



Assembléia Legislativa de São Paulo

Fórum São Paulo Século 21

Relatórios Temáticos Finais
Saúde



Assembléia Legislativa de São Paulo

Fórum São Paulo Século 21

Relatórios Temáticos Finais
Saúde

SAÚDE

O Grupo Temático de Saúde pautou seu trabalho em parte significativa dos temas que envolvem a ampla agenda de discussão na área de saúde, sobre as questões de financiamento, recursos humanos, gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e municipalização, políticas de saúde e ações programáticas, e controle público e participação social no SUS. De acordo com o Relatório Final, buscou-se construir um diagnóstico da situação da saúde no Estado e encontrar respostas que levem a uma sociedade mais justa, solidária e saudável. Baseou-se para tal no Caderno do Fórum São Paulo Século 21, referente ao tema Saúde, nos oito debates realizados e nas contribuições de diversos Conselheiros.

Os debates realizados pelo Fórum sobre *Gestão e Municipalização* mostram o impacto positivo do processo de descentralização dos serviços e ações de saúde previstos na Constituição e na legislação do SUS. A introdução da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde de 1996 – NOB 96 veio aprofundar ainda mais a reestruturação em curso no sistema de saúde brasileiro. Essa norma teve como principal objetivo avançar na responsabilização dos municípios pela gestão da política da saúde. A quase totalidade dos municípios de São Paulo (95%) aderiu a um dos novos modelos: 71%, ao modelo gestão plena de atenção básica, e 24%, ao de gestão plena do sistema.

A importância dos municípios verifica-se também no predomínio das prefeituras na oferta de serviços ambulatoriais, em especial da rede básica, o que pode ser considerado um indicador do avanço do processo de municipalização no Estado. Em 1998, o prestador municipal respondia por 91,3% das unidades básicas de saúde (centros e postos de saúde), por 94,29% das unidades mistas e por 92,2% dos postos de assistência médica. Na área hospitalar, a presença mais comum é do setor privado filantrópico, porém as prefeituras participam com 9,2% na oferta de leitos de clínicas básicas para a população.

CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS

Além da nova formatação da política de saúde decorrente da NOB 96, o surgimento de novos focos descentralizados de gerência da saúde pode ser verificado pelas iniciativas de criação de

consórcios intermunicipais, que favorecem o uso racional de recursos escassos e são importantes instrumentos de gestão para o uso regionalizado de recursos, para com isso potencializar a atenção à saúde dos municípios. Dados do Ministério da Saúde indicam a existência de 143 consórcios no Brasil, em 1998, sendo apenas nove no Estado de São Paulo. Considerando-se a participação dos municípios, o consórcio é um mecanismo mais utilizado no Brasil que no Estado de São Paulo: 31% e 13% dos municípios, respectivamente, estavam associados em consórcio.

Em relação à gestão do SUS, o Relatório Final considera fundamental o apoio decidido ao processo de municipalização plena, bem como a formação de novos consórcios públicos intermunicipais, visando a descentralização das ações e dos serviços de saúde, inclusive a vigilância, com o estímulo ao planejamento participativo local, ascendente, em bases epidemiológicas, com ênfase nas ações coletivas e na intersetorialidade. O Relatório aponta, ainda, a urgência de um processo de profissionalização gerencial dos trabalhadores, das estruturas administrativas, técnicas e de apoio, permeável à participação e ao controle da sociedade civil, aberta à gestão colegiada e com autonomia técnica, administrativa e financeira.

A discussão do tema *Financiamento* coincidiu com a tramitação final da Proposta de Emenda Constitucional – PEC da Saúde no Congresso Nacional, propiciando que o Fórum São Paulo Século 21 se constituísse em um espaço de articulação política pela sua aprovação, com a realização de um grande debate público e a aprovação de manifesto de apoio à PEC, encaminhado a todos os deputados federais e senadores. O Relatório Final saúda a aprovação da PEC, que resolve, em boa medida, um dos principais entraves à plena realização do SUS, permitindo uma ampliação orçamentária. Com a previsibilidade de recursos introduzida, as autoridades sanitárias poderão, pela primeira vez, fazer um planejamento real de gastos, o que era impossível até então, dadas as bruscas variações orçamentárias entre um ano e outro.

