

PROCESSO DE

MUNICIPALIZAÇÃO  
MUNICIPALIZAÇÃO  
MUNICIPALIZAÇÃO

SUDS - SP

## **SUDS - SP**

# **Sistema Unificado e Descentralizado de**

# **Saúde do Estado de São Paulo**

**Fevereiro de 1989**



**INSTITUTO  
BUTANTAN**  
A serviço da vida

---

## O PASSADO E O PRESENTE

---

O sistema de saúde brasileiro era centralizado a nível federal e pulverizado a nível municipal, ficando os Estados em uma indefinida posição intermediária. Em termos de atenção à saúde, diferentes instituições, sem integração alguma, tentavam atender às mesmas pessoas.

O resultado era:

- Má utilização e desperdício de recursos;
- Não cumprimento dos horários de trabalho, porque o comando estava longe do local de trabalho;
- Falta de participação da população para sugerir, reclamar ou aplaudir.

Em conseqüência, os índices de morbidade e mortalidade são altos e as condições de saúde do povo brasileiro péssimas.

---

## O GOVERNO ATUAL VEIO PARA MUDAR

---

Com o advento do SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - o Estado conquistou o direito de integrar o INAMPS à Secretaria da Saúde, e de gerir o sistema de saúde do Estado, agora unificado, recebendo, para tanto, as atribuições e os recursos que antes pertenciam ao nível federal.

O Governador Orestes Quécia, fiel à sua filosofia municipalista, decidiu compartilhar com os municípios a gerência do sistema unificado

de saúde, descentralizando-o, através do processo de municipalização, e repassando, assim, aos municípios, atribuições e recursos.

Com essas ações político-administrativas de integração e descentralização, o SUDS concretizou-se no Estado de São Paulo, servindo, hoje, de exemplo para o Brasil.

---

## A MUNICIPALIZAÇÃO

---

*Mas o que é, realmente, a municipalização?*

A municipalização é um processo moderno, estudado, e discutido de implantação de Sistemas Locais de Saúde junto aos Municípios. Esses sistemas locais permitem a unificação dos recursos (financeiros ou não) destinados à saúde, oriundos do governo federal, estadual e municipal, colocando-os sob uma gerência única, que fica a nível de município, e, portanto, próxima do local no qual se oferecem as ações de saúde à população.

Isso propicia:

- Melhor supervisão do sistema por parte das autoridades responsáveis;
- Melhor utilização e integração dos recursos;
- Possibilidade de a população cobrar, participar, sugerir ou aplaudir as ações de saúde do município e posteriormente julgar, através do voto, a qualidade do serviço de saúde.

Em última análise, a municipalização significa a democratização e a maior eficiência do sistema de saúde.

*Como foi implantado o processo de municipalização no Estado de São Paulo?*

O Estado de São Paulo tem 62 Escritórios Regionais de Saúde (ERSAs), hoje denominados SUDS-Regionais, que discutiram, um a um, os projetos de saúde de seus municípios. Os documentos resultantes foram levados pelos municípios e pelos ERSAs ao nível central da Secretaria da Saúde, para serem viabilizados, em termos de recursos e do programa de

saúde do Governo Orestes Quércia. Isso feito, os convênios foram assinados e implementados.

Com as eleições municipais e a posse dos atuais Prefeitos, estão sendo rediscutidos e aprimorados, um a um, todos os projetos de municipalização. Os ERSAs, que já elaboraram o plano diretor de saúde de suas regiões, estão à disposição para essa discussão e para o encaminhamento da revisão de cada um dos projetos ao nível central.

Já foram municipalizados 493 dos 572 Municípios do Estado de São Paulo (ver Quadro 1). Pretende-se, até o final de 1989, que esteja municipalizado todo o Estado.

---

## O SIGNIFICADO DA MUNICIPALIZAÇÃO

---

*A municipalização não significa o isolamento do Município.*

O gerenciamento dos recursos e da saúde fica sob a responsabilidade da autoridade municipal de saúde. A normatização do processo é, porém, uma atribuição do Estado. Pretende-se dar forma orgânica ao Sistema Estadual de Saúde através da regionalização e da hierarquização do sistema e da transmissão à rede dos mais modernos conhecimentos a serem aplicados nos Sistemas Locais de Saúde.

