

Emílio Telesi Júnior

A SAÚDE EM TEMPOS DE ERUNDINA

Comissão Editorial

Ma. Juliana Aparecida dos Santos Miranda

Ma. Marcelise Lima de Assis

Conselho Editorial

Dr. André Rezende Benatti (UEMS*)

Dra. Andréa Mascarenhas (UNEB*)

Dra. Ayanne Larissa Almeida de Souza (UEPB)

Dr. Fabiano Tadeu Grazioli (URI) (FAE*)

Fernando Miramontes Forattini (Doutorando/PUC-SP)

Dra. Yls Rabelo Câmara (USC, Espanha)

Me. Marcos dos Reis Batista (UNIFESSPA*)

Dr. Raimundo Expedito dos Santos Sousa (UFMG)

Ma. Suellen Cordovil da Silva (UNIFESSPA*)

Nathália Cristina Amorim Tamaio de Souza (Doutoranda/UNICAMP)

Dr. Washington Drummond (UNEB*)

Me. Sandro Adriano da Silva (UNESPAR*)

*Vínculo Institucional (docentes)

Emílio Telesi Júnior

**A SAÚDE EM TEMPOS DE
ERUNDINA
(1989-1992)**



Catu, BA

2023

© 2023 by Editora Bordô-Grená
Copyright do Texto © 2023 Os autores
Copyright da Edição © 2023 Editora Bordô-Grená

TODOS OS DIREITOS GARANTIDOS. É PERMITIDO O DOWNLOAD DA OBRA, O COMPARTILHAMENTO E A REPRODUÇÃO DESDE QUE SEJAM ATRIBUÍDOS CRÉDITOS DAS AUTORAS E DOS AUTORES. NÃO É PERMITIDO ALTERÁ-LA DE NENHUMA FORMA OU UTILIZÁ-LA PARA FINS COMERCIAIS.

Editora Bordô-Grená
<https://www.editorabordogrena.com>
bordogrena@editorabordogrena.com

Projeto gráfico: Editora Bordô-Grená
Capa: Keila Lima de Assis e Rita
Bittencourt
Edição: Editora Bordô-Grená
Revisão textual: Editora Bordô-Grená

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
CATALOGAÇÃO NA FONTE

Bibliotecário responsável: Roberto Gonçalves Freitas CRB-5/1549

T269s

Telesi Júnior, Emílio.

A saúde em tempos de Erundina : 1989-1992 / Emílio Telesi Júnior. –

Catu: Bordô-Grená, 2023.

128fls. il: color

Incluem referências

ISBN: 978-65-80422-35-7

1. Sistema único de saúde – SUS. 2. São Paulo. 3. Luiza Erundina. I. Título.

CDD 362.11081

CDU 614.29

Os conteúdos dos capítulos são de absoluta e exclusiva responsabilidade dos autores.

S U M Á R I O

PREFÁCIO	9
<i>Eduardo Jorge</i>	
APRESENTAÇÃO	13
1. OS PRIMEIROS PASSOS	19
2. AS MUDANÇAS NA SAÚDE	25
3. AS PRIORIDADES DO NOVO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE	55
4. A PERCEPÇÃO DAS DISTINTAS VISÕES: FUNCIONÁRIOS, CIDADÃOS E DIRIGENTES	65
5. ALÉM DA SAÚDE	95
CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
POSFÁCIO	125
<i>Luiza Erundina de Souza</i>	

*Lembrar-me de ti! Sim, pobre espectro, enquanto a
memória tiver assento neste mundo enlouquecido.*

Shakespeare

PREFÁCIO

O amigo Emílio Telesi Júnior me pede para fazer um breve prefácio ao seu texto, originalmente uma tese acadêmica sobre o período de 1989-92 da longa história da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-SP), outrora denominada Secretaria Municipal de Higiene e Saúde. Faço isso com satisfação e certa nostalgia, pois vivemos juntos essa aventura política e administrativa. E ela foi boa.

Emílio fez parte comigo e com a Yamma da primeira turma de cinquenta médicos sanitaristas, formados pela parceria entre a Faculdade de Saúde Pública/USP e a Secretaria de Estado da Saúde em 1.976, e neste mesmo ano, mediante concurso público, assumimos funções de direção e atendimento no governo estadual na área da saúde.

Nota: cerca de outros quinhentos sanitaristas foram formados nos cinco anos seguintes. Isso nos remete a uma observação preliminar necessária. São Paulo, estado e capital, sempre tiveram tradição de atenção em saúde pública. As primeiras instalações do atual Instituto Adolfo Lutz foram projetadas na época do Imperador Dom Pedro II.

Nos “tempos modernos”, décadas de 1960-80, tivemos a sorte de contar com visionários como Walter Leser, Adib Jatene, Nelson Proença, João Yunes, entre outros, à frente da Secretaria de Estado da Saúde, no interior e na capital. Uma estrutura hospitalar/ambulatorial/epidemiológica importante e anterior ao SUS já existia nesse período. Além disso, nos anos 1970 e 1980 um forte e perene

movimento popular nasceu junto às lutas pela democratização do país. Particularmente na zona Leste da cidade de São Paulo, além das lutas reivindicatórias frente à situação da rede pública, apareceram originais experiências de participação na gestão, com a criação de eleições diretas de conselhos locais de saúde ligados aos Centros de Saúde existentes na região leste. Tudo isto era elemento que alimentava uma articulação ampla nacional por uma reforma sanitária no Brasil. O resultado de toda essa movimentação pela redemocratização e superação da ditadura militar, e no nosso caso, de trazer o direito universal de acesso à saúde do povo brasileiro, foi plenamente vitorioso, com a realização da Constituição de 1987/88.

A democracia voltou ao Brasil pela Reforma Sanitária e ganhou corpo com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O período do estudo desenvolvido pelo Emílio na SMS-SP, entre 1989-92, desenvolveu-se num ambiente político muito mais saudável.

No entanto, é importante levar em conta, e isto explica muito das nossas limitações nesses quatro anos analisados, que a estrutura normativa do SUS infraconstitucional ainda estava por ser feita. Somente no final de 1990 é que as Leis 8080 e 8142 foram aprovadas pelo Congresso Nacional. E ainda viriam os anos para a sua absorção e detalhamento. E isso não seria fácil, pois a ideia de solidariedade administrativa e financeira dos entes federal, estaduais e municipais, era algo muito novo na história do Brasil. Não seria feita sem muita controvérsia e debates, pois implica em compartilhamento de poder.

No nosso caso em particular, havia uma grande resistência para a integração estadual / municipal. Na época, a direção da Secretaria de Estado da Saúde simplesmente não aceitava o forte vetor de municipalização imposto pelo SUS. Era contra a municipalização.

A rebatizada SMS-SP teve que dar os primeiros passos no SUS municipal solitariamente e sem a legislação infraconstitucional aprovada. Interpretou por conta própria os princípios constitucionais do SUS. E isso foi feito. Emílio cita algumas dessas interpretações que originaram a administração municipal na época.

Trabalho Intersetorial. Uma visão de que a política pública de saúde não pode se afastar de uma ação conjunta de todas as políticas públicas, transporte, educação, meio ambiente, urbanismo, entre outras.

Inclusão. O SUS é a chegada no Brasil do direito universal de assistência à saúde. Ninguém deve ser deixado para trás.

Descentralização. Tudo o que pode ser feito no nível local deve ser feito no nível local. No caso da cidade de São Paulo isto se materializou com a criação das Administrações Regionais e dos Distritos de Saúde.

Promoção da Saúde. Numa atenção integral prevista pelo SUS a promoção da saúde deve jogar um papel chave desde a autonomia do cidadão, na superação do modelo hospitalocêntrico tradicional e até o equilíbrio orçamentário da administração.

Participação. Tanto os trabalhadores da saúde quanto os cidadãos podem e devem ajudar na administração e na escolha do sistema de saúde.

Hoje, trinta anos depois, sabemos que a plena implantação do Sistema Único de Saúde na capital só viria em 2001, portanto, treze anos após a Constituinte democrática. Mas isso é uma outra história. O que não quer dizer que grandes gestores, trabalhadores da saúde e conselheiros populares não tenham feito história também nestes anos de 1989-92.

Eduardo Jorge Martins Alves Sobrinho¹

¹ Médico sanitário, graduou-se pela Universidade Federal da Paraíba (PB) e pela Universidade de São Paulo (USP). Especializou-se em Medicina Preventiva, e em Saúde Pública, na USP. É médico sanitário da SES-SP há 47 anos. Por duas vezes foi secretário municipal de Saúde de São Paulo: no governo de Luiza Erundina, entre 1989 e 1990, e na gestão de Marta Suplicy, de 2001 a 2002. Duas vezes Secretário Municipal do Meio Ambiente nas gestões Serra e Kassab, de 2005 a 2012.

APRESENTAÇÃO

Este texto é fruto da tese de doutorado “Reflexões Sobre a Política Municipal de Saúde de São Paulo, 1989-92”, apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo/USP, em 1998, e diz respeito às mudanças ocorridas na Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo no período. Como participante ativo do processo, tive o privilégio de participar e assistir de perto as mudanças de rotas e as corajosas inovações empreendidas na gestão do secretário Eduardo Jorge. No trabalho, são descritas as alterações estruturais e as diretrizes políticas que nortearam a implantação do novo modelo de atenção à saúde iniciado no governo Luiza Erundina, além de serem analisadas as inovações a partir da ótica dos servidores e dos cidadãos usuários do SUS. Passadas mais de duas décadas, é interessante lançar um olhar retrospectivo para o que foi realizado naquele governo. E é difícil deixar de espantar-se com a radicalidade das ações empreendidas, que ainda hoje tem caráter inovador e inclusivo.

No doutorado, meu propósito foi especialmente descrever as mudanças ocorridas na Secretaria Municipal da Saúde, particularmente em relação à construção de um novo modelo de gestão e de atenção à saúde, que conseguiu ser implantado na cidade em parte considerável.

O livro surge mais de 30 anos depois de finda minha participação na Secretaria da Saúde como diretor da Administração Regional de Saúde Pirituba/Perus. Impossível não lembrar aquela época com saudade e admiração, especialmente frente aos grandes desafios que a

saúde pública vem enfrentando em anos recentes e nos anos que teremos pela frente.

Quando Luiza Erundina de Sousa assumiu a Prefeitura do Município de São Paulo, em janeiro de 1989, trouxe com ela um secretariado de enorme capacidade técnica e expressão política. Fazia parte da equipe Eduardo Jorge Martins Alves Sobrinho, designado para a Secretaria Municipal da Saúde, que me convidou para integrar sua equipe de trabalho. Agradeço esse honroso convite, pois nos quatro anos de vivência no campo da saúde pública pude aprender muito e adquirir uma experiência profissional que me deu forças para desenvolver outros projetos em gestão seguinte do mesmo secretário, a partir de janeiro de 2001.

Após o governo Luiza Erundina, resolvi registrar a memória de como vivi a saúde naquele período de 1989 a 1992 e procurei descrever as mudanças organizacionais ocorridas a partir da percepção que os funcionários e os cidadãos/usuários tiveram da secretaria, particularmente quanto à construção de práticas inovadoras do modelo de gestão e de atenção nas Unidades da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

Usei como ponto de partida do projeto de pesquisa sete pressupostos:

1. A Secretaria Municipal da Saúde procurou trabalhar de forma integrada com outros setores sociais, principalmente com as Secretarias Municipais da Educação, do Bem-Estar-Social, da Habitação e a Secretaria das Administrações Regionais.

2. Desde o início, a SMS reconheceu que os problemas fundamentais decorriam das injustiças sociais. Assim, seriam priorizados os grupos sociais mais injustiçados, buscando-se a promoção da equidade nas ações de saúde.

3. A SMS reconhecia a necessidade de reformas políticas, sociais e administrativas, visando à descentralização da gestão, à participação e ao controle populares. Essas mudanças readequariam os serviços com base nas necessidades da população. Acreditando nisso, a SMS regionalizou e tornou seus equipamentos distritais, fortalecendo as tomadas de decisão nas bases de sua estrutura.

4. A SMS democratizou seu processo gerencial e administrativo, com a criação de 10 Administrações Regionais e 31 Distritos de Saúde. Desse processo, participaram os funcionários, os representantes da população, as entidades e os movimentos sociais.

5. A SMS entendeu que o modelo médico-assistencial-hospitalocêntrico estava em crise irreversível e procurou transformar as práticas sanitárias no sentido da produção da saúde. Trabalhou para construir um modelo de atenção que priorizasse a vigilância à saúde, isto é, desenvolvesse ações a partir dos problemas e dos fatores que determinam as condições de saúde e não apenas atuasse sobre os efeitos dos agravos à saúde, prática de caráter eminentemente assistencial e curativo.

6. A SMS reconheceu que as mudanças dependiam da política de valorização dos trabalhadores da área. Assim, houve investimento e valorização dos funcionários por meio de recuperação salarial e processo

de educação continuada, intensamente desenvolvida em todos os níveis da estrutura.

7. Os servidores e a população organizados participaram do planejamento e das decisões da Secretaria, desde o nível central até o local. Foram criados o Conselho Municipal da Saúde, os Conselhos Regionais, os Distritais e as Comissões Gestoras das Unidades de Saúde. Nesses quatro anos, realizaram-se conferências distritais, regionais e municipais de saúde, todas com caráter deliberativo.

Para o desenvolvimento deste trabalho, realizei pesquisa de campo que incluiu entrevistas com os servidores e os cidadãos/usuários do SUS, por meio das quais colhi as informações necessárias para apreender de que forma os funcionários e os cidadãos/usuários dos serviços de saúde da rede municipal perceberam as transformações ocorridas. A expressão *cidadão/usuário* serve para designar os entrevistados que representam o *segmento população*. “Cidadão/usuário” significa simplesmente cidadão, seja ele, como se verá, usuário ou não da rede de serviços de saúde. Essa expressão foi utilizada com o propósito de reforçar o sentido da política de saúde, que tinha como um dos princípios nucleares a promoção da cidadania, a partir da participação popular, vista enquanto *“possibilidade de criação, transformação e controle sobre o poder, ou os poderes”* (Benevides, 1991).

Um dos exemplos foi a elaboração do orçamento-programa anual. Tradicionalmente planejado nos gabinetes da Secretaria, foi substituído pela elaboração de um “orçamento participativo”, que

passou a ser feito de modo descentralizado, junto aos Conselhos Gestores das Unidades de Saúde; ou por meio de maior aproximação da Secretaria das organizações não governamentais e do apoio aos movimentos sociais ligados à saúde, às moradias populares e às creches, por exemplo.

Confrontei os resultados encontrados nesta etapa da pesquisa com o projeto técnico-político implementado pelos gestores da Saúde. Os motivos que me levaram a estabelecer o confronto entre as duas visões - dos funcionários e cidadãos/usuários e dos gestores - são de duas ordens. Em primeiro lugar, a comparação foi feita porque penso que as mudanças, a formulação e a implementação das práticas de saúde passam pelo pensamento desses três segmentos. Em segundo porque acredito que não seja possível pensar em mudanças nos modelos de gestão e de atenção, e enfrentar os problemas de saúde, sem o envolvimento de cidadãos, funcionários e dirigentes do setor.

O livro está dividido em seis capítulos, que contemplam:

Os Primeiros Passos;

As Mudanças na Saúde;

As Prioridades do Novo Modelo de Atenção à Saúde;

A Percepção das Distintas visões: funcionários, cidadãos e dirigentes;

Além da Saúde;

Conclusões.

OS PRIMEIROS PASSOS

Os princípios que nortearam o trabalho desenvolvido na saúde foram elaborados quase dois anos antes de serem promulgadas as Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8080 e Lei 8142) que criaram o Sistema Único de Saúde em setembro de 1990.

Embora o SUS já tenha mais de 30 anos, ainda predomina no país a tendência de organizar o modelo de atenção à saúde à moda antiga, centrada em hospitais e redes de ambulatorios cada vez mais especializados, em detrimento da assistência primária e da promoção à saúde. Esse modelo impõe um padrão de gastos incompatível com o defendido pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que sempre deixou claro que o SUS só poderia viabilizar-se se fosse predominantemente público, com financiamento adequado e efetiva participação e controle social, com prioridade absoluta para a promoção da saúde.

Hoje, o argumento que mais se ouve enfatiza a necessidade de flexibilizar e tornar mais eficiente e moderna a gestão do SUS. E se explicita que essa eficiência só seria possível por meio de parcerias estabelecidas com o setor privado. No entanto, há controvérsias a respeito, pois eminentes economistas que anos atrás defenderam o neoliberalismo com entusiasmo, hoje assumiram posição mais cautelosa. É o caso de Luis Carlos Bresser Pereira² que, ao se referir à

² Folha de São Paulo.

privatização que vem ocorrendo na área, afirma que “(...) *na saúde, como na educação, o mercado não é um bom alocador de recursos. Porque os seus usuários não têm as informações necessárias para que o mercado possa funcionar bem. A assimetria de informações é gritante... O lucro privado tem sempre ‘razões’ incríveis a seu favor. Muitas vezes boas razões. Mas, neste caso, razões contra a cidadania. Razões que são consistentes com o exemplo dos Estados Unidos, não o da Europa, onde os serviços de saúde não foram privatizados, são mais eficientes, e de melhor qualidade*”.

No “longínquo” ano de 1989 estávamos muito distantes da visão atual, que concebe os avanços e as melhorias do SUS apenas por meio de parcerias com o setor privado. Para nós, criar o SUS em São Paulo visava ao bem comum e exigia ampla mobilização. Era o momento de fazer escolhas essenciais e implementar as teses que deram origem ao Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, ou seja, organizar um sistema de saúde moderno e justo, controlado por usuários, trabalhadores, funcionários e agentes públicos, que tomasse parte no desenvolvimento social e ocupasse um lugar de destaque na vida de cada um.

Para atingir esses objetivos, a gestão municipal identificou alguns pontos que deveriam ser imediatamente corrigidos. Entre eles, a crônica insuficiência dos recursos humanos, materiais e financeiros perante a grandeza e as necessidades da cidade. E, também, a desintegração entre os distintos setores de atuação social, que não permitia pensar as políticas públicas de forma integrada, em função das particularidades,

necessidades e desigualdades sociais prevalentes nos distintos territórios da cidade. Além disso, era possível constatar a fragilizada e precária participação social dos funcionários e dos trabalhadores da saúde.

A Reforma Administrativa ocorrida na Secretaria Municipal da Saúde em 1989 exigiu a organização de mecanismos de participação social, mudanças de comportamento do conjunto dos trabalhadores e inserção de outros setores sociais visando ao enfrentamento dos principais problemas de saúde. Foi acompanhada pela criação de Administrações Regionais e Distritos de Saúde, quando foram introduzidos conceitos como o de territorialização em saúde, planejamento estratégico, microlocalização de problemas, promoção da equidade e vigilância à saúde. Os gestores passaram a ser preparados para incorporar modelos assistenciais alternativos e outros instrumentos de gestão nos sistemas locais de saúde, prestes a serem criados.

A reforma administrativa foi concebida de tal modo que a saúde pudesse oferecer respostas às diferentes necessidades de assistência aos distintos segmentos populacionais, e que iniciasse um trabalho mais voltado à promoção da saúde. Os dirigentes da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo tinham plena consciência dos desafios a serem encontrados no processo e procuraram apoio em outros setores sociais, passando a propor e a defender mudanças não apenas dentro do seu próprio setor. Os esforços caminharam no sentido do deslocamento do eixo de trabalho, historicamente consolidado na assistência médica individual, para alcançar um campo de aplicação mais amplo, de intervenção coletiva, que levava em consideração os agravos ambientais

e os fatores que condicionam a qualidade de vida e as condições de saúde da população, especialmente a mais vulnerável. Essa diretriz, que norteava a gestão da saúde, era originária do Movimento da Reforma Sanitária e dizia respeito à saúde enquanto direito da cidadania, visando à universalidade da atenção, à integralidade do cuidado, à inclusão, à participação e ao controle social.

Ao analisar o movimento de Reforma Sanitária, Elias³ chama a atenção para dois pontos que poderiam promover movimentos contrários à mesma *“(...) a saúde é tratada como valor universal, indivisível e núcleo subversivo da estrutura social, e nestes termos passa a ser entendida como possibilidade de promover a transformação social através da construção de um bloco histórico ou, no mínimo participar dela como um catalisador (...) a Reforma Sanitária passa como sendo a estratégia possível para a transformação social”*.

Discordando dessas críticas, e sempre embasado nas propostas da Reforma Sanitária, o comando da Secretaria da Saúde abriu-se a outras frentes, inserindo-se na luta contra a violência urbana, em defesa dos moradores de rua, dos sem-teto e de outras minorias, na tentativa de tornar São Paulo uma cidade mais humana e acolhedora por meio de ações integradas a outros setores de atuação social. Esta postura política, de caráter inovadora no governo municipal de São Paulo, serviu para reforçar a concepção de que os serviços de saúde são parte de um conjunto maior de estruturas e operações que, para ser efetivo, exige a articulação de políticas intersetoriais.

³ Elias, P.E.M. Análises Sobre a Reforma Sanitária e Concepções Políticas Subjacentes. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 2 (1): 59-73, 1993.

Logo no início do governo tivemos consciência de que a reorganização dos serviços de saúde dependeria de alterações estruturais mais amplas da máquina administrativa, ligadas à capacitação e ao desenvolvimento da força de trabalho e ao envolvimento de lideranças políticas, comunitárias e movimentos sociais.

