Documento de Transição de mandatos e Recomendações para a próxima gestão do CMS

Conselho Municipal de Saúde de Campinas – Encerramento de Gestão (3anos)

Período: Março – 2023 a Fevereiro 2026

1. Apresentação

Encerra-se, neste mês, o ciclo de participação desta gestão do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Campinas, do qual fizemos parte, alguns como titulares e outros como suplentes, todos os membros de alguma comissão, da Executiva ou do Conselho Fiscal.

É a partir desses olhares que fazemos esse documento. Mas, mais que fazê-lo, nos comprometemos a apoiar os conselheiros que ora tomam posse, esperando contribuir para o sucesso da próxima gestão.

Este documento tem quatro objetivos: 1 - registrar os principais problemas enfrentados no período; 2. Descrever como o CMS buscou enfrentá-los; 3. Oferecer uma avaliação resumida do mandato; e 4 - apresentar recomendações para a próxima gestão, com foco na continuidade institucional (se este for o desejo do atual mandato), o que contribuirá para fortalecimento do controle social, apesar de todas as dificuldades que, com certeza, serão enfrentadas.

2. Principais problemas identificados no período dessa gestão (Março de 2023 a fevereiro de 2026)

2.1. Problemas estruturais do sistema municipal de saúde

2.1.1. Baixa cobertura de Atenção Primária (APS) e dimensionamento insuficiente de equipes

A APS em Campinas mantém cobertura aquém do necessário. O município dispõe de cerca de **240 equipes**, enquanto o CMS reivindica **aproximadamente 300**, como referência mínima para garantir acesso oportuno e cuidado longitudinal.

Com as equipes atuais, observa-se média aproximada de **1 equipe para 4.000 habitantes**, patamar considerado excessivo, por gerar sobrecarga, reduzir a capacidade de acompanhamento e aumentar barreiras de acesso. O CMS defende uma parametrização orientada por equidade territorial: **média de 1 equipe para 3.000 pessoas**, com **1 equipe para 2.000** nas regiões mais vulneráveis e **1 para 4.000** nas de

menor vulnerabilidade (se necessário, há documentos produzidos pelo MOPS que demonstram essa necessidade)

Além do déficit numérico, **as equipes não estão completas**. Há falta de pelo menos um profissional por equipe, com déficit mais frequente de **dentistas**, **técnico-auxiliares de saúde bucal**, **médicos**, **agentes comunitários de saúde** e **técnicos de enfermagem**. A única categoria com quantitativo mais próximo do adequado é a de **enfermeiros**. **2.1.2. Produção elevada declarada na APS e risco de "falsa cobertura"**

A Secretaria de Saúde divulga produção superior a **3 milhões de procedimentos** na APS (consultas e atendimentos de diferentes categorias profissionais). Embora o número pareça elevado, ele é insuficiente para assegurar acesso adequado às consultas médicas e pode ocultar desigualdade de acesso: registra-se o atendimento realizado, que tende a refletir mais os usuários com maior capacidade de chegar ao serviço. Não se sabe o que acontece com os mais vulneráveis, que tem mais dificuldade de chegar até a unidade**. É possível que esteja fazendo muitas consultas para um determinado número de pessoas, mas não para todos que dependem dos serviços de saúde…**

Há diagnóstico recorrente de baixa ação territorial das unidades: poucos atendimentos domiciliares, poucas visitas regulares de ACS, pouca busca ativa e baixa presença de ações no território. Isso sugere que populações mais vulneráveis podem estar subatendidas, apesar da produção global registrada.

2.1.3. Baixíssima cobertura de Saúde Bucal

A cobertura de Saúde Bucal permanece **abaixo de 40%**, implicando que grande parte da população não é atendida e recorre a serviços privados, quando possível, ou permanece sem cuidado, com piora evitável de agravos e perda de dentes, como aparece nos indicadores da Saúde Bucal.

