

# Oito anos construindo o SUS no Estado de São Paulo

*JOSÉ DA SILVA GUEDES*

**E**M PRIMEIRO LUGAR, como ex-secretário Estadual da Saúde do Governo Mário Covas e Covas/Alckimin de 1995 a 2002, como militante da saúde que vem batalhando pela implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) neste país, como médico, como professor de medicina, e também como dirigente da área da saúde nos níveis municipal e federal, quero agradecer ao convite do Instituto de Estudos Avançados para fazer este artigo que me permite relatar fatos, comentar realizações, emitir juízo sobre o sistema e transmitir minhas preocupações.

No programa de Saúde do Governo Covas, cinco temas mereciam destaque especial:

1. Garantir a implantação do SUS – isso significava, por um lado, apoiar municípios técnica e financeiramente e por outro desenvolver e mudar estruturas da Secretaria Estadual para que ela assumisse seu novo papel dentro do SUS. Queríamos que a Secretaria da Saúde fosse aparelhada para as competências que o Estado deveria ter daí para frente, quando já não seria mais um prestador de serviços, e sim programador, avaliador, apoiador de municípios. A Secretaria da Saúde deveria assumir tarefas regionais para hierarquizar a assistência, que estava sendo cada vez mais assumida pelos municípios.
2. Apoiar a rede filantrópica que é a verdadeira rede do SUS, pois ela sempre foi considerada uma rede pública não-estatal.
3. Garantir distribuição gratuita de medicamentos para a população, sendo necessário, para tanto, recuperar a Furp – Fundação para o Remédio Popular, nosso laboratório produtor de medicamentos, que vinha sendo utilizada pelo governo anterior mais como entreposto de compras do que como um laboratório produtor.
4. Não iniciar novas obras enquanto não terminassem as obras paradas de governos anteriores, de vez que cerca de 22 esqueletos de grandes hospitais estavam inacabados e com suas estruturas se deteriorando.
5. Aprimorar o sistema de vigilância sanitária e epidemiológica e lançar uma programação visando à promoção da saúde.

## **Nossa política**

Orientava a política da Secretaria de Estado da Saúde – SES, o pensamento social-democrata, cujos fundamentos eram o estado provedor e regulador de

serviços de relevância social, com uma efetiva participação da sociedade. Sentíamos uma imperiosa necessidade de mudança do perfil e desempenho da SES, dada a descrença da sociedade na capacidade técnica e administrativa do Estado e a crise permanente da saúde. Tínhamos então como meta a máxima utilização de todos os recursos disponíveis, pois naquele momento estávamos conscientes do pesado ajuste financeiro necessário para conter despesas e gastos com o objetivo de colocar em dia as finanças do Estado. O planejamento e a avaliação seriam os principais instrumentos de trabalho, necessitando definir de forma muito responsável as diretrizes, estratégias, metas e ações, priorizando o uso dos recursos e rompendo com o fisiologismo e o clientelismo.

Tendo como principal parceiro o município, era preciso reconhecer diferenças e peculiaridades para promover a integralidade e a equidade, buscando uma maior autonomia regional. Para isso, o fortalecimento de instâncias participativas foi essencial para a definição de prioridades.

Queríamos o Estado como o maior responsável pela busca da equidade, promovendo a melhoria da qualidade dos serviços, o desenvolvimento social e institucional. Procuramos então capacitar nossos recursos humanos para esta mudança de enfoque e para operar os serviços, buscando permanentemente a realização de uma mudança cultural na Secretaria de Estado da Saúde.

A SES promoveu em 1995 uma importante reforma administrativa. Nesse processo, os 65 Escritórios Regionais de Saúde-Ersa, foram transformados em 24 Direções Regionais de Saúde – DIR atuais, levando em consideração, entre outros pontos, a mudança do papel institucional da esfera estadual. O papel da Secretaria deixou de ser preponderantemente administrativo e executor e passou a ser prioritariamente regulador, mediador, orientador e assessor. Nesta perspectiva, não se fazia mais necessário o grande contingente de órgãos regionais, que outrora se responsabilizavam pela gerência dos serviços estaduais de saúde. Isso representou a economia de oitocentos cargos de confiança.

