



1290000802



TCC/UNICAMP Sa55e

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE ECONOMIA
MONOGRAFIA

ESTUDO DE CASO DA EXPANSÃO E REORGANIZAÇÃO
DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
PENÁPOLIS

ORIENTADORA: WILNAS HENRIQUE

ALUNO: MARCIO ANTONIO R. SANCHES

AGRADECIMENTOS

A PROFESSORA MILNAS que me orientou nesse trabalho.

A VALÉRIA (Secretária Municipal de Saúde em 1988), ao ZECA (Coordenador do CISA), ao JOÃO D'ELIA (Prefeito de Penápolis de 83 a 88), a ROSANI, e a SUZANA, que me ajudaram a reunir e organizar as informações desse trabalho.



UNICAMP

INDICE

Página

APRESENTAÇÃO.....	01
-------------------	----

CAPÍTULO I

PERFIL DO MUNICÍPIO DE PENÁPOLIS DA INÍCIO DA DÉCADA DE 80

I. Caracterização do Município.....	02
I.1. Localização e Aspectos Sócio-Econômicos.....	02
I.2. Os Serviços de Saúde.....	11
I.3. O Processo Político do Município.....	17

CAPÍTULO II

O PROCESSO DE REFORMULAÇÃO DO SISTEMA LOCAL DE SERVIÇOS DE SAÚDE A PARTIR DE 1983

II.1. A Proposta.....	22
II.2. A Reorganização dos Serviços Locais de Saúde.....	24
II.3. A Expansão dos Serviços de Saúde em Penápolis.....	29
II.4. O Financiamento do Sistema.....	32
II.5. Funcionamento do Sistema em 1988.....	36

CAPÍTULO III

CONCLUSÕES.....	42
ANEXOS.....	54

APRESENTAÇÃO

Esse trabalho irá analisar a expansão e a reorganização dos serviços públicos de assistência à saúde ocorrida no município de Penápolis-SP, no período de 1983 a 1988, que possibilitaram o estabelecimento de um sistema unificado de assistência pública de saúde, organizado segundo a concepção da regionalização, hierarquização e universalização dos serviços de saúde, tendo como objeto a discussão das condições locais, regionais e nacionais, que possibilitaram a implantação desse sistema local de saúde.

Não é objetivo do trabalho promover uma discussão detalhada sobre as modificações do perfil de saúde da população do município no período e nem realizar uma avaliação de resolutividade do sistema implantado. Essas discussões dependeriam de uma abordagem metodológica e conceitual de saúde pública, não prevista do desenvolvimento desse trabalho.

O tema central do trabalho será a discussão da forma como ocorreu a expansão dos serviços de saúde no município, a maneira como esses serviços passam a se organizar num sistema unificado de saúde, destacando o financiamento do sistema, a ampliação do acesso resultante e as condições políticas que motivaram e deram suporte para o desenvolvimento desse processo e elencando as perspectivas e limites desse sistema implantado.

Analisa-se inicialmente, o perfil do município de Penapólis no início da década de 80, caracterizando-o segundo a estrutura sócio-econômica vigente e sua população. Analisa-se então os serviços de saúde existentes no município na época e como o poder público local atuava frente àquela realidade.

Dados os antecedentes, analisa-se no capítulo II as alterações que passam a ocorrer no sistema local, relacionando a reorganização, a expansão, o financiamento e o funcionamento do sistema local, às ações do poder público local e de outras esferas de poder.

No capítulo III é realizada a discussão dos fatores locais, regionais e nacionais, que influíram nesse processo, destacando-se as limitações e as perspectivas de avanço do sistema local de saúde.

CAPÍTULO I

PERFIL DO MUNICÍPIO DE PENÁPOLIS NO INÍCIO DA DÉCADA DE 80

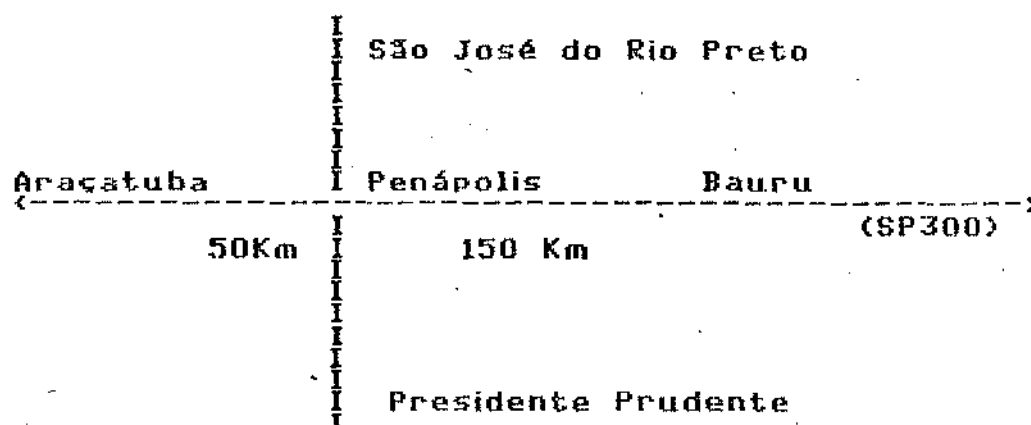
I. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

I.1. Localização e Aspectos Sócio-Econômicos

O Município de Penápolis localiza-se no oeste do estado de São Paulo, a 500 Kms da capital, próximo a Araçatuba-SP, numa das regiões menos desenvolvidas do Estado.

FIGURA 01

O acesso ao município se dá pelas rodovias Mal Rondon (SP 300) e Assis Chateaubriant (SP 245) e pela ferrovia Noroeste do Brasil e da RFFSA.



A origem do município deu-se com a expansão da cultura cafeeira no início do século, aliada a construção da ferrovia Noroeste do Brasil que liga Bauru-SP a Corumbá-MT. Pierre Monbeig em seu trabalho "Pioneiros e Fazendeiros de São Paulo" afirma: "Uma multidão variada de fazendeiros, de loteadores de terras, e de aventureiros, acompanhou os progressos da construção da ferrovia, em um verdadeiro rush digno da tradição americana. Tanto nos lugares já habitados como nos acampamentos dos empregados da construção, abriam-se casas de comércio e nasciam pequenas aglomerações. (...) Birigui, Penápolis, Lins e Pirajuí tornavam-se centros de zonas cafeeiras em pleno desenvolvimento" (1).

A partir de 1950 as culturas cafeeiras da região passam a

(1) Monbeig, Pierre. "Fazendeiros e Pioneiros de São Paulo". Hucitec-Polis, São Paulo, 1984, p. 196.

ser substituídas pela cultura do algodão, pela pecuária extensiva e posteriormente pela cana-de-açúcar, liberando grande contingente da mão-de-obra ocupada no campo. Este processo é acompanhado de uma forte migração rural para os centros urbanos.

TABELA 1

EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE PENÁPOLIS - 1950/80

ANO	POP. URBANA	Z	POP. RURAL	Z	POPULAÇÃO TOTAL
1950	9.655	27,9	24.953	72,1	34.608
1960	14.541	50,2	14.400	49,8	28.941
1970	24.597	71,5	9.789	28,5	34.386
1980	32.138	79,7	8.184	20,3	40.322

Fonte: IBGE

A medida que o processo de urbanização se desenvolve, a população mais pobre, composta basicamente de famílias egressas da zona

rural, e de famílias de trabalhadores urbanos de baixa renda, vai se instalando na zona periférica da cidade de Penápolis, onde novos loteamentos são implantados quase sem nenhuma infraestrutura urbana. Ainda no início da década de 80 as ligações da rede de água atendiam a apenas 80% das residências, enquanto as ligações da rede de esgotos não atendiam nem mesmo 60% delas.

Em pesquisa realizada no início de 1983, a Prefeitura verificou a existência de um déficit habitacional de 3.000 moradias. Apesar de não haver formação de favelas, havia um grande número de moradias multifamiliares espalhadas por toda a cidade.

Mesmo com todo esse deslocamento da população do campo para a cidade, grande parte da população urbana permaneceu trabalhando diretamente no setor agropecuário, formando assim um grande contingente de trabalhadores volantes ou bóias-frias.

Com a expansão do cultivo de cana-de-açúcar, motivada pelos incentivos do Pró-Alcool, de 1970 para 1980 duplica-se a área de cultivo do produto no município, intensificando ainda mais a utilização de trabalhadores volantes no setor agrícola. Além da cana, principal produto agrícola do município, produz-se ainda em menor escala café, milho, algodão e arroz neste período. Porém é no setor canavieiro que se concentrava já em 1980 o maior volume de empregos da agricultura da região.

Em 1980 existiam em Penápolis aproximadamente 4.000 bóias-frias. Esta população enfrentava, além dos baixos salários e das precárias condições de trabalho, o problema do desemprego sazonal. Ao final de cada safra a maioria dos trabalhadores era dispensada de seus empregos.



e dificilmente encontravam-se outras opções de trabalho na região. Desta forma o desemprego local agudizava ainda mais o quadro social de crise vivido na década passada, radicalizando a situação ao ponto de ocorrerem tentativas de saques a supermercados por trabalhadores rurais desempregados.

Não bastasse essa situação, uma grande parcela dos trabalhadores mais pobres não tinha acesso a nenhum tipo de assistência de saúde institucional. Esses trabalhadores não vinculados formalmente a nenhum dos setores, prestavam serviços como diaristas, ora trabalhando na safra canavieira, ora na colheita de algodão, ora na construção civil, e assim, não se caracterizavam nem como beneficiários da assistência do INAMPS, pois não tinham "carteira assinada" e nem do FUNRURAL, pois efetivamente não eram trabalhadores rurais.

