de Saúde impedem uma gestão eficiente e ágil, comprometem a qualidade da atenção à saúde da população.

Em agosto de 2011, envolvido em inúmeras denúncias de corrupção, o prefeito municipal é deposto pela Câmara Municipal.

Assume o vice prefeito, Demétrio Vilagra. Porém, por ser suspeito de também integrar o esquema de corrupção da prefeitura, também é afastado do cargo pela Câmara de vereadores em outubro daquele mesmo ano.

Assume agora o presidente da Câmara, Pedro Serafim. Fica 10 dias no cargo, é substituído novamente por Vilagra por decisão judicial, que fica de outubro até dezembro de 2011. Novamente é cassado pela Câmara, dessa vez em definitivo, voltando Pedro Serafim ao cargo, onde permanece por mais um ano, até ser substituído pelo prefeito eleito em 2012, Jonas Donizzete.

Com a sucessiva troca de prefeitos ocorre também trocas nas secretarias. Temos, nesse período, dois secretários de saúde, Adilson Rocha Campos, durante o período do prefeito Vilagra, por aproximadamente dois meses. A seguir assume o médico ginecologista Fernando Brandão Filho, que fica até o fim da gestão do prefeito Pedro Serafim.

A crise ética e política que abate sobre a prefeitura tem como efeito intensificar a crise já vivida na Secretaria Municipal de Saúde. Segundo o Relatório da EP:

Neste período a fragmentação voltou a se intensificar, os departamentos se recolheram e nossa atuação tornou-se mais difícil. Já não tínhamos tanta abertura para falar sobre as atividades gerenciais, éramos sempre sugados pela crise. Foi uma tarefa extremamente complexa e desafiadora para cada facilitador, que teve de utilizar-se de toda força e garra para não deixar os participantes se esvaírem do processo.

Embora persista, o processo de Educação Permanente não tem força para mudar o status quo. O final desse governo se dá melancolicamente perdido em indefinições sobre o Modelo de Atenção e Gestão, sobre o destino do Complexo Hospitalar Ouro Verde e o que fazer com o Serviço de Saúde Cândido Ferreira.

De positivo nesse período tem a ampliação do número de serviços, notadamente com a construção do Hospital Ouro Verde, do Pronto-Socorro do Campo Grande e de 3 unidades básicas de saúde. Implantam-se duas farmácias populares, um Centro de Testagem e Aconselhamento para DST/AIDS, um CAPS AD (álcool e drogas), além de iniciarem a construção de duas novas unidades de saúde.

A partir de 2013, com o prefeito Jonas Donizzete, assume a Secretaria de Saúde do Dr. Cármino Antônio de Sousa. Mantém a mesma equipe que terminara a gestão anterior, sinalizando que não haveria mudanças de rumo. E de fato, os problemas e as indefinições persistem.

Mantém-se, como na gestão anterior, o modelo Paidéia de Atenção e o mesmo modelo de gestão, com os Colegiados Gestores, os Apoiadores Institucionais e todos os dispositivos implantados em 2000.

Entretanto, só a força dos dispositivos não é suficiente para se afirmar que temos o mesmo modelo.

Em continuidade à gestão, a que sucedeu, provavelmente premida pela questões judiciais e investigações em curso pelo Ministério Público, tem como preocupação primeira o controle burocrático dos contratos e convênios, que consomem aproximadamente 35% dos recursos orçamentários da Secretaria (Relatório de Gestão da Secretaria).

De outro lado é possível afirmar que segue, ainda, uma tendência do Estado brasileiro, da força hegemônica dos aproximado 15 anos de neoliberalismo, de uma política de saúde mais restrita, voltado para aqueles que não a consomem no mercado. Sob o jugo de uma pseudo-eficiência do privado, a política de saúde no Brasil, e também aqui, caracteriza-se pela entrega da gestão dos próprios estatais ao terceiro setor e pela compra de serviços de maior densidade tecnológica à iniciativa privada.

Várias iniciativas do governo que se iniciam dão demonstrações dessa tendência.

Já no primeiro ano de governo o gabinete faz um contrato com duas ONGs, a Falconi e a Tellus, ambas sem fins lucrativos e que prestarão assessoria a algumas Secretarias municipais, inclusive a de saúde, “sem nenhum ônus para a prefeitura”, pois são financiadas por lideranças empresariais ligadas a bancos privados, redes de hotéis e outras empresas.

Tem como objetivos, segundo o site das próprias ONGS e as apresentações dos seus consultores para os Apoiadores Distritais e Coordenadores de Unidades dos serviços participantes, buscar mais eficiência e eficácia de organizações que lidam com recursos públicos e das próprias prefeituras, dado que “nem sempre o muito arrecadado é devolvido em bons serviços”.

A Tellus tem como objetivo implantar o Acolhimento e Humanização nos serviços da rede, iniciando o seu trabalho pelo Pronto Atendimento Campo Grande como projeto piloto. Já a Falconi irá atuar, primordialmente, para melhorar a eficácia e a eficiência da Secretaria de

Saúde e para tal atuará junto ao Departamento Administrativo e junto a 10 unidades de saúde, escolhidas como pilotos.

Nas unidades tem como objetivo implantar processos de planejamento utilizando-se da metodologia PDSA (Plan, Do, Study and Act) e introduzir “ciclos de melhoria contínua da qualidade”.

Consoante com uma gestão verticalizada, taylorista, que despreza métodos democráticos de gestão participativa, desprezam toda a história da Saúde Pública de Campinas. Não apresentam o projeto ao Conselho Municipal de Saúde, aos colegiados de gestão ou aos trabalhadores. Desprezam toda a política de Humanização que a própria Secretaria já desenvolvia em parceria com outras instituições, bem como desprezam o acúmulo do CETS e dos próprios gestores distritais e locais na implantação de processos de acolhimento, sejam nos serviços de atenção primária, sejam nos de pronto atendimento. Não consideram ainda o esforço de planejamento participativo que trabalhadores do DGDO, do DS, dos gestores distritais e das unidades de serviço vinham, há alguns anos, praticando na Secretaria de Saúde para construir o Plano Plurianual, o Plano anual de Saúde e os planos das unidades básicas.

É nítido o distanciamento entre Conselho Municipal e a Secretaria Municipal de Saúde, verificável nas atas de quase todas as reuniões ordinárias e extraordinárias, além das cartas abertas à população com críticas à administração da saúde.

Fica-se sabendo pela imprensa que serão implantados o Programa Remédio em Casa, um Hospital de Queimados, duas AMES com gestão por OS (fruto da aproximação com o governo estadual) e a construção do Hospital da Mulher. Ao que se sabe, nenhuma destas iniciativas foi apresentada e discutida com o Conselho Municipal de Saúde. Pelo contrário, embora o Conselho já tenha deliberado por uma Autarquia para a gestão do Complexo Hospitalar Ouro Verde, o Secretário abandonou o decidido e anuncia à imprensa que continuará sob gestão terceirizada, seja pela própria SPDM ou pela Unicamp.

Até o momento, nenhuma discussão de modelo assistencial para a rede básica veio à tona. Porém há evidências que se desenha um modelo médico centrado: a maior parte dos cargos de apoio técnico do nível Central é ocupado por médicos, a maioria dos concursos anunciados é para essa categoria, bem como só se discute o seu aumento de vencimentos em nome de

igualá-los ao mercado. Não se discute o papel estratégico de outras categorias (mesmo a contratação de farmacêuticos foi produto de imposição legal) e dispositivos como os NASF, até então parte da política de apoio à atenção primária. O projeto Gestão do Cuidado em Rede, implantado em parceria com o Ministério da Saúde e com o Hospital Albert Einstein, nos quais os enfermeiros tinham papel estratégico, é abandonado à própria sorte, cada distrito mantendo-o à sua maneira ou o abandonando de vez.

Chama-nos a atenção o tratamento que se vai dando à Saúde Mental. O Cândido Ferreira, parceiro importante da Secretaria no processo de Reforma Psiquiátrica, “publicizado” pela lei de co-gestão, sofreu um revés e, na contramão, volta a ser tratado como ente privado, cuja relação com a Secretaria será dada através do Contrato, no qual as metas quantitativas serão as mais relevantes. Pactuações coletivas e planejamento comum sobre o modelo da Saúde Mental no município e diretrizes operacionais para os serviços não entram na conta e já não fazem sentido. A lei de co-gestão é considerada inadequada e o ente será tratado como qualquer outro privado, ainda que seja financiado exclusivamente pela Secretaria de Saúde e só preste serviços à Secretaria de Saúde. O resultado, conforme a previsão dos técnicos da área, poderá ser danoso para o rumo da Saúde Mental do Município, que, por ter muito poucos serviços próprios, perderá a condição de ditar a política de saúde mental do município, ficando a mercê de um ente agora privado. Ademais, em próximas licitações, corre-se o risco dos serviços serem assumidos por ONGs de custo mais barato, porém com pouca expressão na área.

