

A Saúde e o SUS na cidade de
São Paulo: crise e pandemia



gabinete
paralelo
SP

SAÚDE

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1. A situação crítica do COVID-19 em São Paulo: crise no acesso à vacina, oferta de leitos e cuidados básicos.....	5
A pandemia atualmente.....	6
A ocupação de leitos de UTI Covid-19 e o Sistema Único de Saúde (SUS).....	8
A crise no acesso às vacinas em São Paulo	10
Considerações finais.....	11
2. A rede hospitalar em São Paulo: leitos inoperantes, suas insuficiências e as mortes nas esperas por UTIs.....	13
O atendimento ao COVID-19 e o cenário de leitos de UTI.....	13
A desigualdade no acesso e a periferia de São Paulo	15
Considerações finais.....	15
3. A crise das OSS em São Paulo: rede de saúde sitiada, precarizada e entregue à gestão privada.....	18
As contradições e o processo de privatização da gestão do SUS.....	18
Considerações finais.....	20

INTRODUÇÃO

O acesso e qualidade dos serviços de saúde são extremamente desiguais em São Paulo, maior e mais rica cidade do Brasil. A cidade foi e continua sendo um dos piores exemplos do mundo no combate à Covid-19, concentrando alta taxa de mortalidade nas periferias, com falta de acesso à exames de diagnósticos e leitos de observação, internação e UTI para pacientes que precisam de cuidados imediatos.

Nessas regiões, a prevenção à doença não foi e segue não sendo realizada por falta de apoio governamental, que envolvem questões como a necessidade de sair de casa para trabalhar, moradias precárias e acesso desigual ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Este eixo irá apresentar análises, denúncias e propostas de políticas públicas para consolidação do SUS na cidade de São Paulo, contrariando o projeto de destruição e enxugamento da rede de saúde municipal da gestão Bruno Covas. Esta gestão tem mantido um baixo investimento no SUS ao passo que aumenta a privatização dos serviços públicos municipais de saúde, agravando a crise nas áreas periféricas e críticas da cidade.

Considerando o cenário catastrófico que toda população tem vivido, como resultado da política de genocídio instaurada pelo governo federal sob gestão de Bolsonaro dado o início da pandemia do COVID-19, iremos detalhar e analisar a situação crítica de vida na cidade de São Paulo, com dificuldades no acesso à vacina, leitos de observação, internação e UTI, além da ausência de suportes básicos como uma renda mínima, auxílios sociais, dentre outros.

Quanto à rede hospitalar da cidade de São Paulo as análises já apontavam e continuam indicando a presença de leitos que poderiam estar ativos, mas se mantêm inoperantes por falta de recursos municipais assim como insuficiências hospitalares no acesso à exames de detecção e terapêuticos, o que tem gerado um aumento nas mortes por COVID, com esperas por leitos de UTI cada vez maiores.

É nessa rede do SUS cada vez mais precarizada pela gestão Bruno Covas que se intensificam e ampliam as participações das Organizações Sociais de Saúde, as famosas OS da Saúde. Nesse material organizamos diversos pontos de críticas e proposições para travar e superar esse avanço da privatização da gestão

da saúde através das OSS. Com a estruturação de “regiões” para cada OSS, o município de São Paulo está com sua rede SUS sitiada e entregue aos processos administrativos de cada organização, fragmentando a rede de cuidado e o acesso adequado da população aos atendimentos nos postos de saúde, centros especializados e leitos hospitalares.

Por fim, ainda neste relatório, veremos os impactos das desastrosas decisões que a gestão Bruno Covas realizou e continua realizando ao suspender as agendas de atendimento, de forma generalizada, na Atenção Básica e Especializada, gerando um aumento estrondoso nas filas para consultas, exames e procedimentos no SUS no município. Obviamente reconhecemos e defendemos a necessidade da manutenção da quarentena para superação do aumento do número de novos infectados pelo COVID-19, porém com a suspensão dos atendimentos eletivos (agendamentos) várias outras condições de saúde da população pioraram principalmente às relacionadas às doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, além de casos ortopédicos e oncológicos.

1. A situação crítica do COVID-19 em São Paulo: crise no acesso à vacina, oferta de leitos e cuidados básicos

Desde o início do ano, sabendo do aumento na transmissão da doença desde o final de 2020, houve grande preocupação por parte dos professores sobre a volta das atividades presenciais nas escolas de São Paulo. Conforme aproximava-se o início do ano letivo, aumentavam os indicativos de que a transmissão só pioraria com mais gente circulando na cidade; e foi exatamente o que aconteceu.

Mesmo com muita mobilização e pressão por parte dos trabalhadores da educação, o início conturbado das aulas ocorreu, com protocolos pouco claros, sem uma preparação prévia por parte dos trabalhadores da rede municipal e mesmo da estadual e privada. Os documentos técnicos da prefeitura e do estado com as recomendações técnicas foram publicizados tardiamente e claramente não havia preparação adequada dos colaboradores. Além disso, as escolas privadas seguiram protocolos próprios, não necessariamente alinhados às recomendações técnicas dos órgãos de saúde.