Outro setor importante em Penápolis, era a pecuária extensiva especializada na criação de gado de corte e de leite. Apesar dessa atividade ocupar pequena quantidade de mão-de-obra, é responsável pela ocupação da maior parcela das terras cultiváveis do município e gerou em 1980 CR\$ 123.898 mil de valor de produção enquanto o valor da produção agrícola foi CR\$ 97.017 mil e o valor adicionado nos outros setores foi de apenas CR\$ 325 mil.

O setor industrial local em 1980 era composto por 97 estabelecimentos, na sua maioria articulados à produção agropecuária regional. A Indústria de Alimentação, que agregava os setores Açucareiros, de Laticínios, de Torrefação e Moagem e outros representava 54% do valor da produção industrial e municipal. A Indústria de Couros, peles e produtos similares era o segundo mais importante com 13,2% do valor da produção.



vindo em seguida a Indústria de Vestuários e calçados com 5,4% do valor da produção.

O setor terciário que absorvia a maior parcela da População Economicamente Ativa, em 1980 era composto predominantemente por estabelecimentos comerciais varejistas, por serviços de assistência técnica e manutenção, por atividades financeiras e pelos serviços públicos. A cidade servia como referência na prestação de serviços para os municípios vizinhos, de menor porte, que possuíam uma base econômica semelhante a de Penápolis.

A população economicamente ativa de Penápolis em 1980 era de 40% do total da população local, distribuída da seguinte forma: 25% no setor primário, 25% no setor secundário e 50% no setor terciário. Apesar dessa composição de PEA, o setor primário era o mais importante para a economia local, não só visto pelo valor da produção por ele gerado, como pela dependência que outros setores possuíam da agricultura e da pecuária. Analisando-se o setor secundário e o setor terciário, verifica-se que o primeiro estrutura-se fundamentalmente no beneficiamento e na transformação dos produtos agropecuários da região, e que o segundo serviu historicamente como suporte para o desenvolvimento do capital agrário local, através de atividades comerciais, financeiras e de prestação de serviços aos interesses dos produtores rurais da região.

A renda gerada por essa estrutura econômica era bastante concentrada. Em 1980 a distribuição da renda mensal pela população economicamente ativa no município era a seguinte:

TABELA 2
DISTRIBUIÇÃO DA RENDA PELA POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA DO
MUNICÍPIO DE PENÁPOLIS - 1980

RENDA	% DA PEA
Até 2 Salários Mínimos	70%
De 02 a 05 Salários Mínimos	20%
Acima de 05 Salários Mínimos	10%

Fonte: IBGE

Desta forma temos no município de Penápolis em 1980 uma estrutura de elevada concentração de rendas, com uma grande massa de assalariados urbanos e rurais não especializados, com baixo nível de renda e com carências de habitação, saneamento, assistência de saúde e novos empregos.

Analisando-se os indicadores de saúde dessa população, em 1980, observa-se a diminuição dos coeficientes de mortalidade infantil e geral em relação a 1970, acompanhando a tendência ocorrida em todo Estado. O coeficiente de mortalidade geral cai de 8,3 em 1970 para 6,87 em 1980 (ver Gráfico 01), o coeficiente de Mortalidade Infantil cai de 91,8 para 36,8; a mortalidade Neo Natal cai de 43,4 para 23,6 (ver Gráfico 02). As curvas de Nelson Moraes que relacionam coeficientes de mortalidade à faixa etária indicavam a curva de 1980, mais próxima da forma de "J" desejada que a de 1970 (ver Gráfico 03).



UNICAMP

GRÁFICO 01
MORTALIDADE GERAL NO MUNICÍPIO
DE PENÁPOLIS
1970 E 1980

GRÁFICO 02
MORTALIDADE INFANTIL,
MORTALIDADE INFANTIL TARDIA E
MORTALIDADE NEO-NATAL NO
MUNICÍPIO DE PENÁPOLIS
1970 E 1980

Fonte: IBGE

Fonte: IBGE

GRÁFICO 03

Curva de Nelson Moraes

1970

Curva de Nelson Moraes

1980

Apesar da diminuição dos coeficientes de mortalidade, ocorrida na década de 70, as principais causas de óbito em 1980 na faixa de menores de 01 ano continuavam a ser as doenças diarreicas e as mal definidas. Do total de óbitos na faixa de 01 a 04 anos praticamente 50% das mortes eram causadas por doenças infecciosas intestinais e parasitárias. Na faixa dos maiores de 50 anos, os sintomas e estados mal definidos continuavam a ser a principal causa de óbitos tanto em 1970 quanto em 1980.

Esta situação caracteriza a precariedade das condições de saúde da população do município na época, uma vez que apresenta um perfil de mortalidade infantil típico de regiões subdesenvolvidas, com elevada incidência de óbitos decorrentes de doenças diarreicas e parasitárias na infância e com elevados índices de óbitos não diagnosticados em diversas

Considerando-se que as condições de saúde de uma população dependem de variáveis múltiplas, sendo que a assistência a saúde é apenas uma delas, verifica-se no município no início da década de 80 além do quadro social já analisado, que grande parcela da população não tinha acesso aos serviços públicos de saúde existentes.

1.2. Os Serviços de Saúde

Até 1982 a rede de serviços de saúde do município de Penápolis era composta por 02 hospitais: Santa Casa de Misericórdia e Hospital Psiquiátrico, ambos mantidos por entidades filantrópicas, por um Centro de Saúde mantido pelo Governo do Estado de São Paulo, pelo atendimento médico de 12 contratados pelo INAMPS, pelo ambulatórios do Sindicato dos Trabalhadores Rurais e pelo Pronto Socorro da Santa Casa de Misericórdia.

A Prefeitura, apesar de ter a incumbência, segundo antiga lei orgânica dos Municípios de prestar assistência à saúde de urgência à população, não dispunha em sua estrutura de nenhum serviço especializado nesse atendimento. Não entendia-se como da alçada do município os cuidados da saúde da população, e portanto, quase nenhum recurso era destinado para essa área. A participação da Prefeitura limitava-se ao transporte de alguns doentes para os municípios vizinhos em sua ambulância e a pequenos repasses ao Pronto Socorro Hospitalar, realizado esporadicamente por razões de extrema necessidade. A média dos gastos com o setor de saúde de 1980 a 1983 foi de aproximadamente 0,8% das despesas orçamentárias realizadas no período.

O Centro de Saúde local, assim como outros 37 postos da região eram subordinados ao Departamento Regional de Saúde de Araçatuba, que geria centralizadamente os recursos financeiros, materiais e humanos de toda a região. A direção do Posto local ficava a cargo de funcionários do quadro de carreira da Secretaria Estadual de Saúde, sem nenhuma vinculação ao poder público municipal.

Realizava-se no Centro de Saúde serviços de clínica básica predominantemente materno-infantil, como programas pediátricos de acompanhamento, vacinação, programas para gestantes, programas de reforço alimentar e outros. Além desses existiam programas de visita sanitárias e de vigilância epidemiológica, como controle de hanseníase, tuberculose, etc.

Os programas era centralizados nessa única unidade e não eram articulados a outros serviços de maior complexidade existentes ao nível local, como especialistas e exames laboratoriais, o que implicava numa baixa resolutividade para a clientela e numa pequena demanda espontânea para o serviço, que operava com elevado nível de capacidade ociosa de recursos físicos e humanos disponível.

De maneira geral prestava-se nessa unidade, serviços de prevenção à saúde, destinados a população infantil e gestantes com poucos programas para adultos. Desta forma a cobertura dos serviços era bastante restrita e por não estar integrado aos outros serviços locais, não se caracterizava como porta de entrada para o sistema de saúde existente.

O INAMPS prestava no município atendimento ambulatorial clínico e de especialistas para os seus segurados na micro região. O



atendimento era realizado por 12 médicos credenciados que atndiam em seus consultórios, mediante guia de consulta expedida pela agência do INPS de Penápolis.

Como o número de consultas era pequeno frente à clientela local e dos 6 municípios vizinhos, formavam-se filas a partir da madrugada nas portas do INPS à espera da distribuição das guias. Era comum os segurados permanecerem durante toda a noite na fila para obtenção de uma guia de consulta.

Não havia critério de triagem para a distribuição das guias de consultas. Dependendo da ordem de chegada, da queixa ou da solicitação feita, os funcionários administrativos do INAMPS iam preenchendo as vagas para as consultas tanto de clínica básica como de especialistas. Era comum, os pacientes chegarem aos especialistas sem antes ter sido consultados por clínicos.

A Santa Casa de Misericórdia de Penápolis possuía em 1983, cento e trinta leitos. Devido a problemas administrativos e financeiros, o hospital viveu profundas crises nas últimas décadas. As receitas obtidas pela realização de tratamentos a particulares e a conveniados mal era suficiente para o custeio do hospital. Essa situação inviabilizou a realização de investimentos em setores prioritários do atendimento do hospital, como é o caso da maternidade que desabou em 1982 e não foi recuperada.

Este déficit operacional constante inviabilizou os investimentos tanto para as ampliações e reformas necessárias às instalações da Santa Casa, como a aquisição de equipamentos de tecnologia

mais avançada, tornando o Hospital inadequado e obsoleto.

O serviço hospitalar da Santa Casa atendia a clientela particular, convênios privados, segurados da Previdência e trabalhadores rurais (FUNRURAL). Os segurados da Previdência eram atendidos mediante um convênio do hospital com o INAMPS, que remunerava os serviços prestados por produção. Desta forma ficava garantido aos trabalhadores com "carteira assinada" o acesso aos serviços hospitalares da Santa Casa.