Com essa estrutura e dentro do modelo de descentralização do SUS, voltado ao aprimoramento do Sistema, à melhoria da qualidade de serviços, à implantação de novos modelos de gestão e à coordenação do processo de descentralização no Estado, um de seus principais deveres passou a ser a busca da equidade na oferta de recursos e serviços de saúde aos cidadãos. A garantia de acesso aos que necessitam depende da criação de mecanismos de regulação que corrijam distorções regionais e municipais e que incluam a necessária hierarquização regional e estadual, principalmente para os serviços de maior complexidade. Nesta linha de atuação, a SES criou mecanismos de regulação para os atendimentos de urgência/emergência, referência de leitos hospitalares, procedimentos de alta complexidade, entre outros.

### **As diretrizes**

Com base no desenvolvimento do processo de implantação do SUS, adotamos no Estado de São Paulo como principais diretrizes: a descentralização

da gestão, a participação da comunidade, o desenvolvimento de recursos humanos, a prevenção de doenças e promoção à saúde e a reorganização e aprimoramento de programas. Vamos nos aprofundar nas duas últimas, analisando apenas superficialmente as demais.

*Descentralização da Gestão* – Cumprindo a diretriz de descentralização, foram criados mecanismos que permitiram ao Estado desenvolver o seu papel de fomentador, de articulador, de coordenador de políticas regionais e estaduais, apoiando os municípios para o exercício da gestão municipal da saúde, com serviços de qualidade à população.

*Participação da Comunidade* – Em 1990, a Lei 8.080 e, principalmente, a Lei 8.142, definem que a participação se dá nos níveis federal, estadual e municipal, por meio dos respectivos Conselhos e Conferências de Saúde.

O *Conselho Estadual de Saúde de São Paulo* atuou intensamente no período de 1995 a 2002. O CES-SP contou, nesse período, para cumprimento de sua missão, com comissões técnicas permanentes por influência das quais foram criados outros espaços de discussão:

- fórum permanente de formação e desenvolvimento da força de trabalho para o SUS;
- fórum de formação de conselheiros de saúde;
- fórum de patologias do Estado de São Paulo, que congrega em torno de 91 associações que se reúnem semanalmente e que elaborou a Cartilha dos Direitos do paciente aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde, em 1995;
- comissão de reforma em saúde mental, com representantes dos diversos segmentos da sociedade civil e do poder público, em 2001, elaborou a Cartilha Popular de Saúde Mental, aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde.

*Conferências Estaduais de Saúde:* em 1996, foi realizada a 2ª Conferência Estadual de Saúde (“SUS – Saúde e Qualidade de Vida”), com a participação de 421 municípios que se prepararam por meio de conferências municipais e micro-regionais. Em 2000, foi realizado o Encontro Estadual de Saúde preparatório à 11ª Conferência Nacional de Saúde. Em 2001, a 3ª Conferência Estadual de Saúde (“O SUS no Estado de São Paulo: Inclusão Social, Qualidade e Direito à Saúde”), concomitantemente à 2ª Conferência Estadual de Saúde Mental e 1ª Conferência Estadual de Vigilância Sanitária.

Os *Conselhos Municipais de Saúde* foram os principais responsáveis pelo sucesso da diretriz de participação. Em 1995, havia cerca de 250 municípios no Estado com Conselhos Municipais de Saúde. Em 1996, quando da 2ª CES, já eram mais de quatrocentos e, em 2001, na 3ª Conferência Estadual de Saúde, somente dois municípios dos 645 existentes no Estado não haviam criado os seus Conselhos Municipais de Saúde.

São Paulo foi pioneiro na instituição do *Código Estadual de Saúde*, já em março de 1995. O Código, uma conquista e um avanço em termos de direitos

dos cidadãos, cria normas relativas à promoção, defesa e recuperação da saúde, além de complementar e reforçar os dispositivos da saúde e da Lei Orgânica da Saúde.