Logo de início diversas denúncias de casos e surtos de COVID-19 em escolas apareceram, mas não houve transparência sobre qual foi a real situação das escolas, se houve algum monitoramento, qual sistema de informação utilizado nem quais dados e análises foram realizadas. Até o momento da finalização deste documento não há divulgação de informações sobre a situação das escolas nas semanas em que funcionaram.

Não houve justificativa técnica ou coerência durante a pandemia sobre a abertura ou não das escolas. É importante ressaltar que existe o lado dos alunos e pais e os prejuízos ao desenvolvimento de crianças e adolescentes que essa pandemia nos deixa, contudo, claramente não houve esforços da prefeitura nem do estado para garantir ações adequadas considerando tanto o risco de transmissão, quanto necessidades biopsicossociais das crianças e suas famílias.

Para tanto seria necessário, desde o início da pandemia, a formação de grupos técnicos robustos (com participação das pastas da saúde, educação, assistência social, representantes da academia e outros setores da sociedade civil) que discutem o assunto, mantivessem-se atualizados sobre as produções

acadêmicas mundiais e propusessem ações avaliando o custo benefício em cada momento da pandemia. Mas o que dizer de governos que nem mesmo fazem uma sala de situação dentro de suas secretarias de saúde, para enfrentar a pandemia e encaminhar as questões emergentes?

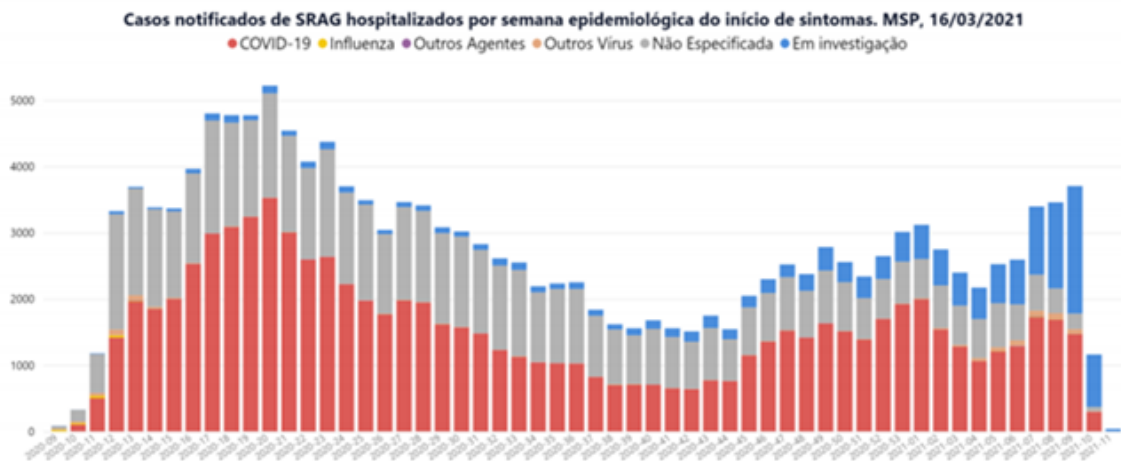
Como a evolução da pandemia e a beira do colapso do sistema de saúde, finalmente o Governo Estadual suspendeu as atividades presenciais utilizando os dias de férias antecipados em seu último anúncio (dia 11/03/2021) com medidas mais restritivas para a fase atual do plano São Paulo (fase emergencial).

Por fim, ficam alguns questionamentos, para além da reabertura das escolas, mas que se refletem nessa situação. Será que ninguém tinha previsto o aumento dos casos? Será que não haveria nada que se fazer antes de chegarmos ao ponto atual em que se encontra a pandemia? Em que se baseia afinal o plano São Paulo e as ações e decisões tomadas pelos governos estadual e municipal com relação aos estabelecimentos e demais medidas de prevenção e controle da doença? Quem participa dessas decisões? Quais os canais e formas de comunicação com a sociedade?

A pandemia atualmente

Além do aumento nos casos em geral que já, há muito ultrapassam os picos atingidos em 2020, quando observamos a curva de casos de SRAG (Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), é possível verificar que os casos estão em um número já bastante alto, com tendência a crescimento, o que é alarmante se considerarmos que esse crescimento pode ser muito rápido e o sistema de saúde já demonstra sinais de colapso, com alguns hospitais declarando ter 100 de leitos ocupados.

A tendência dos próximos dias será de crescimento, muito provavelmente, visto que as medidas de restrição demoram algum tempo para ter efeito nos casos graves, pois além do atraso de notificação, a própria história natural da doença leva a um atraso no crescimento dos casos graves e óbitos com relação aos casos leves (há um tempo médio entre o adoecimento e agravamento e até óbito quando é o caso).



Se observarmos a curva de transmissão dos casos de COVID suspeitos e confirmados, fica evidente a gravidade da situação do município de São Paulo. Como pode ser observado na curva de casos, retirada do boletim diário da prefeitura de São Paulo, o número total de casos notificados (considerando inclusive os suspeitos, já supera desde o final do ano passado (semana 44 de 2020) o ápice atingido pela pandemia em junho e julho (semanas 25 a 33).