Os trabalhadores rurais eram atendidos pelo convênio FUNRURAL, que repassava ao hospital valores fixos para o atendimento. Devido aos baixos valores repassados por esse convênio, só eram previstas internações para tratamentos de trabalhadores rurais, em caso de urgência.

Além do atendimento hospitalar, a Santa Casa mantinha um ambulatório para acompanhamento de casos crônicos de previdenciários e trabalhadores rurais, realizado por um único médico que prestava atendimento para toda a micro-região e um Pronto Socorro para os atendimentos de urgência.

O Pronto Socorro era um serviço externamente precário mantido pelo Hospital. Por ser um serviço mantido apenas como "caridade" pela irmandade, pois era totalmente deficitário financeiramente, não havia interesse em realizar-se investimentos para sua melhoria. O atendimento era prestado em duas salas totalmente desequipadas (um consultório e uma sala de curativos) por médicos que revezavam-se em plantões e recebiam por produção.



A Previdência custeava os procedimentos realizados na urgência apenas aos previdenciários. O restante dos trabalhadores rurais, trabalhadores sem registro em carteira, desempregados e outros, eram atendidos como "indigentes" gratuitamente pelo médico, que não recebia a consulta e pelo Hospital que oferecia as instalações, o material de consumo e o pessoal de apoio que também não era remunerado.

Apesar de toda precariedade do atendimento e dos prejuízos causados à instituição e aos profissionais, o Pronto Socorro era a única unidade que a população não previdenciária tinha acesso ao sistema de saúde, porém ela não tinha como dar continuidade ao seus tratamentos superada a fase de urgência, pois os serviços ambulatoriais e hospitalares eram restritos aos previdenciários.

O Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Penápolis, fornecia aos seus associados assistência médica de clínica geral e ginecológica. O serviço era prestado por médicos que atendiam apenas os trabalhadores sindicalizados e sua famílias, não englobando dessa forma a grande massa de trabalhadores volantes existentes no município. Além disso o serviço não era integrado a serviços mais complexos de especialistas e de fornecimento de exames complementares.

Dentro dessa estrutura até 1983, grande parte da população de Penápolis, não tinha acesso a nenhuma assistência médico-hospitalar. Sem considerar-se a existência de aproximadamente 4.000 trabalhadores rurais no município, na sua maioria diarista sem vínculo empregatício de outros tantos trabalhadores do setor secundário e de serviços sem vínculo empregatício, de empregados, subempregados e etc., verifica-se que a parcela da população, em piores condições sociais que



provavelmente mais demandava de assistência pública de saúde, era marginalizada do sistema existente.

De forma geral o que ocorreu com a assistência à saúde, no município de Penápolis no início da década de 80 não é diferente do que acontece em todo sistema nacional de saúde. Na realidade esse quadro é produto de todo um processo que ocorre na segunda metade dos anos 60 e que ao longo do tempo irá determinando esse modelo.

O sistema de saúde brasileiro articulado a partir da criação do Instituto Nacional de Previdência Social em 1966 irá se caracterizar pela diferenciação da assistência à clientela de diferentes padrões de renda marginalizando as camadas mais pobres da população, e pela superposição de esforços, omissão e pulverização de recursos públicos Federais, Estaduais e Municipais na execução da Política Nacional de Saúde.⁽²⁾

Além disso, a política de saúde executada nesse período favorecerá as práticas curativas individuais em detrimento das ações coletivas e preventivas, à privatização da assistência médica pela compra de serviços da iniciativa privada e ao surgimento de um complexo médico industrial fonte.⁽³⁾

(2) Neves-Gleisi Heister. "Relatório de Atividades/1987" - IEAM - INSTITUTO BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL.

(3) Idem.

1.3. O Processo Político do Município

Durante o período dos "Governos Militares" houve uma intensa centralização de poderes por parte do Governo Federal. As reformas adotadas, na segunda metade da década de 60, aprofundaram a dependência dos governos estaduais e municipais ao poder central; pois as decisões de aplicação dos recursos passam a se compatibilizarem com o novo papel que o Estado desempenha no processo de acumulação capitalista⁽⁴⁾.

A baixa capacidade de investimentos dos municípios e a centralização dos recursos destinados para infraestrutura urbana (saneamento, transportes, energia, etc) e políticas sociais (saúde, educação, habitação) em organismos vinculados ao governo central implicaram na subordinação política e financeira dos municípios e no favorecimento de práticas clientelistas. Nessa estrutura institucional, os recursos que cabiam ao município eram normalmente utilizados no custeio da máquina pública e em pequenas obras. A realização de obras de maior porte, infraestrutura urbana e execução de programas de Políticas Sociais ficavam a cargo das agências Federais.

No Município de Penápolis não houve grandes problemas para que os grupos políticos existentes se integrassem ao esquema político do regime. Na realidade, o quadro partidário dividido em ARENA e MDB, pouco refletia tendências de maior ou menor "simpatias" à Ditadura" e sim a acomodação de facções políticas locais rivais.

Analisando-se as administrações Municipais desse período,

(4) Oliveira, F.A. - "A Reforma Tributária e a Acumulação de Capital".



se verificará que pouco diferenciaram uma da outra. Existia uma concepção do papel do Governo Municipal e pouco se ousou fazer fora desse conceito. De uma maneira geral, cabia ao poder público municipal, zelar pelo aspecto urbano e garantir o acesso a zona rural do município.

A maior parcela dos funcionários operacionais da Prefeitura concentravam-se no setor dos serviços urbanos. Destacavam-se os serviços de limpeza pública, jardinagem, manutenção de praças esportivas, manutenção de vias públicas, coleta de lixo e outros.

O fundamental era o centro da cidade, "cartão de visitas do município", enquanto alguns bairros periféricos nem mesmo tinham acesso aos serviços de coleta de lixo.

Outro setor de grande importância era o de "estradas rurais", pois através dele, a Prefeitura Municipal cumpria o seu dever de garantir a infraestrutura mínima de transportes para o desenvolvimento do capital agrário local.

O saneamento básico havia recebido investimentos em algumas administrações, porém não se realizava uma política planejada de expansão do setor. Nos últimos anos havia se privilegiado a expansão da rede de água, sem que se expandisse a capacidade de tratamento e reservação do produto, não priorizando a expansão da rede de esgotos. O município atuava ainda nos setores culturais e esportivos, e mantinha um tímido programa de educação pré-escolar, com doze salas de aulas.

Segundo a concepção política local, não era papel do município promover políticas sociais. Habitação, saúde e educação não eram encargos do governo municipal; o governo federal e estadual é quem deveria cuidar dessas questões através do BNH, do INAMPS, da Secretaria da Saúde, do MEC e da Secretaria da Educação. Enfim, não cabia ao município cuidar de problemas que não eram de sua alçada, no caso solucionar as carências sociais.

Nesse sentido, quase nada era desenvolvido no campo das Políticas Sociais, a não ser algumas ações emergenciais de caráter assistencialista. A Prefeitura não mantinha em sua estrutura nenhum serviço destinado à assistência à saúde, mantinha apenas uma ambulância para o transporte de pacientes para as cidades vizinhas. Além disso, fazia pequenas doações anuais para Irmandade da Santa Casa de Misericórdia que mantinha o Pronto Socorro. Na Educação, além das salas da pré-escola, o município distribuía uma certa quantidade de material escolar e a merenda repassada pelo Governo Estadual e Federal, não tendo nenhum tipo de política educacional definida.

Na habitação, com exceção de um programa de 30 casas da CECAP, desenvolvido na metade da década de 70, o município não possuía nenhum tipo de Política Habitacional, ou mesmo outro tipo de incentivo à construção de moradias econômicas.

De forma geral, a cidade era claramente dividida entre centro e periferia. Nos bairros centrais e próximos, onde vivia a população de maior poder aquisitivo, a infraestrutura urbana e os equipamentos eram satisfatórios, haviam praças esportivas, biblioteca, posto de saúde, pavimentação, serviços de água, esgoto e limpeza pública. Porém a periferia da cidade, originária dos loteamentos destinados às populações mais pobres,

e onde se concentrava a maioria da população, a situação era diferente; pois muitas vezes não havia saneamento básico e nem prestação de serviços públicos, como a coleta de lixo. Além disso, poucos possuíam algum tipo de equipamento público como uma pré-escola ou uma praça esportiva.

Em 1980, dentro do processo de redemocratização que passa o país, um grupo de pessoas se articula e inicia uma série de discussões sobre Política Nacional. Alheios até então ao processo político local, o grupo inicia uma série de pesquisas e reuniões nos bairros mais carentes sobre as condições de vida na periferia de Penápolis, devido a ocorrência de um surto de hepatite num dos bairros mais pobres da cidade.

Nesse trabalho verifica-se, além do perfil sócio-econômico da população e as condições de saneamento dos bairros, os principais problemas enfrentados por essa população, que eram: falta de moradias, difícil acesso aos serviços de saúde e ausência de creches para que mães pudessem se dedicar ao trabalho. Observa-se assim, que a instância de poder mais próxima do cidadão, o Poder Municipal, não se envolvia nos principais problemas da parcela da população mais pobre e menos organizada.

Este grupo, ainda em 1980, alia-se a um setor já organizado da oposição da política local, integrando-se a um partido político. Já em 1981 o partido consegue uma importante vitória política: a Prefeitura reconhecer a relação entre a falta de saneamento básico num bairro e a ocorrência dos problemas de saúde que lá existiam, autorizando a execução das obras de saneamento, depois de uma forte mobilização popular.

