

A SAÚDE EM SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

- . SAÚDE E CIDADANIA
- . SAÚDE E SUS E VOCÊ
- . SAÚDE EM SÃO JOSÉ DOS CAMPOS:
 - FINANCIAMENTO
 - MORTALIDADE INFANTIL
 - INCIDÊNCIA DAS DOENÇAS
 - LEITOS HOSPITALARES
 - A FILA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE
- . SAÚDE E AS ELEIÇÕES MUNICIPAIS

DIREITO À SAÚDE E CIDADANIA

A Constituição de 1988 consagrou os direitos e deveres de todos os cidadãos brasileiros. Foram as maiores conquistas de cidadania que um povo conseguiu incluir em sua carta maior. Muitos acusaram os constituintes de terem prodigalizado os direitos sem, contudo pensar em como garanti-los. Isto é, a meu ver, um ledado engano pois para estes direitos foram colocados deveres a serem cumpridos por todos. Senão, vejamos.

A SAÚDE está entre os direitos constitucionais "SÃO DIREITOS SOCIAIS A EDUCAÇÃO, A SAÚDE, O TRABALHO, O LAZER A SEGURANÇA, A PREVIDÊNCIA SOCIAL, A PROTEÇÃO À MATERNIDADE E À INFÂNCIA, A ASSISTÊNCIA AOS DESAMPARADOS".

O direito à saúde já aparece, indiretamente, no momento em que se afirma que o Brasil tem como fundamento a cidadania, a dignidade da pessoa humana e entre os objetivos fundamentais estão a construção de uma sociedade livre, justa e solidária com erradicação da pobreza e redução das desigualdades sociais e regionais, promovendo o bem de todos, sem preconceito algum.

Sonho ou realidade?!... A meu ver um sonho que deve se tornar realidade. Se direito só existe na medida de cumprimento de deveres temos que ver quem deve cumprir deveres. Aí temos dois pólos um em consequência do outro. O cidadão de um lado e o Estado de outro. Como o Estado não produz recursos, só trabalha com recursos pagos pelos cidadãos, sua ação depende, a priori, de que os cidadãos cumpram seu dever de manutenção deste Estado, como cidadãos plenos: contribuir com o fisco, sem sonegação; a prática da não corrupção passiva e ativa; o exercer o controle da sociedade tanto do público como do privado para que ambos não utilizem mal dos recursos públicos. Só assim estaremos habilitados a usufruir de nossos direitos, entre eles o de ter e gozar saúde. Na lei orgânica de Saúde está bem explícito: só conseguiremos ter saúde na medida em que tivermos a contribuição das pessoas, das famílias, das empresas e da sociedade.

No outro pólo está a obrigatoriedade do Estado cumprir seu dever de garantir a saúde. O Estado não é tão impessoal assim como se quer pois ele tem seu representante oficial que é o Presidente da República, no âmbito federal; o Governador, no Estadual; o Prefeito no Municipal. Se analisarmos desapaixonadamente, podemos responder que estes três representantes do Estado em São José dos Campos estão cumprindo seu dever? Presidente, Governador e Prefeito estão investindo recursos proporcionais (serão sempre insuficientes no Brasil, mas precisam ser distribuídos proporcionalmente e com equidade entre todos os cidadãos) para dar conta de garantia do Direito à Saúde para todos os joseenses?

Sabemos que para se ter saúde não é necessário apenas gastar diretamente com os serviços de saúde, mas também com as necessidades gerais das pessoas que acabam sendo condicionantes de sua saúde. Saúde depende de inclusão de todos como cidadãos plenos: trabalho, salário digno, casa, comida, transporte, lazer, educação, cultura etc. E para aqueles que não conseguem definitiva ou transitoriamente estes mínimos é necessário ampliar os programas de inclusão como programas de geração de emprego e renda, bolsa-escola, equipamentos e ações sociais supletivas como o de cestas básicas, distribuição de leite e outros. Não podemos nos esquecer

que uma cidade em contínua expansão e com nível de desemprego grande, o investimento no social é fundamental.

Como conseguir que estes dois pólos cumpram com seus deveres: CIDADÃO E ESTADO? Novamente está nas mãos de cada um de nós cidadãos cumprindo um de nossos maiores deveres o de participar, o de cobrar, o de fustigar os que governam para que cumpram com seus deveres em todas as áreas e muito especialmente na área de saúde. Saúde é o bem maior que nós temos, essencial na manutenção de nossas vidas.

As eleições são oportunidade única de manifestar nossa escolha por dirigentes voltados para o social. Temos que olhar o passado, as realizações, os compromissos, as histórias de vidas e de lutas. Não podemos nos iludir com acenos de melhora no futuro, mas ver as realizações concretas na continuidade de uma administração, e não apenas nas proximidades das eleições. Destas e de outras.