Os dados levantados ilustram as questões apontadas. Para os gastos estaduais, no período 1995-97, apontam uma queda em 1996, com ligeira recuperação em 1997, porém ficando abaixo dos valores de 1995. Em 1997, as despesas foram da ordem de R\$ 1,985 bilhão, indicando uma redução de 2,8% em relação a 1995. A participação no total da despesa do Estado passa de 5,69% (1995) para 5,33% (1997) e o valor per capita cai de R\$ 58,87 (1995) para R\$ 55,53 (1997). A análise desses gastos, por fonte, indica que o tesouro estadual, além de ser o principal provedor dos recursos,

aumentou sua participação (83,48%, em 1995 e 87,96%, em 1997). O montante do gasto estadual não se limita somente às despesas realizadas nas atividades inerentes à Secretaria da Saúde, incluem também as transferências, através de convênios para entidades filantrópicas e prefeituras, para auxílio nas despesas de custeio e investimento. Pode-se observar o aumento dos valores transferidos, entre 1995 e 1998, e a predominância do interior e das entidades filantrópicas no recebimento dos recursos.

A União é responsável pelo maior aporte de recursos que financiam os gastos municipais na área da saúde. No entanto, com o processo de descentralização, diversos municípios têm aumentado sua parcela. E isso é tanto mais viável quanto maior a capacidade arrecadatória/financeira das prefeituras. A maioria dos municípios do Estado depende em grande medida das transferências dos governos estadual e federal. Estudo da Fundação Seade indica que apenas 3% dos municípios paulistas – que abrangem um terço da população – têm poder de arrecadação significativo, nos quais a receita própria responde por mais de 50% da receita total. A maioria dos municípios apresenta uma parcela pequena de receita própria: em 28% dos municípios a receita própria corresponde a até 10% do total da receita municipal e em 32% dos municípios esse percentual varia de 10% a 20% da receita total. Este conjunto, formado por 60% dos municípios, abrange apenas 12% da população paulista.

GASTOS EM SAÚDE

Dados da Pesquisa Municipal Unificada – PMU, da Fundação Seade, indicam a evolução do percentual do gasto municipal em saúde, passando de 13,6%, em 1992, para 15%, em 1997. Estudo dos gastos realizados pelas prefeituras segundo os modelos de gestão vigentes em 1997 (NOB 93) aponta diferenças significativas no percentual do gasto em saúde. Os municípios em gestão semiplena apresentaram uma curva ascendente nesse indicador, investindo, em média, quase um quarto de suas despesas com saúde em 1997. Uma tendência semelhante foi registrada para os municípios em gestão parcial, que, ao final do período analisado, comprometiam 18,5% do gasto municipal. Esse maior aporte de recursos fez com que o gasto per capita em saúde passasse de R\$ 61, em 1992, para R\$ 86, em 1997. Deve-se levar em consideração que, nesses gastos, estão incluídas as transferências federais e estaduais para os municípios e esses valores são mais altos quanto mais avançado o modelo de gestão em que o município estava habilitado.

Dentro do tema *Controle Público e Participação Social*, discutiu-se sobre os Conselhos de Saúde, órgãos colegiados deliberativos do SUS, organizados em todos os níveis (municipal, estadual e nacional), que junto com a realização periódica de Conferências de Saúde são pré-requisitos para a participação no SUS e para o repasse de recursos públicos. Os debates realizados indicam a necessidade de um maior aprofundamento sobre alguns problemas identificados para a efetivação dos mecanismos de controle público do SUS, além da necessidade de maior articulação dos diversos setores da sociedade civil afeitos à questão saúde.

CONSELHOS DE SAÚDE

O Relatório Final traz a evidência de que a organização de Conselhos de Saúde tem-se generalizado de forma espetacular, representando, hoje, novo mecanismo de publicização do Estado, abrindo-o a controles diretos da sociedade. Assim, o SUS tem se mostrado uma proposta democrática e popular de reforma do Estado, que permite ainda novos padrões de relacionamento da comunidade com o governo, os serviços e os trabalhadores da saúde. Ao se investir de poder político, a sociedade civil, especialmente os usuários, ganham conhecimento político e técnico, conquistam cidadania, o que leva a se estabelecer uma relação da população com o governo, a partir de um patamar diferenciado, como atores sociais.

Verifica-se, com dados da PMU, que os municípios, após uma década da Constituição, embora a quase totalidade dos municípios tenha criado conselhos municipais de saúde (92%), somente 54% deles possuem composição paritária entre os representantes dos usuários e dos demais segmentos, conforme dispõe a lei. Em relação aos representantes de usuários, observa-se que diferentes segmentos da sociedade civil organizada estão representados nos conselhos: associações de moradores (em 64% dos conselhos); movimentos comunitários (em 54%); organizações religiosas (em 53%); sindicatos (em 48%); associações de portadores de deficiências e/ou doenças crônicas (em 25%); e associações de defesa do consumidor (em 5%). Um indicador da efetividade dos conselhos foi o estudo da periodicidade de suas reuniões, quando observou-se que a periodicidade mensal foi a mais citada (58% dos casos). É preocupante no entanto, o alto percentual de conselhos, mais de um terço do total investigado, que não realizavam pelo menos uma reunião mensal.