Em 1982, o médico João Carlos D'Elia, um dos articuladores do grupo que realiza os trabalhos na periferia, se elege Prefeito pelo PMDB,



derrotando por apenas 16 votos de diferença os candidatos tradicionais da política local.

A proposta apresentada pelo candidato defendia a mudança da concepção de administração municipal até então praticada. O município deveria investir seus recursos prioritariamente em : prestação de serviços de saúde, através da instalação de uma rede de serviços básicos, que deveria se articular com o restante dos serviços públicos já instalados; construção de moradias populares para famílias de renda de até 3 salários mínimos; instalação de creches nos bairros mais carentes; estender a rede de água e esgoto para todas as residências da cidade e encontrar mecanismos que permitissem a participação da população na gestão da coisa pública.

CAPÍTULO II

O PROCESSO DE REFORMULAÇÃO DO SISTEMA LOCAL DE SERVIÇOS DE SAÚDE A PARTIR DE 1983

II.1. A Proposta

A partir de 1983, com as mudanças do governo municipal e estadual, ocorre uma reorientação das políticas públicas como um todo, no Estado de São Paulo. A nova administração municipal de Penápolis, inicia sua gestão, propondo mudanças radicais na destinação de seus recursos públicos, priorizando as ações de caráter social. O desenvolvimento de um programa local de saúde, havia sido o ponto forte da plataforma de campanha do médico eleito prefeito - João D'Elia e era prioridade da administração que se iniciava.

O Programa de Governo no setor de saúde, tinha como referência, as propostas da Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde ocorrida em 1978, em Alma Ata, União Soviética. Segundo o "Programa", deveriam ser priorizados: os serviços básicos de saúde, a universalização da cobertura, a integração das ações de saúde e a participação da população na gestão dos serviços de saúde.

Como não existia na Prefeitura nenhuma estrutura destinada à prestação de assistência à saúde, cria-se a Coordenadoria Municipal de Saúde e Assistência Social, com o objetivo de implantar um Plano Municipal de

Saúde, cujas principais diretrizes eram: ⁽⁵⁾

a) estender a assistência à saúde à toda a comunidade, visando a prevenção, o controle e o tratamento ambulatorial, na zona urbana e rural.

b) realizar trabalho conjunto com os órgãos federais e estaduais competentes, a fim de evitar a dispersão de recursos.

c) elevar o nível nutritivo da população mais carente, para mantê-la em estado de saúde.

d) controlar as doenças transmissíveis.

e) organizar programas de saúde odontológica, tanto na área preventiva, como na curativa.

f) assegurar através dos conselhos de bairros, a participação da comunidade na gestão e realização dos serviços de atenção primária à saúde.

g) promover a execução dos serviços dentro do melhor nível técnico.

h) promover continuamente o trabalho de educação popular.

i) dar atenção especial ao menor.

O Plano previa ainda, a instalação de 8 postos de assistência sanitária urbana e 6 postos de assistência sanitária rural, Parques Infantis,

(5) Mensagem 043/83 de 30/06/" da P.M.P.

Creches, Ambulatório de Odontologia, transporte de doentes e controle de piscinas.

A concepção existente na época, de que a assistência à saúde não era da competência do município, dificultou a institucionalização dos serviços municipais de saúde, uma vez que a Câmara Municipal só aprovou a lei, criando a Coordenadoria de Saúde depois de 6 meses de discussão e sob forte pressão popular.

Inicia-se então a execução do Plano Municipal de Saúde, com a implantação de 3 Postos de Atendimento de Saúde (PAS) em bairros carentes da periferia da cidade, que tinham perfil de menor renda, ausência de saneamento e maior incidência de doenças, segundo pesquisa realizada pela Prefeitura no início de 1983. Prevvia-se para essas unidades a utilização de enfermeiros e agentes de saúde, residentes no bairro e eleitos pela própria população. Estes funcionários realizavam apenas atendimentos básicos de assistência à saúde.

II.2. A Reorganização dos Serviços Locais de Saúde

Desde a apresentação do programa de governo, durante a campanha eleitoral de 1982, pregava-se em Penápolis, da necessidade de uma maior integração entre os diversos serviços públicos de saúde existentes no município.

Iniciado o mandato da administração eleita em 1982, ocorrem algumas tentativas de integração da Prefeitura Municipal, com os



prestadores de serviços públicos de saúde, como a direção do Centro de Saúde local e a Santa Casa.

Em nenhum desses casos, as iniciativas surtiram efeito. O Centro de Saúde era administrado por funcionários de carreira, insensíveis ao poder político local e além disso, haviam sérias divergências políticas e de concepção de saúde pública entre a direção da unidade e o grupo dirigente da Prefeitura Municipal. Com relação à Santa Casa, a situação era ainda mais complicada, pois o grupo que dirigia a Irmandade, era o grupo recém derrotado nas eleições municipais, que fazia oposição sistemática à atual administração. Assim sendo, a dificuldade de integração era muito grande.

Com a assinatura do Convênio Município Carente com o Governo do Estado de São Paulo em 1984, forma-se um Conselho Diretor do Convênio em Caráter Deliberativo, composto por dois representantes do serviço público estadual e por dois representantes da Prefeitura Municipal. O processo de integração dos serviços municipais e estaduais novamente não avança.

Se ao nível local a integração era difícil, na micro-região a situação era mais favorável. Discutia-se neste período, a articulação de uma associação de municípios da região, objetivando o fortalecimento político-regional, junto ao Governo do Estado, e a discussão de propostas regionais de desenvolvimento. Neste contexto, surge a proposta da criação de um grupo de trabalho entre os sete municípios da micro-região, que envolvia os municípios de Avanhadava, Alto Alegre, Barbosa, Braúna, Glicério, Luiziânia e Penápolis, para a realização de planejamento conjunto para a área de saúde, já que todos esses municípios tinham na estrutura de saúde de Penápolis, sua referência de assistência à saúde.

Em 1984, a Prefeitura de Penápolis, apresenta proposta à Secretaria de Saúde do Estado de municipalização do Centro de Saúde local. O objetivo era otimizar o uso de recursos municipais e estaduais da área de saúde, sob a direção de uma única gerência, indicada pelo poder político local, que implementaria o Plano Municipal de Saúde.

O projeto que inicialmente foi visto com simpatia pela Secretaria de Saúde, chegando até a ser esboçada um minuta de convênio, sofreu forte resistência dos servidores estaduais da saúde locais, por possíveis alterações na estrutura funcional da secretaria e acabou se inviabilizando naquele momento.

Em 1985 com as Ações Integradas de Saúde⁽⁶⁾, cria-se a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS), que era formada pelos membros do Conselho Diretor e mais um representante do INAMPS. Assim como das outras vezes, as divergências com relação à condução da Política de Saúde, inviabilizou a integração dos serviços municipais, estaduais e federais. Apesar da importância das AIS para financiamento dos serviços locais de saúde, com relação à integração dos serviços, ela pouco contribuiu.

A medida que os serviços municipais iam se expandindo e as outras estruturas não se integravam, agravou-se o conflito gerencial entre as três instâncias. Apesar da ampliação dos serviços da Prefeitura, o sistema continuava a encontrar entraves nos serviços prestados pelos níveis

(6) Ações Integradas de Saúde - AIS - Convênio firmado entre Ministério da Previdência Social, Ministério da Saúde, Secretaria Estadual da Saúde e Municípios, objetivando a integração das diversas instâncias prestadoras de assistência à saúde no país. Na prática funcionaram como compra de serviços de saúde dos Municípios pela Previdência Social.

estadual e federal, como exames laboratoriais, atendimento de especialistas, distribuição de medicamentos e outros. Esses problemas, eram encarados pelo poder público municipal, como limites que só seriam superados à medida em que todos os recursos físicos, materiais e humanos de assistência à saúde estivessem subordinados a uma única gerência, vinculada ao poder local.

A medida que se expandiram os serviços municipais de saúde, agravou-se o conflito gerencial entre as três esferas de prestação de assistência à saúde locais: INAMPS, Secretaria Estadual e Prefeitura Municipal. Cada vez mais o município tinha interesse em se apropriar dos recursos físicos, materiais e humanos, estaduais e federais, para assim ter a sua disposição serviços de maior complexidade e poder organizar um sistema subordinado a uma única gerência, vinculada ao poder local.

Em 1987 com a substituição da direção do Centro de Saúde, por pessoa identificada à proposta em andamento, avançou a integração entre Estado, Município e INAMPS. A resistência dos credenciados do INAMPS existia, mas era menor que dos servidores estaduais, uma vez que os médicos eram contratados por determinada quantidade de consultas, e seus interesses permaneciam preservados. A grande resistência era por parte da direção do Centro de Saúde local, já que além das divergências políticas e de concepção de saúde pública, havia um conflito pela direção do serviço estadual de saúde no município.

Com uma maior integração das três instâncias de assistência ocorrida em 1987, tornou-se possível uma primeira tentativa de unificação dos

serviços. Os serviços passaram a ser apresentados para a população como um único modelo assistencial, com mecanismos de referência e contra referência claramente estabelecidos. Porém, o sistema ainda era gerenciado por três instituições diferentes, o que continuava a gerar conflitos administrativos.

Ainda em 1987, o Governo do Estado de São Paulo através do decreto 27/40, de 30 de Junho de 1987, autoriza a municipalização da saúde, no estado, e o Governo Federal, pelo decreto 94.657, cria em 20 de Julho de 1987 o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde nos Estados (SUDS),⁽⁷⁾ possibilitando assim a adesão de Penápolis ao convênio de municipalização, em 19 de Agosto de 1987, passando para a alçada do município a administração do centro de saúde, do laboratório de análises clínicas e da Vigilância Sanitária e Epidemiologia da Secretaria Estadual de Saúde e os médicos credenciados do INAMPS.

