

Saúde em São Paulo: dificuldades e esperança

**EDUARDO JORGE
MARTINS ALVES
SOBRINHO** é médico
sanitarista e secretário
municipal da Saúde
de São Paulo.

EDUARDO JORGE MARTINS ALVES SOBRINHO

Era voz corrente que uma das áreas mais difíceis a serem estruturadas pela nova administração municipal da capital paulista seria a saúde. Aqui somava-se a dívida social imensa do Brasil neste campo, que só mais recentemente, com a implantação do SUS, começa a ser paga, com uma experiência local fracassada, o PAS, que deixou a cidade oito anos fora deste esforço nacional de implantar o projeto constitucional.

Acho que passados seis meses de trabalho devemos um primeiro balanço. Vejamos antes quais os princípios que estão orientando nossas ações:

1) *O SUS é uma política pública constitucional e nacional.* É resultado de um esforço concentrado dos governos federal, estaduais e municipais. Portanto não é promessa ou marca da administração A ou B, de partido político C ou D. É importante para a perenidade da política pública na alternância democrática e normal de governos que não se utilize o critério político partidário para nomear diretores de distritos de saúde e hospitais. Os requisitos devem ser competência técnica, compromisso com os princípios do SUS (universalização, integralidade, descentralização, gestão democrática e execução mista pública e privada) e utilizar os funcionários públicos concursados federais, estaduais e municipais.

2) *A atenção primária comanda o sistema.* A lógica do sistema de saúde brasileiro coloca hoje no seu comando o superespecialista e o hospital ultra-especializado. O novo farol deve ser a prevenção, a educação, a atenção primária. Importante: atenção primária não quer dizer atenção simplificada e sim nova forma de olhar o cidadão que nos procura, tão complexa quanto a dos especialistas,

só que diferente pois nela a pessoa é vista como um todo e integrada no seu meio social e ambiente. Estimular o autocuidado orientado cientificamente como elemento racionalizador da atenção à saúde e mesmo como elemento de autonomia do cidadão diante dos profissionais de saúde.

3) *Nem perseguição nem privilégio.* Um princípio específico e especial para o caso de São Paulo: nem perseguição, nem privilégio, uma só lei para todos é a única forma de promover uma pacificação, um reencontro, uma reunificação num corpo de servidores com mais de 30.000 pessoas profundamente divididas entre os que foram para o PAS e os que foram jogados no “exílio”. (“Pode garantir-se que um conflito foi solucionado segundo os princípios da não-violência, se não deixa nenhum rancor entre os inimigos e os converte em amigos”, Gandhi.)

Seguindo estes três princípios caminhamos em cinco reformas simultâneas:

1. Reconstrução da SMS

Uma secretaria de Saúde de grande tradição estava fraturada em vários pedaços: 13.000 funcionários no que sobrou da secretaria; 17.000 trabalhadores no PAS, sendo 5.000 funcionários e 12.000 não-concursados, contratados irregularmente; 10.000 “exilados” em outras secretarias. Uma megamovimentação de pessoal feita com o máximo de prudência e tolerância foi concluída em junho e julho de 2001. Parte dos 13.000 funcionários da SMS foi remanejada para cobrir claros em áreas carentes; os 5.000 funcionários no PAS retornaram à SMS conforme previsto em lei; os 12.000 contratados irregularmente no PAS foram dispensados; 9.000 foram contratados de emergência e 5.000 “exilados” retornaram; 5.000 “exilados” tiveram que permanecer em outras secretarias onde, no decorrer destes anos, tornaram-se imprescindíveis.

O mais importante é que a estratégia de fazer uma transição respeitando a lei e os prazos dos contratos do PAS (21/6/2001) possibilitou completar esta difícil operação administrativa sem permitir que em momento algum a rede entrasse em colapso que muitos previam como inevitável.

As remunerações dos profissionais foram recuperadas com uma gratificação emergencial. Por exemplo, o salário de 20 horas semanais do médico passou de R\$ 764,00 para R\$ 1.911,00, e o número de médicos passou de 5.000, em dezembro de 2000, para 5.850, em julho de 2001. Os estoques de medicamentos foram repostos, embora ainda parcialmente. A recuperação física dos serviços começou mais lentamente pois o estrago é muito grande e o orçamento modesto.

As investigações de desvios financeiros e administrativos do passado recente deixamos a cargo dos órgãos preparados para tal,

como o Ministério Público, a Câmara Municipal, Procuradoria Municipal, etc.

2. Trazer o SUS para São Paulo

Em primeiro lugar trata-se de trabalho sintonizado de governo federal, estadual e municipal. O diálogo rompido foi retomado e até o final do ano todas as unidades básicas estaduais sediadas na Capital (200 – Mapa 1) estarão funcionando articuladas com as unidades básicas municipais (150 – Mapa 2) sob a gerência unificada da SMS.

No próximo ano devemos começar a receber os hospitais e ambulatórios de especialidade estaduais. Seremos responsáveis também pelo acompanhamento dos serviços filantrópicos e privados conveniados ao SUS aqui na Capital.