Sentíamos o enorme trabalho a ser feito e acreditávamos que se atingíssemos os nossos objetivos, deixaríamos um grande legado, que seria a criação de um vínculo entre a administração pública, a saúde pública e a população. Estávamos certos de que os servidores da saúde e os cidadãos/usuários do SUS, reconhecendo o esforço e o valor do trabalho coletivo desenvolvido durante os quatro anos, continuariam lutando lado a lado pela manutenção e consolidação do projeto de modernização do setor saúde iniciado na gestão Luiza Erundina, houvesse o que houvesse nos anos seguintes.

AS MUDANÇAS NA SAÚDE

O Secretário Municipal da Saúde, Eduardo Jorge Martins Alves Sobrinho, deu início ao processo de modernização administrativa. Quatro diretrizes foram decisivas para a reforma na saúde ocorrida entre 1989 e 1992, destinadas a aumentar a eficiência, a eficácia e o impacto das ações de saúde nas condições de vida da população.

Foram elas:

1. A reorganização das estruturas gerenciais e administrativas da máquina da Secretaria da Saúde.
2. A valorização, o desenvolvimento, a educação permanente e continuada dos recursos humanos.
3. A participação popular e o controle social, com a implantação dos Conselhos Gestores em todas as instâncias decisórias da Secretaria.
4. A reorganização do sistema e do fluxo das informações de saúde.

A REORGANIZAÇÃO DAS ESTRUTURAS

Em janeiro de 1989, a Secretaria da Saúde revelava uma situação precária, semelhante à do quadro geral da Prefeitura. Os funcionários aparentavam grande desmotivação. Os levantamentos preliminares indicavam que mais de 50% dos equipamentos da rede física da saúde estavam desativados. A produtividade era baixa, com a média de internação hospitalar girando em torno de 1.000/mês, contra 7.000

internações/mês possíveis pela capacidade física instalada e cerca de 230.000 atendimentos ambulatoriais, contra 420.000 possíveis por mês.

O cenário era dramático. Numa cidade como São Paulo, inserida em uma região metropolitana, afetada por um estado crônico de pobreza, violência e marginalidade social, o quadro sanitário com elevados índices de morbimortalidade preveníveis extrapolava a competência do setor saúde. Diante dessa situação, a Secretaria da Saúde se propôs a repensar os tradicionais conceitos de planejamento e começou a buscar parcerias junto a setores organizados da população, do funcionalismo público e instituições acadêmicas. Imediatamente passou a tomar uma série de medidas, amparadas em outra concepção de saúde, que serviria de base para a reorganização das estruturas administrativas. Buscava-se a mudança das práticas sanitárias, tendo em vista a implantação de um modelo inovador de atenção e de gestão à saúde.

A antiga Secretaria era denominada por "Secretaria de Higiene e Saúde" e tinha uma estrutura administrativa centralizada, no Gabinete do Secretário. Dividia-se em três grandes ramos, que não confluíam entre si: a Superintendência Médico-Hospitalar (MED), que gerenciava os Hospitais e os Prontos-socorros Municipais; o Departamento de Saúde da Comunidade (DSC), responsável pelo gerenciamento das atividades ambulatoriais; e o Departamento de Apoio Técnico (DATE), encarregado da frota de veículos e da manutenção da estrutura física dos prédios e dos equipamentos.

A história da então Secretaria de Higiene e Saúde registra períodos anteriores de maior participação em anos antecedentes ao de 1989. Segundo Marsiglia⁴, quando Mário Covas foi Prefeito *“houve um crescimento do movimento do funcionalismo municipal, com várias manifestações, reivindicações e paralisações, inclusive na área da saúde. A administração sofreu pressão nesse período para que as direções dos serviços pudessem ser eleitas pelos funcionários e pela ‘comunidade’, isto é, pela população que dele se servissem (...) As experiências desta gestão foram abandonadas com a eleição de Jânio Quadros, em 1995”*.

Enfim, quando a administração Erundina assumiu o governo, não havia registro da participação popular e controle social na saúde. A cultura institucionalizada era autoritária. A tarefa dos novos dirigentes era mudar radicalmente a situação estabelecida, realizando rapidamente uma reforma na estrutura organizacional da Secretaria, democratizando seu processo gerencial e decisório, por meio do exercício da cidadania entre os funcionários e os usuários, em consonância com as mesmas diretrizes do governo municipal.

Em abril de 1989 configurou-se um novo desenho organizacional. A Secretaria de Higiene e Saúde, passou a se denominar Secretaria Municipal da Saúde - SMS e foi subdividida em dez Administrações Regionais de Saúde - ARS. Cada ARS ganhou maior autonomia político-administrativa e passou a assumir a responsabilidade de gerenciar todos os tipos de equipamentos

⁴ Marsiglia, R.M.G. Servidor, Funcionário, Trabalhador: interesses e culturas organizacionais no setor público de saúde. Tese de Doutorado, FFLCH, USP, 1993, p. 243.

municipais de saúde situados dentro de sua área geográfica de abrangência.

A intenção era a de regionalizar e integrar os diferentes serviços de modo hierarquizado, a partir da implantação de sistemas locais de saúde - os denominados Distritos de Saúde - que viriam a ser implantados a partir dos primeiros passos da reforma administrativa, isto é, depois de serem consolidadas e estruturadas as ARS's.

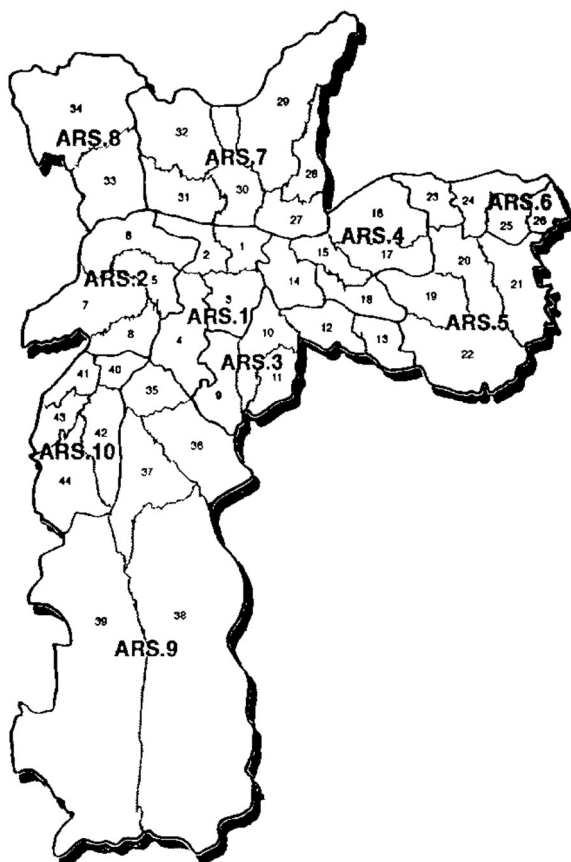
Assumi a responsabilidade da gestão da Administração Regional de Saúde de Pirituba-Perus, a ARS-8, uma das menores, quanto ao número de habitantes e de Unidades de Saúde entre as 10 ARS's criadas. Seus equipamentos constavam de um hospital geral, o Hospital Dr. José Soares Hungria, com apenas 60 leitos de internação, porém com um dos Prontos-Socorros mais movimentado da capital, em média com 1.000 atendimentos por dia; um Ambulatório de Especialidades; um Centro de Convivência e Cooperativa (CeCCo); um Hospital-Dia para portadores de sofrimento mental; um outro Pronto-Socorro localizado no Distrito de Perus; e apenas seis Unidades Básicas de Saúde, distribuídas pela área da ARS-8. As outras nove ARS's foram denominadas: ARS-1 (Centro), ARS-2 (Butantã), ARS-3 (Jabaquara-Ipiranga), ARS-4 (Penha-Tatuapé), ARS-5 (Itaquera- Guaianazes), ARS-6 (São Miguel), ARS-7 (Santana-Nossa Senhora do Ó), ARS-9 (Santo-Amaro) e ARS-10 (Campo Limpo)⁵.

⁵ O decreto municipal número 27.724, publicado no D.O.M. em 12 de abril de 1989, definiu os limites e competências das dez Administrações Regionais de Saúde e quarenta e quatro Distritos de Saúde.

O Gabinete do Secretário, juntamente com os diretores das dez Administrações Regionais de Saúde, representava a instância de maior poder decisório no interior da Secretaria Municipal da Saúde. Esta esfera de governo passou a ser denominada Conselho Técnico-Administrativo, CTA.

No cartograma da página seguinte, a representação gráfica da divisão administrativa da Secretaria Municipal da Saúde:

Localização das ARS e Distritos Sanitários



ARS.1

01. DS Sé (Sé, Bom Retiro, Pari, Brás)
02. DS Santa Cecília (Santa Cecília, Barra Funda, República, Consolação)
03. DS Vila Mariana (Vila Mariana, Bela Vista, Liberdade, Cambuci)
04. DS Ibirapuera (Ibirapuera, Jardim Paulista, Campo Limpo, Itaim)

ARS.2

05. DS Pinheiros (Pinheiros, Alto de Pinheiros)
06. DS Lapa (Lapa, Jaguaré, Vila Leopoldina, Perdizes)
07. DS Butantã (Butantã, Raposo Tavares, Rio Pequeno)
08. DS Vila Sônia (Vila Sônia, Morumbi)

ARS.3

09. DS Jabaquara (Jabaquara, Saúde)
10. DS Ipiranga (Ipiranga, Cursino)
11. DS Sacomã (Sacomã)
12. DS Vila Prudente (Vila Prudente, São Lucas)
13. DS Sapopemba (Sapopemba)

ARS.4

14. DS Moóca (Moóca, Belém, Água Rasa)
15. DS Tatuapé (Tatuapé, Carrão)
16. DS Penha (Penha, Cangaíba, Ponte Rasa)
17. DS Vila Matilde (Vila Matilde, Artur Alvim)
18. DS Jardim Iva (Vila Formosa, Aricanduva)

ARS.5

19. DS Cidade Líder (Cidade Líder, Parque do Carmo)
20. DS Itaquera (Itaquera, José Bonifácio)
21. DS Guaianazes (Guaianazes, Cidade Tiradentes, Lajeado)
22. DS São Mateus (São Mateus, São Rafael, Iguatemi)

ARS.6

- 23. DS Ermelino Matarazzo (Ermelino Matarazzo, Vila Jacuí)
- 24. DS São Miguel Paulista (São Miguel Paulista, Jardim Helena)
- 25. DS Vila Nova Conceição (Vila Curuçá)
- 26. DS Itaim Paulista (Itaim Paulista)

ARS.7

- 27. DS Vila Maria (Vila Maria, Vila Guilherme)
- 28. DS Jaçanã (Jaçanã, Vila Medeiros)
- 29. DS Tucuruvi (Tucuruvi, Tremembé)
- 30. DS Santana (Santana, Mandaqui)
- 31. DS Freguesia do Ó (Freguesia do Ó, Limão, Casa Verde)
- 32. DS Brasilândia (Brasilândia, Cachoeirinha)

ARS.8

- 33. DS Pirituba (Pirituba, Jaguará, São Domingos)
- 34. DS Perus (Perus, Jaraguá, Anhanguera)

ARS.9

- 35. DS Santo Amaro (Santo Amaro)
- 36. DS Pedreira (Pedreira, Cidade Ademar, Campo Grande)
- 37. DS Cidade Dutra (Cidade Dutra, Socorro)
- 38. DS Grajaú (Grajaú)
- 39. DS Parelheiros (Parelheiros)

ARS.10

- 40. DS Vila Andrade (Vila Andrade)
- 41. DS Campo Limpo (Campo Limpo)
- 42. DS Jardim São Luís (Jardim São Luís)
- 43. DS Capão Redondo (Capão Redondo)
- 44. DS Jardim Ângela (Jardim Ângela)

As principais responsabilidades que cabiam às ARS diziam respeito à coordenação e implementação das diretrizes da política municipal de saúde no conjunto dos Distritos de Saúde de sua área de abrangência, a promoção e participação intersetorial, particularmente junto aos Núcleos Regionais de Planejamento, instâncias onde participavam outras secretarias municipais com a finalidade de se fazer a articulação e planejamento do governo, de acordo com as particularidades e prioridades regionais. Outra responsabilidade da ARS era analisar o desempenho físico-financeiro das ações de saúde produzidas pelo conjunto das Unidade de Saúde dos Distritos, tendo em vista os recursos existentes e as necessidades de saúde da população local.

Aos Distritos de Saúde cabiam competências mais próximas do controle das ações de saúde produzidas pelos serviços a eles diretamente subordinados, como a elaboração e execução de Planos Operativos Anuais, o estabelecimento de objetivos e metas, e a definição de recursos necessários para o enfrentamento dos principais problemas de saúde em suas respectivas áreas de abrangência. Como se vê, aos Distritos de Saúde cabiam competências semelhantes às da ARS, porém nos limites de suas áreas geográficas.

Havia consenso entre os gestores de que havendo a criação dos Distritos de Saúde a Prefeitura do Município de São Paulo estaria capacitada técnica, política e administrativamente para a completa e definitiva municipalização dos serviços de saúde, passo fundamental para a implementação do Sistema Único de Saúde na cidade de São

Paulo. Os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde tornaram-se as grandes bandeiras da política municipal da saúde, pois os Distritos funcionariam como alternativas táticas para o avanço do SUS e a consequente transformação do modelo de atenção à saúde até então vigente, especialmente no campo de atuação da Atenção Básica, em que até aquele momento havia dois comandos, o da Secretaria de Estado da Saúde e o comando do governo municipal. Documento produzido pelos dirigentes da saúde considerava que o Distrito de Saúde era... *“a resposta social a ser dada pela organização dos serviços de saúde, às necessidades de saúde da população expressas diferentemente segundo as classes e frações de classes sociais, numa dada organização social, cujo território é produto de dinâmica onde tensionam-se as forças sociais, produto este sustentado pela consciência sanitária”*⁶.

Deflagrou-se no âmbito da Prefeitura do Município de São Paulo o processo pela municipalização dos serviços de saúde. Foram elaboradas inúmeras propostas de municipalização, mas a forte resistência que o governo do Estado ofereceu à sua implementação, impediu que o processo pudesse prosperar a contento. Essa resistência também ocorreu no interior do próprio governo municipal. Alguns setores posicionaram-se contrários à ideia da municipalização, especialmente a Secretaria de Finanças, a de Planejamento e da Administração.

Das mais de 300 Unidades Estaduais passíveis de serem municipalizadas, entre Hospitais, Ambulatórios e Unidades Básicas de

⁶ Prefeitura do Município de São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde, *Distritalização do Município de São Paulo*, texto mimeografado, sem data.

Saúde, apenas 50 UBS e 1 Ambulatório de Especialidades foram efetivamente incorporados pelo conjunto de serviços da rede de saúde do município, até o final de 1992. Ou seja, a Saúde se preparou para receber as unidades do estado, porém, poucos foram de fato municipalizados.

Em maio de 1989 a SMS divulgou um documento intitulado “Plano Municipal de Saúde”⁷ em que explicitava as diretrizes da política municipal de saúde as quais norteariam o trabalho de cada Administração Regional de Saúde.

O documento sinalizava para toda a rede o modelo gerencial a ser adotado para acompanhar a descentralização decorrente da reforma administrativa. A Secretaria passou a ser estruturada em quatro níveis de gerência: *o nível central*, representado pelo Gabinete da Secretaria; *o nível regional*, representado pelas Diretorias das Administrações Regionais de Saúde; *o nível distrital*, representado pelas Diretorias dos Distritos de Saúde; e, finalmente, *o nível local*, representado pelas Diretorias das Unidades e Serviços de Saúde. Construía-se uma gestão participativa, compartilhada com representantes dos funcionários, dos profissionais de saúde e com os representantes da população organizada.

O documento serviu de base conceitual para toda a política municipal de saúde do governo Luiza Erundina e levava em conta três princípios oriundos do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira:

⁷ Este documento foi organizado em três partes: a primeira voltada para analisar a situação de saúde do município; a segunda, relativa ao modelo de atenção tendo em vista a implantação do Sistema Único de Saúde e a terceira, abordou as estratégias para a implementação do Plano Municipal de Saúde.

- O princípio da democratização do processo de tomada de decisão, por meio da criação dos Conselhos de Gestão;
- O da descentralização do poder do nível central para a periferia do sistema de saúde, por meio da reforma administrativa; e
- O de buscar a integração de recursos, interna e externamente, com outros setores e movimentos sociais.

Abria-se a possibilidade da transformação das estruturas organizacionais, dos processos de trabalho e das práticas de saúde, incorporando a participação dos trabalhadores e da sociedade civil. Esse trabalho era um modo de favorecer a reorganização das ações de saúde a partir de um processo coletivo e, portanto, de caráter solidário, entre funcionários e usuários da rede de serviços municipais. Na ocasião, procurava-se viver e estimular a prática da cidadania, pois com o exercício da cidadania seria mais fácil reconhecer e combater as desigualdades sociais e as grandes iniquidades cronicamente prevalentes na saúde, na cultura, na educação, no transporte, no trabalho, na segurança pública, e outras. As grandes desigualdades sociais foram incorporadas e fizeram parte do planejamento do setor saúde, pois estavam na origem de todos os problemas que afetam a saúde e a qualidade de vida da população. Daí a razão do slogan adotado pela Prefeitura no referido período: “São Paulo Para Todos”.

O DESENVOLVIMENTO DOS RECURSOS HUMANOS

A política de pessoal assumiu alguns pressupostos básicos. O primeiro pressuposto esteve voltado para a capacitação e a profissionalização do pessoal feita no sentido de resgatar, no

trabalhador, a consciência de seu valor, não só pela melhoria do salário, mas também pelo reconhecimento da importância de sua prática cotidiana no atendimento ao usuário do SUS. Tal premissa deu origem a inúmeras iniciativas de formação e desenvolvimento profissional e propiciou a criação do Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde - CEFOR – inaugurado em março de 1990 com a presença do Professor Paulo Freire. O CEFOR organizou e desenvolveu cursos, oficinas de trabalho, seminários, recapitações, educação continuada, permanente e outras formas de desenvolvimento de pessoal, tanto no interior de sua sede localizada na Vila Olímpia, como em outros lugares da rede municipal da saúde, sob a forma de assessorias junto às equipes de Recursos Humanos das ARS's e dos DS's. Participaram do processo coordenado pelo CEFOR outras instituições de ensino, como a Universidade de São Paulo, através do apoio de docentes da Faculdade de Saúde Pública, do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina e do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem. Também se integraram ao processo de capacitação de pessoal, docentes do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (UNICAMP) e docentes do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Através de um convênio celebrado entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Cooperação Italiana, foram desenvolvidos outros modelos de capacitação de pessoal, denominadas Oficinas de Trabalho,

realizadas em várias regiões da cidade. As Oficinas concentraram suas atividades em três temáticas básicas: a Territorialização em Saúde, os Sistemas de Informação, e o Planejamento e Programação Local em Saúde.

O segundo pressuposto ligado ao desenvolvimento do pessoal dizia respeito à democratização e ao desenvolvimento de consciências críticas, estimulados através da participação do funcionário em todo o processo de trabalho, desde o planejamento até a execução final. A tentativa era feita no sentido de liberar o trabalhador de práticas alienadas, devolvendo-lhe a capacidade de construção do conhecimento por meio de relações comunicativas e solidárias, entre seus pares e com os representantes da população. Isto é, através de um processo de construção coletiva entre os atores envolvidos.

O terceiro pressuposto dizia respeito à humanização do atendimento, subsidiada pela preocupação constante em desenvolver um modelo de atenção à saúde humanizado, centrado na pessoa, e baseado na relação entre trabalhador/trabalhador e trabalhador/usuário.

O último pressuposto baseia-se no desenvolvimento de ações integradas interdisciplinarmente, tanto no processo de construção coletiva dos conhecimentos como na execução das práticas de saúde.

Com o novo desenho organizacional em andamento, e com o processo de desenvolvimento de pessoal em curso, o Distrito de Saúde, passou a ocupar o centro das atenções da Secretaria, sendo considerado o principal núcleo de organização das ações e serviços frente às necessidades de saúde detectadas em cada nível local.

Dentro dessa nova perspectiva, o corpo de dirigentes dos serviços de saúde vinha, gradativamente, recebendo o apoio do nível central da Secretaria para que suas carências gerenciais pudessem ser diminuídas. Estas se ligavam à necessidade de apropriação de metodologias e instrumentos gerenciais inovadores, os quais pudessem responder às diretrizes políticas, de um planejamento participativo, que prosperasse em direção a ações integradas, na lógica da construção dos sistemas locais de saúde.

A preocupação do comando central da Secretaria, nesse momento, era justamente dar conta das necessidades do pessoal do nível distrital/local. Distintas ações educativas foram desenvolvidas junto aos novos dirigentes, na tentativa de criar instrumentos e metodologias para novas práticas de saúde coletiva, que tinham como doutrina, um conjunto de pressupostos voltados para o enfrentamento dos principais problemas de saúde de diferentes grupos populacionais, identificados a partir de suas inserções em distintos territórios/espços-sociais. Havia chegado a hora de levantar os principais problemas de saúde de cada território.