O DIREITO À SAÚDE, direito de cidadania, exige que cada um de nós cumpra com seus deveres. Entre o omitir-se e o compactuar-se existe uma terceira via: a participação e luta de cada um de nós para que todos sejamos cidadãos plenos, iguais em direitos e deveres. A luta pelo DIREITO À SAÚDE como parte da transformação de nossa cidade e de nosso país.

DIREITO À VIDA, DIREITO À SAÚDE, SUS ... E VOCÊ

O direito à vida é inerente aos seres humanos de todos os tempos, todos os mundos, todas as raças e todas as classes sociais. Parece óbvio. É aceito universalmente, mas, também universalmente, a bilhões de seres humanos é negado este direito. Decorrente do direito à vida existe o direito a mantê-la que é a busca do equilíbrio entre meio, agressores e o homem que faz com que tenhamos mais ou menos saúde. Esta busca do equilíbrio, cujo resultado é o estado de saúde, tem que ser feita em sociedade e através de medidas gerais e específicas de promoção, prevenção e assistência e reabilitação desta saúde. Quem ou que instituição, na organização social, vai desempenhar este papel? como isto será mantido e financiado?

Todos nós buscamos um patrocinador para garantir nossos bens. Este patrocinador, em geral, é algum seguro. Por que e quando buscamos um seguro? Geralmente buscamos a cobertura de um seguro cada vez que temos que garantir um bem de extremo valor, sujeito a riscos grandes e imprevisíveis e cuja recuperação deste bem e valor se perdidos, exige grande soma de recursos para sua recuperação. Assim seguramos carro, casa, aparelhos caros, jóias, cartões de crédito etc. Não conheci até hoje quem não reconheça que a saúde se enquadre perfeitamente nesta tríade: alto valor, alto risco e alto custo de recuperação. Os únicos a reclamar de quem coloca sua saúde em um seguro, são alguns profissionais de saúde que se sentem lesados quando seu paciente particular vira mais um de seguro ou de convênio! Perde-se neste julgamento a mais simples das lógicas, pois se olha apenas o seu lado! O homem de posse tem o mínimo de inteligência para compreender que sua saúde merece um seguro.

O momento seguinte, após esta constatação óbvia de que todos devemos fazer algum seguro é a opção pelo tipo de seguro a começar pela grande distinção: fazer um seguro público ou um seguro privado. Podemos elencar algumas das características do seguro privado: é feito baseado no risco (risco de adoecer ou acidentarse), no benefício (tipo de prestação de serviço que se quer: ambulatório? Internação? Apartamento ou enfermaria? Exames e cirurgias simples ou complexas? Etc.) e, finalmente, o lucro que é legítimo em nosso país. O seguro público ideal seria aquele que não discutisse risco e não perguntasse qual o benefício. Seria um seguro que buscasse a igualdade do atendimento com requintes de equidade, e que não visasse o lucro. O Seguro privado é, como se diz, privado e tem um custo baseado na individualidade das opções e quem não paga perde os direitos. Parte do custo do risco, do benefício pretendido somado ao lucro. O seguro público é baseado no princípio da solidariedade. Todos têm os mesmos direitos, independente do que recolhem, já que seu financiamento é coletivo e igualmente solidário: o recolhimento de impostos e contribuições diretos e indiretos por todos. Não se oferece mais para o que mais recolhe mas para o que mais precisa (equidade). O seguro privado dá proporcionalmente ao pagamento, em serviços, em coberturas de doenças, em dias de internação em UTI, em cobertura de procedimentos de alta complexidade.

Dirão: doce ilusão. Onde está este seguro público? O SUS? Não oferece nada para ninguém, as filas são enormes, os exames não conseguimos, os remédios não existem, o pagamento aos profissionais é vil. Poderíamos deixar páginas e mais páginas à disposição para que elencassem as críticas ao SUS. Quero apenas que ouçam o outro lado e tirem as vendas ou os óculos viciados e vejam uma outra realidade.