Quanto aos *Recursos Humanos*, os serviços de saúde, pela sua própria natureza, têm em seus trabalhadores elemento estratégico para a elevação da qualidade dos serviços e sua transformação. Os recursos humanos introduzem maior complexidade ao debate sobre a gestão das políticas de saúde, que se acentua pelo processo de descentralização e, nas últimas décadas, vem redesenhando o modelo assistencial.

No Estado de São Paulo, dados da Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS), da Fundação IBGE, indicam que entre 1977 e 1992 o número total de empregos na área de saúde dobrou, chegando a 395 mil postos. O principal responsável por esse aumento foi o setor público, que passou, em 1992, a responder por 44% dos empregos nos serviços de saúde. Nos anos 90, as prefeituras tornaram-se um importante contratador e gerenciador de recursos humanos em saúde. Assim, o recente processo de descentralização das ações de saúde atrai, obrigatoriamente, o olhar para a gestão municipal e exige acompanhamento das políticas de RH praticadas. Dados da PMU registram um crescimento geral do número de profissionais das prefeituras: 11% de médicos, 12% dos demais profissionais universitários e 27% dos não-universitários.

RECURSOS HUMANOS

Nos dados dos conselhos regionais, nos últimos dez anos, verifica-se aumento tanto em números absolutos quanto no coeficiente de médicos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e psicólogos. O Estado de São Paulo já contava, em 1994, com um bom coeficiente de médicos (1,9 por 1.000 habitantes), superior ao brasileiro (1,5) e ao de países como Japão (1,5) e Itália (1,7).

O Relatório Final chama a atenção para dois tópicos importantes no panorama dos recursos humanos em saúde. O primeiro diz respeito à distribuição socioespacial muito desigual desses trabalhadores e acompanha as desigualdades sociais presentes no Estado de São Paulo e no interior de suas regiões metropolitanas. Pelo menos no caso dos médicos e dos cirurgiões-dentistas, não há necessidade de novas escolas de nível superior, mas de políticas redistributivas, associadas às possibilidades de realização e qualificação profissional, a exemplo da ampliação da Residência Médica, além da necessidade de transformações profundas na estrutura curricular dos cursos.

O segundo ponto refere-se aos mecanismos de desregulamentação em curso no país, fazendo conviver no mesmo local de trabalho agentes com direitos diferenciados, desvios de funções, dupla ou tripla jornada de trabalho, e muitas vezes submetidos a formas improvisadas e arcaicas de gestão, com poucos ou inexistentes espaços de negociação com seus empregadores. São exemplos comuns: a contratação de trabalhadores para o serviço público sem concurso público; a utilização de contratos em cargos comissionados para atividades de caráter permanente; a contratação de serviços terceirizados para a realização de atividades técnicas de caráter permanente; dentre outros. Nas instituições privadas, as distorções são de outra ordem. Nesses casos, a ênfase da desregulamentação se dá, principalmente, pela tentativa das entidades se desonerarem das obrigações fiscais e pelo descumprimento das normas regulamentares de contratação de pessoal, inclusive com a contratação de estagiários em substituição à força de trabalho profissional.

Os temas anteriormente abordados, enquanto componentes da política de saúde, estão diretamente ligados à situação de saúde no Estado de São Paulo, cujas principais características serão abordadas a seguir.

MORBIMORTALIDADE

Houve grandes mudanças no perfil de morbimortalidade da população de São Paulo nas últimas décadas, com importantes reflexos para o futuro. Ao lado do aumento da expectativa de vida – exceto para os jovens expostos à violência urbana –, da redução nas taxas de mortalidade infantil e da diminuição das doenças infecciosas, há o aumento das doenças crônico-degenerativas, as dificuldades no combate às velhas endemias e o surgimento de novas doenças. Acrescente-se, a esse quadro, a transição demográfica que, ao apontar para o envelhecimento da população, insere novos desafios na agenda da área de saúde para o século 21.

Os dados revelam avanços no controle de algumas das doenças transmissíveis no Estado de São Paulo e desafios diante das que persistiram, recrudesceram ou simplesmente reapareceram. São, em geral, doenças que guardam relação com as condições socioeconômicas da população e a desigualdade social, a pobreza, condições inadequadas de habitação e falta de saneamento básico.

