

A saúde na metrópole

JOSÉ R. CARVALHEIRO

O recorte espacial e temporal

HÁ UM VASTO material bibliográfico disponível para os interessados na recuperação da memória da Saúde Pública no Brasil e mesmo em São Paulo, por isso, este artigo não irá se deter em comentários a este respeito. No processo social de construção do sistema de saúde no Brasil, para se compreender o presente é necessário reconhecer num passado recente a esquizofrenia do arranjo que situou o atendimento público individual numa determinada rede, e as ações coletivas em outra. O atendimento individual (assistência médica), a princípio, era de responsabilidade dos Institutos de Previdência especializados segundo categoria profissional. Com a sua unificação, passaram a compor o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), do Ministério do Trabalho e da Previdência Social (MTPS). As ações coletivas, ou de Saúde Pública propriamente dita, eram de responsabilidade do Ministério da Saúde. Tinham como princípio básico a universalidade e geralmente gozavam daquilo que os economistas denominam “ações com fortes externalidades positivas”, ou que têm efeitos para além do âmbito restrito em que se aplicaram. As ações individuais, ao contrário, eram destinadas apenas a uma parcela da população brasileira: os trabalhadores com carteira assinada e seus dependentes. Sobravam os muito ricos e os muito pobres, que dispunham de mecanismos bastante diferentes na busca da atenção. Filantropias e hospitais-escola para os pobres, chamados “indigentes”; medicina privada para os abonados. A discussão a partir do final dos anos de 1970 redundou, já no início da década de 1980, em diversos ensaios de unificação, em particular, colocando à prova o princípio da universalidade também na assistência médica às pessoas. São exemplos claros as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), espalhados por todo o país e que tiveram no Estado de São Paulo, inclusive na sua capital e Região Metropolitana, iniciativas claras.

Momentos marcantes foram a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a sua seqüência, na Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), que levou ao debate da Assembléia Nacional Constituinte as posições defendidas pelo “Movimento Sanitário” e pactuadas, no processo, junto ao “Centrão”. O resultado disso foi o capítulo referente à saúde na Constituição de 1988, o qual definiu para o Brasil um Sistema Único de Saúde (SUS), cujas idéias prevaletentes eram as de “Saúde para Todos”, alardeadas internacionalmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e perfeitamente congruentes com o conceito de “seguridade social” surgido nas discussões do processo constituinte. As leis fun-

damentais do SUS (8.080 e 8.142) são de 1990, portanto, é importante reconhecer, ao se analisar o atual momento da saúde no país, no Estado, no Município de São Paulo ou em Região Metropolitana, que se trata de um processo recente, embora tenha raízes profundas no pensamento crítico da saúde, muito mais antigo. É necessário reconhecer, ainda, as contradições de um processo político que os sanitaristas continuam considerando o mais importante movimento social contemporâneo no Brasil: nem mesmo os trabalhadores rurais, organizados no MST, mobilizam uma tão expressiva massa de militantes, espalhados por todo o território nacional, com organização formal em cada um dos quase seis mil municípios. É bem verdade que o processo de implantação do SUS pode ser considerado exemplar para qualquer outro que busque integrar os três níveis de governo, incluindo as relações com o Legislativo e o Judiciário, além do Ministério Público e da necessária participação da sociedade. É de hoje a proposta de “cópia” do modelo no terreno da Segurança Pública, com progressiva adesão dos Estados ao Susp, pois nem todos ainda o fizeram. Passados quase treze anos, na área da saúde o quadro é bem diferente: todos os Estados estão no SUS. No caso do Estado de São Paulo, apenas dois dos seus 645 municípios não fazem parte do SUS, de modo que o Município de São Paulo e, em decorrência, o Estado, acabam de ser habilitados na categoria de “gestão plena do sistema”, conferindo maior autonomia na definição dos rumos do SUS com feições próprias.

