

Observatório dos Direitos do Cidadão

acompanhamento e análise das políticas públicas da cidade de
São Paulo

19

A Política Municipal de Saúde (2001 - 2002)

Março, 2004

Instituto Pólis/PUC-SP

Publicações do Observatório dos Direitos do Cidadão

A primeira série dos Cadernos do *Observatório dos Direitos do Cidadão* apresenta um balanço das **políticas sociais** em São Paulo nas gestões de Luíza Erundina, Paulo Maluf e Celso Pitta - período entre 1989 e 2000.

- | | |
|------------------------|---------------------------|
| 1 - Assistência Social | 4 - Habitação |
| 2 - Educação | 5 - Criança e Adolescente |
| 3 - Saúde | 6 - Orçamento |

A segunda série dos Cadernos teve como foco os **conselhos municipais** das respectivas políticas monitoradas pelo *Observatório*.

- 7 - Conselho Municipal da Criança e do Adolescente
- 8 - Conselho Municipal de Saúde
- 9 - Conselho de Escola
- 10 - Conselho Municipal de Habitação
- 11 - Conselho Municipal de Assistência Social
- 12 - Articulação entre os Conselhos Municipais

A terceira série de Cadernos analisa os **fundos municipais** das cinco políticas monitoradas.

- 13 - Financiamento da Política de Educação
- 14 - Fundo Municipal de Habitação
- 15 - Fundo Municipal da Criança e do Adolescente
- 16 - Fundo Municipal de Assistência Social
- 17 - Fundo Municipal de Saúde

A quarta série de Cadernos analisa as **políticas** monitoradas nos dois primeiros anos da administração Marta Suplicy.

- 18 - Orçamento Participativo

Para maiores informações:

Instituto Pólis
Rua Araújo, 124
Centro São Paulo/ SP
tel. 11 3258-6121
publicacoes@polis.org.br

**Instituto de Estudos
Especiais IEE/PUC-SP**
Rua Ministro Godoy, 1213
Perdizes São Paulo/SP
tel. 11 3871-4429
iee@pucsp.br

Apresentação

O **Observatório dos Direitos do Cidadão** é um instrumento para o exercício da cidadania. Seu objetivo é acompanhar e analisar a evolução das políticas públicas na cidade de São Paulo e tornar público o resultado de seu trabalho.

A existência de instâncias de participação na gestão municipal é uma conquista da sociedade que se mobilizou para criá-los e um avanço de governantes empenhados na construção de uma nova forma democrática de governar. Entretanto, sua transformação em efetivos órgãos de decisão colegiada ainda está em construção, e a divulgação de informações e análises sobre as políticas da cidade podem contribuir para esse processo.

Com base nesse diagnóstico e reconhecendo a importância destes Conselhos e demais mecanismos de participação para orientar o gasto público e as políticas específicas, segundo as prioridades determinadas pelas comunidades, o Instituto Pólis e a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo decidiram unir esforços e criaram o **Observatório dos Direitos do Cidadão**.

O **Observatório dos Direitos do Cidadão** faz o acompanhamento da execução orçamentária do município e das políticas de educação, saúde, moradia, assistência social e defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes. Seus relatórios periódicos são públicos e existem programas especiais de capacitação para as lideranças comunitárias que atuam nos espaços públicos de participação.

O trabalho do **Observatório dos Direitos do Cidadão** é coordenado pelo Instituto Pólis e pelo Instituto de Estudos Especiais da PUC-SP e conta com a indispensável parceria dos núcleos de estudo e pesquisa do Programa de Pós-Graduação da PUC-SP

das áreas de Serviço Social e Educação: Segurança e Assistência Social; Criança e o Adolescente; Movimentos Sociais; Saúde e Sociedade; Currículo, Estado, Sociedade.

Igualmente importante é a parceria estabelecida com a Central de Movimentos Populares (CMP), a União dos Movimentos de Moradia (UMM), a União dos Movimentos Populares de Saúde (UMPS) e os Fóruns municipais da Assistência Social (FMAS) e dos Direitos da Criança e do Adolescente (FMDCA). Essas organizações compõem, junto com o Pólis e o IEE, o **Colegiado de Gestão do Observatório dos Direitos do Cidadão**, instância que tem por objetivo articular o desenvolvimento do projeto com as demandas das lutas sociais, refletindo-se na pauta das publicações.

O **Observatório dos Direitos do Cidadão** conta com o apoio da Fundação Ford e se beneficia também do apoio da EED ao Instituto Pólis. A OXFAM contribui para este projeto no que diz respeito à análise e ao monitoramento do orçamento público.

Através do **Observatório dos Direitos do Cidadão** colocamos à disposição da sociedade paulistana, especialmente de suas representações coletivas e comunitárias, informações e análises que visam colaborar para uma atuação mais efetiva e propositiva de suas lideranças na construção de um governo democrático e de uma vida melhor.

Essa quarta série de Cadernos tem como foco o desempenho das políticas monitoradas nos dois primeiros anos da atual gestão. No que se refere ao tema do Orçamento, nossa atenção voltou-se para a experiência do Orçamento Participativo. Os estudos não esgotam as dimensões da política em questão. Seu maior objetivo é oferecer material que subsidie a intervenção dos atores coletivos na defesa dos direitos de cidadania.



Zilda Pereira da Silva

Agradeço a preciosa colaboração de:

Ana Maria Malik, Lídia Tobias Silveira, Maria Ermínia Ciliberti, Marcos Drumond, Marco Akerman, Nivaldo Carneiro Junior, Osvaldo Donini e Eliane Gonçalves Cordeiro, da Secretaria Municipal de Saúde, Leandro Valquer J. L. de Oliveira e Irene Batista de Paula, do Sindsep, e Jorge Kayano do Instituto Pólis.

SILVA, Zilda Pereira da

A política municipal de saúde (2001-2003). / Zilda Pereira da Silva.

São Paulo: Instituto Pólis; PUC-SP, 2004. 72p.

(Observatório dos Direitos do Cidadão: acompanhamento e análise das políticas públicas da cidade de São Paulo, 19)

1. Políticas Públicas. 2. Política de Saúde. 3. SUS. 4. Participação Cidadã. 5. Controle Social das Políticas Públicas. 6. Política de Saúde na Cidade de São Paulo. 7. Cidade de São Paulo. 8. Gestão Marta Suplicy. I. Instituto Pólis. II. PUC-SP. III. Título. IV. Série.

Vocabulário CDI/Instituto Pólis

Série Observatório dos Direitos do Cidadão

Coordenação da Série: Anna Luiza Salles Souto Ferreira e Rosângela Paz

Equipe: Agnaldo dos Santos, Thaís Cattel Gomes Alves e Luíz Roberto Lauand

Revisora: Izabel Moraes Baio

Editoração Eletrônica: Renato Fabriga

Capa: Bamboo Studio

Impressão: Gráfica Peres

Sumário

Introdução	9
1. São Paulo: Desenvolvimento e Desigualdade	10
2. Cenário Encontrado pela Gestão	19
3. Gestão 2001-2003	21
4. Rumos da Gestão 2003-2004	58
5. Considerações Finais	62
Glossário de Siglas	67
Anexo	68
Notas	69
Bibliografia	71

Introdução

Neste texto procura-se fazer um balanço dos dois anos e meio (2001 a primeiro semestre de 2003) a primeiro semestre de 2003) da gestão municipal da saúde na cidade de São Paulo com o objetivo de fornecer elementos para o monitoramento e a avaliação aos diversos atores envolvidos na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) na capital.

Nesse sentido, procurou-se apresentar inicialmente um retrato das condições socioeconômicas da cidade e o perfil de saúde da população, bem como a caracterização da rede de serviços, para que sirvam de balizamento da avaliação dos rumos escolhidos na condução da Política Municipal de Saúde. No que diz respeito à administração, relataram-se as principais diretrizes adotadas e os programas e projetos implementados – seus objetivos, metas propostas e alcançadas. Do ponto de vista histórico, trabalharam-se três recortes: o ponto de partida da administração, ou seja, a herança deixada pela experiência desastrosa do Plano de Atendimento à Saúde (PAS); o período 2001-2002, correspondente à gestão do secretário Eduardo Jorge; e a partir de fevereiro de 2003, gestão do secretário Gonçalo Vecina.

Além da síntese dos processos, procurou-se problematizar alguns pontos, especialmente aqueles que estão no centro dos debates sobre a gestão da saúde, como a questão das autarquias hospitalares, a terceirização de serviços e a articulação com as subprefeituras. Não houve a pretensão de apontar soluções, mas tão somente levantar algumas indagações e apontar alguns desafios que a gestão tem pela frente. Espera-se com isso contribuir para a construção de um processo permanente de monitoramento e avaliação da gestão.

1. São Paulo: Desenvolvimento e Desigualdade

Os problemas vivenciados nas grandes metrópoles, como São Paulo, decorrem de um processo de urbanização que raramente é conduzido de forma ordenada por alguma política governamental. A ocupação do solo dá-se de modo descontrolado, dando origem a habitações precárias, como favelas e cortiços, e periferias sem equipamentos sociais, entre eles, os de saúde. Essas situações, no entanto, existem mesmo nas cidades mais ricas do mundo.

O maior aglomerado urbano latino-americano, a cidade de São Paulo, centro do capital tecnológico e financeiro do Brasil, chega ao ano de 2002 com uma população estimada em 10,5 milhões de habitantes – cercado por mais 7,8 milhões de pessoas da sua região metropolitana. Essa concentração urbana, geradora do maior nível de riqueza do país, apresenta estatísticas que, quando analisadas pela média, colocam a cidade entre as melhores do país, mas que, no entanto, encobrem as desigualdades espalhadas pelos seus 1.509 km².

Nos 96 Distritos Administrativos (DA) da cidade, convivem lado a lado pujança econômica e pobreza. Há DAs com proporção significativa de responsáveis por domicílio sem rendimentos, como Marsilac (27,3%) e Parelheiros (22,4%), na região sul do município, nos quais os que ganham mais de 20 salários mínimos não atingem 1%. Já em outra parte da cidade, como no Jardim Paulista, Moema e Morumbi, os responsáveis que auferem essa renda correspondem a cerca de 50%. Esses distritos revelam também indicadores de escolaridade opostos, com os primeiros concentrando maiores contingentes de analfabetos funcionais, ou seja, com até

quatro anos de estudo, e os últimos com elevadas proporções de população com 15 anos e mais de estudo¹ (Sant'ana, 2003).

As desigualdades sociais, que vêm imprimindo suas marcas no espaço urbano paulistano ao longo de sua história, ampliaram-se nas últimas duas décadas, quando se observaram rápido aumento da população moradora em habitações precárias e taxas de desemprego e índices relativos à pobreza e à violência também crescentes. Nos últimos anos, as áreas com urbanização completa e muitos empregos perderam população, enquanto as regiões com grandes carências sociais e urbanas tiveram significativo crescimento populacional. No distrito de Itaim Bibi, por exemplo, a população decresceu quase 25%, com 26 mil habitantes a menos, entre 1991 e 2000. Já no Grajaú, houve um incremento de cerca de 139 mil habitantes e em Cidade Tiradentes, de quase 95 mil, o que representa um aumento de, respectivamente, 72% e 98% no período. Esse crescimento da população nas periferias agrava algo que já existia na cidade: a desigualdade das condições de vida que se reflete também nos indicadores de saúde.

Perfil de saúde

A situação da saúde, no Brasil, passou por inegáveis avanços, nos últimos 15 anos, após a criação do SUS. Muitos problemas, que tradicionalmente estiveram na pauta das discussões e prioridades da saúde pública, evoluíram favoravelmente, porém, novos desafios somaram-se aos antigos. Além disso, há que se considerar o atual quadro demográfico brasileiro, resultado de várias transformações, como a queda da fecundidade, a redução da mortalidade infantil, o aumento da expectativa de vida e o progressivo envelhecimento da população, que geram impactos e novas demandas para o sistema de saúde. No município de São Paulo não é diferente:

conseguiu-se reduzir a mortalidade das crianças, aumentou-se a cobertura vacinal e estão sob controle muitas doenças transmissíveis, mas a tuberculose não diminuiu, as mortes por causas externas, principalmente de jovens, aumentam continuamente e há ainda problemas de acesso a determinados serviços de saúde.

A capital paulista, por suas características já mencionadas, não pode ser analisada na sua totalidade. É imperativo que o olhar dos gestores possa captar as desigualdades sociais, econômicas, políticas e culturais da população da cidade nos seus diferentes espaços, pois existe grande diferenciação entre as condições de vida da população dos 96 distritos. Há parcelas da população dotadas de vantagens múltiplas e outras, excluídas, por um acúmulo de carências, seja de renda suficiente, seja de acesso a bens e serviços.

O nível de vida das populações pode ser mensurado pela razão de mortalidade proporcional² que corresponde à relação entre o número de óbitos de pessoas de 50 anos ou mais e o total de óbitos. Quanto mais distante de 100%, piores seriam as condições socioeconômicas e de desenvolvimento da população analisada. No município de São Paulo, essa razão, em 2001, era de 68%, apontando a existência de óbitos prematuros e revelando condições de saúde bem distintas nos diversos Distritos Administrativos: situações melhores no Jardim Paulista, onde 91% dos óbitos são de pessoas com 50 anos ou mais, e piores no Jardim Ângela, com apenas 41% de óbitos nessa faixa etária, mostrando uma sobremortalidade de crianças, jovens e adultos associada a condições de vida precárias.

Segundo o Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no Município de São Paulo (PRO-AIM), em 2001, dos cerca de 64 mil óbitos registrados no município de São Paulo, destacam-se, como principais causas, doenças isquêmicas do coração, homicídios, doenças cerebrovasculares, pneumonia, bron-

quite, enfisema e asma, sendo que as duas primeiras representaram 13% e 9% do total, respectivamente (**quadro 1**). No entanto, o perfil de mortalidade assume contornos diferentes para cada grupo etário, sendo especialmente dramático para os jovens.