Se considerarmos somente os casos positivos, a tendência é parecida, mas o grande número de casos em investigação, principalmente nos últimos meses, atrapalha uma análise mais acurada dos casos confirmados apenas. Ainda assim, é assustador observar que o número de confirmados da semana 01 de 2021 já supera o pico do ano anterior. se olharmos para a curva das últimas semanas em especial a previsão não pode ser diferente de negativa, a semana epidemiológica 09 supera qualquer outro momento da pandemia, assim, considerando o atraso de notificação é difícil dizer que seja muito diferente nas próximas semanas.

Com as medidas de restrição mais rígidas talvez se consiga uma estabilização seguida de queda e se consiga impedir o colapso total do sistema de saúde que tem que lidar hoje com um número surreal de mais de 80 mil casos em uma mesma semana (semana 09).



Fonte: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/doencas_e_agrivos/coronavirus/index.php?p=295572



Fonte: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/doencas_e_agrivos/coronavirus/index.php?p=295572

Assim como já explicado anteriormente, a curva de óbitos demora mais para mostrar a subida devido ao atraso de notificações somados à história natural da doença. Se considerarmos que quanto maior o número de casos maior o atraso das notificações (pelo próprio limite da rede de saúde em realizar as digitações e investigações de casos) este número pode estar muito aquém do real, mesmo os dados do SIM podem estar menores do que seriam na realidade devido à dificuldade em digitar tantas DO em tão pouco tempo.

A ocupação de leitos de UTI Covid-19 e o Sistema Único de Saúde (SUS).

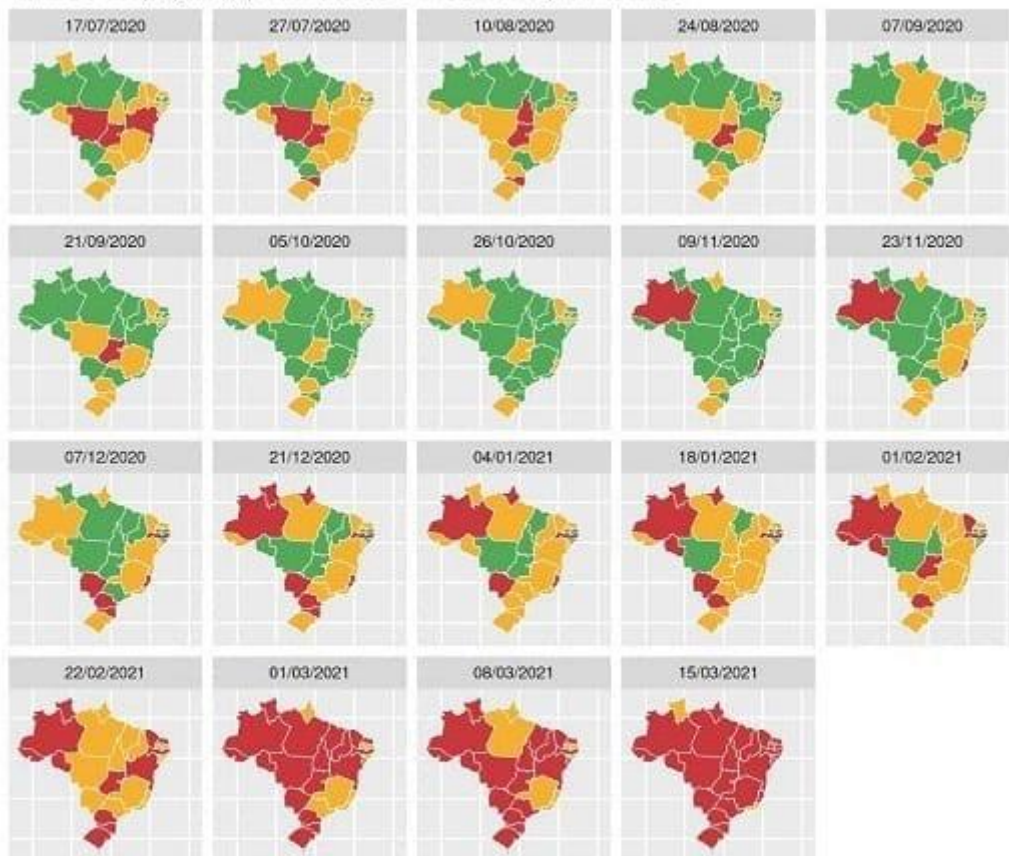
Desde julho de 2020 o Observatório Covid-19 Fiocruz vem publicando boletins quinzenais monitorando quatro indicadores básicos: Síndrome

Respiratória Aguda Grave (SARS); casos e óbitos por Covid-19; e taxa de ocupação de leitos UTI Covid-19 para adultos no SUS.

Seguindo padrão preconizado pela OMS, as taxas de ocupação são classificadas em zona de alerta crítica (vermelho) quando iguais ou superiores a 80%, em zona de alerta intermediária (amarelo) quando iguais ou superiores a 60% e inferiores a 80%, e fora de zona de alerta (verde) quando inferiores a 60%.