Por todo esse passado de gloriosos momentos de explícito ativismo coletivo, os sanitaristas insistem em afirmar que o SUS não deve ser considerado propriedade de partido político algum nem de nenhum particular governo, em qualquer nível. Nesse sentido, sua construção é a de uma política de Estado, pertence ao país e a seu povo. Mal comparando, guarda alguma semelhança com a seleção brasileira de futebol, ou “a pátria em chuteiras”, na feliz expressão de Nelson Rodrigues. Resta saber o que pensa a população a respeito ou, ainda, “o que é o SUS para os diversos atores sociais”.

Talvez existam tentativas de estabelecer um procedimento padrão para avaliar a implantação de uma política pública. Terreno constante de disputa entre correntes de pensamento, são questionados os próprios instrumentos “objetivos” de julgamento: tanto do processo como, especialmente, dos resultados.

As avaliações de desempenho do SUS por meio de declarações de satisfação do usuário atendem mais aos interesses de quem as divulga. O SUS do Ministro José Serra, ainda hoje encontrado no site do Ministério da Saúde (MS, 2003), foi avaliado por meio do envio de quase um milhão de cartas pessoais aos egressos de hospitais do SUS. As repostas de “mais de 110 mil pessoas” dão um índice de satisfação de 85%, que o consideram “excelente ou bom”. O Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp), analisando um levantamento em 1.011 unidades hospitalares de média e alta complexidade no Estado, deu margem a que a reportagem da *Folha de S.Paulo* (2003) afirmasse em manchete que “os hospitais de São Paulo agonizam”. Em extensa reportagem, o jornal *O Estado de*

S. Paulo (2003) afirma que o problema do SUS “é menos de qualidade do que de acesso aos serviços”, o que não deixa de ser um elogio. O SUS dos sanitaristas militantes, obviamente, é muito diferente daquele apresentado de maneira impiedosa e escrachada pelo humorista Tom Cavalcanti num programa de TV de grande audiência. O epistemólogo argentino Juan Samaja tem repetidas vezes afirmado que, no processo de explicação do mundo, transdisciplinaridade só não basta. É indispensável aproveitar contribuições advindas de áreas não reconhecidas como disciplinas científicas. Inclui aí a linguagem artística, religiosa, os chistes etc. É melhor, segundo esse autor, pensar numa “trans-sapiência” o que vem bem a calhar: o SUS, possivelmente, é tudo isso e muito mais!

Celso Junior/ Agência Estado



Corredor do Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro Saboya, no Jabaquara, zona sul de São Paulo.

As propostas “objetivas” de avaliação pelos indicadores de saúde

A situação de saúde pode ser vista por diversos ângulos. Desde há muito os sanitaristas definiram “indicadores” capazes de traduzir a qualidade coletiva da saúde dos povos. Em nosso caso, podem ser acessados no site do Ministério da Saúde (MS, 2003), no da Opas (2003) ou no da Bireme (2003). Entre outros conjuntos de dados, um muito valorizado é o da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa, 2002) resultante de um consenso amplo de especialistas. Existem outros métodos, entre eles um sintético e muito difundido na atualidade, o da “Carga da Doença”, ou “Fardo da Doença” (“Burden of Disease” ou BoD)

A situação, em nosso caso, pode ser vista pela Agenda do SUS (MS, 2003). Esta, um esforço do Ministério da Saúde, definiu os problemas que merecem

entrar para o elenco dos problemas prioritários para o SUS. Definiram-se alguns indicadores para acompanhar a evolução em todo o território nacional. Cada Estado, adaptou a Agenda a seu contexto e há previsão de que os Municípios façam o mesmo. A idéia, de certa forma, copia o “Healthy People 2010” (USA, 2003), muito mais complexo e elaborado. Não podemos deixar de mencionar, nesse sentido, uma recente e extremamente complexa avaliação do desempenho dos serviços nos EUA (McGlynn *et al.*, 2003), feita em entrevista telefônica com autorização do acesso dos investigadores aos prontuários médicos. Entrevistando mais de treze mil adultos em doze áreas metropolitanas, concluíram que apenas 55 % dos cuidados recomendados foram atendidos. Nada que se compare ao que temos feito no Brasil mas, ainda assim, é possível questionar alguns dos índices de desempenho empregados.