Para os menores de um ano, predominam as afecções respiratórias do recém-nascido. Entre as crianças de 1 a 9 anos, sobressaem-se as pneumonias e os acidentes de trânsito e transporte. Para adolescentes e jovens (10 a 24 anos), destacam-se os homicídios como primeira causa, representando 63% dos óbitos nessa faixa etária. Os homicídios também são a primeira causa de morte entre os adultos (25 a 59 anos), porém, em proporções menores (16%). Já para os idosos, predominam as doenças isquêmicas do coração, atingindo 17% dos óbitos dos paulistanos com 60 anos ou mais.

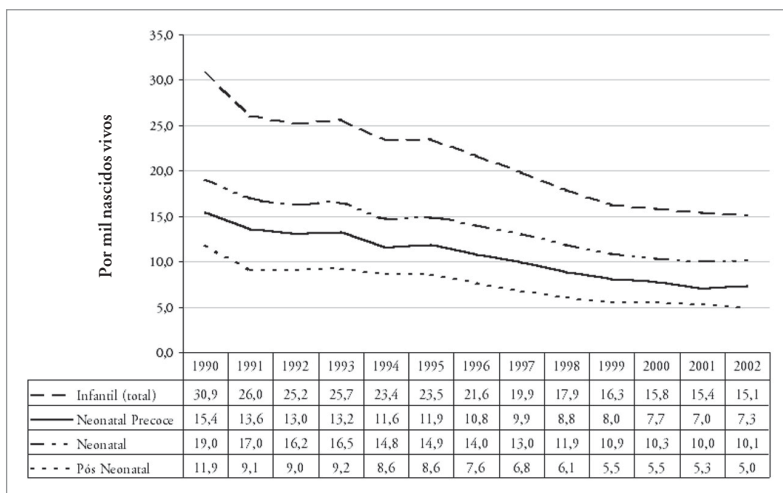
O Brasil e também o município de São Paulo adentram o século XXI tendo a violência (acidentes e violência no trânsito, homicídios, suicídios e acidentes em geral) como um dos seus principais problemas de saúde pública, que atinge especialmente a população jovem. Em 2000, a taxa de mortalidade de pessoas de 15 a 19 anos, na capital paulista, foi de 138,8 mortes por 100 mil habitantes, mais que o dobro da média do país (52,1). Esse fenômeno, no entanto, ocorre de forma desigual na população paulistana. Em 2002, dados de óbitos gerais dos 39 Distritos de Saúde indicam que, apesar de a primeira causa de morte no município ter sido as doenças isquêmicas do coração, em 11 distritos (Campo Limpo, Capão Redondo, Cidade Ademar, Cidade Tiradentes, Curuçá, Grajaú, Guaianases, Jardim Ângela, Jardim São Luis, Parelheiros e São Mateus) as agressões/homicídios respondem pelo maior número de mortes. Já em outros distritos que abrangem áreas com melhor situação socioeconômica, como Mooca, Pinheiros e Vila Mariana, esta causa de morte sequer aparece entre as cinco primeiras.

Quadro 1 - Cinco principais causas de morte, segundo faixa etária, no município de São Paulo - 2001

ordem	< 1 ano	1-9 anos	10-24 anos	25-59 anos	60 anos e +	Total
1º	Afeções respiratórias do recém-nascido (382)	Pneumonias (77)	Homicídios (2.504)	Homicídios (3.226)	Doenças isquêmicas do coração (6.430)	Doenças isquêmicas do coração (8.433)
2º	Demais causas perinatais (354)	Acidentes de trânsito e transporte (54)	Acidentes de trânsito e transporte (387)	Doenças isquêmicas do coração (1.990)	Doenças cerebrovasculares (3.974)	Homicídios (5.987)
3º	Doença da membrana hialina (321)	Outros acidentes (40)	Outros acidentes (102)	Doenças cerebrovasculares (1.423)	Pneumonias (2.219)	Doenças cerebrovasculares (5.444)
4º	Infecções específicas do período neonatal	Infecção meningocócica (34)	Suicídios (101)	Aids (1.104)	Bronquite, enfisema, asma (2.006)	Pneumonias (3.137)
5º	Anomalias congênitas do coração e circulação (232)	Anomalias congênitas do coração e circulação (28)	Leucemias (71)	Cirrose e doenças crônicas do fígado (851)	<i>Diabetes mellitus</i> (1.724)	Bronquite, enfisema, asma (2.425)
Nº total de óbitos	2.814	660	3.954	20.549	36.529	64.821

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (SMS)/Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade (PRO-AIM). Nota: Excluídos 315 óbitos com idade ignorada.

Gráfico 1- Taxas de mortalidade infantil por componentes no município de São Paulo - 1990-2002



Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade).

A mortalidade infantil vem caindo significativamente no município de São Paulo. A taxa diminuiu pela metade nos últimos 13 anos ao passar de 30,9 óbitos por mil nascidos vivos, em 1990, para 15,1, em 2002 (gráfico 1). Em termos proporcionais, verifica-se uma concentração de 67% dos óbitos no período neonatal (até 28 dias), especialmente na primeira semana de vida (48%). Esse perfil revela predominância de óbitos associados a fatores ligados à gestação e ao parto.

A taxa média de mortalidade infantil verificada na capital também encobre grandes desigualdades regionais, pois as taxas variam de 2,5 e 4,3 óbitos por mil nascidos vivos, nos DAs Vila Guilherme e Pinheiros, a 21,2 e 23,9, nos de Vila Curuçá e Cidade Tiradentes, respectivamente (PRO-AIM).

Em termos de incidência de doenças transmissíveis, destacam-se a tuberculose e a Aids. A tuberculose tem permanecido em pa-

tamares elevados e de difícil redução. Em 2001, registrou-se um coeficiente de incidência de 57,6 casos por 100 mil habitantes, alcançando taxas mais elevadas na região central da cidade, como nos DAs República e Brás, com 210,4 e 242,8 casos por 100 mil habitantes, respectivamente. Os dados preliminares de 2001 indicam uma incidência de casos de Aids de 23,3 por 100 mil habitantes, com as piores situações aparecendo novamente na área central, sobressaindo-se os distritos República (208,3) e Brás (131,7), o que evidencia a associação entre tuberculose e Aids. No outro extremo, o distrito de Iguatemi, na região nobre da cidade, registra a menor taxa (7,2 casos por 100 mil habitantes).

Tabela 1 - Estabelecimentos de saúde em atividade (1), por tipo de atendimento, segundo esfera administrativa município de São Paulo - 2002

Esfera Administrativa	Com internação	Sem internação	Exclusivamente Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia	Total
Total	177	1.210	382	1.769
Público	47	384	6	437
Federal	2	2	-	4
Estadual	27	84	4	115
Municipal	18	298	2	318
Privado	130	826	376	1.332
Com fins lucrativos	87	779	370	1.236
Sem fins lucrativos	43	47	6	96

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS).

(1) Inclui os estabelecimentos em atividade parcial, ou seja, quando pelo menos uma das atividades estava paralisada ou desativada na data da pesquisa.

Em termos de oferta de serviços, a cidade apresenta grande concentração de recursos na área de saúde, com forte presença do setor privado. Em 2002, a capital sediava 1.769 estabelecimentos de saúde (tabela 1), correspondendo a 19% do total do estado. Essa rede de serviços era integrada por 177 hospitais, 1.210 estabelecimentos sem internação e 382 de apoio à diagnose e terapia que abrigam 185 mil postos de trabalho. Predomina a rede privada (75% dos estabelecimentos), com o restante distribuído entre unidades municipais (18%) e estaduais (6,5%). A rede hospitalar conta com 24.957 leitos, uma oferta de 2,6 leitos por mil habitantes, sendo 62% na rede privada, com metade dessa prestando serviços ao SUS. A prefeitura e o estado respondem por 11% e 26% desses leitos³.

Em 2002, no município de São Paulo, foram realizadas 519 mil internações e 120 milhões de procedimentos ambulatoriais pelo SUS. Quando se analisa essa produção por grau de complexidade, nota-se a importância da cidade como pólo de alta tecnologia em saúde. Do total dos serviços ambulatoriais produzidos no estado, a capital foi responsável, em média, por 25% deles, no entanto, essa proporção é bem maior quando se trata de serviços de alta complexidade. Nesse mesmo ano, do total produzido no estado, 57% dos procedimentos de radiologia intervencionista, 60% dos de ressonância magnética, 63% de busca de órgãos para transplantes e 65% dos de hemodinâmica foram realizados no município⁴. Na área hospitalar, São Paulo também atrai pacientes de outros municípios: em 2001, do total de internações realizadas no SUS, 15,4%⁵ foram de moradores de outras localidades.

A rede pública, tanto quanto a privada, tem uma distribuição regional desigual, com maior presença de serviços na área central da cidade. Reflexo disso é a concentração de consultas básicas realizadas no âmbito do SUS. Dados de 2002 indicam que a subprefeitura

da Sé realizou 2,3 consultas/habitante/ano, enquanto que na subprefeitura de Cidade Tiradentes este índice era de 0,5 consulta.

Outra característica importante da capital diz respeito ao alto percentual de população coberta pelo segmento de saúde suplementar, aliás, a maior do país. Apesar de toda a população ser potencialmente usuária do SUS, não há como não considerar as implicações da presença do setor suplementar em São Paulo, seja no que diz respeito à gestão da saúde no município, seja no planejamento ou na avaliação dos indicadores de base populacional.

Segundo dados da Pesquisa de Condições de Vida (PCV), da Fundação Seade, 47,7% da população do município de São Paulo (incluindo beneficiários e seus dependentes) possuíam plano ou seguro de saúde em 1998. Dados mais recentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) indicam que, em 2002, havia 5,5 milhões de pessoas assistidas por planos e seguros de saúde privados, representando uma cobertura de 53%. Desse total, um pouco mais da metade refere-se à medicina de grupo e 28% referem-se a seguradoras.

Porém, esse elevado índice deve ser analisado considerando-se duas questões. Uma que se refere à instabilidade da cobertura proporcionada pelos planos oferecidos quando da existência de vínculo empregatício formal em um mercado com crescente flexibilidade nas relações de trabalho. A outra questão diz respeito à precariedade e diversidade das coberturas oferecidas pelos planos de saúde, especialmente daqueles anteriores à regulamentação da ANS. Dados da PCV, em 1998, apontaram que 10% dos atendimentos do SUS, no estado de São Paulo, foram de beneficiários de planos e seguros privados de assistência à saúde (Fundação Seade, 2000). Esses dois aspectos configuram uma situação que, invariavelmente, implica uma constante pressão de aumento de demanda aos serviços do SUS, notadamente nas áreas de maior complexidade e alto custo.

2. Cenário Encontrado pela Gestão

Os governos antecessores de Paulo Maluf e Celso Pitta deixaram uma herança trágica para a área de saúde na capital: o Plano de Atendimento à Saúde (PAS). Implantado em janeiro de 1996, na gestão do prefeito Paulo Maluf, o PAS⁶ tinha como principal característica a divisão do município em módulos assistenciais gerenciados por cooperativas privadas.

Em relação à rede, todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os ambulatórios de especialidades, as unidades isoladas de pronto-socorro e pronto-atendimento e 12 hospitais⁷ integraram os módulos do PAS. Continuaram sob gerência da SMS as unidades municipais do Programa DST/Aids. As características do modelo adotado⁸ conformaram o quadro de problemas a ser enfrentado pela nova gestão.

Um dos problemas iniciais gerados pela implantação do PAS diz respeito aos trabalhadores da saúde. Sua lei de criação permitia que funcionários municipais se afastassem de seus cargos para atuarem nas cooperativas, mediante licença sem vencimentos, mas mantendo direitos e vantagens da carreira do funcionalismo público. Apesar de receberem remuneração muito superior a dos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a adesão ao PAS foi menor do que o esperado (cerca de sete mil⁹), forçando, assim, a contratação pelo PAS de pessoal externo por intermédio de cooperativas que não eram integradas por servidores municipais.

Os funcionários da SMS que não aderiram ao PAS foram transferidos (“exilados”) para os mais diversos órgãos municipais. Muitos médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde foram colocados em flagrante desvio de função com alocações em

unidades de secretarias como a do Verde e Meio Ambiente e até usina de asfalto. Em janeiro de 2001, esse contingente somava 10.019 servidores (Inojosa, 2003).

No final de 2000, o quadro de pessoal da saúde encontrava-se dividido em três segmentos totalmente desarticulados: os trabalhadores do PAS, divididos entre os contratados e os estáveis da prefeitura; os trabalhadores da saúde que ficaram na SMS; e os que foram “exilados” em órgãos da prefeitura.

Além dos problemas na área de recursos humanos, a experiência do PAS causou impactos negativos na organização dos serviços municipais de saúde. Na rede hospitalar e de urgência e emergência, destacam-se:

- *“a ênfase no pronto-atendimento, ligeiro e pouco resolutivo, como forma de oferecer resposta rápida e barata à demanda, diminuindo ou deslocando as tradicionais filas nas unidades de saúde, e a contrapartida de uma retaguarda de internação e apoio diagnóstico de complexidade bastante restrita (o que acabava por sobrecarregar hospitais estaduais e universitários);*
- *intervenções superficiais e “cosméticas” na estrutura das unidades, com pequeno investimento na manutenção predial e em equipamentos e na incorporação e atualização tecnológica;*
- *opção generalizada pela terceirização de serviços de apoio (laboratório, diagnóstico por imagem, nutrição, lavanderia, remoção de pacientes etc.), resultando na desativação dos serviços próprios”.* (Morimoto & Kon, 2003)

Somado ao que foi relatado, a nova gestão da SMS deparou-se com vários outros problemas emergenciais, como a falta de remédios, o baixo estoque de material hospitalar e equipamentos, e

ambulâncias quebradas. A rede de laboratórios do município tornou-se sucateada e obsoleta, e também havia carência de pessoal nesses serviços, pois muitos servidores estavam em outros setores e até em outras secretarias. Durante a vigência do PAS, não houve investimento nessa área e muitos equipamentos não puderam ser utilizados por falta de manutenção.