O homem mais rico de nossas cidades, o profissional mais bem situado, o médico mais pós-graduado e/ou com a melhor das clínicas é totalmente um dependente do Seguro de Saúde Público e Solidário: o Sistema Único de Saúde – SUS. Levantamos e usamos água, pasta de dentes, sabonete regulado e controlado pelo SUS. Tomamos o café da manhã onde o café, leite, queijo e frutas são regulados e controlados pelo SUS. Usamos nossos carros ou os coletivos segurados contra acidentes pelo SUS (DPVAT), andamos pelas ruas com a regulamentação e controle de vias, ar, ambiente feitos pelo SUS. Entramos em nosso local de trabalho onde passa a vistoria sanitária e deveria ter realizado seu papel desde a autorização da planta física, dos equipamentos, do ar ambiente, dos ruídos. Comemos ou compramos nossos alimentos em restaurantes, supermercados e feiras controlados pelo SUS. Divertimo-nos em parques, praças, clubes, boates reguladas e controladas pelo SUS. Existe toda uma outra parte que pode parecer opcional que é receber atendimento ambulatorial ou hospitalar pelo SUS. Não é tão simples assim pois o médico tem que se submeter ao controle do SUS para seu exercício profissional e de seu local de trabalho. Os serviços de saúde que dizem que só servem aos pobres... servem aos empregados dos ricos, às babás, às professoras, aos motoristas, às cozinheiras, copeiras e guardas noturnos... dos ricos. Tem muita gente que paga plano de saúde privado e na hora do h recorrem aos serviços públicos (a que também têm direito) muitas vezes sendo atendidos na frente dos demais. Jamais irão, de público, dizer que fizeram sua grande cirurgia pelo SUS (seria deprimente demais!) . Pais, mães, tias e avós dos médicos continuam sendo atendidas pelo sus... até privilegiadamente furando filas. O mesmo com os empregados dos clientes particulares a quem – humanamente – se abre uma brecha para furar fila... no tráfego de influência. Isto sem falar em todas as providências públicas e coletivas como vacinação que atende a mais de noventa por cento da população, combate aos vetores do dengue e outras epidemias. É pouco? Este é o SUS que ninguém gosta de reconhecer. Ficamos nas particularidades, nos nossos desvios da estatística maior e julgamos o SUS pelos seus erros e suas insuficiências. Visão deformada e deturpada de quem se julga sabichão, graduado e pós-graduado.

O SUS anualmente faz cerca de 1,2 bilhões de atendimentos, trezentos milhões de consultas, 2,5 milhões de partos etc. etc. Qualquer empresa que esteja em programas de qualidade total, (atrás de sua "iso"), tolera uma margem de erro de 2,3 até 5%. Se o SUS errasse por ano 5% teria "risco" de ter 60 milhões de reclamações! As reclamações do SUS são pouquíssimas em relação ao número de atendimento prestado. Hoje os seguros e planos de saúde têm, proporcionalmente ao número dos procedimentos que realizam... muito mais falhas, erros e imperfeições que o SUS. Eu considero que a quase totalidade de reclamações contra o SUS tenha duas origens: aquele que nunca usou o SUS e só tem informações através das denúncias de mídia (0,0001% do total de atendimentos!) ou aqueles que não conseguiram os serviços do SUS e estão em alguma das filas: de consultas, exames, internação etc. A imensa maioria dos que receberam serviços do SUS estão satisfeitos com o atendimento como demonstram pesquisas recentes. Não vamos aqui falar dos profissionais e prestadores insatisfeitos com a baixa remuneração, defasada há anos em preços e prazos. Isto é uma outra longa história a ser dissecada desde suas origens.

Se não conseguimos maior investimento em saúde, podemos ter certeza de que temos nossa parcela de culpa. Começamos escolhendo mal nossos governantes (executivo e legislativo) que administram mal nossos recursos e não priorizam financeiramente a área social, em especial a da saúde. Cobramos pouco o controle sobre a corrupção e a impunidade. Buscamos resolver apenas o nosso lado através de saídas falsas como é a cobrança por fora dos procedimentos SUS (inconstitucional, ilegal e imoral), as guias falsas de serviços, o agravamento dos diagnósticos, a dupla cobrança etc.

No fundo no fundo, nós todos cidadãos temos culpas antigas e atuais, diretas e indiretas, pelo estado em que se encontra nosso Sistema Único de Saúde, SUS. Pela baixa defesa à nossa saúde e nossa vida. Para isto só tem uma solução que passa pela organização de nós cidadãos (não importa se gestores, prestadores, profissionais ou usuários) para exigir cada vez mais recursos financeiros para a saúde, mudança do modelo de gerência e prestação de serviços e

mais humanidade na relação entre profissionais, prestadores e todos os cidadãos. Criticar apenas. Lamentar tão somente. Eximir-se e omitir-se, principalmente... não levarão a lugar nenhum em relação à garantia da saúde e vida de todos, pobres e ricos.