O CEFOR esteve o tempo todo no comando das ações educativas desenvolvidas junto aos novos dirigentes e funcionários. As ações de desenvolvimento de pessoal privilegiaram o trabalho com setores considerados estratégicos, por meio das seguintes atividades:

a. Formação geral e qualificação profissional dos trabalhadores de nível médio e elementar. Foram desenvolvidos os seguintes projetos: o projeto Larga Escala, destinado à formação profissional do pessoal de nível médio e elementar, especialmente aos funcionários da SMS; o

projeto Supletivo-Saúde, destinado à formação geral dos trabalhadores da saúde que não tinham concluído o primeiro grau, por meio de um trabalho integrado com a Secretaria Municipal da Educação. Além destes, foram desenvolvidos Cursos de Estatística de Saúde, com cerca de 180 horas de duração e participação aproximada de 250 alunos de nível médio.

b. Desenvolvimento gerencial através de cursos de aprimoramento e especialização, articulados com Instituições de Ensino Superior. Nessa linha de trabalho estão situados os Cursos de Especialização em Saúde Pública, os Cursos de Aprimoramento em Saúde Mental, em Saúde do Trabalhador e em Epidemiologia.

c. Atividades de capacitação técnica e pedagógica destinadas às equipes envolvidas nas ações de formação e desenvolvimento dos recursos humanos das ARS's, Distritos e Unidades de Saúde.

d. Apoio às atividades de reorganização dos serviços por meio do projeto denominado pesquisa-ação, que visou à produção de conhecimentos para a ação nos serviços e movimentos sociais, tendo em vista o enfrentamento das condições violentas de vida. Este projeto contribuiu para a implantação do Hospital Aberto, para a criação de Grupos de Orientação e Recepção à Demanda (GORD) às Unidades de Saúde, e contribuiu também para a ampliação da rede de saúde mental, com a admissão de pessoal voltada para esse fim.

e. Criação de estruturas de apoio, em todos os níveis da rede, como as equipes de desenvolvimento de pessoal e as comissões de ensino.

Desse modo, o CEFOR e as equipes de recursos humanos das Administrações Regionais e dos Distritos se envolveram com a

capacitação de pessoal, respondendo às exigências da nova lógica de organização dos serviços e produção de ações de saúde.

Entre os vários exemplos de aplicação dessa política, ocorridos na rede da SMS, destacarei o desenvolvido na Administração Regional de Saúde de Pirituba-Perus. Na ARS-8 desencadeou-se um projeto de desenvolvimento de pessoal distinto de outras regiões, com duração aproximada de 14 meses de duração. Envolveu cerca de 270 pessoas, incluindo funcionários das Unidades Básicas de Saúde, dirigentes da ARS e dos Distritos de Saúde de Pirituba e de Perus, e alguns representantes da comunidade. Docentes do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva participaram da formulação e execução do projeto, através do Convênio de Integração Docente-Assistencial (PIDA), celebrado entre a Secretaria Municipal da Saúde e a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo/USP.

O trabalho permitiu a identificação dos problemas de saúde dos dois Distritos da ARS a partir de critérios epidemiológicos, ao mesmo tempo que permitiu o diagnóstico de toda a rede física dos Distritos, de seus recursos humanos, materiais e financeiros. Houve uma tentativa incipiente de vincular esse quadro às políticas sociais e econômicas vigentes na época. Os participantes conseguiram identificar os principais problemas a serem trabalhados, o que possibilitou a revisão das ações de saúde e o ensaio de novas práticas sanitárias, assim como a identificação de procedimentos gerenciais e administrativos mais eficazes. Ao final dos 14 meses de trabalho, o conjunto de participantes ficou com a seguinte impressão: de que conseguiu realizar uma crítica

ao modelo de atenção à saúde até então hegemônico e propor um modelo mais adequado às novas necessidades identificadas; além disso, viabilizou o "aparecimento" de novos sujeitos, atores sociais, nas figuras de funcionários e representantes da população, mais aptos a compreender o quadro sanitário e repensar formas alternativas de planejamento em saúde. Concluiu-se que a metodologia aplicada facilitou a compreensão e a adesão dos funcionários às propostas de descentralização, regionalização e distritalização que estavam em curso na Secretaria, de tal modo que, ao final da gestão, os dois Distritos de Saúde, o de Pirituba e o de Perus, estavam efetivamente implantados.

Entre as distintas iniciativas executadas, considero que os maiores avanços alcançados no desenvolvimento do pessoal foram decorrentes das denominadas Oficinas de Trabalho, realizadas em estreita parceria com a Cooperação Italiana. Iniciadas a partir do final de 1990, as oficinas contaram com intensa participação do pessoal das Unidades de Saúde, dos Distritos, das ARS's e dos técnicos do nível central da SMS. Com as Oficinas, grande parte de servidores e representantes populares tiveram, muitos deles pela primeira vez, a oportunidade de se apropriar, de forma sistemática, de metodologias e técnicas adequadas à implantação de novos modelos de atenção à saúde, voltados para as necessidades básicas de saúde das diversas realidades locais onde os serviços se inseriam.

As Oficinas de Trabalho com o apoio da Cooperação Italiana se concentraram em três temáticas básicas:

A Territorialização em Saúde, cuja metodologia enfocava o planejamento ascendente como estratégia de apropriação das especificidades e problemas de saúde de uma dada base territorial/local. A oficina desenvolvia um trabalho baseado em relações solidárias, estimulando a visão crítica dos participantes e oferecendo elementos básicos para o reconhecimento dos principais problemas da área de abrangência de cada Unidade de Saúde. A partir da delimitação dessa área, pensavam-se estratégias necessárias à prática da atenção e da vigilância em saúde.

Os Sistemas de Informação em Saúde, foram oficinas que desenvolveram técnicas inovadoras na coleta e sistematização das informações. Os dados eram coletados entre os moradores da região e distribuídos espacialmente, organizados por microáreas-homogêneas segundo suas condições de vida. Esta forma de trabalhar com as informações desagregadas, atendia às necessidades da Secretaria estimulando ações integradas, participativas e intersetoriais.

O Planejamento e a Programação Local em Saúde, que buscou operacionalizar as ações de saúde para enfrentar os problemas de saúde identificados nas duas temáticas acima. Baseava-se em informações processadas pelas duas oficinas anteriores, seja a nível distrital, seja no âmbito local de cada Unidade de Saúde.

As oficinas abriram perspectivas inovadoras para a capacitação do pessoal, para a transformação da lógica de planejamento, da concepção e da organização dos serviços e para a execução das ações de saúde. Gradativamente começava a ser incorporada pelos servidores da Secretaria a prática da vigilância à saúde, esta entendida como um conjunto de ações intersetoriais voltadas para a detecção dos fatores determinantes dos principais problemas de saúde de uma dada área, sem prescindir da assistência à demanda individual.

A metodologia que se adotou para o desenvolvimento do pessoal visava uma mudança do objeto de análise e de intervenção. Desejava-se construir um projeto de trabalho integrado e articulado com outros setores sociais, construído a partir de uma rede de relações solidárias entre os serviços, os funcionários e os movimentos sociais. Os projetos comuns, que reunissem vários setores articulados, pensavam-se, alcançariam maior impacto social.

Esse processo de desenvolvimento de pessoal produziu impactos no corpo gerencial da SMS. Fundamentalmente contribuiu para reforçar as estratégias para enfrentar os grandes problemas de saúde da população. Pode-se arriscar a afirmar, em razão dos resultados dos debates públicos, de encontros e conferências municipais de saúde, que, entre o pessoal da saúde, ficava a impressão, subjetiva, que os grandes problemas de saúde não eram decorrentes da falta de novas tecnologias de intervenção para o enfrentamento deles, especialmente aqueles referenciados às populações mais sujeitas às desigualdades e injustiças sociais. A adoção da estratégia conjunta partia da constatação de que a

origem de muitos dos problemas estava fora do setor saúde, pois decorria das grandes desigualdades e da exclusão social, que, para serem combatidas, dependiam de mecanismos de intervenção de natureza essencialmente política. Constatava-se que a superação das dificuldades do setor saúde, dependia não de novas tecnologias de intervenção, mas da transformação do processo de trabalho e da superação das barreiras que impediam o trabalho integrado a outros setores do governo e da sociedade civil. O que faltava, portanto, era um projeto comum e integrado de trabalho, com força suficiente para envolver várias áreas sociais e a própria comunidade na busca de solução aos problemas mais comuns. Decorre daí a grande ênfase à participação popular e controle social que norteou os quatro anos do governo Luiza Erundina.

A PARTICIPAÇÃO SOCIAL

O compromisso com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde conduziu a Secretaria a um caminho que pudesse abrir espaços para a promoção da saúde, que possibilitava aos funcionários e à população interferir nos rumos da política de saúde do município, enfim, um caminho aberto ao exercício da cidadania.

O modelo de assistência baseado na visão médico-hospitalar, historicamente hegemônico na rede municipal, começou a ser revisto exatamente a partir do momento em que novos sujeitos - funcionários e população - puderam participar da definição das políticas de saúde na cidade de São Paulo.

O modelo de participação mais desenvolvido na SMS foi organizado na forma de representações tripartites, conhecidas pelo nome de Conselhos de Saúde ou Comissões Gestoras, instalados em todas as esferas da Secretaria, do centro à periferia da cidade.

No âmbito do Gabinete do Secretário constituiu-se o Conselho Municipal de Saúde, cujos componentes eram eleitos pela Plenária Municipal de Saúde. O CMS, de caráter deliberativo, foi nesse período o órgão decisório máximo das políticas municipais de saúde. Sua composição se modificou no decorrer da administração, chegando assumir a seguinte proporção: 50% de representantes da sociedade civil, 25% de representantes dos trabalhadores e produtores de serviços de saúde e os demais 25% de representantes da administração municipal.

A Plenária Municipal de Saúde era uma Plenária de Entidades e Movimentos Interessados nas Questões de Saúde do Município de São Paulo. Desse espaço, aberto à participação de qualquer entidade, instituição ou movimento social, saíam os candidatos a integrar o Conselho Municipal de Saúde. A Plenária chegou a contar com a participação de mais de duzentos Entidades e/ou Movimentos, tendo em suas reuniões mensais a participação média de *oitenta setores* representados.

Também junto ao Gabinete do Secretário foi criado o Conselho de Orientação do Fundo Municipal de Saúde - FUMDES - com representação da administração pública municipal, de vereadores da câmara municipal de São Paulo, do conselho municipal de saúde, dos servidores públicos e dos movimentos populares. A missão do

FUMDES era a de fiscalizar e controlar o uso dos recursos financeiros destinados à Secretaria Municipal de Saúde.

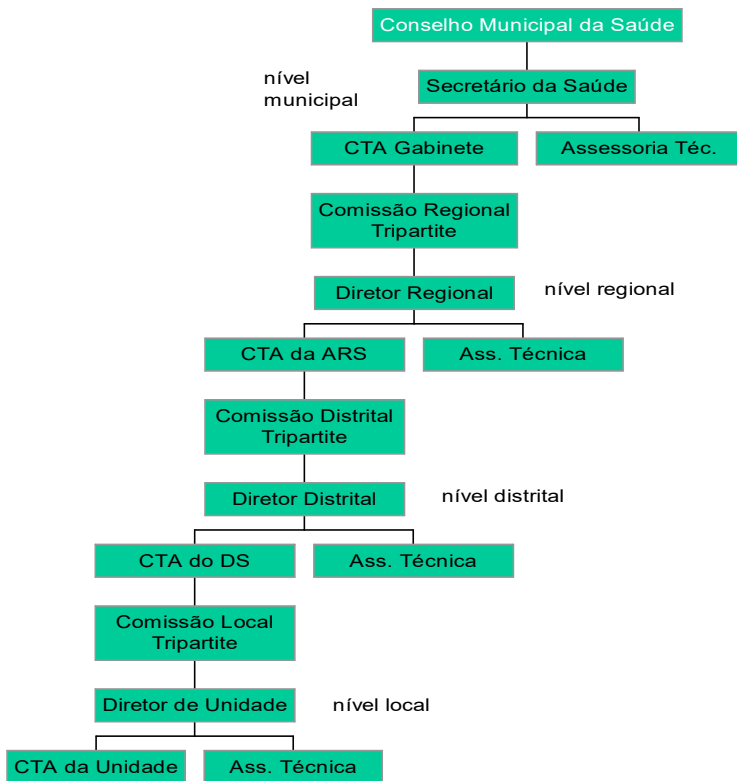
No âmbito das ARS's, DS's e Unidades de Saúde passaram a funcionar as Comissões Gestoras tripartites, também de caráter deliberativo e com a mesma representação proporcional do Conselho Municipal de Saúde. De um total possível de 200 Comissões, considerando-se o número total de Unidades de Saúde, Distritos e Administrações Regionais, acabaram sendo implantadas pouco mais de uma centena de Comissões Gestoras. É um número expressivo numa Secretaria que não tinha tradição em participação popular e em tão pouco tempo de exercício.

Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde, São Paulo, 1989-92. As Instâncias de Decisão

Tipos de colegiados	Colegiado com representação externa à SMS	C. Individual Funcionário da Secretaria	Colegiado com representação interna à SMS	Colegiado com representação interna à SMS
caráter	<i>caráter deliberativo</i>	<i>caráter executivo</i>	<i>caráter deliberativo</i>	<i>caráter consultivo</i>
nível central	Plenária e Conselho Municipal de Saúde	Secretário Municipal da Saúde	Conselho Técnico Administrativo Gabinete	Assessoria Técnica de Planejamento Gabinete
nível regional	Comissão Gestora	Diretor da Administração Regional de Saúde	Conselho Técnico Administrativo da ARS	Assistência Técnica da ARS
nível distrital	Comissão Gestora	Diretor do Distrito de Saúde	Conselho Técnico Administrativo do Distrito	Assistência Técnica do Distrito
nível local	Comissão Gestora	Diretor da Unidade de Saúde	Conselho Técnico Administrativo da Unidade	Assistência Técnica da Unidade

O próximo gráfico repete as mesmas representações do quadro acima.

Estrutura Organizacional da Direção da SMS - SP



Com exceção de algumas regiões onde há anos vinham se desenvolvendo movimentos populares autônomos, na maior parte da SMS a implantação das Comissões Gestoras se deu por iniciativa dos novos dirigentes. O processo de implantação das Comissões Gestoras não ocorreu com a mesma intensidade e velocidade nas dez Administrações Regionais de Saúde. Os avanços foram mais

significativos onde já havia algum tipo de organização de funcionários e/ou de movimentos populares. Na Administração Regional de Saúde de Pirituba-Perus, ARS-8, oito Comissões Gestoras chegaram a ser constituídas, de um total de doze possíveis.

Nos momentos de tomada de decisão sempre pesou mais o segmento representado pela administração municipal. Fiquei com a impressão que a representação popular ou confiava demais nas boas intenções da Secretaria, ou ainda não estava suficientemente organizada para participar em pé de igualdade dentro do modelo proposto. O segmento representado pelos funcionários era o menos presente e, ao contrário da representação popular, parecia não confiar muito na administração. Diziam os servidores que não queriam participar do processo “para não serem cooptados”. Mas participavam. Apesar de manterem um certo distanciamento dos conselhos gestores, postura que foi se acentuando no decorrer do tempo.

Algumas comissões gestoras foram compostas por meio de eleições diretas. Outras, a partir de lideranças já estabelecidas, que se apresentavam voluntariamente para representar a população nas comissões. Processos semelhantes ocorreram nas outras administrações regionais. Quanto aos Conselhos Gestores, sua área de competência era a definição das políticas municipais de saúde e o acompanhamento de sua implementação pela Secretaria nos distintos níveis de atuação.

O SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

O sistema de informação em saúde foi desenvolvido em consonância com as diretrizes da política municipal de saúde e com o modelo de reorganização dos serviços. Para a sua organização considerou-se o processo de municipalização, regionalização e distritalização, visando contribuir para a implementação do Sistema Único de Saúde no município de São Paulo.

A base conceitual do novo modelo de atenção à saúde pressupunha o trabalho permanente de Vigilância à Saúde nas áreas de abrangência das Unidades e dos Distritos de Saúde. Os indicadores de saúde propostos para o Sistema Municipal de Informação em Saúde (SIMIS) seriam instrumentos gerenciais voltados para: planejar as ações de saúde a partir de critérios epidemiológicos nas Unidades, Distritos e Administrações Regionais de Saúde; para administrar os recursos humanos, para administrar os materiais e financeiros da SMS; promover a articulação e comunicação interna e externa à Secretaria; subsidiar o Conselho Municipal e as Comissões Gestoras de Saúde, e avaliar as ações desenvolvidas.

Com esse intuito, o recém criado Centro de Epidemiologia Pesquisa e Informação (CEPI), órgão ligado ao Gabinete da Secretaria, juntamente com equipes regionais, distritais e locais, comandou o processo de implantação do SIMIS com o objetivo de: desenvolver o Sistema de Informação a partir de indicadores epidemiológicos, de serviços, aspectos administrativos, sociais e também a partir da construção de “novos indicadores”; conseguir construir a base estrutural

de Informações na Secretaria, orientado pela coleta, organização, sistematização e análise de dados produzidos.

A estrutura do SIMIS ficou definida da seguinte forma:

A nível central da Secretaria o Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação em Saúde – CEPI - e em cada Distrito de Saúde, o Núcleo de Epidemiologia, Pesquisa e Informação - NEPI.

Coube ao CEPI coordenar a implantação do SIMIS, trabalhando de forma integrada com as demais estruturas regionais e distritais, particularmente com os NEPI's de cada Distrito e com os representantes de cada Unidade de Saúde.

O processo padronizou as informações e criou indicadores de saúde imprescindíveis para cada esfera decisória. Antes dessa nova organização da informação, os dados produzidos pelos serviços acumulavam-se e deixavam de se transformar em informação, não podendo ser operados para se transformarem em instrumentais de gerência ou de decisão. Criava-se um círculo vicioso: por não se lidar com informação, não se aprendia; por não se saber lidar com a informação, esta não tinha valor de uso e não era incorporada ao dia a dia das atividades. Para evitar que a informação continuasse a se apresentar de forma fragmentada no interior dos serviços, o sistema de informação em saúde foi repensado a partir de cinco áreas temáticas: área de análise da situação de saúde (voltada para a identificação dos problemas de saúde das distintas bases territoriais), área da vigilância em saúde (voltada para a revisão das práticas, tendo como eixo norteador a metodologia da apropriação da base territorial, uma vez que o

território local vinha sendo considerado um espaço estratégico para a mudança do modelo de atenção à saúde), área de epidemiologia de serviços (que contribuía para estudos de acessibilidade, análises quantitativas e da qualidade dos serviços), área de projetos especiais e área de apoio em informática, que estava se iniciando da gestão municipal. Diante do exposto, pode-se perceber que os princípios que nortearam a organização da informação foram os da descentralização administrativa e da unificação das áreas, promovendo a democratização dos mecanismos de comunicação tanto interna como externa à Secretaria.

O SIMIS-SP estimulou a pesquisa de novas metodologias de informação em saúde. A esse respeito, foram desenvolvidos inúmeros cursos, visando à capacitação do pessoal para o uso da informação e sua incorporação no cotidiano do planejamento. Desse modo, a informação em saúde passou a ter um valor estratégico para a transformação das práticas de saúde em curso.

* * *

Destacamos alguns dos projetos que constam no documento da Prefeitura do Município de São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde, Centro de Epidemiologia Pesquisa e Informação (CEPI), mimeo, 1992: 1. Área de Análise da Situação de Saúde - área que agregou programas voltados para a análise das condições de vida e de saúde no município. Exemplos:

1.1. Programa de informações de mortalidade no município de São Paulo - PROAIM.

O PROAIM produziu informações sobre mortalidade, necessárias para o planejamento, a vigilância e a avaliação das ações de saúde. Este programa

melhorou a qualidade das informações sobre mortalidade e estimulou seu uso como subsídio para planejamento ascendente em saúde. O programa proporcionou mudanças no uso das informações e gerou subprogramas como: - integração com a Universidade para estudos e pesquisas sobre as principais causas de morte; - realização de Diagnósticos de Saúde Descentralizados por áreas de abrangência de Unidades e Distritos de Saúde.

1.2. Programa Diagnóstico de morbidade.

A finalidade deste programa foi o de analisar as morbidades registradas nas Unidades de Saúde. Foram feitos levantamentos trimestrais dos atendimentos realizados na rede da Secretaria.

1.3. Programa “Sistemas de Informações Geográficas”: foram adquiridos softwares para a espacialização das informações de mortalidade e de equipamentos sociais.

2. Área de Epidemiologia de Serviços - área do CEPI que se responsabilizou pela implantação do SIMIS na rede de serviços da Secretaria, assim como pelo controle do SIA/SUS (Sistema de Informação Ambulatorial do SUS) e o SIH/SUS (Sistema de Internação Hospitalar do SUS). Trabalhou com documentações de desempenho qualitativo e quantitativo dos serviços. Alguns exemplos:

2.1. Programa Módulo Ambulatorial -

Os objetivos deste programa foram: - produzir relatórios estatísticos sobre a produtividade dos serviços (rendimento, cobertura e concentração), - produzir e acompanhar indicadores de qualidade, - subsidiar os procedimentos do SIA/SUS. As informações trabalhadas eram provenientes das Unidades Básicas de Saúde, dos Ambulatórios de Especialidades, dos Centros de Referência e de outros serviços da rede ambulatorial.

2.2. Programa Urgência/Emergência - a finalidade foi a mesma do item anterior, mas estava voltado para os atendimentos de urgência/emergência dos Prontos-socorros e Pronto-Atendimentos.

2.3. Programa Módulo de Internação

Este programa teve por objetivo a coleta, consolidação e análise das informações relativas às Unidades de Internação. Nesse caso trabalhou-se com: - indicadores da produtividade hospitalar, - indicadores da morbimortalidade hospitalar

3. Área da Vigilância à Saúde - área que englobou os programas referentes ao acompanhamento e monitoramento dos agravos à saúde. Alguns de seus subprojetos foram:

3.1. Sistema de Vigilância à Saúde - voltado para o desenvolvimento de ações intersetoriais relativas ao monitoramento e controle de agravos à saúde e seus fatores determinantes.