Como podemos observar na sequência de 17 mapas abaixo, mesmo no período entre a segunda metade de julho e o mês de agosto, quando foram registrados os maiores números de casos e óbitos, não tivemos um cenário como o atual, com a maioria dos estados e Distrito Federal na zona de alerta crítica.

Taxa de ocupação (%) de leitos de UTI Covid-19 para adultos



Alerta Baixo Médio Crítico

Observatório Covid-19 | Fiocruz

Notas: (1) O estado de Minas Gerais tem divulgado taxas de ocupação de leitos de UTI, sem distinção entre leitos de UTI gerais e de Covid-19. (2) Na ausência de dados do estado do Rio de Janeiro nos dias 17/07, 27/07, 10/08 e 24/08/2020, foram considerados dados da capital. (3) No mapa do dia 22/02, corrigimos aqui um erro observado no boletim correspondente, mostrando que o Mato Grosso já estava na zona de alerta intermediária.

Atualmente (17/03/2021), segundo o boletim diário da SMS, o município está com taxa de ocupação de 86% em leitos de UTI e 78% em leitos de enfermaria. Vários hospitais privados já declararam ter ocupação de 100% e pediram vagas para a rede pública, conforme informação do próprio secretário de saúde na última semana. O município de São Paulo, assim como o restante do Brasil, está em estado crítico no que se refere a taxa de ocupação, pois já está com taxa de ocupação de leitos de UTI acima de 80% e a de leitos de enfermaria já está muito próxima disso. Além disso, a mídia já tem noticiado que há filas e pacientes aguardando por leitos.

A crise no acesso às vacinas em São Paulo

Conforme é possível observar pelo vacinômetro abaixo, a vacinação da população de um município que beira 12 milhões de pessoas anda a passos extremamente lentos. É claro que temos que considerar que a responsabilidade pela aquisição de vacinas é do governo federal, sempre foi, a não ser por alguma particularidade identificada pelo município e que esteja dentro de suas possibilidades, como é o caso da pneumocócica que foi incorporada ao calendário vacinal junto com a campanha da influenza já há algum tempo no município de São Paulo, considerando suas características epidemiológicas.



O que questionamos, além da velocidade da vacinação que menos tem a ver com a capacidade da rede e mais com a quantidade de doses disponíveis é, será que essa é a melhor estratégia de vacinação? A pergunta de quem deve ser priorizado dentro de um público já prioritário é cruel, mas está imposta pelo governo federal e sua incompetência na compra de vacinas em doses suficientes para, no mínimo, os grupos de risco.

Mais uma vez não há transparência sobre quais os critérios utilizados para a escolha das populações a serem vacinadas durante as fases estabelecidas. A falta de clareza técnica e de transparência vem em cascata desde o governo federal ao municipal e não vimos até o momento uma discussão técnica dentro do governo municipal (nem estadual nem federal) a respeito de quais, afinal são as populações mais atingidas pela pandemia dentro dos grandes grupos de risco já estabelecidos e que, portanto, deveriam ser vacinadas. Por exemplo, porque não considerar renda e raça, visto que pobres e negros morrem mais da doença, ou mesmo uma abordagem territorial como sugere o Instituto Pólis? E as pessoas em situação de rua? Existe, ao menos, alguém com alguma voz e poder de decisão pensando nessa possibilidade?

A vacina é a melhor forma e prevenir uma doença infecciosa e é triste ver que o que antes era corriqueiro para as áreas técnicas das secretarias de saúde e ministério - discussões técnicas epidemiológicas sobre quais são os grupos de risco baseadas em dados e estudos - não parece estar muito próxima da rotina e das prioridades dos gabinetes que temos nas pastas de saúde atualmente.

Considerações finais

O município de São Paulo está entre os que têm os números mais altos de contágio e mortes por Covid-19 no mundo e o sistema de saúde beira o colapso total. A atuação do governo municipal diante da pandemia COVID-19 tem sido satisfatória? Qual seria a melhor forma de manejar essa segunda e violenta subida na curva de transmissão de casos?

Entendemos que a atuação da esfera municipal, e a gestão do sistema de saúde local. Abaixo, alguns pontos de destaque que são apontados pelos trabalhadores da saúde:

- Desmonte da COVISA no meio da pandemia, área especializada e responsável pela Vigilância em saúde no município;
- Não contratação de profissionais para atuar nas ações de vigilância em nenhum momento, mesmo considerando que as equipes já estavam com falta de profissionais e tendo o trabalho em volume muito maior do que de costume.
- Centralização dos dados e decisões, restringindo-se ao gabinete do prefeito, segundo relatos da área técnica, sobrepondo interesses políticos aos técnicos

- Falta de estratégia de envolvimento de lideranças comunitárias e equipes de saúde no combate à pandemia, diminuindo a capacidade de detecção de sintomas e a educação em saúde;
- Descumprimento e não homologação da Resolução aprovada no dia 12 de novembro de 2020 pelo Conselho Municipal de Saúde, órgão de representação da sociedade, em que especialistas listaram informações básicas a serem divulgadas e com proposição de ações intersetoriais, pois falta transparência da situação atual.
- Falta de transparência. Os dados que são divulgados pela SMS-SP são restritos. Ex.: a curva epidêmica só começou a ser socializada no boletim diário no fim de fevereiro de 2021! A gestão controla o que e como os dados são divulgados e não disponibiliza os bancos anonimizados, o que é feito até mesmo pelo governo federal.
- Medidas de restrição não têm sido suficientes para conter a pandemia, haja vista a situação atual, com mortes por falta de atendimento adequado.
- Mesmo com tantos problemas que o sistema de saúde municipal apresenta e que foram evidenciados pela pandemia, não houve preocupação em rever as estratégias utilizadas até então pela pasta e nem mesmo repensar quantos, quais e como são utilizados os recursos na área.