Só a participação ativa na sociedade, como cidadãos ativos, nos levará à solução deste e de outros problemas brasileiros. É só colocar mãos à obra. Lembrando o grande mestre Paulo Freire

：“É FUNDAMENTAL DIMINUIR A DISTÂNCIA ENTRE O QUE SE DIZ E O QUE SE FAZ, DE TAL MANEIRA QUE, NUM DADO MOMENTO A TUA FALA SEJA A TUA PRÁTICA”

SÃO JOSÉ DOS CAMPOS E A SAÚDE

REDESCOBRINDO A HISTÓRIA DE IMPLANTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM S.J. CAMPOS

São José dos Campos faz parte da história da saúde no Brasil de longa data. A climatologia trouxe para cá inúmeras pessoas em busca do tratamento da Tuberculose nos idos de ??????. São José vivia em seu clima natural de zona temperada, ainda não alterado pela nossa intervenção na natureza e por alterações globais.

Além das pensões para tratamento das pessoas mais simples, grandes sanatórios se instalaram na cidade destacando-se o Vicentina Aranha. Médicos voltados à área de pneumologia se instalaram na cidade. Criou-se na cidade uma Congregação Religiosa, as Pequenas Missionárias, que se dedicou quase inteiramente ao tratamento dos pacientes de tuberculose. Sob o cuidado das Pequenas Missionárias que inicialmente cuidaram da Santa Casa (primeiro hospital da cidade, datando de?????) surgiram sanatórios como O Maria Imavulada, o Antoninho da Rocha Marmo e depois o Hospital Pio XII de cunho comunitário e finalmente o Hospital Fátima sua última construção.

O governo estadual criou o Centro de Saúde da Av. Francisco José Longo e outro centro de saúde em Santana. A previdência (INPS depois INAMPS) criou o Posto de Assistência Médica da João Guilhermino. Eram todas obras e ações do poder público federal e estadual.

A “história municipal de saúde” começa nos anos 70 com a criação da farmácia comunitária, da Casa da Criança (uma precursora da APAE) e do FAMME destinado à atendimento dos servidores municipais. Em 1976 as primeiras Unidades Básicas de Saúde - UBS foram criadas em salas ou prédios aproveitados. As primeiras foram nos bairros de Bonsucesso, São Francisco Xavier, Jardim Satélite, Torrão de Ouro, Alto da Ponte. O atendimento era tão incipiente que dois a três médicos apenas cobriam todas estas unidades de saúde atendendo num período ou mais por semana em cada unidade. A Unidade do Alto da Ponte começou na sacristia da Igreja Paroquial. Em 1977, nas mesmas bases agregou-se a Unidade de Eugênio de Melo. O grande feito foi a inauguração do Pronto Socorro Municipal Dr. Carlino Rossi em julho de 1978. À época foi feito um plano de saúde grandioso para a cidade baseado em uma rede de hospitais com mais de mil leitos no total e umas poucas unidades de saúde. A Câmara não aprovou. A Contraposição em seguida, 1979, foi seguir o rumo da Organização Mundial de Saúde investindo em Unidades de Saúde e iniciando o processo de desospitalizar as pessoas.

No governo 1979-1982 criou-se efetivamente uma rede de Unidades Básicas de Saúde. Foram ao todo 18 UAS (Unidades Avançadas de saúde) com duas salas; 2 UPAS (Unidades Básicas de Saúde, 44 UMO (Unidades Médica Odontológicas) quase todas em escolas; 12 UBS (Unidades Básicas de Saúde), permanecendo o FAMME para atendimento dos funcionários e o PSM cada vez com mais demanda.

No Governo 1983-1988 – algumas unidades pequenas (UAS) foram transformadas em unidades maiores, outras foram implantadas como o Centro de Adolescentes, a UPA (Unidade de Pronto Atendimento) em Saúde Mental e expansão do PSM com reativação do Centro Cirúrgico.

No Governo 1989-1992 aprimoramento da rede com construção de prédios próprios para unidades, expansão do atendimento, novas unidades, unidade de atendimento aos portadores de

deficiência. Terminou o governo em 1992 com UAS (2) UBS () UPA () Unidades Especializadas.

No Governo 1993-1996 o grande feito foi a construção e inauguração do hospital municipal com 130 leitos sobre o qual comentaremos à frente;

No Governo 1997-2000

Assim se fez a história da saúde de São José dos Campos. Caracteristicamente cada administração foi sucedida neste período pelo seu adversário político e ninguém conseguiu fazer com que o sistema municipal de saúde regredisse. Foram só avanços sucessivos com maior ou menor velocidade, mas sempre avanços.

A QUESTÃO DA NECESSIDADE DE LEITOS HOSPITALARES E O HOSPITAL MUNICIPAL

Primeiro é bom resgatar uma preciosa história que a é de necessidades de leitos hospitalares em São José dos Campos.