3. Gestão 2001-2003

A posse da prefeita Marta Suplicy abriu a possibilidade para São Paulo recomeçar, depois de um atraso histórico, a implantação do SUS, alinhando-se, assim, à Política Nacional de Saúde construída desde 1988. A magnitude e a complexidade dos processos necessários de reorganização da SMS, de reunião dos trabalhadores de saúde, de transição do sistema cooperativado (PAS), de reformulação do modelo de atenção à saúde e de rearticulação da participação social configuravam-se num dos maiores desafios da nova gestão.

Essa tarefa foi iniciada pelo deputado federal Eduardo Jorge, que assumiu o comando da Secretaria Municipal de Saúde, em 2001, e esteve à sua frente até fevereiro de 2003. De início, foram estabelecidas cinco grandes frentes de atuação: a reconstrução da SMS; a distritalização; a municipalização; a modernização gerencial; e a adoção do Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia de reorganização da atenção básica (Relatório de Gestão 2002). Essas atividades estavam assentadas nos princípios e diretrizes do SUS: a universalidade; a igualdade; a equidade e a integralidade das ações, em consonância com a Política Nacional de Saúde, da qual o município de São Paulo esteve alijado por demasiado período de tempo.

Distritalização

A complexidade dos sistemas de saúde nas grandes cidades impõe a necessidade de um processo progressivo de descentralização do planejamento e gestão da saúde para áreas menores. A concepção do SUS prevê a organização do município em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde (Lei nº 8.080/90). A construção de distritos sanitários, também chamados de Sistemas Locais de Saúde (Silos), configura-se num processo de descentralização que não se limita ao componente organizacional e de articulação administrativa de serviços, mas tem também como objetivo uma maior aproximação e um vínculo com a população, visando a uma melhor abordagem e um conhecimento de seus problemas de saúde e causas.

O Distrito de Saúde (DS) foi a forma escolhida para operacionalizar o processo de descentralização no município de São Paulo. A instalação dos DSs, no início de 2001, retomou a experiência iniciada na gestão da prefeita Luiza Erundina (1989-1992) e serviu de base para as discussões sobre a integração dos serviços que envolveram a implantação das subprefeituras.

Os distritos foram construídos a partir de critérios de base populacional, constituída de cerca de 250 mil habitantes, e respeitando o contorno geoadministrativo, ou seja, foram definidos a partir dos 96 distritos administrativos existentes. Em 2001, foram criados inicialmente 41 DSs, número que foi ajustado para 39 distritos após a configuração das subprefeituras¹⁰.

O DS foi concebido¹¹ como uma unidade autônoma e território local de planejamento, avaliação e controle das ações e políticas de saúde. É a instância decisória para o desenvolvimento de projetos e ações integradas com outros setores. Deve ser o espaço de reorientação programática, a partir de critérios de demanda e

de estudos prospectivos em âmbito distrital/local, bem como o território privilegiado para a identificação de problemas e aspirações das distintas comunidades. Constituiu-se no local de articulação com as demais políticas públicas municipais e de integração estrutural nas esferas administrativas das subprefeituras que viriam a ser criadas (Capucci, 2003).

Os Distritos de Saúde foram concebidos para exercer um papel fundamental na organização do Sistema Municipal de Saúde. Havia o propósito de transformar os diretores dos distritos em secretários de saúde do nível local. Cabia ao DS implantar as políticas públicas de saúde e avaliar seus impactos na melhoria da situação de saúde e qualidade de vida na sua área de abrangência. Os DSs operaram até a implantação das subprefeituras e foram incorporados pelas Coordenadorias de Saúde – cujas competências constam no Anexo – que passaram a responder pela implantação da Política Municipal de Saúde no âmbito local.

O processo de municipalização

No início da gestão, a prioridade da área de saúde do novo governo era também um dos maiores desafios: encerrar a desastrosa experiência do modelo cooperativado do PAS e reintegrar o município ao SUS. No entanto, ao trazer a rede municipal para o SUS, a Secretaria de Saúde deveria solucionar outro problema: o da desarticulação com as redes estadual e federal, unificadas desde 1989, e com as redes privada e filantrópica vinculadas ao SUS.

A municipalização, de fato, nunca chegou a ocorrer totalmente em São Paulo. As primeiras negociações com o governo estadual aconteceram na gestão da prefeita Luiza Erundina (1989-1992), mas não avançaram o suficiente para que a SMS assumisse a gestão no nível municipal. Em 1992, parte da rede estadual chegou a ser repassada para a prefeitura; no entanto, esse proces-

so foi interrompido com a mudança de gestão e a decorrente implantação do PAS, conforme relatado anteriormente.

No início de 2001, a nova administração retomou o processo de municipalização das ações e serviços de saúde. Em janeiro, em comum acordo com a Secretaria Estadual da Saúde, foi estabelecido um cronograma de transferências das UBSs estaduais e daquelas que estavam nos módulos do PAS para a gestão direta da SMS. Em fevereiro, o município foi formalmente habilitado na condição de Gestão Plena da atenção básica de acordo com a NOB 01/96. Assim, a SMS passaria a incorporar as unidades estaduais e a receber recursos financeiros correspondentes ao Piso de Atenção Básica (PAB).

Em junho do mesmo ano, iniciou-se o processo de municipalização das unidades da rede estadual. Em seis meses, 141 UBSs e 12 Ambulatórios de Saúde Mental passaram para a gestão da SMS, ficando para 2002 as unidades do PSF/Qualis. Nesse período, foram municipalizados quase 6 mil servidores estaduais, representando um acréscimo de 20% na força de trabalho da SMS. Diante de sua magnitude, o processo de municipalização se deu de maneira bastante satisfatória na avaliação da SMS (Relatório de Gestão - 2002).

Concomitantemente ao processo de municipalização, ocorreu a reincorporação da rede de serviços que estava sob a gestão do PAS. Em junho, com o encerramento dos convênios com as cooperativas, voltaram para a SMS 96 UBSs, 16 ambulatórios de especialidades, 13 hospitais e 12 prontos-socorros. Nesse processo, retornaram os 5 mil funcionários afastados pelas cooperativas e foram realizados processos seletivos para substituir os cerca de 12 mil profissionais que não eram servidores.

Em abril de 2002, deu-se início à incorporação de 59 unidades e cerca de 200 equipes do PSF/Qualis. Em novembro, a SMS entrou com pedido de habilitação no Piso de Atenção Bá-

sica Ampliado (PAB-A), o qual foi aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite/SP e Comissão Intergestores Tripartite¹². O passo seguinte compreendeu a preparação do município para assumir a condição de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. Esse processo, de maior complexidade e com várias etapas de acordos, foi desencadeado, em dezembro, com a formação de uma comissão especial, composta por representantes da SES, SMS e do Cosems/SP, e teve seu desfecho com a habilitação do município em junho de 2003, já na gestão do secretário Gonçalo Vecina.

A Gestão Plena

Com a Gestão Plena, o município obtém uma conquista importante, mas também banca um enorme desafio. Passa a assumir “a coordenação do Sistema Municipal de Saúde, integrado e articulado à rede estadual, a gerência de unidades ambulatoriais próprias e daquelas transferidas pelo estado e pelo governo federal, a organização da rede de atenção básica, o desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários do SUS, segundo a estratégia do Cartão Nacional de Saúde, a prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB-A e seu acompanhamento e a realização de avaliação permanente do impacto das ações do sistema sobre as condições de saúde dos habitantes e sobre o meio ambiente, incluindo cumprimento do pacto de indicadores da atenção básica” (PMSP, 2003, site).

Assim, em agosto de 2003, estavam sob a gestão da SMS 524 unidades de saúde, 267 próprias e 257 municipalizadas (tabela 2); estas distribuídas em 204 UBSs/Postos de Saúde, 13 ambulatorios especializados, 13 policlínicas, 1 hospital especializado e 26 unidades de vigilância, todos estaduais.

**Tabela 2 - Unidades de Saúde sob gestão municipal
Município de São Paulo - Agosto de 2003**

Tipo de Unidade	Próprias	Municipalizadas	Total
Total	267	257	524
CECCO	10	-	10
Clínica de Especialidades/ Ambulatório de Especialidades	47	13	60
Hospital-Dia Isolado	2	-	2
Hospital Especializado	1	1	2
Hospital Geral	13	-	13
Policlínica	32	13	45
Posto de Saúde	1	2	3
Pronto-Socorro Geral	11	-	11
Unidade Básica de Saúde	136	202	338
Unidade de Apoio	3	-	3
Unidade de Vigilância	9	26	35
Unidade Móvel	2	-	2

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo).

Com a gestão plena completou-se o processo de transferência de unidades do PSF, com a incorporação das que não foram municipalizadas em 2002. Além disso, definiu-se que a SMS não iria assumir nenhuma nova gerência. O estado continuaria com a gerência (indicar direção, contratação, compra de material etc.) das unidades municipalizadas e a SMS faria a gestão (integração no sistema de regulação municipal, por exemplo). A SMS assume, assim, a gestão de todas as unidades, exceto dos hospitais universitários e de alguns estaduais que estão sob regulação do estado, como os hospitais Emílio Ribas e Brigadeiro, por exemplo.

A adesão integral ao SUS possibilitou ainda a união da Central de Atendimento da Prefeitura com a do Governo do Estado de São Paulo que também foi habilitado como gestor pleno do SUS (PMSP, 2003, site). Para desenvolver todas essas ações, o município passa a receber recursos para o Fundo Municipal diretamente do Ministério da Saúde. Os repasses somam R\$ 42,61 milhões por mês (R\$ 511,4 milhões por ano) para o desenvolvimento das ações de saúde.

No início, a regulação continuou com a SES na prática, a não ser a urgência/emergência assumida pela SMS. Há ainda o plantão metropolitano que continuou com a SES.

A implantação de centrais de regulação no país faz parte da reorganização da assistência à saúde proposta pela Norma Operacional de Assistência (Noas). A regulação é uma função de gestão que visa proteger o acesso aos serviços de saúde, de forma equânime, garantindo a integralidade e otimizando a utilização dos recursos disponíveis, além de fornecer subsídios ao processo de planejamento, controle e avaliação.

A implantação da central de regulação é complexa e tem como requisito um processo prévio de avaliação das necessidades de saúde e de planejamento/programação, que considere os aspectos epidemiológicos, os recursos assistenciais disponíveis e as condições de acesso às unidades de referência, além da definição de uma estratégia de regionalização. A regulação pressupõe também um processo permanente de pactuação entre os gestores e prestadores de serviços para a explicitação dos compromissos e responsabilidades de cada um.

No município de São Paulo foi criada uma Coordenação de Regulação e Integração do Sistema que conta com uma Gerência de Regulação com cinco centrais regionais (norte, sul, leste, centro-oeste e sudeste). Essas centrais estão funcionando 24 horas

por dia com equipes que contam com médico regulador, médicos autorizadores e auxiliares, que vão atuar nos serviços de urgência/emergência, de apoio à diagnose e terapia (exames e terapias), de leitos e de consultas especializadas. A prefeitura está assumindo gradativamente a regulação da assistência que teve início com a urgência/emergência em 2003. No primeiro trimestre de 2004, a SMS passou a regular os leitos de psiquiatria e de crônicos e consultas e exames especializados.

Para o funcionamento das centrais de regulação, é fundamental a disponibilidade de recursos de tecnologia e informação. A SMS está adotando o Sisreg¹³, sistema desenvolvido pelo Ministério da Saúde/Datasus, com as adaptações necessárias devido às especificidades da capital paulista. Em abril/2004, será implantado projeto piloto na subprefeitura do Butantã, e espera-se que até o final do ano o sistema seja implantado nas demais subprefeituras.

Autarquias hospitalares

Uma das propostas implantadas pela gestão do secretário Eduardo Jorge foi o novo modelo de gerência dos hospitais, que gerou polêmica e ensejou intensos debates, inclusive na Conferência Municipal de Saúde realizada em 2001.

A prefeitura conta com uma rede própria de atendimento médico-hospitalar e de urgência e emergência ampla e diversificada: 15 hospitais, 12 prontos-socorros e cinco prontos-atendimentos. Essa rede conta com 2.600 leitos distribuídos em estabelecimentos com características diversas. Há desde aqueles de pequena resolutividade até os de alta complexidade, além de dois hospitais especializados em ginecologia/obstetrícia e pediatria. Dessa rede, estiveram sob gerência do PAS 12 hospitais e todas as unidades de pronto-socorro e pronto-atendimento que foram devolvidos para a gestão da SMS em condições bastante precárias.

Nos primeiros meses de 2001, a nova gestão optou por modificar a forma de gerenciamento dos hospitais, considerando que a prestação de serviços médico-hospitalares e o atendimento de urgência e emergência necessitavam, para o pleno funcionamento, de grande agilidade, sobretudo para a administração de recursos humanos e o suprimento de materiais e medicamentos. Considerou-se, então, que a autarquia seria um instrumento efetivo na diminuição da burocracia gerencial, articulando as redes de serviços de saúde de forma descentralizada e autônoma. As autarquias encarregar-se-iam de fazer contratações e compras descentralizadas com autonomia em relação à administração central, porém, com as compras feitas por licitação e as contratações via concurso público (Morimoto & Kon, 2003).