E como parte de nossas análises e críticas compomos um rol de ações que podem ser desencadeadas imediatamente para contenção e superação deste cenário pandêmico e de aumento nos casos de morte pelo COVID-19:

- Organizar grupo técnico municipal com sala de situação que tenha poder de decisão, com representantes das áreas envolvidas e composto por grupos de trabalho para temas prioritários (como as escolas, ações e medidas de mitigação de riscos a populações vulneráveis)
- Compor sala de situação na Secretaria municipal de saúde, a fim de ordenar e organizar as ações de saúde, com poder de decisão e que possa demandar do grupo municipal quando necessário. Esse grupo também pode compor GT específicos para temas sensíveis da saúde, inclusive com participação da academia e entidades da sociedade civil que possam colaborar, mantendo a atualização técnica para embasar tomadas de decisão.
- Criar grupos de atuação emergencial voltados para a situação atual de colapso do sistema, tanto para ver melhores formas de ampliar e melhorar o atendimento, quanto para conter a transmissão no município.
- Ativação de novos leitos em hospitais desativados, se necessário destiná-los para criar novas alas covid;
- Intensificar os atendimentos não presenciais por Centrais de Teleatendimento, com identificação de caso, orientações emergenciais e assistência remota para garantir consultas virtuais ou domiciliares

- Reverter o desmonte da Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVISA) do município para maior controle e ação frente à pandemia e realizar a contratação emergencial de profissionais para atuar na rede de vigilância do município

2. A rede hospitalar em São Paulo: leitos inoperantes, suas insuficiências e as mortes nas esperas por UTIs

Neste capítulo iremos caminhar por algumas análises quanto aos problemas estruturais na oferta de leitos da rede hospitalar do município de São Paulo que, para além de ter leitos de internação inoperantes em hospitais de longa data no município, como o Hospital Sorocaba dentre outros, continua tendo insuficiência de acesso aos leitos de UTI, principalmente com o quadro atual do COVID-19.

De fato, a gestão Bruno-Dória, durante 2020, equivocou-se quanto à oferta de leitos para atendimento de pacientes COVID-19, gastando mais de 23 milhões em apenas dois Hospitais de Campanha que foram desativados ainda no mesmo ano. Esse valor deveria ter sido utilizado para ampliar a rede hospitalar de forma permanente, considerando que o município de São Paulo tem menos de um leito para cada mil habitantes, considerando o preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que é de três leitos a cada mil; ou seja, a insuficiência hospitalar se mantém, e ao menos três hospitais estão abandonados, situação esta que já havia sido apontada durante nossa campanha eleitoral em 2020.

O atendimento ao COVID-19 e o cenário de leitos de UTI

Com o recrudescimento da pandemia, cerca de 30% (2.248) dos leitos municipais foram destinados para atendimento COVID-19, e mais 225 leitos foram contratualizados. Se houvesse a reforma e a reativação dos hospitais Menino Jesus de Ermelino Matarazzo, Nossa Senhora da Pena e Vasco da Gama, haveria possibilidade de suprir a contratualização apontada e aumentar o número de leitos para a população da zona leste que possui a menor oferta hospitalar do município.

Atualmente, os leitos COVID-19 têm mantido 84% (2.020) de ocupação, sendo que metade dos hospitais municipais estão operando acima de 90%,

concentrados nas zonas de maior vulnerabilidade e menor disponibilidade de leitos como as Zonas Norte, Sul e Leste (1,2).

Boletim Diário COVID-19

17/03/2021

Nº356



Monitoramento da assistência

Monitoramento da rede hospitalar	Hospitais Municipais	Hospitais Contratualizados	Total
▲ Pacientes Atendidos com Quadro Respiratório	1.080		1.080
Pacientes Atendidos – Suspeitos COVID-19	498		498
Internados	1.924	141	2.065
Internados em UTI	1.049	85	1.134
Internados em Enfermaria	875	56	931
Leitos COVID	2.278	225	2.503
Leitos UTI COVID em Operação	1.195	95	1.290
Leitos Enfermaria COVID em Operação	1.083	130	1.213
Taxa de Ocupação			
Taxa de Ocupação de UTI	88%	89%	88%
Taxa de Ocupação de Enfermaria	81%	43%	77%

Dados atualizados em 17/03/2021

O discurso do Secretário de Saúde se apega aos hospitais abertos na gestão Covas, que estão operando em sua totalidade, porém ainda não cobrem a necessidade de atendimento. Tais leitos foram ativados principalmente nos últimos quatro meses, demonstrando que é possível responder de forma rápida e permanente, considerando que o agravamento da pandemia já estava sendo registrado desde o início de dezembro de 2020.