Em relação à política de cuidados com usuários de álcool e drogas ilícitas, declara-se a guerra ao crack e namora-se com uma política higienista, de internação compulsória. Aproxima-se do governo paulista que propõe “a internação generalizada e arbitrária, o que abre precedentes para ações autoritárias que representam um retrocesso na conquista histórica da humanidade por direitos democráticos” (manifesto contra a internação compulsória da ASPS). Assina com esse, carta de intenções para a implantação de um Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD), instituição símbolo dessa política. São anunciados convênios com entidades privadas, as comunidades terapêuticas, desprezando a política municipal de implantação de CAPS AD em número suficiente para garantir a autonomia municipal para esse tipo de cuidado.

Nessa gestão, verticalizada e autoritária, desmonta-se o Núcleo de Comunicação, implantado na gestão anterior. Esse Núcleo, em suas atividades muitas vezes produzia ou publicava análises críticas à gestão, motivo pelo qual não interessa à prefeitura ou à Secretaria, que tenta subordiná-lo à Secretaria de Comunicação da prefeitura. Com a rejeição dos trabalhadores desse núcleo a essa possibilidade, decide-se por encerrar as suas atividades em junho de 2011.

Configura-se assim um método de gestão que se afasta da tradição da saúde pública em Campinas pelo menos até o início da década de 2000. Faz-se mister dizer que retrocesso para consolidação de uma política de Saúde pensada como uma política universalista, distributiva, de respeito aos direitos de cidadania, emancipatória para usuários e trabalhadores, acontece em todo o país. Este modelo “gerencialista”, da integralidade mínima, da universalidade restrita, ocorre na grande maioria dos municípios e estados brasileiros.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O patrão atual, por exemplo, berrava sem precisão. Quase nunca vinha à fazenda, só botava os pés nela para achar tudo ruim. O gado aumentava, o serviço ia bem, mas o proprietário descompunha o vaqueiro. Natural. Descompunha porque podia descompor, e Fabiano ouvia as descomposturas com o chapéu de couro debaixo do braço, desculpava-se e prometia emendar-se. Mentalmente jurava não emendar nada, porque estava tudo em ordem, e o amo só queria mostrar autoridade, gritar que era dono (Vidas Secas – Graciliano Ramos)

Recentemente (abril de 2013), surgiu na capa da Radis, revista da Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz), uma imagem que buscava simbolizar o SUS atual: um copo com água pela metade. Essa imagem, que fez muito sucesso, pode ser remetida à história da saúde pública em Campinas, no entanto, com uma leitura diferente. Se o tal copo induz à pergunta – O SUS se encontra meio vazio ou meio cheio? – no nosso caso, representa dois momentos da nossa história.

A metade cheia do copo representa o surgimento da saúde pública em Campinas, da década de 1960 até metade da década de 2000. A metade vazia do copo representaria os seus últimos dez anos. Então, para sermos justos, o copo deveria estar mais cheio que vazio. Talvez $\frac{3}{4}$ com água e $\frac{1}{4}$ vazio.

Os estudiosos do SUS, de modo geral, o apontam mais como um copo meio cheio. É ele o responsável por aproximadamente 95% dos transplantes que se realizam no Brasil, pela maior parte do atendimento de urgência e emergência, por campanhas vitoriosas de vacinação em massa capaz de erradicar doenças como a poliomielite, varíola e outras, por um programa de Aids, que é modelo para vários países do mundo, entre outros sucessos. É capaz de garantir acesso à mais simples consulta até a mais sofisticada cirurgia cardíaca ou neurológica, ainda que com muitas dificuldades de acesso no tempo desejável e necessário.

Por outro lado, muitas são as suas mazelas. Diariamente, há relatos na imprensa de maus-tratos a pacientes, de corredores de hospitais lotados, de falta de medicamentos e insumos básicos, de dificuldades de acesso a procedimentos de média e alta complexidade e muitas vezes aos atendimentos na atenção básica.

É também consenso que para terminar de encher o copo, ainda que não seja a única medida, é necessário que se amplie seu financiamento. Muito mais poderia ser realizado se o postulado constitucional de financiamento do SUS com 30% das receitas da Seguridade Social tivesse sido cumprido. Outros golpes foram dados, como a criação da CPMF, mas subtraía-se valores correspondentes de outras fontes, quase nada acrescentando ao SUS; posteriormente, ocorreu sua suspensão. Mesmo a aprovação da Emenda Constitucional 29 em 2000 pouco acrescentou em valores reais ao orçamento federal do SUS (SANTOS, 2004).

A discussão entre aprovação e regulamentação da Emenda Constitucional 29 durou mais de 15 anos. E sempre os congressistas repetiam o bordão: “é necessário dizer de que fontes virão os recursos para ampliar o financiamento do SUS”. Têm-se a resposta: uma ampla reforma tributária, taxando, por exemplo, as grandes fortunas. Ou fazendo com que quem tenha mais pague mais que os trabalhadores ou os pobres, proporcionalmente os que mais pagam impostos no Brasil, dado que o consumo de bens essenciais, com sua enorme carga de impostos, é a maior fração do orçamento domésticos das camadas menos favorecidas da sociedade. A taxa sobre heranças é irrisória, o que, conforme artigo do ex-ministro Alexandre Padilha para o site Carta Maior, nos EUA são 30% a 40%, na França, 45%; na Alemanha e no Japão, 50%. Segundo ele, estudos de 1999 mostram que o imposto sobre fortunas no Brasil, entre 0,8% a 1,2%, em fortunas acima de R\$ 1 milhão, renderia uma arrecadação de cerca de 1,7% do PIB, mais do que era obtido pela CPMF (PADILHA, 2015).

Como consequência, o Brasil é um dos países de Sistemas Universais que menos gasta por habitante por ano: R\$ 1.098,00 de recursos públicos, em 2013, ou US\$ 512 (CFM, 2014). Em 2008, segundo dados da OMS, é o sétimo PIB mundial, mas se coloca no 72º quando se compara gastos estatais per capita. Mesmo alguns países sul-americanos gastam mais que o Brasil. Na Argentina, esse valor foi de US\$ 576. Os países europeus, de modo geral, gastam cinco vezes ou mais os gastos brasileiros. A Inglaterra, nesse ano, gastou US\$ 3.031,00, quase seis vezes mais que o Brasil. Em outros países de sistema universal de saúde, como França, por exemplo, o gasto per capita era de US\$ 3.813, ou de US\$ 3.819, na Alemanha (CFM, 2014). E ainda, segundo ex-ministro Alexandre Padilha,

ao mesmo tempo, segundo dados recentes publicados pelo Ipea, a isenção fiscal referente aos planos de saúde no Brasil chegou a cerca

de R\$ 18 bilhões. Ou seja, o mesmo Estado que não garante recursos suficientes para prover um sistema público para todos, cofinancia a alternativa para uma parcela da população, que se vê obrigada a pagar valores expressivos para ter acesso a saúde. Além disso, o mesmo Estado suporta o atendimento de vários procedimentos que de alguma forma não são cobertos pelos planos. A incorporação tecnológica, o envelhecimento da população e o impacto dos acidentes automobilísticos e da violência urbana nos custos dos serviços de emergência e reabilitação, transformam esta equação, já precária, em insustentável (PADILHA, 2015)

Outro sério problema é o da relação público-privado. No nosso sistema dual, o público (SUS) é responsável por aproximadamente 150 milhões de brasileiros (vide o artigo do ex-ministro) e o privado, por 50 milhões. Ao avaliar o financiamento dos dois sistemas, porém, verificase que o Brasil, diferente de outros países de sistemas universais, gasta apenas 3.62 % do PIB de recursos públicos (somados federação, estado e municípios), enquanto o sistema de mercado é financiado com 4,78% do PIB, por meio dos consumidores, indiretamente via planos e seguros de saúde ou diretamente por meio de desembolso próprio. No total, o Brasil gastou, em 2008, 8,4% do PIB em saúde, valores próximos aos dos países do OCDE (MÉDICI, 2012), porém nesses países, em média 70% são gastos estatais enquanto 30% são gastos privados, das famílias, para uma proporção no Brasil, de 46% e 54% em 2011, respectivamente (FSP, 2014). Os gastos em Saúde como proporção do PIB têm aumentado e em 2011 equivaleram a 8,9%. Ao comparar com outros países, temos que o Canadá, nesse mesmo ano, gastou 11,2% do PIB, sendo 29,6% privado e 70,4% público. Na União Europeia, os gastos com saúde em 2011 foram de 10,2% do PIB, com 23% privado e 77% público (FSP, 2014).

Dentre os problemas de gestão, um dos mais importantes, do meu ponto de vista, é a regulação incompleta do sistema privado de saúde, incapaz de realmente torná-lo suplementar ao SUS. Ou seja, como afirma Menicucci, não se trata sequer de

um mix público-privado configurado a partir de regras claras e precisas que definam os espaços respectivos de atuação do mercado e do Estado e as formas de relacionamento entre os dois campos de

ação. Ao invés disso, a assistência à saúde no Brasil se configura como uma dupla institucionalidade e, do ponto de vista jurídico formal, não existem vínculos entre as duas modalidades, apesar da regulação feita pelo Ministério da Saúde através da ANS.