Uma primeira versão do projeto foi apresentada para discussão dos órgãos municipais envolvidos, entidades da sociedade civil e Conselho Municipal de Saúde. O Sindicato dos Servidores Públicos Municipais (Sindsep) se opôs ao projeto, considerando que o mesmo poderia conduzir à terceirização do serviço, além de criar diferença entre os funcionários. Esse projeto dividiu o movimento sindical (Sindsep, Sindsaude, Sindicatos dos Médicos etc.). O assunto foi objeto de deliberação da XI Conferência Municipal de Saúde, em 2001, que, depois de acirrados debates, aprovou a proposta de criação das autarquias por ampla maioria.

Após tramitação na Câmara, em janeiro de 2002, foi aprovada a Lei nº 13.271 que criou as cinco autarquias hospitalares municipais: Tatuapé, Ermelino Matarazzo, Jabaquara, Campo Limpo e central. Integram as autarquias 13 hospitais, 13 prontos-socorros e 6 prontos-atendimentos. Não foram incorporados os hospitais de Vila Maria e Vila Nova Cachoeirinha.

A estrutura básica das autarquias é composta pela Superintendência, órgão de direção e administração superior, e pelo Conselho

Deliberativo e Fiscalizador, órgão de deliberação máxima, controle e fiscalização, de composição tripartite e constituído por doze membros: três representantes do Poder Executivo municipal, pelo menos um deve ser diretor de Distrito de Saúde; três representantes dos servidores de saúde, eleitos por seus pares; e seis representantes dos usuários dos serviços de saúde da autarquia, indicados pelo segmento dos usuários do Conselho Municipal de Saúde.

Em relação aos recursos humanos, as autarquias são constituídas por pessoal próprio, em regime de CLT, aprovado por concurso público, e por servidores municipais estatutários¹⁴.

As autarquias foram instaladas em março de 2002, com a nomeação realizada pela prefeita dos primeiros superintendentes a partir de listas tríplexes elaboradas pelo secretário da Saúde.

A modernização da gestão hospitalar era uma demanda inquestionável, especialmente em relação à recuperação necessária após o sucateamento sofrido nos anos do PAS, porém, algumas questões que surgiram no debate¹⁵ merecem reflexão:

- o risco de segmentação em dois subsistemas: o hospitalar e o ambulatorial;
- como garantir que haja integração e não total independência da direção das autarquias em relação ao comando local do sistema de saúde – antes Distritos, agora Coordenadorias de Saúde criadas quando da implantação das subprefeituras;
- a dificuldade de operar uma política única de pessoal com dois regimes de contratação possíveis, estatutário e celetista.

A instalação das autarquias é relativamente recente, para que se possa ter uma avaliação consistente dessas questões, no entanto, elas estão presentes, e a SMS deverá se preocupar com a criação de mecanismos de gestão para enfrentar esses desafios.

Sistema de informação e de monitoramento

Para dar suporte à gestão, especialmente numa cidade com as dimensões de São Paulo, é necessário um eficiente sistema de informação. E para que serve a informação? Para conhecer melhor a situação da saúde e atuar sobre os determinantes do processo saúde-doença, para planejar as ações e depois avaliar se as políticas de saúde estão atendendo aos seus objetivos e, a partir dessa avaliação, realimentar o processo de planejamento.

Ao assumir, em 2001, a nova gestão diagnosticou que era necessário reconstruir o sistema de informações da Secretaria. Nesse mesmo ano, foi elaborado o Plano Diretor de Gestão da Informação (PDGI), em parceria com o Instituto Pólis, quando se identificou que os sistemas avaliados não atendiam às necessidades das informações para planejamento, informações operacionais e gerenciais e não respondiam ao atendimento da abrangência necessária no município (SMS, 2002). No primeiro ano da gestão, a SMS investiu na definição e implantação de um sistema de informação adequado à gestão da saúde pública e à gerência das unidades e serviços de saúde, incluindo a construção de indicadores que pudessem subsidiar o planejamento e a execução das novas diretrizes.

No planejamento em saúde devem-se utilizar instrumentos de monitoramento e avaliação para auxiliar a tomada de decisão, definir prioridades, avaliar e reorientar projetos, contribuir para a formulação de políticas equitativas, ou seja, que atendam às diferentes realidades sociais e sanitárias. Para Paim (2003), “se o planejamento ignora as desigualdades em saúde, como expressão de desigualdades sociais, deixa de considerar os diferentes danos e riscos a que estão sujeitos distintamente os subgrupos da população que ocupam o espaço urbano, perdendo, conseqüentemente, a sua relevância”.

No período 2001-2003, para dar suporte à tomada de decisão, a SMS desenvolveu um importante instrumento de gestão: o Pai-

nel de Monitoramento das Condições de Vida e da Situação dos Serviços de Saúde. Essa ferramenta busca contemplar as prioridades do SUS definidas na política nacional, estadual e municipal a partir da elaboração de um rol de indicadores que contribuem para informar sobre o andamento de projetos conduzidos na Secretaria. O painel é um instrumento para subsidiar a ação dos gestores da SMS que permite acompanhar e avaliar as ações sob sua coordenação. Mas outro mérito importante é ser um instrumento de democratização da informação sobre os objetivos, metas e resultados alcançados pela SMS ao tornar públicas¹⁶ e transparentes as avaliações realizadas (Drumond Jr. & Mendes, 2003).

O painel é composto por indicadores normatizados de Avaliação do SUS (inclui indicadores do PAB, como mortalidade, nascidos vivos etc.), indicadores da Agenda Municipal, indicadores de síntese do processo, indicadores das demais áreas (inicialmente, engloba aspectos de recursos humanos e orçamentário-financeiros), Índice-Saúde e Distância Relativa do Parâmetro. Esses dois últimos foram construídos com a intenção de monitorar as diferenças entre os Distritos, uma vez que, dada a dimensão da cidade, utilizar as médias municipais seria insuficiente para monitorar as ações desenvolvidas, especialmente no que diz respeito à equidade (PMSP, 2003, site).

O Índice-Saúde tem o objetivo de permitir o acompanhamento geral da atuação da SMS. Ele é indicador composto e sintético, elaborado com base na metodologia utilizada no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH/PNUD), que procura medir a discrepância entre os diversos países – aqui aplicada aos Distritos. Entram na sua composição: coeficiente de mortalidade infantil, coeficiente de incidência de tuberculose, proporção de óbitos precoces por doenças crônicas não-transmissíveis e coeficiente de mortalidade por causas externas. Pelo Índice-Saúde de 2002, Pi-

nheiros e Vila Mariana ocupam as duas melhores posições entre os 39 DSs e Jardim São Luis e Jardim Ângela, as últimas.

Já a Distância Relativa do Parâmetro mede a situação que cada DS está em relação ao parâmetro definido como ideal ou esperado para o indicador analisado. Até o final de 2003 ainda estavam sendo selecionados os indicadores que serão monitorados nos projetos prioritários da SMS, como Projeto Nascer Bem, Saúde da Família, Resgate Cidadão, entre outros.

Em 2003, deu-se início à fase de descentralização do painel para as Coordenações, Distritos e Unidades de Saúde, com o objetivo de oferecer ao gestor local um instrumento de avaliação das ações sob sua responsabilidade. Esse processo começou com a realização de oficinas de trabalho com as equipes dos DSs, nas quais foi discutida a adequação para o nível distrital para cada indicador do Painel.

Os desafios colocados para os próximos anos são: aprofundar a utilização do painel como mecanismo de monitoramento e avaliação e, em decorrência, como insumo para a elaboração dos planos de saúde; avançar na sua descentralização com a construção de painéis locais. Para tanto, é necessário enfrentar um desafio que não é exclusivo do município: desenvolver a cultura da utilização da informação como instrumento de gestão cotidiana.

A recomposição do quadro de trabalhadores da SMS

Outro importante desafio enfrentado no início da gestão foi o processo de reorganização dos trabalhadores da saúde. Adotou-se como estratégia a reunião dos profissionais de saúde que estavam espalhados: o modelo cooperativado contava com 4.770 funcionários licenciados da prefeitura e 10.597 contratados “externos” (somando 15.367 profissionais); na rede própria municipal, incluindo o HSPM,

havia 12.881 funcionários (tabela 3). Havia ainda os 10.019 servidores “exilados” em outros órgãos municipais. Contando com os que estavam comissionados ou de licença, a SMS possuía, em 2000, um quadro com 29.091 funcionários (Inojosa, 2003).

Tabela 3 - Quadro de servidores da Secretaria Municipal de Saúde 2000

Situação	Nos. Abs.	%
TOTAL	29.091	100,00
Servidores públicos municipais em exercício na rede	12.881	44,28
Servidores públicos alocados em outras secretarias	10.019	34,44
Servidores públicos licenciados para trabalhar nas cooperativas do PAS	4.770	16,40
Servidores públicos em outras situações (1)	1.421	4,88

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Relatório do Sistema Informatizado de Recursos Humanos. Situação em 22/11/2000.

(1) Comissionamentos, licenças para assuntos particulares, licenças médicas etc.

No processo de transição do PAS para o SUS, voltaram para a SMS cerca de 5 mil funcionários que estavam alocados em outras Secretarias Municipais, e foi necessário realizar contratos de emergência para substituir os 10.597 trabalhadores contratados pelas cooperativas.

Ao reunir os grupos de funcionários que aderiram ao PAS com os que resistiram à sua implantação, seria necessário lidar com as “feridas abertas” por essa experiência que interferiu na vida profissional de muitos servidores. Para enfrentar essa questão, o secretário Eduardo Jorge adotou como princípio “nem perseguição, nem privilégios”, considerando que “uma só lei para todos é a única forma de promover uma pacificação num corpo de servidores com mais de 40.000 pessoas profundamente divididas entre os que foram para a experiência

trágica da privatização, por meio de falsas cooperativas, e os que foram jogados no exílio” (Sobrinho, 2003). Posição que é correta do ponto de vista legal, mas que causou frustração entre parcelas de trabalhadores da SMS e não foi suficiente para encerrar o assunto.

No início de 2003, a SMS mostrava importante recuperação do seu quadro de funcionários, somando 45.251, sendo que destes 30.832 estavam a serviço da administração direta (tabela 4). As autarquias contavam com 14.419 servidores, sendo que 54% eram do regime estatutário e os 46% restantes, de celetistas contratados por concurso.

**Tabela 4 - Quadro de servidores da Secretaria Municipal de Saúde e Autarquias Hospitalares
Município de São Paulo - Janeiro de 2003**

Nível	SMS	Autarquias Hospitalares	Total
Total	30.832	14.419	45.251
Superior	10.460	4.833	15.293
Médico	5.242	3.370	8.612
Enfermeiro	1.666	1.056	2.722
Outros	3.552	407	3.959
Médio	10.866	7.698	18.564
Auxiliar de Enfermagem	6.021	5.306	11.327
Outros	4.845	2.392	7.237
Operacional	9.506	1.402	10.908
Comissão	-	486	486

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (SMS)/Centro de Recursos Humanos (CRH).

O atual quadro de servidores supera aquele existente em 1995, ano anterior à implantação do PAS, quando a SMS contava com 39.679 trabalhadores. O mesmo pode-se dizer em relação a al-

gumas categorias, como médicos e enfermeiros, que naquele ano somavam 7.167 e 1.972, respectivamente, e que hoje são 8.612 médicos e 2.722 enfermeiros. Aumento maior verifica-se entre os auxiliares de enfermagem que passaram de 7.799, em 1995, para 11.327, em 2003; crescimento, porém, decorrente também do processo de profissionalização da categoria¹⁷.

O novo quadro de trabalhadores da saúde, porém, é muito diferente daquele existente em 1992, na gestão Erundina, ou mesmo em 1995 na gestão Maluf. Além dos trabalhadores estatutários e celetistas já citados, hoje há também os profissionais do Programa de Saúde da Família, contratados por parceiros do programa, os funcionários do estado que foram transferidos para o município e aqueles trabalhadores dos serviços terceirizados.

Apesar da recomposição do quadro da saúde municipal, é importante pontuar que há problemas para o preenchimento das vagas. A alocação de profissionais, especialmente médicos, é mais fácil em alguns lugares e em outros, mais difícil, e os motivos não são só as questões salariais e a distância, mas envolvem também aspectos de segurança.

As unidades periféricas apresentam maiores dificuldades. Há casos de médicos concursados que assumiram em um mês e saíram no mês seguinte. Para enfrentar esse problema, foi formulado um projeto de lei que institui a Gratificação por Dificil Provimento.

Programas prioritários: os compromissos da Agenda de Saúde 2002

No decorrer do ano de 2001, diante das reformulações, a SMS assumiu 10 compromissos prioritários, formatados em projetos, com o objetivo de alcançar de forma efetiva a melhoria das condições de saúde da população, que foram desenvolvidos no ano de 2002. A SMS sempre frisou que a escolha desses compromissos

não significava que outras atividades ou programas deixariam de ser realizados na rede municipal. Esses compromissos estão registrados na Agenda de Saúde aprovada pelo Conselho Municipal.

A Agenda de Saúde é um instrumento para a orientação estratégica da política de saúde no Brasil. Ela define os eixos a serem considerados como prioritários no processo de planejamento em saúde. O estabelecimento dessa Agenda representa um passo fundamental para o desenvolvimento de um processo de planejamento integrado e harmônico entre os gestores das três esferas de governo. O seu objetivo é melhorar, continuamente, o atendimento às necessidades de saúde da população. Em cada nível de governo, a interlocução dos gestores com os correspondentes Conselhos de Saúde é fundamental para a definição da Agenda, pois cabe aos conselhos a prerrogativa da formulação das estratégias orientadoras da política de saúde em sua respectiva esfera.