2.1.4. Fragmentação institucional: Rede Mário Gatti operando como "segunda secretaria"

A existência da Rede Mário Gatti com subordinação direta ao Gabinete do Prefeito, sem subordinação administrativa e técnica à Secretaria Municipal de Saúde, constitui fator estruturante de fragmentação da gestão do SUS municipal.

A Rede responde por atenção hospitalar, urgência/emergência e parte da atenção ambulatorial. A terceirização é extensa: **3 das 4 UPAs**, **Hospital Ouro Verde** e grande parte do **Hospital Municipal Dr. Mário Gatti**. Há ainda **mais de 40 contratos** sob gestão da Rede, envolvendo cerca de **20 empresas**, elevando complexidade da

intersetorialidade entre elas, riscos de descontinuidade e dificuldades de controle social efetivo. Não por acaso aumentou substancialmente as queixas sobre a atenção hospitalar, notadamente no Ouro Verde.

2.1.5. Tempo de espera e queixas de qualidade em UPAs

O tempo de espera em UPAs é elevado e há queixas recorrentes sobre qualidade do serviço (fluxos, acolhimento, resolubilidade e continuidade após o atendimento).

2.1.6. Dificuldade de internações e filas para cirurgias eletivas

Há dificuldade para internações e para procedimentos eletivos, com filas superiores há um ano em algumas cirurgias, configurando barreira relevante ao direito à saúde.

2.1.7. Filas prolongadas para atenção especializada O acesso à atenção secundária apresenta filas para as principais especialidades, algumas também superiores há um ano, indicando insuficiência de oferta, gargalos de regulação e fragilidades no fluxo APS-especialidades.

Há demora no diagnóstico de vários cânceres e dificuldade de acesso para iniciar o tratamento.

2.1.8. Terceirização ambulatorial e fragilidade da rede própria

Quase todos os ambulatórios são terceirizados. Nos serviços próprios, faltam profissionais e equipamentos mais sofisticados, levando especialistas a reencaminharem casos complexos para serviços privados terceirizados, reforçando dependência contratual e enfraquecendo capacidade instalada pública.

2.2. Problemas adicionais do período:

2.2.1. Desabastecimento de medicamentos e insumos

No início desta gestão houve importante problema de falta de medicamentos, posteriormente enfrentado de modo mais efetivo pela Secretaria de Saúde após inúmeras discussões no CMS.

Contudo, desde **dezembro** o problema retornou com outras características, associadas à **terceirização do almoxarifado**. A partir desse processo, sucederam-se episódios de: demora na entrega de medicamentos e insumos; entrega em unidades que não eram as destinatárias; falta de pessoal para entrega e descarga, obrigando trabalhadores das unidades a desviarem-se de suas funções para lidar com cargas; e falhas logísticas persistentes.

A Secretaria informou tratar-se de problema transitório, de adaptação da empresa. Entretanto, quase três meses depois, os problemas perduram, sugerindo não se tratar

apenas de transição, mas de insuficiência estrutural de capacidade da empresa em cumprir o contratado.

2.3. Saúde Mental: crise contratual, "municipalização" improvisada e redução de oferta.

Ao longo das últimas décadas, a Prefeitura foi reduzindo sua relação com o Serviço Cândido Ferreira, historicamente responsável por parte relevante da atenção em Saúde Mental em Campinas. Também foi precarizando os serviços da RAPS com subsidiamento dos serviços de saúde mental inferior ao necessário para se manter equipes completas e bem dimensionadas.

O subfinanciamento da Saúde Mental gerou consequências, conforme confirmados pelos usuários, familiares e conselheiros: falta de condições dignas de trabalho falta de alimentação suficiente às pessoas usuárias; farmácias dos CAPS funcionando em um único período; equipe multidisciplinar insuficiente nos períodos noturnos, finais de semana e feriados nos CAPS prejudicando o cuidado; sistema de regulação de vagas para usuários em crise que não garantiam o cuidado nos serviços aos quais estavam vinculados.