No final da década de 70 tínhamos em São José dos Campos 9 unidades com 940 leitos hospitalares gerais instalados e utilizados. (Não se incluem aqui os quase quatrocentos leitos psiquiátricos que já tivemos.) Este mesmo número em 1990 chegou a 1021, só que os leitos utilizados eram apenas 625, com 35 leitos de UTI. Uma capacidade elevada e até possivelmente suficiente na época da qual só se utilizava pouco mais que a metade. De outro lado, em se trabalhando com a estimativa mínima de necessidades havia um déficit de 234 leitos (se se trabalhasse com a estimativa pessimista em termos de parâmetro de necessidade e de população poder-se-ia chegar a 1025 este déficit).

A situação, 10 anos depois é diferente. Nem podemos pensar mais naquela que chamaríamos de capacidade instalada. No concreto os leitos disponíveis em São José dos Campos no ano 2000, incluindo públicos, privados contratados ou convenciados e privados puros, temos ??????. Sob o mesmo parâmetro podemos avaliar se para a população de 500 mil habitantes estes leitos seriam..... su ou insuficientes.

Só que isto é meia verdade. Temos que levar em consideração que temos dois tipos de população. Aquela que tem posses e utiliza-se de planos e seguros de saúde e a outra que só uso o público. Aquela representa a menor parte da população: 200 mil habitantes e a público dependente é de 300 mil habitantes. Só que tem outra variável a apimentar a polêmica: os que menos têm recursos são público dependentes e têm mais necessidades de saúde considerando a pobreza como a grande condicionante da doença.

A população SUS dependente tem disponível na cidade (entre os próprios públicos e os contratados-convenciados) 806 leitos o que seria suficiente para esta população até mesmo com pequena margem de segurança.

????????

O HOSPITAL MUNICIPAL

A memória de um povo é fundamental para que possamos avaliar com justeza a história. Se formos buscar no longínquo teremos que retroceder ao Prefeito Sérgio Sobral como aquele que viabilizou o projeto de um complexo onde se instalaria uma grande estrutura de Saúde. Localizou-a na Vila Industrial bem perto do projeto do Teatrão, financiado pelo programa federal CURA que atendia a necessidades de centros urbanos de crescimento acelerado. A obra foi e seria só de Pronto Socorro, mas o terreno já estava todo reservado para no futuro acoplar ali o Hospital Municipal anexo. Foi na década de 70, Governo Sobral, e só inaugurado em 1978 o PSM.

_Com o primeiro Governo Joaquim fez-se o projeto e saiu-se à cata de recursos. Em 1980 concluiu-se o projeto definitivo com todas as plantas e especificações necessárias (terreno 38 mil m² – construção 13,8 mil m² – previsão de 234 leitos) e em 1982. lançada a pedra fundamental do Hospital Geral Municipal Prof.Dr.Luiz Eurico Ferreira com presença do Ministro da Saúde Valdir Arcoverde que se compromete a ajudar a construir o Hospital.

Busca constante de recursos em todas as fontes de financiamento possíveis ao Município inclusive no FAS que financiava a construção de hospitais privados e não financiava os públicos.

No segundo Governo Bevilacqua ele tinha a promessa de recursos federais para o hospital e realmente os trouxe, mas em quantidade insuficiente principalmente porque teve que passar este recurso pelo Governo estadual com uma perda por desvalorização da moeda de mais da metade dos recursos. De 1989 a 1991 o investimento foi todo federal do Ministério da Saúde: 1989, US 203 mil (1,76% da obra); em 1990, US\$ 930 mil (8,05%); em 91, R\$142 mil (1,23%). A segunda fase foi a do Governo Ângela onde o município optou, por necessidade premente, a construir o hospital municipal com recursos próprios. No Governo Ângela foram colocados no Hospital Municipal US\$9,142 milhões de recursos próprios (76,4% da obra) e finalmente foi inaugurado o Hospital Municipal. Houve nestes governo todos insistentes pedidos ao Governo Federal para transferir recursos. No Governo Ângela em 1993, São José dos Campos se inscreveu nos primórdios do Reforsus do MS, com solicitação de recursos. Estes recursos, vencendo todas as barreiras técnicas e burocráticas só aportaram a São José dos Campos em 1999 e 2000 no montante aproximado de 1 milhão de dólares para a reforma do Pronto Socorro Municipal e mais outro milhão para equipá-lo.