Ao se orientar por duas lógicas distintas, e em grande medida até contraditórias, a própria ação governamental reforça a dualidade institucional, sugerindo a inexistência de um objetivo governamental de tornar realidade os dispositivos constitucionais. No caso, aqui, por esse sistema dual – o público e o privado (MENICUCCI, 2007)

Por conseguinte, embora a maioria das faculdades de medicina sejam públicas, não se regulam as residências médicas, formando um número irrisório de médicos de família e comunidade, privilegiando a formação de superespecialistas; as escolas médicas, em que pese o esforço da última gestão do Ministério da Saúde, se distribuem onde o mercado demanda – sudeste prioritariamente, em detrimento do norte-nordeste; os currículos ainda se voltam muito mais para a prática individual e de consultório privado que para as práticas coletivas e para o SUS; também os investimentos em tecnologia acompanham as demandas do mercado, muito mais intensos no Sudeste e Sul que no Norte e Nordeste; não há uma carreira atrativa para os profissionais de saúde, seja nacional ou regional, deixando os salários por conta de uma concorrência predatória entre os municípios; a municipalização sem regionalização e induzidas por financiamentos federais, por meio de programas verticais, nem sempre responde às necessidades locais; o mesmo se dá por investimentos por emendas parlamentares, no mais das vezes respondendo a interesses paroquiais que a interesses coletivos, etc.

O ex-ministro chama a atenção para outro problema crucial para avançar em um modelo de atenção que cumpra o ideário da reforma sanitária. Refiro ao papel dos médicos e como este está influenciado pelo dualismo público e privado do nosso Sistema de Saúde. Diz o ex-ministro:

A formação e a conduta profissional é o outro território invadido por estas relações dos dois sistemas público e privado. A batalha do Mais Médicos, as denúncias recentes de abuso sexual e preconceito por alunos de medicina nas faculdades e a atitude absurda de algumas

lideranças condenarem a campanha antirracismo organizada pelo Ministério da Saúde só explicitaram o arcabouço de valores que influencia a formação dos nossos futuros profissionais, de ambos os sistemas. No cerne, há duas correias de tensão, que se alimentam mutuamente. Por um lado, um ideário liberal de exercício da profissão, que alimenta, desde os primeiros dias de graduação, uma não aposta em um sistema público de qualidade e o desrespeito em relação aos seus usuários: pobres, mulheres, negros, homossexuais e "gente não diferenciada".

Por outro, um mercado dinâmico e lucrativo de tecnologia, órteses, próteses, equipamentos, fármacos, serviços, publicações, congressos que financia uma visão cada vez ultraespecializante da formação e da atuação em saúde. Não à toa, a investigação iniciada pelo Ministério da Saúde, em Março de 2013 que teve luz recente graças a matéria de TV, e o Mais Médicos incendiaram o debate, questionaram paradigmas e condutas. Não há nenhum profissional de saúde no Brasil, nem aquele que se especializou em realizar procedimentos estéticos em clínicas privadas, que não tenha dependido do SUS para se formar. Nos meus tempos de estudante de medicina cunhamos a frase: "chega de aprender nos pobres para só querer cuidar dos ricos (PADILHA, 2015).

O ex- ministro toca no que me parece ser um dos principais problemas do SUS, campineiro e nacional: a perda da dimensão cuidadora dos profissionais de saúde, principalmente dos médicos, seja na atenção primária, seja em outros pontos da rede. Esse problema é de tal dimensão que para vários autores se caracteriza como uma crise da medicina que afeta países que investem pouco na saúde, como é o caso do Brasil, como naqueles que investem pesadamente, como Estados Unidos e países europeus. O excepcional desenvolvimento da biologia e das ciências médicas, mesmo para aqueles que o conseguem acessar sem restrições, não significa, necessariamente mais saúde, ainda que signifique mais anos de vida. Não por acaso, surgem as chamadas "medicinas alternativas" (Luz, 2003 e 2005) ou das diversas propostas para a "reconstrução do campo da saúde, sob novas ou renovadas conformações, tais como integralidade, promoção da saúde, humanização, vigilância da saúde etc" (CZERESNIA e FREITAS, citados por AYRES, 1997).

Para Luz, a crise se traduz em duas: uma crise sanitária (da saúde) e uma crise da medicina.

A crise da saúde pode ser vista, em primeiro lugar, como fruto ou efeito do crescimento das desigualdades sociais no mundo, consideradas aqui as sociedades do capitalismo avançado (predominante no Primeiro Mundo), as do capitalismo dito dependente (predominante no Terceiro Mundo), as sociedades oriundas dos destroços do socialismo, e o conjunto de países subdesenvolvidos do Continente africano, às vezes denominados de Quarto Mundo. Este todo forma um conjunto submetido às leis de uma economia capitalista chegada a um estágio de internacionalização e dominância completa sobre o planeta, processo que economistas e cientistas políticos têm chamado de “globalização” (LUZ, 2005).

O avanço do neoliberalismo aprofunda a crise, não só por excluir milhões de pessoas do mercado, provocando ondas de desemprego, como também por criar, ideologicamente, uma insatisfação constante com o que se possui e o que se “é”, cuja régua são as posses e a posição na escala social. A obsolescência programada dos objetos cria uma necessidade de consumo imediato, ainda que desnecessário, e o desejo de ascensão cria a necessidade de concorrência entre os indivíduos.

Segundo Luz essa situação gera

no mundo capitalista o que sociólogos franceses, que tratam das relações entre saúde e cidade, entre os quais Michel Joubert, têm denominado de “pequena epidemiologia do mal-estar”. A consequência são as queixas vagas de dores difusas, depressão, ansiedade e outras síndromes psicossomáticas que aumentam cada vez mais, sejam nos serviços públicos de atenção primária, sejam nos consultórios e clínicas privadas (LUZ, 2005).

E ela continua:

esse “mal-estar” coletivo pode ser visto como um fenômeno de natureza tanto sanitária como cultural, que tem suas raízes não apenas nas condições de trabalho do capitalismo globalizado, mas na própria transformação recente da cultura que é seu fruto. Verifica-se, com essa transformação, a perda de valores humanos milenares nos planos da ética, da política, da convivência social e mesmo da sexualidade, em proveito da valorização do

individualismo, do consumismo, da busca do poder sobre o outro e do prazer imediato a qualquer preço como fontes privilegiadas de consideração e status social (Luz, 2005).

A segunda parte da crise diz respeito à prática médica,

na medida em que destaca a perda ou a deterioração atual da relação médico-paciente, com a objetivação dos pacientes e a mercantilização das relações entre o médico e seu paciente, visto atualmente mais como um consumidor potencial de bens médicos que como um sujeito doente a ser, se não curado, ao menos aliviado em seu sofrimento pelo cuidado médico (LUZ, 2005).

É responsável por esse tipo de prática o paradigma da biomedicina, cuja centralidade é a doença ou o órgão doente, e não um sujeito portador de necessidades de saúde, com a sua cultura, suas fragilidades e suas potências.

Com o surgimento de novas descobertas genéticas, esse paradigma se reforça, ainda mais quando aliada à ideologia da individualização, da velocidade e da liquidez da vida (Bauman, 2007). Cada vez mais rapidamente se descobrem genes responsáveis por doenças, o que permitirá o diagnóstico preditivo e seu manuseio antes de a doença acontecer, se é que de fato iria se manifestar. Assim será possível extirpar um órgão, ainda que a chance de vir a se tornar lesado seja ínfima. Aproxima-se o momento desejado pela maioria dos médicos, ousado dizer: a de uma máquina capaz de perscrutar o mais recôndito de um ser, sua molécula de DNA, para lhe dar um diagnóstico e lhe propor um tratamento. E para aqueles, a grande maioria dos usuários, cujas queixas complexas, frutos da dureza da vida, do “mal-estar” da sua relação com a cultura e com a cidade, que a máquina não foi capaz de diagnosticar, que recebem a tarja de DNV (distúrbio neuro vegetativo) ou “Piti”, muito diazepam ainda será prescrito.

Assim, embora estejamos diante dessa revolução tecnológica e da ciência (que seja bem-vinda...), estamos também diante de uma sociedade cujos valores se baseiam em grande medida no determinismo mecanicista, no positivismo, na aversão ao risco (Castiel, Ayres, Carvalho) e no individualismo neoliberal. Se o conhecimento científico não dialogar com outras formas de conhecimento, notadamente a filosofia, a antropologia, a sociologia e outras

ciências humanas e também com a arte, as incorporações tecnológicas serão, em grande medida, inadequadas e a serviço de poucos, seja porque poucos realmente necessitarão delas, seja porque seus custos astronômicos em sociedades que descartam pessoas, só serão de acesso àqueles com possibilidade de adquiri-las no mercado.

Há ainda uma fetichização das tecnologias, muito interessante ao capitalismo. Ainda que as introduções de novas tecnologias possam ser positivas, de outro o lado, sua fetichização será danosa à prática da saúde, particularmente para o cuidado que a maioria das pessoas necessitam, que não são dependentes de tecnologia leve-duras⁷ e, menos ainda, das duras. O que a maior parte das pessoas necessita é da tecnologia relacional: acolhimento ativo, compreensão das suas necessidades, apoio ao autocuidado e, às vezes, proteção e cuidado intensivo.

