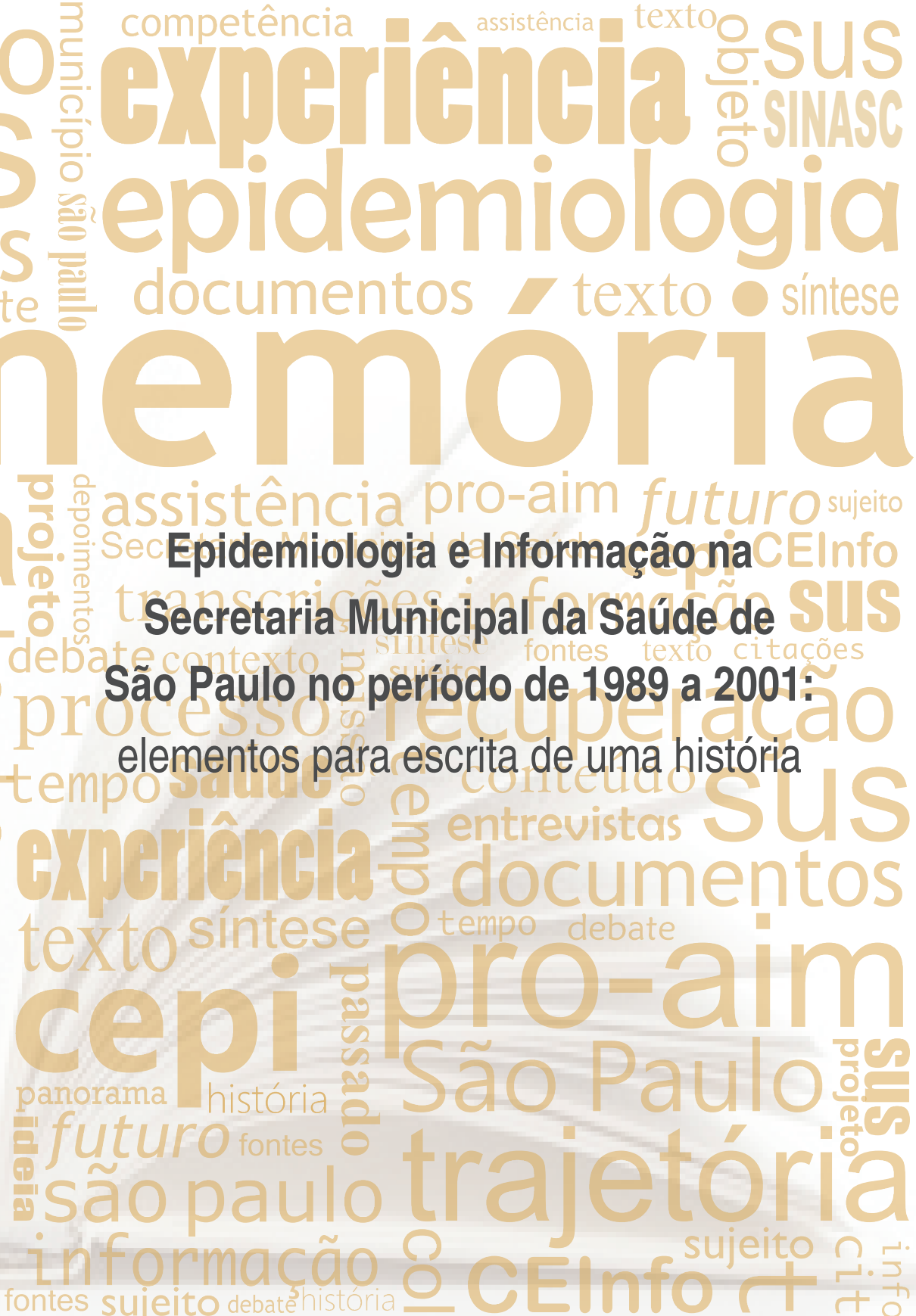


Epidemiologia e Informação na Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo no período de 1989 a 2001:

elementos para escrita de uma história

Epidemiologia e Informação na Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo no período de 1989 a 2001: elementos para escrita de uma história

© 2016, Prefeitura do Município de São Paulo.
É permitida a reprodução total ou parcial desta obra desde que citada a fonte.
Epidemiologia e Informação na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo no período de 1989 a 2001: elementos para escrita de uma história. | Setembro/2016

PREFEITO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
Fernando Haddad

SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE
Alexandre Padilha

SECRETÁRIA-ADJUNTA
Célia Cristina Bortoletto

CHEFE DE GABINETE
Mariana Neubern de Souza Almeida

COORDENAÇÃO DE EPIDEMIOLOGIA E INFORMAÇÃO | CEInfo
Margarida M T A Lira

Projeto Gráfico e Editoração
Josane Cavalheiro
Cristina Guedes
Lucas Acencio Dantas

Revisão
Renata Góes Palermo

Epidemiologia e Informação na Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo no período de 1989 a 2001: elementos para escrita de uma história

Esta obra foi baseada em depoimentos e informações extraídas de documentos arquivados na SMS-SP e em Diário Oficial da Cidade de São Paulo. As entrevistas e levantamento de documentos (2009-fevereiro/2011) e a narrativa foram feitas pelo consultor contratado pela CEInfo-SMS, Marcelo Antonio Chaves, historiador com mestrado e doutorado em História Social (UNICAMP) e Especialista em Organização de Arquivos pelo IEB/USP.

Faz parte de "PROJETO DE RECUPERAÇÃO DA MEMÓRIA HISTÓRICA DA CEINFO E DO PRO-AIM".

Rua General Jardim, 36 - 5º andar - Vila Buarque
CEP: 01223-906 - São Paulo - SP
e-mail: smsceinfo@prefeitura.sp.gov.br
Fones: (11) 3397-2239 / 2240
Home Page: www.prefeitura.sp.gov.br/saude
Versão eletrônica: http:// www.prefeitura.sp.gov.br/saude/publicacoesceinfo

Ficha Catalográfica
São Paulo (cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação|CEInfo. Epidemiologia e Informação na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo no período de 1989 a 2001: elementos para escrita de uma história. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2016. 243 p.

ISBN 978-85-60044-08-5

1. Epidemiologia. 2. Informação em Saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Mortalidade.

Epidemiologia e Informação na Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo no período de 1989 a 2001: elementos para escrita de uma história

Organização

Margarida M T A Lira

Katia Cristina Bassichetto

Autoria e Narrativa

Marcelo Antonio Chaves

Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

Coordenação de Epidemiologia e Informação

São Paulo, 2016

“O narrador conta o que ele extrai da experiência - sua própria ou aquela contada por outros. E, de volta, ele a torna experiência daqueles que ouvem a sua história”.

[Walter Benjamin]

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 11

AGRADECIMENTOS 13

PREFÁCIO 15

SIGLAS 23

NOTA EXPLICATIVA 27

QUESTÕES INTRODUTÓRIAS 29

A complexidade de se escrever a história do tempo presente

Entre a história institucional e a genealogia de uma ideia

O lugar de onde se escreve esta síntese e as fontes usadas

SÍNTESE HISTÓRICA 37

A HISTÓRIA NO FAZER-SE DO TEMPO PRESENTE: MISSÃO, OBJETIVOS E ESCOPO FUNCIONAL DA CEINFO 41

"Comunicado" com força de lei

Missão da CEInfo

Futuro no pretérito

CEPI: ORIGINALIDADE, RUPTURAS, (DES)CONTINUIDADES 45

A fase de formação do CEPI

Origens

Antecedentes: contexto de surgimento do CEPI

Contexto de ascensão das lutas reivindicativas,contestatórias e por democracia

A luta pela reforma sanitária

O contexto político local: o "acidente" da eleição de Luiza Erundina

Sujeitos

Breve panorama da luta pela reforma sanitária, nas vozes dos entrevistados

Um olhar das mudanças por dentro de instituições de saúde

A criação do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

O projeto do CEPI em meio ao movimento de transição

Estrutura existente na SHS, antes do CEPI

Criação do CEPI

Unidade estratégica: epidemiologia, informação, tecnologia da informação

Adversidades

As estruturas regionais da SMS (Administração Regional de Saúde-ARS, Distrito de Saúde-DS, Núcleo de Epidemiologia, Pesquisa e Informação-NEPI)

O "estilo matricial" contra a verticalização e a fragmentação

Alguns projetos que marcaram a trajetória do CEPI **107**

Projetos "Cidade Saudável" e "Vigilância à Saúde"

Quesito Cor

Projeto de Saúde Bucal

A criação do SIMIS

A questão da "Vigilância" no CEPI

Concepção epidemiológica não hegemônica

O enfoque epidemiológico da informação

Informação e tecnologia da informação

Quatro vertentes de experiências no CEPI

A fundação do PRO-AIM **141**

Aspectos de bastidores do nascedouro

O Conselho Consultivo do PRO-AIM

A democratização da informação como princípio inscrito no "gene" do PRO-AIM

Ganhando a mídia
PRO-AIM: mais que um projeto, uma causa
PRODAM/PRO-AIM

Novo arranjo político: (des)continuidades na mudança de gestão 164

Dilemas dos primeiros momentos: não compactuar ou resistir

O CEPI em xeque: descompasso entre estrutura e

A Assessoria de Planejamento ganha força

Nem pesquisa, nem epidemiologia e nem informação: o que

restou no CEPI

A resistência do PRO-AIM

"Fundo do poço"

Guinada para a qualidade

O PAS e o desmonte do SUS

A situação da informação durante o PAS
CEPI: um Centro de Vigilância precária

A criação da CEInfo e os vestígios do CEPI de 1989: capítulo para uma outra história

Síntese conclusiva e provisória 225

Palavras finais 227

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 229

Diplomas legais e documentos administrativos citados
Lista de documentos citados e que compõem o acervo CEInfo

ANEXOS 235

Relação dos entrevistados

Termo de compromisso

Eu fiquei curiosa de saber por que eles estavam carregando no braço caixas tão empoeiradas, velhas, sujas, com barbantes amarrados. Queria saber o que tinha lá dentro. E foi quando descobri que era parte dessa história da CEInfo e que eles, como guardiões desses documentos, achavam que estavam fazendo o correto, que era guardar isso. Aí eu comecei a provocar: 'O que adiantava guardar tanto, se isso não estava disponível para que outras pessoas quisessem consultar?' Eu mesma, que estava tentando compreender o que era a CEInfo, que estava começando a vislumbrar esse universo para poder fazer o meu papel, falava 'E aí, tudo amarradinho, tudo tem que pedir para não sei quem'. Tinham coisas que estavam nas casas das pessoas, inclusive.

E passei a pensar que os documentos mereciam estar mais bem armazenados do que daquele jeito que eu via, que valorizasse o fato de eles terem guardado aqueles documentos, ponderava que só isso não bastava.

[Katia Bassichetto]

APRESENTAÇÃO

O projeto de recuperação da memória histórica do Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação (CEPI – 1989), do Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no Município São Paulo (PRO-AIM – 1989) e da Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo - 2001), estruturas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-SP), tem como objetivo resgatar o contexto e o processo de criação desses órgãos, e sua inserção na SMS-SP nos primórdios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Estes órgãos foram criados em dois importantes momentos da história do SUS na cidade de São Paulo: o primeiro – o CEPI e o PRO-AIM – no bojo da criação do SUS em 1988, fortemente influenciados pela reforma sanitária no país. A CEInfo, em 2001, quando da retomada do SUS na capital paulista.

Para realizar essa publicação **"Epidemiologia e Informação na Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo no período de 1989 a 2001: elementos para escrita de uma história"** tivemos o apoio de um consultor com formação em história e arquivologia.

A narrativa foi baseada em depoimentos pessoais obtidos por meio de entrevistas e levantamentos de documentos. O projeto inicial pretendia ir até o final de 2004, mas não foi levado a cabo, porque nos deparamos com a dificuldade de contar a

história do tempo presente. Pois, como diz o nosso narrador, “esta história sempre estará por se fazer”.

O projeto faz parte do nosso compromisso de contribuir para a preservação da memória das instituições públicas.

A nossa expectativa é que esta narrativa sobre a epidemiologia e informação na SMS – SP colabore na compreensão dos caminhos trilhados na construção do SUS, a maior e mais ousada política pública do país.

Margarida M T A Lira
CEInfo – SMS - SP

AGRADECIMENTOS

A toda e todos que de forma generosa aceitaram e doaram seu tempo para as entrevistas e permitiram o registro das suas memórias. Agradecimento especial a Mauro Taniguchi, Maria Cristina Haddad Martins, Eliana de Aquino Bonilha, Patrícia Costa Longa e Denizi de Oliveira Reis que foram entrevistados, mas os conteúdos das entrevistas não constam nesta publicação, pois não possível avançar na narrativa após 2001.

Agradecimentos especiais aos profissionais da CEInfo, tanto aqueles que continuam na equipe, quanto aqueles que concluíram a sua jornada aqui e aceitaram novos desafios:

Álvaro Escrivão Jr, Andrea B. Paschoal, Breno S. Aguiar, Camila Mogliani, Camila de Oliveira, Carlos Daniel, Cássio Rogério, Ciliane Sollitto, Clarissa Nazario, Daniela Lima, Denise Barbuscia, Edith Ribeiro, Eliana Bonilha, Elizabete Silva, Eneida Vico, Geny Yao, Hélio Neves, Inês Hendo, Iracema Castro, Joao Batina, Josane Cavalheiro, Jussara Barros, Karla Reis, Katia Bassichetto, Katsue Shibao, Leny Kimie, Luciane Coleti, Luis Fernando, Luís Roberto, Malú Bourroul, Marcelo Failla, Marcos Drumond, Margarida Lira, Maria Cristina Haddad, Maria do Carmo Rocha, Maria Hangai, Maria Rosana Panachão, Marília Keiko, Marilza Ataliba, Marina de Freitas, Mauro Taniguchi, Michel Naffah Filho, Mônica Endo, Mônica

Krauter, Noemia Etinger, Patrícia Costa Longa, Patrícia Carla, Paulo Sakata, Pedro Dimitrov Rita de Fátima Duca, Rosaria Grimaldi, Simone Tanaka, Suely Myia, Sylvia Grimm, Tamiris Souza, Tatiana Galleguillos, Vicente Botelho Jr.

PREFÁCIO

Álvaro Escrivão Junior

Fazer o prefácio desta obra sobre as origens e a trajetória da Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo) ao longo destes 26 anos é um privilégio equivalente à oportunidade de ter participado em dois momentos desta experiência inovadora, ao lado de profissionais competentes e comprometidos com as propostas do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, é preciso, inicialmente, agradecer a toda equipe da CEInfo pelo carinhoso convite.

Nesta obra, o historiador Marcelo Chaves faz uma "construção narrativa" a partir de pesquisa documental e, principalmente, das distintas leituras dos sujeitos que vivenciaram esta rica experiência. A característica essencial da concepção do Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação (CEPI), e depois da CEInfo é explicitada logo no começo da obra e retorna em muitas outros momentos da narração: assumir a epidemiologia como elemento orientador na produção e no uso das informações, visando conhecer a situação de saúde e as práticas voltadas para o atendimentos das necessidades de saúde da população residente no Município de São Paulo (MSP). Em outras palavras, democratizar as informações sobre a situação de saúde e dos serviços, facilitar o acesso e sensibilizar os gestores para o uso das informações técnicas na gestão, capacitar as equipes técnicas para selecionar indicadores e escolher "soluções" de tecnologia de informação eficientes.

Nas páginas iniciais são reveladas as condições peculiares que permitiram existir a proposta ambiciosa do CEPI. Inspirada no ideário do movimento da reforma sanitária, a iniciativa viabilizou-se por força de uma administração municipal eleita surpreendentemente por uma composição de forças políticas não hegemônicas. As transformações promovidas pela gestão da prefeita Luiza Erundina na antiga Secretaria de Higiene e Saúde (SHS) levaram à estruturação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), com a missão de concretizar as propostas do movimento da reforma sanitária. O livro mostra o muito que se fez e o muito que ficou por ser feito nos quatros anos desta gestão, mormente pela amplitude e complexidade das intenções.

O texto aponta as dificuldades da equipe que "chegou" na PMSP para convencer os funcionários "da casa" sobre as vantagens de suas proposições para as áreas de Epidemiologia, Informação e Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC). Certas ideias eram consideradas exóticas, como a de subordinar a TIC à área de Epidemiologia e Informação, o que, aliás, causa estranheza até os dias atuais. Também a implantação, no início dos anos 90, de um modelo matricial de gestão por projetos provocou muita resistência, sendo até hoje uma prática pouco disseminada na administração pública brasileira.

Outros desafios ainda não totalmente resolvidos pelas administrações de saúde municipais foram também enfrentados pela equipe do CEPI, na época, como os limites e as conexões entre as práticas da Epidemiologia/Informação, Vigilância Epidemiológica e programas de controle de doenças. O processo de organização das atividades de vigilância epidemiológica e vigilância/fiscalização sanitária na SMS foi marcado por divergências quanto às concepções e aos métodos tecnicamente mais adequados, em meio a dificuldades políticas, tanto internamente à administração municipal como nas relações desta com

o governo estadual. Ou seja, além dos embates internos à SMS, a equipe do CEPI teve que negociar com os gestores estaduais que resistiram em abrir mão das atividades que estavam sendo municipalizadas.

Ao final, alcançou-se um consenso na SMS quanto à necessidade dessas atividades serem integradas em uma área que foi designada de vigilância à saúde. A capacitação das equipes responsáveis pelas atividades nos diferentes níveis da estrutura da SMS incluiu a realização de cursos de vigilância à saúde, cujo programa foi em parte baseado na organização da área de saúde ambiental da cidade de Toronto, incluindo-se conteúdos de epidemiologia, vigilância epidemiológica e vigilância sanitária.

O registro das principais realizações começa pelo Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade (PRO-AIM), que colocou São Paulo na posição do primeiro município brasileiro a levantar e processar os seus próprios óbitos e que possibilitou a utilização dos dados produzidos para enfrentar problemas até então negligenciados, como a investigação do óbito infantil e da mortalidade materna. Pelo seu pioneirismo, seu caráter intersecretarial, por contar com o apoio irrestrito dos membros do seu Conselho Consultivo e, principalmente, pelo trabalho de uma equipe competente e comprometida, o PRO-AIM resistiu estoicamente aos ataques das administrações que sucederam a Prefeita Erundina e é, inequivocamente, um modelo reconhecido nacional e internacionalmente.

Outras iniciativas descritas no livro merecem destaque, como a adesão pioneira no Brasil ao Movimento das Cidades Saudáveis, fruto da Cooperação Canadense. A receptividade às novas ideias e propostas, como as trazidas pela Cooperação Italiana e pela Canadense, o enfrentamento de problemas negligenciados, como

a Saúde Bucal e o controle da Aids, evidenciam o caráter ambicioso daquela corajosa administração municipal. Por ter sido eleita com forte apoio do movimento social, na nova administração emergiram todas as expectativas reprimidas em gestões anteriores e toda a esperança criada pelo movimento da reforma sanitária e consagrada na Constituição Cidadã. São exemplos típicos deste caráter inovador do CEPI a realização do levantamento epidemiológico de saúde bucal e a introdução do quesito cor no Sistema Municipal de Informação em Saúde (SIMIS). Merece, inclusive, um destaque especial a construção de modo participativo de concepção deste Sistema de Informação. A estratégia para aprimorar as fontes próprias da SMS e melhorar o acesso às fontes externas de dados e informações, incluiu diversas ações voltadas para o desenvolvimento de um modelo de atenção em que as equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) deveriam realizar continuamente atividades de avaliação dos determinantes dos problemas de saúde mais importantes nas suas áreas de abrangência, atuando sobre os mesmos, de forma articulada com os outros setores da administração pública e contemplando a participação da população.

Não foi uma tarefa fácil a implantação e a concretização da política formulada de informação e TIC em saúde. As características do processo decisório hegemônico na administração pública brasileira e o despreparo dos gestores para usar, de modo eficiente, os dados disponíveis fazem com que as informações técnicas sejam preteridas na tomada de decisões, limitando seriamente a avaliação dos serviços e ações de saúde.

Entre as medidas tomadas para a viabilização das propostas deve ser destacada: a ampla disseminação das informações disponíveis. Desde o primeiro boletim informativo desenhado “a pena e nanquim”, até a rica linha editorial do PROAIM/CEInfo existente atualmente atestam,

mais uma vez, o caráter inovador desta experiência. O acesso facilitado e desagregado às bases de dados demográficos e socioeconômicos de fontes secundárias, possibilitando seu uso no nível local; a organização de base de dados primários de mortalidade, viabilizada pela implantação do PRO-AIM e a ampliação dos recursos da informática constituem iniciativas estratégicas.

Ao lado destes avanços, cujos reflexos podem ser observados até os tempos atuais, a experiência de implantação do SIMIS provocou diversas indagações relativas aos limites das metodologias usuais e à capacitação das equipes técnicas, para concretizar as propostas de uso da epidemiologia na organização e gestão dos serviços de saúde. O manejo de dados das diversas fontes, a escolha de indicadores adequados para os diversos usos e níveis da estrutura da SMS, e mesmo o contato com abordagens conceituais conflitantes aportadas pelas diferentes agências que apoiavam a administração municipal, constituíram-se, na época, em grandes desafios.

Na sequência, o livro retrata a tragédia do Plano de Assistência à Saúde (PAS), implantado “a machadadas” em 1995 e mostra os gravíssimos prejuízos causados por esta política à administração da saúde municipal. O pessoal do CEPI, que foi removido para um prédio precário localizado na Rua Brigadeiro Luiz Antonio, longe da sede da SMS, coordenou a resistência das equipes dos Núcleos de Epidemiologia, Pesquisa e Informação - NEPI(s), e das 40 unidades mantidas na administração direta. Estas equipes eram compostas por técnicos que não aderiram ao PAS. A partir daí, e até 2001, a Secretaria de Estado da Saúde - SES reassume integralmente a implantação do SUS na cidade de São Paulo.

Destaco neste ponto, o depoimento colocado logo no início da obra em que a Katia declara querer “compreender o que era a CEInfo, e que

estava (apenas) começando a “vislumbrar esse universo”. Cada um dos construtores do CEPI, que se contam às dezenas, entre os técnicos e o pessoal administrativo que passaram por lá, ou que lá estão desde sempre, nestes 25 anos de existência, tem sua visão pessoal sobre os acontecimentos. Algumas dessas visões, foram caprichosamente pinçadas pelo historiador e vieram para o texto, outras são contadas nas conversas informais entre estes atores; como se vê, “há muitas histórias a serem contadas”.

Citar e dar o crédito a cada uma das pessoas que construíram a experiência do CEPI/CEInfo é uma tarefa difícil e arriscada. Os profissionais que ocuparam cargos diretivos, em cada momento da história, ganharam maior visibilidade na época e estão entre os entrevistados neste livro, no entanto, inúmeros outros profissionais dignos do nosso maior respeito e admiração foram responsáveis por muitas das inovações implantadas e, ainda, pelo esforço cotidiano para garantir a continuidade dos projetos.

