

Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo

NELSON DE SOUZA

**DESAFIOS E DILEMAS DA OPERACIONALIZAÇÃO DO
SUS**

SÃO PAULO – SP

2014

Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo (deixar 2cm)

NELSON DE SOUZA

**DESAFIOS E DILEMAS DA OPERACIONALIZAÇÃO DO
SUS**

Trabalho de conclusão
apresentado ao Curso Pós-
Graduação em Gestão e Políticas
Públicas. Fundação Perseu
Abramo para obtenção de título.
Orientadora: Alessandra Atti

SÃO PAULO – SP

2014

À minha família pela paciência e compreensão durante o tempo de estudo, sempre me apoiando na busca de meus objetivos.

AGRADECIMENTOS

À minha família, à Fundação Perseu Abramo e aos professores que me deram esta oportunidade de conhecimento sobre Gestão de Políticas Públicas e, especialmente, minha orientadora Alessandra Atti.

Abstract

This paper seeks to address the challenges and dilemmas of the SUS (Unified Health System) in Brazil, with emphasis on the city of São Paulo. The objective was to understand how the politics of exclusion, based on the individual care, rather than collective, reflected in the organization of the actions and practices of health policies in the country throughout its history. By analyzing the concepts and regulator principles of OMS such as integrality, fairness and universality, we sought to understand how they are applied in the Brazilian case and how does the distribution of the health system in São Paulo works, by considering the aspects that influences in its effectiveness, its achievements and what are still the main challenges to its operationalization. We hope that this discussion can contribute to clarify the issue of health as an inherent and determinant part of the democratic public policy management.

Keywords: Public Health, Public Policy, Universal Service

Resumo

Este trabalho de conclusão de curso (TCC) trata dos desafios e dilemas do SUS (Sistema Único de Saúde) no Brasil, com ênfase na cidade de São Paulo. O objetivo foi entender como a política de exclusão, baseada na assistência individual, em lugar da coletiva, refletiu-se na organização das ações e práticas de políticas de saúde no país ao longo de sua história. Através da análise dos conceitos e princípios reguladores da OMS, como integralidade, equidade e universalidade, buscou-se entender em que medida os mesmos são aplicados no caso brasileiro e como se dá a distribuição do sistema de saúde na cidade de São Paulo, considerando os aspectos que influenciam na sua eficácia, seus avanços e principais desafios na operacionalização. Espera-se que esta reflexão contribua na elucidação do tema da saúde como parte inerente e determinante à gestão democrática de política pública.

Palavras-chave: Saúde pública, Política Pública, Universalização.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	09
2. AS POLÍTICAS PARA UNIVERSALIZAÇÃO DA SAÚDE	11
2.1 O conceito de saúde: garantia da constituição brasileira.....	13
3. DESAFIOS E DILEMAS PARA CONSTRUÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DE UM SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL	14
3.1 Definição de SUS e informações básicas	14
3.2 O Funcionamento do SUS	16
3.2.1 O Ministério da Saúde e o SUS.....	17
3.2.2 O SUS em esfera estadual	17
3.2.3 O SUS em esfera municipal	17
3.3 Plano Plurianual (PPA) e a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO).....	18
3.4 A importância da CPMF para o avanço da saúde no Brasil	19
4. DISTRIBUIÇÃO DO SUS NAS REGIÕES DA CIDADE DE SÃO PAULO ...	20
4.1. Assistência médica ambulatorial (AMA) na cidade de São Paulo.....	21
4.2 Componentes de indicadores da Saúde do Município de São Paulo.....	22
4.3 Autarquias de Hospitais Municipais (AHM).....	23
4.4 Aspectos que influenciam na eficácia do Sistema de saúde da cidade de São Paulo	25
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
6. BIBLIOGRAFIA.....	30
7. ANEXOS.....	32

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo é uma pesquisa exploratória, de natureza qualitativa, que tem como objetivo apresentar as políticas de Saúde no Estado de São Paulo, os desafios e dilemas de operacionalização do SUS para uma melhor compreensão de sua distribuição na cidade e os aspectos que influenciam na eficácia do Sistema de Saúde.

Para essa análise será apresentado, no primeiro capítulo, um breve histórico do desenvolvimento adotado no Brasil, ao longo de sua formação, que priorizaram as questões econômicas em detrimento das sociais, tendo como resultado o empobrecimento de parcelas significativas da população, aumentando a exclusão social.

Essa política de exclusão reflete-se na organização das ações e práticas de políticas de saúde, onde existe como princípio a assistência individual, em lugar da coletiva.

O segundo capítulo vai tratar dos desafios e dilemas para construção e operacionalização do sistema de saúde no Brasil com a análise de um período da história que ocorre na década de 80 e 90 e que vai caracterizar, fundamentalmente, nas mudanças nas políticas de saúde, devido a uma profunda crise econômica. O Estado estava mergulhado na inflação, na recessão e no desemprego, e a população apresentava um padrão de vida precário, já que havia pouquíssimo investimento em políticas sociais.