Para isso, a Secretaria dispõe de mais de trinta Comissões Científicas constituídas pelos melhores professores de medicina do Estado, que trabalham sem ônus adicional, e mais de trinta Grupos Especiais de Programa (GEPRO) que têm a finalidade de colaborar com os Sistemas Locais de Saúde, a fim de aprimorá-los continuamente.

• *Como o sistema está se estruturando a partir do processo de municipalização?*

Dando seqüência à municipalização, os próprios municípios iniciaram um movimento no sentido de se unirem uns aos outros, formando consórcios, para uma utilização e implementação mais racional de Hospitais Regionais e Hospitais Terciários. Caracterizam-se, assim, perfeitamente, os princípios de regionalização e hierarquização.

Inúmeros consórcios já se concretizaram. O SUDS apóia os consórcios que nascem da tradição e das necessidades de união dos municípios em torno das facilidades regionais de saúde.

---

## OS RESULTADOS E O IMPACTO DA MUNICIPALIZAÇÃO

---

Com isso, o sistema, proposto através da filosofia de municipalização do Governador Orestes Quéricia e das modernas ideologias dos sistemas locais de saúde, se estrutura de baixo para cima, através da iniciativa dos municípios e dos políticos locais, ganha força e se concretiza.

A partir daí o doente não precisa mais ir pessoalmente buscar consultas especializadas, que são providenciadas, de forma organizada, pelo próprio sistema, de acordo com as necessidades, e os Centros de Saúde se transformam na verdadeira e esperada porta de entrada do sistema.

O SUDS e a municipalização no Estado de São Paulo vieram para tornar verdadeira a afirmação: 'A saúde é um direito de todos e um dever do Estado'.

O SUDS e o processo de municipalização não discriminam sexo, cor, convicções políticas ou religião. Entretanto, o SUDS e a municipalização do Estado de São Paulo obedecem à proposta de saúde do PMDB.

## OS RESULTADOS E O IMPACTO DA MUNICIPALIZAÇÃO

Faz apenas dezoito meses que o processo de municipalização teve início, e, portanto, é ainda cedo para medir seu impacto sobre taxas de mortalidade e morbidade da população do Estado, que, de resto, dependem também de muitas outras variáveis econômicas e sociais.

Contudo, já se verificaram incrementos sensíveis e significativos na produção e na cobertura dos serviços de saúde. Os serviços de saúde renderam mais e atenderam a um maior número de pessoas, tanto no global, em que o percentual da população-alvo que foi atendida aumentou em 130%, como nos programas de saúde (saúde da criança, da mulher, do adulto, etc.), que tiveram aumentos significativos (fig. 1).

Evidentemente, nos municípios em que a gerência da saúde foi municipalizada o impacto foi bem maior do que nos outros. Apesar de haverem sido municipalizados cerca de 85% dos municípios do Estado (493 municípios), apenas cerca de 50% da população foi coberta pela municipalização, visto que a municipalização da cidade de São Paulo oferece problemas específicos que ainda não foram totalmente equacionados (ver Quadro 1).

Para dar um exemplo, porém, de como o impacto da municipalização é significativo, na região de Casa Branca, que foi a primeira em que todos os municípios assinaram o convênio de municipalização da saúde, beneficiando-se, inclusive, da possibilidade de organizarem-se em consórcios, verificaram-se aumentos excepcionais de cobertura, tanto no global como nos programas de saúde. Como se pode ver no Quadro 2, os aumentos variaram de 110% (cobertura de vacina Sabin para menores de 1 ano) até 7.565% (programa de assistência à saúde do adulto), passando por um aumento de 1.217% no programa de controle do câncer cérvico-uterino. Exemplos como este podem ser dados às centenas. O importante é demonstrar como mudanças estruturais inteligentes, se feitas no sentido correto, po-

dem trazer, sem aumento de recursos, melhorias significativas na saúde dos cidadãos.

O aumento da cobertura pode também ser ilustrado se focalizarmos a atuação de um programa específico em todo o Estado, como, por exemplo, o programa de controle do câncer cérvico-uterino, que é uma doença cuja mortalidade foi praticamente eliminada em países desenvolvidos mas que continua sendo a principal causa de morte por neoplasias em mulheres no Brasil. Antes do início deste Governo, menos de 5% das mulheres do Estado expostas a risco estavam cobertas por programas de controle eficientes. Neste ano de 1989 estamos caminhando para ter 50% de cobertura (fig. 2). Com isso o número de mortes causadas por câncer cérvico-uterino diminuirá de 1.500 por ano (em 1985) para cerca de 200 por ano, até o final deste Governo.