Vários pesquisadores brasileiros (Campos, Merhy, Matos, Luz) publicaram estudos nos quais discutem a necessidade de uma mudança paradigmática da clínica, na qual os profissionais de saúde, para que possam efetivamente cuidar, abandonem uma prática centrada para assumir uma clínica ampliada, usuário centrada. Ou seja, cuja principal tecnologia seja a tecnologia leve, da relação cuidadora entre o profissional de saúde e o seu paciente, cuidado como sujeito singular, cuja principal necessidade é de ampliar sua potência de “caminhar na vida”, ainda que com alguma patologia crônica. Não se descarta o uso dos avanços tecnológicos, desde que colocados em defesa da vida. Lembremo-nos sempre:

voltando ao ponto de vista do usuário, podemos dizer que, em geral, este reclama não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. Os usuários, como regra, sentem-se inseguros, desinformados,

⁷ Segundo a classificação de Merhy (apud Vilela, 2005), “para se operar o trabalho em saúde, mais do que o uso de equipamentos e máquinas – as tecnologias duras – existem outros dois conjuntos, o segundo como sendo os saberes e núcleos de cada profissional, por exemplo, a clínica e a epidemiologia – as tecnologias leve-duras – e um terceiro conjunto ligado à produção de relações como atos de saúde – as tecnologias leves”

desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados
(MERHY, 1999).

Está posto o desafio de, sem desprezar os avanços científicos, colocá-los ao alcance de todos e, principalmente, para os trabalhadores da saúde, assumir um compromisso ético e político em defesa da vida, reaproximando-os dos interesses dos usuários. Mesmo utilizando de tecnologias duras, não perder de vista que a principal tecnologia em saúde é a relação com o outro, numa relação clínica ampliada (Campos) que tire o foco da doença e coloque luz no sujeito, com suas fragilidades e potências.

Também em Campinas, há muito em comemorar pelos feitos do SUS. Temos uma ampla rede de atenção, nossa cobertura vacinal atinge o patamar de 95% ou mais, 83% das nossas mulheres realizam sete ou mais consultas de pré-natal, nosso programa de Aids é reconhecido como um dos melhores do Brasil, a reforma psiquiátrica e o cuidado com os pacientes com sofrimento mental, em que pese os retrocessos recentes, é reconhecido como um dos melhores do país, a Vigilância em Saúde tem conseguido sucessos em casos muito complexos como o de contaminação de solos ou das próteses mamárias de silicone, entre outros. Muitos dos dispositivos para uma gestão democrática e de cuidados (colegiados gestores, núcleos de saúde coletiva, apoio institucional, apoio matricial, clínica ampliada, projetos terapêuticos singulares) tornaram-se parte da política ministerial, difundidos para todo o Brasil.

Contudo, também no microcosmo campineiro as mazelas se repetem, porém não necessariamente nas mesmas proporções ou sem suas nuances próprias.

Temos problemas de subfinanciamento, ainda que a Prefeitura invista mais de 20% das receitas municipais, muito mais que aquilo exigido por lei (15%).

Com efeito, por força das reivindicações das conferências, dos conselheiros usuários e trabalhadores dos conselhos locais e municipais, Campinas aprovou uma lei aumentando para 17% o piso de seu orçamento para a Saúde. E, todos os anos, desde o meado da década de 1990, esse percentual é ultrapassado, gastando-se acima de 20% até 25% do orçamento municipal. Não está computada nesse orçamento uma parte expressiva do que se gasta no município com a saúde pública que é o orçamento do Hospital das Clínicas, em que pese que parte considerável da utilização seja por usuários de outro município.

Como consequência, sem contar o que o governo estadual injeta de recursos na cidade por meio do Hospital das Clínicas, o orçamento municipal dos últimos anos tem sido em torno de R\$ 850 per capita, abaixo do gasto nacional (somatória dos gastos federal, estaduais e municipais), de R\$ 1.098 per capita em 2013 (CFM, 2014). Em 2014, o orçamento municipal previsto foi de R\$ 1.064.775.000,00, o que elevará o gasto per capita ao valor de 911 reais, ainda assim, abaixo do valor nacional. , estaremos igual ou pouco acima dele em termos de gastos públicos se contabilizarmos os gastos estaduais no município, por meio da Unicamp, cujo orçamento em 2013 foi de R\$ 348 milhões, mas ainda assim, subfinanciado se nos compararmos aos países da Europa ou mesmo de alguns países sul-americanos.

Outro problema sempre apontado pelos pesquisadores é o afastamento da classe média do SUS. Com efeito, levantamento feito por pesquisadores do Departamento de Saúde Coletiva da Unicamp em 2001 e 2002 (BARROS, 2008) demonstravam, que das pessoas que se utilizaram de serviços de saúde nos últimos 15 dias anteriores ao inquérito, 50,2% se utilizaram dos serviços públicos, enquanto 45,1% se utilizaram dos privados via planos de saúde (os restantes utilizaram-se de sindicatos e outros tipos de serviços assemelhados). Interessante notar que à medida que sobe a escolaridade do chefe da família em anos de estudo e, provavelmente, a sua renda, menos se utilizam do SUS. Entre os que têm 12 ou mais anos de estudo quando perguntados sobre a utilização para problemas de saúde, 100% utilizaram serviços privados por meio de planos de saúde e outros meios. Não houve utilização do SUS. Esta utilização aumenta quando se trata de internação hospitalar. Nesse caso, 19,1% dos que têm mais de 12 anos de escolaridade utilizaram-se de leitos SUS, ainda assim uma parcela marginal da população. É possível que a situação tenha piorado, dado que nesses 12 anos, do período da pesquisa até o momento, cresceu o número de usuários de planos de saúde na cidade. Em dezembro de 2003, eram 462.425 usuários segundo a Agência Nacional de Saúde (ANS) para uma população estimada de 1.004.744 pessoas segundo o Seade, ou seja 46%. Em dezembro de 2013, esse número era de 621.099 usuários para uma população de 1.114.862 pessoas (57,3%), um aumento de 35%, bem superior ao aumento populacional.

Embora se possa pensar que a não utilização do SUS pela classe média faz sobrar mais recursos, seu afastamento também é negativo, dado que reduz, sobremaneira, a capacidade

de avaliação, monitoramento e exigências por cuidados mais efetivos e humanizados. Essa é uma explicação importante, embora incompleta dos nossos problemas e do SUS em geral. Até porque precisa se compreender o afastamento da classe média do sistema público. E aí, no meu entendimento, se pode colocar focos em várias explicações que se somam às do subfinanciamento e os problemas de gestão, sempre aludidos.

A Secretaria Municipal de Saúde repete, na sua forma de relacionamento com as instituições privadas, o que acontece ad náusea pelo Brasil afora: pouco se investe nos próprios para assistência especializada e hospitalar, preferindo comprá-las do mercado. Ou quando constroem os próprios públicos, entregam à gestão da iniciativa privada “sem fins lucrativos”, dificultando a construção de redes, o comando único municipal e restringindo o acesso às internações ao estritamente comercial, contratado nos planos. E passa-se à classe média a mensagem da pseudoeficiência da iniciativa privada, ampliada pela ideologia neoliberal de estado mínimo, incapaz de prestar boas políticas públicas.

Também aqui há muitas dificuldades para alocar e fixar médicos na periferia da cidade e nos bairros, não necessariamente os mais violentos, distantes do Centro ou das grandes vias e estradas. Os médicos buscam se fixarem naqueles que facilitariam sua dinâmica entre os serviços públicos e seus consultórios, clínicas e hospitais onde trabalham para a iniciativa privada. Ainda que se tenha inventado soluções criativas como foi o ICV (Índice de Condições de Vida) da década de 2000, hoje já não dá conta e o problema só foi em grande medida resolvido com a chegada dos médicos do programa “Mais médicos”. Em 2014 são 93 atuando na cidade, facilitando o acesso às ações básicas de saúde para aproximadamente 180 mil pessoas, se considerarmos que cada um deles cuida, em média de 2 mil pessoas. Isso numa cidade com 560 médicos atuando na Atenção Primária, porém, com unidades de saúde que ficaram dois anos ou mais sem clínicos.

A fragmentação da gestão, a desconexão entre programas verticais e as necessidades territoriais, a ausência de diretrizes para um modelo eficaz, seja de gestão, seja de atenção, estão hoje, indubitavelmente, entre os principais problemas que assolam o SUS campineiro. Mas, também aqui, a principal queixa do usuário, além do genérico “falta médico”, é o afastamento dos profissionais, traduzido por desumanização da saúde pública expresso na frase “ele sequer olhou na minha cara”.

Dado a magnitude dos problemas, nacionais ou locais, os avanços futuros do SUS são complexos e desafiadores.

Se o SUS será mais emancipatório ou uma política voltada para os pobres, ainda que a maioria da população brasileira, se a Reforma se completará segundo os anseios do Movimento Sanitário, que tanto lutou para tornar a saúde um direito de cidadania, dependerá de mudanças que o povo brasileiro deverá decidir se as deseja ou não.