As doenças imunopreveníveis, aquelas controláveis e potencialmente elimináveis por meio de vacinação apresentam-se em situação relativamente boa no Estado. O combate à poliomielite foi o que obteve maior êxito, devido ao sucesso das campanhas de vacinação. Outras doenças controláveis por imunização, como difteria, rubéola, tétano acidental e tétano neonatal encontravam-se em patamares de baixa incidência, em 1997. O mesmo não se pode dizer do sarampo, em função da epidemia ocorrida naquele ano, quando foram registrados 23.909 casos. O não-cumprimento da meta de eliminação do sarampo do Hemisfério Ocidental até o ano 2000, proposta na 21ª Conferência Sanitária Panamericana, em 1994, é um alerta para os serviços de saúde coletiva, que necessitam estar capacitados e ativos para evitar o recrudescimento de doenças há muito preveníveis por vacina.

Quanto à tuberculose, depois de uma importante queda da letalidade e, em menor grau, de sua incidência, convive-se hoje no Brasil, com a perspectiva de seu recrudescimento. Existem fatores associados para isso, como a expansão da epidemia de Aids, a persistência da pobreza e da miséria, particularmente em bolsões dos grandes centros urbanos, e tratamentos malconduzidos que favorecem o aparecimento de cepas resistentes ao bacilo tuberculoso, que complicam o combate à doença. Em São Paulo, desde o início dos anos 90, a tuberculose vem apresentando aumento no número de casos notificados, mantendo um coeficiente acima dos 50/100 mil habitantes, com predominância do sexo masculino, em especial dos adultos acima de 30 anos.

O Dengue, tomado aqui como exemplo de doença que se achava erradicada, tem adquirido maior importância na saúde pública particularmente pelo risco de sua forma mais grave, o dengue hemorrágico. No Estado de São Paulo, os primeiros casos reapareceram em 1987 e sofreram aumento crescente na década de 90, atingindo 10.631 casos (30,3/100 mil habitantes), em 1998. O controle do dengue é um problema sério a ser enfrentado, tendo em vista sua atual disseminação, a falta de vacina eficaz e as condições sanitárias precárias das cidades, especialmente em regiões mais pobres.

Note-se que o maior êxito no controle de doenças como a poliomielite, o sarampo e o tétano está associado ao fato dessas doenças poderem ser controladas com intervenções pontuais, como campanhas de vacinação, ao contrário das dificuldades enfrentadas no controle da tuberculose, do dengue, da leptospirose, da leishmaniose, do tracoma, e de tantas outras doenças muito conhecidas, mas que dependem para seu enfrentamento de ações intersetoriais e de uma rede básica de saúde

bem-estruturada, com trabalhadores qualificados, retaguarda de apoio de diagnóstico e laboratorial, além de qualidade e regularidade nos serviços prestados.

A situação social e as transformações vividas pela sociedade paulista e a brasileira estão na raiz das mudanças ocorridas em seu perfil de mortalidade, marcado pelo maior controle das doenças infecciosas e parasitárias, pelo aumento das doenças crônico-degenerativas e pelas causas associadas à violência. Em 1998, na população de 15 a 59 anos, as principais causas de morte eram as violentas (31,9%), as do aparelho circulatório (22,9%) e as neoplasias (14,2%). Já para o grupo de maiores de 60 anos predominavam as doenças do aparelho circulatório (45,2%) e as neoplasias (18,2%).

POLÍTICAS E AÇÕES

Quanto às *Políticas de Saúde e Ações Programáticas*, o debate realizado pelo Fórum indica a necessidade de uma compreensão global dos determinantes políticos, econômicos e sociais que estão na origem do atual modo de organização dos serviços, bem como das diferentes visões de mundo e de futuro subjacentes à ação política de seus agentes. Em vista da crescente atomização do campo da saúde – em parte fruto da ultra-especialização médica, em parte fruto da criação de novos campos de prática na saúde coletiva – e da busca de consensos, elegeram-se as diretrizes do SUS como eixo articulador, permitindo uma discussão em bases comuns de ações programáticas voltadas para áreas distintas:

Saúde da Criança – Embora nas últimas décadas a taxa de mortalidade infantil tenha caído significativamente nas últimas décadas (no Estado de São Paulo passou de 51,2 por 1.000 nascidos vivos, em 1980, para 18,7, em 1998), os números escondem uma grande desigualdade entre regiões e sub-regiões, inclusive no interior dos centros urbanos, onde atingem por vezes níveis semelhantes aos das regiões mais miseráveis do Brasil. Se tomadas pela média, as principais causas da mortalidade infantil também mudaram: das diarreicas-parasitárias e respiratórias, decorrentes basicamente dos fatores socioambientais e que perduraram durante décadas, passaram a prevalecer as causas

perinatais, resultantes da ausência de um pré-natal de qualidade, atenção à gravidez de alto risco, acompanhamento do puerpério e estímulo ao aleitamento materno, dentre outros motivos.