Há cerca de seis meses, na renovação contratual, a Secretaria buscou renovar sem adequar os valores financeiros ao orçamento necessário para manutenção da prestação de serviços, ampliando ainda mais o subfinanciamento. Após intervenção judicial, a solução adotada foi um reajuste pequeno e a promessa de municipalização dos serviços de Saúde Mental.

A municipalização é, em si, recomendação histórica do CMS e das conferências. O problema central foi seu encaminhamento de forma improvisada, sem planejamento consistente, infraestrutura e força de trabalho compatíveis com a complexidade do cuidado em Saúde Mental, como várias vezes denunciado pelo CMS, Comissão de Saúde Mental e Comissão de Acompanhamento do Convênio.

As consequências observadas incluem redução de oferta de atendimentos, fechamento de serviços, redução de infraestrutura para boa prestação, desligamento de trabalhadores sem reposição equivalente, e redução de oficinas de geração de renda, com prejuízo direto aos usuários.

3. Problemas inerentes ao CMS que limitaram sua eficácia

No planejamento institucional realizado no início de 2025, identificaram-se fatores internos que reduziram a eficácia do Conselho:

1. **Estrutura administrativa inadequada:** apenas duas funcionárias (Secretária do CMS, uma funcionária administrativa e uma menor aprediz), o que dificulta o trabalho e a sua realização em tempo hábil.

2. **Ausência de assessorias/consultorias essenciais:** inexistência de apoio contábil para fiscalização de contas; ausência de apoio jurídico e de comunicação, apesar de reivindicações reiteradas.

3. **Baixa disposição de participação:** houve dificuldade para preenchimento de vagas já no início da gestão, especialmente entre trabalhadores; ao longo do tempo, ocorreram desistências, e o Conselho operou no último ano no limite do quórum.

4. **Fragilidade das comissões permanentes:** várias comissões tiveram dificuldade de se manter ativas; algumas estratégicas (Comunicação, Atenção Primária, Saúde da População Negra, entre outras) ficaram longos períodos sem reunião regular.

5. **Planejamento de 2025 pouco implementado:** por baixa adesão e dificuldade de participação de parte relevante dos conselheiros, notadamente representantes da gestão.

6. **Desrespeito ao controle social:** evidenciado por não participação do Secretário de Saúde e do presidente da Rede Mário Gatti no Pleno; não publicação (ou publicação tardia) de resoluções e recomendações em Diário Oficial; não cumprimento de prazos para respostas e implementação de resoluções; e ausência de justificativas formais quando recomendações não foram acatadas.

7. **Comunicação institucional precarizada:** embora o CMS tenha site e redes sociais, a manutenção dependeu da Secretária Executiva (já sobrecarregada e sem equipe especializada) e de voluntários, devido à inexistência de Comissão de Comunicação atuante.

8. **Ausência de uma Ouvidoria própria da Saúde, ligada ao CMS**, o que fez com que todas as queixas sobre o sistema de saúde local fossem dirigidas à sua Secretaria Executiva, sem o tempo hábil para lidar com todas elas (lembre-se que os membros são voluntários e têm outras atividades). Essa ouvidoria é deliberação da Conferência Municipal e uma das muitas não implementadas pela Secretaria de Saúde.

4. Como o CMS lidou com esses problemas ao longo do mandato

Apesar das limitações, o CMS e sua Secretaria Executiva mantiveram autonomia institucional, independência política e não se deixaram cooptar pela gestão. Embora nem sempre com os resultados desejados e lidando com todas as dificuldades apontadas, muito se realizou. É importante registrar que, contudo, as desistências ao longo do mandato e da baixa participação popular, algumas lideranças conselheiras e participantes de movimentos sociais foram fundamentais para um controle social efetivo dentro das possibilidades concretas em uma realidade de resistências, crescimento da extrema direita e descrença de grande parte da população nas instituições do Estado.