Precisamos de mais leitos hospitalares em São José dos Campos? Nos cálculos mais conservadores não. Nos cálculos catrastofistas o déficit seria de 1700 leitos. Minha opinião é mais pela posição conservadora. Precisamos de mais leitos considerando necessidades selecionadas para algumas áreas e à característica econômico e social da população sus-dependente, que demanda mais internações que a população de mais recursos e que tem planos e seguro de saúde. A próxima administração de São José dos Campos tem que aprofundar estudos nesta área tendo como norte o princípio que temos que desospitalizar a população. O esforço financeiro e de projeto deverá recair em fortalecimento do atendimento promocional e preventivo em primeiro lugar e do assistencial ambulatorial em segundo e em terceiro a internação domiciliar, para que os leitos hospitalares sejam utilizados exclusivamente por pacientes cuja única opção técnica de tratamento seja a internação hospitalar.

A MORTALIDADE INFANTIL – PORQUE MORREM AS CRIANCINHAS?

Esta é uma polêmica presente aqui como em muitos lugares: qual o índice, a taxa, o coeficiente de mortalidade infantil. Será alto, será baixo, é aceitável ou não? O que é claro é que devemos evitar ao máximo a morte evitável de crianças.

A mortalidade infantil é medida no mundo inteiro por um coeficiente que tem por base mil e não cem como são as taxas. Mede-se no Coeficiente de Mortalidade Infantil quantas crianças morrem antes de completar um ano de vida num grupo de cada mil que nascem em determinado ano, em determinado lugar.

É um indicador sensível a providências positivas tomadas pelos serviços de saúde, ainda que tenhamos certeza de que a mortalidade infantil tem, bem como a grande maioria das doenças, entre as determinantes a pobreza, a má distribuição de renda, o desemprego, os baixos salários que levam as pessoas e famílias a não conseguirem se alimentar, habitar e vestir-se com o mínimo indispensável à sua sobrevivência. Mães desnutridas geram bebês prematuros e desnutridos muito mais sujeitos à morte.

Este é um Coeficiente que desejaríamos que chegasse a zero, mas os países desenvolvidos até agora não conseguiram chegar perto desta façanha e nós ainda estamos longe disto. Como se não bastassem as doenças genéticas e congênitas ainda incontroláveis, temos aquelas geradas pelos agravos relacionados ao nascimento em si. Neste particular os países desenvolvidos, do dito primeiro mundo, têm mantido este coeficiente abaixo do limite 10 e desconhecemos quem tenha consigo baixar do cinco (em cada grupo de mil nascimentos). O Brasil como um todo está com cerca de 35 mortes infantis em cada grupo de mil. São Paulo com ??? por mil nascidos vivos. As cidades com melhor coeficiente de São Paulo estão com ????

Em São José como anda este coeficiente? Historicamente vamos evoluindo muito bem, ainda que sabemos que poderia ser melhor. Tomando apenas alguns dados das três últimas décadas. 1970= 83,30/1000nv; 1973 = 96,23/1000nv; 1977= 71,41; 1982=25,45; 1987=20,60; 1991=20,18; 1996=19,41; 1999=14,53 . Temos que ser honestos em interpretar os números pois progredimos,

mas não apenas ao custo de melhorar os serviços de saúde mas ao se tomarem outras providências gerais que afetam a vida e morte das crianças. Existem medidas de 20 anos atrás que estão determinando o menos morrer hoje, como a água tratada universalizada em nossa cidade há décadas. O desafio para trazer estes números ao mínimo tem algumas saídas sendo a primeira delas: identificar corretamente o que está por trás de cada uma destas mortes (lembro que há bem dez anos já se fez nesta cidade um lindo trabalho de identificação completa das condições de vida destas crianças que faleceram). Provavelmente entre as causas vai-se encontrar as questões genéticas e congênitas, as econômico-sociais, as relativas aos serviços de saúde (pré-natal, parto e pós-natal) e outras. Mas será afinal um excelente roteiro para saber que causas atacar para diminuir este coeficiente a números mais aceitáveis para nossa São José dos Campos.

A MORTE DAS MULHERES

Encontram-se entre as mortes indesejáveis qualquer delas que não fosse pela falência de nossos órgãos no ocaso da vida e no limite até hoje possível a nossa raça humana. Entretanto sabemos que morrem pessoas que poderiam ter sua morte evitável por alguma providência tomada a tempo. Quero destacar aqui a morte de mulheres especialmente por três causas: relativa ao parto, de câncer de mama e de câncer cérvico uterino. Não se tratam de mulheres grávidas que tenham morrido por qualquer outra causa como acidente, violência ou o que seja, mas, exclusivamente as causas relacionadas à gravidez, parto e puerpério.