A manutenção de prevalência de crianças com baixo peso ao nascer (menos de 2.500 quilogramas) ainda é, para o Estado e o Município de São Paulo, uma prioridade a ser resolvida (respectivamente, 8,65% e 8,91%, em 1998), problema que se agrava ao se analisar o indicador referente aos filhos de mães adolescentes. Outro problema está ligado às doenças do aparelho respiratório, principal causa de internação, no SUS, em todas as faixas etárias: menores de 1 ano (35%); de 1 a 4 anos (43%); e de 5 a 9 anos (25%), fortemente associadas às más condições de moradia.

Na agenda dos desafios a serem enfrentados estão ainda a continuidade de redução da mortalidade infantil, a diminuição das taxas de mortalidade materna, redução das disparidades sociais nos grandes centros e entre as áreas urbanas e rurais e a prevenção da gravidez involuntária na adolescência. O Relatório Final chama a atenção, ainda, para a necessidade de ações dirigidas às crianças e aos adolescentes portadores de necessidades especiais e àqueles que vivem em situação de violência e risco, e a importância de projetos de triagem visual e auditiva, estimulando a articulação entre os serviços de saúde, escolas, creches e outras áreas sociais.

Saúde do Adolescente – A população de adolescentes e jovens paulistas de 15 a 19 anos passou de 2,6 milhões de pessoas, em 1980, para 3,4 milhões, em 1996. As informações do Programa Saúde do Adolescente da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo destacam a necessidade de um olhar integrado e intersetorial quando se advoga a causa da saúde dos adolescentes e jovens.

Dos cerca de 175 mil atendimentos realizados nos serviços-referência, observa-se que os problemas ginecológicos representam 47% dos diagnósticos, indicando mudança comportamental feminina e rompimento de tabus, com a procura do ginecologista pela adolescente cada vez mais cedo, em busca de fatores protetores ao exercício da sexualidade e de orientação sobre cuidados com a saúde. Os adolescentes e os jovens com menos de 20 anos estão iniciando suas atividades sexuais cada vez mais cedo, entre 14 e 16 anos, aumentando as probabilidades de disseminação de DSTs/Aids. O número de mortes por Aids entre adolescentes e jovens de 15 a 24 anos, após crescimento contínuo, diminuiu 35% entre 1993 e 1996. Um cenário mais animador, embora não signifique redução do risco a que adolescentes e jovens estão expostos em relação ao HIV positivo.

Outra questão importante é a gravidez na adolescência. Em 1998, no Estado de São Paulo, do total de partos realizados pelo SUS, 1% (4.205) correspondia a adolescentes entre 10 a 14 anos e 24% (104.092) de 15 a 19 anos. Estudos desenvolvidos pelo Programa Saúde do Adolescente da Secretaria de Estado da Saúde demonstram que 28% das gestantes que chegam aos ambulatórios de serviços que atendem a adolescentes engravidaram nos três primeiros meses a partir da primeira atividade sexual, e que 40% dos atendimentos de pré-natal realizados correspondiam a adolescentes que já eram mães ao chegar aos serviços e voltaram a engravidar após 36 meses da primeira gestação.

Aids – Configura-se como um grave problema de saúde pública, no Estado de São Paulo, tanto pelo incremento da doença verificado desde seu início na década de 80, como pela expansão entre mulheres e jovens nos anos 90. Até julho de 1998 foram registrados mais de 65 mil casos e estima-se que existam entre 300 mil e 500 mil pessoas infectadas. A Aids é a primeira causa de morte entre mulheres de 15 a 19 anos e a segunda entre os homens nesta mesma faixa etária.

Apesar da forte redução da incidência em alguns grupos sociais, de uma importante queda na mortalidade e uma acentuada melhora na qualidade de vida de muitos portadores do HIV e doentes, fruto da informação, de ações de prevenção e da universalização do acesso ao tratamento anti-retroviral, ainda são inaceitáveis as taxas de transmissão e de sobrevivência média, seja por dificuldades no acesso aos serviços de saúde, seja pela baixa cobertura do diagnóstico precoce, em especial nos setores mais marginalizados da população.