Em outubro de 1996 foi instituído, junto ao Gabinete do Secretário de Saúde, o Serviço Disque-SUS, como instrumento de garantia dos direitos dos cidadãos, enquanto usuários dos serviços de saúde públicos ou privados no SUS-SP. Esse serviço funcionou como piloto para implementação da *Ouvidoria da Saúde*, que tem por missão garantir:

- a defesa dos direitos fundamentais dos cidadãos contra ações indevidas referentes à organização e ao funcionamento dos serviços de saúde prestado pelo SUS-SP;
- a melhoria da qualidade do funcionamento e organização da administração pública;
- a transparência e controle social da administração pública e do sistema estadual de saúde.
- um canal de comunicação das ações da administração e garantia da defesa dos direitos do cidadão.

*Desenvolvimento de Recursos Humanos* – Durante o período de 1995 a 2002, a SES, em parceria com outras instituições, desenvolveu processos de capacitação, tendo em vista a preparação dos servidores envolvidos direta ou indiretamente com os diferentes processos de prestação de serviços à população nas várias áreas. Incluíram a execução de processos intermediários, que garantem e mediam essa prestação, e aqueles referentes à gerência e à gestão de processos, de serviços e de sistemas, tendo em vista atender tanto as demandas dos usuários como as dos servidores, em suas diferentes inserções: nível médio ou superior.

Para os *profissionais de nível médio* foi priorizada a formação profissional, com destaque para o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Enfermagem – Profae – Ministério da Saúde, que envolveu 25 mil auxiliares de enfermagem em todo o Estado, para a complementação da formação como técnico de enfermagem. Para os *profissionais de nível superior*, a seu turno, além de diversos cursos de especialização, destacamos o *Programa de Residência Médica*: a SES-SP custeia bolsas para residência médica em 42 instituições do Estado (de administração direta, universitárias, autarquias, organizações sociais e filantrópicas).

### **Prevenção de doenças e promoção à saúde**

A convicção de que a promoção, a proteção da saúde e a prevenção de doenças nos indivíduos e na comunidade dependem tanto de ações intersetoriais como específicas do setor saúde, bem como de mudança de hábitos e de estilos de vida, orientou os nossos esforços em relação a várias frentes de trabalho. Assim, por um lado, longe de tentar estabelecer padrões de comportamento, investiu-se em um esforço conjunto de Governo, de articulação intersetorial, no sentido da educação e da informação das pessoas como condição fundamental para a promoção e proteção da saúde e prevenção de doenças.

Ações com outras secretarias de Estado, com organizações não-governamentais e com a própria sociedade civil foram coordenados para o desenvolvimento de importantes atividades e programas. Por outro lado, e ao mesmo tempo, investiu-se fortemente em programas de proteção específica, como as atividades de vacinação, a vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária e o controle de endemias. Além disso, garantimos desenvolvimento científico e tecnológico, como produção de imunobiológicos, estudos e pesquisas que permitissem uma maior aproximação da saúde como qualidade de vida. Exemplificam essa linha alguns programas:

*Prevenção Também se Ensina* – Programa iniciado em 1996, em parceria com a Secretaria da Educação, nas escolas da rede pública estadual de ensino, voltado para a promoção da cidadania saudável e a redução da vulnerabilidade da comunidade escolar em relação ao uso indevido de drogas e às DST/Aids. Foi elaborada para esse Programa a cartilha “Fala Garota, Fala Garoto”, com a participação dos próprios adolescentes.

*Educação + Saúde: Não existe melhor remédio* – Programa que todos os anos promove a discussão sobre Aids, DST, drogas, dengue e outros temas que vão gradativamente sendo incluídos, como atividade física e saúde. Participam pais, alunos e professores de toda a rede estadual de ensino.

*A Promoção do Estilo de Vida Ativo: O Agita São Paulo* – No sentido de se buscar promover verdadeiramente a saúde, além de tratamento, controle e prevenção de doenças, foi lançado o programa “Agita São Paulo”, que visa a combater o sedentarismo, um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento das doenças crônico-degenerativas. O programa tem como focos: a criança na escola, o trabalhador nas empresas e os grupos de terceira idade. Além de uma programação contínua que busca envolver toda a população, o programa conta com grandes eventos durante os quais se intensifica sua divulgação – Agita Galeria – que envolve as seis mil escolas estaduais, Agita Melhor Idade e o Agita Trabalhador. O programa tem excelente fundamentação científica, de pesquisa, mostrando que trinta minutos de atividade física, na maior parte dos dias da semana, reduz em 50% o risco de infarto do miocárdio. Esta recomendação não é apenas um *slogan*, ela é suportada por pesquisadores ingleses, canadenses e americanos do Centro de Controle de Doenças de Atlanta.