São mudanças macropolíticas em sua maioria: democratização radical do estado brasileiro e suas instituições e reversão no brutal quadro econômico, social e ideológico provocado pelo neoliberalismo. Serão necessárias reformas políticas, eleitorais, tributárias e que sejam sempre na direção da inclusão social, de garantia de direitos, da sustentabilidade ambiental, do pleno emprego. Em outros termos, de implantação de fato de um Estado Social, ainda que não o mesmo Estado de Bem-Estar dos países europeus de décadas passadas, dado que o contexto é outro. Mas um Estado que busque promover a igualdade desde o nascimento, reduzindo as desigualdades futuras, permitindo que todos se beneficiem do crescimento e desenvolvimento do País. São, enfim, necessárias políticas públicas de fato eficazes e universais de saúde, educação, segurança, mobilidade urbana, ocupação do solo, proteção ambiental e inclusão social, construídas na base da solidariedade e da convicção que para evitar a barbárie capitalista se faz necessária a compreensão de todos que há uma responsabilidade coletiva para que todos possam se beneficiar das riquezas do País, com menos distanciamento entre pobres e ricos.

Mas, enquanto isso, mudanças micropolíticas, nas relações dentro das instituições públicas, entre trabalhadores e desses com os usuários, podem, numa relação dialética, ampliar a capacidade de análise e de percepção das mudanças internas, do “cuidado de si”, que preparam cada um para uma atuação coletiva, política, enfim.

O campo da saúde pública, como pensada e instituída constitucionalmente pelo Movimento da Reforma Sanitária, é um espaço privilegiado para a experimentação dessas mudanças e urge fazê-las como forma de contrapor-se ao movimento neoliberal, ao individualismo e à saúde como mercadoria.

Campinas já foi, com outros municípios, vanguarda em experimentar dispositivos que caminhavam nesse sentido.

Afinal, foi uma das primeiras cidades a ter um sistema municipal de saúde, a municipalizar os serviços federais e estaduais e ter legislação garantindo a participação popular em sua fiscalização e gestão.

Foi uma das pioneiras no movimento antimanicomial, fechando leitos em hospitais psiquiátrico, substituindo-os por Caps, residências terapêuticas e alocando equipes de saúde mental na atenção primária (a primeira experiência é de 1978!).

A sua rede básica já surge sob o signo da modernidade: diretrizes como adscrição de clientela, territorialização, acolhimento, matriciamento, gestão colegiada, dentre outras, primeiro foram experimentadas aqui para depois se tornarem movimentos nacionais.

Perdeu o rumo mais recentemente. Entretanto, seus próprios trabalhadores e usuários têm apontado propostas que recolocam a Secretaria de Saúde com a possibilidade de ser efeito demonstração de uma política pública inclusiva, solidária e democrática. Não é suficiente para mudar o mundo, mas é passo importante para a politização necessária do SUS.

Recente seminário da Atenção Básica (2009) e várias discussões com a Comissão de Atenção Básica do Conselho Municipal de Saúde apresentou um conjunto de diretrizes operacionais para Campinas que, se implementadas, recolocarão o município no lugar que esteve até recentemente no cenário nacional.

Justifica-se a grande preocupação de todos com a atenção primária porque vários estudos, nacionais e internacionais, demonstram que é aí que residem as maiores possibilidades de enfrentamento efetivo dos problemas de saúde, particularmente os crônicos. Embora nenhum serviço por si só seja capaz de garantir a integralidade, é a atenção primária que tem possibilidade de resolver em torno de 80% ou mais dos problemas de saúde com o apoio eventual de outros serviços com mais densidade tecnológica (Starfield, Campos).

É neste *locus* que se pode garantir a responsabilização, a partir do maior conhecimento das necessidades dos usuários e dos vínculos estabelecidos com eles. É nele também que se pode exercer com maior eficácia a gestão do cuidado e, a partir daí, se dar a integração dos vários

serviços de saúde e outras instituições, potencializando as ações de produção de saúde. Este é o espaço por excelência para criar a confiança mútua necessária no cuidado clínico, na relação médico-paciente e equipe-paciente, capaz de superar a ideia tão fortemente arraigada de que o cuidado com a saúde se produz na soma de cuidados fornecidos por serviços e especialidades diferentes.

Não cabe aqui citar todas as diretrizes da oficina, mas, até por se tratar de mestrado profissional, faz-se mister apresentar uma síntese delas, demonstrando as possibilidades concretas de mudanças na direção pretendida.

Os documentos apontam a necessidade de garantir-se os princípios da atenção primária: adscrição de pessoas às equipes de referência, território como espaço de planejamento e desenvolvimento das ações, cuidado longitudinal, ampliação da clínica, integração desta com a saúde coletiva, desenvolvimento de ações de prevenção do adoecimento e de promoção de saúde, inclusive com intervenções no território de maneira intersetorial e gestão colegiada tripartite (gestores, trabalhadores e usuários) e trabalho multidisciplinar.

Para isto, faz-se necessário que as equipes façam acolhimento de seus usuários, inclusive aqueles que a procuram em demanda espontânea, durante todo o tempo em que permanecer aberta; fazer atenção domiciliar, compreendendo o domicílio como espaço de cuidado não só para acamados, mas para pacientes cuja vulnerabilidade exige proteção por parte dos serviços de saúde; o trabalho multidisciplinar exige, além da atuação no seu núcleo de competência, a participação dos profissionais de saúde em reuniões de equipes para discussão de casos complexos pelo risco e pela vulnerabilidade e formulação de projetos terapêuticos singulares; ampliação da clínica para além dos casos individuais, utilizando-se da vigilância em saúde e investindo em ações de prevenção de doenças, de promoção da saúde, de intervenção em situações de risco nos territórios e na intersetorialidade.

A oficina dedica-se a discutir a gestão de pessoas no setor de saúde, considerando possibilidades de ampliar a capacidade de mudanças nos processos de trabalho para melhorar a relação equipe e usuário, superando a relação procedimento-centrada. Considera que o trabalho em saúde produz sim, procedimentos e atos, mas é, sobretudo, produtora de afetos, sejam os de sofrimento pela dificuldade de se lidar cotidianamente com a dor e a morte, sejam

os de prazer e satisfação da cooperação solidária e de redução das dores e dos sofrimentos dos outros.

Continua refletindo: de outro lado, em função das inúmeras variáveis envolvidas no processo saúde-adoecimento e pela quantidade de problemas pouco estruturados envolvidos, é próprio do trabalho em saúde a grande autonomia dos trabalhadores para lidar com ele. Ainda que, à busca do máximo controle desses processos, façamos inúmeras normas para enquadrá-los, sempre haverá possibilidades de “transgressões”, num constante questionamento do prescrito e do poder por parte dos trabalhadores. Faz-se necessário reconhecer o espaço da “transgressão” das normas como espaço de resistências, algumas vezes danosas à produção de saúde, mas muitas vezes como espaço de criatividade e de construção de solidariedade e humanização dos nossos serviços.

Dado que não são possíveis o total controle e uma antecipação de todas as circunstâncias e peculiaridades de um trabalho como a atenção à saúde, a melhor gestão de pessoas e do trabalho deve considerar as questões da macropolítica (as sociais, econômicas, disputas de poder político, etc), mas, principalmente, aquelas surgidas em cada serviço, na concretude das práticas cotidianas. Fazer gestão de pessoas e do trabalho só será possível por meio de processos de negociação cotidiana, baseada em valores éticos, que considere as normas negociadas nos espaços públicos e coletivos de outras instâncias de gestão, mas também aqueles compromissos articulados na própria equipe, frutos da experiência do trabalho de cada um de seus membros.

Deve-se levar em conta ainda que os sujeitos têm experiências de vida e formações diferentes, o que faz com que, a respeito do mesmo tema, as visões não sejam iguais e muitas vezes até contraditórias. As eleições do que fazer e das prioridades se darão, portanto, “numa articulação entre os pólos disciplinar, epistemológico e ético dos sujeitos” (MS, 2003)

A Secretaria de Saúde de Campinas, ciente desses conceitos e de que a eficiência e a eficácia da produção de saúde são frutos de uma gestão colegiada e participativa, se pautava por estimular o protagonismo de sujeitos e coletivos e sua corresponsabilidade nos processos de produção da atenção à saúde, o que precisa ser retomado.

Especial atenção é dada ao sistema de informação da secretaria, hoje insuficiente para apoiar a gestão com relatórios e indicadores atuais e suficientes, exigindo informatização imediata de todos os serviços e um sistema de gestão adequado à complexidade do SUS municipal.

Em relação à democratização institucional e participação dos trabalhadores e usuários na gestão da Saúde, faz as seguintes considerações:

A Secretaria de Saúde de Campinas, além do Conselho Municipal, instituiu há algum tempo os Conselhos Distritais e os Conselhos Locais de Saúde. Ao longo destes anos, buscou-se ampliar e estimular a participação de trabalhadores e usuários nestes espaços, mas, infelizmente, avalia-se que a participação ainda não é suficiente para se dizer que os trabalhadores e principalmente os usuários sejam os principais protagonistas na formulação da política de saúde do município.

Ao mesmo tempo, como espaço de formulação e de retradução técnica e operacional das políticas formuladas nestes espaços tripartites (conselhos), a Secretaria de Saúde, tem proposto, desde a década de 1990, a implantação de colegiados gestores nos seus vários serviços. São espaços de compartilhamento do poder entre trabalhadores e gestores para se tomar as decisões mais adequadas sobre os processos de trabalho local, formulando diretrizes próprias segundo sua governabilidade e adequando à sua realidade aquelas construídas em outros espaços coletivos de gestão. Tem por finalidade propor um plano de ação da unidade para aprovação no Conselho Local de Saúde, bem como contribuir com o conselho na sua avaliação e monitoramento. Avalia os processos de trabalho da unidade e propõe mudanças quando necessárias, sempre à luz de princípios como os da humanização, integralidade e equidade na produção de saúde. É ainda o espaço de negociação de pactuação de metas e indicadores que irão compor o “contrato de gestão” daquela unidade.