4.1. Conferências e participação social

Foram realizadas conferências relevantes ao longo do mandato, com mobilização por meio de pré-conferências e conferências temáticas, incluindo:

- **12ª Conferência Municipal de Saúde;**

- **2ª. Conferência Municipal de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde de** Campinas

- **3ª Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora de Campinas**

(obs. Está disponível no site do CMS apenas a 12ª. Conferência Municipal de Saúde).

4.2. Deliberações, recomendações e planejamento do SUS.

O CMS avaliou, aprovou e publicou inúmeras deliberações voltadas à melhoria do SUS local. Parte das deliberações e propostas foi incorporada ao planejamento, inclusive compondo elementos do **Plano Plurianual da Secretaria de Saúde**.

4.3. Prestação de contas e avaliação de efetividade do gasto

O CMS avaliou sistematicamente as contas da Secretaria de Saúde. Em todas as ocasiões, houve **reprovação**, com base na avaliação de que, apesar de gasto superior ao mínimo legal, indicadores essenciais não eram alcançados (mesmo quando metas eram consideradas pouco ambiciosas para a complexidade do SUS Campinas), caracterizando insuficiência de efetividade e eficiência do gasto público em saúde.

4.4. Contratos, convênios e posição crítica à terceirização.

O Conselho analisou contratos e convênios, produzindo recomendações para melhoria da execução e reiterando orientação para evitar terceirizações. Essa orientação, contudo, não foi acolhida de forma substantiva pela gestão.

4.5. Questionamentos e demandas formais à SMS e à Rede Mário Gatti

Foram realizados demandas e questionamentos frequentes sobre: falta de medicamentos; filas de especialidades e cirurgias eletivas; contratação de pessoal; melhoria de obras e reformas; e problemas de acesso e acolhimento em unidades. Diversas pautas vieram de demandas de usuários e de conselhos distritais e locais.

4.6. Pautas de destaque no período

Entre temas relevantes debatidos em plenário e comissões, destacam-se:

- Saúde Mental (pauta permanente após proposta de municipalização);
- Acesso de crianças com deficiências de natureza intelectual, mental ou sensorial;
- Superlotação de prontos socorros e doenças respiratórias sazonais;
- Avaliação do Plano Municipal de Saúde;
- Dificuldade de acesso a cirurgias eletivas e especialidades;
- Mortalidade hospitalar no SUS Campinas;
- Discussão sistemática dos relatórios de gestão (RDQA e RAG), com críticas à metas/indicadores e recomendações.
- Criação do GT de Acompanhamento da Municipalização da Saúde Mental

Algumas recomendações foram absorvidas pela gestão; outras não, sem que o Conselho recebesse justificativas formais consistentes, evidenciando a fragilidade do reconhecimento do caráter deliberativo do controle social.

4.7. Atuação junto ao Ministério Público

Muitas demandas foram levadas ao Ministério Público. Ainda assim, a atuação institucional não se mostrou suficiente para alterar aspectos estruturais do status quo, especialmente em terceirizações, governança e acesso.

5. Avaliação resumida do mandato

O CMS manteve atuação regular e persistente em defesa do SUS municipal, com foco em problemas estruturais de acesso e qualidade — especialmente na APS, na urgência/emergência, na atenção especializada, na governança da Rede Mário Gatti e no avanço das terceirizações.

Os principais limites ao alcance das deliberações foram à assimetria de informações, a fragmentação institucional, o volume e a complexidade contratual, além de uma relação por vezes pouco cooperativa da gestão com o controle social, expressa pela baixa presença de autoridades máximas no Pleno, pelo descumprimento de prazos, pela ausência de justificativas e pela insuficiente institucionalização do diálogo.

É de se registrar as fragilidades do próprio Conselho Social explicada pela falta de apoio mais adequado por parte da Secretaria e as dificuldades de participação, como já registrado acima. Ademais é sempre importante lembrar que os conselheiros têm outras atividades, o que reduz tempo e oportunidade de participação. Tal déficit poderia ser suprido com um Conselho melhor estruturado.