Além disso, há a promessa de abertura de mais 550 leitos, porém não demonstra onde, como e quando serão implantados, provavelmente como de praxe, com investimento via Organizações Sociais de Saúde contratadas, por meio de aditivos dos contratos de gestão, dificultando o acompanhamento público e transparência do processo.

A desigualdade no acesso e a periferia de São Paulo

Aprofundando em nossas análises, quando observados os casos, óbitos e coeficientes de incidência e mortalidade segundo Distrito Administrativo de residência, ranqueados por menores Coeficientes de Mortalidade padronizado (Tabelas 1 e 2), é possível perceber e, infelizmente, previsível, de forma geral que quem morre mais é quem está nas periferias da cidade, em distritos com piores condições de vida, além de alguns distritos mais adensados. Isso pode ser explicado pela maior dificuldade em seguir com as medidas de prevenção, seja porque precisam sair para trabalhar e pegar transporte coletivo, seja até por falta de condições de moradia e saneamento adequado. A mazela da desigualdade marca a pandemia na cidade assim como a tem marcado em sua história e na do país, não é à toa que há uma diferença de mais de 20 anos na expectativa de vida de Pinheiros e Cidade Tiradentes.

Além das condições já citadas, o acesso aos serviços de saúde tem sido um problema crônico nas regiões periféricas da cidade que conta com vazios assistenciais, principalmente para serviços de especialidades e hospitalares, como já descrito anteriormente.

Considerações finais

Na contramão das decisões que têm sido tomadas pelo governo Bruno-Covas e mantendo alinhamento com o plano de governo já apresentado em 2020, de forma geral, defendemos a ampliação da rede de serviços hospitalares e de urgência e emergência (SAMU, UPA e PS) a fim de superar os vazios de ofertas assistenciais e as desigualdades de acesso nas periferias. Ainda, tal ampliação deve ser realizada com a distribuição regional de leitos públicos, incluindo unidades intermediárias e de terapia intensiva com um mecanismo de referência para cada território.

É com a abertura completa dos hospitais que estão com funcionamento parcial, como é o caso do Hospital Sorocabana, reforma de estruturas hospitalares abandonadas como a do Hospital e Maternidade Menino Jesus de Ermelino Matarazzo, Hospital Maternidade Nossa Senhora da Pena e Hospital Vasco da

Gama, que conseguiremos ter uma maior oferta de leitos para a população paulistana.

Nesse sentido, defendemos e lutamos pela reabertura de 620 leitos e, como foi proposto na nossa campanha, construir outros 05 novos hospitais, somando-se assim mais 1.140 leitos, tendo como total 1.760 novos leitos para a cidade de São Paulo. Esse crescimento de leitos poderia se dar de forma gradual, ou seja, com abertura anual de 440 leitos, representando um acréscimo de apenas 3% nas despesas com recursos próprios do município com o SUS. Destaca-se, por fim, que o município de São Paulo nos últimos 4 anos manteve seus gastos com o SUS abaixo de 20%, em média, do total de seus recursos próprios, abaixo da média dos demais 645 municípios do Estado de São Paulo.

Voltamos então para a pergunta: como uma das cidades mais ricas do Brasil e América Latina não consegue garantir uma oferta de leitos hospitalares de forma adequada e justa para sua população?

Tabela 1: casos, óbitos e coeficientes de incidência e mortalidade segundo Distrito administrativo de residência, ranqueados por menores Coeficientes de Mortalidade padronizado, primeiros 20 DA, MSP, 2021.

Distrito Administ(Res)	população_2020	casos_esus	casos_sivep	Total_óbitos	CI_bruto	CI_paronizado	CM_bruto	CM_padronizado
Alto de Pinheiros	40962	1522	292	63	4426,05	4099,65	153,80	58,36
Butantã	53836	2205	388	78	4816,48	4555,57	144,88	64,43
Perus	89310	3553	465	123	5624,42	5596,11	156,28	67,38
Jardim Helena	135605	6017	869	227	5664,74	5625,47	154,32	70,39
Penha	129100	6543	992	241	4637,24	4429,65	146,36	73,23
Marsilac	8426	300	30	9	6570,67	6583,36	155,51	74,48
Consolação	57405	3489	470	92	6887,90	6796,94	158,52	74,96
Ipiranga	112222	6374	910	224	6749,02	6972,91	164,56	79,20
Santana	113253	4855	972	247	6002,93	5827,30	161,19	80,92
Vila Guilherme	57079	2082	404	107	7260,71	7046,98	106,45	81,17
Bela Vista	73235	4101	602	106	6419,06	6342,68	144,74	86,00
Sapopemba	289759	16219	1902	557	4808,16	4674,72	171,45	86,68
Vila Leopoldina	45092	2977	298	49	5275,06	5146,10	184,53	88,54
Campo Belo	63744	3356	645	128	6273,53	6093,07	197,67	93,15
Mandaqui	109228	3921	749	207	3916,45	4058,58	106,81	98,37

Lapa	67170	3649	566	142	4294,13	4155,17	164,84	98,47
Mooca	80330	3965	876	190	7713,38	7737,01	156,84	99,68
Lajeado	174539	7416	934	258	6275,12	6053,64	211,40	100,67
Cursino	113728	5912	913	191	5997,64	5928,99	166,19	102,14

Tabela 2: casos, óbitos e coeficientes de incidência e mortalidade segundo Distrito administrativo de residência, ranqueados por maiores Coeficientes de Mortalidade padronizado, primeiros 20 DA, MSP, 2020-2021.