3.2. Vigilância das doenças de notificação compulsória.

3.3. Controle de Zoonoses.

3.4. Vigilância Sanitária.

4. Área de Projetos Especiais - área destinada a desenvolver projetos de duração limitada. Exemplos:

4.1. Projeto “Capacitação de Recursos humanos em Epidemiologia e Informação”

Composto por Cursos, Oficinas de Trabalho e treinamentos para o desenvolvimento do pessoal, realizados em parceria com outras Instituições, como a Faculdade de Saúde Pública, a Escola de Enfermagem, a Faculdade de Medicina (todas da Universidade de São Paulo) e o Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP. (texto do CEPI, sem data, mimeo).

AS PRIORIDADES DO NOVO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

O processo de planejamento em andamento tornou mais visível as desigualdades sociais e as áreas mais vulneráveis. Com as informações desagregadas por microáreas nos Distritos de Saúde, as equipes distritais e das UBS conseguiram ver com mais clareza as desigualdades e identificar os principais problemas de saúde da população local. Os problemas começaram a ser reconhecidos como decorrentes de uma situação de deterioração das relações sociais, vivida sob o impacto da violência urbana e da desigualdade social planejada⁸. Entre julho e dezembro de 1990, 12,9% da mortalidade do município de São Paulo foi devida a causas externas, como homicídios e acidentes. As causas externas variavam de região para região, com um índice de 7,4% entre os moradores da região central, contra 17,8% nas regiões periféricas como Campo Limpo e Parelheiros. As mesmas informações, desagregadas por faixa etária, mostravam uma nova dimensão da mesma realidade: a violência era o principal motivo de morte entre a faixa etária de 01 e 60 anos para o sexo masculino, notadamente na periferia do município. Naquele ano, as causas perinatais foram as principais responsáveis pela mortalidade infantil (ainda o são) e em sua maioria, também foram consideradas morte violenta, uma vez que, na maioria das vezes, seriam evitáveis, fato que denunciava as péssimas condições de natalidade no município de São Paulo. A situação da mortalidade

⁸ Prefeitura do Município de São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde, *Distritalização do município de São Paulo - estratégia para implantação do SUS*, p. 1, mimeo.

materna ia na mesma direção, apresentando números assustadores. Além dos "acidentes" de trabalho, que pela sua previsibilidade e repetição mereceriam outro nome, as condições violentas de vida eram retroalimentadas pelo persistente reaquecimento de endemias, como a tuberculose, a hanseníase, a meningite e a ameaça de retorno do dengue e do cólera.

Esta constatação levou o corpo gerencial da Secretaria definir *os problemas decorrentes das condições violentas de vida* como *eixo aglutinador* do processo de transformação do modelo de atenção à saúde. A partir desse eixo seriam praticadas ações integradas junto a outros setores governamentais articulados regionalmente. A intenção era a de oferecer, através de políticas públicas, respostas que viessem a fazer frente a essas condições de violência social, cronicamente instaladas na cidade. Segundo a concepção de saúde do corpo dirigente, o quadro de violência nas condições de vida e de trabalho estava associado aos diferentes modos de viver, adoecer e morrer na cidade de São Paulo.

Utilizando como estratégia o combate às condições de violência urbana, a Secretaria tratou de implementar sua política de saúde. Procurou desenvolver ações coletivas priorizando os principais problemas dos distintos territórios locais e não apenas por meio do cuidado à saúde do indivíduo doente. Questionava-se a validade de uma prática de saúde voltada prioritariamente para o atendimento individual, que dava mais atenção ao combate dos efeitos de uma política geradora de violências e injustiças sociais. De que adiantava criar bons prontos-

socorros para o atendimento aos politraumatizados no caótico trânsito da cidade, sem se pensar numa política de transporte e uso civilizado do espaço público? De que adiantava serem criados os Centros de Referência de Saúde do Trabalhador, sem uma efetiva intervenção nos ambientes e processos de trabalho, geradores das condições que determinam o grave quadro da saúde ocupacional no município? O mesmo raciocínio poderia ser aplicado à situação dos homicídios na capital, resguardadas as especificidades dessa complexa questão.

O grande desafio da Secretaria era romper a barreira de um modelo de atenção à saúde hegemônico, individualista e centrado no complexo médico-hospitalar. Buscava-se um novo paradigma, pois a assistência médica em si não *“resolve nossos problemas de saúde, não produz impactos epidemiológicos no quadro de morbimortalidade, não promove as condições de vida e saúde”*⁹, embora, reconhecidamente seja necessária e indispensável no plano individual, especialmente às pessoas em situações que mais exigem um atendimento de urgência e/ou emergência.

“O profissional e o técnico se mesclam ao pessoal e ao político nas relações das instituições de saúde com a população. Esta se torna objeto de trabalho, se torna usuária dos serviços de saúde. Como se dá e quais os resultados desta relação? O usuário leva seu carecimento (que é de várias ordens e expresso de maneira diferente e singular) a uma instituição que, em geral, o reduz a sua dimensão biológica individual, através do instrumental clínico e produz um juízo de valor em termos

⁹ Prefeitura do Município de São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde, Documento Municipalização - mimeo, p. 3.

do que é normal ou patológico. Do que é ou não reconhecido como demanda legítima e de que tipo de atenção. Esta argumentação não é nova e baseia o conceito de medicalização da sociedade, enquanto um projeto de dominação articulado nos demais dispositivos de controle”¹⁰.

O problema de enfrentamento da violência urbana ganhou força em outros setores do governo municipal, potencializando as intervenções da Secretaria da Saúde e das ações Inter secretariais.

Um bom exemplo dessa mescla veio da Secretaria Municipal da Cultura, cuja Secretária era a filósofa Marilena Chauí, que com sua costumeira ênfase afirmava: *“entendemos por violência uma realização determinada das relações de força, tanto em termos de classes sociais quanto em termos interpessoais. Em lugar de tomarmos violência como violação e transgressão de normas, regras e leis, preferimos considerá-la sob dois outros ângulos. Em primeiro lugar, como conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica de desigualdade com fins de dominação, de exploração e de opressão. Isto é, a conversão dos diferentes em desiguais e a desigualdade em relação entre superior e inferior. Em segundo lugar, como a ação que trata um ser humano não como um sujeito, mas como uma coisa. Esta se caracteriza pela inércia, pela passividade e pelo silêncio, de modo que, quando a atividade e a fala de outrem são impedidas ou anuladas, há violência”¹¹.*

A opção por esta problemática se deu, em primeiro lugar devido à forte expressão da violência no cotidiano da cidade e, em segundo,

¹⁰ Idem ibidem

¹¹ Documento Distritalização do Município de São Paulo, opus cit., p. 2.

porque esse tema mobilizaria novas forças sociais, que poderiam concorrer para o sucesso das reformas administrativas mais amplas, há muito almejadas pelo governo municipal. No âmbito da Saúde algumas propostas para o enfrentamento das condições de violência urbana concretizaram-se por meio da implantação do Hospital Aberto, da Política Antimanicomial, dos Hospitais-Dia para portadores de sofrimento mental, dos Centros de Convivência e Cooperativa, dos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador, dos Comitês de Mortalidade Materna, das Emergências Psiquiátricas em todos os Prontos-Socorros municipais, entre vários outros programas e serviços que estavam em curso. Para melhorar a qualidade da assistência, houve uma expressiva expansão do quadro de pessoal, praticamente dobrando o número de funcionários em quatro anos de administração, passando de 24 no início da gestão para 40 mil servidores no final de 1992. O acréscimo de 16.000 incluiu mais de 3.000 médicos, mais de 1.400 enfermeiros e cerca de 2.000 outros profissionais universitários, como psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, educadores, odontólogos, sociólogos, além de 5.000 auxiliares de enfermagem. Em 1989 a Secretaria da Saúde contava com 184 Unidades de Saúde. A rede cresceu em mais 111 unidades. O governo concluiu e inaugurou 6 novos Hospitais, implantou novas unidades ambulatoriais, com a municipalização de 51 outras unidades de saúde provenientes do governo estadual.

Com o apoio em estudos epidemiológicos, quatro programações foram escolhidas como modelo de ações em saúde para o enfrentamento

da violência urbana: programa de intervenção sobre a morbimortalidade materno-infantil, programa de intervenção sobre os acidentes de trabalho, programa de intervenção sobre os acidentes e programa de intervenção sobre a violência institucional.

O PROGRAMA DE INTERVENÇÃO SOBRE A MORBIMORTALIDADE MATERNO-INFANTIL

É incrível que uma cidade da expressão de São Paulo, em pleno ano de 1989, ainda tivesse “médicos socorristas” nas portas dos Prontos-Socorros Municipais, atendendo todo e qualquer tipo de demanda. Somente a partir desse ano, os pediatras passaram a atender as crianças, e os tocoginecologistas, as patologias específicas da saúde da mulher. O mesmo aconteceu em relação a outros problemas. Todas as Unidades de Saúde passaram a contar com profissionais especializados nas principais especialidades médicas. A ampliação das ações programáticas para a mulher e para a criança foi acompanhada por modificações no ambiente físico dos serviços de saúde, com o implemento do número de leitos de obstetrícia e ginecologia.

Os Comitês de Estudo e Prevenção de Mortalidade Materna foram implantados nas 10 ARS's. Investiu-se no desenvolvimento de pessoal para a melhoria da qualidade do atendimento ao recém-nascido. Como consequência dessas medidas, observou-se uma expressiva queda da mortalidade, particularmente em relação aos coeficientes de mortalidade perinatal e neonatal precoce, nos berçários dos Hospitais Tide Setúbal, Campo Limpo e Vila Nova Cachoeirinha. A Terapia de Reidratação Oral foi implantada em todas as Unidades de Urgência e

na Rede Básica Ambulatorial, contribuindo sobremaneira para o controle dos casos de diarreia, mais frequentes na faixa etária inferior a um ano de idade.

O Programa de Intervenção Sobre os Acidentes de Trabalho visaram à promoção das condições de saúde e à aplicação de todos os níveis de medidas preventivas aos acidentes em trabalhadores. Alguns Distritos de Saúde criaram os Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (CRST's), responsáveis pelo atendimento, diagnóstico e tratamento das doenças profissionais. Além deles, em todas as dez administrações regionais de saúde foram escolhidas UBS's responsáveis pelo atendimento ao acidentado de cada região, especialmente destinadas a realizar pequenas suturas, atender a queimaduras leves, contusões, curativos, além de fazer o seguimento ambulatorial dos trabalhadores acidentados. A todas as Unidades foram definidas responsabilidades frente aos acidentes de trabalho que, assim que ocorressem, seriam notificados aos Núcleos de Epidemiologia, Pesquisa e Informação (NEPI's) e CRST's de cada Distrito de Saúde.

Os Programas de Intervenção sobre as Violências em Geral, e sobre a Violência Institucional em particular, eram vistos dentro do quadro sanitário que caracterizava a cidade, onde prevaleciam as condições violentas de vida. Isto tornava necessária a existência de uma rede de serviços de saúde mais humanizada e adaptada ao perfil da morbimortalidade decorrente da violência prevalente. Com a expansão da rede e do quadro, e com a diversificação do pessoal, surgiram outras novas propostas de trabalho na linha do combate à violência.

Veja-se alguns excertos das propostas de “Hospital Aberto” contidos no documento “Distritalização do Município de São Paulo - estratégia para a implantação do Sistema Único de Saúde: “(...) o *Hospital Aberto é um instrumento concreto de viabilização de um novo modelo de saúde (...). (...) A democratização dos serviços, sua abertura à participação dos usuários e o reconhecimento do caráter social do processo saúde-doença, podem ser melhor trabalhados a partir desta proposta. (...). A entrada do acompanhante no espaço hospitalar pode ser considerada como elemento desencadeante e organizador de novas posturas da equipe de saúde frente ao paciente, que não poderia apenas ser visto como um corpo enfermo. Isto porque a relação estabelecida entre pacientes e acompanhante, elo com o mundo exterior, faz com que os envolvidos no processo de trabalho (paciente, acompanhante e trabalhador) se recolorem como novos sujeitos de um processo coletivo em saúde... A proposta de Hospital Aberto tem dois eixos norteadores: um é a humanização das ações intra-hospitalares e outro são as políticas de desospitalização... Os conflitos gerados pelas novas situações, tanto para os pacientes e acompanhantes como, e principalmente, para os trabalhadores de saúde, devem ser explicitados e superados dentro de um processo permanente de discussão e reelaboração dos papéis dos sujeitos implicados, buscando a construção de uma nova ética institucional comprometida com o processo mais geral de transformação social*¹²...

¹² Idem ibidem, p. 41-46, SMS.

Um aspecto que pouco avançou, pelo menos em sentido prático-operacional, foi o do atendimento às emergências, feito através do sistema de resgate de pacientes. A Secretaria foi generosa na concepção de um projeto de reestruturação do Sistema de Resgate, com a ampliação da frota de ambulâncias, devidamente equipadas para o atendimento às urgências médicas. Ao mesmo tempo, foram preparadas Equipes Especiais para este trabalho. Treinadas exclusivamente para o sistema, as equipes eram compostas por motorista, auxiliar de enfermagem e operadores do sistema de Radiocomunicação com cerca de 420 funcionários treinados para esse fim. Apesar da concepção e do treinamento de pessoal, a implantação prática do modelo foi muito tardia, acontecendo apenas no final, quando o governo estava se encerrando.

A PERCEPÇÃO DAS DISTINTAS VISÕES: FUNCIONÁRIOS, CIDADÃOS E USUÁRIOS E DIRIGENTES DA SAÚDE

A metodologia escolhida para realizar este estudo partiu do princípio de confrontar as diferentes visões dos funcionários e dos cidadãos e usuários do SUS com o projeto da política municipal de saúde, na concepção dos dirigentes que comandaram a Secretaria da Saúde entre 1989 e 1992. A metodologia empregada permitiu apreender os discursos dos sujeitos entrevistados em relação às questões da pesquisa, frente à estratégia adotada pela Secretaria. O conjunto de informações obtidas reuniu elementos para refletir sobre a implementação de alguns aspectos do Sistema Único de Saúde no município de São Paulo, a respeito de temas como: mudanças estruturais, descentralização administrativa, democratização, participação popular e controle social, práticas sanitárias e modelo de atenção à saúde.

Reuni todas as informações necessárias a partir de trinta entrevistas realizadas com os funcionários da saúde e trinta entrevistas com representantes dos usuários do SUS. Para esses dois grupos, os entrevistados foram escolhidos aleatoriamente. Em seguida realizei mais sete entrevistas com os seguintes dirigentes: Eduardo Jorge Martins Alves Sobrinho, Carlos Alberto Pletz Neder, Pedro Dimitrov, Paulo Eduardo Mangeon Elias, Virginia Junqueira, Alexandre Nemes Filho e Álvaro Escrivão Júnior.

Após a análise do conteúdo dos discursos dos entrevistados ficou a impressão de que a reforma administrativa da Secretaria Municipal da

Saúde assumiu os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde no município de São Paulo, especialmente aqueles voltados a criação dos Distritos de Saúde enquanto espaços processuais de transformação das práticas sanitárias. Com a reforma veio a reestruturação orçamentário-financeira da Secretaria da Saúde que, segundo Castro¹³, mostrou-se efetiva e contribuiu para a melhoria dos serviços prestados. A reforma sanitária dependia de inúmeros fatores, quer internos à Saúde, quer fora dela, no âmbito do governo municipal, em outras esferas de governo e, na sociedade civil. Internamente, havia uma clara dimensão ideológica que sustentava o projeto de trabalho do grupo dos dirigentes da Saúde. A intencionalidade da política de saúde expressava-se *“na busca de ruptura com a prática de políticas clientelistas e assistencialistas limitadas e de modelos de atenção que não asseguram a alocação eficiente de recursos e a eficácia técnico-administrativa e social. Por isso, a sua intencionalidade abrange mudanças nos campos políticos, técnicos e operacionais, atingindo o aparelho estatal e administração pública, os modelos assistenciais e as práticas sanitárias”*¹⁴.

Para levar seu projeto à frente, o comando da Secretaria utilizou instrumentos metodológicos do planejamento estratégico em saúde e organizou cenários de discussão em todos os níveis organizacionais de sua estrutura, contando com a participação de servidores e

¹³ Paulo Carrara de Castro, Reestruturação Orçamentário-Financeira da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, na Gestão 1989-1992, Tese de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública, USP, 1996.

¹⁴ Eurivaldo de Almeida Sampaio, *Contribuição à Implementação do SUS: Estudo do Processo com a Estratégia NOB 01/93*. Tese de Livre Docência, Faculdade de Saúde Pública/USP - Universidade de São Paulo, 1996, p. 263.

representantes da população. Sob a ótica de dirigentes e funcionários, procurou-se criar um processo de trabalho no sentido da mudança do modelo de atenção à saúde, tendo como preocupação central a melhoria da qualidade da assistência e a promoção das condições de vida e saúde. Na opinião dos dirigentes, essas diretrizes faziam parte do ideário do governo municipal que, no seu conjunto, trouxe a proposta de participação popular como uma questão central de seu projeto político. A participação popular era vista como capaz de promover a cidadania e conferir maior efetividade às ações administrativas. A participação popular não era apenas uma necessidade, que a visão democrática do governo impunha a si própria, mas, acima de tudo, um traço histórico do partido político que assumia o poder municipal naquele momento, com o compromisso de renovar a administração pública do município como um todo. Descentralizar e democratizar não eram, portanto, simplesmente questões técnico-administrativas. O que estava por trás dos discursos de descentralização, regionalização e distritalização do setor saúde era, fundamentalmente, uma questão política, de tal modo que a Secretaria pudesse se transformar em um instrumento a serviço da população. Os aspectos levantados pelos dirigentes relacionaram a saúde às questões sociais, de forma que as respostas aos problemas seriam encontradas dentro e fora do setor saúde.

Porém, com o passar do tempo, por ser um processo político, a descentralização administrativa e democratização da Saúde geraram um outro problema político para o governo municipal. Enquanto as demais Secretarias mantiveram-se num processo de autorreconhecimento de

suas situações, limites e problemas internos, a Secretaria da Saúde avançou e distanciou-se das demais e, assim que organizou o diagnóstico de sua situação interna, imediatamente apresentou uma proposta de ampla reforma administrativa ao governo municipal. O que, a meu ver, angariou resistências de outras secretarias.

Enquanto a Secretaria da Saúde mostrava clareza nos objetivos e firmeza na busca da descentralização e participação social, o governo municipal, apoiado em algumas Secretarias fundamentais, como Planejamento, Finanças e Administração, resguardava os interesses de uma administração mais centralizada. Naquele momento, a tendência centralizadora do governo era ainda muito forte. Essa indefinição persistiu e, no decorrer do tempo, o governo acabou por perder a capacidade de tomar decisões políticas e administrativas que pudessem sustentar o discurso da descentralização administrativa e do processo de democratização ao qual se propunha, justamente por não ter conseguido quebrar a estrutura centralizadora dessas três grandes secretarias referidas. Isto fez com que aumentassem ainda mais os problemas no âmbito interno da Saúde como a persistência de conflitos, disputas de poder e indefinições nos papéis e responsabilidades de cada nível gerencial-administrativo. Para que o processo de descentralização pudesse vir a prosperar, era imprescindível a definição das competências específicas das autoridades regionais e distritais, com estabelecimento dos graus de autonomia de cada nível decisório. A Saúde, Secretaria com maior ímpeto e iniciativa para a descentralização administrativa, encontrou resistências em suas diretrizes descentralizadoras, por esse

conflito interno - descentralização /centralização - existente no interior do próprio governo municipal. A resistência às reformas administrativas democratizadoras talvez pudesse ser explicada pela permanência de mentalidades centralizadoras, que duvidavam da eficácia e eficiência de administrações descentralizadas e participativas, nos moldes que estavam sendo propostos pela Saúde. Essa visão, predominante na estrutura administrativa central da Prefeitura e em outros órgãos do governo, também estava presente entre os próprios militantes do Partido dos Trabalhadores que haviam assumido cargos-chave na Secretaria da Saúde e em outras Secretarias municipais. Segundo Marsiglia¹⁵, a história pregressa da SMS registra vários outros momentos de resistência dos funcionários frente às mudanças administrativas. Os principais pontos levantados em seu trabalho dizem respeito às inseguranças do pessoal com a chegada de novos dirigentes, sem experiências prévias com a cultura da organização, e o conseqüente desrespeito aos “antigos saberes” dos servidores; também faz referências aos temores dos funcionários com os projetos de descentralização da administração, e a ameaça de maior envolvimento da instituição com as necessidades da população, o que poderia acarretar o aumento da jornada diária de trabalho.

Foi dentro desse cenário de conflitos, temores e indefinições que se desenvolveu a reforma administrativa na Secretaria da Saúde.

Segundo os discursos dos dirigentes, dos funcionários e dos cidadãos/usuários (destes menos notadamente), percebe-se que os

¹⁵ Marsiglia, R.M.G. 1993, *opus cit.*

propósitos que orientaram a política de saúde da Secretaria durante a gestão Luiza Erundina, apontaram na direção da reforma da máquina administrativa, com perspectivas de implementar as diretrizes e estratégias que sustentaram o movimento da reforma sanitária brasileira. Afirmam os entrevistados - muitas vezes com análises e percepções que revelam distintos graus de apoio e entendimento dos projetos elaborados - que a Secretaria buscou reestruturar os procedimentos gerenciais e administrativos e experimentar novas práticas sanitárias, criando mecanismos de participação e democratização na reorganização do processo de trabalho. A estratégia adotada pela Saúde muitas vezes teve como inspiração os pensamentos de planificação em saúde desenvolvidos por Matus¹⁶, Testa¹⁷ e Habermas¹⁸ pois, o que aquele governo propôs foi mudar radicalmente a estrutura vigente e desenvolver a capacidade política, crítica e criativa dos sujeitos envolvidos com a questão saúde. Isto é, capacitá-los técnica, política e administrativamente para que tivessem condições de participar coletivamente das análises e explicações dos problemas de saúde, das propostas de solução e da avaliação dos resultados pretendidos, com a adoção de planificação em saúde que pudesse mostrar resultados efetivos.