Além de registrar o esforço para preservar o legado da equipe “guardiã do projeto” no período de vigência do PAS, o texto traz de forma transparente as visões distintas dos profissionais que dirigiram o CEPI nos momentos seguintes na gestão Maluf/Pitta. Note-se que esta pluralidade dos depoimentos colhidos e apresentados atesta a seriedade e independência deste livro.

Contudo, se a leitura do livro permite compreender boa parte das origens da CEInfo, tratar da continuidade desta experiência, como diz muito bem o nosso narrador, é “um desafio que fica adiado para outro trabalho de pesquisa”.

Mais do que a publicação deste livro, eu não poderia deixar de louvar

entusiasticamente o conjunto do projeto de documentação. Recuperar e disponibilizar os documentos e os depoimentos que permitem conhecer e avaliar as experiências é, infelizmente, uma prática incomum na administração pública. O esforço da equipe da CEInfo e a competência e dedicação do historiador contribuem para preencher esta lacuna.

SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACD	Atendentes de Consultório Dentário
ARS	Administração Regional de Saúde
ASPLAN	Assessoria de Planejamento
ASPLAN - INFO	Assessoria de Planejamento - Informação
ASPLAN - PLAN	Assessoria de Planejamento - Planejamento
CCD	Centro de Classificação de Doenças
CEDISA	Centro Municipal de Epidemiologia e Diagnóstico de Saúde
CEFOR	Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde
CEInfo	Coordenação de Epidemiologia e Informação
CEPI	Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação
CID 10	Código Internacional de Doenças nº 10
CIS	Centro de Informação de Saúde
COAS	Centro de Organização da Atenção à Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
COVISA	Coordenação de Vigilância em Saúde
CRH	Centro de Recursos Humanos
CTA	Conselho Técnico Administrativo
CVE	Centro de Vigilância Epidemiológica
DATE	Departamento de Apoio Técnico
DO	Declaração de Óbito
DOM	Diário Oficial do Município de São Paulo
DS	Distrito de Saúde

DSC	Departamento de Saúde da Comunidade
FIOCRUZ	Fundação Instituto Oswaldo Cruz
FSP - SP	Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
Fund. SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
GIA	Gerência de Informação Assistencial
GISA	Gerência de Geoprocessamento e Info Socioambiental
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IML	Instituto Médico Legal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MED	Superintendência Médica Hospitalar
NAA	Núcleo de Apoio Administrativo
NAT	Núcleo de Assessoria Técnica
ND	Núcleo de Divulgação e Comunicação
NEPI	Núcleo de Epidemiologia e Informação
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAS	Plano de Assistência à Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PRO-AIM	Programa de Aprimoramento das Inform de Mortalidade
PRODAM	Companhia de Processamento de Dados do Mun São Paulo
PT	Partido dos Trabalhadores
SABESP	Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo
SAME	Serviço de Assistência Médico-Hospitalar
SEMPLA	Secretaria Municipal de Planejamento
SES - SP	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
SHS	Secretaria de Higiene e Saúde
SIGS	Sistema de Informações Gerenciais da Saúde
SILOS	Sistema Local de Saúde
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SIMIS	Sistema Municipal de Informação em Saúde

SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SMS - SP	Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo
SMVS	Sistema Municipal de Vigilância à Saúde
SUDICA	Supervisão das Divisões de Controle de Abastecimento
SUS	Sistema Único de Saúde
SVO	Serviço de Verificação de Óbito

NOTA EXPLICATIVA

Este trabalho é fruto de feliz encontro entre este narrador e a equipe técnica da Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo), iniciado em 2009. Contratado como consultor para pesquisar a história do órgão, durante onze intensos meses realizamos entrevistas, resgatamos, higienizamos e organizamos um pequeno acervo textual e ainda prestamos assessoria na área de gestão documental.

Trata-se de *versão de uma história* composta a partir, principalmente, de depoimentos e de informações extraídas de alguns poucos documentos. Dadas essas circunstâncias, podemos falar em *traços panorâmicos dos acontecimentos* que foram determinantes na história da CEInfo, com algum detalhamento proporcionado pelas memórias dos entrevistados. Optamos por uma composição feita a partir de fragmentos dos depoimentos selecionados e organizados pelo narrador, o que nos dá *ideia da história vivenciada* a partir de alguns dos sujeitos que a protagonizaram, não se pretendendo, portanto, ser uma narrativa exaustiva. Ver-se-á a intercalação frequente de trechos de depoimentos e narrativa deste autor.

As falas dos depoentes aparecem transcritas em *itálico*. Entretanto, alertamos que nem todas as transcrições mantêm a integridade das sequências das orações, conforme estão nas

transcrições originais, estas que espelham a íntegra das gravações. Os textos foram "limpos" dos vícios comuns à linguagem falada e, com frequência, operaram-se junções e fusões de ideias que, originalmente, estavam separadas, sem utilizar a simbologia usual, indicativa de supressão de trechos "(...)". Achamos que o uso muito frequente desse recurso iria "poluir" o texto, quebrando a sua fluência e interferindo na sua estética. Mas, nos momentos em que esse recurso foi utilizado, houve a preocupação com a manutenção da integridade do raciocínio do autor.

As transcrições originais, corrigidas pelos autores, encontram-se num documento à parte, denominado "caderno de transcrições das entrevistas", acessível a quem desejar consultá-lo, o que, aliás, é altamente recomendável, até mesmo pela riqueza dos conteúdos das entrevistas [1].

As citações dos depoimentos aparecem entre colchetes e são compostas por duas iniciais dos nomes dos autores, seguidas do número da página em que se encontram os depoimentos no referido "caderno de transcrições". Por exemplo: **[ML:37]** se refere a Margarida Lira, página 37 do documento.

No entanto, as poucas citações bibliográficas permanecem conforme regras usuais dos textos científicos e aparecem entre parênteses.

Não obstante o papel central das "vozes" dos entrevistados, o narrador tem responsabilidade decisiva, o que lhe confere a condição de coautor e organizador do texto, pois a ele coube a seleção, o seccionamento e a articulação dos depoimentos. Ademais, são de sua autoria os textos introdutórios, os de conexão e os explicativos, que aparecem em letras com formato "normal".

[1] Esse caderno de transcrições encontra-se sob responsabilidade da coordenação da CEInfo/SMS-SP, podendo ser consultado mediante autorização.

QUESTÕES INTRODUTÓRIAS

A complexidade de se escrever a história do tempo presente

"Já faz algum tempo que os historiadores perceberam as dificuldades do seu ofício, não apenas pelos obstáculos de acesso aos documentos, mas porque sua atividade não é neutra e nem o passado existe como coisa organizada e pronta, à espera de ser desvelado. O historiador produz o passado de que fala a partir das fontes documentais que seleciona e recorta, compõe uma trama dentre várias outras possíveis e constrói uma interpretação do acontecimento. Há múltiplas histórias a serem contadas já que os grupos sociais, étnicos e sexuais, generacionais, de baixo ou de cima, se constituem de maneiras diversas, mas têm diferentes modos de narrá-las. A História pode mostrar formas diferentes de pensar, de organizar a vida, de problematizar, vivenciadas por outras sociedades, em outros momentos históricos" (**FUNARI&SILVA, 2009**).

Essa definição da historiadora Margareth Rago, citada por Funari & Silva, sintetiza adequadamente a preocupação em chamar a atenção dos leitores para importantes condicionantes relativos à escrita da história em geral. Atente-se para a afirmação de que o historiador (e os depoimentos de memória) produz(em) o passado e que há múltiplas histórias a serem contadas.

Ora, se o passado é imutável, o mesmo não se diz sobre a escrita da história, pois cada contexto político constrói novos olhares sobre esse mesmo passado. Se é grande a dificuldade em se recuperar registros impressos que relatem as epopeias dos grandes conquistadores portugueses de antanho, também a trágica política irracional de destruição do patrimônio documental no Brasil nos coloca desafios para recuperação de informações produzidas há não mais que 20 anos na cidade de São Paulo.

Por outro lado, se não podemos ter acesso a depoimentos orais dos personagens que testemunharam e vivenciaram os episódios históricos longínquos, por outro, os depoimentos que tomamos desses personagens que partilham conosco a nossa contemporaneidade nos deixam perplexos diante da quantidade e multiplicidade de informações e da possibilidade de enfoques, os mais variados, o que torna a tarefa do historiador ainda mais ingrata, pela necessidade das escolhas que resultam em apagamentos e esquecimentos, necessariamente.

Ademais, há que se ressaltarem os melindres de se escrever sobre a trajetória de uma geração com a qual ainda se compartilha os olhares sobre o passado vivido e também sobre o tempo presente. Estes escritos requerem compreensão larga, principalmente daqueles que entregaram a sua vida em uma empreitada e que se vêem resumidos às cinzas dos breves comentários. A história é também isso.

Particularmente, pode-se enquadrar a história da CEInfo sob a paradoxal terminologia de história do presente. Não se quer envolver o leitor em embaraços epistemológicos em torno da problemática definição de História, mas imaginem-se as cabriolas intelectuais necessárias para se explicar que não existe presente e que o futuro não passa de projeção subjetivada em indivíduos e coletividades! Portanto,

nesse sentido, só existe passado. Nesses termos, a história da CEInfo é tão "passado" quanto o gesto de Pero Vaz de Caminha que o tornou famoso pelas primeiras descrições feitas da terra que um dia passou a ser denominada Brasil.

Entre a história institucional e a genealogia de uma ideia

A recomposição dos registros da história institucional não é tarefa simples, como, de resto, nenhuma atividade de reconstrução histórica o é. Os delineamentos do recorte temático, a seleção dos fatos, as definições dos marcos balizadores, a manutenção da coerência metodológica, a busca das fontes de informação e todos os dilemas e dificuldades dos métodos de exposição tornam qualquer tarefa de apresentação de resultados de pesquisa algo muito complexo. A história institucional tem suas peculiaridades nesse campo do conhecimento. A prática deletéria da documentação pública não deixa vestígios da história das instituições brasileiras, mesmo se tratando de informações mais recentes. E a história da instituição se consubstancia nos seus documentos produzidos; a documentação administrativa é o espelho das atividades da organização. Ou seja, a partir de certo momento de sua existência, a instituição se resume aos seus registros documentais. Portanto, se esses registros não existirem, de certa forma, a instituição desaparece. Infelizmente, essa realidade se aplica a este órgão que é referência nacional na produção e difusão da informação, mas que se descuidou com o final do ciclo dessa informação, que é a sua guarda. Claro, o "problema é mais em cima", pois não há como eximir as responsabilidades da Secretaria e da própria Prefeitura nesse processo de "apagamento" da história institucional.

Por mais sólida que uma instituição pareça ser, ela tem uma dimensão tão fluida e cambiante, com estruturas e funções tão metamorfoseadas,

que questões filosóficas sobre essências e permanências não devem ser tratadas com desprezo. O Diagnóstico sobre a documentação pública brasileira, feito pelo arquivólogo Renato Tarciso de Souza, lamentavelmente continua válido, e é dele esta citação certeira:

> *A estabilidade institucional dos órgãos governamentais é colocada à prova a cada mudança de governo. As transformações no organograma governamental se aceleraram a partir dos governos civis.*
>
> *(...) O alicerce que sustenta as instituições é muito frágil. Não há uma política que garanta a continuidade dos projetos. A saída de alguns dirigentes ou técnicos é o suficiente para destruir ou paralisar atividades que estavam sendo desenvolvidas com êxito. A estruturação e o planejamento das ações do Estado são, muitas vezes, movidos por interesses clientelísticos e casuísticos de grupos ou de pessoas com poder* **(SOUSA, 1998)**.

Esse é apenas um dos aspectos do problema. A história aqui tecida nos remete a questões ainda mais complexas, que mereceriam reflexões profundas. Apenas vale citar, por exemplo, se pensarmos na relação entre indivíduos e instituições, cujas fronteiras ambíguas são permeadas pela subjetividade. De que forma e em que momentos vontades de indivíduos e grupos se consubstanciam em instituições? Ou, pensando em sentido inverso, como as instituições se expressam nas atividades dos grupos e indivíduos? Há certos momentos em que se torna impossível distinguir esses espaços diferenciados entre o público e o privado, entre o indivíduo e a instituição. Mesmo porque a instituição é uma abstração, em certo sentido, tendo em vista que, concretamente, ela não passa de um conjunto de indivíduos social e

politicamente relacionados, conformados em sistema jurídico e em elementos culturais historicamente determinados.

No nosso caso particular, essa situação se desnuda, por exemplo, no momento crucial em que a instituição PRO-AIM se confundiu nos corpos e vontades de apenas algumas poucas pessoas, como veremos adiante.

Talvez, em decorrência disso, não consigamos nos desvencilhar do vício de dotar de vida e personalidade as coisas socialmente inventadas e que se expressam na linguagem, por exemplo, quando falamos que "O PRO-AIM nasceu" em tal época, que "o CEPI alterou determinada estrutura jurídico-institucional", que a Secretaria de Saúde "se omitiu" sob tal fato, ou que a Prefeitura teria "resolvido pela inovação tecnológica" em tal ou qual caso. Na filosofia, isso leva a esquisita denominação de reificação. Ver-se-á que, nesta narrativa, não se conseguiu romper com esse vício, mas, pelo menos, ele fica aqui registrado. Recorramos às abonadoras palavras de Marc Bloch: "Os homens não costumam mudar de vocabulário a cada vez que mudam os hábitos" (**BLOCH, 2002**) [2].

Em alternativa à escrita mais voltada para a trajetória da instituição, fomos tentados a optar por perseguir a genealogia de determinada concepção de epidemiologia, supostamente autêntica, que estaria na base da formação do CEPI, órgão que deu origem à CEInfo. No entanto, essa possibilidade, ainda que válida, tornaria a pesquisa muito mais complexa e não encontraria elementos conceituais suficientes nas fontes principais deste trabalho, que são as entrevistas realizadas.

[2] Marc Bloch, famoso historiador francês, produziu um corpo de ideias inovadoras e seminais; é considerado o fundador da conhecida Escola dos Annales, engajado na luta armada de resistência à ocupação alemã, e foi brutalmente assassinado pelos nazistas, em 1944.

O lugar de onde se escreve esta síntese e as fontes usadas

Este esforço de escrita da história da CEInfo foi originado do ambiente de profissionais que foram sujeitos ativos no processo de formação e consolidação do órgão. Caso típico em que, circunstancialmente, sujeito e objeto se confundem.

O olhar desses profissionais tem a perspectiva de quem permaneceu com papel decisor, com funções de comando, relativo à sua esfera de ação, durante a trajetória do órgão. Muitos dos que ficaram no caminho e assumiram outras trajetórias, certamente, teriam outras perspectivas, que poderiam resultar em conclusões diversas.

Ver-se-á que, não obstante a visão positiva construída sobre o órgão, não realizamos uma história laudatória com o intuito de ascender o ego de ilustres personagens. Ao contrário, buscamos uma história não linear, tecida a partir da pluralidade dos depoimentos e de rala documentação, o que garantiu perspectiva complexa devido às trajetórias diferenciadas dos interlocutores.

O historiador contratado, que aqui narra este texto, com formação especializada em história social, teve convivência mais larga com alguns poucos profissionais, que indicaram caminhos e possibilidades e deram acesso ao que foi possível se consultar em curto período. Foi a primeira incursão desse profissional na área de história da saúde e é relevante revelar que ele viveu a condição de engajamento ativo na luta social que se desenrolou na década de 1980, aqui em São Paulo. Essas circunstâncias explicam, parcialmente, algumas escolhas que se sobressaem nesta narrativa e justificam a recorrência ao citado intelectual francês, Marc Bloch: “O erudito que não tem gosto por olhar em torno de si, nem os homens, nem as coisas, nem os acontecimentos, agiria sensatamente se renunciasse ao título de historiador” (**BLOCH, 2002**).

Para além do objetivo inicial a que nos propusemos, esperamos que a iniciativa deste órgão em recompor a sua história, com a mediação de um profissional especialista, provoque a memória e incite a inteligência de gestores e funcionários da seara pública em direção à tarefa de se comprometerem com a preservação da história institucional.

SÍNTESE HISTÓRICA

Introdução

A cidade de São Paulo é um mosaico gigantesco que se destrói e se reconstrói cotidianamente. Um espaço fluido por onde transitam os maiores fluxos de pessoas, veículos, capitais e culturas de todo tipo. Uma cidade também mega nos seus contrastes, contradições e conflitos, que pulsa violenta, desafiando a quem quer que queira dimensioná-la, monitorá-la, ou planejá-la. É ilusório delimitá-la nos cerca de 11,5 milhões de habitantes, pois é difícil definir quantas pessoas vivem em função direta dessa megalópole, tendo em vista que ela forma, juntamente com outros municípios próximos, a segunda maior "mancha urbana" do mundo. Nesse sentido, São Paulo tem dimensões, demandas e problemas de país e parece ser uma cidade imensurável.

O crescimento vertiginoso dessa cidade foi marcado historicamente pela concentração de riquezas, aliada a uma pobreza que é estrutural, e não residual, pois aumenta à medida que a cidade cresce.

> *Em todos os níveis de determinantes socioeconômico-ambientais, as desigualdades nas condições de vida da população são evidentes, caracterizando um apartheid social em que parcela das classes abastadas usufruem níveis excessivos de riqueza, extrapolando os direitos de cidadania (...), enquanto grupos sociais das classes baixas vivem no pior dos mundos, como não cidadãos, sem o direito básico à vida* **(DRUMOND, 2002)**.

Esse traço, característico das megalópoles dos países periféricos, gera uma configuração mais complexa, que, no caso de São Paulo, reflete-se nos diagnósticos que apontam *formas específicas de adoecimento e morte da população da cidade. Dito de outra forma, São Paulo produz suas formas específicas de adoecimento e morte* (DRUMOND, 2002). Como respira essa população? Como medir a saúde de tanta gente que circula em emaranhados de avenidas e padece em tantos leitos espalhados nos hospitais da cidade? Como monitorar a saúde em uma cidade que se refaz em um dia, período em que ocorrem 520 nascimentos e 200 mortes, em média?

Muitos são os institutos especializados na produção e análise de dados que tentam traduzir a cidade sob a forma representativa dos números e dos mapas para que se possam fornecer elementos para a sua condução. Essa também gigantesca quantificação da cidade de São Paulo pode ser facilmente processada pelas modernas tecnologias da informática. Entretanto, a produção desses dados a serem transformados em informação se converte em problema do tamanho da megalópole. Afinal, na ponta da produção de dados, há uma região inalcançável pelo mecanismo tecnológico, pois se depende da política, do planejamento, da decisão pelo investimento, da organização e da mobilização de exércitos

de funcionários habilitados, trabalhando diária e cotidianamente em atividades repetitivas a alimentar bancos de dados.

Essa obra grandiosa e diuturna cabe aos centros de coleta de dados, de pesquisa e de análise, com os seus sistemas de informação. Nesse sentido, o enfoque de uma população pelo prisma da saúde é privilegiado porque centrado na busca de informações essenciais que envolvem a produção e reprodução da existência humana e seus condicionantes ecológicos. A informação orientada pelo viés da epidemiologia se distingue pela especificidade da inter-relação necessária com as múltiplas variáveis que condicionam a saúde de determinada coletividade. Conforme explica Álvaro Escrivão Júnior, *o uso da epidemiologia acoplado com a informação faz com que a informação tenha uma inteligência voltada para o usuário* **[AE:43].**

A Secretaria da Saúde do município de São Paulo, com seus equipamentos de atenção à população espalhados pela cidade, dispõe de serviços próprios voltados para a produção de informações capazes de fornecer uma espécie de "raio X" peculiar e substancial da metrópole paulistana. A Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo) é uma área da Secretaria reconhecida pela sofisticação na produção e disponibilização de informações sobre aspectos essenciais da população do município, um exemplar de uma espécie rara nas instituições congêneres do país. A qualidade dos seus produtos e as suas especificidades justificam sobejamente o esforço em localizar na sua trajetória, relativamente curta, os fatos que a explicam, para, quem sabe, servir de referência a experiências que estão a se constituir neste país onde o Sistema Único de Saúde está em permanente processo de reconstrução.

Figura 01 – Publicações CEInfo

A HISTÓRIA NO FAZER-SE DO TEMPO PRESENTE: MISSÃO, OBJETIVOS E ESCOPO FUNCIONAL DA CEInfo

"Comunicado" com força de lei

A CEInfo constitui-se na estrutura da SMS em 2001, em meio à reestruturação geral da Secretaria que retomaria, então, o projeto de implantação do SUS no município de São Paulo (MSP), interrompido a partir de 1995 com a implantação do PAS. Curiosamente (mas não acidentalmente), esse episódio da CEInfo parece reeditar a história que se passou em 1989, quando o seu precursor, o CEPI, também fora instituído no bojo da estruturação geral da Secretaria de Saúde, tendo como objetivo estratégico a implantação do SUS no MSP.

O Comunicado 003/01-SMS, publicado no DOM de 19/06/2001, anteciparia a reestruturação da Secretaria, antes mesmo que se cumprissem os trâmites que deveriam ser referendados por decreto ou por lei [3]. Não havia tempo a perder. Assim se definiu a missão da SMS, ressaltando-se o processo de descentralização:

[3] O Comunicado é uma espécie de ato normativo de gestão com abrangência e "força" menores que um decreto. Seguramente, não é o mais indicado para proceder reformas de alcance de uma Secretaria, por exemplo.

É missão da Secretaria Municipal da Saúde contribuir para o bem-estar da população do Município de São Paulo, responsabilizando-se pela gestão do Sistema Único de Saúde – SUS, pela formulação e implementação de políticas, programas e projetos que visem promover, proteger e recuperar a saúde da população e pela regulação do sistema de saúde suplementar.

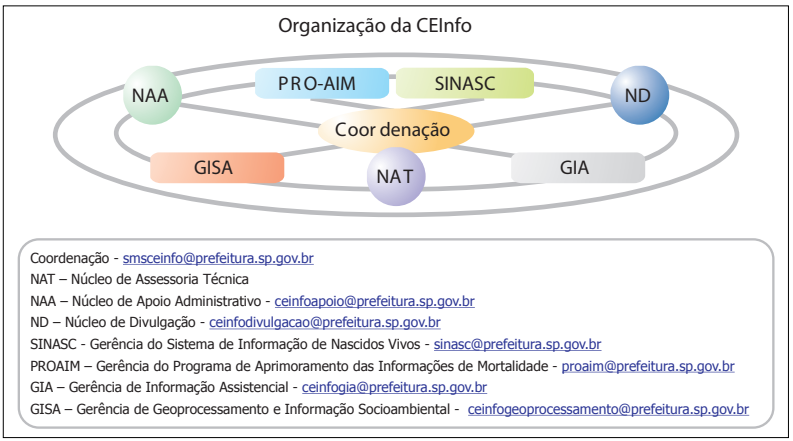
O cumprimento dessa missão se dará através do fortalecimento das gerências das Unidades de Saúde e, consequentemente, da programação local, sob a gestão dos Distritos de Saúde.