Apesar dos vários anos de experiência em Campinas, ainda estamos longe da sua consolidação e de se ter alcançado capacidade de se operar todas estas possibilidades. O conjunto de problemas apresentados pelos participantes da oficina nos permite afirmar que, de modo geral, a gestão ainda é um ato solitário do coordenador da unidade ou, no máximo, compartilhado com o apoiador distrital.

Os participantes da oficina fazem uma série de propostas para continuar avançando o SUS campineiro e superar vários desses problemas.

Para que este conjunto de diretrizes, seja do modelo de atenção, seja do modelo de gestão, possam ser cumpridas, a gestão da Secretaria, Central, Distrital e Local, necessita assumir um conjunto de responsabilidades: ampliar o número de equipes, permitindo uma relação de uma equipe para aproximadamente 3 mil pessoas, variando de 2 mil a 4 mil dependendo das vulnerabilidades e dos riscos da população e territórios onde vivem; garantir um número de unidades compatíveis com a extensão territorial da cidade, vulnerabilidades por região, barreiras geográficas, de tal modo a facilitar o acesso de todos às equipes de atenção primária.

No nível dos serviços de atenção primária, os coordenadores locais devem provocar constantes reflexões para compartilhamento dos problemas sobre a territorialização, adscrição e acolhimento dos usuários; propiciar a busca de estratégias por parte dos coletivos dos serviços para garantir facilitação do acesso, vínculos duradouros por meio de arranjos, alguns definitivos, outros temporários segundo a conjuntura e contexto local, buscando sempre o máximo de inclusão para uma atenção integral, resolutiva e humanizada e a redução do sofrimento e sobrecarga dos trabalhadores. Desenvolver estratégias e ações para ampliar a autonomia e protagonismos dos sujeitos no seu próprio cuidado e do território onde vivem, reduzindo a dependência dos serviços de saúde e a medicalização e ampliando a relação de corresponsabilidade pela produção de saúde.

Aponta também a necessidade da Secretaria de Saúde, através do Cets, investir na formação e na especialização dos nossos profissionais médicos para que se tornem generalistas e possam compor as equipes de saúde da família; investir na formação de todos os profissionais de saúde para desenvolverem ações de clínica ampliada, promoção e educação para a saúde, de atendimentos domiciliares, de gestão do cuidado e outras que os permitam trabalhar sob a lógica de uma atenção primária resolutiva aos moldes do Saúde da Família; promover eventos que mantenham viva a discussão da política de saúde e quebrem o isolamento das equipes, proporcionando troca de experiências e solidariedade entre as unidades da rede básica.

Embora a oficina não tenha avançado na discussão da informação em rede, esta deveria ser uma preocupação cada vez mais recorrente para as políticas públicas, notadamente a de saúde.

O acesso cada vez mais frequente a telefones, tablets e computadores conectados à internet trazem inúmeras possibilidades de mudanças nas práticas de saúde. Contribuirão para as pessoas se tornarem mais autossuficientes no cuidado de sua saúde e de familiares, além de permitir a aproximação dos usuários de profissionais de saúde, permitindo diagnóstico a distância, acesso instantâneo a informações que podem salvar vidas ou melhorar hábitos deletérios à saúde. Com maior intensidade, práticas como a puericultura, informações sobre pré-natal, gestação e parto, cuidados com o corpo, prevenção de cardiopatias, interações medicamentosas, dentre outras, deixarão de ser núcleo dos especialistas para, primeiro, tornarem-se campo de qualquer profissional de saúde e, posteriormente, dos usuários. Já são comuns pacientes que conhecem mais de suas doenças quando raras que a maioria dos profissionais de saúde, inclusive médicos.

As tecnologias de comunicação e de análise de informação são ainda poderosos instrumentos para a gestão em saúde, e a construção de redes, melhorando a gestão clínica e a continuidade do cuidado, com implicações nos indicadores relativos às condições crônicas.

Provocarão, portanto, mudanças nas organizações de saúde, na consciência sanitária dos cidadãos, nas relações entre usuários e equipes de cuidadores e mesmo nas comunidades. As expectativas são positivas, possivelmente com melhorias nos indicadores de saúde. Para isso, as discussões da relação cuidadora entre profissionais de saúde e usuários deveriam trazer essa preocupação ao cenário, para não provocar mais afastamento ainda entre eles. Infelizmente, com a burocratização dos serviços públicos, pelo menos em Campinas, não se tem assistido colocar a tecnologia a serviço do vínculo. É comum escutar dos profissionais de saúde que se utilizar de telefone ou de outra tecnologia comunicacional para marcar consultas, dar orientação ou facilitar a vida do usuário é paternalismo: “dá-se a mão, querem o braço; dá-se o braço, querem as pernas...” é frase comum para justificar a não utilização dessas facilidades da vida moderna, embora, particularmente os médicos, o façam com seus pacientes privados.

São propostas passíveis de serem imediatamente implantadas e possíveis no contexto atual do SUS, ainda que as condições não sejam as mais favoráveis. Dependem menos de investimentos financeiros e mais de definições claras sobre que modelo se deseja para a saúde pública do município, mormente da sua fração, grande, conduzida pela Secretaria de Saúde.

Propugna-se aqui que, sem perder de vista a necessidade de reforma ampla do estado brasileiro em direção a um estado social, que os

que os principais parâmetros para a análise do sentido de um modelo assistencial são aqueles que expressam a maneira como a tecnologia leve opera no interior do sistema de saúde, e inclusive a maneira como ela é “comandante” ou “comandada”, das (pelas) outras tecnologias, na mediação entre a leve-dura e as duras, com um sentido nitidamente marcado pela busca da resolução do problema e da conquista de autonomias (MERHY, 1999).

Ou, segundo Campos, superar os limites da racionalidade gerencial hegemônica para configurar uma gestão capaz de provocar mudanças nas organizações de saúde potentes para configurarem processos de trabalhos cuja dimensão central seja o cuidado em saúde.

Seu Método da Roda, utilizado em outro momento da Secretaria de Saúde, mostrou-se potente para avançar nessa direção. Tem como princípio que os coletivos unidos para a produção terão maior capacidade de direção de seus processos de trabalho quanto maiores forem sua capacidade de análise e de formulação de propostas para intervir sobre os problemas. Diferente do planejamento tradicional, mas sem desprezá-lo, faz e analisa, analisa e faz, tudo ao mesmo tempo, e no cotidiano, transformando a realidade.

O coletivo dos trabalhadores, gestores comprometidos com o SUS, os usuários e intelectuais que pensam o SUS no município e no País deram as pistas. Aí estão elas...

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, C. E. C; *Municipalização, Descentralização e Vigilância à Saúde em Campinas, 1988 – 1994*. Disponível on line em:

<http://www.carlosecabraho.med.br/saude/monografias/mono00004.htm>

ADRIANO, J. R.; WERNECK, G. A. F.; SANTOS, M.A.; SOUZA, R. C. *A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida?*. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2000, vol.5, n.1 [cited 2014-10-20], pp. 53-62 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100006&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1413-8123

AROUCA, A.S.S. *O dilema preventivista - contribuição para a compreensão e crítica à medicina preventiva [tese]*. Campinas, SP: Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP; 1975
AYRES, J. R. C. M. *Sobre o Risco. Para Compreender a Epidemiologia*. São Paulo: Hucitec, 1997.

BAENINGER, R. *Região de Governo de Campinas*. Em Migração em São Paulo I. Textos Nepo, 22. Campinas: Unicamp, Núcleo de Estudos de População, 1992

BAHIA, L. *Financiar o SUS universal sem tergiversar*. Le Monde Diplomatique: 2001. On line. Disponível em:

http://www.idisa.org.br/site/documento_6507_0__financiar-o-sus-universal-sem-tergiversar.html.

BAHIA, L. *Mudanças e padrões da relação público-privado: seguros e planos de saúde no Brasil*. Tese de Doutorado. ENSP. 1999.

BAHIA, L. *O SUS tem jeito?* Campinas: Idisa. Disponível em:

http://www.idisa.org.br/site/pasta_321_0__colaborador-ligia-bahia.html

BARROS, M. B. A.; CESAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M. *As Dimensões da Saúde. Inquérito Populacional em Campinas*. São Paulo: Hucitec, 2008.

BAUMAN, Z. *Vida líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar E. 2007

CALDAS, E.L; ELLER, E.P. *Programa de Saúde da Família – Campinas*. Disponível em: <http://inovando.fgvsp.br/conteudo/documentos/20experiencias2003/SAOPAULO-Campinas.pdf>. 2004

CALZADO JUNIOR, 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.)

CAMARGO JÚNIOR, K. R. *Biomedicina, Saber & Ciência. Uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec. 2003

CAMPOS, F. C. B. *O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos*. [tese]. Campinas, SP: Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP; 2000.