Ainda em 1987, com base no grupo de trabalho montado em 1984 para planejar a política micro-regional de saúde, estruturou-se o Consórcio Intermunicipal de Saúde (CISA). Presidido pelo Prefeito de Penápolis, o CISA assumiu em 1988, além de suas funções de planejamento, a gerência dos serviços públicos locais de assistência à saúde que serviam de referência para os municípios vizinhos.

(7) SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde. Convênio de saúde criado pelo Governo Federal objetivando a municipalização, a descentralização, a regionalização e a integração das ações de saúde.

II.3. A Expansão dos Serviços de Saúde em Penápolis

De 1983 a 1988 há uma forte expansão da rede de serviços de saúde em Penápolis. São implantados no município cinco (5) Postos de Atendimento de Saúde (PAS), um Pronto Socorro Municipal, um serviços de Vigilância Sanitária de Zoonose e Alimentos, um Ambulatório de Odontologia, um Ambulatório de Saúde Mental, um Laboratório de Análises Clínicas e uma Clínica de Especialidades.

Com a implantação, em 1984, dos 3 primeiros PAS(s) nos bairros da Vila Tóquio, Vila Planalto e Vila Cidade Jardim e dos ambulatórios de odontologia e de saúde mental, a Prefeitura assinou o primeiro convênio para recebimento de recursos estaduais para aplicação no setor de saúde local. O convênio para Municípios Carentes firmado entre a Prefeitura e a Secretaria Estadual da Saúde, objetivava a instalação de PAS(s) na zona rural, porém os recursos foram aplicados na rede básica de saúde existente.

Em 1985, Penápolis assinou o convênio das Ações Integradas de Saúde (AIS), que consistia na remuneração, pelo INAMPS, dos serviços de assistência médica, que o município viesse a prestar. Esse convênio possibilitou uma grande ampliação da cobertura dos serviços de saúde municipais, pois viabilizou a ampliação da proposta dos PAS(s) já existentes e mantidos com recursos próprios. A ação médica é incorporada às unidades, passando essas a prestar atendimento de clínica geral, ginecologia e pediatria.

Ainda em 1985, a Prefeitura implanta o serviço de controle de zoonose e a Secretaria Estadual de Saúde implanta no município uma unidade do Laboratório de Análises Clínicas Adolfo Lutz.

Baseada no convênio AIS, a Prefeitura implanta em 1986, mais dois PAS(s), nos bairros de Vila Fátima e Vila Santa Terezinha. Estabelecendo uma rede de atendimento ambulatorial descentralizada em 5 regiões da periferia da cidade.

No mesmo ano, é municipalizado o Pronto Socorro da Santa Casa de Misericórdia e universalizado seu atendimento. É construído, posteriormente, um novo Pronto Socorro e dotado de pessoal e equipamentos básicos necessários ao atendimento de urgência.

Desta forma, em 1986, a Prefeitura possuía uma rede de serviços básicos de assistência à saúde, com atendimento descentralizado e universalizado, permitindo assim, o acesso a alguns serviços de saúde à população até então marginalizada pelo modelo anterior.

Apesar de grande avanço conseguido no período, os recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis ao município eram insuficientes para o atendimento de toda a demanda de assistência à saúde de Penápolis e da micro-região. Nesse sentido se ampliaram os esforços para a municipalização dos recursos estaduais e federais existentes no município. A municipalização ocorre em 1987, integrando-se o Centro de Saúde I e o Laboratório Adolfo Lutz, da Secretaria Estadual da Saúde e os médicos contratados do INAMPS ao sistema local de saúde. Em 1988, cria-se a clínica de especialidades com contratados do INAMPS, da Secretaria Estadual de Saúde e da Prefeitura Municipal.

Durante esse período ocorre uma grande expansão dos atendimentos de saúde prestados pela rede municipal, como mostra as Tabelas 03, 04 e 05, acompanhada de expressiva elevação no quadro de

servidores destinados à prestação desses serviços, como mostra a Tabela 06⁽⁸⁾.

TABELA 03
PRODUÇÃO DAS CLÍNICAS BÁSICAS

PRINCIPAIS ATENDIMENTOS	ANO 1984	ANO 1986	ANO 1988
Consultas Médicas	2.808	28.830	80.844
Atendimentos de Enfermagem	2.117	8.104	17.223
Aplicações e Tratamentos	4.717	23.867	45.066
Vacinações	718	4.287	15.138

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/CISA - Divisão de Informações - 1989

TABELA 04
PRODUÇÃO DOS AMBULATÓRIOS DE ODONTOLOGIA E SAÚDE MENTAL

ATENDIMENTO	ANO 1984	ANO 1986	ANO 1988
Saúde Mental*	519	10.508	10.777
Odontologia **	1.670	14.919	17.996

* Atividades - Psiquiatria, Ass. Social, Psicologia e Terapia Ocupacional

** Atividades - consultas, restaurações e outros tratamentos.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/CISA - Divisão de Informações - 1989

⁽⁸⁾ Escolheu-se os anos de 1984, 1986 e 1988, por serem anos consecutivos à implantação dos serviços municipais (1983), assinatura do convênio AIS (1985) e municipalização da saúde (1987).

TABELA 05

PRODUÇÃO DO PRONTO SOCORRO MUNICIPAL (INAUGURADO EM 1986)

ATENDIMENTOS	ANO 1986	ANO 1988
Consultas Médicas	31.684	44.613
Outros Procedimentos	8.734	10.638

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/CISA - Divisão de Informações - 1989.

TABELA 06

CONTRATAÇÃO DE SERVIDORES PARA ATENDIMENTO DE SAÚDE

ANO	NÚMERO DE SERVIDORES
1982	-
1983*	50
1984	84
1986	164
1988	186

* Criação da Coordenadoria de Saúde e Assistência Social.

Fonte: Divisão de Recursos Humanos da Prefeitura Municipal de Penápolis/SP.

II.4. O Financiamento do Sistema

Para financiar a implantação e a expansão do sistema local de

saúde, há uma reorientação dos gastos públicos municipais a partir de 1983. Os gastos com saúde que apresentavam 0,5% das despesas orçamentárias em 1982, passam a representar 1,7% em 1983 e em 1988 representam 15,6% do total de recursos movimentados pela Prefeitura de Penápolis.

TABELA 07

PARTICIPAÇÃO PERCENTUAL DOS GASTOS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS DE 1980 A 1988

<u>PERÍODO</u>	<u>DESPESAS REALIZADAS COM SAÚDE</u> <u>DESPESAS TOTAIS REALIZADAS</u>
1980	1,2%
1981	0,7%
1982	0,5%
1983	1,7%
1984	2,8%
1985	4,0%
1986	13,8%
1987	17,9%
1988	15,6%

Fonte: Secretaria de Finanças da Prefeitura Municipal de Penápolis.

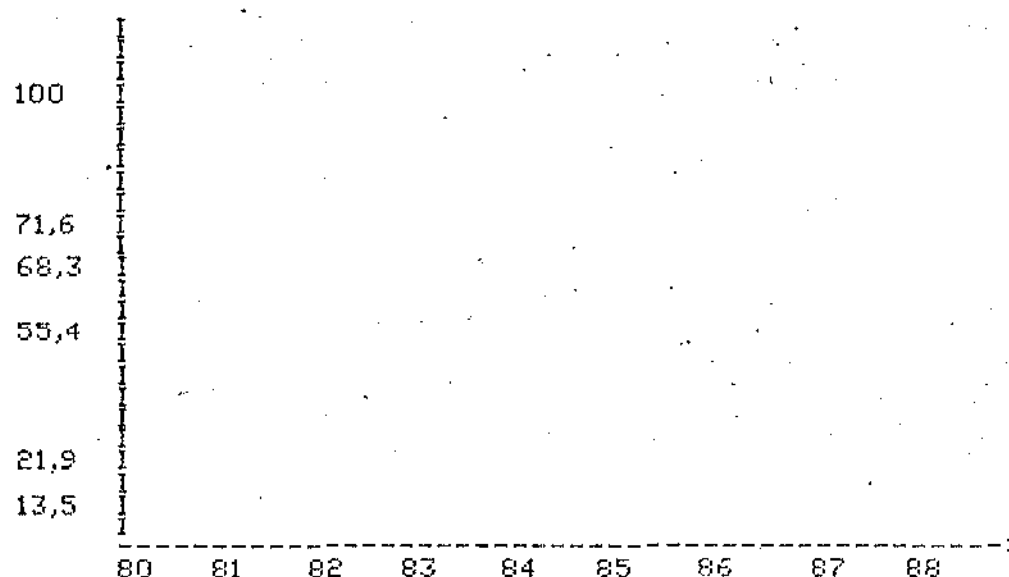
Inicialmente, não haviam fontes de financiamento externas para o sistema de saúde local, que se implantou com recursos do próprio tesouro municipal. Em 1984, surge o primeiro financiamento pelo Convênio dos Municípios Carentes, que representará 13,5% do custeio do empenhamento

sistema em implantação.

A partir de 1985, com o aumento dos recursos provenientes das Ações Integradas de Saúde, tornou-se possível uma grande expansão na rede municipal, aumentando o número de unidades prestadoras de serviços, os recursos humanos envolvidos e alterando, inclusive, o tipo de atendimento prestado nas unidades. Em 1986, os recursos conveniados já representavam 55,4% das despesas com saúde da Prefeitura de Penápolis.