Esses aumentos significam que está sendo trazido para dentro de um sistema de saúde qualificado e organizado um enorme contingente da população que, até há pouco, estava totalmente a margem de seus benefícios.

---

## A RECUPERAÇÃO DO APARELHO DE SAÚDE

---

Também é relevante mostrar que, através da municipalização, está ocorrendo a recuperação do aparelho de saúde, no que diz respeito a construções e a equipamentos.

Nestes dezoito meses de municipalização construíram-se, no interior do Estado, cerca de 400 Centros de Saúde novos, ampliaram-se ou reformaram-se mais de 300, foram construídos, ampliados ou reformados, 20 Hospitais e cerca de 240 unidades de apoio (laboratórios, bancos de sangue, etc.) nos municípios municipalizados (vide Quadro 1).

No total, isso significa um acréscimo de cerca de 500 unidades de saúde novas, quase um outro tanto de unidades ampliadas e reformadas, e cerca de 175.000m<sup>2</sup> de construções novas e ampliações na rede de saúde.

Para essas obras foram alocados, por parte do SUDS/SP, mais de 4,5 milhões de cruzados novos, em valores históricos.

Dada a forma utilizada para a realização dessas construções novas, ampliações e reformas, em que se procurou compatibilizar o trabalho das Prefeituras (gerenciamento direto das obras e fornecimento de mão de obra) com o do SUDS (financiamento do material e dos equipamentos), foi possível dar avanços históricos nunca antes vistos no aprimoramento do aparelho de saúde, em um prazo curto (cerca de um terço do tempo normal) e com enorme economia de recursos (cerca de metade dos recursos normalmente necessários).

Com a municipalização também foram gastos recursos da ordem de 2,6 milhões de cruzados novos com equipamentos destinados às unidades municipalizadas, particularmente na área de atenção primária.

Somando-se aos valores gastos com construções e equipamentos o montante destinado ao custeio das unidades municipalizadas, que foi superior a 27 milhões de cruzados novos, até Março de 1989, o total da

inversão de recursos atinge uma cifra acima de 34,3 milhões de cruzados novos, em valores históricos, não corrigidos pela taxa de inflação (vide Quadro 1).

Com essas medidas pode-se afirmar, sem receio de errar, que o Estado de São Paulo tem hoje uma rede primária de saúde, conveniente e gradativamente articulada, através do processo de municipalização, com os ambulatórios especializados e os hospitais secundários e terciários, com condições de cobrir as necessidades de saúde básicas da população.

---

## APRIMORAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE

---

Não se entende que o trabalho esteja terminado, porque há ainda uma grande e contínua necessidade de aprimoramento, tanto na área institucional como nos programas.

### OS PROGRAMAS

Neste sentido, foram definidos para 1989, e estão sendo discutidas com cada um dos prefeitos, as prioridades dentro dos programas prioritários de saúde do SUDS/SP, que são os seguintes :

- Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
- Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
- Programa de Atenção Integral à Saúde do Adulto
- Programa de AIDS
- Programa de Saúde Mental
- Programa de Saúde Bucal
- Programa de Atendimento às Emergências na Grande São Paulo

As prioridades propostas para cada um desses programas podem ser vistas no Quadro 3.

---

## DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

---

O aprimoramento do aparelho de saúde também se dá através de programas de desenvolvimento institucional, que são:

- Núcleos de Atenção Integral
- Médico de Família
- Projeto Favela
- Programa de Gerência Integrada de Recursos Humanos
- Programa de Medicamentos
- Programa de Recuperação dos Hospitais

Uma descrição resumida de cada programa se encontra no Quadro 4.

## O FUTURO E OS RISCOS

Sem dúvida conseguiu-se em pouco tempo, consolidar em São Paulo um velho e quase impossível sonho de todos os pensadores da saúde brasileira. Há um grande caminho a ser seguido no seu contínuo aprimoramento, que depende da continuidade e da criatividade da ação político-administrativa do SUDS e da municipalização.