CAMPOS, G. W. S. *Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas*. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5 (2), pag. 223, 2000.

CAMPOS, G. W. S. *A Saúde Pública e a Defesa da Vida*. São Paulo: Hucitec. 1991

CAMPOS, G. W. S. *O ocaso da Saúde Pública*. In: *O Capitalismo e a Saúde Pública*. Merhy, E. Campinas: Papyrus, 1987

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e cogestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000

1. CAMPOS, G. W. S. *Por Uma Formação Que implique o Sujeito com a Construção da Realidade*. In: *Práxis e Formação Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2013
 2. CAMPOS, G. W. S. *Reforma da Reforma: Repensando a Saúde*. São Paulo: Hucitec. 1992.
 3. CAMPOS, G. W. S. *Reflexões sobre a Atenção Básica e a estratégia de Saúde da Família*. In: *Manual de Práticas de Atenção Básica. Saúde Ampliada e Compartilhada*. São Paulo: Hucitec. 2008
 4. CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec. 2003
 5. CANESQUI, A. M.; QUEIROZ, M. S. *Campinas: população, situação de saúde e organização e organização do cuidado médico*. Campinas: NEPP UNICAMP. Caderno no. 2. 1987
- CANESQUI, A. M. *Vinte cinco anos do Departamento de Medicina Preventiva e Social, 1965-1990*. Caderno de palestras proferidas por ocasião da comemoração dos 25 anos do DMPS/FCM. Campinas, n.1 p. 11-21, 1990.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2002.

CARVALHO, M. L.; G, T. R. C.; BARBOSA, T. R. C. G.; SOARES, J. B. *Implementação de Política Pública: Uma abordagem Teórica e Crítica*. In: X Coloquio Internacional Sobre Gestion Universitária em America del Sur. 2010

CARVALHO, S.R.; *O desafio da mudança: instrumentos de avaliação como analisadores do processo de gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Betim*. Tese de mestrado. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1997

CARVALHO, S.R. *Saúde coletiva e promoção da saúde. Sujeito e Mudança*. São Paulo: Hucitec. 2005

CASTIEL, L. D. *O Buraco e o Avestruz. A singularidade do Adoecer Humano*. Campinas: Papirus, 1994

CASTIEL, L. D. *A saúde persercutória. Os limites da responsabilidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2007

CASTIEL, L. D.; GUILAM, M. C. R.; FERREIRA, M. S. *Correndo o Risco - Uma Introdução aos Riscos em Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

CASTORIADIS, C. *O Mundo Fragmentado. As Encruzilhadas do Labirinto*. Rio: Paz e Terra, 1992.

CASTORIADIS, C. *A Instituição imaginária da sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

CASTRO, A.; MALO, M. *SUS - Resignificando a promoção da saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006.

CECILIO, L. C. O. *Modelos tecnoassistenciais em saúde. Da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada*. Cadernos de Saúde Pública, (13), 3: 469-478. 1997.

COHN, A. *Os caminhos da reforma sanitária*. São Paulo: Lua Nova, n. 19, Nov 1989.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Governo gasta em média R\$ 3,05 ao dia na saúde de cada habitante*. 2014. Disponível on line em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24847:governo-gasta-em-media-r-305-ao-dia-na-saude-de-cada-habitante&catid=3

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Relatório da III Conferência Nacional de Saúde*. Disponível em : http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_3.pdf

CUNHA, G. T. *A construção da clínica ampliada na Atenção Básica*. São Paulo: Hucitec, 2005.

ECO, U. *Como se faz uma tese*. São Paulo: Perspectiva. 1977.

FAGNANI, E. *Política social e pactos conservadores no Brasil: 1964-92*. Revista Economia e Sociedade. Campinas: IE/UNICAMP, n.º 8, 1997

FAGNANI, E. *Política social no Brasil (1964-2002): Entre a cidadania e a caridade*. Tese de Doutorado. Campinas: UNICAMP. 2005

FARIAS, R. M. S. *Reflexões: O Generalista Paidéia – um profissional em defesa da vida*. Campinas: 2001. Disponível on line em: <http://edupopsaude.blogspot.com.br/2008/07/sade-paidia-roberto-mardem.html>

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)

FEUERWERKER, L. C. M. *Mudança na educação médica: os casos de Londrina e Marília*. São Paulo: Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 2002.

FILGUEIRAS, L. *O neoliberalismo no Brasil: estrutura, dinâmica e ajuste do modelo econômico*. In: Neoliberalismo y sectores dominantes. Tendencias globales y experiencias nacionales. Basualdo, E. M; Arceo, E. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires. 2006. Disponível em: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/grupos/basua/C05Filgueiras.pdf>

FIORI, J. L. *60 lições dos 90. Uma década de neoliberalismo*. Rio de Janeiro: Record. 2001

FIORI, J. L. *Estado de bem-estar social: padrões e crises*. Physis [online]. 1997, vol.7, n.2, pp. 129-147. 1997. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73311997000200008>

FLEURY, S. *Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído*. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, n.3 [cited 05/8/14], pp. 743-752 . Available from:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-232009000300010&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300010>.

FOLHA DE SÃO PAULO. *Setor privado gasta mais que o governo na área da saúde*. 2014. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2014/03/1432494-setor-privado-gasta-mais-que-o-governo-na-area-da-saude.shtml>

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. São Paulo: Graal. 2007

FOUCAULT, M. *Resumo dos Cursos do Collège de France (1970 - 1982)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

GIOVANELLA, L. *Solidariedade ou Competição?* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

GRAMSCI, A. *Cadernos do Cárcere*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999. v.1.

GRAMSCI, A. *Concepção Dialética da História*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1966.

GRAMSCI, A. *Maquiavel, A Política e o Estado Moderno*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1988.

ILLICH, I. *A Expropriação da Saúde: Gênese da Medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1975

LAGASNERIE, G. *A última lição de Michel Foucault*. São Paulo: Três Estrelas. 2013.

LAVRAS, C. C. C. *Um testemunho sobre a edificação do SUS*. In: BIS – Boletim do Instituto de Saúde. Edição Especial 20 anos do SUS. São Paulo: 2008. Disponível on line em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bis_especial_20anos.pdf

LAVRAS, C. C. C. *Depoimento*. Campinas: 2005. Disponível on line em: <http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/depoimentos/depoimentocarmemlavras.htm>

LEITE, I. C. *Przeworsky e Sua Crítica às “Recentes Teorias Marxistas do Estado”*. Estudos de Sociologia [on line] . 1998. Vol.3, n. 5. Disponível on line em: <http://seer.fclar.unesp.br/estudos/article/view/855/713>

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.)

LUZ, M. T. *Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva - Estudos sobre Racionalidades Médicas e Atividades Corporais*. São Paulo: Hucitec, 2003.

LUZ, M. T. *Cultura contemporânea e medicinas alternativas – novos paradigmas em saúde no fim do século XX* – Rio de Janeiro:PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, , 15(Suplemento):145-176, 2005 . Disponível on line em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>

MARTINS, J. P.; RANGEL, H. A. *No Rumo das comunidades saudáveis*. São Paulo: IPES editorial. 2004

MATERNIDADE DE CAMPINAS. *Histórico*. Disponível on line em: <http://www.maternidadedecampinas.com.br/historico>

MEDEIROS, M.A.T. *O Centro de Referência de Saúde do Trabalhador de Campinas: Trajetória de uma experiência*. [tese]. Campinas, SP: Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP; 2001

MEDICI, A. C. *Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Rev. Adm. Pub. 26 (2): 79 – 115. 1992

MEDICI, A. C. *Comparações internacionais sobre o gasto em Saúde no Brasil*. 2012. Disponível em: <http://monitordesaude.blogspot.com.br/2012/06/comparacoes-internacionais-sobre-o.html>

MENICUCCI, T. M. G. *Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil - Atores, Processos e Trajetórias*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

MERHY, E. E. *A Saúde Pública Como Política*. São Paulo: Hucitec. 1992

MERHY, E. E. *O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde?* Campinas: 1999. Disponível on line em: http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/ato_cuidar.pdf

MERHY, E. E. *O Capitalismo e a Saúde Pública*. Campinas: Papirus, 1987.