Porém, será a partir de 1987, com a municipalização dos serviços de saúde, que os recursos conveniados representarão a principal parcela do total dos gastos com saúde no município, 71,6%, reduzindo-se para 68,3% em 1988, como mostra o gráfico abaixo:

GRÁFICO 05.
PARTICIPAÇÃO PERCENTUAL DOS RECURSOS CONVENIADOS NOS GASTOS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA PREFEITURA DE PENÁPOLIS DE 1980 A 1988



Fonte: Secretaria de Finanças da Pref. Munic. de Penápolis

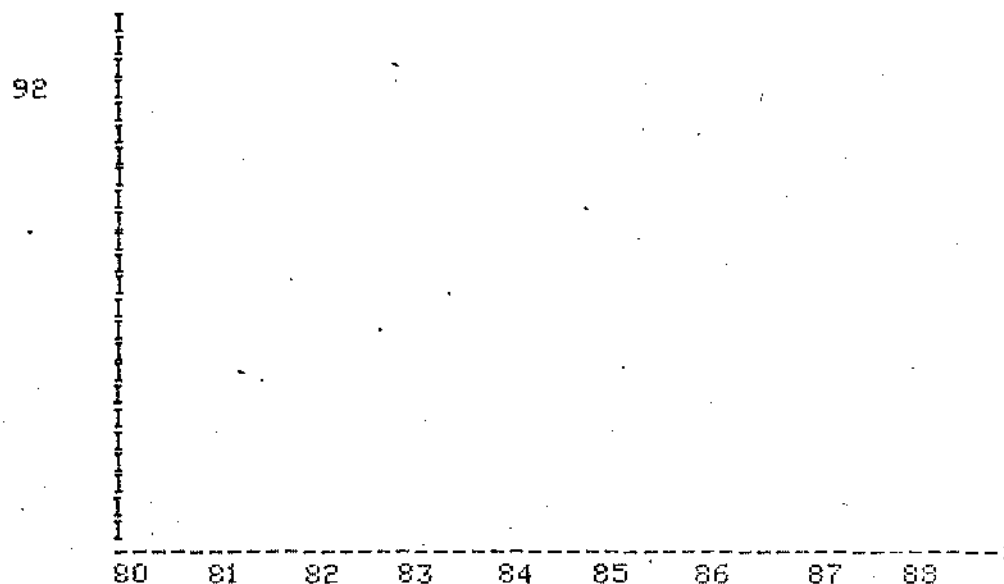
Apesar da vital importância dos recursos conveniados para a execução da política de saúde de Penápolis, analisando-se as despesas realizadas no período, verifica-se que a participação dos gastos em saúde com recursos próprios também foi bastante elevada a partir de 1983, como mostra a **Tabela 08**, que compara a composição dos gastos realizados no período e o **Gráfico 06**, que mostra a evolução dos recursos próprios da Prefeitura Municipal de Penápolis aplicados no setor de saúde no período.

TABELA 08

ORIGEM DOS RECURSOS APLICADOS EM SAÚDE NA PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS DE 1980 A 1988 (A PREÇO DE 1988)

(EM MIL CZ\$)					
PERÍODO	DESPESAS REALIZADAS	RECURSOS PRÓPRIOS	% TOTAL APLICADO	RECURSOS CONVENIADOS	% TOTAL APLICADO
1980	7.256	7.256	100	-	-
1981	4.519	4.519	100	-	-
1982	4.491	4.491	100	-	-
1983	11.947	11.947	100	-	-
1984	23.498	20.326	86,5	3.172	13,5
1985	47.636	37.204	78,1	10.432	21,9
1986	207.810	92.416	44,6	114.794	55,4
1987	243.752	69.226	28,4	174.526	71,6
1988	235.457	74.640	31,7	160.817	68,3
Total					
1983/1988	769.500	305.759	39,7	463.741	60,3

Fonte: Secretaria de Finanças da Prefeitura Municipal de Penápolis.

GRÁFICO 06**EVOLUÇÃO DOS RECURSOS PRÓPRIOS DA PREFEITURA MUNICIPAL DE
PENÁPOLIS APLICADOS EM ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE 1980 A 1988**

Fonte: Secretaria de Finanças da Pref. Munic. de Penápolis

Mesmo com um fluxo de recursos externos para o financiamento dos serviços locais de saúde que representam 60,3% do total das despesas do setor, verifica-se no período uma tendência de comprometimento crescente das receitas próprias do município com serviços de assistência à saúde.

II.5. Funcionamento do Sistema em 1988

Organiza-se o sistema local de saúde em 1988, segundo a



concepção de regiões de saúde, dividindo-se a cidade, em 6 regiões de saúde, conforme mostra a **Figura 03**. Cada região tem como referência para a assistência à saúde um PAS, com atendimentos de clínica geral, ginecologia e pediatria, além de serviços de enfermagem e desenvolvimento de programas, como o de reforço alimentar para desnutridos, hipertensão e outros.

O Centro de Saúde, localizado na região central da cidade é transformado numa unidade básica de atendimento, como os outros cinco PAS(s), distribuídos pela periferia da cidade. Desta forma as unidades básicas regionalizadas, tornam-se as "portas de entrada para o sistema".

FIGURA 03

Das unidades básicas, os casos que demandam assistência de especialistas, são encaminhados para as unidades de maior complexidade, como é o caso do ambulatório de saúde mental, da clínica de especialidades (implantada com especialistas egressos no INAMPS e da Secretaria Estadual e outros contratados pela Prefeitura Municipal de Penápolis) e mesmo para o Pronto Socorro.

Como alguns dos serviços, como a Clínica de Especialidades, o Ambulatório de Saúde Mental, o Laboratório e a Vigilância Epidemiológica, são referência para toda a micro-região, o Consórcio Intermunicipal de Saúde, passa a gerenciar esses serviços, através de convênio com o SUDS. As unidades de saúde existentes nos municípios vizinhos, que compõem o consórcio são transformadas em unidades primárias de atendimento, tendo como referência os serviços do consórcio de Penápolis.

Deste modo o sistema local de saúde passa a se organizar a partir de 1988 da seguinte forma:

a) Secretaria Municipal de Saúde

Substituindo a antiga Coordenadoria de Saúde e Assistência Social, responsável pelos serviços primários de saúde prestados nos cinco PAS(s) e no Centro de Saúde, pelo serviço de Odontologia, pelo Pronto Socorro Municipal e pela Vigilância Sanitária de Zoonose e Alimentos. Enfim, os serviços existentes destinados à população do município.

**FIGURA 4****ORGANOGRAMA DOS SERVIÇOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
1988**b) Consórcio Intermunicipal de Saúde - CISA**

O Consórcio mantém um conselho diretor, formado pelo 7 prefeitos da micro-região, sendo o presidente do CISA, o Prefeito de Penápolis. Ficaram sob a responsabilidade do Consórcio Intermunicipal de Saúde, a prestação dos serviços que atendem toda a micro-região, como o Ambulatório de Especialidades, o Ambulatório de Saúde Mental, o Laboratório de Análises Clínicas e o Serviço de Vigilância Epidemiológica. Cabendo ainda ao Consórcio, o planejamento das ações de saúde a serem desenvolvidas na micro-região, através de um Grupo Técnico de Planejamento e Programação (GTTPP), formado por técnicos do CISA e da Secretaria de Saúde de Penápolis.

FIGURA 05

ORGANOGRAMA DOS SERVIÇOS DO CISA

O funcionamento dessa rede, prevê as unidades básicas locais e micro-regionais como, "porta de entrada" do sistema. Nestas unidades regionalizadas realizam-se os atendimentos clínicos e os encaminhamentos para os serviços mais especializados da rede, como serviços ambulatoriais de especialistas e de saúde mental. Além disso, os PAS(s) realizam programas de ginecologia, pediatria, além de organizar nas diversas regiões, prontuários com as informações de saúde da clientela usuária do sistema.

A reorganização do modelo local de saúde envolveu apenas os prestadores de assistência à saúde públicos, restando ainda o problema do relacionamento dos serviços primários e secundários com o hospital de referência da região, a Santa Casa de Misericórdia, que é uma entidade de caráter privado.

Com a assinatura do convênio de 1986 da Santa Casa com INAMPS, o atendimento hospitalar passou a ser universalizado, facilitando assim o relacionamento do sistema público local com a instituição.

Em 1988, firmou-se um convênio entre a Santa Casa e o Consórcio de Saúde para realização de financiamento a fundo perdido no BNDES para execução de um projeto de ampliação e reformas do hospital e para adaptação e melhoria das unidades básicas da micro-região. Objetiva-se assim nesse momento, estabelecer ao nível local um sistema de saúde articulado entre setor público nos serviços primários e secundários, e uma entidade filantrópica privada na referência hospitalar.

Desta forma, o modelo de saúde implantado no município de Penápolis em 1988 "UNIVERSALIZADO", pois garante o acesso de toda a população aos serviços; "HIERARQUIZADO", pois organiza-se de forma a manter, pois, uma relação de referência e contra referência, entre as unidades de complexidades distintas; "REGIONALIZADO", pois a política de saúde desenvolvida é baseada em regiões de saúde estabelecidas; e "UNIFICADO", pois a gerência de todo o sistema público é realizada pelo poder local.

CAPÍTULO III

CONCLUSÕES

A expansão e reorganização dos serviços públicos de saúde de Penápolis, foram resultado de um conjunto de fatores locais, regionais e nacionais, que permitiram ao município, organizar em 1988, o funcionamento de um sistema local de saúde, baseado na hierarquização, regionalização, universalização e unificação dos serviços públicos locais.

Nesse processo são fundamentais as alterações ocorridas na política Nacional de Saúde a partir de 1980, pois elas possibilitam a descentralização dos recursos financiando a expansão e a reorganização dos serviços de assistência à saúde no município. Do total dos recursos aplicados nos serviços públicos de saúde de Penápolis de 1983 a 1988, 60,3% deles, foram provenientes de transferência do Estado e da União.