A análise das entrevistas dos trabalhadores da saúde mostra que durante as inúmeras atividades pedagógicas desenvolvidas, ênfases especiais foram dispensadas à análise da situação das realidades locais,

¹⁶ Matus, C. 1987.

¹⁷ Testa, M. 1986.

¹⁸ Habermas, J. 1987.

assim como à mudança das estruturas organizacionais e das práticas sanitárias, tendo em vista a construção de um novo desenho da estrutura organizacional e a elaboração de planos de saúde capazes de provocar a intervenção concreta nas diferentes realidades, de forma integrada com outros setores sociais.

Analisando as observações dos entrevistados, percebe-se que as tendências em planificação desenvolvidas durante aquele governo indicam um trabalho em dimensões que extrapolavam o setor saúde, como questões de natureza política, social, econômica, técnica, administrativa, institucional, etc., permitindo que os funcionários públicos pudessem conhecer as especificidades de cada realidade vivida e de cada território local, para poder confrontar seus pontos de vista com os de outras pessoas envolvidas no processo de crescimento e fortalecimento das políticas públicas. A todo momento buscava-se a relação da situação de saúde com a situação social mais ampla. Segundo os entrevistados, em determinados momentos, havia um acordo entre os sujeitos envolvidos no processo, enquanto em outras situações havia discordância, com predomínio de uma tendência sobre outra, o que sugeria que, em sua interação na Secretaria, as diferentes tendências ideológicas e movimentos sociais resguardavam certos interesses e/ou condicionamentos historicamente acumulados, que acabavam por se reproduzir no interior das instâncias de trabalho.

Na opinião dos funcionários entrevistados não houve um único padrão de modelo de planejamento em saúde. Do ponto de vista da concepção do desenho organizacional escolhido pela Secretaria, com

estruturas administrativas descentralizadas, quase que autônomas e abertas à participação e à criatividade, pode-se afirmar que, pelo menos em parte, desenvolveu-se o modelo de planejamento estratégico. Assim, parte dos funcionários entrevistados revelaram que se envolveram e foram estimulados a pensar sobre os problemas com os quais se depararam, e que tiveram a oportunidade de propor meios e ações operativas como forma de enfrentá-los. Ou seja, tiveram a oportunidade de, no cotidiano de suas atividades, produzir conhecimento e a aprender a lidar com os novos desafios. Este trabalho coletivo ajudou a construir um espaço institucional aberto ao diálogo crítico entre diferentes razões, dado o caráter multifacetado dos saberes envolvidos.

Em função do formato em que se configurou a estrutura gerencial da Secretaria, houve a possibilidade de serem instituídas comissões gestoras tripartites, de caráter deliberativo, em todos os níveis da administração. Pelo que disseram os entrevistados, podemos afirmar que o ideário das comissões gestoras era o estabelecimento de relações comunicativas entre as partes envolvidas, isto é, entre os representantes da administração, dos funcionários e dos cidadãos/usuários, visando à comunicação, ao entendimento e à legitimidade das decisões tomadas, possibilitando ao grupo instrumentais necessários para a definição de seus objetivos. A tendência predominante nas entrevistas, especialmente no segmento dos funcionários, é o reconhecimento do interesse do governo no desenvolvimento de consciências críticas, com estímulo ao exercício da criatividade e da cidadania e no alargamento da base quantitativa de cidadãos e movimentos sociais envolvidos com a

questão saúde. Essa foi uma prática que reconhecidamente cresceu dentro da administração, pois até hoje ouve-se dizer, muitas vezes depreciativamente, que *“durante o governo do PT só se fazia reunião, para qualquer coisa eles ficavam horas e horas em reunião, discutindo”*... Acontece que se vivia a todo momento, cotidianamente, situações problemáticas, nos limites de superação de uma condição ou na transição de um modelo para outro. Com base nessas observações, que também apareceram nas entrevistas, a Saúde se caracterizou, exatamente pela valorização da dimensão comunicativa, feita principalmente através de um número “excessivo” de reuniões, de espaços de fala, que contribuíram para transformar ideias em planos de trabalho organizados, depois de exaustivamente debatidos, externalizados e acordados entre as partes envolvidas, mobilizadas para enfrentar, em conjunto, as situações-problema.

Percebe-se pela análise das entrevistas que a evolução de todos esses movimentos, desiguais, internos e externos ao setor saúde, provocou impactos no funcionalismo municipal, no que diz respeito às formas de conceber o modelo de atenção à saúde. Aparentemente o processo de trabalho instaurado alargou a visão crítica de parte dos servidores. Alguns dos discursos revelam a introjeção do modelo de atenção em curso na Saúde, mostrando o deslocamento de uma concepção meramente assistencialista, centrada no hospital e nos cuidados curativos imediatistas, para um modelo que, preservando a atenção individual e curativa, incluiu o trabalho integrado, as ações coletivas e voltado para dar mais atenção à produção da saúde.

Entretanto, com o evoluir das mudanças e com a caracterização das novas estruturas gerenciais e administrativas, apareceram outras dificuldades, que podem ser classificadas como externas e internas à Secretaria da Saúde. Como externas estão aquelas relacionadas às abordagens da universalização da cobertura. Na opinião dos dirigentes, para se organizar os Distritos de Saúde sob a lógica do SUS era preciso trabalhar os problemas de saúde na região metropolitana como um todo, e não apenas na área geográfica do município de São Paulo. Do ponto de vista da administração municipal, foram feitas inúmeras tentativas para a municipalização dos serviços de saúde, com poucos resultados práticos. Até a própria reforma da Secretaria Municipal de Saúde foi feita pensando na municipalização total dos serviços de saúde, compatibilizando a área geográfica das Administrações Regionais de Saúde (ARS da prefeitura) com os Escritórios Regionais de Saúde da época (ERSA da secretaria de estado da saúde). O problema da universalização da cobertura implicava, além do entendimento com o governo do estado de São Paulo, em contatos com outras duas áreas: com a iniciativa privada e com o governo federal. A relação de atrito com o governo federal foi ainda maior que aquela que havia com o governo do estado e não se estabeleceram relações com a iniciativa privada. Para “forçar” a Secretaria de Estado da Saúde a se engajar numa proposta para a área metropolitana como um todo, a Saúde do município propôs uma estratégia e desenvolveu, juntamente com os outros 28 municípios da Grande São Paulo, um plano voltado aos atendimentos de emergência e urgência para toda a região

metropolitana, que entrou em operação apenas no último ano do governo Luiza Erundina.

As dificuldades internas do governo são decorrentes das resistências existentes no próprio secretariado municipal em relação à municipalização da saúde defendida pela Saúde. Havia insegurança sobre o real interesse, para a Prefeitura, em assumir naquele momento, a grande quantidade de serviços que seria oriunda da secretaria de estado da saúde, ou seja, cerca de 10 hospitais e mais de 300 Unidades de Saúde ambulatoriais. A Saúde, que já pressionava o governo municipal por mais recursos, pela descentralização e pela autonomia administrativa quase absoluta, propunha agora a municipalização total dos serviços de saúde na capital, sem a garantia de repasse dos recursos financeiros provenientes dos governos estadual e federal. Além disso, durante o primeiro ano de governo, a Secretaria radicalizou sua reforma administrativa no sentido da descentralização, garantindo mais autonomia às ARS's e aos Distritos de Saúde. Continuou, porém, com a mesma estrutura orçamentária antiga, isto é, com número insuficiente e incompatível de Unidades Orçamentárias para o novo desenho organizacional adotado. A saída encontrada para superar esse impasse foi a de deslocar Unidades Orçamentárias de Hospitais e transformá-las em U.O's das ARS's e dos Distritos. Esse cenário de carência interna do próprio governo municipal foi outro fator que contribuiu para arrefecer o ímpeto pela municipalização plena, predominante entre os dirigentes da Saúde.

Também de ordem interna foram as questões relativas à redefinição do modelo gerencial e à construção de um novo modelo de atenção à saúde. A reforma administrativa, ao dar mais autonomia para a periferia do sistema, gerou conflitos de interesse. Alguns dirigentes do nível central da Secretaria continuaram insistindo em manter uma linha de mando direta sobre os níveis regionais, distritais e locais, dentro de uma concepção superada, do tempo da Superintendência Hospitalar e do Departamento de Saúde da Comunidade, desconsiderando o novo modelo gerencial implantado com a regionalização e distritalização.

Os discursos dos dirigentes e funcionários indicam que não ficaram estabelecidas as reais competências e atribuições das Administrações Regionais e dos Distritos de Saúde. Havia documentos escritos sobre o problema, mas não havia estrutura material que desse sustentação à essas bases conceituais, nem precisão clara sobre as competências de cada nível gerencial. Isso gerou diferentes concepções sobre o modelo de organização e responsabilidades concorrentes entre as distintas instâncias de decisão da Secretaria, que foram explicitados nas entrevistas. O exemplo mais marcante foi o da construção dos Distritos de Saúde.

A diretriz de integração de todos os serviços de saúde sob um único comando no nível distrital trouxe muitos problemas. Isto porque a estrutura hospitalar, historicamente, é uma estrutura com prestígio muito maior que a rede de serviços ambulatoriais. E a proposta de integração, segundo a concepção de Distrito de Saúde, implicava na diluição do poder técnico e político dos hospitais, englobados numa

estrutura administrativa mais ampla, compartilhada com as demais unidades de saúde da área onde o hospital estava inserido. Com os Distritos, procurava-se conhecer os problemas do espaço territorial e social e reorganizar as ações e serviços, inclusive as atividades próprias do hospital, integrando-as e subordinando-as às demais, de modo a responder aos problemas identificados no âmbito distrital.

Além desses problemas decorrentes da regionalização e distritalização, uma das principais diretrizes da administração era operacionalizar a produção da saúde. Não se tinha clareza de como fazê-la. Como produzir saúde, se toda a nossa experiência anterior era a de combater a doença? Esse era um dos maiores desafios. Nesse sentido, a estratégia adotada na Saúde muitas vezes foi vacilante. A maior parte do cotidiano de trabalho das equipes gerenciais foi destinado à organização dos mecanismos assistenciais. Embora fosse comum o uso de expressões como planejamento estratégico, participação, comunicação, entendimento entre as partes envolvidas, grande parte dos procedimentos administrativos adotados foram os tradicionais de sempre. Posso seguramente afirmar que boa parte do planejamento foi o tradicional. As normas que predominaram, em determinados momentos, foram convencionais e conservadoras, marcadas pela grande preocupação do quadro de dirigentes em aumentar a produtividade dos instrumentos e pela valorização da eficiência do sistema vigente. Como se sabe, estas preocupações são próprias da planificação normativa, característica do pensamento conservador. Embora o planejamento, desde o início, fosse pensado enquanto um processo, de construção

ascendente, e não enquanto um procedimento centralizado, normativo, os traços marcantes de certas propostas foram definidos de cima para baixo. A explicação dos dirigentes para essa postura foi de duas ordens. Em primeiro lugar, o planejamento estratégico/ascendente, do ponto de vista político-administrativo seria muito lento e não haveria tempo hábil para produzir impactos, num prazo político-administrativo tão curto como o de quatro anos. A outra explicação justificava a primeira, afirmando que o planejamento ascendente seria executado com base na cultura interna e “atrasada” da instituição, com a mentalidade arraigada do funcionalismo público e, desta forma, iria se chocar com os princípios inovadores e “revolucionários” da reforma administrativa proposta pela Secretaria da Saúde. Seria incompatível com a política de saúde concebida no âmbito do Conselho Técnico Administrativo da Secretaria, órgão máximo de decisão da Saúde. Na verdade, o que ocorreu foi uma ambivalência do processo decisório. De um lado, havia os que defendiam o caminho do planejamento ascendente, participativo, do outro lado, e ao mesmo tempo, havia uma autonomização, de tal modo que cada Diretor Regional e sua equipe implementaram a política de saúde a seus modos e vontades próprias. Desta forma, ao lado de propostas de planejamento ascendente, democrático, com envolvimento do funcionalismo e de setores organizados da sociedade civil, que buscavam o entendimento entre as partes interessadas na questão saúde, duas outras tendências também se fizeram presentes no cotidiano do planejamento, com igual ou maior intensidade. Uma delas derivava da cultura da instituição

Prefeitura/Secretaria da Saúde, com marcantes traços do planejamento normativo e verticalizado, enquanto a outra, de ordem subjetiva, decorria do perfil político-ideológico-administrativo de cada dirigente, especialmente dos diretores regionais e dos diretores distritais, que acabaram imprimindo seu próprio ritmo ao processo.

A Secretaria estava inserida dentro de um governo que, na prática, investiu menos do que anunciou para promover o planejamento participativo e descentralizado. Por outro lado, como se constatou, a própria Secretaria convivia com suas contradições internas: uma estrutura administrativa forte, arraigada, e outra estrutura de natureza política, mais recente, decorrente do ingresso de novos dirigentes com características pessoais marcadas por um partido político comprometido com os interesses das classes sociais mais desfavorecidas. Além do mais, a comunicação entre essas duas instâncias não era suficientemente clara. A partir da análise das entrevistas, ficou a impressão de que predominou a estrutura administrativa forte, acarretando um planejamento hierarquizado, realizado de cima para baixo e dominado pela cultura institucional repleta de procedimentos burocráticos e normatizadores. Essa constatação remete à visão de diagnóstico de saúde de Mario Testa. O autor identifica três tipos de diagnósticos: o administrativo, que corresponde ao crescimento; o estratégico, relativo à mudança; e o ideológico, ligado à legitimação. Afirma que na visão administrativa o que interessa é a eficácia e a eficiência do sistema de saúde, um enfoque com raízes sólidas na planificação tradicional em saúde, que continua

encontrando solos férteis para a sua reprodução¹⁹. Como de fato encontrou durante essa gestão.

Em função do perfil técnico-político de cada diretor regional e/ou distrital, e da compreensão de seu papel enquanto administrador e sujeito político, o padrão de planejamento variou de região a região e de Distrito a Distrito de Saúde. Não existia uma concepção única sobre o serviço público, as principais tarefas a serem feitas, as prioridades, a formação das equipes de cada uma das Regionais e Distritos e as bases ideológicas em que se assentava o modelo de atenção à saúde, tudo isso perpassou a Secretaria e produziu padrões díspares de planificação em saúde.

Talvez essas considerações expliquem, em parte, a ausência de mecanismos contínuos de avaliação sistemática do trabalho. Não havia muito interesse em avaliar. Como não se avaliava, não se sabia o quanto se estava errando ou acertando.

Entretanto, apesar dos desafios e contradições internas, boa parte dos funcionários entrevistados revelaram percepções concordantes quanto ao enfoque dado ao modelo de atenção à saúde. Os funcionários de nível local se sentiram mais envolvidos e atuantes frente às mudanças em curso, vendo-as positivamente, percebendo-as como estímulo às ações coletivas. As mudanças no sistema de informação, a preocupação em se apropriar da base territorial e do perfil epidemiológico da população da área geográfica de responsabilidade do serviço de saúde, a busca da integração e hierarquização das ações, a busca da integração do

¹⁹ Testa, M. 1978.

Hospital com as Unidades Básicas de Saúde, a distribuição heterogênea dos principais problemas pelo território do Distrito ocuparam, gradativamente, o cotidiano de trabalho dos funcionários, alterando sua concepção do modelo de atenção à saúde. Nesse sentido, pode se afirmar que foram empregados instrumentos metodológicos inovadores até então, pois buscava-se reorganizar as informações de saúde, desagregando-as, e desenvolver o conhecimento a respeito dos problemas de saúde do território local, dando-lhes significação social.

Os discursos dos funcionários e dirigentes destacaram a importância dada ao desenvolvimento do pessoal, especialmente por meio de oficinas de trabalho, que tinham como método reforçar o sentido do trabalho coletivo, em equipe interdisciplinar e diluir o conhecimento, tradicionalmente centrado na figura do médico, para o restante da equipe de saúde.

As oficinas de trabalho (territorialização em saúde, sistema de informação e desenho de operações para o enfrentamento dos principais problemas de saúde) foram a principal estratégia utilizada para repensar a organização da atenção à saúde. Muitas delas contaram com a presença dos três segmentos - administração, funcionários e cidadãos/usuários - visando à adoção de compromissos e responsabilidades comuns frente aos problemas encontrados. O primeiro passo para a análise da situação de saúde era o desvendamento das especificidades do espaço local, tido como ponto de partida para reconhecimento dos porquês e das razões dos agravos à saúde. O caminho percorrido para se chegar ao recorte de cada realidade local pressupunha a criação de uma

rede de relações solidárias entre os participantes, com vistas à apropriação temporal e histórica do quadro sanitário local. Isto significou que os problemas de saúde não eram vistos, naquele momento, como questões isoladas e específicas do setor saúde. Pelo contrário, a disposição em trabalhar com problemas, gerava condições de serem propostas ações intersetoriais e, desse modo, aglutinar projetos comuns que reunissem elementos de impactação sobre o quadro social local. Esse modo de andar das oficinas abriu espaços de trabalho, onde os sujeitos envolvidos podiam procurar respostas aos problemas identificados. Segundo Mattos²⁰ “*certos sujeitos puderam se constituir em sujeitos do processo de trabalho, de acordo com a perspectiva pretendida no projeto de Recursos Humanos da SMS. À medida que foram se realizando no cotidiano do trabalho, foram se constituindo em sujeitos coletivos e autônomos*”.

A consonância entre as partes envolvidas era condição fundamental para o êxito das ações, estabelecidas de comum acordo no cenário das oficinas de trabalho. Assim, pelo menos do ponto de vista do segmento que representou o funcionalismo público municipal, a estratégia da Secretaria resultou em desenvolvimento da capacidade crítica dos envolvidos na organização da atenção à saúde. Tanto é que os funcionários reconheceram o governo do período 89-92 como gerador de espaços de discussão que promoveram a capacitação e o desenvolvimento profissional e valorizaram a participação como meio de encontrar soluções aos problemas. Esse processo teve um caráter

²⁰ Maria de Lourdes Mattos, Tese de Mestrado, UNICAMP, 1997.

pedagógico, amplo, que reforçou a consciência política, especialmente dos funcionários mais simples e dos cidadãos comuns, que se tornaram mais próximos, em função dos problemas e interesses levantados nas oficinas de trabalho. Todo o processo representou avanços em relação ao modo de pensar as práticas de saúde, e contribuiu para a criação de novos sujeitos coletivos. Segundo Testa, *“todo indivíduo se constitui como sujeito através do processo de ideologização que se produz pelas condições gerais em que se realiza seu processo de trabalho (seu trabalho abstrato); a transformação de um sujeito individual em sujeito coletivo - grupo ou classe - vai depender dos interesses comuns do conjunto, os quais estão relacionados, quase sempre - pelo menos nos países capitalistas, subdesenvolvidos e dependentes - com as circunstâncias geradas nas condições específicas em que se realiza o processo de trabalho conjunto (o trabalho concreto)”*²¹. Portanto, é possível que sujeitos coletivos tenham sido criados pelo conjunto dos movimentos sociais, e pela política de saúde que se desenvolveu durante o governo Luiza Erundina.

Segundo Chauí, o sujeito, embora coletivo, *“não se apresenta como portador da universalidade definida a partir de uma organização determinada que operaria como centro, vetor e telos das ações sócio-políticas e para a qual não haveria propriamente sujeitos, mas objetos ou engrenagens da máquina organizadora (...) o novo sujeito encontra instituições em crise que experimentam a crise sob a forma de um*

²¹ Testa, M. in: Rivera, F.J.U. Agir Estratégico e Planejamento Social (Uma Crítica ao Enfoque Estratégico). Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 1997.

*descolamento com seus públicos respectivos, precisando encontrar vias para reatar relações com eles*²².

Quando as mesmas estratégias são analisadas junto aos funcionários que aderiram ao Plano de Assistência à Saúde (PAS) implantado na Secretaria da Saúde após a gestão Erundina, não se percebe o mesmo padrão de recepção às propostas da Secretaria. Mesmo depois de terem vivenciado o mesmo processo durante os quatro anos de trabalho, prevalece entre os entrevistados do PAS a opinião de que as distintas administrações públicas municipais têm dispensado, no decorrer do tempo, o mesmo tratamento ao funcionalismo e têm tratado da mesma forma os problemas de saúde. Por outro lado, parte deste mesmo grupo, reconhece que a administração Luiza Erundina promoveu e estimulou o desenvolvimento de trabalho entre a equipe multiprofissional. O que, sem dúvida, não deixa de ser um enorme reconhecimento do processo de mudança nos mecanismos de decisão e de organização do trabalho, uma vez que aquela administração organizava práticas sanitárias com o desenvolvimento de atividades interdisciplinares.