O Relatório Final ressalta que, diante desse quadro, é necessário o Estado e os municípios considerarem a luta contra a Aids como uma prioridade de governo, mediante ações intersetoriais, garantia de recursos orçamentários e qualidade dos serviços; acesso rápido e sigiloso a sorologias anti-HIV, também nos pré-natais e ações contra tuberculose; acesso a serviços de saúde e recursos para a universalização dos medicamentos anti-retrovirais e para infecções oportunistas; facilidade no acesso e distribuição de preservativos; ampliação de programas de redução de danos, organizando ações específicas, em conjunto com os usuários, para grupos socialmente vulneráveis, como trabalhadores do sexo e moradores de rua.

Saúde da Mulher – Nesse aspecto, são importantes os problemas relacionados ao parto cesáreo, mortalidade materna e neoplasias.

O Estado de São Paulo registra altas taxas de parto cesáreo, muito superiores ao que seria admissível nos casos em que há prescrição médica para preservar a saúde da mãe e/ou da criança. Em São Paulo, 48,27% dos nascidos vivos, em 1998, nasceram por parto operatório. Ao se analisarem os dados de partos realizados pelo SUS, observa-se uma taxa de 35,13% de partos cesáreos, inferior à verificada pelo total de nascidos vivos, que inclui as pacientes que utilizam serviços de medicina suplementar.

A mortalidade materna ainda é um desafio a ser enfrentado no que diz respeito à saúde da mulher. No Estado de São Paulo, os coeficientes encontram-se, portanto, em patamares pouco condizentes com seu nível de desenvolvimento: 42,41 óbitos por 100 mil nascidos vivos no triênio 1996-98, enquanto países desenvolvidos já apresentavam coeficientes de 15/100 mil, na década de 80. A relação entre as mortes maternas e a qualidade da assistência à saúde, em particular da atenção pré-natal, ao parto e ao puerpério, trazem desafios para o sistema de saúde. Estender a cobertura do pré-natal para, no mínimo, sete consultas durante a gravidez, conforme recomenda a OMS, é um caminho. Dados do registro de nascidos vivos indicam que 61% das mães realizaram sete consultas ou mais, porém é preocupante o fato de 39% delas não alcançarem o mínimo recomendado.

Em relação às questões que envolvem o parto, o Relatório Final propõe que deve ser assegurado de imediato o direito a serviços humanizados e de qualidade, bem como o direito ao acompanhante, nos termos da lei dos direitos do usuário. E criação, estímulo e suporte para os Comitês de Investigação da Mortalidade Materna, garantida a participação das Universidades e da Sociedade Civil.

Outra questão de prioridade para a saúde da mulher trata do combate e da prevenção das neoplasias, especialmente o câncer de colo de útero e o de mama. Observa-se a contínua elevação do câncer de mama, que atinge a taxa de 13,9 mortes/100 mil mulheres, no período 1995-98. O câncer nos órgãos genitais é o segundo mais freqüente e também apresenta tendência de elevação de mortalidade, atingindo 12,4 mortes/100 mil mulheres.

No que diz respeito às intervenções realizadas pelas prefeituras municipais, em 1997, a quase totalidade dos municípios (99%) desenvolveram ações em favor da saúde da mulher, destacando-se o

aumento do número de municípios que fazem atendimento específico à gestante adolescente (56%, em 1995, e 65%, em 1997). A significativa quantidade de municípios com ginecoobstetras (94%), somada aos resultados já apresentados, pode indicar que os municípios estão cada vez mais comprometidos em promover a concretização dos direitos da mulher em relação à saúde integral, em todas as fases da vida.

Saúde no envelhecimento – Um dos principais dados para o Fórum São Paulo Século 21 diz respeito à decisiva transformação demográfica em curso, que indica o rápido processo de envelhecimento da população paulista. A projeção dessa pirâmide populacional para os próximos 20 anos mostra que, se hoje a população com menos de 15 anos é três vezes superior à população com mais de 60 anos, em 2020 será de 1 para 1. Essa mudança traz consigo impactos decisivos para as políticas públicas, não apenas em saúde, mas em áreas tão variadas como a educação, o transporte e a habitação. Estima-se que seremos mais de oito milhões de idosos em São Paulo, em 2020 (18% da população total), a maioria, mulheres (cerca de 4,550 milhões), com forte impacto nos serviços de saúde.