É neste contexto que aumenta a participação dos movimentos populares orientados pela ideia de que todos têm direitos à saúde e que o governo, juntamente com a sociedade, tem o dever de fazer o que for preciso para alcançar esse objetivo.

Com a promulgação da Constituição de 1988, que determinou ser dever do Estado garantir a saúde a toda população, o clamor do país nessa área começou a ser atendido. Para tanto, criou o Sistema Único de Saúde (SUS), e em 1990 o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde (LOS) que detalhou o funcionamento do sistema.

Para compreender a proposta do SUS, destacaremos a Cidade de São Paulo como referência, verificando porque não se efetiva garantia de acesso à saúde a toda população.

No Terceiro capítulo analisaremos a distribuição do sistema de saúde na cidade de São Paulo onde se fará uma breve análise das Autarquias de Hospitais Municipais (AHM),

das tecnologias como diferencial qualitativo nos hospitais e os aspectos que influenciam na eficácia do e Sistema.

Concluiremos abordando algumas questões que comprometeram a possibilidade de avanço do SUS como política pública social, abrindo espaços para a continuidade dos estudos sobre a área contemplada.

2. AS POLÍTICAS PARA UNIVERSALIZAÇÃO DA SAÚDE

Logo após o fim das Guerras Mundiais, com o objetivo de desenvolver ao máximo o nível de saúde de todos os povos, melhorando o estado de bem-estar físico, mental e social dos cidadãos em todo mundo, foi criada em 1948 a Organização Mundial da Saúde, (OMS), subordinada à Organização das Nações Unidas (ONU).

Assim define como objetivos: fortalecer os serviços de saúde; estimular o avanço científico da medicina; uniformizar as nomenclaturas internacionais da medicina; regulamentar e promover acordos para que os objetivos sejam alcançados.

Segundo a ONU “a saúde é um estado de completo bem – estar físico, mental e social, e não consiste apenas de doença ou de enfermidade. Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social”¹

O papel da OMS no cumprimento da saúde pública pelo mundo tem como objetivos as funções descritas no Décimo Primeiro Programa Geral de Trabalho, que estabelece o quadro para o programa de trabalho, orçamento, recursos e resultados em toda organização intitulado "Empreender para a Saúde", são elas:²

- A liderança em questões críticas para a saúde e envolvimento em parcerias onde a ação comum é importante;
- Determinar a agenda de pesquisa e estimular a geração, difusão e utilização de conhecimentos valiosos;
- Estabelecimento de normas e promover e acompanhar a sua aplicação prática;
- Desenvolver opções políticas éticas e científicas de base;
- Prestar apoio técnico, catalisando mudanças e capacitação institucional sustentável;
- Acompanhar a situação de saúde e avaliação das tendências de saúde;

¹ - Disponível em: www.direitoshumanos.usp.br > ... > OMS - Organização Mundial da Saúde acesso em 2 de junho de 2014.

² Disponível em: http://wikihosp.com.br/index.php/Organiza%C3%A7%C3%A3o_Mundial_da_Sa%C3%BAde>. Acesso em 4 de junho de 2014.

- Colaborar com os serviços de coleta de lixo. Os princípios da universalidade da saúde.

Baseados nos preceitos constitucionais, a construção do SUS se norteia pelos seguintes princípios:³

- Universalidade – é o acesso igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, o que implica a ausência de discriminação ou privilégios de qualquer natureza, fazendo com que o acesso ao serviço seja função exclusiva da necessidade do paciente indiferente de cor, raça, credo, renda ou qualquer outra característica social.
- Equidade – princípio jurídico que garante o acesso igualitário sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, mas reconhecendo a diferença dos grupos sociais e identificando as necessidades de cada um deles para que o acesso ao direito (em caráter universal) seja garantido.
- Integralidade – Princípio articulador do SUS - considera a pessoa como um todo, em todos os aspectos sociais assegurando serviços preventivos, além dos curativos e, nestes últimos, o acesso a todos os níveis de assistenciais e, excluindo-se os procedimentos estéticos, ficando esses prestados pela iniciativa privada ou pelos Hospitais Universitários em caráter de formação profissional.

Os princípios que regem sua organização são:

- Regionalização e Hierarquização: os serviços devem ser organizados em níveis de tecnologia crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com definições da população a ser atendida. Isso implica na capacidade dos serviços em oferecer o acesso a uma determinada população com todas às modalidades de assistência.
- Descentralização: há uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários governos.
- Participação Popular: é a garantia de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, em todos os níveis, desde o federal ate o local.

³ - Disponível em: www.foa.unesp.br/include/.../foa/.../abc-do-sus-doutrinas-e-principios.pdf...

- Complementaridade do setor privado: a constituição definiu que quando o setor público não for suficiente para prestar os serviços necessários devem ser contratados serviços privados, seguindo as regras do direito publico e as diretrizes do SUS.

