

Comentário:

Reforma da Secretaria de Estado de São Paulo durante os anos 70 e o Sistema Único de Saúde (SUS)

Health reform in São Paulo during the 70's and the Unified Health System (SUS)

Gastão Wagner de Sousa Campos

Departamento de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil

O artigo “Situação da Rede Pública de Assistência Médico Sanitária na Área Metropolitana da Grande São Paulo”, de autoria do professor João Yunes e de Rosa Bromberg, publicado na Revista de Saúde Pública em 1971, é uma publicação histórica.

Primeiro porque, 19 anos antes da criação do Sistema Único de Saúde, o texto realiza uma reflexão que evidencia a filiação dos autores a conceitos seminais à tradição teórica que pensou a saúde como política pública. Foram esses movimentos que forneceram os fundamentos sobre os quais se armou a reforma sanitária brasileira dos anos 80 e 90 do século XX. Nesse sentido, pode-se considerá-los pioneiros na construção do pensamento sanitário brasileiro do final do segundo milênio. Em segundo lugar porque esse estudo preparou, justificou e apresentou ao mundo acadêmico as diretrizes da reforma administrativa que alteraria radicalmente a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Nesse aspecto os autores tiveram a rara habilidade de combinar uma metodologia rigorosa de avaliação de serviços de saúde com a apresentação e defesa de uma política de saúde que buscava corrigir as distorções verificadas.

O relatório Dawson⁸ tem sido considerado um dos primeiros documentos que sintetizou um modo específico de pensar políticas públicas de saúde mediante a criação de Sistemas Nacionais. Pode-se considerar que as principais diretrizes do Sistema Único de Saúde, aprovado na Constituição de 1988 e regulamentado em

1990,² filiam-se a essa tradição. Alguns desses conceitos que posteriormente serviriam de base para o SUS – o funcionamento em rede, a organização de serviços e equipes com base na regionalização e na territorialização, a integração sanitária da clínica e da saúde pública, e a hierarquização dos serviços em graus diferenciados de complexidade – também serviram de referência analítica para os autores desse estudo realizado há 35 anos.

Tanto o diagnóstico que fazem da situação de saúde na Região Metropolitana da Grande São Paulo, quanto as proposições que apresentam para reorganização da Secretaria de Estado, têm inspiração nesse ideário, ainda que recortadas e atenuadas pelas limitações impostas pelo contexto político. Era um período de endurecimento da ditadura militar quando se confundia sugestão de reformas sociais com subversão, e também pelo lugar de onde examinavam e propunham políticas de saúde, no caso, desde a Secretaria de Saúde de apenas um dos Estados da Federação.

Para atestar essa ligação entre o pensamento dos autores e os conceitos fundamentais do SUS, é conveniente examinar-se o conceito central utilizado nesse artigo: o de “rede pública de assistência médico sanitária”. Eles descrevem os programas e serviços públicos de saúde, fossem eles estaduais ou municipais, como integrando uma “rede pública”; ou seja, um sistema que deveria funcionar interligado e de maneira dinâmica, sob alguma forma de coordenação que os articulasse na defesa da saúde das populações. Os autores constataram falta de coordenação entre prefeituras e estado tanto no que se refere ao planejamento quanto à gestão dessa rede potencial. Isso levaria, entre outras consequências negativas, à distribuição ina-

Correspondência/ Correspondence:

Gastão Wagner de Sousa Campos
R. Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13083-970 Campinas, SP, Brasil
E-mail: gastaowagner@mpc.com.br

dequada de recursos pelas localidades, com regiões com “supercobertura” e outras em quase total abandono. Apesar dessa constatação, a reforma administrativa sugerida se restringiu ao âmbito da Secretaria de Estado da Saúde, não sugerindo-se mecanismos de integração ou de articulação com os serviços municipais, mais numerosos na área da puericultura e pré-natal.

As políticas públicas de saúde implantadas na Europa, Oceania e alguns países da América, todas se organizaram em sistemas, tentando superar o isolamento e a fragmentação, característicos dos países em que o mercado orientou o crescimento da assistência individual e o estado, o da saúde pública.⁵ Naqueles países construíram-se sistemas públicos em que a saúde passou a ser vista como um direito, em geral universal, e o provimento de programas e serviços ficariam a cargo do Estado. O emprego desses dois termos, “rede pública”, revela a filiação dos autores a essa perspectiva. Evidencia também uma preocupação dos então dirigentes da Secretaria de Estado da Saúde em organizar uma reforma administrativa que fosse coerente com essa lógica, ainda que a rede que estavam estudando e reorganizando estivesse longe da universalidade. De qualquer modo, preocupava-os assegurar-lhe um caráter sistêmico e público.