Em face do processo de abandono, isolamento e exclusão social do idoso, que marca a sociedade atual, o Relatório Final aponta a necessidade imediata da instituição de políticas públicas voltadas para a qualidade de vida na terceira idade, de caráter intersetorial; maior normatização, fiscalização e controle das condições de vida nas casas de repouso e abrigos, que vêm atuando na maioria das vezes como verdadeiros depósitos; garantia de acessibilidade a prédios de uso público; o estímulo a equipes multidisciplinares de reabilitação no Estado e nos municípios, aptas à prevenção, ao diagnóstico precoce, ao tratamento e reabilitação de deficiências; ampliação dos programas de atendimento domiciliar e de assistência social específica; e a elaboração de programas de saúde integral no envelhecimento, em toda a rede pública, incluindo a garantia de medicamentos de uso continuado, com base em experiências de sucesso que já vêm ocorrendo em inúmeros municípios.

Saúde Bucal – A integralidade da saúde e a qualidade de vida, que estão nos princípios do SUS, inexistem sem a saúde bucal. O Relatório Final coloca a defesa do direito de todos poderem sorrir sem esconder os dentes, mastigar direito e falar adequadamente. Nesse sentido, é fundamental

a luta contra a mutilação dentária. A água, outro direito de todos, necessita de flúor para evitar a cárie dentária, e de ações de vigilância sanitária que garantam o seu controle, mesmo em pontas de linha. As ações de saúde bucal devem estar presentes no pré-natal, assegurando uma gestação sem dor e sofrimento dentário, como também nos programas destinados à terceira idade e a portadores de cuidados especiais; e nas creches e escolas, mediante ações educativas. Deve-se, ainda, assegurar a assistência curativa nos serviços de saúde, com ênfase na promoção da saúde bucal e na prevenção, incorporando auxiliares e técnicos de nível médio nas equipes, potencializando seu trabalho. A proporção de cirurgiões-dentistas por habitante está em torno de 10/10 mil, sendo que os Ministros da Saúde das Américas estabeleceram como meta 2/10 mil, afinal em São Paulo existem 27 cursos superiores de odontologia. Pacientes especiais, como os portadores de HIV/AIDS e de fissuras lábio-palatinas também devem ter assegurados seus direitos à atenção. E os estudos epidemiológicos devem ter continuidade assegurada pelo Estado e pela União.

Portadores de Deficiência – Dados da Pesquisa de Condições de Vida – PCV da Fundação Seade indicam que os indivíduos portadores de deficiência correspondiam a 1,5% da população do Estado de São Paulo, em 1998, em números absolutos, correspondia a 525 mil pessoas. Já os indivíduos que declararam ser portadores de alguma dificuldade – de locomoção, audição ou visão, além daquelas decorrentes de lesões por esforço repetitivo e de outras incapacidades não-relacionadas no quesito específico sobre deficiência – representavam 5% do total, o que equivale a aproximadamente 1,750 milhão de pessoas.

Além dos problemas associados à perda de autonomia individual e à dificuldade de integração social, a deficiência física ou mental provoca uma série de conseqüências ou transtornos de ordem familiar, devido à sobrecarga econômica que decorre não somente da perda de produtividade, como da necessidade de serviços especiais de assistência, reabilitação e integração. Verificou-se que 4,8% das famílias tinham pelo menos uma pessoa classificada como portadora de deficiência. Aquelas em que pelo menos um de seus membros foi classificado como portador de alguma dificuldade correspondiam a 14,9%.

Na esfera da ação pública, dados da PMU registram que 32% dos municípios paulistas atendem a crianças portadoras de deficiência em sua rede de creches e pré-escola. Diante desses dados, faz-

se necessária a promoção de ações conjuntas entre saúde e educação, incorporando ainda outros setores, propiciando condições para a independência, a auto-realização, a integração à comunidade e a inserção na sociedade dessa parcela da população, facilitando ainda sua movimentação mediante a adaptação de logradouros, edifícios de uso público e veículos de transporte coletivo, dentre outras iniciativas.

Saúde dos Trabalhadores – Conforme dados do Ministério da Saúde, o Brasil continua ocupando, entre o bloco dos “países em desenvolvimento”, o primeiro lugar em acidentes de trabalho e doenças profissionais. Constatação que se agrava diante da reconhecida precariedade das informações e notificações dos agravos à saúde dos trabalhadores. Do ponto de vista legal, o Código de Saúde do Estado e, mais recentemente, o Código Sanitário e a Lei da Saúde dos Trabalhadores vieram permitir um detalhamento que reforça a obrigatoriedade de ações e políticas adequadas ao enfrentamento do problema. Apesar da clareza legal e de todo um acúmulo de lutas existentes em muitos sindicatos e centrais sindicais, ainda são frágeis os programas de saúde para a área. No Estado de São Paulo é grande a carência de centros de referência capacitados, e mais frágil ainda a inserção de ações programáticas voltadas à saúde dos trabalhadores em toda a rede de serviços, bem como de estruturas de apoio diagnóstico e terapêutico, iniciando-se aí o desafio.