A elaboração da Agenda é um processo que procura refletir as prioridades adotadas em um município e traduzidas em metas para serem alcançadas no decorrer do ano. Nela se trabalha com metas tradicionais, como redução da mortalidade por determinadas causas ou ampliação do acesso aos serviços, e também é possível estabelecer metas referentes a processos de trabalho que envolve as diversas atividades realizadas pelas diferentes equipes da Secretaria. A Agenda 2001 do município de São Paulo, realizada no primeiro ano de gestão, baseou-se em grande parte nas agendas federal e estadual. Na de 2002 foram incorporados os projetos prioritários da SMS, respeitando-se, assim, as especificidades do município com seus problemas e prioridades.

A Agenda 2002 apresentou 10 compromissos que serão analisados, a seguir, quanto ao cumprimento de suas metas. A cada compromisso estão associados um ou mais projetos/programas. Os dados foram extraídos, na sua maioria, do documento “Relatório de Gestão - 2002” da SMS.

Garantir assistência humanizada ao pré-natal, parto e ao recém-nascido: Projeto Nascer Bem

A redução da mortalidade materna e infantil estava entre um dos compromissos da gestão de 2001. Como visto anteriormente, a mortalidade infantil tem apresentado queda importante na última década, alcançando, em 2002, o coeficiente de 15,1 óbitos por mil nascidos vivos na média do município, porém mantém-se a disparidade desse indicador entre os distritos. Entre os óbitos ocorridos em menores de um ano, os que aconteceram antes dos 28 dias de vida da criança (óbitos neonatais) predominam em todos os distritos. Esses óbitos estão relacionados, principalmente, ao acesso a serviços de saúde de qualidade.

O programa tem como metas reduzir os casos confirmados de sífilis congênita, diminuir as taxas de natimortalidade e de mortalidade infantil (componentes), de mortalidade materna, diminuir a proporção de adolescentes grávidas, reduzir a proporção de complicações em recém-nascido no pós-parto imediato, garantir a realização do “teste do pezinho” para 100% dos recém-nascidos (RN) usuários do SUS, aumentar a cobertura da gestante com mais de 6 consultas de pré-natal, aprimorar as atividades dos Comitês Distritais de Mortalidade Materna com média de 50% dos óbitos maternos investigados.

Em São Paulo, o número de mortes maternas permanece alto e de difícil redução. Ainda persiste a subenumeração desse tipo de óbito, devido à falha no preenchimento da causa de morte nas declarações de óbito, porém a notificação foi aprimorada com a implantação dos Comitês Regionais e Distritais de Mortalidade Materna. Embora numericamente os óbitos maternos sejam pequenos (113 em 2000), sua importância decorre de sua inevitabilidade: a morte de mulheres em idade fértil por causas relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, é, em sua maioria, preve-

nível ou evitável e depende basicamente do acesso das mulheres a serviços de saúde de boa qualidade (Sant’Ana, 2003).

Das metas propostas para o projeto, em 2002, foram atingidas integralmente as de: garantir a realização do “teste do pezinho”, diminuir a proporção de adolescentes grávidas, aumentar a cobertura de gestantes com mais de 6 consultas de pré-natal para 55% e aprimorar as atividades dos Comitês Distritais de Mortalidade Materna.

O orçamento atualizado para esse compromisso, em 2002, foi de R\$ 645.331, sendo sua despesa empenhada, ao final do ano, de R\$ 315.174, o que significou uma execução reduzida em 51,2%, corte significativo para um programa de suma importância.

Estruturar sistema de acolhimento ao cidadão nas Unidades de Saúde: Projeto Acolhimento

O projeto é fundamentado no pressuposto de que produzir saúde é “co-produzir vida” e que, para se produzir saúde, respeitando-se o modelo de atenção à saúde com base nos princípios e diretrizes do SUS, é necessário estabelecer uma relação de compromisso e confiança – cujo ponto de partida é o acolhimento – entre cidadãos e sua comunidade e os serviços públicos e suas equipes de saúde.

Por acolhimento entende-se a atividade profissional e humanizada dos servidores públicos que repercute na população. Acolher significa receber, recepcionar e também aceitar o outro como sujeito de direitos e como co-responsável pela produção da saúde, tanto na perspectiva da atenção individual como do ponto de vista coletivo. Por mais estratégica que seja a etapa de atendimento que se dá na porta dos serviços, o acolhimento não deve se restringir a essa etapa, devendo ser um processo contínuo que permeia todos os momentos de atenção à saúde nas diferentes unidades da rede.

O projeto pretende reduzir ao mínimo as barreiras entre a população e os serviços com a humanização do atendimento e dos espaços. Na prática, o acolhimento significa olhar o que está à volta e pode ser melhorado; ouvir o que os usuários têm a dizer; transformar as relações e o ambiente, como, por exemplo, melhorar a limpeza, informar bem e pacientemente as pessoas, melhorar as condições de espera (“tirar a fila do sol” etc.) e de conforto no atendimento, controlar a continuidade do atendimento.

Os Comitês de Acolhimento são compostos por servidores, voluntários e usuários dos serviços.

Em 2001, a estratégia adotada foi a de colocar a questão na Agenda, de introduzir o debate e divulgar o projeto como prioridade de forma a figurar em todos os planos distritais em 2002.

Das metas estabelecidas para 2002, a SMS conseguiu cumprir integralmente duas: capacitar e acompanhar 60% dos Comitês de Acolhimento e Ouvidores Locais no desenvolvimento do projeto e garantir a colaboração de corpo de voluntários no processo de acolhimento em todas as unidades de urgência e emergência e de assistência médico-hospitalar. Outras duas metas estiveram próximas de serem atingidas: funcionamento de Comitês em 71% das unidades municipais da rede (a meta era de 80%) e realização do 1º Fórum do Projeto com participação de 67% dos Comitês de Acolhimento (a meta era de 80%). Uma das metas mais prejudicadas foi a de reformar 30% das Unidades de Saúde, com vistas a garantir o acolhimento e acessibilidade às pessoas portadoras de deficiência – em 2002 foram reformadas apenas 7% por falta de recursos financeiros. Quanto à cobertura do programa, ele estava implantado em todos os hospitais e em 78% dos Distritos de Saúde, nesse caso abaixo da meta de 100%.

Além das metas, há que se destacar alguns eventos realizados no âmbito do projeto: a criação de ouvidorias nas UBSs como

estratégia do Comitê de Acolhimento para escutar as queixas e necessidades da população e a instalação de 14 brinquedotecas em hospitais e algumas unidades especializadas, todas em parceria com a iniciativa privada.

No entanto, é importante registrar que, na opinião do movimento de saúde organizado, o projeto não está atingindo amplamente os resultados esperados, especialmente naquelas unidades onde há problemas de resolutividade do serviço. Observa-se que não basta um funcionário sorridente e atencioso quando muitas unidades não oferecem infra-estrutura básica (banheiros, bebedouro etc.) ou tem problemas para agendar exames e consultas com especialistas ou há falta de medicamentos. Houve um grande investimento na capacitação de funcionários, porém a população reclama um acolhimento com ações mais concretas que represente para o usuário atendimento de todas as suas necessidades¹⁸.

*Reestruturar o atendimento das urgências e emergências e implementar ações de saúde que façam frente à situação de violência na cidade:
Projeto Resgate Cidadão*

A SMS criou esse projeto com o objetivo de prestar serviços compatíveis com as demandas de urgência e emergência do município, visando diminuir a mortalidade e a ocorrência de seqüelas, diminuir o índice de morbimortalidade causada pelas formas mais freqüentes de violência.

Das oito metas propostas para 2002, três foram alcançadas integralmente (e até superadas): criação de cinco fóruns regionais de combate à violência articulados com governos locais; criação de uma rede de atenção às pessoas vítimas de violência em 76% dos DSs (a meta era 60%), criação de 50 serviços de referência para mulheres vítimas de violência sexual (a meta era 25).

Uma meta importante não foi atendida: das 25 ambulâncias para serviço de atendimento pré-hospitalar, nenhuma foi adquirida.

A execução orçamentária referente aos dois compromissos foi reduzida em 28,2%: de um total de R\$ 547.788, ao final do ano foi empenhado R\$ 393.062.

Implementar ações de prevenção e tratamento do uso de álcool e drogas: Projeto Cabeça Feita

Os agravos de saúde relacionados ao uso de álcool e drogas têm prevalência alta e geram gastos elevados no sistema de saúde, com tratamento clínico e psiquiátrico.

As nove metas propostas para 2002 referiam-se à capacitação de pessoal (6 metas), à ampliação de serviços, distribuição de material e implantação de protocolos. Delas, quatro não foram atingidas: capacitar membros das Comissões de Prevenção de Acidentes (Cipa) dos serviços próprios municipais; capacitar professores da Secretaria de Esportes para atuarem como multiplicadores em ações de prevenção; capacitar 600 profissionais que trabalham em serviços de emergência para atendimento a intoxicações alcoólicas, overdoses, síndrome de abstinência e crises de heteroagressividade; e a ampliação de 7 para 16 serviços de emergência psiquiátrica.

Cinco metas foram alcançadas parcialmente: a capacitação de 40 agentes para realização de trabalho de redução de danos decorrentes do uso de drogas (a meta era 90); capacitação de 30% dos supervisores da Secretaria Municipal de Educação e Secretaria de Assistência Social para atuarem como multiplicadores em ações de prevenção; capacitação de 30% das UBSs para realização de ações de prevenção e tratamento dos problemas decorrentes do uso de álcool e drogas; distribuição de kits para redução de danos em 100% das unidades especializadas para atendimento de DST/Aids e unidades para dependentes, sendo que estas últimas não foram

atendidas; implantação de protocolos de atendimentos para intoxicações alcoólicas, overdoses e síndrome de abstinência e crises de heteroagressividade em 100% dos serviços de emergência – o protocolo foi elaborado, mas a implantação estava prevista para 2003.

Em termos de recursos financeiros, o orçamento, em 2002, foi de R\$ 1.472.499, e a despesa empenhada foi de R\$ 1.292.065, o que corresponde a uma execução reduzida em 12,3%.

Controlar o Aedes aegypti e eliminar a circulação do vírus da dengue: Projeto Combate à Dengue

A epidemia da dengue começou a assumir números relevantes em São Paulo, no ano de 2001, quando foram registrados 321 casos contraídos no próprio município. A SMS adotou as medidas necessárias, visando conter a expansão dos focos de mosquitos e, conseqüentemente, o número de doentes. Foi assinado termo de cooperação técnica com o governo do estado; encerrou-se o contrato com a empresa privada que executava as atividades preconizadas para o controle do vetor; foi realizada contratação de quase 1.000 funcionários, que receberam treinamento e assumiram as atividades da referida empresa, bem como estruturou-se uma coordenação para o gerenciamento desses serviços, com um setor de comunicação social para execução de atividades de informação, educação e comunicação.

Apesar de uma redução de 19,7% na execução orçamentária, das quatro metas definidas, três foram atendidas integralmente e uma de forma parcial em 2002. Conseguiu-se realizar o monitoramento em 100% de armadilhas e pontos estratégicos em DSs não-infestados; atividades de prevenção e controle da doença nos 39 DSs com participação da comunidade; atividades de monitoramento em todos os pontos estratégicos cadastrados e de “casa a casa” em todos os DSs com casos autóctones de dengue e em

áreas com a presença do *Aedes aegypti*. Houve também a realização de investigação epidemiológica e entomológica (dos insetos) em todos os casos notificados de dengue – apenas na investigação epidemiológica (75%) a meta não foi atingida.

Foi um programa muito bem-sucedido que conseguiu barrar a ameaça de epidemia.

Implementar o Programa Saúde da Família: Projeto Saúde da Família

O objetivo desse compromisso era o de articular as ações do Programa de Saúde da Família e do Programa de Assistência Domiciliar para viabilizar a integralidade da atenção dos serviços municipais de saúde.

O PSF foi escolhido para ser o eixo em torno do qual se organizaria a atenção básica no município. Considerava-se que a rede básica tinha um papel importante no controle eficaz e eficiente de agravos de maior prevalência e/ou vulnerabilidade e que era necessário fazer uma mudança do modelo e assistência.

O PSF tem como características a atenção centrada no coletivo e no indivíduo; garantia do princípio de hierarquização da rede, articulando entre si os diferentes níveis de atenção; intervenções focadas na prática interdisciplinar; estruturação do atendimento em torno da demanda organizada; percepção do ser humano na sua integralidade, articulando as ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, tendo forte potencial de humanização da atenção à saúde; estímulo à participação comunitária, que se traduz no estabelecimento de vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os serviços de saúde e a população (Mendes, 2003).

Para operar o PSE, o município firmou parcerias com 11 instituições filantrópicas¹⁹. Foi elaborado um mapa estratégico de expansão do PSE, no qual a prioridade inicial era para as regiões mais carentes

do município, definidas com base no mapa da exclusão social, com exceção para os Distritos-Escola/Instituições de Ensino Superior.

Das metas propostas para 2002, foram atingidas completamente as seguintes: aumentar o acesso à consulta odontológica, aumentar o número de coletas de exames de *Papanicolau*, diminuir internações por Infecções Respiratórias Agudas (IRA) na população de menos de 5 anos, diminuir a taxa de mortalidade precoce (menores de 60 anos) por diabete, implementar 41 Unidades de Vigilância à Saúde nos DSs, realizar a primeira etapa do processo de Capacitação por Ciclo de Vida – momento II do PSF – para 50% das Equipes de Saúde da Família (ESF). Além dessas, vale destacar que foi atingida a meta referente à implantação de equipes: foram instaladas 612 equipes, sendo 483 de Saúde da Família e 129 do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Das metas não-cumpridas, destacam-se as referentes a construções do Cadi, Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) e 24 UBSs, e a implantação das equipes de saúde bucal – afetada pelo corte orçamentário de julho de 2002.

O orçamento atualizado para esse compromisso, em 2002, foi de R\$ 178.561.758, sendo que sua despesa empenhada foi de R\$ 177.296.709, o que correspondeu a uma execução orçamentária reduzida em apenas 0,7% – a menor redução observada entre os 10 compromissos, o que demonstra a prioridade dada ao programa.