Na verdade não há muito dinheiro novo, mas o princípio da gestão unificada e municipalizada tem se provado em outros municípios onde já está funcionando capaz de gastar de forma mais racional e eficiente esta soma de orçamentos federal, estadual e municipal.

Uma proposta em discussão é a organização de uma fundação em que os quatro grandes hospitais especializados (HC, Unifesp, Santa Casa e Santa Marcelina), junto com as secretarias municipais e estadual, organizem a assistência à saúde mais complexa e cara na região metropolitana.

3. Distritalização

A cidade de São Paulo é dividida oficialmente em 96 distritos administrativos. Eles são base da memória de dados censitários e epidemiológicos. Em janeiro de 2001 nós reunimos esses distritos em 41 distritos de saúde (Mapa 3), com uma média de 250.000 habitantes em cada um deles. Essa iniciativa possibilita uma base geográfica, um território, onde desde as atividades preventivas até a reabilitação ficarão sob o comando de uma autoridade sanitária local. Os diretores de Distrito de Saúde serão as principais lideranças administrati-

vas da SMS. Conhecem bem as unidades de serviços, os profissionais que lá trabalham, a realidade epidemiológica que é muito variada em São Paulo de região para região e, mais importante, estão ao alcance dos cidadãos que usam os SUS naquela área da cidade.

O passo seguinte é formar os 400 dirigentes das unidades básicas e hospitais com uma base sólida de conhecimentos administrativos e com intimidade e compromisso com os princípios constitucionais do SUS para que eles assumam, com a maior autonomia e responsabilidade possível, a gerência dos serviços locais.

4. Modernização da gestão

Esta quarta reforma pouco andou. Principalmente por depender de modificações detalhadas em emaranhada legislação a ser alterada obrigatoriamente na Câmara Municipal ou de compras que dependem de orçamento e licitações.

Isso diz respeito à informatização da rede (que praticamente não existe), da implantação do cartão SUS (em andamento o cadastramento) e de projetos de lei prevenindo os contratos de gestão a serem firmados com distritos e unidades de serviços, formas de pagamento de salário que levem em conta as dificuldades de preencher alguns postos de serviços, as variações de mercado de trabalho e os desempenhos dos trabalhadores no cumprimento de metas quantitativas e qualitativas. Estes vários projetos continuam em discussão entre a nossa secretaria e as secretarias-meio da Prefeitura, esperando um consenso que permita as propostas seguirem para a Câmara Municipal. Este processo demorado tem causado dificuldades de compras, contratações, pagamentos, etc.

5. Programa Saúde da Família (PSF)

Embora sem uma clara prioridade no orçamento nacional do SUS, que continua privilegiando os procedimentos terciários,

o projeto mais importante do SUS é o PSF. Em seis anos de trabalho no Brasil já temos 12.000 equipes atendendo 40.000.000 de brasileiros.

Aqui em São Paulo este programa, que é essencialmente municipal na sua gerência, não foi assumido pelas gestões anteriores. Isso obrigou os governos federal e estadual a iniciá-lo via convênios com algumas entidades, implantando nestes seis anos 150 equipes. Agora trata-se de multiplicar estas por dez, atingindo a médio prazo o número de 1.500 equipes.

A Prefeitura já firmou convênio com dez entidades de tradição na assistência social e na saúde em São Paulo para cumprir esta tarefa. Já contratamos 1.500 agentes comunitários que estão em treinamento, e nos próximos meses já teremos as primeiras equipes trabalhando em locais mais periféricos da cidade (Mapa 4).

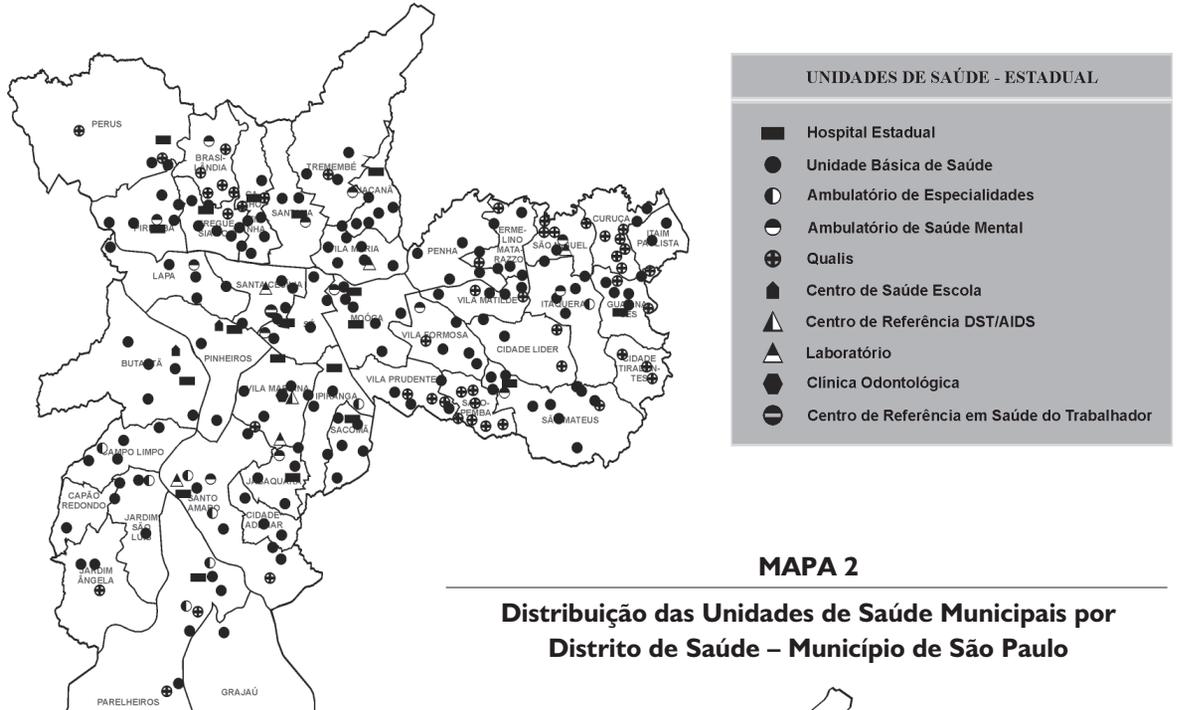
O PSF é a organização, pela primeira vez no Brasil, de uma verdadeira porta de entrada do sistema de saúde. Ele reestrutura todos os outros níveis de atenção à saúde, e sobretudo é uma reforma humanitária pois o cidadão volta a conhecer o seu médico, a sua enfermeira e vice-versa.