A política de saúde desenvolvida a partir da segunda metade da década de sessenta, caracterizou-se pela centralização das decisões no Governo Federal e fragmentação da execução da política de saúde.

O modelo se caracterizava pela predominância do Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência Social, sobre as outras organizações do sistema, como: Ministério da Saúde e organizações estaduais e municipais; e pela compra de serviços do setor privado (filantrópico e lucrativo), que teve um grande crescimento e desenvolvimento no período.

A prática desse modelo proporcionou a elevação da quantidade dos serviços prestados, do volume de recursos aplicados e da burocracia do setor de saúde, porém, a qualidade dos serviços prestados e a organização do sistema era cada vez pior.

Na realidade vários setores se beneficiavam da centralização, da fragmentação operacional e da política de compra de serviços do setor privado da política de saúde existente. Esse modelo fortalecia o poder político central, que dispunha de um grande volume de recursos e cargos da burocracia do setor, para alocar segundo seus interesses, beneficiava corporações profissionais do setor e beneficiava prestadores de serviços e fornecedores de equipamentos e medicamentos que tinham seus interesses atendidos pelo sistema.

A partir de 1980, para buscar soluções para o déficit da Previdência, surge um movimento de racionalização da assistência médica gerida pelo INAMPS, o Plano CONASP. Esse plano previa entre outras coisas, o estabelecimento de novas formas de remuneração do setor privado e o maior aproveitamento da rede pública instalada na prestação de serviços para o INAMPS.

Inicialmente, previu-se a realização de convênios entre Ministério da Previdência Social e Ministério da Saúde e secretarias de saúde dos estados, sendo posteriormente os municípios incluídos nesses convênios, chamados de Ações Integradas de Saúde (AIS).

Na realidade o caráter de integração das AIS não ocorre. O convênio limita-se a permitir que os municípios e estados também atuem no sistema, como prestadores de serviços, remunerados por produção, conforme

tabela do INAMPS.

Em linhas gerais, as AIS consistiam em simples compra e venda de serviços respectivamente entre INAMPS e Município, mantendo as mesmas distorções de favoritismo, corporativismo e clientela do Modelo Nacional de Saúde.

Com a mudança do Governo Federal para a chamada "Nova República" ocorrem algumas definições importantes na política de saúde. O novo governo procurou privilegiar o setor público de saúde federal, estadual e municipal, através de medidas como a alteração dos critérios de repasses, que deixaram de ser somente para pagamentos de serviços prestados, passando a permitir repasses de acordo com a capacidade de atendimento, e destinação de recursos a outros investimentos. Além disso, avançaram propostas de descentralização do poder decisório do INAMPS para os estados e municípios, e de reorganização administrativa do INAMPS, para transformá-lo num organismo de planejamento, avaliação e controle, diminuindo seu poder decisório.

Apesar das AIS não terem cumprido o objetivo de integração das diversas instâncias de prestação de serviços de assistência à saúde e de não terem alterado o Modelo Nacional de Saúde, destinou-se mais recursos para o setor público de saúde possibilitando assim, avanços significativos em alguns locais.

No Município de Penápolis a grande expansão da produção das unidades locais de saúde ocorrida em 1986, e a expansão dos recursos humanos envolvidos nessa assistência, ocorrem baseadas na parceria de aplicação de recursos do INAMPS e do município articulados através do

convênio AIS assinado em 1985. As Ações Integradas de Saúde possibilitaram a operacionalização e a ampliação da rede de serviços básicos e de urgência locais e na incorporação definitiva do atendimento médico à rede primária de saúde.

Ressalta-se ainda no período, a articulação entre INAMPS e entidades filantrópicas, que permitiu em 1986 a universalização dos serviços hospitalares da Santa Casa de Misericórdia local, que passara a ter 90% dos seus atendimentos cobertos pelo convênio do INAMPS.

Em 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, propôs com amplo respaldo de setores organizados da sociedade, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde, com a descentralização dos serviços, a integração das ações, a universalização da cobertura e a participação popular nas ações de saúde.

A descentralização da Previdência avança com a articulação de seus dirigentes com os governadores eleitos, que passavam a ter interesses na execução regional da política de saúde, tanto pelo aspecto programático de governo, quanto pelos recursos que seriam transferidos pela Previdência para execução dessa política.

Verifica-se no período a intenção dos dirigentes da Previdência Social de "desmontar a máquina previdenciária", através de uma articulação com setores que tenham força política para enfrentar os interesses existentes no Modelo anterior. " (...) dada a prática de funcionamento da assistência médica previdenciária, a única forma de possibilitar que a rede de serviços se torne efetiva para a população, é transferir a responsabilidade da alocação de recursos para dirigentes que, por força de sua localização;

"são mais sensíveis às pressões populares"⁽⁹⁾.

Em 1987 foi criado o convênio SUDS visando repassar para os estados as funções de gerência dos serviços e da contratação dos serviços de terceiros realizada pelo INAMPS. Aos estados coube a descentralização dessas funções aos municípios.

O convênio de municipalização da saúde realizado entre a Prefeitura de Penápolis e o Governo do Estado de São Paulo permitiu a incorporação de todos os recursos físicos materiais e humanos dos serviços de saúde estaduais e federais existentes no município, num sistema unificado, gerenciado pelo poder público local e financiado com recursos do SUDS e do Tesouro Municipal. Essa medida permitiu um novo aumento na cobertura dos serviços locais de saúde, a criação de novos serviços e a organização do Modelo montado em 1988.

Apesar da ocorrência de fontes para financiamento dos serviços de saúde, como o convênio AIS, o convênio de municipalização e mesmo o convênio dos municípios carentes, não existiam mecanismos institucionais com critérios objetivos para a concessão dos repasses. Ao contrário de transferências automáticas como ocorre com o Fundo de Participação dos Municípios ou com o repasse do ICMS, onde a distribuição é baseada em critérios definidos, as transferências de recursos para os serviços de saúde dependem sempre da negociação da Prefeitura local com a Secretaria do Estado, para definição do volume de recursos e de sua aplicação.

(9) NEP - A Estratégia de Política Social da "Nova República", 1990.

O pioneirismo da ação do município no campo da assistência à saúde e a sintonia da proposta local com a política estadual de saúde permeadas pela articulação política da Prefeitura frente aos movimentos reivindicatórios regionais e dentro do PMDB, partido do poder local e dos governos estaduais do período, ampliaram o prestígio político do município junto ao governo do estado, de forma que tanto no Governo Montoro, quanto no Governo Quêrcia, o Município de Penápolis teve amplo acesso aos recursos conveniados.

Porém, a subordinação da execução da política de saúde local, às negociações constantes com o Governo do Estado, que depende por sua vez dos repasses federais, dificultam o planejamento das ações como um todo no município. A Prefeitura ao montar um sistema local de saúde não tem nenhuma garantia que após o vencimento do prazo do convênio, esse vai ser renovado, de forma que a implantação dos serviços de saúde baseada nesses convênios, pode significar um grande impacto no custeio das prefeituras num segundo momento.

A não institucionalização de critérios objetivos para o repasse dos recursos, possibilita a subordinação financeira do município ao Estado, e como consequência a sua subordinação política. Desta forma a transferência do poder decisório do INAMPS, para os estados, não extinguiu a possibilidade da utilização de ações clientelista e discriminatórias no uso da verba pública.

Assim sendo, para que os municípios possam efetivamente administrar os serviços locais de saúde, faz-se necessária a definição de critérios objetivos para o repasse das verbas. Essa medida pode ser acompanhada de mecanismos que controlem a aplicação dos recursos conveniados e da contrapartida local, aos moldes da "Lei Calmon" da Educação.

Além das alterações ocorridas ao nível estadual e federal, a partir de 1983, acontece uma reorientação das políticas públicas desenvolvidas pela Prefeitura local. Ao contrário das administrações anteriores, que concentravam seus esforços na manutenção do aspecto urbano da cidade e em outras funções historicamente destinadas aos poderes locais, a gestão municipal de período 1983 a 1988, priorizou as ações de saúde e habitação, que até então, eram desenvolvidas apenas pelas instâncias estaduais e federais e a infraestrutura de saneamento.

A mudança da direção política do município, significou a alteração da concepção do papel que o município deveria exercer, junto a sua população mais pobre. O poder local, deixou de atuar apenas nas áreas de infraestrutura urbana, como ocorria no passado e se envolveu com as carências de uma parcela da população marginalizada socialmente, procurando respostas para essas carências através do desenvolvimento de políticas públicas locais.

No caso da política local de saúde, existia uma clara opção política, do poder local, ao redirecionar os gastos públicos municipais em favor dos serviços de atenção à saúde. A decisão traduziu-se numa distinta concepção de prioridade de ação, em relação às outras administrações, que de posse dos recursos públicos, optaram por outros tipos de aplicações.

Como mostra a Seção 4 do Capítulo II, apesar da grande importância dos recursos externos no financiamento dos serviços locais de saúde, a participação dos recursos próprios foi fundamental durante o processo, seja na implantação dos primeiros serviços ocorrida em 1983 e 1984, basicamente com recursos próprios, ou seja nas aplicações crescentes da contra-partida dos convênios, AIS e municipalização, posterior a 1985.

O desenvolvimento de um sistema de saúde sob a responsabilidade do município, alterou a concepção do papel do governo local. O Prefeito passa a ser o responsável pela condução dos serviços de saúde, trazendo para mais próximo da população decisões que até então estavam ao nível estadual e federal. Dessa maneira, a população passa a ter a possibilidade de intervir nas ações de saúde, através de seus representantes na Câmara de Vereadores, na Associação de Bairro ou mesmo diretamente com o Prefeito.