### **Reorganização e aprimoramento de programas**

*Assistência Farmacêutica* – A garantia, à população usuária do Sistema Único de Saúde – SUS, de atendimento digno e de qualidade sempre enfrentou, como um dos principais obstáculos, o acesso aos medicamentos prescritos. Com o objetivo de superar esse obstáculo, a SES-SP, desde 1995, preocupou-se com a assistência farmacêutica, elo indispensável na garantia de assistência integral à saúde. A garantia de acesso dos cidadãos aos medicamentos essenciais e necessários, em conjunto com a reordenação das práticas assistenciais, principalmente no que se refere à assistência básica à saúde, seria fator de maior resolubilidade do

nível primário de saúde, com conseqüências benéficas aos outros níveis do sistema – atenção hospitalar e especializada – e, principalmente, à qualidade de saúde da população.

Desse modo, a partir de segundo semestre de 1995, o Programa de Assistência Farmacêutica Básica é implantado. Entregar ao paciente o remédio de que ele precisa, significa garantir que não serão desperdiçados os recursos investidos na consulta médica e nos exames laboratoriais; significa evitar a peregrinação do paciente por vários serviços de saúde e ainda internações desnecessárias, feitas, às vezes, por ser a única maneira de fornecer ao paciente a medicação indicada.

*O programa de assistência farmacêutica básica do Estado de São Paulo, o “Dose Certa”* – O “Dose Certa” garante o fornecimento regular e gratuito de 41 medicamentos básicos a todos os 645 municípios do Estado, prescritos para as doenças mais freqüentes, atendidas pela rede de unidades básicas de saúde municipais, tais como: a hipertensão arterial e outras doenças cardiovasculares, infecções e doenças respiratórias da infância, desidratação, parasitoses intestinais, entre outras. Cumpre seu objetivo não apenas ao permitir acesso da população mais carente aos medicamentos necessários à manutenção ou recuperação de sua saúde, mas também ao melhorar a qualidade da assistência nessas unidades, recuperando o papel da unidade básica de saúde, como referência para a assistência primária de uma região e iniciar um processo de “padronização de medicamentos”, que passou a ser valorizado e respeitado pelos médicos.

A viabilidade do programa foi resultante, principalmente, da recuperação da Fundação do Remédio Popular – Furp, do resgate de seu papel social como laboratório público produtor e medicamentos essenciais a baixo custo para o sistema público de saúde.

*Programa de Assistência Farmacêutica de Saúde Mental: O Dose Certa da Saúde Mental* – Outra linha de atuação prioritária na assistência farmacêutica é a dispensa de medicamentos para os atendimentos de saúde mental. Como hoje se dispõe de recursos terapêuticos efetivos para reduzir as conseqüências dos transtornos mentais, o que favorece a reinserção social do paciente e a gradativa redução das internações psiquiátricas, é fundamental que a rede de serviços ambulatoriais de saúde mental ofereça os medicamentos na qualidade e quantidade necessárias para atender aos pacientes. A distribuição de 25 medicamentos padronizados e específicos de saúde mental, iniciada em 1999, é um elo imprescindível desta política, garantindo o sucesso do tratamento ambulatorial, o atendimento integral dos pacientes e a conseqüente redução de internações por doenças mentais.

*Programa de Medicamentos de Alto Custo* – Este programa, que conta com a participação do Ministério da Saúde, atende as doenças consideradas de caráter individual que, a despeito de atingir número reduzido de pessoas, requerem tratamento longo ou até permanente, com uso de medicamentos de custo elevado, que, por este motivo, não poderiam ser adquiridos pelos próprios pacientes.