Há ainda os termos “assistência médico sanitária” que indicam uma preocupação dos autores com a integralidade dos programas oferecidos. Nota-se um esforço para compatibilizar dentro de um mesmo sistema, dentro de uma mesma rede, tanto a prestação de serviço de ordem médica, quando outros típicos da saúde pública. O Brasil havia importado um estilo de organizar os programas de saúde pública que fazia um recorte bastante drástico entre assistência médica e ações de promoção ou prevenção. Esse modelo foi herdado dos Estados Unidos que, ainda no começo do século XX, por motivos essencialmente ideológicos e em respeito a interesses corporativos, passou a difundir propostas que separavam o atendimento individual a problemas de saúde, organizados segundo a lógica de mercado, daqueles considerados problemas coletivos, a cargo do governo e do aparelho estatal.⁹ A justaposição desses dois termos, médico e sanitário, indica um movimento inicial no sentido da integração sanitária e da busca da integralidade da atenção a ser oferecida pelos sistemas públicos, objetivo ainda hoje perseguido pelo SUS. Observe-se que essa integração sanitária se restringia ao que hoje seria denominado de atenção primária. A Reforma de São Paulo passou ao largo da atenção hospitalar, de urgência e mesmo da maioria das especialidades. Além disso, comparando-se o entendimento daquela época, comparando-se os encargos e o papel daquela rede de Centros de Saúde com o que hoje está sendo proposto para a Atenção Básica,⁶ fica evidente o quanto eram restritas as funções assistenciais daquele período.

Naquela época se operava com a noção de Programas de Saúde Pública, que tomavam como objeto de intervenção apenas algumas doenças infecciosas de caráter epidêmico ou endêmico, a atenção materno e infantil, a imunização e algumas medidas de vigilância sanitária. Não se pensava a rede pública de Centros de Saúde como porta de entrada do sistema de saúde. Isso porque a então lei que criou um Sistema Nacional de Saúde, editada 1969, fazia referência a uma abstração legal, já que na prática não havia uma rede integrada de serviços de saúde ou tampouco havia comando ou coordenação unificada possível. Ao contrário, havia óbvia divisão entre atenção médico hospitalar e programas de saúde pública. O Ministério da Saúde e Secretarias de Estado estavam encarregadas da Saúde Pública; o Instituto Nacional de Assistência Médica (INAMPS) e os serviços privados, a cargo da assistência individual. Os municípios faziam urgência e alguma coisa de vigilância sanitária.⁷

Os autores encontraram um importante grau de fragmentação entre os serviços e programas da região estudada. Havia serviços denominados de básicos, especializados e complementares. Mesmo dentro os básicos observavam-se importante grau de especificidade e diferenciação entre os vários tipos de serviço, eles se distinguiam quanto ao público e aos problemas de saúde a serem atendidos. Havia unidades de puericultura, higiene pré-natal, higiene pré-escolar e para exames médicos periódicos. Entre os serviços especializados destacavam-se aqueles voltados para dermatologia sanitária – encarregados da atenção à hanseníase - dispensários de tuberculose, higiene mental, odontologia, oftalmologia, entre outros. Havia ainda serviços complementares: educação sanitária, lactário, para exames radiológicos, etc.

Os autores encontraram também uma heterogeneidade na distribuição desses recursos, valendo-se de um critério que hoje denominaríamos de responsabilidade sanitária por um dado território. Não havia proporção adequada entre o tamanho da população e o número de unidades sanitárias. Eles constaram ainda a ausência de um sistema racional de planejamento que presidisse a instalação e desenvolvimento desses vários serviços.

Para enfrentar esses problemas a reforma de São Paulo introduziu o conceito de regionalização, criando Divisões Regionais de Saúde, órgãos de administração e planejamento de macro-regiões de saúde, descentralizando essas funções antes exercidas apenas na sede da Secretaria de Estado localizada na cidade de São Paulo. Dentro de cada Divisão Regional foram criados vários Distritos Sanitários, considerados a unidade básica de comando da rede médico sanitária sub-regional. Note-se que mais umas das diretrizes do SUS, a regionalização,⁴ foi aqui

utilizada ainda que em um âmbito restrito, no caso, o de uma única instância de governo.