2.1 O conceito de saúde: garantia da constituição brasileira

O direito a saúde é universal e, acima de tudo, fundamental para o ser humano, está firmado na Declaração Universal dos Direitos Humanos e assegurado pela Constituição Federal de 1988. A realização da saúde como direito universal é um desafio que só pode ser alcançado por meio de políticas públicas sociais e econômicas que reduzam as desigualdades sociais e regionais em nosso país, assegurando a cidadania e o fortalecimento da democracia.

Nesse sentido, pode-se dizer que o processo de formulação de política pública é aquele através do qual os governos traduzem seus propósitos em programas e ações, que produzirão resultados ou as mudanças desejadas no mundo real (SOUZA, 2003, p. 13).⁴

⁴- Disponível em: <www.cadernocrh.ufba.br/viewarticle.php?id=273>. Acesso em 11 de junho de 2014

3. DESAFIOS E DILEMAS PARA CONSTRUÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DE UM SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

No início dos anos 80, a saúde no Brasil era de competência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e apenas os trabalhadores com vínculo empregatício que contribuía para a previdência social, eram os beneficiados.

Nessa época, os serviços de saúde apresentavam um déficit de qualidade, com poucos recursos financeiros, falta de equipamentos e funcionários especializados, denúncias de fraudes e desvios de finalidade das verbas da saúde.

É neste contexto de insatisfação que surge o Movimento Sanitário, organizado por médicos, enfermeiros, trabalhadores sindicalizados e movimentos sociais, que tinham como objetivo a reformulação da assistência médica no Brasil, para garantir melhores condições de prestação de serviços de saúde e atendimento aos cidadãos.

Diante de todos esses problemas críticos no sistema de saúde a Constituição Federal de 1988 determinou ser dever do Estado à garantia da saúde, e em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90), que detalha o funcionamento do Sistema passando então, a garantir a assistência médica e farmacêutica a toda à população independente de cor, raça, crença ou classe social.

O serviço de saúde passa a ser de responsabilidades de órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, além de administração direta ou indireta e das Fundações, mantidas pelo poder público e complementarmente pela iniciativa privada.

3.1 Definição de SUS e informações básicas

Um dos princípios do SUS é a democratização das ações e nos serviços de saúde que deixam de ser restritos e passam a ser universais, mudando de centralizados para descentralizados de responsabilidades dos entes federados (união, estados e municípios). O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 diz:

“A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem á redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário ás ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

O SUS é um sistema público, organizado e orientado no sentido do interesse coletivo de todas as pessoas, independente de raça, crenças e cor, situação de emprego, classe social e local de moradia. O Sistema Único de Saúde tem seus serviços administrados pelos governos federal, estaduais e municipais e por organizações cujo objetivo é garantir a prestação de serviços gratuitos a qualquer cidadão. Seus Princípios e Diretrizes estão descritos na lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, onde no seu 7º art. diz:

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo;

- a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

3.2 O Funcionamento do SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto de ações e de serviços de saúde e gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo território nacional. O SUS insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem além da saúde, Previdência e a Assistência Social com responsabilidades nas três esferas do governo: - federais; estaduais e municipais, conforme explicitadas abaixo:

A relação entre a União, estados e municípios não possui uma hierarquização. Os entes federados negociam e entram em acordo sobre ações, serviços, organização do atendimento e outras relações dentro do sistema público de saúde. É o que se chama de pactuação intergestores. Ela pode ocorrer na Comissão Intergestora Bipartite (estados e municípios) ou na Comissão Intergestora Tripartite (os três entes federados)

3.2.1 O Ministério da Saúde e o SUS

Em âmbito federal, a gestão da saúde pública é realizada por meio do Ministério da Saúde, cujo principal financiador é o Governo Federal. Historicamente, o Ministério da

Saúde é responsável por metade dos recursos investidos em saúde pública no Brasil. Estados e municípios, em geral, contribuem com a outra metade dos recursos.

O Ministério da Saúde formula apenas as políticas nacionais de saúde, sem efetivamente realizar as ações. Para a realização dos projetos, ele depende de seus parceiros (estados, municípios, ONGs, fundações, empresas). Também tem a função de planejar, criar normas, avaliar e utilizar instrumentos para o controle do SUS.

3.2.2 O SUS em esfera estadual

Os estados possuem secretarias específicas para a gestão de saúde. O gestor estadual deve aplicar recursos próprios, inclusive nos municípios, e os repassados pela União. Além de ser um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais de saúde, o estado formula suas próprias políticas de saúde. Ele coordena e planeja o SUS em nível estadual, respeitando a normatização federal. Os gestores estaduais são responsáveis pela organização do atendimento à saúde em seu território.