A mortalidade materna nos últimos anos, ainda que em números inaceitáveis, vem decrescendo. Em 1970 tinha o coeficiente de 200 mulheres que morriam de agravos relativos à gravidez, parto e puerpério (até 40 dias após o parto) em um grupo de 100 mil mulheres expostas às mesmas condições (número obtido por aproximação com o número de nascidos vivos). Em 1978 chegou a 46,93 / 100.000. Nos anos seguintes destacamos: 1982 = 49,7/100.000; 1987= 130,64; 1991= 50,2; 1996= 40,0; 1997=49,25; 1998= 27,4 ; 1999=39,9. Os números desencadeadores destes coeficientes são baixos e por isso mesmo pequenas variações individualizam os dados. De 1990 a 1999 morreram ao ano entre 7 e 2 mulheres sendo a moda o número 6. O coeficiente mais baixo desta série foi o de 1998 quando morreram duas mulheres, o que já se alterou para o dobro em 1999 com quatro óbitos. As quatro mulheres que vieram a óbito tiveram como causa a eclâmpsia, a embolia do parto, infecção puerperal e complicação puerperal.

Sabemos entretanto que este número vem mascarado por boa ou má fé. Sabe-se que abortos provocados por mecanismos indesejáveis, pois de alto risco, acabam levando ao óbito mais mulheres e cujas causas acabam sendo identificadas como de outras causas. O número desejado, esperado em condições de desenvolvimento de uma cidade deveria ser zero. Novamente devíamos estar analisando estes dados para subsidiar nosso planejamento do que fazer e tendo como consequência menos mortes indesejáveis e evitáveis.

SAÚDE E ELEIÇÕES MUNICIPAIS

Mais uma vez o cidadão brasileiro exercita a democracia votando e sendo votado. Se dizem que não sabemos ainda votar, o único caminho é continuar votando, se possível de manhã, à tarde e à noite... A pergunta constante é uma só: as eleições estão servindo para escolhermos melhor a cada vez? Desta vez há chance de ter avanços?

Vamos começar pela Constituição de 1988 que foi o grande avanço. Desde sua promulgação estamos, ainda que formalmente, sob a égide de um novo estado cuja característica é de um Estado Servidor em contraposição ao Estado Usurpador da Constituição do período da ditadura militar. Duas características principais se destacam neste novo viver do estado servidor: a descentralização do poder e dos recursos e de outro lado o avanço da cidadania onde se abre a possibilidade dos cidadãos controlarem melhor a União, Estados e Municípios. São dois avanços, duas conquistas a serem mantidas.

No tocante à descentralização, este novo estado começa pela própria identificação de um Estado Nacional onde União, Estados e Municípios, ainda que ligados indissolúvelmente (CF 1º) todos são autônomos (CF 18º). A autonomia trouxe mais responsabilidades aos Municípios, mas

também, inicialmente, trouxe mais recursos. Hoje continuam sendo despejadas responsabilidades em cima dos municípios sem o crescimento da contrapartida financeira federal e estadual (basta lembrar do FUNDEF e do próprio SUS). A descentralização é um caminho universal onde, em vários países se tenta fortalecer o poder local, pois este está mais perto da realidade e, reconhecidamente, pode dar respostas mais eficazes e efetivas.

No tocante ao fortalecimento da cidadania, a explicitação de deveres e direitos, consolida, entre outros, o maior controle do cidadão sobre a sociedade e sobre o estado. O poder do cidadão não se esgota na democracia participativa, quando elegemos prefeitos, vereadores e outros, mas se consolida no exercício direto do poder, pela democracia participativa (CF 1º § único). Os vários conselhos e a possibilidade de se estar, em cada uma das áreas, participando no plano e no controle, abre um novo espaço de cidadania. Os Prefeitos anteriormente à CF de 88 eram menos controlados. Eram menos cobrados de transparência e visibilidade. Hoje, não. A transparência e os mecanismos de controle público institucional e social estão evidenciados na legislação e levados à prática Brasil afora. A existência de centenas de prefeitos e vereadores, destituídos de seus cargos, muitos deles levados à cadeia por improbidade na administração da coisa pública, pode parecer às pessoas como algo ruim, um retrocesso. Na minha visão é vitória, conquista e avanço, pois temos mecanismos legais e sociais de poder apartar os bons dos maus. E, o mais importante, estamos fazendo. Está acontecendo.