Fora do setor institucional da saúde, isto é, entre os cidadãos/usuários, predominaram duas impressões bastante distantes dos

²² Marilena Chauí, in: SADER, E. *Quando Novos Personagens Entram em Cena. Experiências e Lutas dos Trabalhadores da Grande São Paulo, 1970-80*. Paz e Terra, São Paulo, 1988, p. 10 - 11. Neste seu livro, Eder Sader escreve: “quando uso a noção de sujeito coletivo” a expressão indica “uma coletividade onde se elabora uma identidade e se organiza práticas através das quais seus membros pretendem defender interesses e expressar suas vontades, constituindo-se nessas lutas”. Pensando desse modo, pode-se dizer que a política da participação social da Secretaria promoveu: um sujeito coletivo, espaços político-democráticos (os conselhos e comissões de saúde) e inovou na concepção da prática sanitária (a saúde enquanto um direito).

propósitos daquela administração. Em primeiro lugar, entre os usuários dos serviços de saúde predominou a sensação de que o plano PAS melhorou a qualidade do atendimento. Neste caso, os entrevistados ou não se recordam da qualidade dos serviços de saúde durante a administração Luiza Erundina ou, quando o fazem, não guardam boas referências daquele governo. Outra afirmativa vem dos não usuários e diz respeito ou à manutenção, ou à piora da qualidade dos serviços de saúde. A minoria dos cidadãos/usuários entrevistada conseguiu mencionar mudanças para melhor na qualidade dos serviços de saúde durante a administração Luiza Erundina. Observo que as entrevistas com os usuários dos serviços de saúde foram realizadas em 1996, durante o período de propaganda eleitoral para a prefeitura de São Paulo, e o PAS estava sendo apresentado como a solução para a saúde pública.

Outro aspecto polêmico foi a percepção dos entrevistados a respeito da participação social. A política da Secretaria visava estimular a participação de funcionários e representantes da população, com o objetivo de promover o exercício da cidadania. Esse termo - cidadania - sempre teve caráter unificador no conjunto das diretrizes políticas. No entanto, não era compreendido de forma semelhante pelos dirigentes, servidores e cidadãos/usuários. A visão dominante entre os dirigentes era a de que a participação social contribuiria para as transformações, tanto no setor saúde, quanto em outras Secretarias do governo municipal e, portanto, favoreceria o exercício da cidadania. Esta visão

reforça as teses de Benevides²³, segundo a qual a democratização depende “*das possibilidades de mudança nos costumes - e nas ‘mentalidades’ - em uma sociedade tão marcada pela experiência do mando e do favor, da exclusão e do privilégio. A expectativa de mudança existe e se manifesta na exigência de direitos e de cidadania ativa; o que se traduz, também, em exigências por maior participação política - na qual se inclui a institucionalização dos mecanismos de democracia semidireta*”.

Os movimentos sociais aproveitaram o momento de abertura da administração pública municipal, de chamamento à participação, e se apresentaram com mais intensidade do que os próprios funcionários (mais distantes e retraídos) e, portanto, tiveram oportunidade de exercer a cidadania. Chegaram inclusive a fornecer quadros para a administração municipal, pois muitos dos dirigentes e técnicos eram provenientes dos movimentos sociais. O estímulo à participação, pelo menos no âmbito da Saúde, foi de tal forma crescente que, ao final do governo, havia mais de uma centena de conselhos gestores implantados, envolvendo diretamente cerca de 1500 a 2000 representantes da população/usuários no planejamento e na definição de diretrizes e prioridades na área da saúde. Sob esta ótica, pode-se entender que houve participação popular na Saúde, na busca de aproximação da estrutura burocrática da instituição com o cotidiano daqueles que

²³ Benevides, M. V. de M. *A Cidadania Ativa. Referendo, plebiscito e iniciativa popular*. Ática, São Paulo, 1991, p. 194. Segundo Benevides, a “complementaridade entre representação popular tradicional (eleição de representantes no Executivo e no Legislativo, principalmente) e formas de participação direta (votação em questões de interesse público) configura um sistema que pode ser denominado de *democracia semidireta*”, p. 15.

assumiram o papel de representantes da população. O percurso nos reconduz ao pensamento estratégico de Mario Testa, em que o autor menciona que as mudanças que interessam ao pensamento estratégico são as relativas à redistribuição do poder dentro da organização²⁴.

Pelo lado do funcionalismo não houve o mesmo padrão de participação e de envolvimento. O diálogo com os servidores ficou mais restrito às Conferências Municipais de Saúde. Historicamente os funcionários ainda não haviam acumulado experiências em participação e cogestão da coisa pública, e nem reivindicavam este espaço para a corporação. Pelo contrário, a posição defendida pelo Sindicato dos Funcionários Públicos Municipais foi pela não participação nas comissões tripartites. A tradição desse segmento, sempre mais voltada para a organização por categorias profissionais, se manteve desta forma durante os quatro anos de gestão. Podemos pensar num paralelismo com a teoria da produção social de Matus, ao abordar o fenômeno da produção e reprodução de uma dada formação social. Segundo o autor, esse fenômeno seria decorrente das inter-relações entre atores, movimentos e organizações sociais que mantêm determinados comportamentos e condições²⁵.

Mesmo resguardando condicionamentos historicamente acumulados, as entrevistas nos revelam que há consenso entre os servidores sobre os avanços na democratização e nos mecanismos de participação, decorrentes sobretudo das mudanças da estrutura

²⁴ Testa, M. *idem* *ibidem*.

²⁵ Matus, C. 1980.

organizacional da Secretaria e do processo de planejamento em saúde, especialmente depois da introdução das formas participativas deflagradas pelas Oficinas de Trabalho. Esse padrão de percepção é identificado entre os funcionários que não aderiram ao PAS, e que se mantiveram como quadros efetivos da Prefeitura. De maneira distinta, entre os funcionários que optaram pela adesão ao PAS, não se constatou a mesma percepção. Entre os que afirmam que não há e nunca houve democracia no serviço público, há os que sustentam sempre ter havido liberdade e democracia, e que esse fenômeno é uma tendência crescente em nosso meio, principalmente com a implantação do PAS. Relacionam liberdade e democracia com a crescente incorporação da iniciativa privada ao setor público. Todos os funcionários entrevistados que fizeram parte do PAS concordam em um ponto: não fazem referência à participação social na administração Luiza Erundina.

Entre os cidadãos/usuários também prevalecem opiniões distintas sobre o tema participação. Alguns associam a administração Luiza Erundina à democratização administrativa. Outros, entretanto, têm percepções radicalmente opostas. No conjunto, são identificados quatro pensamentos neste segmento de entrevistas: a democratização dos serviços de saúde e a participação social são consequência do direito à saúde, direito este garantido constitucionalmente e, portanto, um dever do Estado, qualquer que seja ele; tanto a participação como a democratização aumentaram durante a gestão Luiza Erundina, em função de uma política de governo que procurou respeitar a Constituição e que estimulou a inserção da comunidade no

planejamento da cidade; ambas, tanto a democratização quanto a participação aumentaram com a implantação do PAS; e, finalmente, não há participação e nem democratização nos serviços públicos. As entrevistas dos cidadãos/usuários revelam que esse segmento não percebeu a importância dada pelo governo municipal e pela Saúde à participação social. Dentro desse segmento apareceram diferentes conceituações sobre o tema. A minoria, como se viu, mencionou que a participação ganhou força durante o governo Erundina. Talvez esse grupo veja a saúde como um problema social e, o seu enfrentamento, via participação, possibilitaria a identificação de meios mais adequados. Um número considerável de entrevistados afirma que a saúde é um direito do cidadão e dever do Estado. A leitura que fizemos desses discursos nos levou a pensar na visão tradicional e individual dos problemas de saúde, cuja solução estaria basicamente na dependência da atenção médica. Reforça essa hipótese os discursos dos cidadãos/usuários que apontam o aumento da democratização/participação depois da implantação do PAS.

Outra consideração diz respeito à integração da Saúde com outros setores sociais. Esta categoria temática recebeu variadas interpretações, e mesmo entre os dirigentes houve discordâncias sobre o tema.

No início da administração Luiza Erundina, trabalhar integradamente era uma das principais diretrizes da política de governo. Os Núcleos Regionais de Planejamento foram estrategicamente implantados para promover a integração das várias Secretarias em nível

regional/local e encontrar respostas através de ações concebidas e operadas entre as secretarias municipais presentes. Os Núcleos Regionais de Planejamento deveriam contribuir para mudar as práticas de planejamento loco/regional e favorecer a comunicação e o compromisso Intersecretarial. No entanto, quando os diferentes setores estavam começando a acumular experiências no trato coletivo dos problemas, os NRP's perderam força dentro do governo, por questões ligadas ao comando do governo municipal. Isso ocorreu no início do segundo ano da administração, quando os dirigentes dos distintos setores já se conheciam e muitas propostas de trabalho estavam sendo desenvolvidas de modo integrado, como se preconizou no início do governo. Mesmo com essa situação, o processo de integração intersetorial não se interrompeu, embora tenha perdido o estímulo e a coordenação que vinha recebendo das instâncias superiores da administração municipal.

As entrevistas revelam que a maioria dos funcionários teve consciência dos movimentos da Secretaria da Saúde no sentido de praticar o trabalho integrado, especialmente no que se refere ao estreitamento das relações de caráter interdisciplinar entre os servidores da saúde. Segundo os funcionários, a política de integração no restante da máquina administrativa municipal não foi suficiente para mudar as práticas governamentais estabelecidas. Quando muito, contribuiu para se chegar a respostas sobre problemas específicos. Entretanto, mesmo entre os funcionários que aderiram ao PAS, há um reconhecimento de

que a administração Erundina favoreceu a integração, especialmente por promover o trabalho interdisciplinar entre a equipe multiprofissional.

Do ponto de vista dos cidadãos/usuários, as propostas de trabalho integrado não chegaram a produzir impactos. A grande maioria das pessoas entrevistadas, sequer conseguiu manifestar-se sobre o tema, frustrando as expectativas daqueles que depositaram esperanças no projeto de integração, por considerá-lo exequível num município com o potencial de possibilidades de São Paulo. Das 30 pessoas entrevistadas apenas seis relacionaram integração ao governo Luiza Erundina.

O cotejo das diversas opiniões a respeito da promoção da equidade foi feito a partir das considerações sobre o desenho organizacional da Secretaria e das inovações no modelo de atenção à saúde. As respostas dos entrevistados refletem a intencionalidade da política de saúde na direção da combater as injustiças sociais. Aliás, há indicações de que o governo como um todo fez movimentos associados ao conceito de justiça social.

Para cumprir o compromisso de expansão da atenção à saúde de modo equitativo, a universalização da cobertura e a busca da equidade foram duas preocupações centrais dos dirigentes. No entanto, a análise e interpretação do discurso dos dirigentes revela diferentes compreensões sobre o tema, o que reforça nossa opinião sobre as contradições na implementação da política municipal de saúde. Entre os dirigentes destacam-se três opiniões sobre a promoção da equidade. A primeira delas é afirmativa, garantindo que houve promoção da

equidade através da política global da Prefeitura, com deslocamento de recursos de diferentes Secretarias para a periferia da cidade, destinados à educação, bem-estar social, cultura, habitação e saúde. Especialmente no setor saúde, a expansão dos serviços caminhou nessa direção, com inauguração de inúmeras unidades de saúde na periferia da cidade e com a criação do “adicional a distância”, que diferenciou o salário dos servidores, remunerando melhor aqueles que trabalhavam em locais mais distantes do centro. O adicional à distância, foi um dos meios encontrados pela administração pública para despertar o interesse dos técnicos em trabalhar nos equipamentos localizados em áreas mais distantes.

Por outro lado, tentou-se inovar tecnologicamente o sistema de informação em saúde, ajustando-o com base em critérios epidemiológicos e socioeconômicos, com o intuito de gerar dados desagregados, espacialmente distribuídos em microáreas de risco, para melhor orientar as equipes de saúde no enfrentamento das iniquidades. Ou seja, a Secretaria procurou construir modelos de intervenção e redefinição de ações programáticas, atentando para um quadro de justiça redistributiva e direcionando proporcionalmente, maior quantidade de recursos para as áreas identificadas como mais carentes e, portanto, sob maior risco social de adoecer e morrer.

O segundo padrão de percepção dos dirigentes a respeito do tema é menos otimista. Este grupo afirma que a política municipal de saúde apenas tocou na questão da equidade, enfatizando-a mais no discurso do que na prática. Na realidade, conseguiu implementar apenas

políticas específicas, voltadas para grupos determinados ou interesses particulares, como os dos portadores de deficiências físicas, os portadores de sofrimento mental e os idosos. Nesse caso, trabalhou-se exclusivamente com os olhos voltados para o interior da Saúde e, pode-se dizer, sem conseguir distinguir as diferentes necessidades de saúde, desconsiderando o delineamento do perfil epidemiológico e as necessidades da população como um todo.

A terceira compreensão dos dirigentes sobre equidade é de que não houve a promoção da equidade, pois a Secretaria não conseguiu criar mecanismos institucionais e nem abrir espaços democráticos onde as políticas de saúde pudessem ser amplamente debatidas. Havia duas instâncias decisórias importantes em que, em tese, as decisões poderiam contemplar a equidade: a do Conselho Técnico Administrativo e a do Conselho Municipal da Saúde. Em ambas as instâncias, entretanto, a dinâmica de funcionamento não conseguiu dar conta do tema equidade. No CTA porque cada diretor de ARS buscava o maior número de recursos para a sua região. E dentro do Conselho Municipal de Saúde porque os movimentos sociais competiam entre si pelos poucos recursos existentes. O que se depreende disso tudo é que a questão da equidade não foi suficientemente contemplada no interior da própria Secretaria da Saúde. Pelo contrário, esteve à mercê das pressões das ARS, dos Distritos de Saúde e das disputas entre os movimentos populares.

ALÉM DA SAÚDE

Em agosto de 1989, a administração municipal apresenta o documento “Reforma da Administração Pública da Cidade de São Paulo”. O objetivo era abrir caminhos para a ampla reforma administrativa da Prefeitura do Município de São Paulo, dentro dos princípios de gestão democrática e participativa, com vistas à transparente prestação de contas e serviços à população do município²⁶. O documento propunha que a reforma administrativa não fosse apenas um rearranjo burocrático. Previa a descentralização administrativa (uma vez que o poder ficava concentrado no Gabinete do Prefeito), através da criação de subprefeituras, da diminuição do número de secretarias municipais, da integração das ações governamentais e da facilitação do acesso da população ao planejamento e às decisões governamentais. Cada subprefeitura, com autonomia político-administrativa e financeira, seria o polo aglutinador dos serviços regionais, distritais e locais. O embrião desse processo já fora implantado com a criação dos Núcleos Regionais de Planejamento.

Apesar do processo de reforma administrativa ter sido deflagrado em 1989, o projeto definitivo da “Proposta de Reforma Organizacional da Prefeitura do Município de São Paulo” foi enviado à Câmara Municipal apenas em meados de 1991, portanto, quase três anos depois, e até o final do governo não chegou a ser apreciado pelos vereadores.

²⁶ Diário Oficial do Município - D.O.M. - Suplemento Especial - Quarta-feira, 2 de agosto de 1989.

Foi retirado da Câmara pelo governo municipal que sucedeu a Luiza Erundina.

No início de 1990, a Prefeitura abriu a discussão sobre o Plano Diretor da Cidade de São Paulo. Segundo Singer²⁷, titular da Pasta do Planejamento daquele governo, “*planos diretores sempre despertam grandes esperanças como instrumentos de ordenação, regulação e racionalização do desenvolvimento geral das cidades. Além disso, esperava-se que os Planos Diretores pudessem promover a equidade ao proporcionar aos marginalizados, que nunca haviam podido ganhar o bastante para adquirir no mercado moradias decentes, acesso à terra*”.

De acordo com outro documento, produzido pela Secretaria das Administrações Regionais, “*o plano diretor delineia as formas de utilização do espaço físico da cidade que correspondem ao pleno desenvolvimento das funções sociais na cidade e que garantam o bem-estar de seus habitantes, impondo limites para a ação dos agentes públicos e privados que produzem e servem a cidade, e incentivos para que suas ações se deem em determinada direção*”²⁸.

Segundo definição constitucional, o Plano Diretor responderia às exigências fundamentais de ordenação que a propriedade urbana deve atender para cumprir sua função social, criando novas regras de ocupação e uso do solo. A principal estratégia da Prefeitura de São Paulo para garantir a implantação do Plano Diretor foi abrir uma discussão

²⁷ Paul Singer, *Um Governo de Esquerda para Todos*, Ed. Brasiliense, São Paulo, 1996, p. 196. Neste livro o autor faz um balanço da gestão Luiza Erundina em São Paulo.

²⁸ Prefeitura do Município de São Paulo - Secretaria das Administrações Regionais - SAR - Memorando Circular número 012 de 30/03/91.

pública, envolvendo o maior número possível de interessados, para que a população se sentisse comprometida com o projeto e, dessa forma, a Prefeitura viesse a ganhar adeptos que defendessem o plano, principalmente através de seus segmentos mais organizados.

Com essas diretrizes estratégicas em curso, o poder executivo acreditava estar contribuindo para transformações políticas e administrativas do município, adequando-o às demandas crescentes de uma metrópole deste porte. Procurava discutir questões complexas, como a do Plano Diretor ou da Reforma Administrativa em todos os setores da sociedade civil, como entidades, movimentos sociais, sindicatos, empresários, vereadores e partidos políticos. Passados alguns anos dessa tentativa, pode-se concluir que a estratégia do executivo não se mostrou correta, pois o governo ganhou pouco apoio popular, o mesmo acontecendo entre setores do empresariado e dos partidos políticos. Após um ano de discussão, a sorte do Plano Diretor enviado à Câmara Municipal no início de 1991, para apreciação e votação, foi praticamente a mesma do projeto de Reforma Administrativa da Prefeitura. Ambos foram retirados da Câmara no governo subsequente ao da Erundina.

Apesar das dificuldades, que se acentuaram com o passar dos meses, o governo Luiza Erundina trabalhou, até o final de seu mandato, para tornar-se uma administração pública comprometida no combate à corrupção, na inversão de prioridades, na descentralização do poder, na valorização de seus recursos humanos e na luta pela reconquista de direitos sociais, como o direito à cidadania. Os gestores públicos

municipais trabalharam por serem reconhecidos como responsáveis por uma administração séria, honesta e voltada para o interesse coletivo.

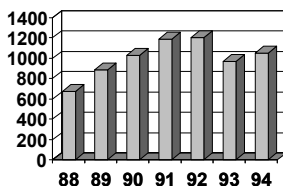
Para justificar a opção por este caminho de trabalho, o governo municipal valorizou o setor social através da dotação orçamentária. Entre 1989 e 1992, cerca de 48% do orçamento público municipal foi destinado às áreas sociais, como educação, saúde, habitação, transporte, bem-estar social, cultura e infraestrutura urbana^{29 30}.

Os resultados puderam ser sentidos não apenas na Secretaria da Saúde. A Secretaria Municipal da Educação, por exemplo, investiu na recuperação dos salários dos educadores, elevando os gastos relativos ao pessoal em 40%, se comparado aos anos anteriores. Houve melhorias

²⁹ Segundo a "Folha de São Paulo" de 13 de setembro de 1996, o governo que sucedeu Luiza Erundina, inverteu novamente as prioridades, colocando-as no mesmo patamar dos governos conservadores, deslocando recursos da área social para a realização de obras e o pagamento de dívidas às empreiteiras... "entre janeiro de 1993 e junho de 1996, as secretarias sociais (Educação, Saúde, Habitação e Bem-Estar Social) perderam o equivalente a R\$1,7 bilhões. Duas áreas foram beneficiadas com os cortes: a Secretaria das Vias Públicas teve um acréscimo de R\$868 milhões e R\$ 912,8 milhões foram destinados ao pagamento de dívidas e aposentados".

³⁰ Comparando-se com administrações vizinhas, verifica-se a elevação dos gastos nas áreas sociais do governo Luiza Erundina. Veja-se no gráfico abaixo, o montante de recursos aplicados nas áreas sociais, no período compreendido entre 1988 e 1994:

**RECURSOS APLICADOS NA ÁREA SOCIAL
(EM MILHÕES DE REAIS)**



Fonte: Folha de S. Paulo,
04/06/1995

nas condições de trabalho e qualidade de ensino nas Escolas Municipais, elevando-se o custo por aluno em mais de 250%. Os bons resultados dessas medidas se traduziram pelas sucessivas quedas nos índices de evasão e reprovação escolar³¹.

A Secretaria de Habitação e Desenvolvimento Urbano recebeu forte apoio do governo e procurou enfrentar o grande déficit habitacional existente, particularmente na periferia de São Paulo. Conseguiu, em quatro anos, concluir 35.846 casas populares e destas muitas foram erguidas em regime de mutirão com homens, mulheres e crianças se organizando em 106 equipes de trabalho para erguer suas próprias moradias, melhorando a qualidade e diminuindo o custo das construções, com economia para o poder público e a comunidade³².

³¹ A "Folha de São Paulo" publicou um Caderno Especial (27/10/ 96) onde se lê que o governo Luiza Erundina investiu 10% do orçamento municipal na Secretaria da Educação e o governo que a sucedeu 8%. Em 1992 havia 33.500 professores contra 31.700 em 1996. Entre 1989 e 1992 foram matriculados 107 mil novos alunos no primeiro grau, enquanto entre 1993 e 1996 houve 25 mil novas matrículas. A média mensal salarial na gestão Luiza Erundina foi de R\$ 450, 00 e no governo sucessor foi de R\$ 337, 87.