3.2.3 O SUS em esfera municipal

A estratégia adotada no país reconhece o município como o principal responsável pela saúde de sua população. A partir do Pacto pela Saúde, de 2006, o gestor municipal assina um termo de compromisso para assumir integralmente as ações e serviços de seu território. Os municípios possuem secretarias específicas para a gestão de saúde e o gestor municipal deve aplicar recursos próprios e os repassados pela União e pelo estado.

O município formula suas próprias políticas de saúde e também é um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais e estaduais de saúde. Também coordena e planeja o SUS em nível municipal, respeitando a normatização federal e o planejamento estadual. • Pode estabelecer parcerias com outros municípios para garantir o atendimento pleno de sua

população e para procedimentos de complexidade que estejam acima daqueles que pode oferecer.

3.3 Plano Plurianual (PPA) e a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)

Para o cumprimento das políticas de saúde do governo, temos um instrumento previsto no artigo 165 da Constituição Federal, regulamentado pelo Decreto 2.829, de 29 de outubro de 1998, que tem como finalidade organizar e viabilizar a ação pública, com vistas a cumprir os fundamentos e os objetivos da República. Através dele é declarado o conjunto das políticas de governo para um período de quatro anos e caminhos a serem trilhados para viabilizar as metas estabelecidas.

O Plano Plurianual vai orientar o Estado e a sociedade no sentido de viabilizar e implantar o planejado. Ele apresenta a visão de futuro para o País, estado, município e desafios e valores que guiam o comportamento para o conjunto da Administração Pública Federal. É através do Plano Plurianual que o governo declara e organiza sua atuação, a fim de elaborar e executar políticas públicas necessárias. O Plano permite também, que a sociedade tenha um maior controle sobre as ações concluídas pelo governo com a recente lei 12.527, de 2011, de acesso à informação.

A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) é o instrumento de conexão entre o Plano Plurianual (PPA) e o Orçamento anual. Ela estabelece a ligação de curto prazo (orçamento) e o longo prazo (PPA). A LDO orienta a elaboração das Leis de Orçamento Anual (LOA) que fixa as metas e prioridades da Administração Pública.

A Lei Complementar n° 101, de 4 de maio de 2000, intitulada Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) foi criada com o objetivo de fiscalizar e zelar pelo equilíbrio das finanças públicas. Ela estabelece normas e diretrizes orçamentárias a serem seguidas pelas esferas governamentais, que tem como pressupostos a responsabilidade, o planejamento e clareza na gestão fiscal; buscando a prevenção de possíveis desvios e riscos no orçamento público, bem como o total adimplemento das dívidas contraídas até o final do mandato.

É possível afirmar, portanto, que estes mecanismos legais de cumprimento das políticas públicas garantem que as verbas destinadas para estas finalidades definidas não sofram nenhum tipo de desvio.

3.4 A importância da CPMF para o avanço da saúde no Brasil

Em 1994, o presidente Fernando Henrique Cardoso assume a presidência dando prosseguimento à implantação do modelo neoliberal iniciado no governo do presidente Fernando Collor de Melo. Com a gradativa redução da participação do Estado nas políticas públicas e a crise no financiamento da saúde, o então ministro da saúde, Adib Jatene propõe a criação da CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira), através da Lei 9.311, de 24 de outubro de 1996 que começou a vigorar em 1997 como forma de aumentar os recursos para saúde. O Imposto inicialmente teria a vigência de um ano, mas foi prorrogado e acabou atravessando o governo FHC e sendo extinta somente dez anos depois, em 2007, já no governo do presidente Lula.

A CPMF não surtiu o impacto esperado no financiamento do SUS, pois os setores econômicos deduziram os valores previstos da arrecadação do imposto dos recursos do orçamento da união previstos para saúde. Havia frequentes denúncias de irregularidades na utilização dos recursos arrecadados para cobrir o déficit em outras áreas do governo, possibilitados pela Desvinculação de Recursos da União (DRU), aprovada pela Emenda Complementar nº 59. A emenda representava o contingenciamento, ou seja, tratava-se de uma medida do governo para garantir a flexibilidade dentro do orçamento para permitir a realocação de recursos, quando necessário, para que não fiquem todas as fontes de receita carimbadas numa despesa, sem um montante destinado a despesas emergenciais. Com isso o governo FHC avançou na lógica neoliberal de redução do Estado, intensificando nesse período as políticas de privatização, sendo a saúde ainda mais prejudicada.

4. DISTRIBUIÇÃO DO SUS NAS REGIÕES DA CIDADE DE SÃO PAULO

O sistema de saúde brasileiro passa por avanços, mas ainda percebe-se que há muitos desafios a serem superados para o cumprimento da constituição. Em termos quantitativos, a cidade de São Paulo é que tem a maior rede de hospitais do Brasil, assim contabilizados⁵:

- 16 prontos-socorros;
- 18 hospitais municipais distribuídos pelo município, que tem por missão atender o cidadão (a) paulistano (a), especialmente na área das urgências e emergências, em consonância com as Políticas e Diretrizes do SUS.