O programa atende aproximadamente quarenta mil pacientes cadastrados em todo o Estado, para o tratamento de doenças/agravos como pacientes transplantados, doentes renais crônicos, portadores de esclerose múltipla, doença de Gaucher, nanismo hipofisário, hepatites virais, osteoporose, endometriose, distonias, paralisias, acromegalia, imunodeficiências, entre outras.

*Medicamentos para Aids* – Em relação ao programa de DST-Aids, o Estado de São Paulo foi pioneiro em outra importante iniciativa para a saúde da população. Passou a fornecer, em 1996, a todos os pacientes, as mais modernas drogas anti-retrovirais. Até 2001, cerca de 45 mil pacientes estavam em uso de antiretrovirais no Estado, o que diminuiu a mortalidade por esta doença.

*Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids* – Trabalho que vem recebendo elogios internacionais e cumprimentos das ONGs que, aguerridamente, vêm lutando pelo controle da epidemia. O programa visa à diminuição da vulnerabilidade da população do Estado de São Paulo em relação às DST/Aids e melhoria da qualidade de vida das pessoas já afetadas, bem como redução do preconceito, da discriminação e dos demais impactos sociais negativos das DST/Aids. O Estado de São Paulo conta hoje com um conjunto estruturado de serviços e ações que garantem a prevenção e a assistência integral aos portadores do HIV/Aids.

*Saúde Mental – A Mudança do Modelo de Atenção: A Humanização e a Qualidade* – A humanização da assistência em saúde mental teve três diretrizes de sustentação:

- ampliação do número de unidades extra-hospitalares: os ambulatórios que, em 1995 eram setenta, passaram a 112 em 2002; os Caps – Centros de Atenção Psicossocial, no mesmo período, passaram de doze para 110; os Lares Abrigados, de onze para 84, e as Residências Terapêuticas de três para 85.
- redução de oito mil leitos psiquiátricos nos sanatórios clássicos
- transformação radical dos oito hospitais psiquiátricos próprios do Estado no sentido da humanização e da garantia dos direitos de cidadania de seus pacientes.

*Programa de Assistência Integral às Vítimas de Violência Sexual* – Programa criado com o objetivo de implantar uma rede de assistência integral às vítimas de violência sexual no Estado. Entre eles, destacamos o projeto “Bem-Me-Quer”, que vem prestando atendimento bio-psico-social e jurídico a mulheres e crianças até catorze anos vítimas de violência sexual.

## **A atuação da Secretaria de Estado da Saúde no Município de São Paulo**

Nos últimos oito anos (1995-2002), tivemos um grande avanço no Estado de São Paulo, quer nos aspectos da ampliação e melhoria dos serviços oferecidos à população, quer nos aspectos de consolidação da política de municipalização e

hierarquização. Em todo o Estado de São Paulo podemos afirmar que os municípios assumiram cada vez mais responsabilidades nos investimentos e na gestão do sistema. Em 1995, apenas 12 municípios haviam assumido a gestão “semi-plena do sistema” do SUS, ou seja, eram gestores de todo o recurso federal e dos serviços existentes em seu território. Em 2002, com o grande avanço do processo de descentralização, são 161 municípios gestores plenos de saúde e 482 gestores plenos da atenção básica, restando apenas dois não habilitados.

A cidade de São Paulo foi, até o ano de 2001, quando finalmente se reintegrou ao SUS, a grande exceção, em virtude da proposta e implantação de um plano próprio das suas administrações nesse período, o PAS, que desconsiderou o que acontecia no restante do país, colocando-se à margem e mesmo hostilizando o que era proposto pelo SUS.

Tal atitude dos ex-governantes da cidade de São Paulo criou sérios problemas assistenciais gerando grande sobrecarga para a Secretaria Estadual de Saúde que, em vez de contar com um parceiro para somar esforços na implantação do sistema, encontrou com frequência, omissão e muitas vezes oposição do poder municipal. Passada a fase inicial de “maquiagem” das unidades, usadas para um verdadeiro marketing político, a rede do PAS passou a não dispor de medicamentos e recursos para diagnóstico para oferecer à população, que acorria a uma rede que se transformou num simples serviço de pronto-atendimento.