Do Relatório Final, destaca-se ainda a necessidade de capacitação da rede básica para ações de promoção e prevenção, de diagnóstico e tratamento, e de caracterização e notificação de agravos e acidentes; a criação de novos Centros de Referência e a formação continuada dos técnicos da rede; o apoio técnico, material e financeiro do Estado, o estímulo à realização de pesquisas e estudos epidemiológicos; a construção de um sistema estadual de vigilância para exposições ocupacionais a substâncias tóxicas, dentre outros itens.

Saúde Mental – Dos 85.767 leitos disponíveis pelo SUS no Estado de São Paulo em 1998, 25% destinavam-se a especialidades psiquiátricas, somando 21.881 leitos em instituições fechadas, contra apenas outros 398 destinados a hospitais-dia. Outro fenômeno interessante, levantado por solicitação do Fórum, diz respeito à abertura de leitos para uma nova classe de excluídos, os Fora de Possibilidade Terapêutica (FTP) que, além do rótulo estigmatizador, carregam consigo 6.533 leitos (8%

do total dos leitos SUS existentes no Estado), número semelhante ao de leitos “fechados” ou “descredenciados” de antigos hospícios, que em parte haviam sido denunciados na CPI dos Manicômios.

A política de humanização e desospitalização prevista no Código de Saúde do Estado prevê a substituição gradativa dessas instituições por serviços abertos, como Hospitais-Dia, Centros ou Núcleos de Atenção Psicossocial, Centros de Convivência e Cooperativas, Unidades de Atenção Intensiva em regime de hospitalização diurna e/ou noturna e lares abrigados. Do mesmo modo, é essencial a criação de ações programáticas em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde, nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e no atendimento domiciliar, assim como uma melhor estruturação do atendimento público ao dependente de álcool e outras drogas. As internações, quando necessárias, devem se dar em Unidades de Internação de Curta Duração. Para tanto, torna-se necessária uma progressiva reorientação dos recursos dos hospitais psiquiátricos para a criação de serviços substitutivos. Atividades intersetoriais são outra estratégia básica para possibilitar a convivência da pessoa “doente mental” na sociedade, buscando o fim da discriminação social contra o diferente.

O Relatório Final destaca, por fim, que os diferentes debates realizados pelo Grupo Saúde, ressaltaram a importância de reforçar o projeto de Cidades Saudáveis, buscando ações conjuntas com o legislativo. Cidade Saudável é aquela em que todos os atores sociais envolvidos – governo, organizações não-governamentais, famílias e indivíduos – orientam suas ações para transformar a cidade num espaço de produção social da saúde, construindo uma rede de solidariedade para a melhoria da qualidade de vida da população. Exige-se, para isso, o compromisso político dos governantes locais; a ação intersetorial, o planejamento estratégico, dando prioridade à resolução dos problemas, racionalizando recursos e definindo metas e ações comuns; e a participação popular da sociedade civil nas decisões sobre a cidade. Uma cidade é saudável quando está apoiada em um ecossistema sustentável e atende às necessidades básicas de seus habitantes.

Os trabalhos do Grupo foram concluídos com a elaboração da *Carta da Saúde*, subscrita pelos diversos segmentos – parlamentares, professores e trabalhadores em saúde, representantes de sindicatos, entidades e movimentos da sociedade civil, usuários e gestores de serviços de saúde – reunidos no Fórum São Paulo Século 21. A carta manifesta, em primeiro lugar, firme compromisso com

a construção do SUS, como uma conquista da sociedade brasileira, que tem como princípios a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização e a participação social.

Tais princípios se traduzem no respeito ao direito de acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, humanizados e de qualidade; na busca da integralidade das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação; na necessária reforma e descentralização político-administrativa do sistema, pela municipalização plena e pela construção de mecanismos de integração regional; no estímulo à promoção da saúde e da qualidade de vida, por meio da intersetorialidade; na construção criativa e participativa de planos locais, regionais e estaduais de saúde, assim como no respeito aos espaços de participação dos trabalhadores em saúde e da sociedade civil, para seu efetivo acompanhamento e controle.