A Rede Hospitalar Municipal é ainda importante retaguarda para as unidades básicas de saúde e para unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA), criadas para diminuir o fluxo do cidadão aos Hospitais Municipais e atender os casos de urgências que não trazem risco de morte. O Sistema conta com dois tipos de atendimentos médicos: o clínico e o pediatra.

Já na Unidade Básica de Saúde (UBS) – o atendimento é só com hora marcada, com três tipos de médicos a disposição: clínico geral, pediatra e ginecologista. Depois que passa pela consulta, o paciente pode ser encaminhado a uma AMA Especializada, onde estão os cardiologistas, endocrinologistas, urologistas, reumatologistas, neurologistas, ortopedistas e angiologistas. Existem também os Ambulatórios Médicos de Especialidades (AME) – criados para facilitar o tratamento dos pacientes e desafogar o pronto- socorro, que deve ser procurado em casos de emergências, quando há risco de morte.

⁵ - Disponível em:

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/autarquia_hospitalar_municipal/unidades_da_ahm/index.php?p=17083>. Acesso em 4 de junho de 2014

4.1. Assistência médica ambulatorial (AMA) na cidade de São Paulo

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde, a AMA é preparada para atender pacientes em quadros de menor risco nas áreas de clínica médica, pediatria e cirurgia geral ou ginecologia. Os casos atendidos nos AMAs são aqueles que não necessitam de internação ou agendamentos, tais como: febre, alergia, pressão, pequenos ferimentos, inalação, curativos, eletrocardiograma, cauterização e retirada de pontos.

A Secretaria considera este modelo de assistência como inovador para a saúde básica, pois visa atendimento aos usuários com quadros agudos de baixa e média complexidade e garantem o enfoque de maior risco na continuidade das atividades de promoção, prevenção e assistência à saúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Por estar implantada junto às UBS, essas unidades estão quase sempre perto de Ambulatórios de especialidades, Pronto Socorro ou Hospitais. A implantação das AMAs, segundo a Secretaria de Saúde do Município, tem como objetivos:

1. Realizar atendimento médico sem agendamento prévio nas especialidades básicas para usuários que demandam assistência imediata e cuja intervenção seja compatível com a complexidade de atenção básica;
2. Filtrar e otimizar o atendimento nos Prontos Socorros na medida em que absorve a demanda de baixa complexidade;
3. Oferecer retaguarda às Unidades Básica de Saúde (UBS);
4. Aumentar a oferta e a agilidade do acesso aos procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico;
5. Promover a Humanização dos serviços por meio de acolhimento resolutivo a demanda espontânea;
6. Garantir a assistência e acompanhamento nas UBS dos usuários nela atendidos, sempre que necessário;
7. Executar as ações pertinentes de vigilância epidemiológica, identificando, notificando e realizando intervenções específicas nos agravos de identificação compulsória, violência e acidentes de trabalho, garantindo a qualidade

e continuidade da assistência, segundo orientação técnica da vigilância em saúde. (COVISA, 2007).

4.2 Componentes de indicadores da Saúde do Município de São Paulo.⁶

Os critérios básicos de implantação do modelo do Sistema Municipal de Saúde (SMS), segundo, a Secretaria de Saúde, baseou-se na necessidade de Saúde do Território, usando para tanto o índice de Saúde que foi depois aprimorado pelo Índice de Necessidade de Saúde - INS, construído a partir de indicadores demográficos, epidemiológicos e sociais, distribuídos em cinco eixos temáticos: Criança/adolescente, gestante, adulto, idoso e doenças de notificação compulsória, ponderado com mapa de inclusão/exclusão social.

Segundo a Secretaria de Saúde, este índice foi desenvolvido e baseou-se de necessidade de identificação de áreas e grupos populacionais a serem priorizados para a oferta de serviços de saúde na cidade de São Paulo.⁷

Crianças e adolescentes:

- Proporção de Crianças e Adolescentes na população residente
- Coeficiente de Mortalidade Infantil
- Coeficiente de Mortalidade por Infecção Respiratória Aguda (< 5 anos)
- Proporção de Gestantes Adolescentes (< 20 anos)

Gestantes:

- Taxa de Fertilidade Total
- Razão de Mortalidade Materna
- Coeficiente de incidência de Sífilis Congênita
- Proporção de Pré-Natal inadequado (menos de sete consultas)

⁶Disponível em:
<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/ama/AMA_ManualDiretrizesTecnicas.pdf> - Acesso 20-06-2014

⁷ Disponível em: <www.prefeitura.sp.gov.br/saude/publicacoesceinfo> - acesso em 20 de junho de 2014

Adultos:

- Prevalência de Hipertensão Arterial (20 a 59 anos)
- Prevalência de Diabetes (20 a 59 anos)
- Taxa de Mortalidade por doenças Crônicas relacionadas à Hipertensão e Diabetes (30 e 59 anos)
- Taxa de Mortalidade por Acidentes (20 e 59 anos)