O plano de trabalho do PSF para os quatro anos tinha como meta colocar na rede 1.749 equipes e 10.496 agentes comunitários de saúde. Em março de 2003, estavam instaladas 531 Equipes de Saúde da Família e 170 equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde; os ACS somavam 4.256 (Mendes & Souza, 2003), constituindo-se, com esses números, no maior programa do país. Essas metas foram revistas na gestão do secretário Gonçalo Vecina, como será visto adiante.

Criação de uma rede integrada de serviços com fortalecimento da gestão descentralizada

Ao se habilitar na condição de Gestão Plena da atenção básica, a SMS assumiu a responsabilidade de garantir maior resolutividade da rede básica diante dos agravos prioritários estabelecidos nas Agendas nacional, estadual e municipal de saúde. De fato, está comprovada a importância da rede básica no controle eficiente de agravos de maior prevalência e/ou vulnerabilidade, mas em muitas situações é fundamental garantir a retaguarda de especialidades, de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico ou de internações, o que depende de uma regulação que garanta equidade no acesso aos serviços.

Das 10 metas propostas para 2002, quatro foram alcançadas com sucesso: implantar o Centro de Informação sobre Medicamentos da SMS, implantar cinco Centrais de Regulação municipais articuladas com o estado, garantir exames citopatológicos para 100% das coletas realizadas e disponibilizar em 100% das unidades municipais os medicamentos que constam da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remune)²⁰. Das metas que não foram atendidas, destaca-se a não-ampliação de 10% dos leitos operacionais municipais, provavelmente em função de cortes no orçamento que reduziram a execução orçamentária desse compromisso em 9,4%, de R\$ 298.673.522 para R\$ 270.574.734.

Consolidar a participação social na gestão do SUS municipal

Com a retomada do SUS no município, era fundamental incorporar a diretriz de participação da comunidade. Para garantir esse processo, a SMS iniciou, em 2001, a implantação dos Conselhos Distritais de Saúde e dos Conselhos Gestores nas Unidades Prestadoras de Serviços do SUS que estavam sob gestão municipal²¹. Em fevereiro de 2002, por iniciativa do Legislativo, foi

aprovada a lei que deu um formato mais definitivo aos Conselhos Gestores das unidades do SUS²².

Esses Conselhos têm caráter permanente e deliberativo, ou seja, são destinados ao planejamento, acompanhamento, avaliação e controle das políticas de saúde na área de abrangência dos DSs, no caso dos Conselhos Distritais, e na área de abrangência das unidades, no caso dos Conselhos Gestores.

Esse foi o compromisso com maior redução no orçamento (68,7%). Adiada para 2003, a realização da 12^a Conferência Municipal de Saúde foi a única meta não-cumprida entre as quatro propostas. Os Conselhos Gestores foram instituídos em 30% das Unidades Prestadoras de Serviço; foram também instituídos os Conselhos de Saúde em todos os DSs, com a realização de eleições, e foi desenvolvido processo de capacitação para os 39 Conselhos Distritais de Saúde.

Promover o desenvolvimento dos trabalhadores de saúde

Com esse projeto, a SMS reconhece que o desenvolvimento da saúde, de acordo com o SUS, operacionaliza-se com o envolvimento e comprometimento dos trabalhadores. Tem ficado cada vez mais explícita a necessidade de se promover, de forma permanente, a capacitação desses trabalhadores em consonância com os projetos prioritários da nova gestão.

Foram capacitados profissionais das Unidades de Saúde de referência para trabalho de prevenção e atendimento às DSTs/Aids e foi viabilizada a participação de 64% de servidores em eventos e programas de atualização e capacitação (a meta era de 20%). Houve participação de 60% dos diretores de DSs no Programa de capacitação gerencial (a meta era de 80%) e capacitação de 30% dos gerentes de unidades municipais por meio do Projeto Gerus (meta de 60%).

Esse é um compromisso muito importante, principalmente em função das novas diretrizes adotadas pela SMS. O propósito da Secretaria era capacitar todos os gerentes de suas unidades básicas para a avaliação das condições socioepidemiológicas, a reorganização dos serviços e a condução dos seus processos de produção com qualidade e produtividade. O crescimento da demanda por capacidade gerencial relaciona-se com a expectativa da sociedade com a melhoria da qualidade dos serviços públicos.

Gestão dos trabalhadores da Saúde

A gestão dos trabalhadores desempenha um importante papel em qualquer organização, especialmente na área de saúde, na qual os profissionais são o insumo essencial. Além das tarefas de reunir os trabalhadores da SMS, das ações de capacitação realizadas, cabe destacar o que foi realizado no âmbito da política de recursos humanos, em especial a negociação com os trabalhadores.

A SMS foi a primeira Secretaria a estabelecer uma mesa de negociação, em setembro de 2001, com a participação da administração e de sindicatos de servidores e a representação de usuários via CMS. Essa instância se reúne uma vez por mês e são discutidos assuntos que envolvem aspectos da vida funcional dos servidores, dentre eles, projetos de lei ou da Secretaria, com exceção da política salarial, sob a qual a SMS não tem governabilidade – assunto que compete à Secretaria de Gestão Pública. Em outubro do mesmo ano, a prefeita instituiu o Sistema de Negociação Coletiva (Sinp), com representação da SMS e do qual passou a ser integrante a Mesa da Saúde. No âmbito do Sinp foram realizados dois acordos coletivos gerais e um setorial com a área da Saúde.

A atual gestão retomou a discussão de questões específicas, como a gratificação da saúde, que estavam congeladas na gestão Maluf/Pitta. Assunto, porém, que continua na pauta dos sindicatos –

pois envolve divergência sobre quais funções devem ser contempladas –, acrescido de novos como: unificação de benefícios para os servidores estatutários e celetistas das autarquias e plano de carreira conjunto e não um específico para as autarquias.

Enfim, há muito trabalho ainda pela frente. A atual coordenação de RH vê como desafios até o final da gestão: colocar profissionais na rede trabalhando; melhorar a capacitação dos servidores e ter uma política única da SMS, já que existem duas formas organizacionais, a administração direta para a rede ambulatorial e as autarquias para a rede de atenção hospitalar e de urgência/emergência.

As parcerias e a terceirização de serviços

Uma questão que precisa ser colocada em discussão é a adoção da modalidade de terceirização de serviços adotada pela atual administração. De forma geral, a terceirização é definida como a contratação de agentes terceiros, organizacionalmente constituídos, para suprimento de força de trabalho e de serviços, no lugar da contratação direta de trabalhadores. Além dos serviços de vigilância e limpeza, cuja terceirização é muito comum inclusive no setor público, a SMS conta com a prestação de serviços de exames de apoio diagnóstico (análises clínicas e de imagem), ambulância, lavanderia e nutrição.

Durante a vigência do PAS ocorreu amplo processo de terceirização de serviços, como exames de laboratório (análises clínicas) e de imagens (raio X, tomografia, ultrassom etc.), realizados por empresas do setor privado. A prefeitura contava com equipamentos para a realização desses serviços, antes do PAS, que foram totalmente sucateados durante a sua vigência.

Ao assumir, a nova gestão encontrou equipamentos completamente sucateados devido à ausência de manutenção preventiva e

corretiva e falta de funcionamento. Foram encontrados maquinários danificados, enferrujados e/ou com falta de peças, lavanderias de hospitais haviam sido transformadas em depósitos. Essa situação acarretou a perda inclusive de equipamentos novos de hospitais, como os de Campo Limpo e Ermelino Matarazzo. Na transição do PAS para o SUS, iniciada em junho de 2001, a SMS avaliou que era impossível naquele momento investir para recuperar esses equipamentos, além da dificuldade em repor o quadro de profissionais especializados na operação dos mesmos, optando, assim, por manter esses serviços terceirizados, porém sob novos contratos.

Os contratos realizados com empresas privadas na época do PAS foram todos cancelados. Para suprir esses serviços, foi realizado um convênio com a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), para a realização de exames de análises clínicas e de diagnóstico por imagem, por meio de órgãos suplementares da Universidade: a Associação Fundo de Incentivo à Psicofarmacologia (AFIP) e o Instituto de Pesquisa e Estudo de Diagnóstico por Imagem (IDI).

No que diz respeito aos serviços de diagnóstico por imagem, essa parceria envolve apoio técnico-administrativo e suporte na realização de exames de alta complexidade – como ressonância nuclear magnética – na própria universidade. No âmbito desse convênio, a Unifesp realizou, no segundo semestre de 2001, um levantamento das condições de funcionamento dos equipamentos de radiografia, quando se detectou que 38% estavam quebrados e o restante necessitava de ajustes. Nessa fase, ocorreu também a organização de suprimentos, conserto de equipamentos e alocação de técnicos, médicos e funcionários administrativos. Para completar o quadro de pessoal dos serviços de diagnóstico por imagem dos hospitais e das UBSs, cerca de 200 técnicos e 50 médicos foram contratados pela Unifesp²³.

Outro serviço importante, que foi mantido terceirizado, é o serviço de ambulâncias, também sucateado durante a vigência do modelo cooperativado. Quando entrou em vigor o PAS, a prefeitura contava com 288 veículos; quando a SMS reassumiu o serviço, 122 ambulâncias estavam quebradas e outras em mal estado de conservação. A SMS manteve o serviço terceirizado, com a contratação tanto do veículo como dos profissionais, que são um motorista e um auxiliar de enfermagem para ambulâncias de suporte básico, e esses mesmos profissionais acrescidos de um médico socorrista nas ambulâncias de atendimento avançado/UTI.

Essa modalidade de prestação de serviços adotada, ao mesmo tempo em que garantiu a continuidade do atendimento, seja na realização de exames ou no transporte de pacientes, gerou situações de conflito em algumas unidades, especialmente porque há trabalhadores da prefeitura atuando com os terceirizados e uma vez que são profissionais com regimes de trabalho e vencimentos distintos, além de cultura institucional diferente.

A SMS tem como diretriz a retomada da operação desses serviços, o que já ocorre em algumas unidades com os serviços de diagnóstico por imagem. Parte dos exames de Raio-X foi assumida por algumas autarquias hospitalares que são referência para a rede básica na prestação desses serviços. Em 2001, a prefeitura não contava com nenhum mamógrafo, hoje já dispõe de alguns, porém os profissionais ainda são da IDI. Os serviços de lavanderia e nutrição dos hospitais continuam sendo realizados por empresas contratadas diretamente pelas autarquias.

Observa-se que, apesar dessa diretriz e passados mais de dois anos, não houve reversão da terceirização como se esperava e, com a instalação das subprefeituras, essa reversão parece mais difícil pelo menos em relação à rede básica.

O avanço da terceirização na área de Saúde figura hoje no cerne da problemática da gestão dos serviços e tem estado na pauta de discussão dos organismos de regulação profissional, das associações de gestores e dos movimentos populares. Girardi e outros (2003) apontam uma série de manifestações disfuncionais que tem se apresentado aos gerentes de serviços e sistemas de saúde, das quais destacamos: as crescentes dificuldades dos diretores de serviços em gerenciarem a qualidade técnica e ética do trabalho profissional devido à proliferação de núcleos atomizados de mando e decisão; a diminuição da participação e a perda do interesse dos trabalhadores na missão dos serviços de saúde, o descompromisso com a continuidade e a integralidade dos cuidados da saúde – situações que produzem crescente insatisfação dos usuários em relação à qualidade e resolutividade do atendimento.

Planejamento e orçamento

Em 2001, a nova gestão da SMS trabalhou com o orçamento elaborado na administração anterior. Nos oito anos de funcionamento do modelo cooperativado, a SMS operava sob uma lógica de programação orçamentária tradicional, em que o orçamento constituía-se em apenas um instrumento de apresentação do rol de receitas e despesas, alocadas em atividades/projetos orçamentários de acordo com a lógica departamental da Secretaria. Não se dispunha de um orçamento baseado em programas/objetivos (Mendes, 2003).

Em março de 2001, a SMS iniciou as mudanças necessárias para modificar a relação do processo orçamentário e o planejamento e construir um modelo de estruturação por programas, objetivos, metas, indicadores e atividades/projetos orçamentári-

os. Esse processo começou com a elaboração do PPA 2002-2005, orientado pelos programas definidos na Agenda Municipal de Saúde 2002-2004 que refletiam as prioridades da nova gestão, estruturadas em compromissos que são operacionalizados por projetos/programas, como relatado anteriormente.

É importante destacar outra medida adotada: a partir do Orçamento de 2002, deixou de existir a figura do Fumdes como unidade orçamentária separada. Dessa forma, todo o recurso da Saúde deveria ser apropriado pelo órgão Secretaria Municipal da Saúde/Fundo Municipal de Saúde de acordo com as exigências legais do SUS²⁴. Porém essa decisão não significou ainda que todo o recurso municipal esteja no Fundo, uma vez que há divergências com a Secretaria Municipal de Finanças em relação ao repasse dos recursos. Essa é uma grande batalha do Conselho para que todo o dinheiro esteja de fato depositado no Fumdes que, por enquanto, recebe só os recursos federais transferidos fundo a fundo.

Gasto em Saúde

Os recursos financeiros aplicados na área de Saúde aumentaram progressivamente no período 2000-2002, tanto em relação aos recursos próprios como às transferências do SUS. Estas cresceram de forma mais significativa, tendo em vista a habilitação do município em 2001, e passaram a representar 15% da despesa total. A despesa total (tabela 5), por sua vez, passou de R\$ 797 milhões, em 2000, para R\$ 1,19 bilhão, em 2002, o que elevou a despesa total por habitante de R\$ 79,72 para R\$ 112,61. Apesar do crescimento, esse valor ainda é insuficiente, sendo menor, por exemplo, do que o gasto só com recursos próprios do município de Campinas (R\$ 162,58).