Existem três fatos novos que reforçarão a perspectiva de que teremos novidades tanto no processo eleitoral, quanto no exercício futuro de nossos eleitos. O primeiro é a lei 9840, anticorrupção no processo eleitoral. Ela inovou de várias maneiras desde seu encaminhamento, que veio da população após coleta de mais de 1 milhão de assinaturas. Nela se colocam limites claros quanto à propaganda, à compra de votos etc. etc. Tudo isto passa a ser crime eleitoral. O segundo é a Lei de Responsabilidade Fiscal que obriga a probidade nas contas e exige a transparência total dos programas e das contas municipais. Não poderá mais ficar ao arbítrio do prefeito. O terceiro fato é a Emenda Constitucional que define o percentual de gastos na saúde que está em vias de aprovação em última votação no senado e que iremos comentar mais a seguir. Tenho convicção que nesta eleição viramos mais uma página da história. Existirá a administração pública antes destas leis e depois delas. Um marco em prol do cidadão pelo uso correto dos recursos e já insuficientes recursos públicos.

A Saúde foi colocada na CF como competência das três esferas de Governo. Entretanto foi aos municípios que coube a competência de "prestar serviços de atendimento à saúde da população, com a cooperação técnica e financeira da União e dos Estados" CF30, VII. Este é o desafio que cabe às administrações municipais: fazer saúde e conseguir a colaboração técnica e financeira da União e dos Estados, das tarefas a mais inglória.

Os prefeitos têm a saúde como uma das áreas mais importantes de sua gestão. Responsabilidade pelo campo de ação, que é a própria manutenção e recuperação da vida e, pela premência das necessidades e demandas. Todos os prefeitos devem manter os serviços de saúde (departamento, secretaria, divisão outro) organizados para a gestão descentralizada e prestação de serviços através dos próprios e, complementarmente, através de serviços comprados dos privados com preferência para os filantrópicos. Para isto devem ter plano, fundo, conselho e prestação de contas na área de saúde. O plano de saúde deve ser plurianual e anual, aprovado em audiência pública e no Conselho de Saúde. A administração dos recursos de saúde (federais, estaduais e municipais) deve ser feita dentro do Fundo Municipal de Saúde sob a fiscalização do Conselho Municipal de Saúde. O Conselho Municipal de Saúde é obrigatório e deve ser composto em 50% pela administração (governo), profissionais de saúde e prestadores de serviços e os outros 50% composto de cidadãos usuários escolhidos por seus pares nas sociedades amigos de bairro, associação de doentes, sindicatos de trabalhadores e profissionais, clubes de serviços, representantes de entidades não conveniadas com o SUS etc. Periodicamente tem-se que fazer o Relatório de Gestão, com tudo que foi realizado (físico e financeiro), apresentar este relatório em audiência pública e aprová-lo no Conselho de Saúde.

O grande desafio que deverão enfrentar os prefeitos eleitos é ter recursos suficientes para atender a todas as necessidades de saúde. Quando assumirem ou reassumirem os reeleitos, deverá estar em vigor a Emenda Constitucional que define quanto de recursos os municípios deverão destacar para a saúde. Os limites já aprovados na Câmara e em primeiro turno no Senado determinam que os municípios coloquem na área de saúde no mínimo 7% dos seus

orçamentos próprios e nos anos seguintes ir aumentando proporcionalmente até se chegar a 15% em 2004. Aqueles municípios que já investem mais que 7% partirão do patamar em que estão e dividirão a diferença até os 15% em cinco anos.

O nó crítico é conseguir recursos da União e dos Estados. Estes recursos são constitucionalmente devidos aos municípios, mas, nem sempre, chegam com regularidade e em quantidade suficiente. A luta não pode ser apenas individual de cada Prefeito e dos Vereadores de um único lugar. Estes têm que se unir com as demais administrações municipais e com o conjunto de Secretários Municipais de Saúde através do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS. Fazer a luta coletiva que é mais forte e tem mais chance de ganhos.

E agora: o que fazer para que isto seja transitado do texto para a prática? O que podemos nós fazer para que a administração pública seja proba, que sejam eleitos os melhores, que haja um compromisso dos futuros governantes com a saúde? O caminho que vejo a cada eleição passa por algumas providências práticas a serem feitas em cada município, em cada estado e no país. Faço um apelo para todas as forças sociais e políticas que priorizam a saúde como direito humano e de cidadania que realizem neste campanha três providências práticas essenciais: 1) exigir dos candidatos um programa para a saúde; 2) fazer com que os candidatos assinem um documento se comprometendo com a saúde, com os princípios do sus, com um novo modelo tecno-assistencial, com a contribuição financeira e administração via fundo, com a participação popular direta e através dos conselhos de saúde (pode-se até passar este documento em cartório); 3) promover um debate sobre saúde com todos os candidatos para apresentação de seus planos e discussão com os cidadãos.

Tenho certeza de que com estas e outras atos concretos, estaremos possibilitando que nossos futuros prefeitos e vereadores assumam seus cargos com compromissos prévios mais explícitos em relação à saúde e ao Sistema Único de Saúde.