Idosos

- Proporção de Idosos na População Residente (maiores ou igual à 60 anos)
- Mortalidade Precoce em Idosos (% de óbitos de 60 a 69 anos em relação ao total de óbitos em 60 anos e mais)
- Taxa de Mortalidade de Idosos por Pneumonia (60 anos e mais)
- Taxa de Mortalidade de Idosos por Acidente (60 anos e mais)

Doenças de Notificação Compulsória

- Coeficiente de Incidência de Dengue
- Coeficiente de Incidência de Tuberculose Pulmonar Bacilífera
- Coeficiente de Incidência de Leptospirose
- Coeficiente de Incidência de Meningite

4.3 Autarquias de Hospitais Municipais (AHM)

Autarquia Hospitalar municipal são pessoas jurídicas de direito público, de natureza administrativa, criadas por lei específica, para a realização de atividades, obras ou serviços descentralizados da entidade estatal que as criou. Funcionam e operam na forma estabelecida na lei instituidora e nos termos de seu regulamento.

As autarquias podem desempenhar atividades educacionais, previdenciárias e quaisquer outras outorgadas pela entidade estatal-matriz, mas sem subordinação

hierárquica, sujeitas apenas ao controle finalístico de sua administração e da conduta de seus dirigentes.⁸

As finalidades das AHMs descritas no decreto nº 50.478 de 10 de março de 2009 são:

- I – Prover as necessidades das Unidades Hospitalares para as ações de promoção e assistência da atenção médico-hospitalar;
- II – Estabelecer parcerias, convênios, acordos e ajustes com instituições públicas e privadas, preferencialmente aquelas sem fins lucrativos, obedecidas as normas de direito público, visando o desenvolvimento de suas atribuições ou a complementação de ações e serviços de saúde de sua competência;
- III – Promover o desenvolvimento tecnológico e de atividades de ensino e pesquisa, incluindo a especialização técnica de profissionais da saúde;
- IV – Supervisionar as ações e serviços de saúde definidos no Plano Municipal de Saúde e executados pelas unidades hospitalares;
- V – Promover a integração entre as ações das unidades hospitalares com o serviço de atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência e sistema de regulação do município de São Paulo;
- VI – Promover a integração entre as ações das unidades hospitalares e as ações da atenção básica do município de São Paulo por meio da referência e contrarreferência.

Para atender a demanda de recursos humanos a Autarquia Hospitalar Municipal (AHM), no ano de 2013 proveu o concurso público para o preenchimento de vagas em suas unidades hospitalares, prontos socorros e sede administrativa. Houve 80511 inscrições, sendo 34716 o número total de aprovados, já a partir de 17/4/14 o prefeito autorizou a contratação de 4411 empregados públicos aprovados.

Das contratações 1.100 empregos serão ocupados por médicos, 281 por enfermeiros, 153 por especialistas não médicos e 2344 por auxiliares técnicos, além de 501 empregos de nível administrativos e 32 empregos de nível operacional.

Através desta medida, a AHM e a prefeitura de São Paulo pretendem dar continuidade à reposição de seu quadro de servidores, visando aperfeiçoar o trabalho

⁸ - Anexo I – Históricos das leis e decretos.

realizado e proporcionar melhor qualidade de atendimento aos usuários, segundo o Superintendente da AHM Roberto Yukihiro Morimoto.⁹

4.4 Aspectos que influenciam na eficácia do Sistema de saúde da cidade de São Paulo

Os aspectos que influenciam na eficácia do sistema de são bastante conhecidos: Falta de médicos de várias especialidades, demora no atendimento, demora em marcar e passar em consulta, quantidade insuficiente de medicamentos e de unidades de atendimento para a crescente demanda local.

Mesmo com as leis e de todas as mudanças e projetos estabelecidos na última década, a situação efetiva para quem busca um hospital ou Unidade Básica de Saúde (UBS) continua muito difícil e vive um dilema: se melhora a qualidade, a demanda aumenta, se aumenta a demanda compromete o atendimento pela escassez de recurso material e humano.

Houve evolução e universalização dos serviços em comparação com os tempos de INAMPS, no qual somente quem tinha registro em carteira de trabalho era atendido pelo sistema de saúde público. A maioria da população era excluída ou atendida unicamente por organizações humanitárias, como as Santas Casas.

Um fator importante para o entendimento da Gestão da Saúde em São Paulo passa pela criação das OSs nos anos 2000 na gestão do PSDB no Estado e na Prefeitura. As OSs são como ONGs ligadas a empresas que atuam, em geral, na área da saúde. Estabelecem um convênio com a prefeitura, onde recebe a concessão de uma UBS, hospital ou AMA (Assistência Médica Ambulatorial). A partir disso, passam a realizar a gestão financeira, técnica e administrativa da unidade. Estas OSs contratam profissionais sem realização de concurso, pelo sistema da CLT (Consolidação das Leis do trabalho). Também fazem compras sem abertura de licitação.