Esse atraso na implantação do SUS fez com que a SES continuasse assumindo a responsabilidade por uma enorme rede básica no município de São Paulo, com todas as implicações relativas à manutenção, reforma e ampliação das unidades, contratação, treinamento e capacitação de pessoal, oferta de medicamentos etc. O Programa Dose Certa, implementado no Estado desde 1995, só no ano de 2001 se estendeu a todas as unidades básicas da administração municipal.

A SES procurou, por sua conta, ampliar a rede ambulatorial e hospitalar do Estado, com ênfase muito grande no território da capital e nos municípios da grande São Paulo. Quase cinco mil funcionários foram contratados para a rede de unidades básicas que, posteriormente, foram municipalizados. Foram reformadas e ampliadas na capital 37 unidades básicas de saúde e na grande São Paulo foram concluídas obras e entregues dezesseis novas unidades ambulatoriais (básicas e de especialidades).

Merecem destaque, não apenas pela ampliação que representam, mas pelo modelo de organização que introduziram:

- o Centro de Reabilitação Jardim Umarizal, localizado na zona sul da capital e operado pela equipe do Departamento de Medicina de Reabilitação do Hospital das Clínicas da USP, oferecendo assistência aos portadores de necessidades especiais;
- o Ambulatório de Especialidades Jardim dos Prados, localizado na zona sul, operado pela Congregação de Santa Catarina, integrando na mesma região com o Hospital Pedreira e trinta equipes de saúde da família;

- o Ambulatório de Especialidades de Interlagos, localizado na zona sul, operado pela Universidade de Santo Amaro, integrando na mesma região com o Hospital do Grajaú e trinta equipes de saúde da família;
- o Centro de Referência do Idoso – localizado na zona leste, tendo como proposta principal promover a qualidade de vida dos idosos mediante o desenvolvimento de atividades integradas como: envelhecimento saudável, assistência integral à saúde, moradia, acessibilidade e locomoção, direitos dos idosos etc.;
- o Cratod – Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas, centro de assistência e capacitação de recursos humanos, produzindo informações sobre epidemiologia do uso de drogas e propondo novas formas de assistência;
- o Ambulatório de Saúde da Mulher, com 56 consultórios, equipado para realização de ultrassonografia, mamografia, coleta de exames. Trata-se de um recurso de referência para a rede de unidades básicas de saúde da capital, complementando, com atendimento especializado, a assistência de qualidade à saúde da mulher.

Destacamos ainda:

- o Terapia Renal Substitutiva – programa especial realizado pelo Centro de Vigilância Sanitária da SES, articulado com o Ministério da Saúde, municípios e prestadores, que permitiu substituir 69% das máquinas de hemodiálise existentes, melhorando a qualidade e reduzindo a mortalidade nesse sistema. Hoje o Estado conta com 120 centros especializados em TRS, sendo 52 deles na grande São Paulo;
- os Leitos UTI – só na grande São Paulo e capital, aumento de 467 novos leitos de terapia intensiva para adultos e crianças.
- cinco novos hospitais nas regiões mais carentes da cidade de São Paulo – 1.100 leitos (Itaim Paulista, Grajaú, Pedreira, Vila Alpina e Sapopemba);
- oito novos hospitais na Grande São Paulo – 1.920 leitos (Pirajussara, Itapeçerica da Serra, Carapicuíba, Itapevi, Itaquaquecetuba, Guarulhos, Santo André e Diadema).

Os novos hospitais da Grande São Paulo, implantados a partir de 1998, dão cobertura a cerca de quatro milhões de habitantes e certamente contribuíram para evitar o caos na cidade de São Paulo quando o Programa PAS foi se deteriorando e sucateando a rede de hospitais municipais. Colocar em funcionamento em cerca de quatro anos (1998-2002), catorze novos hospitais exigiu do Estado uma importante inovação na administração pública da saúde. Foi necessário aprovar, em 4 de junho de 1998, a Lei das Organizações Sociais de Saúde, que autorizou o governador a classificar entidades filantrópicas como Organizações Sociais de Saúde; para isso, elas precisavam existir há mais de cinco anos e ter serviços próprios de saúde que nos permitissem avaliar sua competência técnica e seu compromisso com a população.