Outra solução ousada e que visava dar organicidade ao sistema de saúde, foi a unificação dos serviços básicos, especializados e complementares em unidades polivalentes e com distintos graus de complexidade. Foi criado um novo tipo de serviço, os Centros de Saúde, classificados de I a VI, de acordo com o tipo de programa de saúde pública que lhes cumpria executar; todos, porém, com caráter integrador que aglutinava serviços antes isolados, o que ajudaria a diminuir o grau de fragmentação e de descoordenação da rede existente. Cada Distrito Sanitário comandaria uma rede interligada e dinâmica de Centros de Saúde, com funções distintas. Todos os Centros de Saúde executariam uma programação básica, ou primária, de imunizações, saneamento do meio, higiene materna e infantil e educação sanitária. Apenas alguns serviriam como referência para atendimento especializado em dermatologia sanitária, tuberculose, laboratório, odontologia, nutrição, etc. Essa unificação de programas e serviços especializados em unidades polivalentes com distinta incorporação de recursos diagnósticos e terapêuticos representou uma aproximação ao princípio organizativo da hierarquização. Novamente um movimento no sentido de uma diretriz constitutiva da teoria dos sistemas públicos de saúde. Ainda que limitado em sua amplitude, criava-se uma organização hierarquizada interna a atenção básica, restrita à Secretaria de Estado e aos programas considerados de saúde pública. Apenas algumas especialidades foram incorporadas a essa rede hierarquizada, os Centros de Saúde do tipo I poderiam ser considerados policlínicas com apenas

algumas especialidades estratégicas aos programas de saúde pública.

Por fim, uma novidade, uma invenção política e técnica dos dirigentes daquela época, a criação da carreira do médico sanitário.¹ Rara vez observou-se na administração pública uma intervenção tão extensiva e abrangente quanto essa: em alguns anos foram formados, selecionados e contratados centenas de especialistas em saúde pública; ao mesmo tempo, que se lhes era delegado importante grau de poder. Os médicos sanitários eram considerados autoridade sanitária autônomas sobre um dado território, foi lhes ainda conferido o monopólio do exercício da gestão dessa nova rede pública: os cargos de chefia de Distrito e dos Centros de Saúde eram providos por seleção pública, sem influência político partidária. Imaginava-se que eles seriam a síntese operante do conceito de integração sanitária: médicos de formação, mas com especialização em saúde pública.³ Por uma dessas voltas que a história nos obriga, ao final dos anos oitenta, em virtude da implantação do SUS segundo a lógica da descentralização, coube ao professor Yunes, então Secretário de Estado da Saúde, desconstruir tanto essa rede de Centros de Saúde e de Distritos Sanitários, já que foram gradualmente municipalizados, quanto a carreira do médico sanitário, considerada um empecilho à modernização da gestão do novo sistema público.

Um exemplo, esse estudo, de como é possível combinar a construção sólida de evidências sanitárias com o desenho de projetos que apostam em um devir também inspirado na democracia e justiça social. Grande mestre, o professor.

Saudades.

REFERÊNCIAS

1. Abramo ZW. Médicos-sanitaristas: 1976-1982, uma trajetória de conflitos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP; 1986.
2. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, prevenção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços de saúde correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm> [2005 out 15]
3. Campos GWS. Romance de formação de um sanitário: um estudo de caso. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suárez JM, organizadores. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
4. Costa NR. A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva. In: Barjas N, Giovanni G, organizadores. Brasil: radiografia da saúde. Campinas: Instituto de Economia da Universidade de Campinas; 2001.
5. Heimann LS, Ibanhes LC, Barboza R. O público e o privado na saúde. São Paulo: Hucitec; 2005.
6. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família – PSF. Brasília (DF); 1997.
7. Oliveira JAA, Teixeira SMF. (Im)Previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes/Abrasco; 1985.
8. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud - OPAS/OMS. Informe sobre el futuro de los servicios de salud y afines, 1920. Washington (DC); 1964. (Publicación Científica, n. 93).
9. Rosen G. Da polícia médica à medicina social. Rio de Janeiro: Graal; 1979.