Todo o dinheiro aplicado na gestão é repassado pela prefeitura e a Organização Social recebe ainda um taxa administrativa, que não tem aplicação específica. Tudo isso tem gerado críticas contundentes ao modelo.

⁹ - Disponível em:

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/autarquia_hospitalar_municipal/Concurso.jpg

Aqui, a introdução desse modelo coube aos tucanos. Inicialmente nos hospitais estaduais da capital. Daí ele se espalhou. Nos serviços municipais de saúde, especificamente, as OSs começaram a ser implantadas em 2005, quando a dupla Serra e Gilberto Kassab (na época, DEM, atualmente PSD) assumiu a Prefeitura. Detalhe: pela proposta do SUS (Sistema Único de Saúde), os hospitais gerais do Estado deveriam estar sob gestão municipal. Porém, em São Paulo, a entrega desses hospitais às OSs impediu que fossem municipalizados. (LEMES, 2012)

A propaganda em defesa das OSs, feitas durante a gestão Serra/Kassab na prefeitura de São Paulo, mostrava que as OSs eram mais baratas e com ótimo atendimento. No entanto, essa informação foi categoricamente desmentida: “Levantamento realizado pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo demonstrou que os serviços de saúde administrados por OSs custam 40% mais do que os gerenciados diretamente pelo poder público” (LEMES, 2012). As OSs são consideradas pelos críticos como a terceirização da saúde, mas o quadro se agravou: “As OSs estão transferindo parte dos seus serviços para empresas que contratam. É a quarteirização da saúde pública paulista. Atualmente, 25% dos serviços já estão quarteirizados” (LEMES, 2012).

A Gestão do PT, do Prefeito Fernando Haddad, empossado em 2013, anunciou em abril de 2014 mudanças no sistema das gestões passadas. Pelo novo formato, as organizações sociais vão ter metas mais claras e termos de referência contratual, além de uma diminuição no número de entidades contratadas por região do município.

“Não teremos mais, como hoje, cinco organizações sociais trabalhando na mesma subprefeitura. Vamos ter um parceiro específico em uma subprefeitura e outro em outra (...) Assim, você melhora a coordenação das equipes, consegue fazer substituições mais céleres.”¹⁰
(HADDAD, 2014)

As mudanças atendem boa parte das pressões dos Movimentos sociais da saúde, que vinham fazendo protestos, já que o número de contratos com as OSs não diminuíram na gestão Haddad e elas continuavam sem o devido monitoramento.

¹⁰ Disponível em: < <http://www.redebrasilatual.com.br/saude/2014/04/haddad-vai-mudar-contrato-com-organizacoes-sociais-na-saude-ate-o-final-do-ano-4906.html> > - Acesso em 17/06/2014

Ainda assim, o investimento em saúde na cidade de São Paulo tem aumentado ano após ano. Esse recurso também é repassado às OSs para custeio de todas as suas atividades. A questão que se impõe é: se a prefeitura pode repassar este valor para a administração pela Organização Social, acrescido da taxa de administração, porque a prefeitura não pode gerir diretamente estas unidades de saúde?

De uma forma geral, a reclamação é que não houve grandes ampliações no atendimento à saúde em São Paulo, a instituição das AMAs, que realizam atendimento de baixa complexidade, poderia ter ampliado o número de unidades para atender a crescente demanda.

No caso das AMAs existe outra preocupação, porque as unidades não fazem prontuários de atendimento, ou seja, não existe acompanhamento do paciente. Ao estabelecer a AMA em substituição à UBS, a prefeitura faz a opção pelo atendimento que também custa mais caro. Essa questão fica ainda mais complexa ao se observar a forma como a administração municipal tem tratado o Conselho Municipal de Saúde (CMS). Eleita desde janeiro, a gestão atual do CMS ainda não teve acesso a quaisquer documentos sobre a gestão da saúde no município de São Paulo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de ter sido pensado em uma lógica democrática que propõem ampliação de acesso e universalização, gerando melhorias nas condições de vida e saúde da população, o SUS ainda encontra diversas dificuldades efetivas de operacionalização.

Observou-se, na década de 90, o surgimento de um modelo de atenção à saúde voltada para o mercado em contradição aos princípios legais e constitucionais do SUS. Ou seja, ocorreu um redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela política de ajuste neoliberal que resultou em uma releitura do modelo médico privatista pautado na redução de custos dos serviços prestados pelo Estado, o que pode ser considerado umas das principais barreiras para operacionalização plena do SUS.

O estímulo oficial ao mercado dos planos privados, a fragmentação dos repasses federais, o predomínio do pagamento por produção, a precarização das relações de trabalho, a não implantação das redes regionalizadas e da integralidade, a não implementação do planejamento e orçamento ascendentes relaciona-se diretamente com o modelo de sub financiamento alimentando-se mutuamente.