Trata-se de um bem sucedido programa social em país em desenvolvimento, onde não se copiam modelos mas seguem-se princípios e, com criatividade, se constrói um modelo apropriado para o país e para a região.

Não se pode negar, entretanto, que nessa trajetória foram angariados poderosos inimigos, desde aqueles que faziam das más condições de saúde e da inércia governamental sua bandeira política até aqueles que se lucupletavam economicamente, dentro e fora do sistema, através de práticas de clientelismo político em uma organização de saúde distorcida e sem controle social como a que existia anteriormente.

Somente a conscientização dos políticos e da população poderá controlar os riscos de retroação e manter a comunidade da ação democrática na saúde.

A democracia da liberdade foi conseguida neste país a duras penas pelo PMDB. Sua bandeira agora é uma democracia da igualdade, que só será completamente conseguida com programas sociais sólidos, honestos e eficientes, como o aqui descrito. Não existe outra forma mais simples, correta e viável de redistribuição da renda do que aquela de dar à população acesso aos bens e serviços na área social, dos quais estava marginalizada.

Esse, sem dúvida, é o maior papel do Estado nessa questão, já que o nível estadual não age diretamente sobre os graves problemas da dívida externa e interna, além de outros de âmbito federal.

O Governo do Estado está, portanto, cumprindo com o seu dever.

## QUADRO 1 : DADOS GERAIS SOBRE A MUNICIPALIZAÇÃO

### MUNICÍPIOS COM CONVÊNIOS ASSINADOS

Região de saúde	Nº de municípios	Convênios assinados	% de conveniados	População abrangida
Grande São Paulo (CRS - 1)	38	18	47,4	2.808.664
Baurú e Marília (CRS - 2)	165	145	87,9	2.387.581
Ribeirão Preto (CRS - 3)	167	152	91,0	3.275.261
Campinas (CRS - 4)	119	102	85,7	4.973.083
Litoral/Sorocaba (CRS - 5)	83	76	91,6	2.720.996
<b>TOTAL</b>	<b>572</b>	<b>493</b>	<b>86,2</b>	<b>16.165.522</b>

### TOTAL DE RECURSOS REPASSADOS AOS MUNICÍPIOS (ATÉ FEVEREIRO DE 1989)

(valores históricos, não corrigidos pela inflação)

TOTAL PARA CUSTEIO:	NCZ\$	27.161.426,00	
TOTAL PARA CONSTRUÇÕES:	NCZ\$	4.555.175,00	
TOTAL PARA EQUIPAMENTOS:	NCZ\$	2.600.612,00	NCZ\$ 7.155.787,00
<b>TOTAL:</b>	<b>NCZ\$</b>	<b>34.317.213,00</b>	

### CONSTRUÇÕES

	Novas	Ampliações	Reformas	Total
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	395	195	114	704
HOSPITAIS	4	9	7	20
OUTRAS	91	89	49	229
<b>TOTAL</b>	<b>490</b>	<b>293</b>	<b>170</b>	<b>953</b>
<b>TOTAL DE METROS QUADRADOS CONSTRUÍDOS:</b>				<b>175.669</b>