Missão da CEInfo

Os manuais de administração costumam definir "missão" como aquilo que uma organização se propõe a fazer, definindo também quem é o seu público. São os propósitos e compromissos fundamentais da organização. Recentemente, buscando dar mais precisão às atribuições do setor, os funcionários da CEInfo estabeleceram para si como missão *"Promover a produção e o uso da informação voltada para a gestão de políticas públicas de saúde e melhoria das condições de saúde para a população da cidade de São Paulo"*. Essas palavras, que podem parecer pomposas, refletem com fidelidade os frutos das atividades dos cerca de 50 funcionários que se dedicam diretamente ao cumprimento desse desiderato estipulado coletivamente. Embora divididos em funções diferenciadas, o cotidiano desses(as) trabalhadores(as) se concentra nas tarefas de produção de dados e informações qualificados para compor as representações que se aproximem da configuração real da saúde dos habitantes da capital. De fato, a informação é elemento estratégico para a melhoria das condições de saúde, principalmente para uma população que compartilha desigualmente os espaços

produzidos nesta metrópole. Por isso, é crucial que essa informação seja produzida a partir de fontes fidedignas, confiáveis e voltadas para os interesses fundamentais de toda a população.

Figura 02 - Estrutura interna da CEInfo em maio/2016



A **figura 02** pode ser lida como um discurso que pretende mostrar uma estrutura menos hierarquizada e mais compartilhada, que, de fato, expressa a histórica tentativa do trabalho cooperativo entre as pessoas que compõem este órgão. Entretanto, o modelo de "sistema solar", com satélites gravitando em torno de um centro (a Coordenação), não reflete muito bem o inter-relacionamento menos centrado das seções que, com muita desenvoltura e autonomia, tecem os seus afazeres cotidianos.

O organograma é uma representação gráfica um tanto "achatada", mas que facilita a visualização da estrutura funcional de uma organização. Essa ilustração já está a dizer que a CEInfo é uma Coordenação que se subdivide em cinco áreas que podem ser enquadradas como atividades-fim, representadas pelas siglas SINASC, PRO-AIM, GIA e GISA, e três subfunções voltadas para atividades-meio, o NAA, o ND e a NAT. Essas sete subestruturas são administrativamente conformadas em três Gerências, um Programa e três Núcleos.

Para se chegar ao que hoje esse órgão representa, houve um caminho tortuoso, repleto de possibilidades.

Futuro no pretérito

Para entendermos mais amiúde a configuração e o papel que a CEInfo cumpre nos dias de hoje, temos que fazer um esforço retrospectivo e refazer aspectos da trajetória desse órgão da SMS-SP. Essa configuração é resultante de um longo e tortuoso processo, carregado de rupturas, permeado por conflitos, disputas políticas e concepções variadas até o nível de antagonismo.

O esforço que faremos a seguir não almeja "resgatar" a história para "explicar" o presente, por ser isso uma impossibilidade. A construção narrativa alcançada foi inspirada e balizada nos raros documentos disponíveis e nas informações pinçadas dos depoimentos orais de alguns dos sujeitos que vivenciaram ativamente a trajetória da CEInfo. Portanto, é uma história que continuará aberta a novas revelações, contribuições e construções.

O leitor está convidado a conhecer agora a trajetória do órgão criado em 1989, o Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação (CEPI) e que se encontra no rastro mais remoto da atual CEInfo.

CEPI: ORIGINALIDADE, RUPTURAS, (DES)CONTINUIDADES

A fase de formação do CEPI

A periodização não é tarefa menos problemática na construção da história, devido à inegável carga de subjetividade de quem a faz. Essa construção se altera muito quando mudamos as escalas do tempo e/ou do espaço do fenômeno observado. Quando os fenômenos sociais são observados de perto, no tempo e no espaço, podemos ter a percepção de fortes transformações e rupturas, mas que, estendidas em larga escala, poderão nos causar sensação de que as permanências se sobressaem. A relação inversa também é plausível. As construções históricas também diferem de acordo com distintos lugares sociais e do tempo dos observadores.

Como tudo na história, a escolha das fases aqui adotadas é suscetível a críticas. No caso desta história da CEInfo, a periodização construída baseia-se nas mutações do vigor institucional, percebidas nos documentos disponíveis e nos depoimentos prestados. Em geral, essas mudanças são resultantes de alterações na esfera político-administrativa. Temos acesso a muito mais informações de documentos e dos depoimentos da aqui chamada "fase de formação" (1989-1992); dispomos de poucas informações e documentos da fase de ruptura/transição (1993-1994) e quase nada

da terceira (1994 a 2000), quando o órgão parece ter identidade institucional muito difusa. Obviamente, isso interfere decisivamente na reconstrução da história, mas, sem dúvida, pode também apenas refletir a realidade da trajetória de uma instituição que se fez, desfez-se e refez-se, com muita alternância em seu vigor político-institucional. A nossa história se detém no momento de retomada do SUS quando da (re)constituição da CEInfo.

Reconstruímos a trajetória do CEPI separada da trajetória do PRO-AIM porque, quando aquele foi criado, este não tinha um vínculo orgânico bem definido com o Centro de Epidemiologia. Sem lugar estabelecido na estrutura, o PRO-AIM, ainda que exercendo função pertinente ao escopo do CEPI, acabou tendo uma trajetória bem particular e independente.

Origens

Falar de origens é desafio sempre espinhoso para quem enxerga a história para além dos marcos políticos institucionais estabelecidos. O historiador Marc Bloch se incomodava com o que ele chamava de "ídolos de origens", ou de "obsessão embriogênica" na história. Segundo ele, há uma ilusão segundo a qual "as origens são um começo que se explica". Porém, como não se pretende enveredar pelos tortuosos caminhos da epistemologia da história, contentemo-nos com uma provocação introdutória, apenas para dimensionarmos o tamanho da tarefa que foi a de se delimitar as origens. Se entendermos que a criação do CEPI, em 1989, está intimamente vinculada ao processo de criação do SUS, que, não por acaso, também ocorre no mesmo ano, atentemos para essas sábias palavras de Emerson Merhy:

> *A primeira coisa que eu acho é que o SUS não tem origem, a não ser por lógicas míticas. Isso quer dizer que a origem é um recorte imaginário, é uma intervenção arbitrária. Eu diria que o SUS tem múltiplos processos, pessoas, coletivos, de diferentes maneiras construindo a sua produção; essa produção se cristaliza em alguns momentos que adquirem memória coletiva e, ao fazer isso, apaga outras memórias, não é necessariamente a história daquele acontecimento* **(MERHY, 2003).**

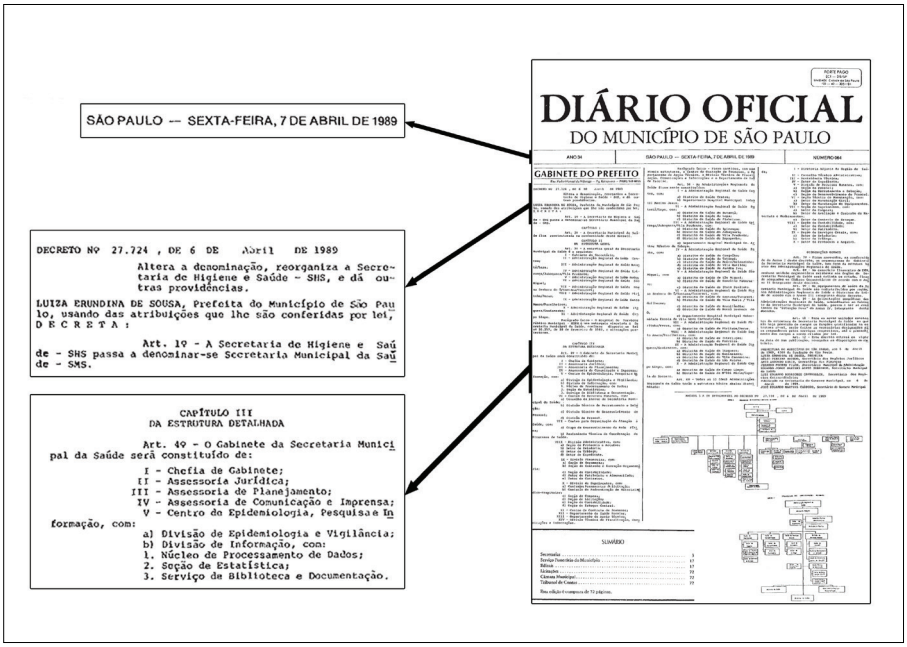
Inspirados nessa magnífica síntese de cunho filosófico de Merhy, podemos afirmar que as próprias instituições são cristalizações de ideias e de práticas sociais. Com as instituições social e juridicamente legitimadas, algumas ideias e práticas sociais ganham força e expressão material. Aqui caberia, então, pergunta de difícil resposta: quais as origens das ideias que desencadearam tal instituição?

Há momentos em que as instituições exercem funções que não são objetivadas em órgãos formalmente constituídos. O contrário também acontece: há órgãos que não passam de nomenclaturas pomposas sem funções efetivas. Além do mais, as instituições passam por muitas reformulações nas suas estruturas burocráticas e funcionais, o que torna mais complexa a tarefa de quem se propõe a historiá-las.

São notáveis as enormes transformações nos órgãos voltados para a função de produção de informação com enfoque epidemiológico na estrutura interna da Secretaria de Saúde ao longo das décadas. Ou seja, ideias e estruturas institucionais voltadas para esse fim têm longa existência na história da saúde de São Paulo. Entretanto, reunimos elementos suficientes para propor a delimitação da origem da atual CEInfo no ato de instituição do CENTRO DE EPIDEMIOLOGIA, PESQUISA

E INFORMAÇÃO (CEPI), em abril de 1989. Estão aí os depoimentos daqueles que testemunharam, protagonizaram momentos importantes da gestão e perpassaram a história desde o antigo CEPI à atual CEInfo. E para quem preferir a chancela formal do texto da lei, basta recorrer ao insuspeito *Diário Oficial do Município,* de 07 de abril de 1989 (**Fig 03**), e lá encontrará a "certidão de nascimento" da CEInfo, que então se chamava CEPI, em meio a um ato normativo com abrangência muito mais ampla, que reestruturou toda a Secretaria de Saúde, antes denominada Secretaria de Higiene e Saúde (SHS), rebatizada com o nome que carrega até os nossos dias.

Figura 03 – Decreto n.º 27.724, de 07 de abril de 1989, DOM.



SÃO PAULO — SEXTA-FEIRA, 7 DE ABRIL DE 1989

DECRETO Nº 27.724 , DE 6 DE Abril DE 1989

Altera a denominação, reorganiza a Secretaria de Higiene e Saúde - SHS, e dá outras providências.

LUIZA ERUNDINA DE SOUSA, Prefeita do Município de São Paulo, usando das atribuições que lhe são conferidas por lei,

D E C R E T A :

Art. 1º - A Secretaria de Higiene e Saúde - SHS passa a denominar-se Secretaria Municipal da Saúde - SMS.

CAPÍTULO III
DA ESTRUTURA DETALHADA

Art. 4º - O Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde será constituído de:

I - Chefia de Gabinete;
II - Assessoria Jurídica;
III - Assessoria de Planejamento;
IV - Assessoria de Comunicação e Imprensa;
V - Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação, com:
a) Divisão de Epidemiologia e Vigilância;
b) Divisão de Informação, com:
1. Núcleo de Processamento de Dados;
2. Seção de Estatística;
3. Serviço de Biblioteca e Documentação.

DIÁRIO OFICIAL
DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

GABINETE DO PREFEITO

Ainda assim, na construção da história há espaços para versões alternativas e poderá haver quem enxergue distinções tão significativas que quebram o sentido de continuidade entre o CEPI, concebido em 1989, e a CEInfo, constituída em 2001. Para possíveis leituras desse tipo, o CEPI e a CEInfo seriam, portanto, dois produtos históricos diferenciados, sem elementos de continuidade. Sobre essa questão, no depoimento de Marcos Drumond aparece uma aparente ambiguidade. Ao mesmo tempo em que ele afirma que *a CEInfo é uma evolução do CEPI* **[MD:423]***, em outra passagem planta-nos uma dúvida: Então tem que tomar cuidado para você não se confundir, que o CEPI de 1993 é uma outra coisa em relação ao CEPI de 1989, são duas coisas completamente diferentes* **[MD:427, 428].** Para Drumond, em 1994 se cria outro CEPI, mais alinhado com as atribuições e competências da atual COVISA. Nesse raciocínio, o PRO-AIM é que faria a ponte (mais funcional que institucional) entre o CEPI originário e a CEInfo.

Mas essa é apenas uma pequena provocação para nos darmos conta das armadilhas da história institucional, pois adiante veremos os fundamentos desse raciocínio de Drumond.

Antecedentes: contexto de surgimento do CEPI

Um órgão com a função anunciada na sua denominação, voltado para a epidemiologia, pesquisa e informação, não era nada comum à época, e, talvez, ainda hoje cause estranheza. Por isso, faz-se necessário explicar em que contexto ocorre o fenômeno de criação de um órgão como o CEPI que, aliás, não replica os esquemas mais usuais dos organogramas das instituições de saúde, constituídos de estruturas de vigilância e informações em saúde. Obviamente, por detrás da nomenclatura esconde-se um enorme debate entre concepções diferenciadas no campo da epidemiologia.

Para os fins aqui perseguidos, no plano mais geral, podemos localizar a criação do CEPI no contexto da luta pela reforma sanitária no Brasil. Assim, evitaremos digressão aos tempos mais remotos, que, apesar da pertinência da abordagem, tornaria este texto excessivamente prolixo. Vale destacar, ainda que brevemente, os elementos conjunturais que, entendemos, guardam fortes e diretas relações com a formação daquele órgão na estrutura da SMS, sem os quais não seria possível a compreensão desse fenômeno histórico. Os traços de contexto a serem destacados são:

1. As grandes mobilizações sociais que expressavam movimentos críticos e reativos ao Estado vigente;
2. O acúmulo teórico e político resultante dos debates (embates) nos campos da saúde pública e da gestão de serviços que proporcionam a elaboração de projeto alternativo ao vigente (luta dos sanitaristas/SUS);
3. A emergência de contexto político local favorável (na cidade de São Paulo);
4. A emergência de sujeitos que aproveitam a oportunidade e sintetizam as representações das mudanças necessárias.

A ordem dos fatores não é aleatória e demonstra a opção epistemológica que releva o papel das subjetividades, mas as condiciona aos limites impostos pela realidade. Nas histórias escritas sobre a saúde, é muito comum a opção que eleva algumas personalidades à condição de demiurgos e heróis criadores absolutos de realidades.

Contexto de ascensão das lutas reivindicativas, contestatórias e por democracia

As pessoas que conceberam o CEPI foram atores em contexto nacional de forte mobilização social, críticos e reativos ao modelo de assistência de saúde vigente na década de 1970. Aquele modelo em vigor não atendia às necessidades básicas dos cidadãos brasileiros e gerava insatisfação dos usuários das ofertas de serviços de saúde e, principalmente, daquelas pessoas não assistidas, não contempladas pelo modelo público de saúde vigente, o que se tornou uma das variáveis dos movimentos reivindicativos, ao lado de bandeiras por moradias, aumento de salários, democratização e tantas outras. Desde o final da década de 1970, vivia-se uma crise social que se desdobrou em crise política, no contexto de aceleração do desmonte do arcabouço jurídico-institucional da ditadura militar. Entre a segunda metade da década de 1970 e meados da década de 1990, experimentou-se o ascenso das mobilizações e das organizações sindicais e populares em geral, aliás, numa contratendência ao que se passava na maior parte do mundo, em que a acomodação e perplexidade política davam a tônica. Esse contexto trouxe elementos inovadores no sentido sociopolítico, de onde emergiram novas personagens na militância política em âmbito nacional, particularmente em torno do tema da saúde pública.

A luta pela reforma sanitária

Não é possível descolar a criação do CEPI do marcante contexto de mudanças políticas que se acentuaram desde o final da década de 1970 no Brasil e da formação da chamada luta dos sanitaristas que marcou esse período. Na conjuntura de reordenamento do panorama jurídico-institucional que se convencionou chamar de “redemocratização” e

de grande despertar da mobilização popular em diversos setores da sociedade, delineia-se um movimento particular, no âmbito da saúde pública, que ficou muito conhecido como movimento sanitarista. Esse movimento particular, que mobiliza trabalhadores da saúde "portadores de saberes tecnológicos" e também gestores "que têm legitimidade para governar e ocupam espaços no interior do Estado", identifica-se com a demanda dos setores populares na luta pelo direito à saúde para todos **(PIMENTA, 2006)**.

São várias as vertentes que atuam por dentro e por fora das instituições e que se expressam em experiências de gestão nos diversos planos da federação: experiências nas estruturas federais (Ministério da Saúde); experiências em secretarias estaduais e municipais de saúde; experiências em instituições novas (CONASS, CONASEMS e COSEMS) [4]; experiências em instituições híbridas, que reúnem gestores e usuários (Conferências de Saúde); experiências em instituições de pesquisa, em autarquias hospitalares, na academia; e também experiências alternativas forjadas no próprio movimento popular. Trata-se de movimentos múltiplos, multifacetados, não coordenados, mas que, genericamente, podem ser agrupados em um movimento mais geral que se convencionou chamar de movimento por reforma sanitária no Brasil, o qual começa a ganhar forma em meados da década de 1970. Esse movimento sanitarista encontra espaço nas Conferências de Saúde [5], tendo como grande marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, e que se coloca como referência para criação,

[4] CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; CONASEMS: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; COSEMS: Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde.

[5] As Conferências de Saúde foram criadas em 1941, ainda durante o governo de Getúlio Vargas.

dois anos depois, do projeto que se tornará o grande articulador do movimento sanitarista: a estruturação do Sistema Único de Saúde – SUS. Fruto de debates e fortes embates de interesses plurais e de projetos, a Constituição de 1988 consagra uma resultante bem diferenciada dos ideais originais dos sanitaristas, mas mantém avanços incontestáveis e que tornam o SUS uma referência.

Para Eliana Gutierrez*, o movimento sanitarista foi um movimento poderoso na luta contra a ditadura e congregou muita gente, tanto de movimento de massa, profissionais da área da saúde que eram sanitaristas e que amadureceram uma proposta que eu acho que não é perfeita, mas, das propostas que eu conheço para países pobres, seguramente é a melhor* **[EG:207].**

O contexto político local: o "acidente" da eleição de Luiza Erundina

O CEPI representava uma novidade pretensiosa, projetada por algumas pessoas que portavam uma concepção não hegemônica de epidemiologia, em conjuntura local em que uma determinada composição de forças políticas, também não hegemônicas, fora alçada à condição de poder municipal em São Paulo. De fato, o Governo da Luiza Erundina desestabilizou grupos políticos estabelecidos e permitiu a ascensão de novos (e, então, inexperientes) personagens à velha máquina administrativa municipal.

O episódio da eleição de Erundina, em 1988, que para Álvaro Escrivão Jr. foi um "acidente político" **[AE:23]**, fez emergir à esfera de poder amplos setores que interagiam com os movimentos sociais gestados desde o âmago da ditadura e da subsequente fase de transição à normalização jurídico-democrática posterior. Muitos dos militantes que atuavam em tais movimentos passaram a compor a máquina administrativa,

inclusive em nível de gerência e comando. Assim, as experimentações, contradições e conflitos emergentes dos movimentos sociais foram alçados ao aparelho de Estado, no qual as malhas de poder eram muito mais complexas.

Ocorre que o modelo de transição concertado entre as elites políticas para o desmonte do aparato repressor da ditadura pressupunha um processo pacífico e sem sobressaltos, e o grupo que acompanhava a prefeita Erundina não inspirava a mínima confiança aos políticos tradicionais e aos setores militares ressentidos. Os grupos emergentes almejaram transformações substanciais das instâncias do poder e suas instituições, visando alterar a correlação de forças e prevendo um protagonismo inusitado das forças populares organizadas, como podemos observar neste pequeno recorte de ideias de um dos mais importantes protagonistas da política de saúde naquele contexto, o então Secretário de Saúde, Eduardo Jorge Martins Alves Sobrinho, que em 1991 dizia:

> *... na questão da reforma sanitária, nós temos essa tarefa de compor uma força social com aqueles cinco atores a que eu me referi no início [o movimento sindical em geral; o movimento sindical dos trabalhadores da saúde; o movimento popular; os técnicos e intelectuais na área da saúde coletiva; os partidos políticos], o que é tarefa fundamental. A fragilidade de nossas propostas decorre justamente da ausência de uma base social clara que venha aderir à proposta de reforma sanitária. Essa proposta de controle social, de entregar a administração aos setores operários e populares naqueles locais em que temos espaço institucional, é um fator fundamental para colar, soldar essa aliança. Essa questão tem um sentido*

> *tático, porque se conforma uma força social popular e sindical para intervir nessa conjuntura imediata, e tem um sentido estratégico, porque vai conduzir àquelas reformas de cunho revolucionário...* **(JORGE, 1991)**.

Ideias (e práticas) com essa conotação política encontravam reações poderosas e cotidianas, forçando os novos gestores a se adequarem e se submeterem ao enquadramento às instituições com os perfis existentes, o que resultou em uma configuração político-social em que as permanências se sobressaíam sobre os pontuados arroubos de ruptura.

No caso específico da saúde na cidade de São Paulo, os novos administradores da gestão iniciada em 1989 buscaram incorporar, de forma imediata, todo o movimento de municipalização dos serviços de saúde, conforme preconizava o projeto de implantação do SUS. Vale destacar que este Sistema sequer estava regulamentado, não obstante constar na letra da Constituição Federal. O próprio projeto do SUS, ainda que presente na Constituição, à época era "anti-hegemônico", na visão de Osvaldo Doninni **[OD:573].**

Margarida Lira não vacila em apontar o CEPI como *fruto de um contexto político em que não se perdeu aquela oportunidade. Quando se dava a mobilização em nível nacional, todo mundo motivado e apostando na implantação do SUS, então o município teve um governo que deu esta abertura, que apostava nisso e chamou pessoas que eram da área, que tinham essa vocação de ter um projeto na área de saúde pública. Então, foi bem interessante* **[ML:485].**

O raciocínio de Eliana Gutierrez segue a mesma linha quando afirma que *o que estava por trás da concepção do CEPI eram exatamente as mesmas ideias que estavam atrás da concepção do SUS. Ambos são*

produtos da mesma época, são produtos não das mesmas cabeças, mas de cabeças que tiveram acesso às mesmas informações e que, de alguma maneira, pensavam mais ou menos parecido **[EG:207]**. Essa é também a opinião de Expedito Luna: *Com certeza, vem do contexto, vem daqueles que formularam a posposta do SUS, alguns deles dessa ala mais ligada ao PT nessa época. Eduardo Jorge, Roberto Gouveia, o próprio Álvaro Escrivão estavam na linha de frente da implantação desta proposta no município, não é coincidência, o grupo que também participava da formulação do SUS* **[EL:244].**

Francisco Troccoli lia esse contexto *como uma consequência da vanguarda que foi o governo Erundina. Foi um momento muito propício, porque havia uma percepção muito clara do que era o SUS, havia uma coordenação do nosso secretário, o Eduardo Jorge, nos dois primeiros anos da gestão da Erundina, e houve uma formação e uma aglutinação de quadros que tinha muito clara a questão do SUS, ou seja, houve, neste momento, e poderíamos afirmar isso tranquilamente, um conjunto de processos de um SUS iniciante, e nós éramos a vanguarda desse início* **[FT:256].**

Sujeitos

Não existe história sem sujeitos. O contexto acima descrito foi tecido por infinidades de práticas de grupos e de indivíduos que dedicaram parcela de sua existência, de seus saberes e de suas disposições em prol de projetos que pressupunham o envolvimento nas lutas pelos interesses de coletividades. Há que se destacarem aqueles sujeitos abnegados que enxergavam um mundo para além dos seus interesses particulares, o qual era passível de transformação. Uns denominam isso de "militância". Há muitos nomes de pessoas notórias que aparecem

destacadas nessas tantas histórias construídas, por sintetizarem certas lutas e certas ações que se tornaram públicas. Além dos próprios entrevistados, aqui em São Paulo, nomes como Walter Leser, Alexandre Vranjack, Adib Jatene, José Rocha Carvalheiro, Elza Berquó, João Yunes, Eduardo Jorge, Gastão Wagner, Maria Helena P. de Mello Jorge, Pedro Dimitrov, Roberto Gouveia, Sabina Gotlieb, Carlos Seixas, entre outros, figuram em vários depoimentos que subsidiam esta narrativa, cujo fio condutor é a história da CEInfo. Mas, ainda que se reconheça o valor dessas personagens, sabemos que elas só existiram à custa de milhares de pessoas anônimas (para a história escrita), as quais atuavam cotidianamente nos vários espaços que as sustentaram e as legitimaram. Todos aqueles que deram os seus depoimentos para a construção desta narrativa foram sujeitos que ajudaram a tecer essa história. Eles e os tantos que os rodearam.