A Organização Social ocupa-se de tudo; recebe recursos financeiros do Estado e contrata pessoal, compra medicamentos, contrata equipes de segurança, em suma, trata-se de uma terceirização para entidades filantrópicas sem fins lucrativos que assinam um contrato que nos permite acompanhar seu desempenho. São sujeitas ao controle do Tribunal de Contas, estabelecem plano de compras que deve ser aprovado pela Secretaria e pelo Tribunal. São fiscalizadas por uma comissão que responde à Assembléia Legislativa e que é composta por dois representantes da Assembléia, dois do Conselho Estadual de Saúde e representantes indicados pela Secretaria Estadual. Os novos hospitais receberam, em seu curto período de funcionamento, vários prêmios de Qualidade Hospitalar.

### **O Programa de Saúde da Família**

Um investimento muito grande foi realizado para a mudança do modelo de assistência a saúde, para garantir a assistência integral à saúde dos indivíduos, às famílias e à comunidade.

A decisão do governo estadual de investir na reorientação do modelo da assistência por meio da implantação do Programa de Saúde da Família em todo o Estado desencadeou três importantes movimentos:

- apoio técnico aos municípios para que implantassem o programa com incentivo financeiro do Ministério da Saúde (402 municípios);
- apoio técnico e financeiro aos municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, assentamentos de famílias e remanescentes de quilombos (117 municípios). Neles, o Estado se responsabilizou pelo custeio de dois terços do Programa;
- na capital, em virtude do desinteresse das administrações que implantaram o PAS, a Secretaria Estadual de Saúde assumiu integralmente a implantação do programa com recursos do Ministério e do Estado, em parceria com entidades filantrópicas.

Naquele momento, era muito grande o interesse do Ministério da Saúde em avaliar o impacto, em uma cidade grande e complexa como São Paulo, de um programa como o PSF, que vinha tendo bons resultados em cidades pequenas e áreas rurais do país.

Acreditando que o programa de Saúde da Família não deveria ser padronizado para o conjunto do país, buscou-se desenvolver um programa adequado às características de saúde da população desta cidade. Como há cerca de doze anos não se fazia ampliação da rede de centros de saúde da capital, encontrou-se nos limites do município de São Paulo uma população inteiramente desassistida, carente. Foi preferencialmente nessas áreas que o Programa foi inicialmente implantado e com características diferentes do modelo adotado em outras áreas do país. Procurou-se garantir, além dos cuidados básicos, ações consideradas importantes para cada região, embora de acordo com as propostas apresentadas pelas equipes regionais. Assim, foram incluídas atenção na área da saúde mental, saúde

bucal e reabilitação. Outra característica importante foi a hierarquização em todas as áreas, com ambulatórios de especialidades. Por todas essas características, o Programa recebeu o nome de Qualidade em Saúde – Qualis.

Uma criteriosa avaliação realizada um ano após a implantação do Qualis I, em Itaquera apontou que 92% da população considerava o trabalho como bom e ótimo e 94,8% sugeriam sua implantação em outros bairros da capital.

O Qualis foi implantado com parceiros na zona Leste – Casa de Saúde Santa Marcelina, na zona norte e sudeste – Fundação Zerbini e na zona sul, com a Universidade de Santo Amaro e a Congregação de Santa Catarina. Vale dizer que esses parceiros não foram usados como simples expediente para contratação de pessoal, mas assumiram integralmente a proposta do novo modelo, montaram uma equipe central encarregada de planejamento, supervisão e avaliação e identificaram, junto com a Secretaria de Saúde, as áreas de implantação, promovendo a contratação de agentes e equipe técnica, treinamento de pessoal, seguindo estritamente os preceitos do PSF de seleção dos agentes comunitários dentre a população a ser coberta por cada equipe.

A liberdade dada pela SES aos parceiros e a seriedade dos mesmos foi fundamental na implantação do Qualis, garantindo a isenção necessária, evitando riscos de manipulação política e eleitoral deste processo, riscos de clientelismo e fisiologismo.