Distrito Administ(Res)	população_2020	casos_esus	casos_sivep	Total_óbitos	CI_bruto	CI_paronizado	CM_bruto	CM_padronizado
Saúde	134147	5332	1124	232	4263,29	4468,10	176,08	214,00
Brás	33045	1726	280	64	6067,48	6240,67	193,68	208,44
Jardim Ângela	338265	13891	1575	380	5075,77	5449,36	166,66	200,40
Cachoeirinha	146387	5535	1057	267	4501,77	4686,67	181,03	194,46
José Bonifácio	136560	5885	866	202	4782,89	5103,09	147,25	194,43
Guaianases	109730	4968	602	165	5073,36	5321,34	149,46	188,56
São Rafael	159683	6000	634	163	6251,75	6331,05	192,23	186,60
Brasilândia	281977	10713	1515	427	4335,46	4616,11	151,43	185,34
Pari	19069	877	152	41	6554,80	6689,16	178,40	183,30
Santo Amaro	74447	3854	618	120	6218,53	6131,98	218,74	182,08
Itaim Paulista	234912	9008	1459	329	6186,57	6307,12	178,20	176,09
Perdizes	114788	4503	824	171	4497,82	4755,66	137,72	175,83
Tucuruvi	96358	3525	779	188	5106,84	5289,50	160,26	175,07
Jaraguá	212819	10342	1031	297	4570,97	4906,78	111,75	173,98
São Mateus	155387	8074	1192	297	5258,32	5433,42	198,49	173,52
Parelheiros	153598	5082	690	170	5390,95	5500,07	209,76	172,67
São Lucas	142948	8462	1068	315	5961,25	6021,38	190,49	172,04
Cidade Tiradentes	235630	7430	1035	279	3592,07	3867,76	117,98	169,14
Cidade Líder	135247	7275	1003	236	6117,70	6147,26	172,28	168,61
Jaguará	55192	1746	352	74	5342,10	5532,95	139,56	166,95

Fonte: Tabnet - SMS
casos e óbitos: e-SUS notifica e SIVEP Gripe - DVE/COVISA/SMS0SP. Data de atualização: 09/03/2021. Dados preliminares, sujeitos a alteração.
população: Fundação SEADE, 1996 a 2021

3. A crise das OSS em São Paulo: rede de saúde sitiada, precarizada e entregue à gestão privada

Não é a primeira vez na história da Saúde da cidade de São Paulo que estratégias de privatização do setor às custas do dinheiro público ocorrem. Entre 1989 e 1992, São Paulo foi pioneira na experiência de implantação de uma medicina pública de qualidade que privilegiava a atenção básica preconizando descentralização territorial e participação popular através da construção dos Conselhos Gestores.

Contudo, esse esforço inovador foi precocemente interrompido e substituído pelo PAS (Programa de Assistência à Saúde – 1993 a 2000) uma proposta de matriz ideológica neoliberal, resultando em quase uma década de atraso na construção do SUS em nossa cidade.

Com a descontinuidade dos programas do SUS pela imposição da implantação do PAS, enormes reveses foram verificados na cidade, tais como perda de recursos públicos federais, visível deterioração de equipamentos e desmonte das redes de serviços, seguidos pelo afastamento de trabalhadores da rede pública, além de desenfreada corrupção, evidenciando uma estratégia de sucateamento para facilitar a privatização do setor da Saúde.

Novamente, e com maior intensidade após 2016, com a edição do decreto-lei nº 95/2016, assistimos hoje a mesma estratégia: sucateamento dos serviços públicos de saúde; desorganização de sua estrutura e da carreira do funcionalismo público; e abertura de brechas para uso irregular do dinheiro público (corrupção).

As contradições e o processo de privatização da gestão do SUS

Atualmente a PMSP mantém contratos de gestão e alguns convênios na área da saúde com dezenas de organizações sociais. Esses contratos foram instituídos devido a inúmeras denúncias e posicionamentos contrários a essa lógica de terceirização, em 2016, quando a secretaria municipal de saúde a fim de atender às críticas e aprimorar a fiscalização sobre essas organizações o instituiu, e que na época foi dado como inovador.

O que se defendia à época, com esses contratos, é que se teria maior controle sobre o gasto público e a forma que ele era aplicado pelas organizações

sociais. Para isso criou-se um mecanismo com metas a serem cumpridas e estabeleceu-se que se teria apenas uma organização social por distrito, a fim de ter uma melhora na qualidade de articulação da rede de serviços e evitar a concorrência entre diferentes organizações. Acontece que o efeito desse modelo adotado tem gerado é o monopólio nas regiões, que agora passam a ser controladas por uma única OSS. Além das metas de contrato que focam apenas o quantitativo de procedimentos, implantando a lógica da eficiência de se fazer mais com menor recurso.