Breve panorama da luta pela reforma sanitária, nas vozes dos entrevistados

O objetivo estratégico norteador da construção da CEInfo, em 2001, e do CEPI, em 1989, foi a implementação do SUS. Guiada pelas bandeiras da Universalidade, da Equidade, da Integralidade e da Participação Popular, a luta dos profissionais da saúde acabou por construir um campo teórico e político de aglutinação em torno de um projeto institucional concreto. Há uma bibliografia muito extensa sobre esse assunto no Brasil, o que nos desobriga em competir no esclarecimento desse tema. Entretanto, as entrevistas colhidas, quando selecionadas e ordenadas, traçam um panorama rico em detalhes, objetivo, claro e didático sobre a trajetória de formação desse campo de luta na saúde pública brasileira.

Optamos por aproveitar esse rico material e colocá-lo parcialmente à disposição dos leitores, que terão a oportunidade de colher informações históricas preciosas, fornecidas por esses sujeitos com olhares privilegiados, protagonistas dessa luta no MSP. Os depoimentos falam de origens, citam nomes, abordam detalhes que jamais apareceriam nos documentos oficiais e demonstram que nenhuma história se forma do vazio. Atentemos para esses relatos.

Um olhar das mudanças por dentro de instituições de saúde

Baseado principalmente nos depoimentos de José da Silva Guedes e de Álvaro Escrivão Jr., construímos um panorama das mudanças ocorridas a partir de dentro das instituições de saúde, onde se refletiam os conflitos entre as concepções distintas de atuação no campo da saúde pública. O objeto que centraliza as reflexões, o CEPI, obriga-nos a realizar um recorte focado no contexto paulista, motivo pelo qual evitaremos o olhar mais ampliado da luta no plano nacional. Além do mais, segundo Escrivão Jr., a luta pela reforma sanitária é bem conhecida pelo protagonismo dos cariocas (da FIOCRUZ, principalmente), mas a influência dos paulistas não é muito estudada. O próprio Escrivão, que fez a sua residência médica na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, no Instituto de Medicina Social, com o professor Hésio Cordeiro, no seu depoimento fala da importância da formação da carreira de sanitarista naquele estado.

Começamos com o depoimento do professor Guedes, que, reportando-se às décadas de 1960 e 1970, destaca o papel dos paulistas no interior das instituições acadêmicas e de gestão, principalmente desde a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP):

Nós tínhamos uma vertente que eram as pessoas da área da saúde pública e a outra vertente era o time da previdência, INAMPS etc., e que realmente não conversavam, digladiavam-se. Uma com uma visão hospitalocêntrica de medicina curativa, com convênios com a iniciativa privada, lucrativa e tal. E o outro time tentando pensar não apenas nos trabalhadores com carteira assinada [6], mas também no conjunto da população, em atividades preventivas, educativas, assistência integral da população, que teria que começar com uma assistência básica. E a proposta naquele momento era que a porta de entrada dessa assistência básica fosse o chamado centro de saúde polivalente, que iria se hierarquizando **[JG:285].**

Para Guedes, São Paulo tem uma importância muito grande no movimento nacional de ideias e nas propostas em prol da reforma sanitária. Ele destaca a reestruturação da SES - SP, capitaneada pelo emblemático Walter Leser, e que se tornou referência no âmbito da saúde pública. Álvaro Escrivão Jr. faz a seguinte referência a essa reestruturação:

O que Leser fez? Ele reformulou a estrutura da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, e aí ele criou o Centro de Saúde, que não tinha. Você tinha várias unidades, acho que umas 17 unidades, cada uma cuidando de um assunto e com um vice-secretário que era quase um secretário. Era tudo vertical. Se você andar na cidade do interior, lá em Botucatu, onde eu estudei, verá que tinha quarteirão que tinha a tuberculose, a hanseníase, a puericultura. Cada um tinha sua viatura, seu vice-secretário, era completamente irracional do ponto de vista da

[6] Na sua origem, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) era instituição que atendia apenas aos trabalhadores com relações formais de trabalho, com carteira assinada etc.

modernidade administrativa. O Leser acabou com tudo isso e criou uma unidade básica de saúde, chamada Centro de Saúde 1, 2 e 3 **[AE:11].**

José Guedes nos dá mais detalhes:

A proposta de reestruturação, com a criação do famoso centro de saúde polivalente, com a criação de distritos sanitários, de regionais, era acompanhada da aprovação de uma lei criando uma carreira de médicos sanitaristas. Então, você teria uma estrutura e teria pessoal técnico especialmente preparado para ativar essa estrutura. Só que, entre 1967 e 1970, quando terminava o governo que começou a querer essa reestruturação, não houve praticamente nada em matéria de incorporação de médicos sanitaristas na rede, até porque o número de médicos sanitaristas era extremamente pequeno **[JG:285, 286].**

Em 1975, volta novamente o secretário que fez a reforma, o Walter Leser. No ano anterior (1974) houve uma mudança no Governo Federal. Era um momento de abertura política, o Geisel era o presidente do país, e ele convida um paulista, o Paulo de Almeida Machado, para Ministro da Saúde, este que leva para trabalhar com ele gente da vertente de saúde pública propriamente dita, e paulista. Então, vão pra lá João Yunes, Edmundo Juarez, Pastorello, um time de saúde pública que começa a produzir alterações. Então, em 1975, vai haver uma coisa importante que é uma proposta de um sistema nacional de saúde. Não é esse SUS atual, é um sistema nacional. E, ainda sob domínio dos militares etc., a proposta que sai é uma proposta inadequada. É uma proposta de que vai existir um Ministério da Saúde preferencialmente fazendo coisas da área coletiva. E um Ministério da Previdência preferencialmente fazendo assistência privativa. Pois é, a coisa fica como estava, só que com esse detalhe do 'preferencialmente'. Daí a

chance de, no Ministério da Saúde, ensaiarem-se ações de rede, de acesso integral e tal. Assim como na Previdência se poderiam ensaiar ações preventivas. Mas, no Ministério da Saúde, as coisas caminham. Por exemplo, é chamado para trabalhar lá em Brasília o doutor José da Rocha Carvalheiro, um professor de medicina preventiva de Ribeirão Preto que vai trabalhar no Ministério com o Juarez para tentar estabelecer o sistema de informações de mortalidade. Então, nesse momento você tem em alguns estados um sistema de mortalidade um pouquinho melhor; é o caso de São Paulo, onde você tem um formulário-padrão para atestados de óbito. Esse formulário-padrão, naquele momento controlado e distribuído pelo Departamento de Estatísticas do estado [7], vai chegar via cartórios do registro civil praticamente a todos os médicos que estão trabalhando em hospitais etc., e que têm lá uma regra de trabalho. Porém, em alguns estados brasileiros, você não tem nem a figura do atestado de óbito, o atestado é diferente, é mais simples; e, em outros, o médico atestava o óbito numa folha do seu receituário. Então, para implantar um sistema de controle da mortalidade, o Ministério contou muito com a ajuda do time do Carvalheiro, que foi para lá coordenar essa atividade e, por sua vez, contou com a ajuda da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-SP), com o time de estatística, do qual faziam parte a professora Elza Berquó e o professor Ruy Laurenti. E esta é uma época em que, num determinado momento, a Faculdade de Saúde Pública estabelece um convênio com a Organização Pan-americana de Saúde para ser um centro de registro de óbitos. Um centro que vai desenvolver

[7] Trata-se do Departamento Estadual de Estatística, criado na década de 1930, no estado de São Paulo, que foi sucedido pelo Sistema Estadual de Análise de Dados, que se tornou Fundação SEADE.

as estatísticas de mortalidade nas Américas também. Então, você tem uma efervescência, digamos assim, de modernização nos sistemas de informação, principalmente de mortalidade. Uma solicitação do Ministério e com apoio da Faculdade de Saúde Pública **[JG: 286, 287].**

Segundo o professor, essa "efervescência" que se expressou no plano da gestão também tem repercussão no âmbito acadêmico. Havia um pensamento renovador no âmbito da saúde pública que se encontrava não apenas nas estruturas de gestão, mas também nas instituições de formação dos profissionais da área médica. Ou seja, a tal reforma sanitária implicava mudanças de estruturas institucionais tradicionais e também no plano cultural, principalmente no ensino acadêmico. José Guedes nos faz um relato sucinto, mas esclarecedor acerca do movimento por dentro dessas instituições:

Em São Paulo só existia um lugar formando médicos sanitaristas, que era a Faculdade de Saúde Pública da USP. Tinha um de saúde pública também no Rio de Janeiro, que era a Escola Nacional de Saúde Pública. Esse era o time que no Brasil fazia sanitaristas. O curso de São Paulo durava um ano e tinha 30 vagas para médicos, com muita frequência. Pelo menos no ano em que eu fui aluno desse curso, metade dos alunos era de estrangeiros, a cargo da Organização Pan-americana de Saúde, que tinha o curso da faculdade em muito boa conta, então vinha gente de diferentes países para fazer esse curso. A outra metade era de brasileiros, e dessa metade de brasileiros, metade era de fora de São Paulo, então a cada ano se formavam seis ou sete pessoas para trabalhar no Estado de São Paulo, e a rede que ia ser montada precisaria de quase 400 sanitaristas trabalhando. Então, em 1970, isso amortece, a reestruturação foi feita, a carreira existe, mas ela não está sendo povoada **[JG:286].**

O depoimento do professor Guedes sugere explicações para o protagonismo de São Paulo na luta pela reforma sanitária:

Na medida em que você tem um time novo no Ministério, um time de paulistas, foi fácil pro Leser, em 1975. Ou seja, o Ministério mudou em 1974, e, no ano seguinte, o Leser chega de novo na Secretaria de Estado da Saúde, então foi muito fácil pra ele conseguir com o Ministério um convênio, envolvendo também a Faculdade de Saúde Pública, um convênio para treinar, para formar médicos sanitaristas. Então, foi criada a figura do chamado curso curto de saúde pública. Em vez de o cidadão fazer um curso de um ano, compactou-se alguma coisa que permitia em um semestre você formar uma turma. E haveria uma injeção de recursos para contratar professores, para construir o espaço. Era um convênio entre o Estado, o Ministério e a Faculdade de Saúde Pública **[JG:288].**

Isso é um fenômeno que acontece em São Paulo. É por isso que eu disse que São Paulo tem muito a ver com esta reforma sanitária do Brasil, porque é aqui que isso começa. É possível formar 100 médicos por semestre, em vez daqueles seis por ano, pois a maioria não ficava em São Paulo. Então você começa a povoar a rede, a estrutura sanitária de São Paulo, com médicos sanitaristas, que entram por concurso, e por concurso vão ascender a postos de distritos, direção etc. E em uns três ou quatro anos são formados cerca de 400 médicos sanitaristas. Outra coisa interessante é de onde apareceram estes médicos para fazer o curso de saúde pública se o curso não existia? E aí você tinha alguns fatores, tinha uma carreira, quer dizer, de fato, não é oferecendo um curso diferente que você muda as coisas na medicina. Se você não tiver um mercado de trabalho pras pessoas que vai formar, essas pessoas nem vêm se formar. Havia um mercado promissor, onde

você entrava por concurso, não tinha colocação política, como era pra você entrar nessas coisas. Mas onde é que estavam esses jovens para serem recrutados? Aí tem outro aspecto importante, que foram os departamentos de medicina preventiva e social, de saúde pública, nas escolas de medicina. Então, por volta de 1970, há um fenômeno de mudança de currículos nas escolas de medicina para estimular a existência da carreira de medicina social preventiva, que deveria levar aos seus alunos uma formação que os fizesse pensar em saúde pública, e eventualmente se engajarem na administração da saúde **[JG:288, 289]**

Então, eu acho que é uma coisa muito feliz essa sequência de coisas que aconteceram. Por volta de 1973, 1974, com as diferentes crises que acontecem no INAMPS, embora o órgão continuasse curativo, privatista, entra um diretor de recursos humanos lá no Rio de Janeiro, que convida um professor da Escola Nacional de Saúde Pública daquele estado, o Paulo Buss, para assessorar o chefe de recursos humanos do INAMPS. Então, o Paulo faz com que o órgão passe a financiar a residência de medicina preventiva, imaginando que os residentes, cuja formação foi financiada pelo INAMPS, provavelmente trabalhariam no órgão, levando uma concepção preventiva para dentro daquela máquina, que continuaria curativa, privatista etc. E isso surtiu efeito, pois eles fizeram os primeiros concursos para médicos na Previdência, mas aí o caminho da chamada reforma sanitária em direção ao SUS foi bem-sucedido, e, realmente, a gente não precisou imaginar em ter o INAMPS curativo, preventivo, integral com a saúde pública ao lado, mas fazer uma coisa só, que era o sistema único que está hoje aí. Mas uma coisa interessante é que, por volta de 1975, quando começa o curso curto, nós estamos tendo um pessoal diferente no Ministério da Saúde, fazendo conferências nacionais de saúde, tentando avançar no campo da integração da assistência do país. E esse é o momento

em que você forma e põe na carreira de saúde pública gente que vai fazer política de saúde pra frente. Por exemplo, Eduardo Jorge, que foi ser secretário municipal, depois foi deputado, era um desses médicos residentes que fez saúde pública no curso curto. Então, daqui saíram lideranças que realmente decidem o processo nacional. Bom, toda a preocupação com estatísticas vitais, com os sistemas de informação que pudessem avaliar o que a gente está fazendo na saúde e propor mudanças etc., tudo isso foi sendo amadurecido. Nesse tempo destaca-se o papel da Faculdade de Saúde Pública, o papel dos departamentos de preventiva; era preciso, num determinado momento, consolidar essas coisas. Ao nível de estado isso vai ser consolidado na Fundação SEADE. E, então, você tem aqui um papel importante da universidade em geral, da área de administração, de economia, e da criação da Fundação SEADE. E a Prefeitura teve chance de fazer alguma coisa; enquanto o SEADE não conseguia dar cobertura total, velocidade total pra o estado, a Prefeitura tinha na sua sala de visitas chances de saber o que estava acontecendo e aproveitou para fazer **[JG:292, 293].**

Ainda que se evidencie, nesse depoimento, forte tom regionalista, com matiz subjetivista tendente a sobrevalorizar o protagonismo paulista ou do eixo Rio-São Paulo, José Guedes tece um panorama didático sobre os bastidores de ambientes que traçaram os rumos da política de saúde nesse período.

O depoimento de Álvaro Escrivão segue na mesma linha, mas acrescenta informações interessantes e curiosas:

A reforma feita por Walter Leser na década de 1970 deu uma briga do tamanho de um bonde. O Leser só conseguiu, cá entre nós, porque foi feito tudo por Decreto-Lei da ditadura militar. Era um cara bem

intencionado no meio da ditadura militar. Então, nós fomos criados por Decreto-Lei, senão não seríamos criados. Foi uma manobra tecnocrata do bem, mas tecnocrata. Ele sufocou o clientelismo que vigia antes da ditadura a manu militari*, rigorosamente* **[AE:12].**

Naquela época, a atenção às pessoas doentes estava mais no município de São Paulo, e o Estado cuidava mais da saúde pública, no sentido mais tradicional. Então, estava havendo uma mudança da ideia de saúde pública pela inclusão, ou seja, você tinha que fazer medicina preventiva, vacinar, falar sobre, garantir que as pessoas tivessem atenção básica pelo menos, ou emergência. Por que isso aconteceu? Porque veio todo mundo morar na cidade, e ao morar na cidade o povo começou a exigir direitos, quero saúde, quero posto de saúde, quero hospital. Nós estávamos num período de resistência, suprapartidário, os sanitaristas tinham aí seus subgrupos. A gente ficou na resistência, infiltrados por dentro. De qualquer forma, a gente estava ocupando cargo no aparelho de Estado, mas com uma visão aberta. A gente fez um trabalho muito bom de implantação de vigilância epidemiológica aqui no estado de São Paulo. A gente trabalhava com aquela força de 20 e poucos anos, muita energia. E a Secretaria era dominada pelos velhos. Talvez hoje seja a mesma coisa, só que, passados 33 anos, agora nós somos os velhos. Então, nós, os sanitaristas, quando entramos, fizemos uma revolução na Secretaria em todos os níveis. Os sanitaristas chegavam aos centros de saúde pedindo pras pessoas trabalharem, eles botavam horário pra atender o povo. A ideia vigente era de que o centro de saúde não era pra funcionar. Era pra ter. E os caras chegaram lá com essas manias "imbecis" de querer fazer com que o centro trabalhasse. E isso deu muita briga, muita confusão. De tentar acabar com a corrupção na fiscalização, isso deu ameaça de morte,

fiscal armado, isso em nível local. Eu estava no nível central, do lado dos caras. Então, eu tinha em cima sempre um secretário um pouco mais aberto, o Leser, depois o Adib Jatene, mas o meio da máquina era muito reacionário, composto, inclusive, por gente ligada à ditadura, era um negócio muito complicado. Esse era o clima. Só pra você ter uma ideia de como isso era complicado. Então, a gente fez um bom serviço, o secretário de cima, Adib Jatene, pressionava esse pessoal do meio pra fazer funcionar, e a gente embaixo também pressionava. Nossas equipes trabalhavam dentro de lugares complicados, e a gente ficava com a fantasia, na hora que veio a redemocratização, de que poderíamos trabalhar. Só que a gente se beneficiava, na minha interpretação, dessa manobra que o Leser fez, de colocar uma função tática, que era o médico sanitário. Então, pediam a cabeça deste cara aí o tempo todo, e de outros. Pedia-se a cabeça do David Capistrano. E ele dizia: 'Não'. 'Esse pessoal aí é tudo vermelho'. Aí o secretário Leser dizia: 'Olha, vocês ficam catando estes caras, se achar desses manda pra cá, porque eles trabalham pra cacete, se comprometem pra burro e ganham uma merreca, manda mais. Se vocês acharem o que tão procurando, mandem pra mim. Aqui dentro eles não fazem política, o que eles fazem depois do expediente'. Foi um discurso interessante **[AE: 14, 15, 16].**

No discurso de Escrivão aparece outro sujeito, esse, coletivo:

Mas a gente era tão radical que questionava qualquer interferência. Quer dizer, o que o grupo do Montoro quis fazer? [8] *Negociar. Só que ele encontrou uma categoria muito dura. Uma associação de médicos*

[8] Trata-se do ex-governador de São Paulo, André Franco Montoro, durante mandato de 1983-1986.

sanitaristas que era usada pela imprensa na época como informação técnica. E como o pessoal escondia dados, epidemia de meningite tinha escondido dados, a imprensa desconfiava muito do Governo, então eles usavam a associação dos médicos sanitaristas pra perguntar como é que era. Uma associação muito forte, muito radical, reconheço que a gente era um pouco radical, se você pensar no jeito de fazer política brasileiro **[AE:17].**

Partindo dos seus pontos de vista específicos, os depoimentos do professor Guedes e de Escrivão Jr. compõem um panorama interessante sobre a capilarização do pensamento e prática sanitaristas por dentro das instituições, durante o processo de "redemocratização", e a sua conformação no âmbito da política. Trilhando esse mesmo caminho, vamos direcionar esta narrativa para o foco que mais nos interessa: o sistema de informação.

A criação do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

Tratando ainda desse contexto de transformações por dentro das estruturas institucionais, o depoimento do professor Ruy Laurenti nos dá informações sobre a criação do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), no Ministério da Saúde. Esse aspecto é relevante para esclarecer sobre antecedentes do nosso objeto de reflexão, que é o CEPI:

Nós da Faculdade Saúde Pública temos uma tradição muito grande em trabalhar com a chamada estatística de saúde, particularmente, mortalidade, e nós sempre trabalhávamos muito com isso. Meu grupo tornou-se um grupo de referência nacional e internacional, Professora Maria Helena Prado de Mello Jorge, Sabina Lea Gottlieb, outros que já se aposentaram e o próprio Professor João Yunes, que participou muito disso. E outros. Nós trabalhamos muito nesse setor e esse grupo até foi

reconhecido pela Organização Mundial de Saúde como um grupo de referência. E criou-se na Universidade de São Paulo, eu coordenando, eu dirigindo, o chamado Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para Classificação de Doenças, que inclui as estatísticas de mortalidade, estatísticas de saúde. Isso começou a funcionar nesse período. Esse Centro foi implantado em 1976. No Ministério da Saúde estava o Dr. Paulo de Almeida Machado como ministro, e ele era paulista. Foi época em que a equipe paulista assessorava, era o Edmundo Juarez, João Yunes, Carlos Seixas, [José Rocha] Carvalheiro, muitos paulistas por lá. A maioria desse grupo com vínculos, como eu, na Faculdade de Saúde Pública. No Brasil, cada estado tinha as suas estatísticas, não existia um único modelo de atestado de óbito, não existia um sistema, um fluxo dos dados, e então criou-se o SIM (Sistema de Informação de Mortalidade), em 1975 e 1976, e ao mesmo tempo se criava o Centro de Classificação de Doenças (CCD). Então, eu, Maria Helena, Edmundo Juarez, João Yunes, José Carlos Seixas, todos da Faculdade Saúde Pública, e Carvalheiro trabalhamos muito nisso, e eu fui um dos encarregados porque fui a quase todos os estados falar com o secretário, mostrar o que era o sistema, treinar médicos sobre o preenchimento dos atestados de óbito etc. No começo não foi fácil, mas o SIM hoje tá bem estruturado, eu acho um dos melhores sistemas de informação de mortalidade no mundo. Se a qualidade não é boa às vezes, em alguns estados, não é defeito do sistema, mas da informação básica que entra, já que os médicos nem sempre informam corretamente. Então, esse foi o SIM que começou a funcionar, e daí começou a se ter dados para o Brasil como um todo, dados de mortalidade, que antes não existiam **[RL: 616, 617].**

É bom lembrar que, quando foi criado o SIM, não havia ainda essa tecnologia da informação que nós temos hoje, a informática ainda não estava difundida no Brasil. Laurenti lembra como era feito o processamento dessa informação:

Quando começou já existiam os grandes computadores, os estados codificavam sua mortalidade, codificavam suas mortes e, então, punham em uma planilha e preenchiam número do atestado, sexo, idade, causa etc. E essas planilhas de todos os estados iam pro Ministério da Saúde, e lá digitavam no sistema antigo. Nos três meses iniciais de um ano era o prazo dado para receber toda a informação do ano anterior. Elas eram mensalmente enviadas, só que sempre atrasava, tinha problemas, vinha de todo o Brasil, era centralizado nas capitais, nas Secretarias Estaduais de Saúde. Era uma equipe do Ministério da Saúde; o trabalho maior os estados já faziam, que era codificar causas etc.; nós treinamos muitos codificadores, muitos, isso era um trabalho muito grande, e daí criou-se o Centro [Colaborador para Classificação de Doenças], da Organização Mundial de Saúde, nós treinávamos todo mundo. Então, era um trabalho grande sim, daí eu não saberia dizer para você, mas acho que no começo da década de 1980 já começava, cada estado digitava tudo **[RL: 617, 618].**

É dentro desse contexto de consolidação da reforma sanitária e da difusão de práticas de produção e consolidação das estatísticas de saúde, nos planos federal e estadual, que se insere a formação do CEPI, no plano municipal.