Prova da mudança da concepção de que o município deve participar do desenvolvimento das políticas sociais, em especial da política de assistência à saúde, foi a eleição para prefeito de 1988, onde os seis candidatos apresentavam em seus programas de governo, propostas para o sistema local de saúde, de maneira que haviam divergências no entendimento da condução da política municipal de saúde executada, porém não mais se questionava a necessidade do município oferecer este tipo de serviço.

Dentro dessa mudança de concepção da administração municipal, realizaram-se várias tentativas de integrar a participação popular ao planejamento, à execução e ao controle das políticas públicas locais. Tentou-se inicialmente, a participação via associações de bairros, depois por assembleias populares e, por fim, pela criação de conselhos populares setoriais.

Dos conselhos setoriais implantados, os que mais se destacaram foram os conselhos populares de saúde. Os conselhos se formaram com base nas regiões de saúde da cidade. Cada PAS possuía um conselho de saúde e mensalmente realizavam-se reuniões com a equipe da Secretaria de Saúde e com o Prefeito para discussão das questões relativas



à saúde do bairro.

Como o conselho representava os interesses da população de toda uma região de saúde, as discussões nunca se limitavam ao funcionamento do sistema local de saúde. Normalmente, eram levadas para as reuniões do conselho, todas as demandas da população da região.

Se por um lado, acabaram ocorrendo frustrações com a participação, pelo poder público não solucionar muitas das reivindicações populares, por outro, criou-se um mecanismo efetivo de participação da população na questão da saúde pública local. Apesar dos conselhos não possuírem caráter deliberativo, pois não foi possível a inclusão dos representantes populares na CIMS, abriu-se um canal direto entre a população e a gerência dos serviços, tornando-se possível a execução de vários projetos de interesse da população.

Dessa forma a gestão que sucedeu a administração 83-88, encontrou a Prefeitura com uma estrutura de assistência à saúde com cerca de 250 funcionários entre servidores municipais, estaduais e contratados pelo INAMPS; com onze unidades prestadoras de serviços, produzindo mais de 80.000 consultas médicas por ano; consumindo quase 32% das receitas próprias do município; e organizado de forma complexa à partir da concepção da universalização, da regionalização, da hierarquização dos serviços e da participação popular, garantindo assim o "acesso" ao sistema de saúde a toda a população.

A operacionalização desse sistema encontrou desde sua implantação várias dificuldades práticas para o seu funcionamento. A baixa resolutividade de algumas unidades básicas, a preferência da população por

profissionais de outra região de saúde, problemas diversos quanto à execução das rotinas de serviços, impediram o funcionamento adequado da regionalização e da hierarquização do sistema.

Outro problema para o funcionamento do sistema unificado foi a formação da estrutura local, à partir da fusão dos serviços municipais, estaduais e federais, que gerou diversos conflitos gerenciais. A existência de procedimentos, rotinas, contratos de trabalho e outras relações formais, estabelecidas em diferentes instituições, cria um grande volume de desvios administrativos e dificuldades para a gerência do Sistema Unificado.

Um dos principais problemas administrativos encontrados pelo sistema é a questão salarial, tanto dos funcionários dos serviços de saúde, quanto dos outros servidores públicos municipais. Encontram-se subordinados à estrutura administrativa local servidores públicos municipais, estaduais e do INAMPS. De forma que uma mesma função pode ser remunerada de formas distintas.

A proposta de isonomia salarial para todos os servidores o setor de saúde encontra dificuldades de implementação no município. Primeiramente o volume de recursos repassados pelo convênio SUDS não é suficiente para a remuneração do pessoal ao nível da política salarial praticada pelo INAMPS, de forma que caso a isonomia salarial fosse adotada, sem uma contra-partida de repasses do SUDS, o sistema de saúde local se inviabilizaria, pois a Prefeitura Municipal não teria capacidade financeira para manter o sistema em operação.

Mesmo que o convênio SUDS garantisse os recursos para a adoção da isonomia salarial entre servidores municipais, estaduais e federais,

haveria problemas com relação ao restene do quadro de funcionários da Prefeitura Municipal, uma vez que os benefícios oferecidos aos servidores municipais que atuam na área da saúde deveriam ser estendidos aos demais funcionários municipais. Assim sendo, mesmo se houvesse disponibilidade de recursos destinados ao município para promoção da isonomia salarial dos servidores públicos locais de saúde, haveria necessidade de se elaborar algum "artifício institucional", que possibilitasse o enquadramento de todo pessoal da saúde, sem impacto no restante da máquina municipal.

Ainda hoje a questão da isonomia salarial não foi solucionada. A Prefeitura vem tentando amenizar o problema através de acordos com algumas categorias do setor de saúde, principalmente com a classe médica, procurando promover uma política salarial diferenciada para médicos e outros universitários.

Apesar da existência de dificuldades administrativas para a operacionalização do sistema, não são esses os principais limites para o avanço da assistência à saúde no município. Uma vez estruturados os serviços primários e secundários de atenção à saúde, torna-se necessária a sua articulação a uma unidade de serviços hospitalares para garantir a resolutividade do sistema.

Os constantes atrasos nos repasses dos convênios e os baixos valores pagos aos procedimentos hospitalares, levaram o hospital a rescindir o convênio com o SUDS em 1989, inviabilizando assim a estrutura montada entre setor público e setor privado filantrópico no município, que garantia a assistência hospitalar na micro-região.

Para que se reestabelecesse o atendimento, a Prefeitura

Municipal decretou intervenção na Santa Casa, e hoje o poder local avalia a desapropriação do hospital tornando-o público, ou a transformação numa fundação ou a sua devolução para a Irmandade depois de saneado.

Outro problema sério para o futuro do sistema é a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar da Constituição Federal ter garantido no seu Artigo 198 que⁽¹⁰⁾..

"As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada, e hierarquizada e constituem o sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização com direção única em cada esfera de Governo

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais

III - participação da comunidade.

Parágrafo único - O sistema único de saúde será financiado, nos termos do Artigo 195, com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados e do Distrito Federal, e dos Municípios, além de outras fontes".

(10) Constituição - 1988 - República Federativa do Brasil.

A matéria necessita ainda ser regulamentada em lei ordinária, de forma que o sistema continue a funcionar baseado em critérios subjetivos de repasse de verbas, subordinando o sucesso ou fracasso do sistema às negociações realizadas com o governo do estado.

Dessa forma o avanço ou o retrocesso da assistência à saúde no Município de Penápolis, dependerá das mesmas condições que determinaram a expansão e reorganização dos serviços no período de 1983 a 1988: a opção política de aplicar os recursos do município no setor e mudanças na Política Nacional de Saúde, que possibilitem financiar e melhorar o sistema de saúde, não só de Penápolis mas de todo o país.

É importante observar que só a aplicação de recursos municipais, não serão suficientes para superar os principais limites que o sistema possui, como o atendimento hospitalar e o financiamento do sistema como um todo, portanto, o avanço ou o retrocesso da assistência à saúde no município, dependerá do rumo que a Política Nacional de Saúde tomar daqui pra frente.

Apesar da solução apresentada para a prestação de serviços de saúde no município de Penápolis no período de 1983 a 1988, não se pode afirmar que a implantação desses serviços tenham implicado em melhorias nas condições de saúde da população, uma vez que esse trabalho não realizou nenhuma avaliação da alteração do perfil epidemiológico dessa população no período.

Seriam necessárias avaliações sobre as alterações do perfil de morbidade e de mortalidade da população no período, das causas de morte evitáveis, e de outros indicadores do nível de saúde da população do

município.

Além disso deveriam se avaliados outros fatores que podem contribuir para a alteração das condições de saúde da população, como a expansão do saneamento, a melhoria nas condições de habitação e mesmo as alterações no nível de renda dessa população.

Porém, apesar de não se saber qual o impacto na qualidade de vida da população, decorrente dessa expansão e reorganização de serviços públicos de saúde, pode-se afirmar que esse processo possibilitou à população de Penápolis e da sua microrregião, a universalização do acesso aos serviços públicos de saúde, proporcionando assim uma grande expansão dos atendimentos à saúde locais.



BIBLIOGRAFIA

- BRAGA, José Carlos de Sousa. Saúde e Previdência, 1986.
- CAPISTRANO, David Filho. Saúde Para Todos - Desafio do Município, 1988.
- CAPISTRANO, David Filho. Saúde do Trabalhador, 1988.
- CONSTITUIÇÃO - 1988. República Federativa do Brasil.
- FCM-UNICAMP - "Estudo das Condições de Saúde do Município de Campinas".
- NEP - A Estratégia da Política Social da Nova República, 1990.
- MONBEIG, Pierre. Pioneiros e Fazendeiros de São Paulo.
- NEVES, Gleisi Heisler. Relatório de Atividades 1987. IBAM - Instituto Brasileiro de Administração Municipal.
- OLIVEIRA, F.A. A Reforma Tributária e a Acumulação de Capital, 1981.
- SUCUPIRA, Ana. Relações Médico-Paciente nas Instituições de Saúde Brasileiras.
- TRAVASSOS, Cláudia. A Prática Médica e a Questão da Tecnologia Apropriada.

ENTREVISTAS

- João Carlos D'Elia. Prefeito Municipal de Penápolis de 1983 a 1988. Entrevista.
- José Carlos A. Monteiro - Coordenador do CISA no período. Entrevista.
- Valéria Vernaschi Lima - Secretária Municipal de Saúde no Período.
Entrevista.