³² Segundo dados do "Relatório Progresso" da empresa Ductor, elaborado em dezembro de 1993, as casas construídas por mutirão custaram em média US\$ 150,00/metro quadrado. Este projeto foi tão bem-sucedido, que chegou a ser premiado na Conferência da ONU Habitat 2, em Istambul, 1996. Outras 15.000 residências dos mesmos padrões foram iniciadas naquela gestão, com garantia de continuidade no governo seguinte, no entanto, quando o governo assumiu a prefeitura, impediu a construção de 8.000 casas, ao criar toda sorte de entraves burocráticos e acusações infundadas para suspender o repasse de recursos. De acordo com a revista *Veja* São Paulo (ano 29- número 40) "...os mutirões foram suspensos após a posse de Maluf e a Sehab passou ganhar fatias cada vez menores no bolo orçamentário. Esse quadro foi revertido no último ano do mandato, com o sucesso popular do projeto Cingapura - o investimento da prefeitura em habitação saltou de 90 milhões de reais em 1994 para mais de 358 milhões neste ano. A ideia de verticalizar as favelas, erguendo prédios no local onde antes havia barracos não é nova. Erundina já havia feito experiências semelhantes. Na gestão atual, os edifícios ganharam cores, surgiram em locais de grande visibilidade e se transformaram em outdoors de concreto da administração malufista. Das 30.000 unidades do Cingapura que o prefeito pretendia entregar, 4.456 tinham sido construídas até 30 de setembro de 1996"...

Segundo dados de uma revista de grande circulação³³, o governo Luiza Erundina aplicou 3,3% de seu orçamento em Habitação, estimulando o sistema de construção em mutirão e dando início ao processo de verticalização de favelas. O governo que o antecedeu aplicou 1.5% do orçamento em Habitação, entregando cerca de 33.000 moradias, a maior parte com recursos do extinto BNH. Iniciou os mutirões e a política dos pequenos conjuntos habitacionais. Já o governo que o sucedeu aplicou 3% de seu orçamento em Habitação, construindo cerca de 16.000 habitações populares.

A Secretaria do Bem-Estar Social priorizou os setores da população com renda familiar de até quatro salários-mínimos mensais. Para oferecer um pouco mais de assistência social a esses grupos familiares, expandiu o número de vagas na rede de Creches, de 58.666 em 1989 para 73.781 em 1992, representando um acréscimo da ordem de 26%. O gasto mensal per capita dobrou nesse período, atingindo o montante de 90 dólares por criança assistida em cada equipamento da Secretaria. Esse aumento de despesas decorreu da renovação do quadro de pessoal e do padrão de alimentação e possibilitou uma melhoria na qualidade de atendimento³⁴.

A Secretaria Municipal dos Transportes, depois de permanecer estagnada em 8.000 veículos por mais de 15 anos, a frota municipal ultrapassou os 10.000 ônibus no governo Luiza Erundina. Além disso, a lei da municipalização dos ônibus, sancionada em 1991, talvez tenha

³³ VEJA SP, 2 de outubro, 1996.

³⁴ Prefeitura do Município de São Paulo, Balanço Geral, 1989-92, Relatório Final de Governo.

sido a intervenção mais radical ocorrida nos transportes coletivos do município. Possibilitou à Secretaria o levantamento preciso do custo da modalidade de transporte sobre pneus em São Paulo, ao mesmo tempo que permitiu a expansão da frota em 2.300 unidades. Com o controle das despesas, a Prefeitura pode definir uma política de subsídio ao custo por passageiro, compatível com o orçamento municipal e às diferentes demandas sociais da cidade. A média do subsídio por passagem girou em torno de 0,45 dólares, não atingindo, entretanto, o subsídio integral do custo da passagem, pretendido pelo governo municipal³⁵.

Mesmo sem conseguir autorização para contrair empréstimos internacionais, que viabilizassem essa política de redistribuição de benefícios sociais, e mesmo sem receber os repasses financeiros do governo federal aos quais tinha direito - fatos inéditos, que ocorreram pela primeira vez nos quase 500 anos de história da cidade - o governo municipal não se afastou de suas diretrizes. Continuou a priorizar as áreas sociais e a governar a cidade de forma diferente, integrada,

³⁵ Em 1990, havia sido enviado à Câmara Municipal o projeto Tarifa Zero, que uma vez implantado, isentaria qualquer cidadão do pagamento de passagens no sistema municipalizado de ônibus da capital. O transporte coletivo seria custeado através de uma taxação mais elevada de Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU) para os grandes clubes, as mansões, as grandes indústrias e empresas e os terrenos vazios. O governo municipal argumentava que esses setores, inicialmente penalizados pela sobretaxa de IPTU, receberiam benefícios indiretos imediatos pelo favorecimento aos trabalhadores de São Paulo. O projeto Tarifa Zero previa a isenção de pagamento de IPTU para cerca de 500 mil residências, localizadas na periferia, em favelas e em cortiços. Parte do IPTU recolhido pelo projeto seria destinada à Secretaria Municipal de Educação, elevando em até 30% a fatia do bolo orçamentário daquela Pasta e favorecendo a Educação de Base a cidade. O projeto Tarifa Zero, enviado à Câmara Municipal de São Paulo, teve a mesma sorte dos anteriores, não chegando a ser apreciado pelos vereadores. Observe-se o percentual do orçamento municipal investido no transporte público durante a gestão Luiza Erundina e nos dois governos vizinhos.

olhando a periferia e abrindo espaços à participação direta por meio das representações populares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões aqui presentes são parciais e não conseguiram dar conta da complexidade da produção do governo municipal e do setor saúde em particular. Há muito sobre o que refletir. No entanto, pode-se afirmar que o trabalho da Secretaria Municipal da Saúde durante o período de 1989 a 1992 foi amplo, concreto e visível. Por tudo o que se realizou e por tudo o que se idealizou, planejou e não houve condições de desenvolver.

Ao refletir sobre a política municipal de saúde e a inserção dos três segmentos de entrevistados, deparei-me com algumas dificuldades relativas à análise dos discursos. Enquanto os dirigentes se expressaram de modo mais abrangente sobre determinados temas, o mesmo não ocorreu com os funcionários, e principalmente com o segmento composto pelos cidadãos/usuários. Enquanto para estes o problema do modelo de atenção seria resolvido simplesmente com a presença da assistência médica de boa qualidade, para os dirigentes o caminho apontava para outra direção, num cenário muito mais completo, que exigia a transformação das práticas e a ruptura com o modelo hegemônico. Os funcionários ocuparam uma posição intermediária entre um polo e outro.

Todo o trabalho desenvolvido pela Saúde foi inspirado nas teses do movimento da reforma sanitária, e enfrentou o modelo de atenção hegemônico, hospitalocêntrico. A política de saúde procurou inverter a tendência predominante: em lugar de um comando único e central, com

linhas de mando verticalizadas, foram colocadas as propostas da gestão democrática; em lugar das práticas de saúde conservadoras, colocaram-se os ideais de um modelo inovador, apoiado nos princípios de justiça e solidariedade. E não se esqueceram dos recursos humanos, investindo na formação e capacitação do pessoal e na melhoria da condição salarial do funcionalismo. Procurou-se construir uma estrutura gerencial e administrativa suficiente para a implementação do SUS, com planos integrados regionalmente e com um quadro de pessoal devidamente qualificado e motivado para as novas práticas. Nessa linha de trabalho, o grupo de dirigentes pensava a (...) *“valorização do profissional e a profissionalização no sentido de resgatar no trabalhador a consciência de seu valor, não só pela remuneração (...) mas pela sua importância profissional comprometida com o bom atendimento da população nos serviços públicos (...). A participação em todo o processo de trabalho, desde o seu planejamento até a sua execução, buscando resgatar o trabalhador do trabalho alienado e devolver a ele a capacidade de construção do conhecimento já acumulado, porém carente de sistematização e valorização, para devolvê-lo novo e vivo nas relações com a população (...). A interdisciplinaridade do conhecimento em saúde substituindo a hegemonia do conhecimento médico, elevando a consciência dos profissionais, sejam eles de nível operacional, médio ou superior, no sentido da criação coletiva do conhecimento”*³⁶.

Quando se olha para trás, em direção aos sete pressupostos que originaram o projeto de pesquisa, vê-se que os três segmentos

³⁶ Prefeitura do Município de São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde, Centro de Recursos Humanos - CRH - dez.1992.

entrevistados se manifestaram com posições muito diversificadas, especialmente com respeito à articulação intersetorial, à descentralização administrativa, à democratização das decisões e à participação social.

A política na Saúde foi pensada de forma a buscar ações integradas com outros setores do governo e ao contexto sociocultural do município. Como o trabalho integrado está ligado ao conceito de participação, não poderia haver relacionamento da saúde com outros setores ou mesmo com a sociedade civil, sem contar com propostas vindas das outras secretarias municipais. Logo no início, o governo municipal criou os Núcleos Regionais de Planejamento, possíveis embriões das futuras “subprefeituras”, porém, eles foram desativados logo no início do segundo ano da gestão. Um dos momentos de maior visibilidade pública dos NRP’s aconteceu durante a elaboração da peça orçamentária de cada secretaria no segundo semestre de 1989. A Prefeitura chamou esse momento de “orçamento participativo”, porque os NRP’s estimulavam os movimentos populares a participar da elaboração dos orçamentos setoriais anuais do ano seguinte. Era uma estratégia para potencializar o uso de instrumentos administrativos, com o objetivo de redistribuir com mais eficiência e maior justiça social os recursos públicos. Ainda que o processo tenha sido divulgado, até mesmo pela grande imprensa, o segmento população fez poucas referências ao movimento de ações integradas do governo.

Os dirigentes da saúde sempre manifestaram a vontade de desenvolver planos intersetoriais. No entanto, o que mais predominou

foi o caráter cíclico ou sazonal e, sobretudo, pontual de integração. Por ocasião das chuvas de verão, com o alagamento de ruas e casas, aumentava o risco de leptospirose. Em vista disso, antes da estação das chuvas, procurava-se realizar o saneamento das áreas de maior risco através de um mutirão, com participação da Saúde, Secretaria da Administração Regional, Educação e, também, de setores populares. O mesmo pode ser dito em relação ao combate à dengue, ao cólera e a outros problemas específicos com potencial de gerar epidemia.

As opiniões sobre o tema da equidade ficaram praticamente restritas aos dirigentes da Saúde. Entre eles observei divergências sobre o que fizeram e como atuaram, mas também observei visões diferentes a respeito do próprio conceito de equidade. Assim, há passagens nas quais se diz que a Secretaria procurou combater a iniquidade, porém, com recursos insuficientes para que o trabalho fosse efetivado nessa direção. A introdução de critérios epidemiológicos para a identificação de áreas prioritárias, de modo a favorecer a promoção da equidade foram citados pelos dirigentes. De fato, não foram poucas as equipes de saúde que se propuseram a analisar a situação de saúde de suas áreas de responsabilidade, com o intuito de encontrar as desigualdades sociais das comunidades locais. No processo geralmente eram utilizados cartogramas e identificadas microáreas heterogêneas, de acordo com os diferentes riscos sociais de adoecer e/ou morrer. Conhecendo-se as diferentes bases populacionais distribuídas heterogeneamente no território local, haveria a possibilidade de se identificar grupos sociais

prioritários, que passariam a receber maior atenção, de acordo com suas necessidades.

É de se perguntar se a tecnologia empregada para detectar as desigualdades de fato contribuiu para a promoção da equidade. Penso que, nas condições dadas, isso foi possível, uma vez que o maior aporte de recursos levou em consideração as áreas mais carentes. Talvez por isso a maioria dos dirigentes tenha afirmado que a Saúde promoveu a equidade. Ou talvez, essa afirmativa tenha sido feita em função da expansão física da rede, que se deu em direção à periferia, tanto no que se refere ao número de equipamentos, quanto ao de recursos humanos e materiais.

Porém, é necessário registrar a ocorrência de opiniões discordantes. Outros dirigentes afirmaram que a simples expansão da rede física não conferiu equidade às ações, ou mesmo que as novas tecnologias utilizadas na identificação de microáreas prioritárias não foram suficientes para promover a equidade. E reforçaram, ainda mais enfaticamente, que o modo de funcionar das duas grandes instâncias de tomada de decisão da SMS - O Conselho Técnico Administrativo e o Conselho Municipal de Saúde - foi fator limitante para que a promoção da equidade pudesse ser contemplada, pois nessas instâncias, invariavelmente, todas as representações solicitavam mais recursos para suas áreas, sem considerar as desigualdades sociais existentes no município. Nesse caso, foi questionada a organização da instituição e seus mecanismos de decisão política.

A Secretaria Municipal da Saúde promoveu sua reforma administrativa num cenário de tensão com outras Secretarias Municipais e, mesmo nessas condições, repercutiu amplamente em outras regiões do país, pois seu desenho gerencial criou um cenário favorável à implementação da ideia do SUS. A reforma ocorrida na Saúde do município de São Paulo tornou-se alvo de interesse de amplos setores preocupados com o avanço do movimento e consolidação da reforma sanitária no país.

A reforma contribuiu para fazer avançar o SUS e provocou impactos políticos que repercutiram para além da esfera municipal, particularmente no que se refere a redefinição do papel do Estado frente às políticas públicas. O trabalho desenvolvido na Saúde gerou repercussões junto ao Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

A Saúde foi a Secretaria que mais expandiu o número dos serviços municipais oferecidos à população. À Saúde coube a média de 14% do orçamento anual da prefeitura. Foram inaugurados seis novos hospitais, quando em toda a história da cidade de São Paulo a prefeitura havia construído apenas dez unidades hospitalares.

Feita a reforma administrativa, a Saúde conservou o mesmo número de Unidades Orçamentárias e de cargos funcionais durante praticamente os três primeiros anos de governo. Esta situação, aliada à postura de boa parte da administração municipal e que se manteve com tendência centralizadora, limitou consideravelmente a construção de uma base material e conceitual sólida para que as mudanças nos

mecanismos de decisão e organização do processo de trabalho fossem amplamente operacionalizadas pelo setor saúde. Em certas situações, para poder operacionalizar administrativamente a recém-construída estrutura do Distrito de Saúde, as soluções encontradas passavam pela retirada da unidade orçamentária e de cargos funcionais do Hospital, transferindo-os para o nível do Distrito de Saúde. Esse fato gerou interesses conflitantes e provocou movimentos reativos por parte do pessoal hospitalar, que se defendia para não perder poder e autonomia política, financeira e administrativa. A carência de estruturas administrativas atingiu também a sede da Administração Regional de Saúde, e essas indefinições e inseguranças acabaram gerando composições diferentes nas equipes de trabalho tanto das ARS's quanto nas equipes dos DS's. Essa situação levou ao aparecimento de concepções heterogêneas sobre o papel e responsabilidade de cada nível gerencial e em consequência, a coexistência de poderes decisórios concorrentes entre a ARS, o DS e o Hospital.

Mesmo com as dificuldades financeiras, estruturais e operacionais presentes, a vontade de tornar as decisões mais participativas se manteve, procurou estimular os movimentos sociais organizados e contribuiu para o alargamento dos espaços de manifestação pública, pois inspiraram condutas frente às políticas sociais. Aos representantes da população organizada e aos servidores públicos, através das comissões tripartites em todas as instâncias administrativas, foram oferecidos espaços institucionais para o

estabelecimento de relações comunicativas entre as partes interessadas e envolvidas com a organização da saúde.

Embora tenha havido empenho por parte da Secretaria no sentido de favorecer relações comunicativas entre os lados interessados na questão saúde, penso que os representantes da população não conseguiram participar o suficiente das tomadas de decisão, do planejamento das ações e das mudanças ocorridas no setor saúde. No cotidiano, a gestão da Saúde continuou centralizada nas mãos dos dirigentes. A exigência de tomadas rápidas de decisão, as dinâmicas administrativas intensas, o árduo e volumoso processo de admissão e desenvolvimento de pessoal e a complexidade dos procedimentos administrativos não permitiram que se garantisse, como se desejava, a presença qualificada da representação popular no processo de planejamento e tomada de decisão. A análise dos discursos revela a intencionalidade da administração em promover a participação social na definição dos rumos da política de saúde. Entretanto, essa prática apresentou inúmeros problemas, mesmo com a institucionalização dos mecanismos de participação. Em que pese a política de saúde ter caminhado em direção ao alargamento do espaço público e ao exercício da cidadania, fico com o sentimento de que houve pouca participação dos funcionários e pouca presença de representação popular na reforma administrativa da Saúde, assim como na definição das bases conceituais, estruturais e na implementação da política municipal de saúde. Em primeiro lugar porque muitos funcionários foram contra a abertura da administração e a presença da representação popular nos mecanismos

de tomada de decisão. Foram os servidores os que menos participaram das comissões gestoras tripartites. De alguns deles ouvi que não seria justo e nem correto que funcionários fossem fiscalizados ou controlados por representantes da população. Quem teria a obrigação de fazer isso seria a chefia da Unidade de Saúde. A compreensão que esse grupo de servidores teve da participação popular foi de fiscalização e não de direito à participação na decisão dos problemas de saúde.

Na inserção da representação popular junto à Comissão Gestora tripartite da Unidade de Saúde, alguns movimentos populares - os mais organizados - acabaram influenciando “demasiadamente” alguns dos dirigentes da Secretaria, especialmente aqueles dirigentes provenientes dos movimentos sociais, a ponto de, muitas vezes, não conseguirem mais distinguir seu próprio papel na condição de dirigente junto à Comissão Gestora. Essa situação trouxe o risco de, muitas vezes, serem priorizados os interesses dos grupos populares mais fortes em detrimento de outros mais frágeis, o que acabava por reproduzir e acentuar as desigualdades sociais já existentes, obstaculizando, uma das principais diretrizes da Secretaria: a promoção da equidade³⁷.

Observei que alguns representantes da comunidade não conseguiam, de fato, serem representativos da população local, pois não havia por trás deles movimentos populares organizados, que

³⁷ CEDEC, Centro de Estudos de Cultura Contemporânea, São Paulo, elaborou uma série de Boletins Informativos, numerados de Um a Seis, denominados *Participação e Saúde*, com o objetivo de acompanhar e divulgar a experiência da proposta de descentralização e participação na área da saúde. O Boletim número 6 é sobre o balanço da participação no período do governo Luiza Erundina.

garantissem sua necessária representatividade junto às Comissões Gestoras Tripartites.

Outros problemas que ocorreram durante a gestão diziam respeito à qualidade da participação em si. Os questionamentos levantados pela população na maioria das vezes giravam em torno da oferta de serviços, considerada insuficiente tanto no que se refere à falta de funcionários, quanto à escassez de materiais e medicamentos e à persistência dos problemas estruturais crônicos da rede física. A prática da participação, portanto, foi sempre mais reivindicatória. Há quem afirme, entretanto, que “só existe cidadania se houver a prática da reivindicação, da apropriação de espaços, da pugna para fazer valer os direitos do cidadão. Neste sentido, a prática da cidadania pode ser a estratégia, por excelência, para a construção de uma sociedade melhor. Mas o primeiro pressuposto dessa prática é que esteja assegurado o direito de reivindicar os direitos, e que o conhecimento deste se estenda cada vez mais a toda a população”³⁸.

A ênfase na prática reivindicatória aparecia nas questões debatidas nas Comissões Gestoras. Poucas vezes elas diziam respeito à política de saúde, ao planejamento a médio e longo prazos, à avaliação da execução orçamentária, às prioridades a serem enfrentadas ou ao modelo de gestão e de atenção à saúde. Geralmente esses temas ficavam restritos aos dirigentes da Secretaria e reservados às reuniões do Conselho Municipal da Saúde e do Conselho Técnico Administrativo do Gabinete da SMS.

³⁸ Manzini-Couvre, *O que é Cidadania*, Ed. Brasiliense, São Paulo, 1991, p. 10 - 11.

Entretanto, em determinadas condições a participação popular contribuiu para o estabelecimento de prioridades, consubstanciando uma interferência de fato positiva. Apesar disso, não tenho condições de saber em que medida a participação social contribuiu efetivamente para o atendimento das necessidades básicas da população e para o enfrentamento das injustiças sociais. Houve sem dúvida um contato próximo da Saúde com os movimentos e organizações sociais dos bairros, e com o cotidiano das pessoas residentes nas áreas socialmente mais vulneráveis, na busca de conhecer melhor os problemas onde elas viviam. Aumentando o espaço público de participação social, a administração fez o possível para conciliar democracia direta com democracia representativa. Apesar de todos os problemas na construção desse processo, a Secretaria da Saúde criou possibilidades de ampliar a participação social e de democratizar suas estruturas administrativas. Abriu-se à população a possibilidade de reivindicar mudanças na prestação de serviços. Ou seja, o governo criou formas de participação da sociedade na administração municipal, o que é indicativo da abertura ao diálogo, de ouvir, de levar em consideração as dificuldades dos mais desprovidos, e do desejo de contribuir para o exercício da cidadania.

Esse “novo espaço de fala” possibilitou o crescimento da participação e, por que não, o desenvolvimento de consciências críticas. Nesse sentido, a Saúde reciclou seu papel enquanto função de Estado e reafirmou seu caráter público, pois respeitou o direito à cidadania e abriu espaços aos movimentos populares, ganhando importância na história e no cenário político local.

O movimento de mudança do modelo de atenção à saúde foi percebido de diversas maneiras pelos funcionários. As opiniões foram divergentes e, algumas vezes, contraditórias. Parte dos trabalhadores da saúde foi sensibilizada com a mudança da lógica do modelo de atenção, percebendo a passagem de um enfoque meramente assistencialista para um eixo mais complexo de atuação no âmbito de cada território, ou seja, para a lógica da vigilância à saúde. Este grupo de trabalhadores percebeu o trabalho voltado para o enfrentamento dos problemas e o atendimento às necessidades de saúde da população. Diga-se que a expressão "necessidades de saúde da população" nunca foi suficientemente debatida e, por essa razão, não se chegou a uma definição precisa sobre o seu real significado prático.