O projeto do CEPI em meio ao movimento de transição

A gestão do governo municipal em São Paulo, sucedânea à administração de Jânio Quadros, liderada pela prefeita Luiza Erundina, em 1989, concentrou expectativas em todo o Brasil. Ainda que aquela não representasse a primeira experiência de gestão do Partido

dos Trabalhadores (PT) de uma capital brasileira, [9] tratava-se da administração de uma das maiores cidades do mundo e de importância capital para o Brasil. Entretanto, pode-se dizer que, àquela época, o PT representava uma incógnita para as elites que, então, estavam estabelecidas no centro do poder. Para uns, o governo de Erundina alentava temores, e para muitos outros, embalava sonhos e expectativas.

"Reforma" era a palavra-chave para a nova administração, que desde logo elegeu alguns princípios e diretrizes de caráter "democratizante", propondo transparência, planejamento, acesso irrestrito da população aos serviços e controle popular. Com esses referenciais fora criada uma Secretaria de Reforma Administrativa (SERA) e foi promulgada nova Lei Orgânica do Município, em 1990, que se referia a "reforma drástica" e definia a organização da administração baseada no processo de "Planejamento permanente, descentralizado e participativo" como instrumento de democratização da gestão. Entre os temas mais recorrentes na documentação produzida nos primeiros atos do governo, destacam-se a descentralização administrativa e o acesso irrestrito à informação. Se isso hoje nos parece algo comum, ou pura retórica, naqueles tempos, mal saídos de largo tempo de ditadura, incomodava representantes de poderes estabelecidos.

> *Segundo a SERA, a gestão municipal, em 1989, encontrou os serviços compartimentados entre 17 secretarias, gerando superposição de funções, sendo que cada uma delas tinha critérios próprios para a divisão territorial do município. As 20*

[9] Havia a referência da gestão petista de Maria Luiza Fontenele na Prefeitura de Fortaleza, no período de 1986 a 1989.

> *administrações regionais, que teoricamente deveriam ser os órgãos mais próximos da população, pautavam-se por uma atuação clientelista e, na prática, tinham um poder muito limitado de intervenção na cidade ou na região sob sua responsabilidade. Com a Reforma Administrativa, as 17 secretarias e as 20 administrações regionais seriam extintas, sendo as antigas secretarias agrupadas em outras cinco, segundo a função social, com funções de normatização e planejamento global. Seriam criadas 13 subprefeituras com orçamento próprio e autonomia de decisão sobre todos os serviços municipais da região, antes distribuídos nas diferentes secretarias* **(ALVES, 1999).**

Porém, o jogo de forças e a correlação de poder impunham limites às vontades expressas nos documentos oficiais do Executivo. Seguindo as informações de Maria de Deus de Oliveira Alves, o projeto de lei que previa a criação das subprefeituras sofreu oposição e não foi aprovado na Câmara de Vereadores, sendo esquecido pelos governos subsequentes.

Estrutura existente na SHS, antes do CEPI

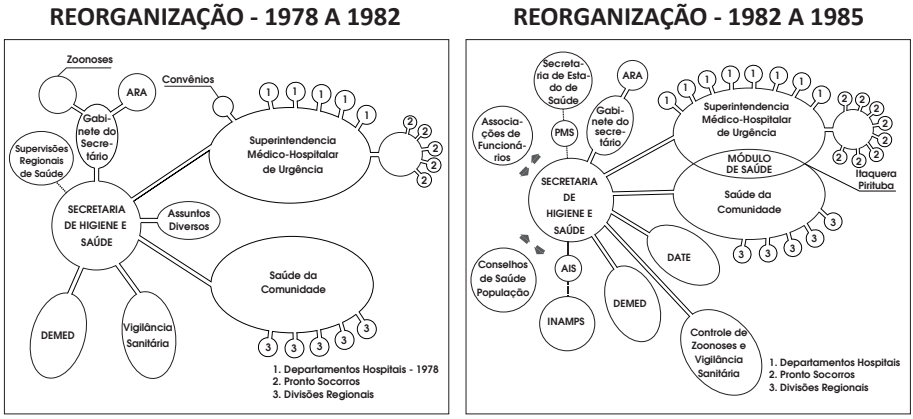
Até 1989, a Secretaria de Saúde era denominada Secretaria de Higiene e Saúde (SHS). Para Elisabete Kudzielicz, *o nome da SHS mudou para Secretaria Municipal da Saúde (SMS), tirando-se com isso o aspecto higienista que a Secretaria trazia em seu nome e, provavelmente, em sua prática. Foi o primeiro marco histórico de um novo tempo, não somente para a Secretaria, mas para a cidade de São Paulo. Foi*

definida uma nova estrutura, oficializada através do decreto nº 27.724 de 06/04/1989 **[EK:229, 230]** [10].

Antes de 1989, vários esforços foram feitos para implantação de um sistema de informações na Secretaria de Saúde e iniciativas foram tomadas nesse sentido. Apenas com intuito ilustrativo, citamos o documento da SHS Gabinete, da Seção Técnica de Estatística, de 1987, que faz breve histórico desse processo. Ali constam propósitos de criação de relatórios, padronização de prontuários, reestruturação da Secretaria e a proposição de criação, em 1981, do Centro de Informações de Saúde da SHS, baseado na estrutura do seu congênere, o "CIS" da Secretaria de Estado da Saúde.

Apresentamos dois esquemas gráficos representativos da estrutura administrativa da SHS:

Figura 04 – Representações da estrutura administrativa da SHS, períodos 1978 a 1982 e 1982 a 1985.



Fonte: "A Secretaria de Higiene e Saúde da Cidade de São Paulo: História e Memórias", publicação do Departamento de Patrimônio Histórico-DPH (SÃO PAULO, 1985).

[10] Trata-se do Decreto que reorganizou a Secretaria de Saúde, quando ela foi transformada de SHS para SMS.

Muitos depoimentos ressaltam a compartimentação dos serviços à época da SHS, o que, de certa forma, se expressa na ilustração. Porém, alguns depoimentos destacam a ocorrência de reformas tendentes à integração dos serviços e descentralização administrativa, o que, aliás, coincide com o texto que acompanha o organograma da SHS acima, referente ao período de 1982 a 1985, denominado pela autora como de "Integração":

Além disso, vem ocorrendo a integração da área hospitalar com a rede básica de postos de assistência médica, redirecionando a ação do órgão de atendimento à infância para o atendimento ambulatorial, o que **prenuncia uma possível reforma administrativa orientada por outros critérios de agregação dos serviços.** (SÃO PAULO, 1985 – Os grifos são nossos).

Esse aspecto é digno de nota, pois nos leva a compreender o contexto de mudanças já em curso, no período de incidência do governo de Luiza Erundina.

Maria de Deus de Oliveira Alves destaca que "a equipe que iniciou sua gestão na Secretaria de Saúde, em 1989, pretendia recuperar algumas experiências que espelhavam essas propostas [baseadas nos princípios do SUS], como era o caso dos Módulos de Itaquera e Pirituba, implementados em gestões anteriores, em um trabalho conjunto da SHS e o Programa Metropolitano de Saúde – PMS/SES que, na época, já propunham a regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde" **(ALVES, 1999)**. Ainda segundo a autora, vários técnicos da área de saúde da gestão de Erundina haviam participado dessas experiências anteriores.

No depoimento de Expedito Luna também aparecem elementos sobre o processo de transição:

A Constituição foi em 1988 e a lei da saúde foi em 1990, e esse processo de implantação do governo municipal aqui em São Paulo foi em 1989. Até anteriormente, eu creio que os municípios brasileiros como um todo também tinham uma participação marginal dentro da política de saúde. São Paulo encontrou um nicho que era a área de emergência, então tinha uma rede de emergência razoável e uma área do controle de zoonoses, e no mais era uma atuação complementar ao estado, mesmo na atenção básica; enfim, na área da vigilância e na de controle de doenças não havia, de fato, um fortalecimento, uma valorização do nível municipal. Isso já começa a acontecer até um pouco antes da Constituição, quer dizer, a ideia da descentralização, da municipalização vem sendo gestada desde antes, desde a 8ª Conferência etc. **[EL:241].**

Ainda que se demonstrem esses fortes vestígios de continuidade no processo de ruptura empreendido a partir de 1989, não há como negar que a nova gestão promoveu transformações no âmbito da saúde e também acelerou processos já em curso, no contexto nacional e estadual de implantação do SUS.

Antes da transformação operada pela gestão da Luiza Erundina, a Secretaria de Higiene e Saúde dispunha de estrutura verticalizada. Do depoimento de Elisabete Kudzielicz pinçamos algo sobre a estrutura prévia à implantação do CEPI:

A SHS funcionava com três grandes departamentos: a Superintendência Médica Hospitalar – MED, responsável pela área hospitalar e os prontos-socorros isolados; o Departamento de Saúde da Comunidade – DSC, responsável pelas unidades de saúde que atendiam prioritariamente a gestante, a puérpera e o recém-nascido com atividades de puericultura, e o Departamento de Apoio Técnico – DATE, responsável pela frota, prédios e equipamentos.

Na área da informática havia um Centro de Processamento de Dados – CPD, ligado diretamente ao Gabinete do Secretário da Saúde, que estava com um projeto de informatização dos hospitais. Proposta esta advinda do Governo Jânio Quadros, que mereceria um capítulo à parte, dada a complexidade de ações que foram tomadas frente à situação encontrada **[EK:230].**

Na dissertação de Alves, aparecem outros elementos de diagnóstico feito pelos novos gestores de 1989:

> *Segundo a equipe que assumiu a Secretaria de Saúde, isso mostrava uma centralização e, de certa forma, compartimentava a atenção à saúde, dificultando o estabelecimento de uma política de saúde para o município baseada na integração das ações e com uma visão ampla das necessidades da população. Além disso, a rede de saúde da cidade estava em condições precárias, com obras paralisadas, falta de medicamentos e material médico-hospitalar, ausência de planejamento na distribuição de profissionais entre as unidades de saúde e baixa remuneração dos serviços* **(ALVES, 1999)**.

Quanto à área de informação, que é foco deste trabalho, Kudzielicz assim se refere:

Na área da informação existia uma Seção de Estatística, responsável por fazer o fechamento de um boletim chamado internamente de REM – Relatório Estatístico Mensal, composto por informações fornecidas pelos Hospitais Municipais da época. Esse era um importante relatório para a gestão hospitalar e foi concebido pela Dra. Márcia Furquim, durante a gestão do Dr. Guedes. Para a área ambulatorial não havia a sistematização de dados e informações.

Como todo o sistema de informações, ele refletia a dicotomia entre o modelo médico-assistencial e a prevenção e promoção da saúde **[EK:230].**

Esse diagnóstico também aparece na obra de Alves:

> *A equipe que assumiu a Secretaria Municipal de Saúde, em 1989, encontrou um Sistema de Informações dicotomizado, assim como era a própria estrutura da Secretaria no município, uma Coordenadoria de Informática e uma Seção Técnica de Estatística, como órgãos estanques e independentes* **(ALVES, 1999)**.

O depoimento de Maria Eli Colocca Bruno, funcionária que permaneceu no setor de informação na gestão de Jânio Quadros e na subsequente, de Luiza Erundina, é muito oportuno, por nos fornecer algum nível de detalhamento a partir de um olhar de quem enxerga traços de continuidade em meio às mudanças:

Sempre houve essa preocupação com o sistema de informação na Secretaria [SHS]. Havia um grupo que era responsável pelas estatísticas dos hospitais municipais que iam para a MED (Superintendência Médica Hospitalar) e um grupo que pegava os dados dos postos de saúde. O pessoal de MED produzia os indicadores que interessavam para a área da saúde, de acompanhamento de hospital, o REM, Relatório de Estatística Mensal. Era um caderno que cobria todas as áreas, inclusive áreas como lavanderia, porque não havia serviços terceirizados naquela época. Então, a gente controlava todos os serviços, inclusive a parte econômica dos hospitais, e aí produzia os indicadores (taxa de ocupação, média de permanência, tempo de permanência em cada uma das clínicas) e isso era discutido pelos hospitais. No DSC

(Departamento de Saúde da Comunidade) também a gente controlava os indicadores um pouco diferentes (quantos atendimentos, que tipo de atendimento, do médico, do dentista, da assistente social). A gente fez mapas estatísticos, porque, obviamente, na saúde pública sempre houve essa preocupação muito grande com a questão epidemiológica e nada mais importante do que a epidemiologia da saúde pública **[ME:527, 528].**

Então, a gente já tinha lá o controle de doenças e já tinha todas essas preocupações, e havia uma integração entre os dados, era uma Secretaria só, mas já tinha dois departamentos bastante fortes e independentes, que eram os hospitais e os postos de saúde, duas diretorias que se equivaliam, só que os hospitais tinham muito mais dinheiro que o departamento de saúde, era como se fossem duas estruturas estanques. Mas havia certa integração em nível de Gabinete, principalmente por conta dessas questões. Se você estava com a mortalidade infantil muito alta, aí se estudava como era que estava lá no MED a atenção à criança e o adolescente. Houve sempre esse grupo de pessoas que se preocupava em discutir os números da Secretaria. Havia um órgão que cuidava dos vários programas e esses programas eram a tentativa de integrar as duas estruturas **[ME:528].**

No discurso de Maria Eli se percebe o esforço em se valorizar o acúmulo de experiência existente antes da gestão iniciada em 1989, mas também o reconhecimento das dificuldades em se produzir informações em circunstância de estrutura dicotomizada como a existente até então. Além do mais, seguindo-se o raciocínio dos idealizadores do CEPI, talvez seja um equívoco se confundir produção de informação estatística de saúde com o conceito de epidemiologia. No entanto, mesmo sustentando um discurso crítico, Maria Eli reconhece mudanças:

Quando o PT assumiu, eu era mais ligada ao DSC, mas depois eu fui pra MED, e conhecia muito bem a Penha; fui montar SAME (Serviço de Assistência Médico-Hospitalar) de alguns hospitais, onde se faz a estatística do hospital, faz-se o registro do paciente. Então eu fui pro pronto-socorro organizar as estatísticas. E aí, quando veio a primeira gestão do PT, houve uma mudança profunda na Secretaria, acabando com aquela ideia do hospital e posto de saúde separados; eles foram integrados em um único órgão, e começou-se a criar a ideia de regionalização. Na verdade, já vinha, porque o programa materno-infantil começa lá atrás, já com o Ministério da Saúde tentando organizar o sistema de saúde, só que naquele momento ele o organizou por área de competências. O governo de Erundina surge nesse contexto e encontra a Prefeitura com esse MED-DSC, que era uma coisa ainda muito arcaica; foi muito criticado, por isso fez essa junção, da qual surgiu a proposta do Álvaro de criar o CEPI **[ME:529, 530].**

Complementando um pouco mais esse quadro prévio ao CEPI, lembramos que, no nível estadual, atuavam diversos órgãos nas áreas de epidemiologia, vigilância e informação, com as ações sendo executadas nos Centros de Informações de Saúde (CIS), no Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE), no Centro de Vigilância Sanitária (CVS) e na Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN). Segundo Washington Garbin, o CIS era um subsidiário, era um usuário dessas *informações. Toda a questão de mortalidade que vinha das declarações de óbito era o SEADE que produzia, e aí o CIS acabava juntando essas informações também, e era ele que produzia as informações sobre mortalidade, sobre morbidade, e daí por diante* **[WG:624].**

Ou seja, conforme indicam os depoimentos, no MSP, a partir de 1989, com o CEPI, abriu-se a possibilidade de integrar competências e atribuições já existentes em um único órgão.

Criação do CEPI

O CEPI representou uma estrutura relativamente inovadora. Mas, como se frisou anteriormente, já existia em curso um movimento maior, de caráter transformador na saúde, em todos os níveis de governo, e existia uma estrutura administrativa voltada para a informação na antiga SHS, ainda que arcaica e descoordenada. Em parte, a concepção do CEPI se insere no panorama de mudanças das estruturas de atenção à saúde já em curso no estado de São Paulo e responde ao movimento de estruturação do SUS. O contexto em que o órgão é criado também coincide com o fenômeno mundial da revolução tecnológica, que dissemina um novo padrão de consumo baseado na indústria microeletrônica e informática. Conforme lembra Lan Hee, *no início da década de 1980, na Prefeitura já começava aquela transição da tecnologia, informação, processamento de dados, de grande porte, ou mainframe, transição para a microinformática* **[LH:364].** Ou seja, o então recém-criado órgão de informação da SMS surge na "crista da onda" do avanço da tecnologia da informação. Entretanto, no contexto paulista, o aspecto mais inovador representado pelo CEPI talvez esteja na concepção de epidemiologia que reuniu em um só órgão as áreas de vigilância e informação.

Unidade estratégica: epidemiologia, informação, tecnologia da informação

Em 1989, no município de São Paulo, Luiza Erundina vence as eleições para comandar a Prefeitura. E aí entra toda a trajetória profissional e política da prefeita. Para Secretário de Saúde do município, Erundina nomeia Eduardo Jorge, que trouxe como equipe e para sua assessoria alguns sanitaristas, militantes da reforma sanitária, muitos deles

protagonistas do desenvolvimento do Plano Metropolitano de Saúde, fruto de pressões populares, cuja implantação foi o embrião da desconcentração dos serviços de saúde na Grande São Paulo. Dentre os sanitaristas que compuseram a nova equipe da saúde municipal estava Álvaro Escrivão Jr. **[EK:228].**

O Decreto n° 27.724, de 06/04/1989, reorganiza e reestrutura toda a Secretaria de Saúde, em cuja reforma institui-se o Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação. Eduardo Jorge era o Secretário de Saúde, Pedro Dimitrov e Osvaldo Donini eram responsáveis pelo Gabinete e Álvaro Escrivão assumiu a direção do novo órgão **(SÃO PAULO, 1989)**

O CEPI era um órgão de estruturação do Gabinete que foi feito pelos oito que o Eduardo [Jorge] levou pra lá. O Eduardo construiu uma equipe de oito pessoas pra Secretaria. Então, em ordem mais ou menos hierárquica, era o Pedro, secretário adjunto, o Morimoto, chefe de Gabinete, e aí cada área tinha um diretor, Paulo Carrara, na parte mais administrativa, e eu na parte de epidemiologia e informação. Pelo peso da minha fala, e apoiado pelos outros, eu achava que tinha que ter um órgão de epidemiologia e informação. Não como é até hoje, porque são as duas únicas experiências que juntaram epidemiologia e informação. Porque a hegemonia é separar isso: a vigilância fica num órgão e a epidemiologia e informação fica em outro **[AE:21, 22].**

Escrivão Jr. destaca que a informação não pode ser instrumento exclusivo de um setor de planejamento da alta gestão. Portanto, associá-la à epidemiologia e vigilância significava uma ruptura com a tradição vigente e se vinculava a projetos democratizantes:

(...) quando você vai mudando a ideia do planejamento normativo, engessado, de cima pra baixo etc., pro planejamento participativo,

inclusive chegando à heresia do controle social, isso vai mudando. Então se abre espaço pra você pensar a informação como um recurso que tem que ser democratizado, para os conselhos, conselho gestor, conselho municipal, estadual, nacional de saúde. E passa a pensar a informação como informação sobre a saúde das pessoas, o resultado do funcionamento da Secretaria. Aí ela se torna uma área com certa autonomia. Se você pensar em organizar a informação de acordo com as necessidades das pessoas e a utilização dos serviços, então pensa epidemiologicamente. (...) É uma área em construção. Eu, como epidemiologista de origem, sempre achei que a informação deveria ficar junto da epidemiologia, e não nos órgãos de planejamento **[AE:22].**

O texto intitulado "Atividades do CEPI – Documento Preliminar", de setembro de 1989 (um dos primeiros documentos produzidos pelo CEPI), deixava claro o uso estratégico do sistema de informação, que deveria "ter como característica fundamental a transparência, de tal forma que a informação possa se transformar em instrumento a ser utilizado pela população organizada, quando da sua participação no planejamento, avaliação e controle das atividades da Secretaria Municipal de Saúde". Elisabete Kudzielicz esteve à frente dessa primeira formação do CEPI e assim ela descreve esse processo institucional:

Estruturamos uma proposta de criação de um Centro de Epidemiologia, com a novidade de incluir a informação como uma área a ser estruturada dentro de um modelo epidemiológico do uso da informação para a ação. Além disso, a área de informática foi estruturada e subordinada diretamente ao CEPI.

Criamos, então, o Centro de Epidemiologia e Informação (CEPI), com nível de Departamento, composto por duas Divisões Técnicas: uma de Informação em Saúde e outra de Epidemiologia **[EK:230].**

O mesmo documento de setembro de 1989, [11] citado acima, assim descreve as atribuições do órgão:

Assessorar o Gabinete da SMS nas questões relativas à epidemiologia e informação;

- Consolidar e analisar os dados referentes ao município enquanto um todo, repassando as análises aos níveis regionais;
- Oferecer apoio às estruturas regionais para realização de investigações, inquéritos e pesquisas;
- Em conjunto com os Núcleos de Epidemiologia e Informação (NEPI's), discutir e propor a utilização de indicadores epidemiológicos, de produção e de gerenciamento;
- Normatizar o sistema de informação implantado na SMS;

  É o órgão responsável, ao nível de SMS, por manter relacionamento com instituições externas, no que se refere a epidemiologia e informação.