Das quinze equipes de saúde da família que em 1996 cobriam cerca de 51.750 pessoas, o Qualis atingiu 218 equipes, cobrindo 872 mil pessoas em meados de 2002. Era, naquele momento, o maior programa de saúde da família em uma cidade brasileira. Então, depois de seis anos de seu início, foi municipalizado.

Em 2001, um novo governo assumiu a cidade e a Secretaria Municipal da Saúde manifestou sua intenção de retornar ao SUS.

Graças a todo o preparo que a Secretaria de Estado da Saúde vinha fazendo ao longo do ano 2000 e à grande disposição de trabalho conjunto das equipes foi possível, em apenas dois meses, terminar uma proposta que, em março de 2001, foi aprovada em Brasília e possibilitou já naquele mês à Secretaria Municipal receber os recursos do Piso Ambulatorial Básico. Portanto, o município de São Paulo, antes mesmo de assumir o conjunto das unidades básicas, o que só ocorreu no fim de 2001, se beneficiou da condição de município habilitado.

### **Considerações finais e preocupações atuais**

O SUS avançou bastante na proposta da municipalização e, com frequência, os dirigentes do Ministério da Saúde privilegiam a relação direta com os municípios, como se tivessem de protegê-los das administrações estaduais que impedem o aprimoramento ou sonham direitos aos municípios. Nesse terreno, vale lembrar que não são os grandes e médios municípios que garantem equidade à enorme maioria de pequenos municípios.

Se não garantirmos condições técnicas e prerrogativas às 27 Secretarias Estaduais de Saúde não teremos sucesso em garantir acesso, integralidade e equidade

à população dos mais de 5.500 municípios brasileiros. Certamente, prefeito algum elegeu-se com o compromisso de cuidar da saúde dos municípios vizinhos. Muitos problemas, especialmente os relacionados às doenças transmissíveis e ao meio ambiente, por exemplo, dengue e malária, devem ter obrigatoriamente um enfoque regional.

A Noas (Norma Operacional de Assistência à Saúde), ao ser pensada, visava à reequilibrar, no SUS, as relações entre os três níveis de governo, entretanto, os instrumentos desenvolvidos, a PPI (Programação Pactuada e Integrada) etc. não levaram ao fim pretendido. É preciso revê-los.

A atual lógica de municipalização leva os municípios a buscarem poder para assumir o controle, gerir os recursos disponíveis e controlar os equipamentos atualmente existentes em seus territórios. Porém, o grande problema do SUS é saber quem vai investir para sanar as deficiências atuais e permitir os avanços futuros tão necessários. É preocupante saber que a Emenda Constitucional 29 não tenha garantido o financiamento futuro do sistema. Quem irá convencer os futuros prefeitos a colocar mais do que 15% e os futuros governadores mais que 12% de sua receita tributária líquida? E o Governo Federal a gastar mais do que hoje? Sabemos todos que a crise permanente que vivemos – e as Santas Casas são só um exemplo – decorre fundamentalmente da falta de recursos.

Falta ainda ao SUS uma proposta adequada para as áreas metropolitanas e essa é uma das minhas preocupações aqui em São Paulo. Nada, a não ser princípios éticos e a disposição do Governador Mário Covas, levaria o Estado a implantar na capital o Qualis-PSF, um programa de responsabilidade tipicamente municipal, e investir, com recursos próprios, na construção e equipamento de quinze novos hospitais que aumentaram, para sempre, o custeio da Secretaria de Estado da Saúde em pelo menos R\$ 600 milhões anuais.

Por fim, há pelo menos duas maneiras de se avaliar como vai o SUS, a primeira é como dirigente, analisando os fabulosos números de consultas, atendimentos de urgência, exames, internações, que mostram uma grande extensão e cobertura populacional. A segunda é como usuário dos serviços, enfrentando filas, prazos, deslocando-se de um ponto a outro, utilizando instalações nem sempre adequadas e confortáveis, sentindo enfim, quanto ainda o SUS está devendo para os cidadãos.

*José da Silva Guedes* foi secretário de Estado da Saúde de São Paulo no período de 1995-2002.

Texto recebido e aceito para publicação em 26 de junho de 2003.