Enfim, o que se buscou foi um novo objeto de trabalho no setor saúde, cuja especificidade, na visão do corpo dirigente, era dada pelas "inflexões socioeconômicas, políticas e ideológicas relacionadas ao saber teórico e prático sobre saúde e doença, sobre a institucionalização, a organização, a administração e a avaliação dos serviços e a clientela dos sistemas de Saúde"³⁹. Permaneceu dessa visão, com seu enfoque interdisciplinar e estratégico, o reconhecimento, ao menos por parte do funcionalismo, de que o campo da Saúde abrange uma realidade complexa, que demanda conhecimentos integrados de várias áreas, o que coloca de forma imediata o problema da intervenção.

Com a delimitação dos territórios de responsabilidade das Unidades Básicas de Saúde e especialmente depois que se disseminaram

³⁹ Minayo, M.C.S. *O Desafio do Conhecimento, Pesquisa Qualitativa em Saúde*, Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro, 1992, p. 13.

pela rede as Oficinas de Trabalho, a definição de necessidades da população partiu do reconhecimento prévio das diferentes condições sociais de vida dos indivíduos. Essa concepção de trabalho, que caracterizou o projeto da política de saúde da Secretaria, revelou uma posição radicalmente oposta à outra, ainda hegemônica, que também esteve presente nas entrevistas dos funcionários e dos cidadãos/usuários. Esta última posição, predominantemente centrada no diagnóstico médico, tem como prioridade o combate dos efeitos das doenças, e é sustentada por uma concepção segundo a qual, *“as necessidades tornam aqueles, para quem este processo assim se realiza, cidadãos alienados de sua cidadania, seres da sociedade alienados de sua sociabilidade e sujeitos tolhidos no exercício da subjetividade. O produto desse processo é uma tal naturalização das demandas que elas aparecerão sem história ou sem razão social, e apenas impulso ou propensão de ordem natural-biológica”*⁴⁰.

Apesar da presença simultânea de padrões díspares de pensamento em saúde no coletivo dos dirigentes, das concepções heterogêneas sobre o sentido do setor público e do modelo de atenção à saúde, das diferentes composições das equipes de trabalho regional e distrital e de indefinições sobre o real papel e competências de cada nível, pode-se seguramente afirmar que o caminho seguido pela Secretaria levou à formulação de novos projetos sociais e contribuiu para planejar a reorganização das ações de saúde. O mais importante a destacar é que conseguiu abrir espaço para a construção de novos

⁴⁰ Schraiber & Mendes-Gonçalves, *Saúde do Adulto, programas e ações na unidade básica*, Hucitec, São Paulo, 1996, p. 31.

caminhos a partir da base, ou seja, a partir dos usuários dos serviços e dos funcionários de nível local que, estimulados a exercer o papel de agentes de um trabalho coletivo, desenvolveram uma consciência crítica que os fortaleceu e lhes permitiu participar ativamente do processo de construção de uma nova estrutura na Saúde. Permitiu também reflexões sobre a organização e os mecanismos de avaliação dos serviços de saúde, à medida que seu processo conseguiu estabelecer relações entre as contradições do meio e a situação de saúde. Por estimular análises socioeconômicas e políticas relacionadas às práticas sanitárias, a detecção das desigualdades do território pôde despertar entre os diferentes atores sociais envolvidos a necessidade de um trabalho para a promoção da equidade, um dos três grandes princípios que nortearam a implantação do SUS nesta cidade.

Pode-se concluir afirmando que esse “novo espaço” possibilitou o crescimento da participação e, por que não, o desenvolvimento de consciências críticas e o exercício da cidadania. Se houve algum avanço em termos de participação, este se deu na direção do fortalecimento dos movimentos populares. Nesse sentido, a Saúde reciclou seu papel enquanto função de Estado e reafirmou seu caráter público, pois respeitou o direito à cidadania e promoveu os movimentos populares, ganhando importância na história e no cenário político local.

A busca de um novo modelo de atenção levou à implantação de novos serviços, com a introdução de práticas de saúde inéditas na rede municipal, que também foram implementadas nos serviços preexistentes. Duas dessas práticas merecem destaque. Uma delas ficou

conhecida pelo nome de Grupo de Orientação e Recepção à Demanda (GORD), cujo enfoque principal era o acolhimento à demanda espontânea. Muitas das Unidades Básicas de Saúde destacaram um grupo de servidores devidamente preparados para acolher e orientar toda e qualquer demanda à Unidade, mesmo aquelas colocadas acima de sua capacidade resolutiva. A segunda atividade implantada ficou conhecida por Hospital Aberto: todos os hospitais municipais assumiram o compromisso de garantir acomodação a um acompanhante durante o período de internação do paciente. A percepção da importância dessas práticas foi reconhecida inclusive pelos funcionários que aderiram ao PAS.

Em decorrência das quatro programações de saúde eleitas como estratégias para o combate à violência urbana, outras atividades de saúde foram introduzidas na rede de serviços. Comitês de Prevenção de Mortalidade Materna foram instalados na quase totalidade dos Distritos de Saúde e outros serviços foram criados, como os Centros de Convivência e Cooperativa, programados para acolher minorias e excluídos, os Hospitais-Dia, que viabilizaram a política de desospitalização do portador de sofrimento mental, e os Centros de Referência de Saúde do Trabalhador, unidades programadas para prevenir e acompanhar as doenças relacionadas às atividades ocupacionais, com projetos de intervenção ambiental sobre as condições de trabalho. A grande maioria dos funcionários entrevistados revelou em seus discursos o reconhecimento e valor dessas atividades.

Com a distritalização da Secretaria, os profissionais e trabalhadores da saúde começaram a aprender a delimitar e a dar importância aos espaços geográficos de responsabilidade de cada Unidade de Saúde, e um novo conceito foi introduzido no cotidiano do planejamento: o de *território*. Com as informações desagregadas por microáreas no território, as equipes locais conseguiram ver com mais clareza as desigualdades e passaram a identificar os principais problemas de saúde. O esforço concentrado dos dirigentes no sentido do desenvolvimento do pessoal tinha pelo menos uma razão: estimular o planejamento local e buscar respostas aos principais problemas identificados.

Em que pese o enorme esforço para a admissão de pessoal por meio da realização de dezenas de concursos públicos, o grande trabalho ficou reservado à capacitação e ao *desenvolvimento dos funcionários*. A interpretação das entrevistas dos funcionários e dirigentes nos leva a concluir que a experiência acumulada no município de São Paulo valorizou o processo de capacitação e treinamento de pessoal voltado para as práticas coletivas e de vigilância à saúde, visando ao enfrentamento dos problemas identificados.

“Na administração passada o trabalho não era só dentro do Posto, mas nas áreas de risco. Havia um trabalho extensivo com a comunidade, com atividades preventivas sobre DST/AIDS e gravidez na adolescência. Hoje os trabalhos estão totalmente diferentes”(...)
Nutricionista, 6 anos de Prefeitura.

Esse movimento de mudança do modelo de atenção foi percebido de diversas maneiras pelos funcionários. As opiniões foram divergentes e, algumas vezes, contraditórias. Assim, parte dos trabalhadores da saúde foi sensibilizada com a mudança da lógica do modelo de atenção, percebendo a passagem de um enfoque assistencialista para um eixo mais complexo de atuação no âmbito distrital/local, ou seja, para a lógica da vigilância à saúde. Este grupo de trabalhadores detectou, portanto, o trabalho voltado para o enfrentamento dos problemas e o atendimento às necessidades de saúde da população. Diga-se que esta expressão “necessidades de saúde da população” nunca foi suficientemente debatida pelo coletivo dos trabalhadores do setor e, por essa razão, não se chegou a uma definição precisa sobre o seu real significado. No entanto, o que a Secretaria desejava enquanto discurso institucional, e cuja percepção se constatou através da análise de parte das entrevistas dos funcionários, era a busca de respostas aos problemas do coletivo⁴¹.

Enfim, o que se buscava era um novo objeto de trabalho no setor saúde, cuja especificidade, pode-se dizer, era dada pelas “*inflexões socioeconômicas, políticas e ideológicas relacionadas ao saber teórico e prático sobre saúde e doença, sobre a institucionalização, a organização, a administração e a avaliação dos serviços e a clientela dos sistemas de Saúde*”⁴². Restou dessa visão, com seu enfoque interdisciplinar e

⁴¹ Ver, a esse respeito, trecho da entrevista com o funcionário *psicólogo, 10 anos de Prefeitura*: “Havia mais contatos com Educação, Bem-Estar e Cultura. Todos os serviços passaram a atender os doentes mentais”.

⁴² Minayo, M.C.S. *O Desafio do Conhecimento, Pesquisa Qualitativa em Saúde*, Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro, 1992, p. 13.

estratégico, o reconhecimento, ao menos por parte do funcionalismo, de que o campo da Saúde abrange uma realidade complexa, que demanda conhecimentos integrados de várias áreas, o que coloca de forma imediata o problema da intervenção.

Nas circunstâncias criadas no processo de trabalho dos Distritos de saúde, com a delimitação dos territórios de responsabilidade das Unidades Básicas de Saúde e especialmente depois que se disseminaram pela rede as Oficinas de Trabalho, a definição de necessidades da população partiu do reconhecimento prévio das diferentes condições sociais de vida dos indivíduos. Esta concepção de trabalho, que caracterizou o projeto da política de saúde da Secretaria, revelou uma posição radicalmente oposta a outra, ainda hegemônica, que também esteve presente nas entrevistas dos funcionários e cidadãos/usuários. Esta última posição, predominantemente centrada no diagnóstico médico, tem como prioridade o combate dos efeitos das doenças, e é sustentada por uma concepção segundo a qual, *“as necessidades tornam aqueles, para quem este processo assim se realiza, cidadãos alienados de sua cidadania, seres da sociedade alienados de sua sociabilidade e sujeitos tolhidos no exercício da subjetividade. O produto desse processo é uma tal naturalização das demandas que elas aparecerão sem história ou sem razão social, e apenas impulso ou propensão de ordem natural-biológica”*⁴³.

Devido a existência de diferentes perfis dos dirigentes e das diferentes composições das equipes gerenciais, esse trabalho foi

⁴³ Schraiber & Mendes-Gonçalves, *Saúde do Adulto, programas e ações na unidade básica*, Hucitec, São Paulo, 1996, p. 31.

desenvolvido de forma desigual entre as regiões e Distritos. Cada diretor, em função de seu perfil técnico-político-administrativo e de sua equipe de trabalho, imprimiu um ritmo próprio ao processo de mudança, no Distrito ou na região de saúde. Por esse motivo, podemos dizer que a maioria de funcionários continuou trabalhando dentro da concepção tradicional, voltada para a crescente demanda de assistência por parte da população, e oferecendo respostas aos problemas mais imediatos dos usuários. Essa desigualdade está explicitada no discurso dos funcionários, que perceberam de forma diferenciada o modelo de atenção proposto pela Secretaria.

Dentre todas as atividades promovidas pela Secretaria, percebe-se claramente a impressão provocada pelas Oficinas de Trabalho entre o funcionalismo. Estas se tornaram o exemplo das situações problematizadoras, pois *ficaram marcadas na memória* de muitos entrevistados. Talvez porque nas oficinas os próprios participantes construísem seu conhecimento sobre os problemas de saúde e condições de vida, juntamente com os moradores do território objeto de estudo. As Oficinas não eram, como não são, simples teoria. *Eram práticas, espaços em constante reconstrução*. Dentro destes espaços eram produzidos os conhecimentos e procurava-se desenvolver a capacidade dos participantes “estranharem” a realidade, estabelecendo um *diálogo crítico* com esta mesma realidade.

A metodologia das oficinas, pela multiplicidade de ações envolvidas, reforçou no conjunto do funcionalismo a consciência da importância do trabalho em equipe, da integração e do sentido da

relação interdisciplinar, uma vez que eram aplicadas a funcionários com diferentes formações, inclusive não-universitários e representantes da comunidade.

A interpretação que fizemos das entrevistas nos encoraja a afirmar que as Oficinas de Trabalho se transformaram no principal foco de construção e apropriação de conhecimento pelo conjunto do funcionalismo. Foram processos que incluíram dinâmicas de reflexão coletiva, em que o conhecimento levou à análise de uma dada situação concreta e permitiu a abertura do grupo a práticas inovadoras. Através delas foi possível reunir informações e identificar problemas cujas raízes atingiam outros setores sociais. A impressão a qual ficamos é que estavam sendo estabelecidas novas redes de trabalho, orientadas pelas necessidades descortinadas, visando a melhoria da infraestrutura urbana, com a construção de moradias, transportes, saúde e educação. Os resultados apontaram para o descobrimento de um novo objeto: o coletivo e suas desigualdades. Pois as oficinas permitiram a aproximação com as necessidades dos vários grupos sociais, por meio da identificação de grupos de população adscritos a microáreas geográficas.

Apesar da presença simultânea de padrões díspares de pensamento em saúde no coletivo da gerência, das concepções heterogêneas sobre o sentido do setor público e do modelo de atenção à saúde, das diferentes composições das equipes de trabalho regional e distrital e de indefinições sobre tarefas e competências de cada nível, pode-se seguramente afirmar que o caminho seguido pela Secretaria levou à formulação de novos projetos sociais e contribuiu para planejar

a reorganização das práticas de atuação do setor público. O mais importante a destacar é que se conseguiu abrir espaço para a construção de novos caminhos a partir da base, ou seja, a partir dos usuários dos serviços e dos funcionários de nível local que, estimulados a exercer o papel de agentes de um trabalho coletivo, desenvolveram uma consciência crítica que os fortaleceu e lhes permitiu participar ativamente do processo de transformação. Permitiu também reflexões sobre a organização e os mecanismos de avaliação dos serviços de saúde, à medida que seu processo conseguiu estabelecer relações entre as contradições do meio e a situação de saúde. Por estimular análises socioeconômicas e políticas relacionadas às práticas sanitárias, a detecção das desigualdades do território pôde despertar entre os diferentes atores sociais envolvidos a necessidade de um trabalho para a promoção da equidade no setor saúde.

Nesse sentido, as nossas reflexões sobre a política de saúde desenvolvida pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo focalizaram mais o compromisso assumido pela Instituição com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e, mais especificamente, com os meios que pudessem favorecer sua implementação, como por exemplo, a descentralização administrativa e a implantação das Regiões e dos Distritos de Saúde. Essas medidas foram consideradas estratégicas para a municipalização dos serviços, para a participação social e para a democratização das decisões. O modelo de atenção à saúde foi repensado, com a introdução de práticas inovadoras nos serviços, em outras instituições e na comunidade. Não

se pode dizer que o processo não tenha sido contraditório. Teve múltiplas implicações e, como se viu, diferentes apreensões. Recebeu recusas, mas teve aprovações.

A partir da análise das entrevistas, pudemos evidenciar que existem sujeitos receptivos à transformação das práticas. Ao mesmo tempo, a partir das respostas dos entrevistados, fizemos novas perguntas. De que forma resgatar as experiências de transformação ocorridas e as esperanças de mudança? De que forma reagir às lutas perdidas? Como deve-se desenvolver um trabalho que leve à participação continuada de funcionários e cidadãos na tomada de decisões? Como retomar, radicalizar e aprofundar os processos de democratização que foram interrompidos? Como dar continuidade às metodologias de trabalho que levam à construção coletiva de conhecimentos a partir da base? Que modelos gerenciais e de atenção à saúde são respostas a atual crise da saúde?

Mesmo com essas novas indagações, podemos afirmar que tanto os dirigentes quanto os funcionários e cidadãos/usuários entrevistados tiveram consciência do sentido da política da Secretaria Municipal da Saúde, conseguindo inscrevê-la na política social do governo Luiza Erundina. Esta constatação é suficiente para continuarmos sonhando que somos capazes de dar um sentido transformador às nossas práticas e, coletivamente, produzir saúde.

POSFÁCIO

Por Luiza Erundina de Sousa⁴⁴

Sempre me comove e é motivo de alegria ser convidada a participar da análise e reflexão de uma história que vivi junto com alguém em um dado momento da vida. Refiro-me à fascinante experiência de governar São Paulo, a fantástica metrópole brasileira, terceira maior cidade do mundo.

Esta é, pois, uma dessas felizes oportunidades que o Dr. Emílio Telesi Junior, médico sanitарista, me proporciona, ou seja, escrever o posfácio deste seu importante e oportuno trabalho: “A saúde em tempos de Erundina (1989-1992)”, período esse que corresponde ao primeiro Governo Democrático Popular da capital paulista, quando era Secretário da Saúde o Dr. Eduardo Jorge Martins Alves Sobrinho.

O autor introduz o seu trabalho com a filosófica frase de Shakespeare: “Lembrar-me de ti! Sim, pobre espectro, enquanto a memória tiver assento neste mundo enlouquecido”, que sugere a sua intenção de resgatar e preservar a memória da rica e inovadora experiência que ele viveu como membro da equipe de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP), na gestão do também talentoso médico sanitарista Dr. Eduardo Jorge, considerado

⁴⁴ Luiza Erundina é assistente social e foi Prefeita de São Paulo entre os anos de 1989-1992. Em 1993 ocupou o cargo de ministra da Administração Federal, no governo Itamar Franco. Entre os anos de 1986-1988 foi deputada estadual e, vereadora entre 1983-1986. Atualmente exerce o 6º mandato como deputada federal pelo PSOL-SP.

uma das maiores autoridades em saúde pública do país, tanto como profissional, como gestor. Além de ter sido, como deputado federal, um dos principais construtores do Sistema Único de Saúde (SUS), foi quem antecipou sua implantação no país, já em nosso Governo, como um direito universal de acesso à saúde pública da população brasileira.

Antes mesmo que a legislação infraconstitucional fosse aprovada, ele e sua equipe conceberam e aplicaram seus princípios constitucionais que só vieram com as leis nº 8.080 e nº 8.142 de 1990, aprovadas pelo Congresso Nacional.

É importante chamar a atenção dos leitores(as) deste trabalho para o fato de que o autor focou, na sua abordagem, os pressupostos que caracterizaram a experiência objeto da pesquisa.

Destaque-se, entre outros, a ação integrada e intersetorial entre a SMS e as demais secretarias sociais, tais como: Educação, Bem-Estar-Social, Habitação e a Secretaria das Administrações Regionais, de modo a potencializar a atuação de todas elas como políticas públicas voltadas ao atendimento dos direitos sociais dos cidadãos e cidadãs brasileiros, a partir da compreensão de que os problemas de saúde individual e coletiva têm causas estruturais e, como tal, devem ser abordados e tratados interdisciplinarmente no âmbito das comunidades locais como espaços de convivência comunitária.

Assim, é um processo orientado por um método de gestão que tem como objetivos a participação e o pleno exercício de cidadania de cada cidadão emancipado e sujeito de sua própria história, portanto,

condutor, junto com os outros cidadãos, da cidade, espaço comum de vivências.

Acrescente-se, ainda, que o resultado da análise e da reflexão expresso nas páginas desta publicação demonstra que o seu autor compreendeu tratar-se de um método de gestão que extrapola os limites e objetivos específicos de cada política pública que, por sua vez, deve ir além da prestação de um determinado serviço, e, ao integrar-se a outras políticas públicas, torna-se força mobilizadora e organizadora da construção do poder popular, único capaz de mudar a realidade no interesse das classes populares e por igualdade de direitos e dignidade para todos, conforme prevê a Constituição Federal.

O reconhecido êxito dessa experiência de política pública de saúde ficou sobejamente demonstrado no presente trabalho que tive a honra e o prazer de posfaciar.

Finalmente, cumprimento e agradeço ao autor a valiosa contribuição que sua pesquisa representa para a política de saúde pública. Destaque-se, também, sua oportuna publicação em plena pandemia de Covid-19, que já ceifou mais de setecentas (700) mil preciosas vidas de cidadãos e cidadãs brasileiros e, lamentavelmente, ainda continua a fazê-lo. Nossa sentida solidariedade às vítimas, aos seus familiares e amigos, deixando aqui registrada, com profundo pesar, nossa homenagem de gratidão ao querido e saudoso Dr. Carlos Alberto Pletz Neder, também vítima da Covid-19, e um dos protagonistas do Sistema Único de Saúde (SUS), sucessor da gestão do Dr. Eduardo Jorge, ambos responsáveis pela inovadora política de saúde da história

político-administrativa da cidade de São Paulo. Aos dois e todas e todos os servidores da Secretaria Municipal de Saúde, nossa admiração e justo e merecido agradecimento em nome dos cidadãos(ãs) paulistanos que tivemos a responsabilidade e o privilégio de governar.

Enfim, é incrível a potência de uma experiência que se realizou há mais de três décadas e que, ao ser publicizada por meio desta pesquisa, poderá servir de referência para o processo de reconstrução, não apenas da política pública de saúde, mas sobretudo na reconquista de tudo o que se perdeu ao longo do interminável e trágico atual governo, com o irrestrito apoio do Poder Legislativo que, durante os governos Michel Temer e Jair Bolsonaro, atua de costas para o povo brasileiro em detrimento dos seus direitos de cidadania e contra a soberania nacional.

Luiza Erundina de Sousa
Prefeita de São Paulo (1988-1992)

SOBRE O AUTOR



Emílio Telesi Júnior é graduado em Medicina pela Universidade Estadual de Campinas. Realizou residência médica, mestrado e doutorado na Universidade de São Paulo (USP). Sempre teve interesse pela área de saúde pública e especializou-se em Medicina Tropical, Saúde Pública e Planejamento em Saúde pela Faculdade de

Saúde Pública (USP). Médico sanitarista da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo entre 1976 e 2013, e da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), de 1989 a 2021. Idealizou e desenvolveu o Programa da Residência Multiprofissional em Práticas Integrativas e Complementares da SMS-SP. Atualmente é Professor Titular da disciplina Integração Serviço e Comunidade - ISC VI, Curso de Medicina do Centro Universitário São Camilo de São Paulo.