Em relatório datado de novembro de 1992, intitulado "Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação – CEPI", portanto, já no final da gestão de Luiza Erundina, essas atribuições aparecem retificadas:

- Assessorar o Nível Central da SMS nas questões relativas à epidemiologia, pesquisa e informação;
- Em conjunto com os níveis regionais e distritais, elaborar e propor a utilização de indicadores epidemiológicos e

[11] Trecho extraído do documento intitulado "Atividades do CEPI – Documento Preliminar", de setembro de 1989, disponível no acervo CEInfo.

de produção para subsidiar o planejamento, gerência e intervenção nos diferentes serviços e ações;

- Coordenar a elaboração e implantação do Sistema Municipal de Informação em Saúde – SIMIS;
- Elaborar e coordenar a implantação da Política de Informatização de SMS, bem como ser o órgão responsável pela interlocução com a Companhia de Processamento de Dados do Município de São Paulo – PRODAM;
- Participar de projetos conjuntos com os demais órgãos do Gabinete, em especial com o Centro de Organização da Atenção à Saúde (COAS) e o Centro de Recursos Humanos (CRH);
- Manter relacionamento com outras instituições públicas e privadas nos assuntos relativos às áreas de Epidemiologia, Pesquisa e Informação [12].

Com os grifos, que são deste autor, quer-se destacar possíveis correções de rota após a experiência de pouco mais de três anos na administração da Secretaria. Destaque-se a preocupação com a pesquisa, cuja palavra não aparecia na formulação original; o olhar para os níveis regionais, que aparecem como sujeitos ativos e coparticipantes da produção do serviço; o reconhecimento de que o Sistema de Informação necessitaria de implantação, e não apenas normatização; bem como o despertar para a candente questão emergente, referente à informática, que, segundo os gestores, deveria se subordinar à política traçada pela mesma área responsável pela produção das informações epidemiológicas, ou seja, o próprio CEPI. Por fim, o destaque para a necessidade de se ampliar o

[12] Trecho Extraído do relatório "Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação – CEPI", de novembro de 1992, disponível no acervo CEInfo.

leque de parcerias dentro e fora deste Centro. Lembrando que nenhum dos dois documentos cita atribuições da Vigilância, ainda que o CEPI operasse parte da Vigilância, como se verá adiante.

A reforma administrativa que descentralizou e hierarquizou os serviços de saúde municipais e criou o CEPI estabeleceu quatro níveis gerenciais, conforme explica Kudzielicz:

- *Nível central (Gabinete do Secretário, o Centro de Organização da Atenção à Saúde – COAS, o centro de Recursos Humanos – CRH, e o CEPI, além das áreas tidas, tradicionalmente, como apoio administrativo);*
- *Nível regional composto pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS), em número de dez e cujos administradores compunham, junto com o Gabinete, o Conselho Técnico Administrativo – CTA, órgão de decisão da SMS/SP;*
- *Nível distrital, composto pelos distritos de saúde, inicialmente não descentralizados em todas as ARS da cidade;*
- *Nível local, composto pelas unidades de saúde, responsáveis pelo desenvolvimento de:*
    - *ações articuladas com os diferentes setores da administração pública;*
    - *ações integradas e hierarquizadas entre os seus diferentes níveis e unidades;*
    - *ações para interferência nos determinantes do processo saúde-doença;*
    - *atenção integral à saúde da população* **[EK: 231,232].**

Essa reforma segue os preceitos da então recém-elaborada Constituição de 1988 (artigos 196º a 200º) e aparece expressa no Primeiro Plano Municipal de Saúde, de 1989, que previa:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

> I – Descentralização, com direção única em cada nível de governo;
>
> II – Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
>
> III – Participação da comunidade **(SÃO PAULO, 1989)**.

Vale destacar que esse Plano Municipal teve como comissão organizadora Pedro Dimitrov, Osvaldo Donini e Álvaro Escrivão. Outro fato digno de nota é que esses princípios introduzidos nesse Plano municipal propõem os termos da Carta Constitucional, mas antecede a Lei Federal 8.080 que institucionaliza o SUS, em 19 de setembro de 1990, ou seja, mais de um ano após a edição do referido Plano.

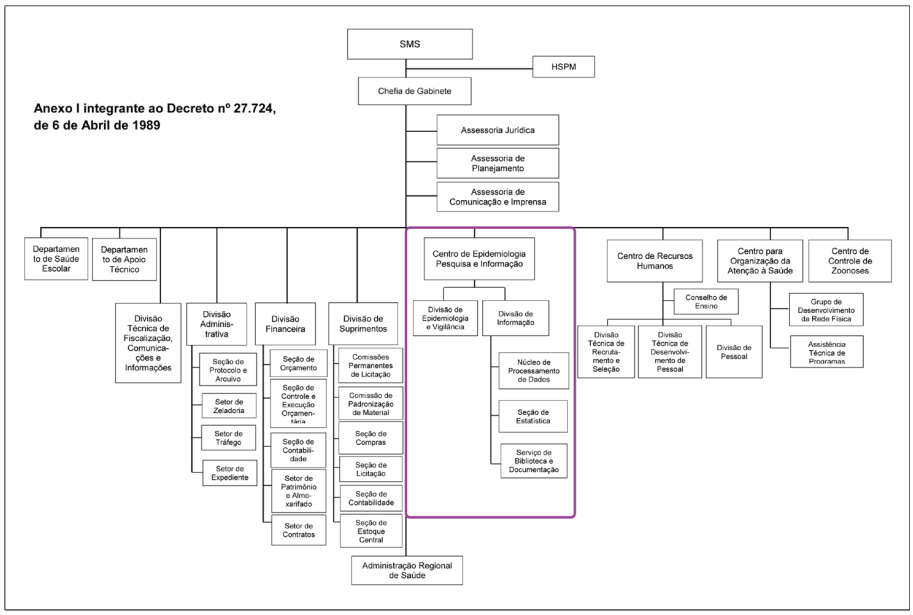
Nesse contexto, coube ao CEPI as atividades de avaliação dos indicadores de produção de serviços, gerenciamento e análise epidemiológica dos serviços e ações da SMS. Kudzielicz fornece mais detalhes sobre a estrutura inicial do CEPI:

A organização do CEPI contava com uma estrutura organizacional formada por uma diretoria, diretamente vinculada ao secretário da SMS, e duas áreas técnicas, em nível de Divisão Técnica, estruturadas da seguinte forma:

Área de Informação, que incluía estruturas já existentes – biblioteca e estatística – e incorporou uma área de informática, no sentido de garantir que a informática fosse instrumento da informação (o que era e ainda é não hegemônico);

Área de Epidemiologia, constituída por uma equipe multidisciplinar e multiprofissional **[EK:232].**

Figura 05 - Organograma da SMS, com a estrutura do CEPI em destaque.



Fonte: Decreto 27.724, publicado no Diário Oficial do Município em 06 de abril de 1989.

Essa equipe multidisciplinar e multiprofissional citada pretendia romper com a tradição de se manterem estanques a epidemiologia e a informação, propondo sua articulação para o planejamento e gerenciamento da atenção à saúde, e, como se verá adiante, absorver funções de vigilância que se situavam na estrutura da Secretaria Estadual.

Com o seu peculiar olhar de gestor, Osvaldo Doninni se reporta à criação do CEPI como órgão unificador do sistema de informação:

Em 1989 houve necessidade de fazer uma reorganização da Secretaria. E não existia um sistema de informação, existiam sistemas de informações. Na época você tinha superintendência hospitalar de urgência e emergência, o chamado MED, e tinha o sistema de informação deles, que cuidava de cada um dos hospitais, de cada um dos prontos-socorros. E tinha outro sistema de informação relacionado à vigilância epidemiológica. Isso mais na área fim. É lógico, tinha um sistema de informação da área meio. E a ideia do CEPI era ter, então, um sistema de informação que concentrasse e que juntasse todos esses sistemas e subsistemas, integrando-os em um único órgão para gestão. Essa foi a ideia geral do CEPI **[OD:564].**

Logo no início da administração de Erundina, em fevereiro de 1990, a equipe técnica da Saúde realizou um diagnóstico a partir das Administrações Regionais de Saúde (ARS), expresso no documento *Diagnóstico socioeconômico e de saúde do município de São Paulo – 1989/1990.* **(SÃO PAULO, 1990)** *Segundo Alves,*

> *...naquela época, a Secretaria Municipal de Saúde dispunha de poucas fontes próprias de dados, por isso, para realizar o diagnóstico, as ARSs e o CEPI lançaram mão de dados coletados por outras Secretarias, como a Secretaria Estadual da Saúde (Centro de Informação de Saúde – CIS), a Secretaria de Estado da Educação, a Secretaria Municipal do Planejamento (SEMPLA), a SABESP, a Fundação SEADE e o IBGE (Censo Demográfico e PNAD), dados esses que tinham uma desatualização de até cinco anos* **(ALVES, 1999)**.

Além do mais, ainda segundo Alves, a regionalização usada pelas agências de coleta de dados e pelo município não coincidia, dificultando muito o trabalho:

> *Segundo os técnicos do CEPI, esse diagnóstico tinha como perspectiva inicial a elaboração de indicadores gerais e específicos, que contemplassem minimamente as necessidades do município para a área de saúde, propondo como metodologia de trabalho a criação de um banco de dados que ficasse à disposição das várias equipes, uniformizando as fontes e datas das informações. O CEPI pretendia que o acesso aos dados pudesse ser realizado de forma ágil e sistematizada* **(ALVES, 1999)**.

Para Kudzielicz, o CEPI coordenou a modelagem, estruturação e operacionalização de um sistema de informação para o acompanhamento e avaliação dos serviços prestados pela SMS/SP e para o conhecimento da população atendida, sob a lógica da necessidade de saúde e da oferta de serviços **[EK:233].**

Adversidades

Essa fase de implantação, no entanto, foi repleta de adversidades. O depoimento de Eliana Gutierrez nos passa essa sensação com bastante vivacidade:

Ninguém sabia... Na verdade, o CEPI não existia, então, o que existia era uma proposta de criar um centro de epidemiologia e informação, para reforçar as ações, fundamentalmente, de epidemiologia, não de vigilância, mas de epidemiologia e informação. Então, já tinha esse conceito de que a informação é substrato da epidemiologia, essencial, e que essa área deveria ser muito reforçada. A gente estava ali naquele

momento vivendo o pós, o momento imediatamente após a criação do SUS, que, seguramente, foi uma grande vitória do movimento sanitário brasileiro **[EG:204].**

O Álvaro era o diretor do CEPI e eu, a diretora adjunta. O CEPI, fundamentalmente, começou em uma mesa, ficava ali no quarto ou no quinto andar no Gabinete do secretário. Tinha o Álvaro, a Bete e eu, e uma moça chamada Roseli, Carminha, enfim... eram, fundamentalmente, o Álvaro e umas três ou quatro pessoas, não tinha o CEPI, tinha uma mesa... **[EG:206].**

No depoimento de Leni Kimie, o relato dessas carências estruturais revela um aspecto interessante: a especialidade em informação do CEPI era tão acentuada, que até a função de comunicação na Secretaria surgiu acoplada àquele órgão:

Não havia sequer relação oficial dos estabelecimentos da Saúde quando se criou o CEPI. Ainda assim, de todos os órgãos do Gabinete, o CEPI era o único que tinha esse "apoio visual", tanto é que dava suporte também pro chefe de Gabinete, para o próprio secretário, porque não tinha nenhum órgão que fizesse esse tipo de material, as apresentações em transparências, power point, só o CEPI mesmo. Depois, num outro momento, a assessoria de imprensa começou a fazer um trabalho parecido **[LK:389, 393].**

Isso explica o porquê, até recentemente, a função de comunicação permaneceu vinculada à CEInfo, que foi responsável pela manutenção do sítio da Secretaria de Saúde até início de 2013.

O depoimento de Expedito Luna contém trechos contundentes quando se refere às dificuldades dos gestores que enfrentavam atos de sabotagens por parte de pessoas que *não tinham nenhum*

compromisso com nada, ao contrário, queriam ganhar o dinheiro sem trabalhar **[EL:247].**

Maria Eli se refere à falta de técnicos com conhecimento dos serviços na Secretaria, tendo em vista que a maioria que compôs o CEPI, no seu alvorecer, vinha de fora da SMS:

A gente criava o sistema, ia lá e discutia com o Álvaro, com a equipe dele. O Marcos Drummond tinha acabado de chegar de Minas Gerais, o Expedito veio do Nordeste, também nem conhecia a Secretaria Municipal de Saúde, a Eliana e o Álvaro vieram do Estado, a Margarida e o Expedito vieram de Pernambuco, a Elizabete era de São Paulo, mas era de outra Secretaria também. Praticamente, quem conhecia a Secretaria éramos nós, porque mesmo que se você quisesse fazer toda uma transformação, precisava de conhecimento, de entender como é que um hospital funcionava, porque quase todos eles tinham experiência em saúde pública e quase nenhuma experiência na área hospitalar. A Dra. Anita tinha e a gente tinha, eles tinham muitas ideias, mas tinham muita dificuldade de pôr em papel **[ME:533, 534].**

O olhar particular de Washington Garbin enxerga o CEPI como uma invenção que ninguém entendia*, só os técnicos e quem vinha da Faculdade de Saúde Pública, então essas pessoas eram os iluminados, e eram difíceis de atingir* **[WG:627].**

Outro elemento importante que marcou aquele momento foi o processo de descentralização da esfera de poder, com a municipalização. O projeto do SUS resultou no fortalecimento do município, que se colocava como gestor do sistema. Sobre isso, Drumond é enfático: *o município, na minha visão, foi quem nasceu na Saúde nesse momento, começou a nascer o município com um papel dentro do sistema de*

saúde, porque os outros níveis do sistema eram normatizadores, o município era o executor, e era lá que as coisas aconteciam **[MD:404].**

Porém, esse processo de municipalização não foi nada tranquilo. Em dois fragmentos do seu depoimento, Expedito Luna se refere ao boicote silencioso imposto pelo governo do estado sobre o processo de municipalização:

Com a polarização ideológica que aconteceu aqui na cidade de São Paulo, o município começou a desenvolver sua área de saúde pública em paralelo à estadual, sem haver, de fato, um repasse de responsabilidade de recursos, quer dizer, acabou que o município foi se impondo por alocar mais recursos nessa área em detrimento do estado, no movimento inverso; e o que a gente vê no estado de São Paulo é que, de início, até a década de 1980, ele se diferenciava do resto do Brasil por não depender do recurso federal pra manter sua área de saúde. Isso foi mudando e hoje a gente vive uma situação em que o estado ainda coloca mais recursos que os outros estados do Brasil, mas não mais é autossuficiente **[EL:241].**

Durante os quatro anos da gestão, tivemos uma barreira aqui na Secretaria de Estado da Saúde que inviabilizou todas as iniciativas de municipalização, realmente assumiram o controle da rede municipal, da própria vigilância de doenças transmissíveis, havia um impedimento por parte da Secretaria, não explícito, era uma coisa velada, "vamos fazer, vamos fazer", mas nunca se fazia, eram milhões de reuniões que não levavam a nada. Agora, por outro lado, como eu já falei, tivemos um investimento grande na área mais específica, na qual eu trabalhava, no controle de doenças transmissíveis, e como havia um espaço de trabalho melhor, estava pagando mais, naquele momento teve até uma migração dos profissionais que trabalhavam no estado

que foram pra Prefeitura, então a coisa se inverteu, a gente começou a ter maior capacidade de intervenção **[EL:244].**

O depoimento da Eliana Battaggia detecta o boicote da esfera estadual e constata a incompletude da municipalização:

Um dos problemas que nós tínhamos, que era muito importante, era a questão da municipalização. Havia uma luta feroz do governo estadual com o governo municipal sobre a municipalização. O governo estadual não deixava a municipalização avançar em São Paulo de jeito nenhum, a última coisa que ele queria era fazer a municipalização para que não ficasse na mão da Luiza a gestão das instituições de saúde. Isso é um processo que já ocorreu nos anos 1970, uma municipalização superavançada.

São Paulo é muito grande. Ninguém abre mão completamente, e eu acho que vinte anos ainda é pouco para um município desse tamanho, para o tamanho dos interesses envolvidos, e aí eu estou me referindo especificamente aos interesses eleitorais. Vinte anos é pouco porque, efetivamente, a se concretizar a municipalização, o estado perde função, não tem muito jeito.

O que sobra, então, para o estado fazer? Ele não executa, ele não deve executar, ele pode, no máximo, trabalhar em instituições de nível secundário, terciário, as especializadas, mas a execução efetiva não é do estado, o correto é que seja do município **[EG:219, 220].**

As dificuldades desse processo de municipalização aparecem sistematizadas em um documento intitulado "Municipalização dos Serviços de Saúde na Capital (SÃO PAULO)", provavelmente do mês de dezembro de 1992, no qual se expõe uma cronologia dos esforços e atos do processo de municipalização dos serviços de saúde na capital,

de janeiro de 1989 até novembro de 1992, empreendidos pela SMS junto ao governo do estado de São Paulo. Trata-se de relatório com teor de denúncia das dificuldades impostas pela esfera estadual.[13]

Nos depoimentos de Expedito Luna e de Maria Eli, aparecem outros fatores críticos naquele momento da gestão:

Pois é, acho que a gente não tinha dimensão do tempo político dos quatro anos pra apresentar resultado; no momento em que a gente conseguiu se estruturar para começar a produzir, a dar frutos, foi que o governo acabou, acabou a gestão, acho que faltou essa dimensão de que a gente ia ser cobrado dali a quatro anos a mostrar pra que a gente tinha vindo. Isso não aconteceu, e internamente eu acho que tinha também muito conflito, os problemas eram das próprias disputas de poder dos diferentes grupos de dentro do PT. Sei lá se eram divergências técnicas de como conduzir as coisas. Acho que, na realidade, ela só travestia essas disputas de poder de espaço, um querendo tomar o espaço do outro, principalmente no grupo no qual eu trabalhava, com a ideia de planejamento local, e eu não conseguia entender o que eles faziam para além da disputa política, porque, ao tentar organizar esses sistemas locais, eles buscavam a informação de saúde ignorando as coisas que já existiam. Valia mais fazer uma reunião com a população pra perguntar qual era o problema de saúde que ela achava que tinha, do que consultar os sistemas implantados e as coisas produzidas. Isso gerou, no meu caso, muito conflito nesse grupo. Tinha também um dado de intolerância de não aceitar o que eles propunham, era um embate cotidiano com o grupo que estava no planejamento, contra

[13] Municipalização dos Serviços de Saúde na Capital (SÃO PAULO)", apócrifo, cuja data de elaboração provável é de dezembro de 1992, disponível no acervo CEInfo.

nós, o grupo que estava no CEPI. Talvez seja interessante pra você também buscar essas pessoas, não somente as que estavam dentro do próprio CEPI, mas as que estavam no planejamento **[EL:248, 249].**

Essa estrutura de planejamento referida por Luna era o COAS, à época coordenado por Virgínia Junqueira.

Maria Eli, em tom humorado (sarcástico) também cita os conflitos:

O espaço lá era do Álvaro e aí foi sendo colocado, a gente foi consolidando, foi vendo as consistências, teve muita coisa que a gente precisou mudar ao longo do processo, mas nós continuamos lá e aí foi se estruturando mesmo o CEPI, uma área de epidemiologia e uma área de informação, que se matavam, mas... [risos] que estavam juntas, a única coisa lá em comum era o Álvaro, porque o resto era uma briga só... [risos] **[ME:535].**

Penha Lúcia e Maria Eli relatam com certo ar de ironia as longas reuniões para se discutir sobre tudo, mas concluem que era uma situação de aprendizado maravilhosa **[ME:536].**

Alguns dos depoimentos deixam transparecer, subliminarmente, algum nível de estranhamento político-administrativo entre o CEPI e o COAS. Parece ter havido certa interpolação de ações dos dois órgãos que, na gestão de 1989 a 1992, eram política e hierarquicamente parelhos. Porém, o silêncio sobre essa questão nos depoimentos não autoriza qualquer aprofundamento.

As estruturas regionais (ARS, DS e NEPI)

Na cidade de São Paulo, o movimento de municipalização se desdobrou na criação das Administrações Regionais de Saúde (ARS) e

dos Distritos de Saúde (DS), também na gestão de Luiza Erundina. Esse processo de descentralização político-administrativa se estenderia até a Unidade Básica, no bairro, onde gestores e técnicos assumiriam responsabilidades dos levantamentos epidemiológicos nas suas áreas de abrangência. Esse movimento explica a criação dos Núcleos de Epidemiologia, Pesquisa e Informação (NEPI), que funcionavam como extensão do CEPI nas regionais e significavam aproximação com a realidade de nível mais local.

O fortalecimento político do espaço local pressupunha o "empoderamento" dos trabalhadores da saúde, que se constituía em um dos pilares do projeto originário do SUS.

Com os NEPI's, as informações seriam produzidas de forma descentralizada. E essas informações seriam determinantes das políticas públicas, contrariando radicalmente a lógica da estrutura verticalizada e estanquizada então vigente. Esse era um dos traços decisivos do projeto do SUS, que teve, em São Paulo, o CEPI e os seus Núcleos como expressão dessa política. Podemos inferir a fundamentação da regionalização a partir de documento assinado por Paulo Capucci, em que ele faz referências a um trabalho conjunto entre técnicos do Brasil e da Itália:

O sistema de saúde deveria partir dos trabalhadores nos serviços, enquanto primeiros intérpretes de necessidades, pelo contato que eles têm com a população de um território e como atores essenciais na política de serviços, na medida em que constituem referenciais e potenciais do sistema. Isto porque trabalham na área territorial; conhecem a cultura local da população de um território, devem reconstruir o quadro epidemiológico; devem dar eficácia ao serviço; devem participar do processo decisório inerente aos investimentos

sobre a saúde de todo o território, priorizando e sugerindo hipóteses resolutivas, que podem e devem ser diversas para cada área. [14]

Kudzielicz assim os explica:

Para a interlocução com as ARS, e a exemplo da estrutura do CEPI, foram sendo constituídos os NEPI's, transformando-se nas estruturas descentralizadas do CEPI, porém sem subordinação administrativa direta. Os NEPIs eram parceiros na elaboração de propostas e normas para o desenvolvimento de ações coletivas, de vigilância à saúde (inicialmente voltadas à vigilância epidemiológica e, paulatinamente, incorporadas a algumas atividades pertinentes à vigilância sanitária e a zoonoses). No final da gestão Luiza Erundina, houve a incorporação das equipes de vigilância de alimentos às equipes dos NEPIs e do CEPI **[EK:232, 233].**

No documento intitulado *As atividades do CEPI – Documento Preliminar*, de setembro de 1989, destaca-se o papel dos NEPI's:

A existência dos Núcleos de Epidemiologia, Pesquisa e Informação ao nível das ARS, dotados de uma equipe multidisciplinar, garantirá as atividades de avaliação ao nível das ARS. (...) Os NEPI's deverão consolidar as informações produzidas pelos Distritos e assessorar as ARS nas questões relativas à epidemiologia e informações gerenciais e de produção, remetendo aos Distritos e/ou ao nível central os problemas e propostas de resoluções que forem pertinentes a esses níveis.[15]

[14] Trecho extraído do documento "Proposta de reorganização do Distrito de Saúde Grajaú /Interlagos /Parelheiros", assinado por Paulo Fernando Capucci, de abril de 1992, disponível no acervo CEInfo.