Esse descumprimento dos dispositivos constitucionais em relação à saúde pública, e a falta de controle e regulação, aumentam na medida em que as propostas governamentais de redução dos recursos destinados à saúde passam a ser aplicados em outras áreas como no caso da superação no déficit das contas públicas, caracterizando, portanto, numa lógica de subordinação da política social ao capital financeiro, achatando, conseqüentemente, os direitos sociais. Paralelo a isso, a imagem de um sistema público de saúde ineficiente é o tempo todo reforçado com o intuito de mascarar a falta de suporte político para a efetivação do SUS.

Em suma, algumas questões comprometeram a possibilidade de avanço do SUS como política social, cabendo destacar: o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos, afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico – hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde.

Pelos resultados alcançados, até o momento, são inegáveis os avanços do SUS, mas, a medida em que melhora a oferta dos serviços de saúde, a demanda também aumenta,

gerando um dilema cíclico, pois a oferta não acompanha a crescente demanda e, por consequência, persistem os problemas a serem enfrentados, para que haja a consolidação de um sistema de saúde público universal e que possa prestar serviços de qualidade à toda a população.

Espera-se que o presente trabalho possa contribuir para o entendimento e estímulo às discussões sobre uma saúde pública eficiente e democrática no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988.

BRAGA, J. e GOES, S., 1981. Saúde e Previdência. São Paulo SEBES-HUCITEC

BRASIL, Lei nº 9656, de 03/6/1998. Brasília, 1998.

a Gráfica da Bahia- Salvador, 292p.

ABRAMGE, 2001 disponível em URL: <http://www.abramge.com.Br>

Agencia Nacional de Saúde Suplementar, 2001, disponível em URL:

<<http://www.ans.saúde.gov.br>>

BERLINGUER, G. 1993. o direito à vida e a ética da saúde. Lua Nova, nº30, p.121-143

BRAGA, J. e GOES, S., 1981. Saúde e Previdência.. São Paulo SEBES-HUCITEC

BRASIL, Lei nº 9656, de 03/6/1998. Brasília, 1998.

CONASEMS, 2001. Jornal do CONASEMS. Ano 5 , n.75, p.7

DONANGELO, MCF, 1975. SAUDE E SOCIEDADE SÃO PAULO DUAS CIDADES

FORMIGLE, V.L.A. 2000. A Saúde na Constituição Brasileira: O SUS e os obstáculos da Prática. Texto Didático da Disciplina introdução a MEDICINA SOCIAL,

DEPARTAMENTO DA MEDICINA PREVENTIVA SALVADOR, BA

FONTE: IBGE, 2002. PESQUISA, MAS, 199. DISPONIVEL EM URL:

<http://www.ibge.gov.br>

FONTE: Conselho Federal de Saúde <<http://www.conselho.saude.gov.br/legislacao>> .

LEMES, Conceição. “Para o bem da saúde pública dos paulistanos, Haddad precisa abrir a caixa-preta das OSs”. Blog Vi o mundo. Disponível em:

<<http://www.viomundo.com.br/denuncias/para-o-bem-da-saude-publica-dos-paulistanos-haddad-precisa-abrir-a-caixa-preta-das-oss.html>>.

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/autarquia_hospitalar_municipal/Concurso.jpg

<http://www.redebrasilatual.com.br/saude/2014/04/haddad-vai-mudar-contrato-com-organizacoes-sociais-na-saude-ate-o-final-do-ano-4906.html>> - Acesso em 17/06/2014

Disponível em: www.direitoshumanos.usp.br > ... > OMS - Organização Mundial da Saúde acesso em 2 de junho de 2014.

ANEXO I

Históricos das leis e decretos

Neste item apresentaremos leis que norteiam e regulamentam o SUS e suas políticas e formas de atuação.

- A lei n. Lei nº 8.080/90, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Determina em seu artigo 9º, que a direção do SUS deve ser única, de acordo com o inciso 1º do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera do governo pelos seguintes órgãos: I – no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; II – no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente e III- no âmbito dos Municípios, pelas Secretarias ou Órgão equivalente.

Lei nº 8.142, de 28/12/1990- Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Lei nº 9.836, de 23/09/1999 - Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Lei nº 10.424, de 15/04/2002- Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde.

Lei nº11. 108, de 7 de abril de 2005 – altera a Lei nº.8080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito á presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito dos sistema Único de Saúde

Lei nº 12.466, de 24/08/2011: Acrescenta art. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e

recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços dá outras providências”.

Lei 12.438, de 6 de julho de 2011 : Altera a Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, que dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS e dá outras providências, para que a prestação de contas dos gestores do Sistema Único de Saúde - SUS ao Poder Legislativo estenda-se à esfera federal de governo.

- Lei Complementar n.º 141, de janeiro de 2012: Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

ANEXO II

DISTRIBUIÇÃO DOS BAIRROS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