Tabela 5 - Despesas realizadas em Saúde, recursos de impostos e transferências constitucionais e percentual aplicado conforme Emenda Constitucional 29 - EC 29
Município de São Paulo - 2000-02

Ano	Despesa com Recursos Próprios (A) (Em R\$)	Transferências do SUS (B) (Em R\$)	Despesa Total em Saúde (C=A+B) (Em R\$)	Total de Recursos de Impostos e Transferências Constitucionais (D) (Em R\$)	% da EC 29 (A/D)
2000	784.271.335	13.659.418	797.930.753	6.348.459.835	12,35
2001	907.536.003	110.808.828	1.018.344.831	7.007.230.855	12,95
2002	1.015.444.588	178.221.847	1.193.666.436	7.750.355.889	13,10

Fonte: Prefeitura do Município de São Paulo; Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS).

O aumento de recursos próprios também se refletiu no aumento dos resultados do indicador estabelecido pela Emenda Constitucional 29. Ela estabelece os patamares mínimos dos recursos próprios que cada esfera de governo deve investir em Saúde. Para os municípios, está definido que eles deveriam iniciar de um patamar mínimo de 7%, em 2000, e aumentar para 8,6%, em 2001, 10,2%, em 2002, 11,8%, em 2003, até atingir 15%, em 2004. Do total de recursos de impostos e transferências constitucionais, o município aplicou 13,1% em 2002; observa-se que também nos anos anteriores já cumpria o mínimo estabelecido pela EC 29. Os valores orçados para 2003 são da ordem de R\$ 1,2 bilhão, com uma estimativa de gasto de 15% com recursos próprios.

Participação e controle social

Os Conselhos surgem como um instrumento do processo de descentralização e municipalização das ações de saúde no Brasil. Eles são parceiros na construção do SUS e constituem-se em um mecanismo para garantir a qualidade da gestão da Saúde, não só acompanhando e fiscalizando, mas também desempenhando um papel propositivo para a construção de uma Agenda que atenda às prioridades da população.

Uma das diretrizes da atual gestão é a participação social em todos os níveis de gestão, a fim de garantir que a população tome parte nas deliberações e na execução das políticas públicas de saúde no município, que se configurou num dos compromissos da Agenda de Saúde abordado anteriormente. Logo no início da gestão, foi redefinida a relação com o Conselho Municipal de Saúde que ficou à margem da gestão nos anos do PAS. Foram instituídos os Conselhos em cada um dos Distritos de Saúde e os Conselhos Gestores de Unidades: no início de 2003, eram 300 conselhos em unidades, envolvendo cerca de 4 mil pessoas. Vi-

sando aumentar a capacidade de participação dos conselheiros, a SMS investiu em cursos de capacitação para os conselheiros dos diferentes segmentos.

No âmbito do processo de participação e controle social, é importante destacar a realização de duas conferências municipais de saúde nessa gestão, em 2001 e 2003. Esta última, ocorrida em setembro, tinha como tema “Consolidando o SUS nas subprefeituras com efetivo controle social”, contou com a participação de 1.362 delegados e foi precedida de 31 pré-conferências regionais. A Conferência teve como objetivo discutir e definir diretrizes na política de saúde adotada pela Secretaria Municipal da Saúde, deliberando ações a serem desenvolvidas nesse âmbito, assim como a eleição de delegados para a IX Conferência Estadual de São Paulo e XII Conferência Nacional de Saúde.

A SMS promoveu também conferências temáticas: a I Conferência Municipal de Saúde da População Negra, em abril de 2003, teve o objetivo de elaborar ações estratégicas na área da Saúde para promoção das necessidades específicas da população negra; a I Conferência Municipal de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, em novembro de 2002; a I Conferência Municipal de DST/Aids da Cidade de São Paulo: ação e sustentabilidade, em novembro de 2002, com a participação de 350 delegados.

Esse foi o momento inicial, agora a conjuntura é outra e a prefeitura tem pela frente o desafio de implementar os Conselhos das Subprefeituras.

O controle social não se faz apenas pelos Conselhos que são o elo entre a administração e a sociedade civil. É muito importante que os movimentos organizados desempenhem também essa função. Em São Paulo, um dos organismos atuantes na área de Saúde é a União dos Movimentos Populares de Saúde (UMPS) que existe desde 1997.

Em maio de 2003, a UMPS realizou pesquisa sobre satisfação dos usuários nos serviços públicos de saúde do município de São Paulo. O levantamento, realizado em 221 Unidades de Saúde, apresentou os seguintes resultados:

- Houve melhoria na satisfação dos usuários (51%), considerando a situação anterior de transição para o SUS, no entanto, para 15%, o atendimento piorou.
- Aparece como positiva a utilização da unidade local como referência para o atendimento para mais de 70% dos entrevistados e a grande maioria procura a unidade do próprio bairro (62%).
- Falta preocupante, destacada no Boletim da UMPS²⁵, diz respeito à proporção de quase 30% dos que procuraram a UBS e não conseguiram nenhum tipo de atendimento. Dos atendimentos demandados, os três com maior porcentual de não-atendimento (cerca de 50%) foram tratamento dentário, consulta com assistente social e consulta com psicólogo. Para as consultas médicas, registrou-se um porcentual bem inferior (18%). Esses números contrastam com outras pesquisas que mensuram a taxa de atendimento, como a PNAD, e merecem ser analisados a partir do recorte por tipo de unidade, se tem ou não Pronto-Atendimento, por exemplo.
- Outras duas importantes reclamações dos usuários são a falta de profissionais para atendimento, especialmente ginecologista, e de medicamentos, principalmente aqueles de uso permanente e/ou continuado.
- A maior parcela dos entrevistados procurou a unidade para realização de consulta (49%) e o tempo de permanência na unidade foi de uma hora e quarenta minutos em média.

4. Rumos da Gestão 2003-2004

Com a saída do secretário Eduardo Jorge, em fevereiro de 2003, assume o comando da SMS o médico Gonçalo Vecina Neto. Desde o início, o novo secretário afirma que sua gestão seria de continuidade. E, de fato, as principais linhas de ação foram mantidas, porém um aspecto merece destaque: a diminuição no ritmo de expansão do PSF – uma das questões envolvidas na saída do secretário anterior – com um novo enfoque para a questão da atenção básica. Houve uma revisão das metas, por motivos financeiros e por conta da avaliação de que o PSF não pode substituir a atenção básica, apesar do reconhecimento do seu potencial. O novo secretário substituiu a coordenação do PSF por uma Coordenação de Atenção Básica.

Na XII Conferência Municipal de Saúde, em setembro de 2003, o secretário elencou os seguintes pontos para discussão dos participantes:

- Aprofundar a descentralização e intersetorialidade, a integração na subprefeitura;
- Aprofundar a questão do acesso;
- Melhorar a capacidade de gerenciamento, com informação e informatização;
- Resolver se é bom ou não ter parceria;
- Em relação aos recursos humanos, aprofundar as mesas de negociação, tê-las em todas as subprefeituras; manter o compromisso com a capacitação permanente dos 45 mil servidores, ampliar o Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde (Cefor); redignificar o servidor;
- Em relação ao financiamento, posicionar-se pela obrigatoriedade da execução via Fumdes, discutir a questão da não-

entrada de dinheiro estadual no Fundo, obter mais recursos – para ampliar o PSF é necessário ampliar os recursos.

- Lutar pela mudança dos planos de saúde que oferecem atenção de baixa qualidade e geram impacto na atenção de alta complexidade do SUS;
- Aprofundar o controle social com a capacitação dos conselheiros, expansão dos Conselhos para todas as unidades e disponibilização de mais informação.

A gestão do secretário Gonçalo avançou na descentralização para as subprefeituras, no entanto, as interrogações ainda são muitas dada a incipiência do processo. Como será a articulação da Secretaria com as subprefeituras? A Coordenadoria de Saúde não é um braço da SMS, como eram os DSs. O DS era o espaço de planejamento da Secretaria de Saúde e a subprefeitura é o território político que tem que operar questões de governabilidade. Como trabalhar a política municipal com as Coordenações? O espaço da articulação municipal é o colegiado de Coordenadores de Saúde que se reúne uma vez por mês com a coordenação da SMS. É o espaço de articulação política para que se tenha uma única política municipal, um único SUS municipal. No entanto, cada Coordenação deve implementar a gestão da saúde de forma criativa, inovar. As Coordenadorias terão o poder que os DSs não tinham que é o orçamento descentralizado a partir de 2004.

Como será viabilizada a articulação da política com as autarquias que não estão sob gerência das Coordenadorias e sim da SMS? Este é um ponto potencial de conflito, mas também potencial de articulação na visão do secretário-adjunto Marco Akerman. Em tese, os serviços das autarquias devem estar sob a orientação das Coordenadorias, uma vez que elas respondem pelos serviços de um dado território, e a SMS vai procurar criar espaços de negociação para a gestão.

As questões abordadas acima devem mobilizar uma boa parte das energias da atual equipe responsável pela gestão municipal que, paralelamente, trabalhará com os seguintes eixos:

- Gestão Plena e regulação: operar as cinco centrais que estão funcionando e implantar no futuro a regulação para exames, consultas especializadas e internações;
- Descentralização: trabalhar a intersetorialidade;
- Urgência/emergência: desenvolver capacitação;
- Rede progressiva de cuidados: integrar redes primária, secundária e terciária;
- Pólos de educação permanente: treinar pessoal, articulando todas as unidades públicas e privadas.

Ainda na visão do secretário-adjunto, os desafios a serem enfrentados pela gestão são em relação ao orçamento da Saúde que, vinculado à receita do município, depende do seu crescimento para também aumentar; articular as Coordenadorias de Saúde na lógica da Política Municipal de Saúde; aprimorar mecanismos de controle social, propiciando qualificação aos conselheiros para que exerçam o controle social de fato; motivar a força de trabalho; reorganizar e profissionalizar a SMS para formulação, avaliação, controle, articulação, regulação, para assumir o papel de “cérebro”; e, por fim, investir em informação e informatização, o que é estratégico, mas depende de um aporte considerável de recursos.

Ações futuras

Compromissos sociais para 2004

No Plano de Ação para 2004 da Secretaria Municipal de Saúde, estão mantidos todos os compromissos sociais registrados na Agenda de 2002, com duas modificações: a mudança do enfoque para

a implantação do PSF e a inclusão do compromisso de consolidação da Gestão Plena no município.

Em relação ao PSF, o compromisso passa a ser “implementar as Ações da Atenção Básica, incluindo o Programa de Saúde da Família”, que tem como metas expandir a cobertura de 19,6% para 24% da população e ampliar para 833 o número de equipes completas de Saúde da Família. Essas metas revelam uma desaceleração no ritmo de implantação do programa e uma mudança no enfoque da atenção básica.

Ampliação da rede

Na rede ambulatorial, estão previstas a conclusão de 8 UBSs e o início da construção de outras 18, em 2004, nas subprefeituras de Campo Limpo, Capela do Socorro (2), Cidade Ademar (2), Cidade Tiradentes, Itaim Paulista, Itaquera (2), Parelheiros, Penha, Perus, Pirituba (2), São Miguel (2), São Mateus, Tremembé/Jaçanã, Vila Maria/Vila Guilherme e Vila Prudente/Sapopemba. Além disso, está prevista a reforma de 39 UBSs conforme o orçamento participativo.

Na área hospitalar, está prevista a construção de dois hospitais gerais. Um em Cidade Tiradentes e outro no Jardim Ângela (subprefeitura M'Boi Mirim), ambos com 231 leitos de clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria, obstetrícia, além de leitos de UTI e de observação no pronto-socorro. O hospital de M'Boi Mirim depende de desapropriação do terreno.

5. Considerações Finais

Nos 33 meses de gestão na área de Saúde do governo de Marta Suplicy, muita coisa foi feita sob o comando de Eduardo Jorge e, posteriormente, Gonçalo Vecina. Entre a multiplicidade de ações desencadeadas, observaram-se muitos avanços. O principal deles, que se desdobra em muitas frentes, foi o de encerrar a experiência do PAS, colocar São Paulo nos trilhos do SUS e percorrer o caminho que muitos municípios trilham há dez anos, em apenas dois anos e meio, para chegar à Gestão Plena do Sistema Municipal. Outra ação importante foi a implantação da descentralização com a retomada dos Distritos de Saúde – posteriormente substituídos pelas Coordenações –, levando a gestão para o nível local.

As ações realizadas de reorganização da SMS, com a reunificação dos trabalhadores e o processo de capacitação, eram condição essencial para desencadear tanto o processo de municipalização como o de descentralização, além de operar os programas e projetos.

Na construção da Agenda da Saúde foram contemplados programas para atender aos principais problemas que atingem a população paulistana: atenção básica, assistência ao pré-natal, parto e puerpério, as demandas de atendimento de urgência/emergência, problemas relacionados ao uso de álcool e drogas e o combate à dengue. Neste último caso, com uma estratégia exemplar, conseguiu-se barrar uma ameaça de epidemia que parecia inevitável. Merece ainda destaque o desenvolvimento de instrumentos para subsidiar a gestão, como o Painel de Monitoramento, e a democratização do acesso às informações.

Em relação aos pontos polêmicos, a definição do PSF como eixo estruturante da atenção básica e a criação das autarquias hospitalares; no primeiro caso, a estratégia foi redesenhada com mudança de concepção de como desenvolver a atenção básica que

parece se adequar mais a uma cidade com as características de São Paulo. Já em relação às autarquias, para além da agilização e flexibilização da gestão pretendidas, a opção por este modelo levanta duas questões que ainda não podem ser respondidas: o risco de segmentação em dois subsistemas, o hospitalar e o ambulatorial, e a real possibilidade de integração com o comando local do sistema de saúde, as atuais Coordenadorias de Saúde.