[15] Trecho extraído do documento intitulado "Atividades do CEPI – Documento Preliminar", de setembro de 1989, disponível no acervo CEInfo.

Para Washington Garbin, a regionalização da Saúde na cidade de São Paulo foi projeto da administração anterior à de Erundina:

Saiu-se de um governo 'petista' que achava que era o "bam bam bam" da situação, inclusive na época da Erundina foram feitas as ARS's. A estruturação das ARS's foi feita no governo anterior! Quando a gente estava trabalhando com aquelas histórias de hierarquização de serviços, já tinha o trabalho praticamente pronto da divisão da cidade em áreas, em regiões, e dessas regiões todo mundo participou. O Paulo Capucci, o Paulo Carrara, todos participaram desse desenho das ARS's. Só que foi a Erundina que implantou!. E quem estava para implantar? Exatamente o Paulo Capucci, o Paulo Carrara, o Pedro Dimitrov na época da Erundina. 'Que maravilha, implantaram-se as ARS's' E o que aconteceu com elas? Quando veio o Maluf, ele pegou aquelas ARS's e transformou-as em um PAS, praticamente com a divisão original, acho que ele juntou uma ou outra, mas o resto ficou do mesmo jeito **[=WG:634].**

Controvérsias à parte, o fato é que, segundo os gestores da época, os NEPI's cumpririam um papel fundamental na implantação do sistema de informações e das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária ao nível das áreas distritais e unidades de saúde.[16]

De fato, os NEPI's chamaram a atenção e aglutinaram muitos profissionais em torno da questão da informação. Francisco Troccoli destaca as dificuldades da espacialização da informação àquela época:

[16] Trecho extraído do documento intitulado "Atividades do CEPI – Documento Preliminar", de setembro de 1989, disponível no acervo CEInfo.

O que eu chamaria de espacialização da informação, ou seja, da distribuição dos dados num território, nós fazíamos, mas com um grau de dificuldade muito grande, e obviamente com uma frequência muito menor, porque não dispúnhamos de ferramentas informatizadas; a própria cooperação, chamada Cooperação Italiana, que trouxe uma ferramenta, talvez a primeira com que nós tivemos contato naquele momento, limitava-se a apenas dois distritos. E era um acesso muito difícil, não só no sentido direto, que não era disponibilizado facilmente, como também a barreira do conhecimento; era uma ferramenta tecnológica que implicava conhecimento prévio, o qual não tínhamos. Ou seja, a espacialização se fazia sim, mas de uma forma clássica, lápis, papel e um mapa físico, onde você ia tentando plotar, colocar, escrever os casos, os estabelecimentos, os distritos, os casos de óbitos **[=FT:255].**

No depoimento de Katsue Shibao temos acesso ao olhar de quem experimentou o processo de regionalização lá na ponta dos serviços:

Na época do NEPI, do CEPI, a gente tinha reuniões. Foi nelas que a gente conheceu o Marcos e a Margarida. Eles faziam reuniões, na época da Erundina, com os níveis regionais, para discutir todos os trabalhos. Eu me lembro do trabalho de morbidade que eles começaram a fazer. Participando no nível local, a gente começou a conhecer o trabalho do CEPI. Os NEPI's eram tecnicamente ligados ao CEPI, mas, administrativamente, eram das ARS's, eram vinculados ao diretor da ARS, mas tinham reuniões dos conselhos, do conselho técnico, da Saúde Pública. Tinha vários conselhos e todos traziam representantes dos níveis regionais... Mas já tinha essa visão de que não ficasse centrada em médicos e enfermeiros das equipes, que tivesse a participação de outros profissionais, uma equipe multiprofissional **[=KS:331, 334].**

Marina de Freitas relata a dificuldade no processo de descentralização com o surgimento das diversas instâncias:

O PRO-AIM já mandava os dados de mortalidade, então, a gente tentava produzir alguma coisa para a região, participava de muitas reuniões. (...). Mas o NEPI da época ficava muito tensionado, porque tinham os distritos, tinha três distritos na ARS 1, e a grande questão da época era trabalhar a territorialização, descentralizar o máximo, ter esse contato mais direto com a população, com as unidades, então a ARS ficava num nível intermediário. Por exemplo, tinha as reuniões do CEPI, das quais participavam tanto o pessoal da ARS quanto o pessoal de NEPI, de distrito também. Não tinha aquela coisa de 'o CEPI passa as definições para os NEPI's de ARS, os NEPI's de ARS passam para os distritos', não tinha essa hierarquia. Já tinha um pouco dessa dificuldade que hoje existe entre estados, municípios e o Governo Federal, que às vezes diz que 'não existe uma hierarquia', mas o Ministério vem de repente e baixa umas coisas... **[=MF:334, 335].**

Ao se perguntar se havia confusões diante de tantas instâncias, Marina emite a sua opinião:

Tinha vários projetos, várias cabeças pensantes, então, tinha momentos que não era muito claro qual era a direção, era muita coisa acontecendo ao mesmo tempo; a gente, no nível regional, às vezes sentia dificuldade de acompanhar tudo o que estava rolando, e era uma época que não tinha internet, não tinha site, e-mail, então era muito papel. Eu me lembro de que tinha umas pilhas de papel, portarias, documentos, não sei o quê, pra se ler. Eu me lembro que Itaquera e Campo Limpo eram as regionais mais faladas, mais focadas, que tinham projeto da Cooperação Italiana, que tinham uma assessoria especial **[=MF:335, 336].**

E Katsue complementa:

É que cada região caminhava com a velocidade compatível com a equipe que tinha, com as cabeças que estavam lá tocando a coisa. **[=KS:336]**

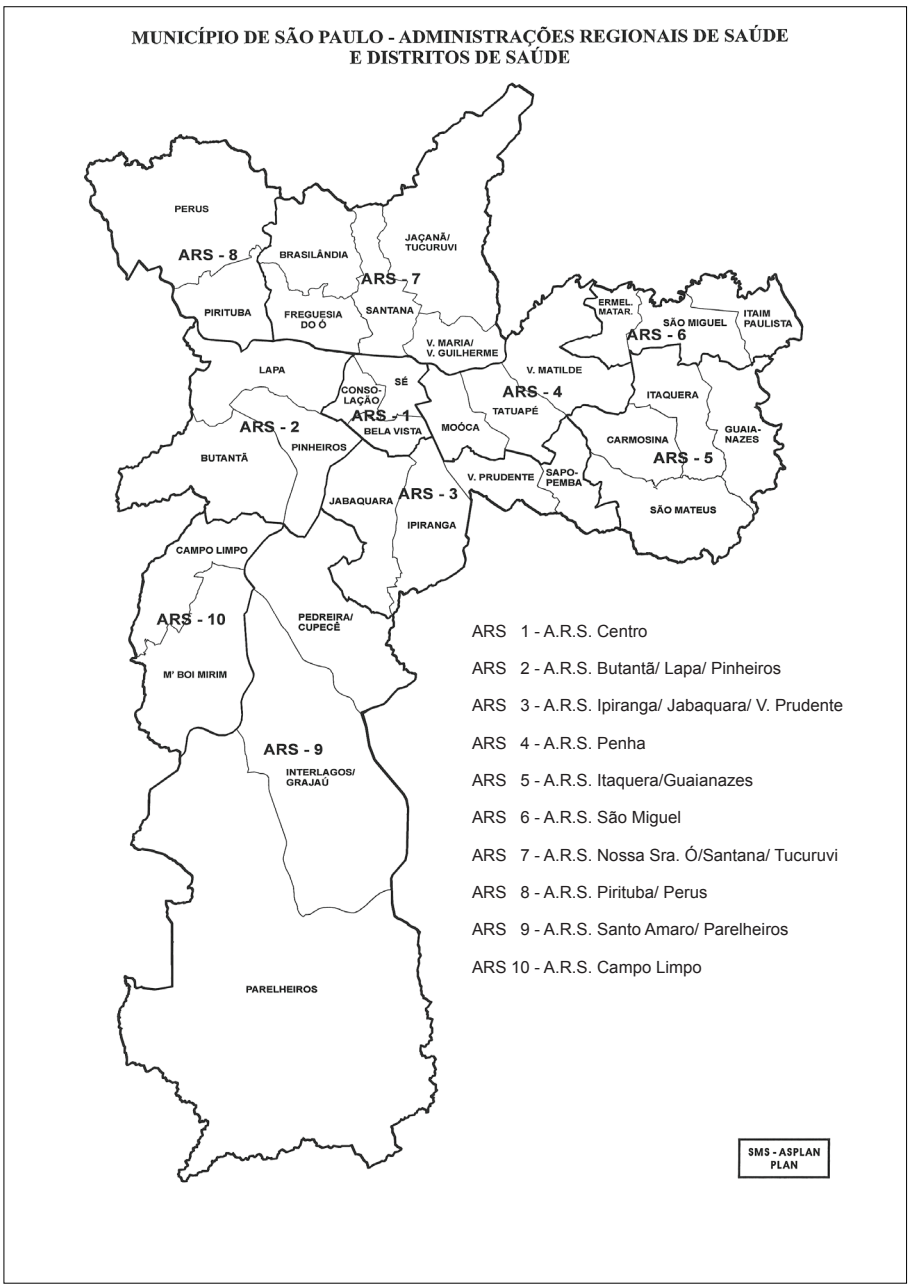
O primeiro contato de Marcos Drumond com o CEPI foi através de um dos NEPI's. Ele faz um comentário que reflete muito bem o estado de espírito da época:

O NEPI era o caos, uma casa alugada com um mundo de gente implantando o SUS na cidade de São Paulo, todo mundo alucinado, trabalhando. O primeiro dia que fui pra lá tive que trabalhar debaixo de uma mesa, porque não tinha lugar pra sentar. Absoluto voluntarismo. Estávamos construindo o SUS no sangue, na raça, não tinha lugar; a gente pegou uma cadeira, porque a mesa estava sendo usada, e sentamos num cantinho, quatro pessoas **[MD:408].**

Em alguns dos poucos documentos propositivos que restam, temos acesso a avaliações que mostram a distância entre os projetos e sua real efetivação. No citado documento assinado por Paulo Capucci, sobressai uma avaliação que mostra as dificuldades no processo de regionalização. O autor destaca a ineficiência dos gerentes locais, da sua ausência nas instâncias de planejamento local/regional, que agem sempre de maneira emergencial e corporativa. Capucci enxerga descompromisso com a função e as políticas de saúde e despreparo dos gerentes.[17] Entretanto, os fragmentos da documentação resgatada pela CEInfo são suficientes para demonstrar a vitalidade dos Núcleos de Informação, que produziram vários levantamentos, diagnósticos e relatórios técnicos.

[17] Trecho extraído do documento "Proposta de reorganização do Distrito de Saúde Grajaú /Interlagos /Parelheiros", assinado por Paulo Fernando Capucci, de abril de 1992, disponível no acervo CEInfo.

Figura 06 - Mapa do Município de São Paulo com as Administrações Regionais de Saúde e Distritos de Saúde, 1994.



O "estilo matricial" contra a verticalização e a fragmentação

Logo nos seus primeiros momentos, os gestores do CEPI propunham a organização dos trabalhos internos baseada em dinâmica de funcionamento no estilo matricial, composto por vários grupos de trabalho (GT's). Documento datado de 13 de setembro de 1989, intitulado "Proposta de trabalho para o desenvolvimento do sistema municipal de informações em saúde", prevê a criação de GT's para se estudar os documentos que serviam de fontes de alimentação de dados: prontuários, Boletins de Registro de Dados das Unidades; Consolidados dos Distritos/ARS/SMS/Conselho de Saúde; Morbidade e Sistema de Administração Hospitalar. O funcionamento previa projetos de estudos e análises, integração dos projetos, seminários para validação das propostas e treinamento de pessoal.[18]

Essa estruturação matricial é difícil de ser expressa em organograma e traz muitas complicações para quem tenta reconstituir a organização. Porém, consultando-se a documentação desse período primevo, a impressão que se configura é a tentativa de estruturação de algo ousado, sem experiência referencial, sem disponibilidade de estruturas materiais, colocado em marcha por um voluntarismo incomum, talvez típico de momentos políticos de fortes transformações.

Elizabete Kudzielicz revela as dificuldades de se colocar em prática tentativas de mudanças que evitassem a estrutura estanquizada e bipartida do CEPI em atividades bem delimitadas. A solução de gestão com estilo matricial visava, justamente, enfrentar essas dificuldades:

[18] Documento intitulado "Proposta de Trabalho para o Desenvolvimento do Sistema Municipal de Informações em Saúde", Divisão de Informação / Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação (CEPI), setembro de 1989, disponível no acervo CEInfo.

Com o avanço e o aprofundamento dos trabalhos nas áreas da vigilância e da informação, a estrutura vigente do CEPI tendia a reproduzir modelos de organização hegemônicos e tradicionais, onde cada área perseguia um fim em si mesmo. O CEPI não poderia correr o risco de ter a epidemiologia, de um lado, vista somente como vigilância, e a informação, de outro, vista somente como coletora de dados de produção de serviços. Era necessário retomar a proposta inicial – informação como instrumento da epidemiologia e epidemiologia como uso da informação para a ação, fossem estas de planejamento, gerenciamento ou de atenção à saúde propriamente dita **[EK:233].**

A partir dessa avaliação, realizada em princípio de 1991, a equipe técnica do CEPI desencadeou um processo para colocar em prática, de forma original e arrojada para o serviço público até os dias de hoje, a metodologia de se trabalhar de forma matricial por projetos **[EK:233].**

Documento de novembro de 1992, que parece um relatório de atividades e de prestação de contas, é esclarecedor sobre a estruturação efetiva (ou desejada) do CEPI[19]. Baseada nesse documento, quase que transcrevendo sua forma literal, Kudzielicz sistematiza esse movimento de reestruturação:

Foi iniciada uma reformulação estrutural. Foram extintas as duas Divisões Técnicas de Epidemiologia e Informação e o trabalho passou a ser organizado a partir de áreas temáticas, dentro das quais se desenvolviam projetos e atividades **[EK:233].**

[19] Extraído do relatório "Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação – CEPI", de novembro de 1992, disponível no acervo CEInfo.

Conforme podemos inferir do depoimento de Kudzielicz, tentou-se implantar uma dinâmica de tipo matricial, para evitar as ações verticalizadas, com perfil muito especializado. Assim, o CEPI atuaria na avaliação permanente do perfil da população do município e do desempenho dos serviços municipais de saúde, produzindo informações gerenciais e de apoio à decisão dos gestores. Realizar-se-iam os inquéritos, investigações e também as ações voltadas ao combate aos surtos, às epidemias, à vigilância da infecção hospitalar, entre outros.

Kudzielicz lembra ainda que na *ocasião se processava a incorporação das atividades de vigilância de alimentos, com a fiscalização de feiras livres, comércio de alimentos industrializados e manufaturados, abate de animais etc.* **[EK:234].**

Assim, a equipe técnica do CEPI definiu quatro grandes áreas temáticas, coordenadas por um dos técnicos:

- *Diagnóstico de saúde;*
- *Epidemiologia de serviços;*
- *Cidades saudáveis;*
- *Projetos especiais.*

Em cada área eram desenvolvidos projetos e atividades, para os quais eram alocados recursos humanos e materiais para a sua realização.

Havia um responsável para cada área temática, dentre os membros da equipe, denominado Gerente de Projetos. Esse técnico era responsável pela organização do trabalho, envolvendo membros da equipe do CEPI e de outras estruturas da SMS, podendo inclusive propor o acionamento de outras instituições de excelência técnica e de consultorias, quando necessário.

O intercâmbio e a integração entre as diferentes gerências eram facilitados pela Coordenação de Atividades e Projetos e deliberados juntamente com a Diretoria do CEPI. As decisões sobre o andamento dos projetos e das atividades eram consensualizadas em um fórum semanal composto pela direção do CEPI (diretor e diretor adjunto), coordenador de Atividades e Projetos e Gerentes de Projetos.

Cabe lembrar que as atribuições originais do CEPI não foram alteradas. O que mudou foi a forma de trabalho **[EK:234, 235].**

No entanto, o depoimento de Álvaro aponta limites dessa tentativa de inovação no processo de trabalho da primeira fase do CEPI:

Entendendo estas duas áreas como fornecedoras de recursos, nós introduzimos a ideia de matricial, lá em 1989. Só que em 1989 ainda não estava maduro, na verdade esse matricial nunca pegou. Nós tentamos em 1989 e tentamos em 2001 de novo. E não deu certo. Mas por que não deu certo? As coisas nunca dão certo ou dão errado, não é? Ela ficou meio incompleta, porque as pessoas estavam acostumadas com o jeito fragmentado de trabalhar na administração pública brasileira. Há uma frase que quer dizer o que eu estou falando: 'Eu tenho o meu órgão, os meus funcionários e os meus computadores'.

Ou seja, no fundo, o pessoal tem nostalgia daquela estrutura que o Leser desmontou lá atrás. Sabe quem, certamente, tem nostalgia disso? O pessoal do controle de AIDS, que tem muito prestígio na sociedade, poder político e mais recursos, tem a viatura da AIDS, o carro da AIDS, o computador da AIDS. Esse é o jeito hegemônico que predomina. E você não destrói isso numa geração ou duas, só com mudanças muito difíceis de serem feitas. Então, as pessoas não querem dividir nada, porque, se dividirem qualquer coisa , qual será o processo de atribuição

de prioridades? Essa é a discussão. Então foi isso que nós instituímos lá no CEPI, a ideia dos projetos. A gente tem um conjunto de coisas que a gente faz, que você chama de projeto, reúne uma equipe e define uma prioridade. Conforme essa ordem de prioridades é a distribuição de recursos, esses recursos estão guardados na divisão de epidemiologia e na divisão de informação. Na verdade, a Secretaria tentou trabalhar esses conceitos mais modernos de matricial que a empresa privada usa há muito tempo **[AE:20, 21].**

Conforme se pode perceber, as dificuldades em se experimentar a concepção supostamente inovadora se explicitam nas tensões internas ao próprio CEPI.

Alguns projetos que marcaram a trajetória do CEPI

O produto mais importante e efetivo do CEPI, durante sua relativamente curta existência ativa, foi o **delineamento de uma inovadora diretriz de política pública na área de epidemiologia e informação.** Entretanto, em meio às caixas de documentos que permitiram recuperar parte das informações daquele período, encontra-se razoável registro do projeto "Cidade Saudável", que se baseava em experiências internacionais e, especificamente, em parcerias com instituições do Canadá. Percebe-se que esse projeto se articulava com outros (delineados dentro e fora do CEPI) que ganharam relevância, entre os quais se destaca o Projeto "Vigilância à Saúde" e seus vários subprojetos.

Os destaques para tais projetos talvez sirvam mais para revelar o contexto político fecundo e as intencionalidades dos dirigentes do que as ações propriamente ditas, muitas das quais sequer saíram do papel. Fazem-se aqui breves comentários sobre os projetos "Cidade Saudá-

vel", "Raça-cor" e "Saúde Bucal", tendo em vista a quantidade de documentos encontrados e também por terem sido esses os que mais apareceram nos depoimentos dos entrevistados. Associa-se a esse bloco de projetos a tentativa de implementação do Sistema Municipal de Informação em Saúde (SIMIS).

Projetos "Cidade Saudável" e "Vigilância à Saúde"

A consulta aos documentos do período nos informa que a atuação do CEPI foi planejada a partir da delimitação de quatro grandes projetos: "Cidade Saudável", "Vigilância à Saúde", "Movimento Negro" e "Saúde do Idoso".

O projeto "Cidade Saudável" baseava-se em convênio com instituição canadense, com conceito fundado em concepção holística da saúde, conforme podemos supor a partir da leitura de documento intitulado "Cidade Saudável":

"A possibilidade de se alcançar um certo grau de saúde num determinado território, comunidade ou numa cidade tem maiores chances quando se visualiza o entorno com a amplitude necessária e se busca as soluções em conjunto com as áreas capazes de resolver questões que, num primeiro momento, podem parecer isoladas da saúde, mas, avaliando-se com o olhar epidemiológico, podem concretamente resolver os problemas de saúde".[20]

[20] "Cidade Saudável" com data de elaboração estimada entre os anos de 1991 e 1992, elaborado pela equipe do CEPI e disponível no acervo CEInfo.

Como se pode perceber, esse projeto se coadunava com a tal concepção matricial de gestão e pressupunha articulação intersecretarial, com previsível protagonismo da Secretaria de Saúde. Expedito Luna, Eliana Gutierrez, Lenira e Álvaro Escrivão Jr. foram destacados para coordenar esse projeto. Pelo que se pode presumir da leitura instantânea dos documentos disponíveis, o projeto "Cidade Saudável" não chegou a ultrapassar os limites dos poucos eventos realizados e de sua própria divulgação. Porém, como se afirmou acima, vale o destaque revelador de concepções que nortearam os dirigentes daquele órgão de informação. Ademais, é compreensível que projeto desse porte conceitual tenha esbarrado nas estruturas tradicionais administrativas e políticas da época, o que prejudicou o seu encaminhamento efetivo, como se deduz da leitura do referido texto:

"A falta de definição política quanto ao projeto em âmbito da Prefeitura Municipal suspendeu as negociações para o avanço do projeto...".[20]

O "Projeto de Vigilância à Saúde" articulava 12 subprojetos que aqui apenas são citados: 1) Cólera, 2) Dengue, 3) Leptospirose, 4) Raiva, 5) Vigilância Sanitária, 6) Enchentes, 7) Cortiço, 8) Saúde do Trabalhador, 9) Saúde Bucal, 10) Controle de Infecção Hospitalar, 11) Saúde da Mulher e 12) Estrutura para Vigilância à Saúde.[21]

Nas entrevistas colhidas e nos documentos disponíveis não aparecem detalhes sobre esse Projeto. No entanto, observando-se o seu escopo, pode-se fazer algumas inferências.

[21] "Cidade Saudável" com data de elaboração estimada entre os anos de 1991 e 1992, elaborado pela equipe do CEPI e disponível no acervo CEInfo.

A perspectiva matricial de organização para a ação se respaldava na formatação de "projetos" para se combater a verticalização da estrutura. Lembremo-nos dos depoimentos que enfatizam a crítica das estruturas verticalizadas das Secretarias de Saúde no combate às doenças de abrangência endêmica. Por outro lado, tendo em vista a perspectiva de ações práticas (para além da produção de informação), mais uma vez se reforça a inevitabilidade do CEPI em abraçar o espectro de ação voltada para vigilância, não obstante o seu esforço em se constituir em órgão fundamentalmente especializado em produção e análise de informações. Outra vez se levanta a questão: como essas ações fariam a mediação com a Secretaria Estadual de Saúde, então formalmente responsável pelas ações de vigilância?