Ainda assim, houve ganhos relevantes na qualificação do debate público, na visibilização de problemas historicamente naturalizados (filas, equipes incompletas, baixa ação territorial, precarização do provimento), e na produção de recomendações e deliberações que, ao menos parcialmente, influenciaram o planejamento municipal.

6. Recomendações para a próxima gestão (conjunto inicial)

6.1. Atenção Primária e Saúde Bucal

1. Sustentar a reivindicação de expansão para **300 ou mais equipes**, com critérios de equidade territorial (2.000–4.000 pessoas/equipe conforme vulnerabilidade).

2. Ampliar o número de unidades para aproximadamente 100, tanto para alocar as novas equipes quanto para preencher os “vazios” territoriais.

3. Priorizar recomposição de equipes incompletas, com metas por categoria (ACS, médicos, técnicos de enfermagem, saúde bucal).

4. Exigir plano de fortalecimento das ações territoriais (busca ativa, domiciliares, promoção da saúde), com monitoramento periódico e transparência.

5. Tratar a cobertura de Saúde Bucal <40% como prioridade estrutural, com plano de expansão e recomposição.

6.2. Medicamentos e insumos

6.Exigir plano de correção logística do almoxarifado terceirizado com metas verificáveis (prazos de entrega, eficácia da entrega, recursos humanos na logística, incidência de erros).

7.Instituir monitoramento público de desabastecimento e de falhas de entrega, com canal formal para unidades e usuários.

6.3. Saúde Mental

8. Vincular qualquer municipalização a plano técnico, cronograma, orçamento, pessoal e infraestrutura — evitando soluções improvisadas.

1. Monitorar redução de oferta, fechamento de serviços e impactos sobre oficinas e reinserção social, garantindo proteção aos usuários.
2. Manter o GT de Avaliação da Municipalização e pautar consistentemente a avaliação do processo no pleno.
3. Monitorar a solução para os problemas apontados (falta de alimentos e insumos, déficit de pessoal nas equipes, redução dos projetos de geração de renda, entre outros) denunciando os problemas sempre que necessário, buscando a parceria do Ministério Público sempre que necessário.

6.4. Rede Mário Gatti, terceirizações e governança.

12.Pautar formalmente mecanismos de integração da Rede Mário Gatti à gestão do SUS municipal (planejamento, regulação, transparência e controle social). Exigir, no mínimo, a subordinação da autarquia à Secretaria de Saúde, evitando-se o duplo comando da Saúde na cidade.

13. Criar rotina de fiscalização dos contratos terceirizados com indicadores de qualidade, tempo de espera, resolubilidade e continuidade do cuidado. Para tanto se faz necessário ocupar o espaço nas Comissões de Acompanhamento dos Contratos e Convênios.

1. Fortalecer a rede própria ambulatorial e reduzir reencaminhamentos por falta de equipamentos e pessoal. Continuar a luta por redução e, finalmente, fim das terceirizações em saúde.

6.5. Fortalecimento institucional do CMS

1. Reivindicar estrutura mínima de funcionamento: ampliação da equipe administrativa e assessorias (contábil; jurídica e comunicação).

2. Retomar e institucionalizar comissões estratégicas com calendário anual e metas.

3. Reforçar exigência de respeito ao caráter deliberativo: presença de gestores máximos no Pleno; publicação tempestiva de resoluções; respostas formalizadas e justificadas para não acatamento e Ouvidoria ligada ao CMS conforme recomendação da Conferência Municipal de Saúde.

Assinam esse documento os seguintes conselheiros, participantes da Secretaria Executiva, Conselho Fiscal e Comissões Permanentes do Conselho:

Jenice Lilian Pizão

José Renato Mei

Maria do Carmo Cabral Carpintéro (Carminha)

Monica Vasconcellos Cruvinel

Ney Moraes

Paulo Tavares Mariante

Roberto Mardem Soares Farias

Rosely Maria Laureano