MERHY, E. E. *Saúde. A Cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. *Alma Ata – Qual é o jogo?* . Campinas: 1986. Disponível on line em: <http://www.eaac.uff.br/professores/merhy/artigos-19.pdf>

MERHY, E. E.; BUENO, W. S. *Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projeto neoliberalizantes?*. 1996. Disponível on line em <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-14.pdf>

MINAYO, M.C. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1992

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Humanização. 2003

NASCIMENTO, E. P. L; CORREA, C. R. S; NOZAWA, M. R. *O município de Campinas e a organização da Secretaria Municipal de Saúde*. Campinas: Rev. Ciênc. Méd., 16(3):161-173, maio/jun., 2007

NETO, J. P. *Crise do socialismo e ofensiva neoliberal*. São Paulo: Cortez. 1995

NEVES, C. E. A. B. *Modos de interferir no contemporâneo: um olhar micropolítico*. In: Rio de Janeiro: Arquivos Brasileiro de Psicologia, Vol. 56, 1. 2004

NOGUEIRA, V. M. R. *Estado de bem estar social. Origem e desenvolvimento*. Santa Catarina: Katálysis. v. 5. 2001. Disponível on line in: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/5738>

O'DONNELL G. *Sobre o Estado, a Democratização e Alguns Problemas Conceituais*. São Paulo: Novos Estudos Cebrap, v. 36, p. 123-145, 1993

OLIVEIRA, G. N. *O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde*. São Paulo: Hucitec. 2008

OLIVEIRA, J. A.. *O "Sistema Nacional de Saúde"*. Saúde em Debate, n. 4,p. 54-62, jul./set. 1977

OTRANTO, C. R. *O neoliberalismo como proposta hegemônica*. Trabalho publicado na Série Textos CPDA, No. 10, Setembro/1999, p. 11-18. Disponível on line in: <http://www.celia.na-web.net/pasta1/trabalho1.htm>

PADILHA, A. *O SUS e a desigualdade no Brasil*. Carta Maior. 2015. Disponível on line em: <http://cartamaior.com.br/?/Editoria/Politica/O-SUS-e-a-desigualdade-no-Brasil/4/32568>

PAIM, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição Para Compreensão e Crítica*. Tese de Doutorado. Salvador. 2007

PAIM, J. S. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA. 2008

PELBART, P. P.; C, R. *Apresentação*. In: O Reencantamento do Concreto. São Paulo: Hucitec, 2003

PEREIRA, L. C B. *A reforma do estado nos anos 90. Lógica e mecanismos de controle*. Brasília: Cadernos MARE. Caderno no. 1. 1997

PIMENTA, M. A. L. *O SUS e a municipalização à luz da experiência concreta*. São Paulo: Saúde e Sociedade. 2 (1). 1993

ROMERO, L. C. *O Sistema Único de Saúde. Um capítulo à parte*. 2008. Disponível on line em: <http://www12.senado.gov.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/outras-publicacoes/volume-v-constituicao-de-1988-o-brasil-20-anos-depois.-os-cidadãos-na-carta-cidada/seguridade-social-o-sistema-unico-de-saude-um-capitulo-a-parte>

ROCHA, C.V. *Neoinstitucionalismo Como Modelo de Análise Para as Políticas Públicas*. In: Porto Alegre: Civitas. v. 5 n. 1 jan.-jun. 2005 p. 11-28

RODRIGUEZ NETO, E. *Promessas e limites da constituição*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2003

PRZEWORSKY, A. *Estado e Economia no Capitalismo*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.1995

SAFATLE, V. *A esquerda que não teme dizer seu nome*. São Paulo: Três Estrelas, 2012.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. SUS: *O Espaço da Gestão Inovada e dos Consensos Interfederativos - Aspectos Jurídicos, Administrativos e Financeiros*. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007

SANTOS, L. *O decreto 7508/2011 e o contrato organizativo de ação pública da saúde*. On line. 2012. Disponível em: http://www.idisa.org.br/site/documento_11967_0_o-decreto-7.508-2011-e-o-contrato-organizativo-de-aCAo-pUblica-da-saUde.html

SANTOS, N. R. Entrevista. Acesso on line, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tes/v6n3/15.pdf>

SANTOS, N. R. *Organização da atenção à saúde: é necessário reformular as estratégias nacionais de construção do “Modelo SUS”?* São Paulo: Saúde em debate, v.28, no 68, set/dez 2004.

SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C (ORG.). *Gestão pública e relação público privado na saúde*. Rio de Janeiro: CEBES. 2010

SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. *Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde*. São Paulo: Saúde Soc;10(2):47-74, ago.-dez. 2001

SILVA JÚNIOR, A. G. *Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998

SIMIONATTO, I. *O social e o político no pensamento de Gramsci*:1997. Disponível on line em: <http://www.acesa.com/gramsci/?page=visualizar&id=294>

SOARES, L. T. R. *Ajuste Neoliberal e Desajuste Social na América Latina*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1999

SOUZA, R. R. *O sistema público de saúde brasileiro*. Seminário Internacional : Tendências e desafios dos sistemas de saúde nas Américas. 2002. Disponível on line em: http://sistema.saude.sp.gov.br/eventos/Palestras/Material%20de%20Apoio/Textos%20de%20Referencia/O_Sistema_Publico_de_Saude_Brasileiro.pdf

SPERANDIO, A. M. G.; CORREA, C. R. S.; SERRANO, M.M.; RANGEL, H. A. *Caminho para a construção coletiva de ambientes saudáveis: São Paulo – Brasil*. Rio de Janeiro: Cienc Saúde Coletiva, vol. 9, no. 3. 2004.

STARFIELD, B. *Primary care. Balancing health needs, services, and technology*. New York: Oxford University Press. 1998

TANAKA, O. Y., ESCOBAR, E.M.A., GIMENEZ, A. S. M., CAMARGO, K.G., LELLI, C. L.S. & YOSHYDA, T. M. *Gerenciamento do setor saúde na década de 80, no Estado de São Paulo, Brasil*. São Paulo; Rev. Saúde Pública. v.26, n.3. 1992

TAUBE, M. J. M. *De migrantes a favelados: estudo de um processo migratório*. Campinas: Editora da UNICAMP. V.1. 1986

TEIXEIRA, S. M. F. *Assistência médica previdenciária: Evolução e crise de uma política social*. In: Sonia Fleury; Lígia Bahia; Paulo Amarante. (Org.). *Saúde em Debate - Fundamentos da Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Editora CEBES, 2007, p. 87-102

VAISTMAN, J. *Saúde, cultura e necessidades*. In: Fleury, S. *Saúde coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Relume Dumará. 1992

VILELA, M. F. G. *Da “moça da vigilância ao Núcleo de Saúde Coletiva na Unidade Básica de Saúde: o que há de novo no modelo assistencial de Campinas?”. [tese]*. Campinas, SP: Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP; 2005

WEBER, M. *O que é a burocracia?* Disponível on line em: http://www.cfa.org.br/servicos/publicacoes/o-que-e-a-burocracia/livro_burocracia_diagramacao_final.pdf

9. ANEXO I

Documentos consultados no CEDOC.

1. SMS. Pró Assistência – 1ª. Reunião dos representantes das principais instituições referidas no decreto no. 18.844 de 07/05/82. Campinas: 1982
2. SMS. Elementos Estratégicos – Pró Assistência I. 1983
3. SMS. 1983 – Balanço; 1984 – Metas. Campinas: 1983
4. SMS. Pró-assistência I, um balanço. Campinas, 1984
5. SMS. Seminário de capacitação para a gestão da implementação dos programas de saúde na rede básica integrada. Campinas, 1984
6. SMS. O sistema de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (documento preliminar para discussão interna). 1990
7. CANESQUI, A.M; GIOVANI, G; QUEIROZ, M. S. Relatório parcial do projeto “Estratégias de consumo em Saúde em famílias trabalhadoras em Campinas. Campinas: NEPP/FINEP/UNICAMP. 1984
8. CAMPOS, G.W.S, Como transformar a rede básica de Campinas na principal porta de entrada do sistema. Campinas, 1989
9. SMS. As Diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde- Gestão 2001-2004. Projeto Paidéia Saúde da Família - Campinas/ 2001. Campinas: SMS; 2001.
10. CMS – Relatório da 1ª. Conferência Municipal de Saúde – Campinas: 1990
11. CMS – Relatório da 2ª. Conferência Municipal de Saúde – Campinas: 1991
12. CMS – Relatório da 3ª. Conferência Municipal de Saúde. Campinas: 1994
13. CMS – Relatório da 4ª. Conferência Municipal de Saúde. Campinas: 1997
14. CMS – Relatório da 7ª. Conferência Municipal de Saúde. Campinas:
15. SMEKE, E. L. M. Controle Social do Sistema de Saúde (contribuição para a discussão preparatória para a III Conferência Municipal). Campinas: 1994
16. SMS/DGDO – Agenda Municipal de Saúde e quadro de Metas 2001-2002. Campinas – 2001
17. SMS/DGDO - Agenda Municipal de Saúde e quadro de Metas 2002-2003. Campinas – 2002
18. SMS – Principais realizações em 2001. Campinas: 2002.

19. SMS – Balanço da Secretaria de Saúde. O programa Paidéia de Saúde da Família. Campinas; 2003
20. POLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE – LESTE PAULISTA. Relatório técnico parcial das atividades do projeto: “Programa de Educação Permanente – Construindo a integralidade da atenção”. Campinas: 2006
21. SMS/CETS – Relatório do 1º. Encontro do Programa de Educação Permanente dos apoiadores distritais da SMS/Campinas – Grupo A. Campinas: 2006

10. ANEXO II

Documentos consultados e disponíveis no site da Secretaria Municipal de Saúde:

1. SMS/CETS – Relatório final da Oficina de Atenção Básica. Campinas: 2009
2. SMS/CETS – II Seminário Trabalho Médico no SUS – Campinas: Desafios para fixação. Relatório final do debate nos grupos. Campinas: 2008
3. FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE – Relatórios financeiros desde 1996 até 2014
4. DGDO – Relatórios anual de gestão de 2001 a 2012
5. DGDO - Planos Municipal de Saúde de 2010 a 2013 e 2014 a 2017
6. DGDO – Programação anual de saúde – 2010