MILHÕES

NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS POR PROGRAMA

ESTADO DE SÃO PAULO

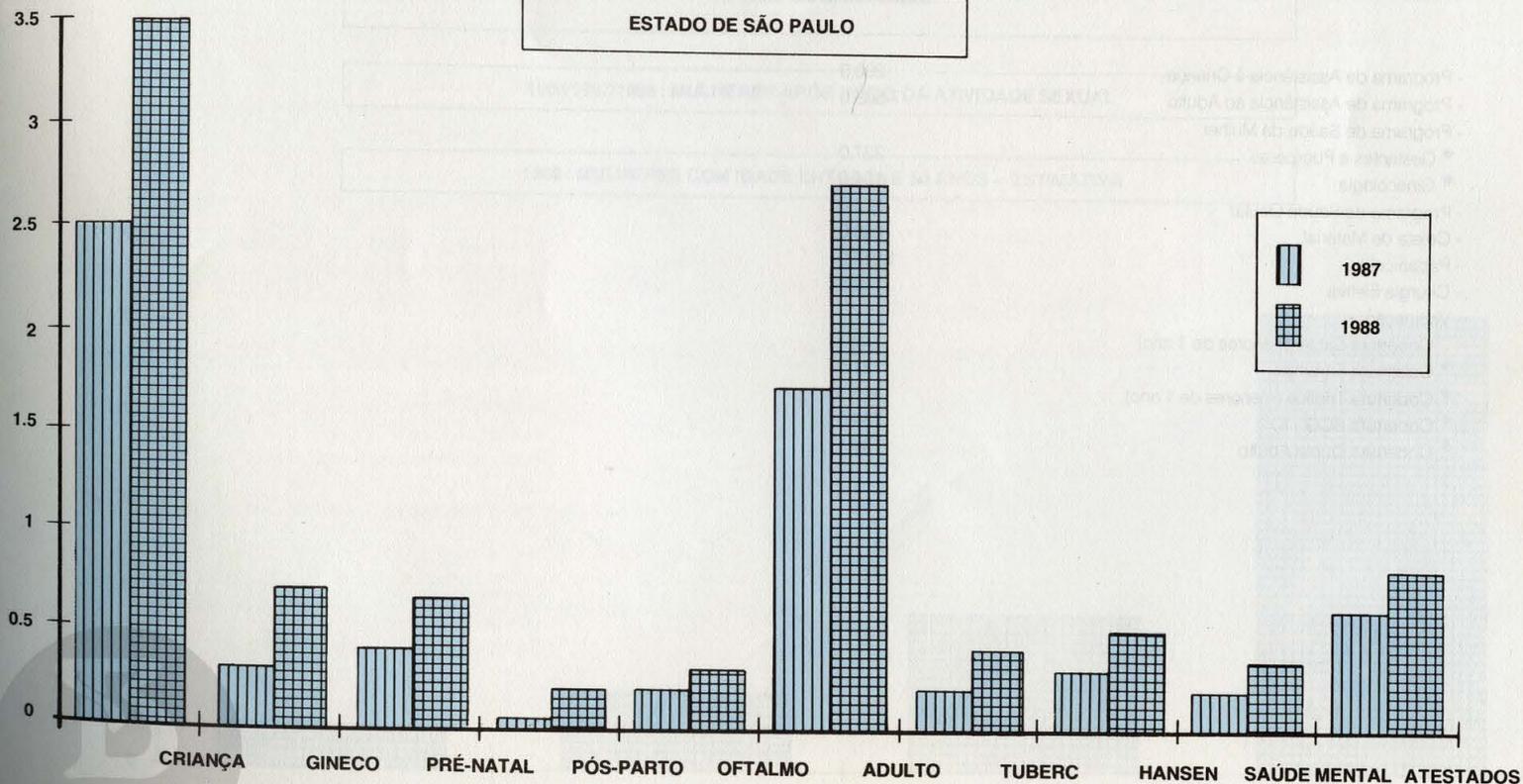


FIGURA 1

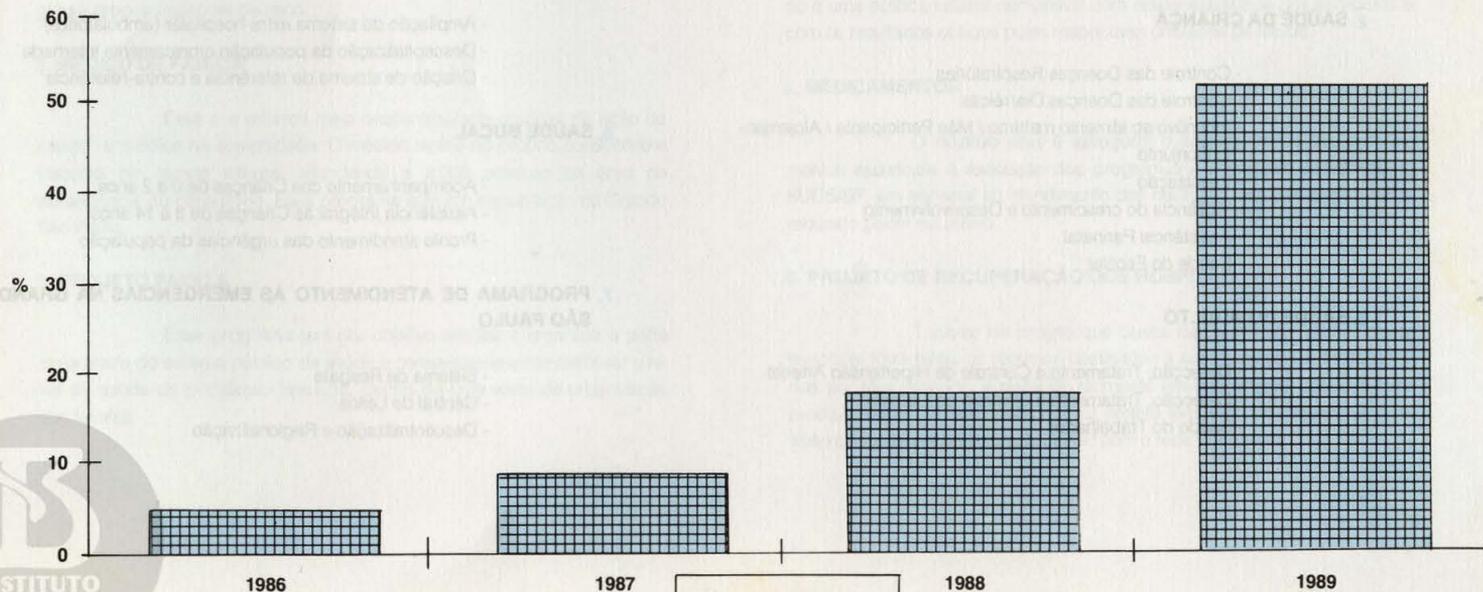
**QUADRO 2 : AUMENTO DE COBERTURA NA REGIÃO DE CASA BRANCA**

- Programa de Assistência à Criança	290,9
- Programa de Assistência ao Adulto	7.565,0
- Programa de Saúde da Mulher	
• Gestantes e Puérperas	227,0
• Ginecologia	154,0
- Programa de Saúde Ocular	526,0
- Coleta de Material	808,0
- Papanicolou	1.217,0
- Cirurgia Eletiva	148,3
- Vacinação	
• Cobertura Sabin (menores de 1 ano)	110,1
• Cobertura Sarampo	121,5
• Cobertura Triplíce (menores de 1 ano)	115,5
• Cobertura BCG - ID	134,0
• Cobertura Dupla Adulto	91,1

**COBERTURA DO PROGRAMA DE CÂNCER CÉRVICO-UTERINO  
ESTADO DE SÃO PAULO**

**1986/1987/1988 : MULHERES APÓS INÍCIO DA ATIVIDADE SEXUAL**

**1989 : MULHERES COM IDADE ENTRE 25 E 60 ANOS -- ESTIMATIVA**



**FIGURA 2**

---

### **QUADRO 3: PRIORIDADES DENTRO DOS PROGRAMAS PRIORITÁRIOS DE SAÚDE**

---

#### **1. SAÚDE DA MULHER**

- Redução da Mortalidade Materna
- Redução da Mortalidade por Câncer-Uterino
- Planejamento Familiar
- Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis
- Redução da Mortalidade Perinatal

#### **2. SAÚDE DA CRIANÇA**

- Controle das Doenças Respiratórias
- Controle das Doenças Diarréicas
- Incentivo ao alimento materno / Mãe Participante / Alojamento Conjunto