Estas grandes reformas estruturais têm períodos variados de maturação. Todas estão em andamento, porém não se pode prometer resultados mais consistentes senão a médio prazo. São reformas que incluem reconstrução de equipamentos sucateados, mudanças de mentalidade e atitude da população e dos profissionais de saúde.

Nossa esperança em vencer as dificuldades atuais está calçada em experiências internacionais semelhantes e em experiências de muitos municípios brasileiros que, nesses dez anos de reforma de estado chamada SUS, têm provado que é possível construir na nossa época de globalização uma política que seja universalista, igualitária, solidária e promotora da coesão nacional.

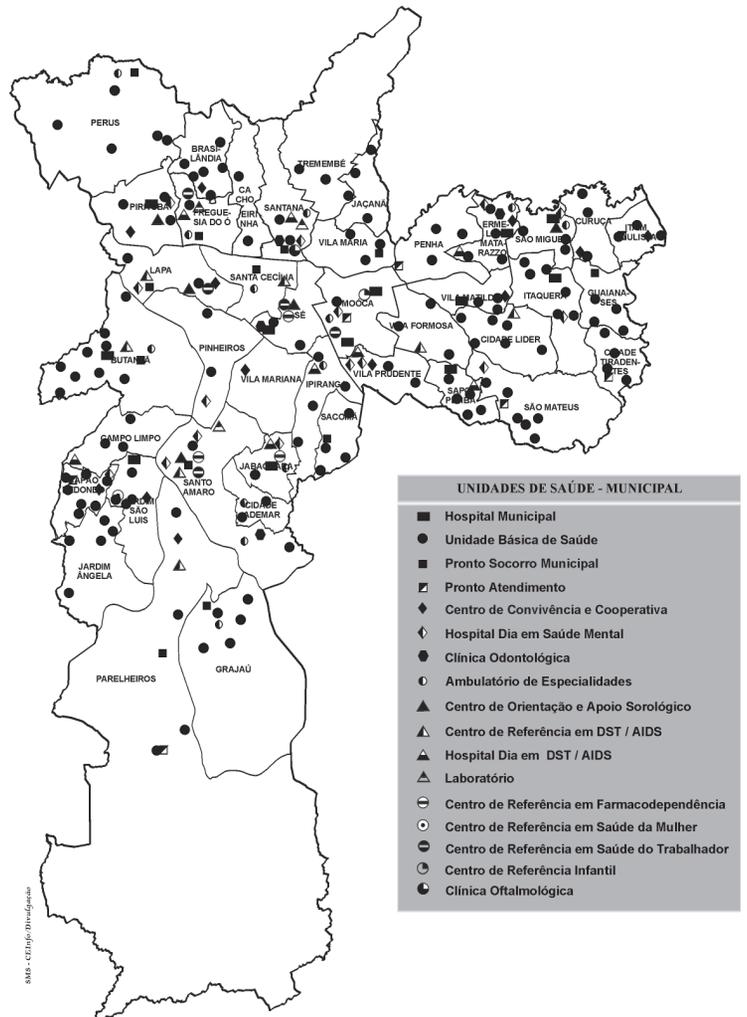
MAPA I

Distribuição das Unidades de Saúde Estaduais por Distrito de Saúde Municipal – Município de São Paulo



MAPA 2

Distribuição das Unidades de Saúde Municipais por Distrito de Saúde – Município de São Paulo



MAPA 3

Distritos de Saúde do Município de São Paulo. Segundo Distrito Administrativo



SMS - CENSAIJO IBERVALDES

MAPA 4

Distribuição das Instituições Parceiras na Implantação do Programa de Saúde da Família no Município de São Paulo