O que temos é uma rede construída não a partir das necessidades apresentadas pela população de um determinado território, mas no objetivo de cumprir com as metas indicadas e estabelecidas pela organização social junto à secretaria de saúde. Na ausência de recursos para implantação de equipes, fragmentam-se estas a fim de se dividirem em um ou mais serviços dentro de um mesmo território. Em muitos dos casos, uma determinada especialidade médica, por exemplo, fica responsável por uma população de 600 mil habitantes, criando uma fila de espera de anos.

Isso se dá pela dificuldade de contratação de especialidades nas regiões periféricas. O fato de existir diferentes organizações dentro da cidade faz com que o repasse de verba para cada uma seja diferenciado e os salários pagos aos trabalhadores tenham diferenças significativas para a mesma categoria. Cada organização estabelece seu próprio piso salarial, gerando uma concorrência entre elas na busca por profissionais. O resultado é que as OSS que pagam mais têm mais procura por trabalho, fazendo com que as regiões periféricas fiquem desassistidas ou tenham profissionais com baixa qualificação.

Apesar da fiscalização dos contratos serem das supervisões técnicas de saúde, o que se vê, devido ao enorme poder dado a essas organizações, que agora administram um distrito com milhares de pessoas e recebem milhões de repasse da prefeitura, são essas organizações ditando as regras e construindo os indicadores de saúde das regiões. E quando sentem que estão sofrendo forte fiscalização ameaçam abandonar os contratos e deixar a prefeitura à própria sorte. A falta de profissionais qualificados na gestão para avaliar os contratos e a precarização por falta de profissionais devido a ausência de concursos públicos faz ainda que não haja uma fiscalização eficiente das organizações.

Essa falta de conhecimento técnico também se dá no segmento dos usuários que, por não dominar a linguagem técnica empregada e não ter habilidade com números e dados, não conseguem fiscalizar e avaliar os contratos de gestão. Mesmo quando têm acesso aos documentos os conselhos gestores das UBS, AMA, CAPS, UPAs, Hospitais e etc; tem dificuldade de interpretá-los. E não há nenhuma capacitação por parte do setor público para que essa situação mude.

Além disso, cada OSS tem seu próprio modelo assistencial, interpretando de diferentes maneiras e implantado da forma que consideram mais adequada às diretrizes do SUS. Essa diferença se dá tanto no campo assistencial quanto na contratação de equipes e construção da rede de serviços. Usam da justificativa de que cada localidade tem uma demanda própria para manusear e aplicar os recursos financeiros na forma que consideram mais adequada.

Os salários pagos aos trabalhadores das OSS divergem muito dentro da mesma categoria profissional, necessitando de uma equiparação ou isonomia salarial e de direitos entre servidores municipais, estaduais e terceirizados (Ex: há casos de 80% de diferença entre as OSS para o mesmo tipo de trabalho e mesma carga horária; e algumas OSS tem cargo de 30 horas para todas as categorias e outras não).

Isso gera uma alta rotatividade de profissionais, com pouca transparência nas contratações, (principalmente médicos) prejudicando o vínculo com os usuários, pela falta de plano de carreira e concorrência salarial.

Na contramão disso temos um desinvestimento brutal nas unidades da administração direta e salários cada vez mais baixos são estratégias para construir imagem de “boa gestão” e razões para legitimar as terceirizações junto à população.

Considerações finais

De forma geral, e através do Gabinete Paralelo, faremos a atuação política para que haja um realinhamento de gestão, gerenciamento e ações técnicas com as OSS para padronização das ações realizadas pelas instituições nos diversos territórios, focando na reorganização da rede baseada nas necessidades de saúde da população e nas orientações das políticas nacionais de saúde e suas redes atenção à saúde; não apenas nos interesses e políticas das próprias OSS,

Ainda, através da força da bancada do PSOL no município, há o imediato processo de revisão dos contratos de gestão e convênio com vistas às metas de produtividade que colocam as equipes de saúde em situações precárias de trabalho. Nesse cenário a garantia de equiparação ou isonomia salarial e de direitos entre servidores municipais, estaduais (municipalizados) e terceirizados das OSS, segundo cargos e funções deve ser imediata. Além das contratações de equipes dos diferentes níveis dos serviços de saúde sob gestão pública e estatal, garantindo a continuidade do trabalho e dos vínculos empregatícios das equipes contratadas pelas OSSs já em funcionamento.

Esse processo diz sobre uma real retomada do investimento na administração direta com foco nos rearranjos administrativos e jurídicos, como autarquias ou fundações públicas, para maior celeridade e ação da gestão pública na saúde e segurança dos vínculos de trabalho das equipes atuais ligadas às OSS.

Gabinete Paralelo

Guilherme Boulos

Equipe Técnica

Alexsander Navarro

Ana Carolina Aguiar de Carvalho

Ginalvo Silva de Santana (Santana)

Íris Renata Vinha

Jorge Kayano

José Alexandre Buso Weiller

Karina Kalife

Luciana Lima Marques

Silvia Maria Tommasini