- Imunização
- Vigilância do crescimento e Desenvolvimento
- Assistência Parinatal
- Saúde do Escolar

#### **3. SAÚDE DO ADULTO**

- Detecção, Tratamento e Controle de Hipertensão Arterial
- Detecção, Tratamento e Controle de Diabete
- Saúde do Trabalhador

#### **4. PROGRAMA DA AIDS**

- Campanhas educativas para prevenção da infecção
- Descentralização do atendimento ambulatorial
- Ampliação do número de leitos disponíveis

#### **5. SAÚDE MENTAL**

- Ampliação do sistema extra-hospitalar (ambulatórios)
- Desospitalização da população cronicamente internada
- Criação de sistema de referência e contra-referência

#### **6. SAÚDE BUCAL**

- Acompanhamento das Crianças de 0 a 2 anos
- Assistência Integral às Crianças de 3 a 14 anos
- Pronto atendimento das urgências da população

#### **7. PROGRAMA DE ATENDIMENTO ÀS EMERGÊNCIAS NA GRANDE SÃO PAULO**

- Sistema de Resgate
- Central de Leitos
- Descentralização e Regionalização

---

## **QUADRO 4 : PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL**

---

### **1. NÚCLEOS DE ATENÇÃO INTEGRAL**

Esse programa tem por objetivo o oferecimento de atendimento integral nas unidades básicas de saúde. Isso significa que os Centros de Saúde devem atender à demanda espontânea de saúde da população, além de oferecer-lhe atendimento programado (programas prioritários), dirigido a grupos especiais de risco.