Quanto à assistência, a questão da referência e contra-referência ainda é um problema importante. Em algumas áreas da cidade, há dificuldades no agendamento de exames complementares, consultas com especialistas e vagas para internação. Em algumas subprefeituras, a situação da contra-referência é mais complicada do que a referência, ou seja, há dificuldades no seguimento de pacientes depois de eles passarem pelos serviços aos quais foram referenciados. Com a Gestão Plena, a SMS terá que articular todos os serviços públicos e privados vinculados ao SUS para garantir maior racionalidade e agilidade no atendimento à demanda. Este é um grande desafio, principalmente no que diz respeito aos serviços existentes nos hospitais estaduais e universitários.

Além desses, há muitos outros desafios, colocados para os 15 meses restantes dessa gestão, como também para a futura gestão e para os próximos anos de consolidação do SUS. No entanto, este relatório vai ater-se a apontar questionamentos sobre dois deles que, além de centrais, se encontram relacionados: a Gestão Plena e as subprefeituras.

Aprofundar a descentralização no novo quadro institucional

Este é um desafio colocado não só para a área de Saúde, mas para a gestão municipal como um todo. Não há dúvidas sobre a impossibilidade de conduzir todo o sistema de saúde de um município com mais de 10 milhões de habitantes com gestão

centralizada e, portanto, administrada diretamente, tanto que a SMS iniciou seu processo de descentralização com a criação dos Distritos de Saúde, proposta que se discute desde a gestão Luiza Erundina.

As Coordenadorias possuem uma característica fundamental para o processo de descentralização: autonomia para ordenar despesas. Por força dos incisos VI e VII do art. 12 da Lei nº 13.399/02 e do art. 2º do Decreto nº 42.325/02, as Coordenadorias de Educação e Saúde terão unidades orçamentárias específicas, permitindo-lhes o ordenamento das despesas e dos recursos financeiros das suas respectivas áreas de forma conjunta com a Coordenadoria de Administração e Finanças.

Apesar da autonomia financeira, a realização de compras e a execução de obras, por exemplo, estarão centralizadas em um departamento/setor da subprefeitura que terá que atender a todas as áreas. Como será a negociação do setor Saúde na discussão de prioridades, ao ter que negociar a compra de remédios ou a reforma de uma unidade, concorrendo com outras atribuições da subprefeitura referentes a questões/problemas tão diversos como demandas de pavimentação, administração da questão do comércio ambulante etc.?

Consolidar a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde

A assunção da Gestão Plena é de suma importância para o município de São Paulo, pois ele conta com capacidade instalada nos três níveis de atenção, em que pese o momento em que ela ocorreu, num ano pré-eleitoral e para alguns de forma precoce, sem que a SMS estivesse administrativamente preparada. No entanto, não seria possível esperar o tempo necessário para que a SMS desenvolvesse mais as competências para a formulação, avaliação e gestão de um sistema tão complexo como o da capital. É correto que a nova gestão, ao ter como primeira diretriz o retorno ao SUS, o fizesse alcançando todos

os estágios possíveis para tornar o processo irreversível, mesmo que, com isso, haja algum ônus. A pactuação feita deixa uma série de indagações quanto à viabilidade de manter a gerência dos equipamentos com a SES e a gestão com a SMS.

É importante apontar que assumir a Gestão Plena, por si só, já é um grande desafio que, na atual conjuntura, recebe um ingrediente complicador: a instalação das subprefeituras.

A Coordenadoria de Saúde está subordinada à subprefeitura e não à SMS, e a Portaria Intersecretarial²⁶ que definiu as competências das Coordenadorias estabeleceu que elas têm que responder pela implantação da Política Municipal de Saúde no âmbito da subprefeitura, elaborar e implantar o Plano de Gestão e Agenda Local de Saúde, responder pelas ações de prevenção, promoção, recuperação e vigilância em Saúde no âmbito da subprefeitura. A consolidação da descentralização, respeitando-se as diretrizes do SUS, vai depender do equilíbrio entre a autonomia das Coordenadorias e a manutenção do comando único na área de Saúde que passa pela articulação do local com a estrutura central da SMS. Esse é um dilema que o novo modelo administrativo adotado pela prefeitura colocará à prova nos próximos anos.

Se a atual conjuntura traz desafios para a administração, o mesmo pode-se dizer em relação ao Conselho Municipal de Saúde. O CMS tem um cenário pela frente que exige uma atuação articulada com a SMS e com os 31 Conselhos das subprefeituras. Será necessário acompanhar como se dará o comando único da saúde no novo contexto de descentralização com a co-existência das Coordenações de Saúde e das Autarquias Hospitalares.

Mais que isso, em relação à implantação da Gestão Plena, o Conselho tem um papel fundamental, junto com o Conselho Estadual, na mediação de prováveis conflitos entre o gestor

estadual e o municipal. Há muitas interrogações de como se desenvolverá na prática o que foi acordado na pactuação da Gestão Plena. Como se dará, por exemplo, a renovação dos contratos com as organizações sociais. Outra questão relevante é a discussão do papel do município na questão metropolitana. Esses assuntos devem ser pautados pelo CMS, pois referem-se a questões emblemáticas da gestão municipal e indicam problemas que devem eclodir no próximo ano. O CMS, nessa nova conjuntura, deve desempenhar uma ação decisiva na construção do SUS municipal.

Glossário de siglas

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

Cefor – Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde

Comuda – Conselho Municipal de Políticas de Drogas e Álcool

CMS – Conselho Municipal de Saúde

DA – Distritos Administrativos

DS – Distritos de Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

PAB - Piso de Atenção Básica

PAB-A - Piso de Atenção Básica Ampliado

PAS – Plano de Atendimento à Saúde

PSF/Qualis – Programa de Saúde da Família desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde

SES – Secretaria de Estado da Saúde

Sindsep – Sindicato dos Trabalhadores na Administração Pública e Autarquias do Município de São Paulo

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UMPS – União dos Movimentos Populares de Saúde

Anexo

Competências específicas do Coordenador de Saúde, estabelecidas pela Portaria Intersecretarial nº 6/SMSP/SGM/SGP/2002 de 21 de dezembro de 2002:

- I. responder pela implantação da Política Municipal de Saúde no âmbito da subprefeitura;
- II. elaborar e implantar o Plano de Gestão Local de Saúde (anual e plurianual);
- III. elaborar e implantar a Agenda Local de Saúde em consonância com a Agenda Municipal de Saúde;
- IV. responder pelas ações de prevenção, promoção, recuperação e vigilância em Saúde no âmbito da subprefeitura;
- V. responder pela pactuação dos recursos de Saúde para as Instituições e Órgãos de Saúde para o atendimento às demandas da área de abrangência da subprefeitura;
- VI. coordenar a gestão da Política de Saúde de acordo com as dimensões territoriais adotadas pela SMS;
- VII. assegurar a implantação e o acompanhamento das ações de avaliação e controle do SUS no âmbito da subprefeitura;
- VIII. assegurar controle social de acordo com as dimensões territoriais adotadas pela SMS;
- IX. assegurar a produção e disponibilização de informações sobre as ações da Coordenadoria internamente e ao conjunto da subprefeitura;
- X. coordenar, propor, articular e participar de ações integradas de Saúde no âmbito da subprefeitura;
- XI. acompanhar, participar e subsidiar o subprefeito quanto às decisões afetas à Saúde;
- XII. representar a área de Saúde da subprefeitura na Secretaria Municipal de Saúde.

Notas

¹ Dados do Censo Demográfico - 2000.

² Conhecida como Indicador de Swaroop-Uemura.

³ Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária da Fundação IBGE.

⁴ Dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) disponibilizados pelo Ministério da Saúde/Datasus (<http://www.datasus.gov.br>).

⁵ Taxa de invasão calculada pela Fundação Seade.

⁶ O PAS foi criado pela Lei Municipal nº 11.866, de 13 de setembro de 1995, depois de frustrada a primeira tentativa de implantá-lo por meio de decreto.

⁷ Três hospitais não integraram o modelo cooperativado: o Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM), o Hospital Municipal Vereador José Storopoli, que desde 1994 estava sob responsabilidade da Universidade Federal de São Paulo, e a Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha.

⁸ Para mais detalhes, veja o livro de Cohn, A. & Elias, P.E. O público e o privado na saúde: o PAS em São Paulo. São Paulo: Editora Cortez/Cedec, 1999.

⁹ SÁ, E.N.C. et al. “Êxodo forçado de servidores da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo em decorrência da implantação do PAS – Plano de Atendimento à Saúde”. São Paulo, 1997. (Mimeogr.)

¹⁰ Criadas pela Lei Municipal nº 13.399, de 1º de agosto de 2002.

¹¹ Comunicado nº 01 - Diretrizes Gerais para a SMS, publicado no Diário Oficial de 25/01/2001.

¹² Para conhecer as atribuições das Comissões Intergestores, ver caderno nº 3 da série “Observatório dos Direitos do Cidadão”.

¹³ Sistema de informações on line para gerenciamento e operação de centrais de regulação, funciona por meio de navegadores instalados em computadores conectados à Internet e conta com dois módulos: central de marcação de consultas e exames especializados (CMC) e central de internação hospitalar (CIH). Permite trabalhar com os valores físicos e financeiros.

¹⁴ Os servidores das unidades incorporadas em cada autarquia puderam optar em permanecer na administração direta ou prestar serviços nas autarquias, com o regime estatutário mantido. .

¹⁵ Ver especialmente o texto de Jorge Kayano nas Considerações Finais do caderno nº 3 da série “Observatório dos Direitos do Cidadão”.

¹⁶ Disponível em http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/informacoes_saude/painel_monitoramento/0010.

¹⁷ Especialmente a partir de 2000, com o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), do Ministério da Saúde, cujo objetivo principal é a qualificação dos trabalhadores de graduação média por meio da capacitação daqueles presentes no mercado de trabalho que ainda não possuem qualificação específica para atuar como auxiliares de enfermagem.

¹⁸ Relatos na oficina de trabalho realizada no Instituto Pólis em 31/10/2003.

¹⁹ Associação Comunitária Monte Azul, Instituto Adventista de Ensino, Associação Saúde da família (ASF), Associação Congregação Santa Catarina, organização Santamarense de Educação e Cultura (Unisa), Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Casa de Saúde Santa Marcelina, Fundação Faculdade de Medicina da USP, Hospital Israelita Albert Einstein, Santa Casa de São Paulo e Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (Cejam).

²⁰ Lista elaborada pela SMS, em 2002, que abarca os medicamentos considerados mais seguros e eficazes para o tratamento das doenças comuns da população, selecionados por comissão qualificada constituída por profissionais de saúde, com base em evidências médicas e farmacológicas mundialmente reconhecidas. Desde 1977 a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que os países procedam à criação de Comitês Científicos e estabeleçam a lista básica de medicamentos para uso nos diversos níveis de atenção. De acordo com a Política Nacional de Medicamentos, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) deve ser a base para a organização de listas estaduais e municipais.

²¹ Portaria 1.331 de 29 de maio de 2001.

²² Lei nº 13.325, de 8 de fevereiro de 2002, referente a Projeto de Lei do vereador Carlos Neder.

²³ Informativo da Unifesp “Saúde Paulista”, ano 1, nº 4, out-dez/2001.

²⁴ Para conhecer a estrutura e o funcionamento do Fumdes, veja o Caderno nº 17 da série “Observatório dos Direitos do Cidadão”.

²⁵ Jornal da UMPS – Boletim nº 5, agosto de 2003.

²⁶ Portaria Intersecretarial SMS/SGM/SGP nº 6 de 21 de dezembro de 2002. Ver anexo.

Bibliografia

CAPUCCI, P. F. “As mudanças na política de saúde de São Paulo: a gestão descentralizada”. In: SOUSA, M. F & MENDES, A. *Tempos radicais da saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira*. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

DRUMOND JR. M. & MENDES, R. “O painel de monitoramento das condições de vida e da situação dos serviços de saúde: instrumento para uma gestão cidadã”. In: SOUSA, M. F & MENDES, A. *Tempos radicais da saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira*. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

FUNDAÇÃO SEADE. Cadernos do Fórum São Paulo Século XXI. Caderno 4 - Saúde. São Paulo, Imprensa Oficial, 06/06/2000 (Suplemento do Diário Oficial).

GIRARDI, S. N. et al. Formas institucionais da terceirização de serviços em hospitais da região Sudeste do Brasil: um estudo exploratório. *Espaço para a Saúde*, v. 2, nº 1 (versão online). Disponível em <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasau-de/v2n1/fitshrsp.htm>>. Acesso em 10/12/2003.

INOJOSA, R. M. “Gente da saúde na cidade de São Paulo”. In: SOUSA, M. F & MENDES, A. *Tempos radicais da saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira*. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

MENDES, A. “Planejamento e processo orçamentário”. In: SOUSA, M. F & MENDES, A. *Tempos radicais da saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira*. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

MORIMOTO, R. & KON, R. “A modernização da gerência hospitalar em São Paulo”. In: SOUSA, M. F & MENDES, A. *Tempos radicais da saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira*. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

PAIM, J. S. “Gestão de Atenção Básica nas Cidades”. In: *Saúde nos aglomerados urbanos: Uma visão integrada*. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2003 (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 3).

SANT’ANA, M. C. “A distritalização como possibilidade de desenvolvimento social em São Paulo”. In: *Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada*. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2003 (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 3).

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Plano municipal de saúde aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em 15/08/2002.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. *Relatório de gestão 2001*. São Paulo, SMS, 2002.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. *Relatório de gestão 2002*. São Paulo, SMS, 2003.

SOBRINHO, E. J. M. A. Saúde em São Paulo: dificuldades e esperança (Prefácio). In: SOUSA, M. F & MENDES, A. *Tempos radicais da saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira*. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

SOUSA, M. F & MENDES, A. *Tempos radicais da saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira*. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.