O Dossiê Saúde Pública (1999) e os dez anos de desafio do SUS (2002) como fontes de inspiração

Ao preparar este trabalho, adotamos duas fontes principais: a publicação do Dossiê Saúde Pública (IEA, 1999); e a obra de Negri e Viana, 2002, publicada pelo Ministério da Saúde em parceria com a Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (Sobravime) e o Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão (Cealag). Em ambas, o leque de colaboradores foi muito amplo. O conteúdo cobriu uma sucinta visão geral da situação internacional como referência, mas deteve-se fundamentalmente na análise dos principais pontos do processo recente de implementação do SUS no Brasil: assistência, financiamento, descentralização. A relação público/ privado mereceu também destaque em ambos os trabalhos.

O capítulo de Introdução da segunda das obras mencionadas, de autoria do então Ministro de Estado da Saúde, Barjas Negri, sintetiza numa visão “oficial” o discurso do que foram *avanços e limites nos anos de 1990*. Considera quatro eixos de análise e o simples enunciado do contraste que faz entre o início e o fim da década (colocado abaixo entre parênteses e separado por barra) nos dá idéia do que considerou avanços:

- o marco institucional (a construção do SUS/a execução da descentralização);
- o financiamento (indefinição e crise/a procura da solidez);
- a gerência do SUS (baixo controle e pouca capacidade de intervenção/ melhorias na gerência e na capacidade de regulação);
- a redução das desigualdades (pouca capacidade de ação/alocação de recursos diferida).

Neste quadro relativamente favorável (ou autocomplacente?) da situação do processo de implementação do SUS no país, o que ocorre na maior metrópole do país adquire especial significado. Em particular pelas dificuldades inerentes a um processo, já por si contraditório, em sua versão numa localidade de extrema complexidade econômica, social e política.

Formular e implementar políticas: as comunidades epistêmicas

No primeiro dos trabalhos mencionados no item anterior, no capítulo introdutório (Carvalho, 1999), destacou-se o conceito de “comunidade epistêmica” no sentido que lhe é conferido por Haas (1992) e apropriado no terreno da saúde internacional por Melo e Costa (1994). Um trabalho relativamente recente (Sutton, 1999) avança no sentido de associar à comunidade epistêmica uma “malha política” (*policy network*), emprestando ao conjunto uma dinâmica que incorpora a idéia de contradições internas e é mais plausível com o mundo real. Em particular, identifica os “grupos de interesse” (*interest groups*) como elementos essenciais na análise dos rumos do processo de implantação de uma política. Mais que isso, avança no sentido da discrepância entre o esforço dos que formulam as políticas (*policy makers*) e a realidade concreta enfrentada por aqueles que as implementam na prática. Ou os responsáveis pela “burocracia ao rés do chão” (*street level bureaucracy*). Essas instâncias são representadas pelas escolas, as delegacias de polícia, os juizados de pequenas causas e, em nosso caso, centros de saúde, hospitais, laboratórios etc. Nada mais exemplar do que a realidade do SUS das ruas, como contraponto cruel ao SUS dos gabinetes.