### **2. MÉDICO DE FAMÍLIA**

Essa é a reforma mais descentralizada possível de ação de saúde : o médico na comunidade. O médico reside no próprio consultório e trabalha em tempo integral, atendendo a 2.000 pessoas da área de abrangência do consultório. Esse programa está em implantação na Grande São Paulo.

### **3. PROJETO FAVELA**

Esse programa tem por objetivo ampliar e organizar a porta de entrada do sistema público de saúde e conseqüentemente melhorar o nível de saúde da população favelada, dentro de uma visão de urbanização das favelas.

### **4. PROGRAMA DE GERÊNCIA INTEGRADA DE RECURSOS HUMANOS**

A implantação do programa Gerência Integrada de Recursos Humanos visa a valorização dos servidores da área da saúde através de uma política de comprometimento com os objetivos do SUDS/SP. O resultado é uma política salarial compatível com responsabilidade dos servidores e com os resultados obtidos pelas respectivas unidades de saúde.

### **5. MEDICAMENTOS**

O objetivo aqui é assegurar o abastecimento dos medicamentos essenciais à execução dos programas e atividades prioritárias do SUDS/SP, em especial ao atendimento das necessidades dos pacientes de reduzido poder aquisitivo.

### **6. PROJETO DE RECUPERAÇÃO DOS HOSPITAIS**

Trata-se de projeto que busca dar autonomia gerencial aos hospitais. Para tanto, os recursos destinados à sua manutenção serão gerados por eles próprios, a partir do momento em que estejam capacitados a produzir dentro do seu potencial. O projeto também contemplará uma revisão do relacionamento do SUDS/SP com a rede contratada.

QUADRO 1: PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

QUADRO 2: PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

1. PROGRAMA DE GERENCIA INTEGRADA DE RECURSOS HUMANOS

Este programa tem como objetivo principal a integração dos recursos humanos, visando a melhoria da produtividade e a redução dos custos. A implementação deste programa envolve a adoção de práticas modernas de gestão de pessoas, como a avaliação de desempenho, o planejamento de carreira e a capacitação contínua dos colaboradores.

2. MEDICAMENTO

O medicamento é um produto essencial para a saúde humana. Este programa visa garantir a qualidade, a segurança e a acessibilidade dos medicamentos. Isso é feito através da regulamentação rigorosa da produção e distribuição, bem como da promoção de políticas de preços justas para o consumidor.

3. PROJETO DE RECUPERAÇÃO DOS HOSPITAIS

Este projeto tem como objetivo a modernização e a melhoria da infraestrutura dos hospitais. Isso inclui a aquisição de equipamentos médicos de última geração, a ampliação das salas de cirurgia e a melhoria dos serviços de emergência. A implementação deste projeto é fundamental para garantir a qualidade do atendimento aos pacientes.

1. NUCLEOS DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO

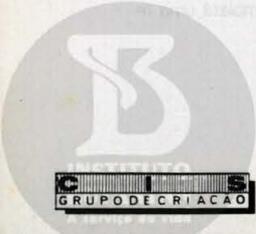
Estes núcleos são responsáveis por oferecer atendimento especializado em áreas como cardiologia, oncologia e pediatria. A implementação destes núcleos requer a contratação de profissionais qualificados, a aquisição de equipamentos de ponta e a criação de protocolos de atendimento padronizados.

2. MEDICO ESPECIALISTA

Este programa visa a contratação e a capacitação de médicos especialistas. Isso é feito através de processos seletivos rigorosos e programas de treinamento contínuo. A presença de médicos especialistas é essencial para a prestação de serviços de alta complexidade.

3. PROJETO FAMILIA

Este projeto tem como objetivo a melhoria da qualidade de vida das famílias dos pacientes. Isso é feito através de programas de educação em saúde, apoio psicológico e assistência social. A implementação deste projeto é fundamental para garantir o bem-estar integral dos pacientes e suas famílias.



M