Na escolha dos autores dos trabalhos apresentados neste dossiê pesaram duas idéias principais. Em primeiro lugar, a convicção de que o SUS está em pleno processo de implementação e, portanto, trata-se de analisar um peculiar desenlace provisório no município e na Região Metropolitana mais complexos do país. Além disso, a idéia de Cecília Donnangelo comentando a produção científica na área de Saúde Coletiva: “somos um conjunto maior de atores do que de autores”, referia-se, no início da década de 1980, antes mesmo da VIII Conferência Nacional de Saúde, ao conjunto de intelectuais que construíram o pensamento crítico brasileiro em saúde. Os dois atores/autores dos trabalhos apresentados são sem dúvida os protagonistas do processo em curso, no período escolhido para análise: os Secretários da Saúde do Estado de São Paulo, José da Silva Guedes, e do Município de São Paulo, Eduardo Jorge. Num sentido muito preciso, ambos pertencem à mesma comunidade epistêmica que congrega acadêmicos, ativistas políticos, gestores públicos, corporações profissionais, associações de portadores de patologias e/ou de deficiências etc. Embora se autodefinam em seus textos como pertencendo ao campo social democrata num caso e ao campo socialista, no outro, ambos participaram com o melhor de seus esforços na construção de um projeto de organização das ações de saúde num país capitalista na periferia do mercado globalizado. País muito distante de uma organização socialista do modo de produção e que nunca, de fato, pode ter sido considerado sequer próximo de um Estado capitalista “de bem estar social” (*welfare state*). E é nessa imensa contradição que os sanitaristas têm que se mover, o que lhes confere uma certa aura de santidade, ou melhor, de opção simultânea pelos pobres e pela pobreza. O que é um profundo equívoco: para ter um verdadeiro sucesso, o SUS precisa ser para todo o povo brasileiro e não apenas para o estrato dos despossuídos,

ou *have nots* que é como os textos das agências econômicas multilaterais tratam os pobres, por oposição aos *haves*. No exercício do cargo de gestor do SUS, em seus respectivos níveis, os dois autores convidados foram verdadeiros “craques”, bem distantes da figura anedótica que o já mencionado Nelson Rodrigues usava para estigmatizar os atores medíocres do cinema nacional: “são incapazes de cobrar um escanteio”.

Bibliografia

- BIREME. site: www.bireme.br, 2003.
- CARVALHEIRO, J. R. (1999) “Os desafios para a saúde”. *Estudos Avançados*, n. 35, 1994, pp. 7-20 .
- FSP. “Hospitais de SP agonizam, revela pesquisa”. *Folha de S. Paulo*, 22 jun. 2003. Caderno Cotidiano, p. C1, 2003.
- HAAS, P. M. “Knowledge, Power, and International Policy Coordination: Epistemic Communities and International Policy Coordination”. *International Organization*, vol. 46, n. 1, 1992, pp. 1-35.
- IEA. Dossiê Saúde Pública. *Estudos Avançados*, n. 35, 1999, pp. 7-155.
- MCGLYNN, E. A. ; ASCH, S. M.; ADAMS, J.; KEESEY, J.; HICKS, J.; DECRISTOFARO, A. e KERR, E. A. “The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States”. *New England J. Med.* vol. 348, 26 jun. 2003, pp. 2635-2645.
- MELO, M. A .B. C. e COSTA, N. R. “Desenvolvimento sustentável, ajuste estrutural e política social: as estratégias da OMS/OPS e do Banco Mundial para a atenção à saúde”. *Planejamento e Políticas Públicas*, Ipea, n. 1, 1994, pp. 49-108.
- MS site: www.saude.gov.br, 2003.
- NEGRI, B. e Viana, A. L. A. (org.) *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo, Sobravime/Cealag, 2002.
- OESP. “SUS: maior problema é de acesso aos serviços”. *O Estado de S. Paulo*, 29 jun. 2003, Caderno A, pp. 14-16.
- OPAS site: www.opas.org.br, 2003.
- RIPSA. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasília, Organização Pan- Americana da Saúde, 2002, 299 p.
- SUTTON, R. “The Policy Process: An Overview”. *Working Paper* 118. London, Overseas Development Institute Portland House, 1999, 35 p.
- USA. site: www.healthypeople.gov, 2003.

José R. Carvalho é médico formado pela Faculdade de Medicina da USP em 1961, e professor titular de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

Texto recebido e aceito para publicação em 4 de julho de 2003.