Quesito Cor

Uma das grandes inovações do Sistema de Informações implantado na época do CEPI foi a introdução do "Quesito Cor", que tratava de diferenciar e destacar as informações de saúde relativas à população negra de São Paulo. Era uma experiência inédita no Brasil, cuja implantação foi muito complicada. Penha Lúcia fala sobre esse primeiro momento:

O nome CEPI foi criação de uma socióloga, Roseli de Oliveira, negra e ativista, que hoje está aqui na Justiça. Ela acolheu o movimento negro que veio com uma reivindicação para o secretário, que era o Eduardo Jorge, para que a gente colocasse o quesito cor, a questão da variável epidemiológica "cor", para o atendimento em saúde. Porque, em cima da questão da etnia, tem todo um viés na política pública que só vai ser eficaz se realmente for vista por aí. E a gente viu que, realmente, essa questão das patologias que mais acometem a população negra muitas vezes passava despercebida. E a gente viu que as ARS's, pelo menos as

periféricas, onde se concentra a maior parte da população negra, acabaram trabalhando com a questão da hipertensão, a questão dos miomas em mulheres, doenças que apareciam mais na população negra e de que antes não se tinha noção. Na Zona Leste, por exemplo, tem um grande contingente de mulheres negras; você ia ao posto de saúde e se "naturalizava" essa questão de mioma, questão da hipertensão, hipertensão na gravidez, não era uma coisa programática, e, no entanto, a grande clientela era a população negra. Então, o movimento negro veio com essa reivindicação de, pelo menos, quantificar, saber quanto tem, o que realmente aparece nessa população **[PL:599, 600].**

A gestão de então abraçou a questão e viabilizou a introdução do "quesito cor" no SIMIS. Mas isso não bastava, afinal, trata-se de questão complexa que não se resolve com medidas administrativas. Conforme admitia Penha Lúcia, *aparentemente parece que é fácil, é só você colocar a questão da variável e proceder à coleta* **[PL:600].** Viu-se que não era bem assim. O problema começava na própria coleta dos dados.

Resolveu-se, então, pela realização de um seminário, que contou com a presença de representantes do IBGE, Fundação SEADE, representantes do Movimento Negro e personalidades como Kabenguele Munanga, Edna Rolan, Gueledés.

E aí, no seminário, o primeiro que foi feito lá, tirou-se que se iria trabalhar com a autoclassificação e o enquadramento nas cinco cores de pele – amarelo, branco, preto, pardo e vermelho, em um primeiro momento vermelho significando populações indígenas, mas, como de vermelho nosso índio não tem nada, então denominou-se povos indígenas. Começamos a trabalhar com isso, mas era muito difícil de pegar esse dado, tivemos que fazer muita sensibilização, sensibilizar o próprio profissional médico, que não tem isso na sua formação e acha que a

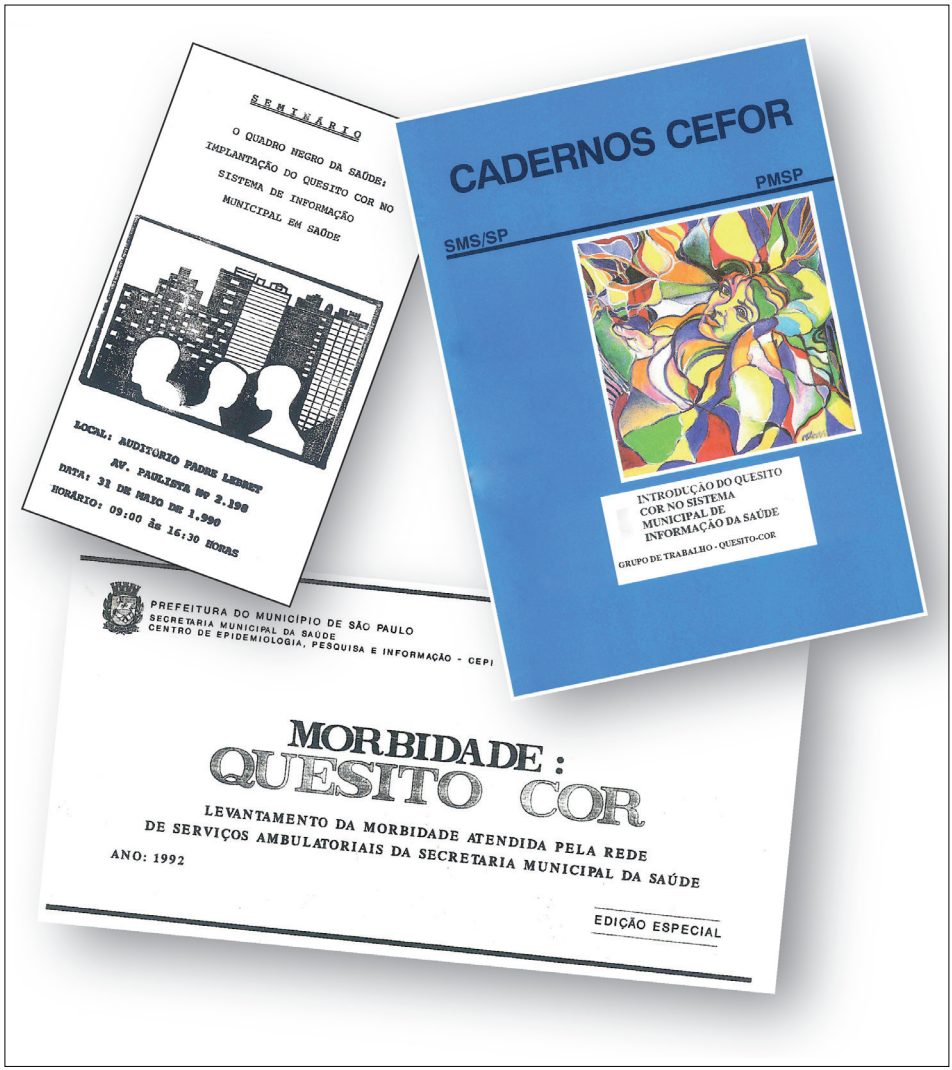
gente está introduzindo mais preconceito ainda; trabalhar com o profissional de saúde, no geral, é muito difícil, porque ele já tem sua própria conceituação, a qual nem passa perto desses problemas. Por outro lado, tem essa população que se vê com a autoestima lá embaixo, aí chega lá num posto e você ainda vai perguntar qual é a sua cor. Tinham aqueles problemas enormes de se autoclassificar; brasileiro só vai pro posto quando está doente, quando está com alguma dor, quando está sentindo alguma coisa, e você ainda vai perguntar a cor? Ele vai logo questionar 'O que isso tem que ver com a dor que eu tô sentindo?'. Era um momento muito difícil, o de coletar esse dado, ter que justificar pro usuário e pro profissional, por isso se criou um grupo de trabalho, do qual eu fui coordenadora, pra fazer essa sensibilização **[PL:601].**

Penha Lúcia relata as enormes dificuldades de sensibilização dos representantes das hierarquias superiores, além dos profissionais de saúde. Segundo ela, houve várias tentativas de exclusão do "quesito cor" do Sistema de Informação e da coleta de morbidade. A resistência nem sempre era explícita, geralmente era velada, não se dizia 'não', mas também não se apoiava, de fato.

Aparecia lá, por exemplo, nos congressos da ABRASCO, e aí o Álvaro incentivava muito a gente a participar e falar qualquer coisa do quesito cor. 'Ah, não! O quesito cor?!...Tem coisas mais importantes, mais significativas'. A gente sempre perdia, eu sempre perdia, até que o Marcos Drummond e a Shin me ajudaram a preparar o caderno. Eu falei: 'Eu preparo o caderno e o seminário também'. Aí o Marcos Drumond e a Shin toparam, trabalharam juntos, saiu o caderno e aí o pessoal se animou mais nas ARS's a levar essa questão pra frente. Mas não é tranquilo **[PL:603].**

Foi elaborado um material de sensibilização e formação, composto por panfletos e uma publicação feita pelo Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde (CEFOR).

Figura 07 - Material produzido pelo CEPI, sobre o quesito cor



Segundo Penha Lúcia, esses esforços surtiram alguns resultados, as ARS's começaram a desenvolver programas voltados à população negra, à questão da hipertensão, da anemia falciforme, e então começou-se a olhar para aquela população. A questão aparece no plano municipal, as vulnerabilidades, a questão da cor que algumas ARS's apontaram lá como vulnerabilidade mesmo, o não acesso, a falta de informação, a questão da etnia, e a gente achou muito legal, porque você não vai levantar o dado, não vai trabalhar uma sensibilização para depois não ver revertido em nada, ficou um bom tempo assim. Essa discussão começou em São Paulo lá em 1992 **[PL:604].**

Penha Lúcia reconhece a dificuldade em se destacar a questão da cor em meio às variáveis socioeconômicas, como pobreza, por exemplo, e fala em superposição de problemas que se abatem sobre os negros. No entanto, mesmo em meio ao fenômeno da pobreza, é fato que o contingente da população negra se destaca e, por isso, tem que haver política pública para enfrentar essa questão.

Projeto de Saúde Bucal

Outro marco importante da política pública induzida pelo CEPI no seu primeiro período foi o Projeto de Saúde Bucal, por ter sido iniciativa pioneira e de grande envergadura nessa área e por ter sido, talvez, entre os subprojetos do "Projeto Vigilância à Saúde", aquele que, de fato, esboçou-se com mais força para além do papel. O relatório "Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação – CEPI",[22] traz as seguintes informações sobre esse projeto:

[22] Extraído do relatório "Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação – CEPI", de novembro de 1992, disponível no acervo CEInfo.

Trabalho de pesquisa com objetivo de verificar o estado de saúde bucal da população da cidade de São Paulo. Seguindo metodologia preconizada pela OMS, o projeto prevê a realização de entrevistas e 6.000 exames odontológicos entre moradores de 90 setores censitários sorteados segundo plano amostral para o município. O projeto conta com equipe de pesquisadores, dentistas e atendentes de consultório dentário (ACD's), treinados especialmente para esta atividade, convocados para prestar serviços junto ao CEPI no período de trabalho de campo. O projeto conta com a consultoria da Professora Eunice Pinho de Castro e Silva, referente ao plano amostral, e da Faculdade de Saúde Pública da USP nas áreas de Epidemiologia e Odontologia Sanitária. Na coordenação do projeto foram alocados 7 técnicos, 4 deles em atividade exclusiva neste trabalho.

A dentista Ana Santoro, que trabalhava em um dos Distritos, foi atuar no Programa, já no final da gestão de Luiza Erundina. *Em 1992, eu vim pro CEPI, que estava se preparando para iniciar o trabalho de campo, no pré-teste do que seria o primeiro levantamento epidemiológico em saúde bucal no município. Foi um levantamento pioneiro, uma iniciativa superlegal. E aí eu fui chamada pra trabalhar neste projeto, eu conhecia as pessoas, teve todo um treinamento para participar desses levantamentos.*

Quem coordenava o levantamento no CEPI era a Regina Marques. Nós éramos um grupo grande de dentistas, todos treinados para ir a campo; o levantamento era de base domiciliar, as unidades na área de amostragem eram baseadas nos setores censitários, tinha um plano amostral muito complexo, muito legal, muito bem feito. A Regina precisava de gente para ajudá-la, ali, in loco, no CEPI, e duas dentistas do grupo, eu e a Tereza, acabamos ficando com ela no CEPI pra ajudar na coordenação do trabalho de campo. Tinha a Lenira, médica, que cuidava da parte da classificação de nível socioeconômico das pessoas

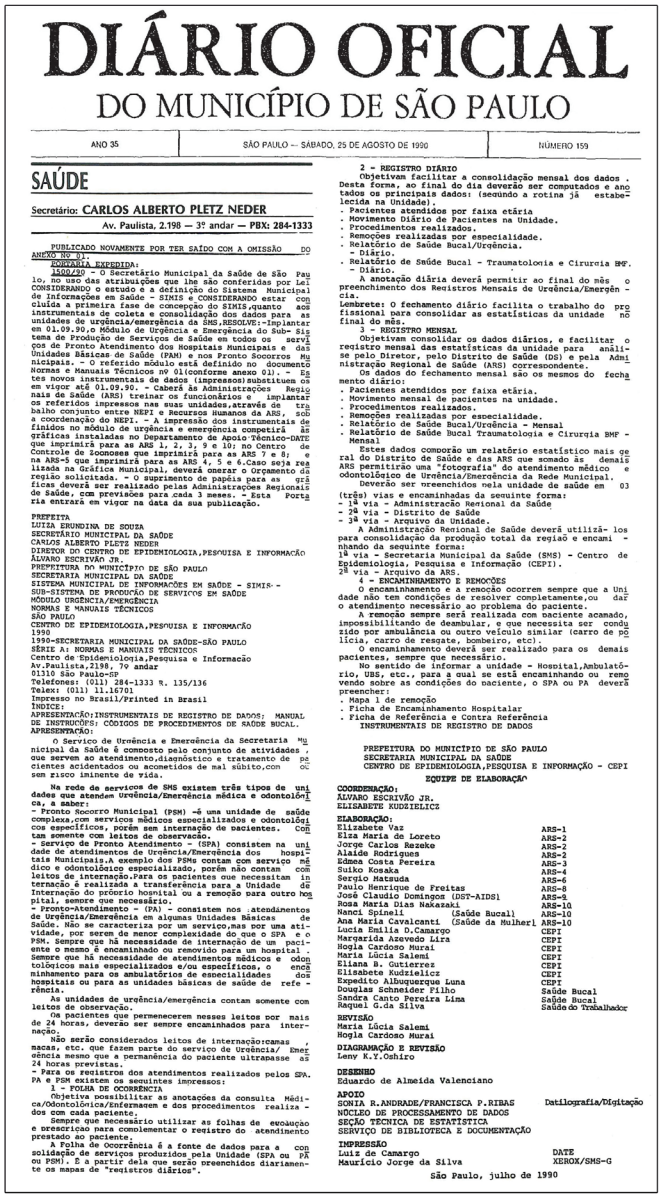
entrevistadas, examinadas no levantamento. Então, a gente tinha uma salinha, no sétimo andar, na Avenida Paulista, e o pessoal chamava a gente de "as bucaleiras" **[=AS:53, 54].**

Santoro lembra que as atividades do Programa eram bem organizadas e documentadas. De fato, entre a documentação recuperada, constam muitos desses levantamentos do Programa de Saúde Bucal que, segundo ela, com a mudança de governo, em 1993, foi suspenso, de forma melancólica e sem muitas explicações.

Primeiro, mudaram as pessoas e toda essa coisa gostosa que existia, integrada, de trabalhar juntos, de conversar, de fazer em conjunto, foi quebrada. Nós, que estávamos lá por um projeto específico, nem sabíamos se o projeto ia continuar ou não. Ficava aquela coisa 'o projeto continua', 'o projeto não continua', 'o que vai acontecer agora?'. Aí, então, ficou uma coisa muito instável, é uma sensação de insegurança muito grande. E aí começaram as mudanças e eu não vou saber te dizer agora quem foi para onde e por quê, foi muita confusão. Eu sei que muda daqui, muda de lá, houve a ruptura, separou CEPI e ASPLAN, como você já deve ter ouvido. Eu lembro que a gente procurava desenvolver algumas atividades de vigilância. Eu e a Tereza, no início, continuamos montando o levantamento de Saúde Bucal, porque definiram que o levantamento de Saúde Bucal deveria continuar, mas no CEPI, não na ASPLAN. Então, nós fomos pra lá e ficamos trabalhando, mas a gente trabalhou tanto, de reelaborar os instrumentos de coleta de dados, fazer cronograma, mandar imprimir os formulários, a gente fez tudo, e quando chegou na hora do levantamento epidemiológico ir pra rua, vetaram. O pessoal da ASPLAN disse que não era pra sair, não sei, prefiro não tocar nesse assunto, é muito desagradável **[AS:56, 58].**

A criação do SIMIS

Figura 08 – Portaria 1500/90 – Implantação do módulo urgência/emergência, do Sistema Municipal de Informações em Saúde (SIMIS).



DIÁRIO OFICIAL
DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

ANO 35 | SÃO PAULO – SÁBADO, 25 DE AGOSTO DE 1990 | NÚMERO 159

SAÚDE

Secretário: CARLOS ALBERTO PLETZ NEDER

Av. Paulista, 2.198 — 3º andar — PBX: 284-1333

PUBLICADO NOVAMENTE POR TER SAÍDO COM A OMISSÃO DO ANEXO Nº 01.

PORTARIA EXPEDIDA:

1500/90 - O Secretário Municipal da Saúde de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por Lei CONSIDERANDO o estudo e a definição do Sistema Municipal de Informações em Saúde - SIMIS e CONSIDERANDO estar concluída a primeira fase de concepção do SIMIS,quanto aos instrumentais de coleta e consolidação dos dados para as unidades de urgência/emergência da SMS,RESOLVE:-Implantar em 01.09.90,o Módulo de Urgência e Emergência do Sub- Sistema de Produção de Serviços de Saúde em todos os serviços de Pronto Atendimento dos Hospitais Municipais e das Unidades Básicas de Saúde (PAM) e nos Pronto Socorros Municipais. - O referido módulo está definido no documento Normas e Manuais Técnicos nº 01(conforme anexo 01). - Estes novos instrumentais de dados (impressos)substituem os em vigor até 01.09.90. - Caberá às Administrações Regionais de Saúde (ARS) treinar os funcionários e implantar os referidos impressos nas suas unidades,através de trabalho conjunto entre NEPI e Recursos Humanos da ARS, sob a coordenação do NEPI. - A impressão dos instrumentais definidos no módulo de urgência e emergência competirá às gráficas instaladas no Departamento de Apoio Técnico-DATE que imprimirá para as ARS 1, 2, 3, 9 e 10; no Centro de Controle de Zoonoses que imprimirá para as ARS 7 e 8; e na ARS-5 que imprimirá para as ARS 4, 5 e 6.Caso seja realizada na Gráfica Municipal, deverá onerar o Orçamento da região solicitada. - O suprimento de papéis para as gráficas deverá ser realizado pelas Administrações Regionais de Saúde, com previsões para cada 3 meses. - Esta Portaria entrará em vigor na data da sua publicação.

PREFEITA
LUIZA ERUNDINA DE SOUSA
SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE
CARLOS ALBERTO PLETZ NEDER
DIRETOR DO CENTRO DE EPIDEMIOLOGIA,PESQUISA E INFORMAÇÃO
ÁLVARO ESCRIVÃO JR.
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
SISTEMA MUNICIPAL DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE - SIMIS -
SUB-SISTEMA DE PRODUÇÃO DE SERVIÇOS EM SAÚDE
MÓDULO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA
NORMAS E MANUAIS TÉCNICOS
SÃO PAULO
CENTRO DE EPIDEMIOLOGIA,PESQUISA E INFORMAÇÃO
1990
1990-SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE-SÃO PAULO
SÉRIE A: NORMAS E MANUAIS TÉCNICOS
Centro de Epidemiologia,Pesquisa e Informação
Av.Paulista,2198, 7º andar
01310 São Paulo-SP
Telefones: (011) 284-1333 R. 135/136
Telex: (011) 11.16701
Impresso no Brasil/Printed in Brasil
ÍNDICE:
APRESENTAÇÃO;INSTRUMENTAIS DE REGISTRO DE DADOS; MANUAL DE INSTRUÇÕES; CÓDIGOS DE PROCEDIMENTOS DE SAÚDE BUCAL.
APRESENTAÇÃO:

O Serviço de Urgência e Emergência da Secretaria Municipal da Saúde é composto pelo conjunto de atividades, que servem ao atendimento,diagnóstico e tratamento de pacientes acidentados ou acometidos de mal súbito,com ou sem risco iminente de vida.

Na rede de serviços de SMS existem três tipos de unidades que atendem Urgência/Emergência médica e odontológica, a saber:
- Pronto Socorro Municipal (PSM) -é uma unidade de saúde complexa,com serviços médicos especializados e odontológicos específicos, porém sem internação de pacientes. Contam somente com leitos de observação.
- Serviço de Pronto Atendimento - (SPA) consistem na unidade de atendimentos de Urgência/Emergência dos hospitais Municipais.A exemplo dos PSMs contam com serviço médico e odontológico especializado, porém não contam com leitos de internação.Para os pacientes que necessitam internação é realizada a transferência para a Unidade de Internação do próprio hospital ou a remoção para outro hospital, sempre que necessário.
- Pronto-Atendimento - (PA) - consistem nos atendimentos de Urgência/Emergência em algumas Unidades Básicas de Saúde. Não se caracteriza por um serviço,mas por uma atividade, por serem de menor complexidade do que o SPA e o PSM. Sempre que há necessidade de internação de um paciente o mesmo é encaminhado ou removido para um hospital. Sempre que há necessidade de atendimentos médicos e odontológicos mais especializados e/ou específicos, o encaminhamento para os ambulatórios de especialidades dos hospitais ou para as unidades básicas de saúde de referência.

As unidades de urgência/emergência contam somente com leitos de observação.

Os pacientes que permenecerem nesses leitos por mais de 24 horas, deverão ser sempre encaminhados para internação.

Não serão considerados leitos de internação:camas, macas, etc. que fazem parte do serviço de Urgência/ Emergência mesmo que a permanência do paciente ultrapasse as 24 horas previstas.
- Para os registros dos atendimentos realizados pelos SPA, PA e PSM existem os seguintes impressos:

1 - FOLHA DE OCORRÊNCIA

Objetiva possibilitar as anotações da consulta Médica/Odontológica/Enfermagem e dos procedimentos realizados com cada paciente.

Sempre que necessário utilizar as folhas de evolução e prescrição para complementar o registro do atendimento prestado ao paciente.

A Folha de Ocorrência é a fonte de dados para a consolidação de serviços produzidos pela Unidade (SPA ou PA ou PSM). É a partir dela que serão preenchidos diariamente os mapas de "registros diários".

2 - REGISTRO DIÁRIO

Objetivam facilitar a consolidação mensal dos dados. Desta forma, ao final do dia deverão ser computados e anotados os principais dados: (seguindo a rotina já estabelecida na Unidade).
. Pacientes atendidos por faixa etária
. Movimento Diário de Pacientes na Unidade.
. Procedimentos realizados.
. Remoções realizadas por especialidade.
. Relatório de Saúde Bucal/Urgência.
- Diário.
. Relatório de Saúde Bucal - Traumatologia e Cirurgia BMF.
- Diário.

A anotação diária deverá permitir ao final do mês o preenchimento dos Registros Mensais de Urgência/Emergência.

Lembrete: O fechamento diário facilita o trabalho do profissional para consolidar as estatísticas da unidade no final do mês.

3 - REGISTRO MENSAL

Objetivam consolidar os dados diários, e facilitar o registro mensal das estatísticas da unidade para análise pelo Diretor, pelo Distrito de Saúde (DS) e pela Administração Regional de Saúde (ARS) correspondente.

Os dados do fechamento mensal são os mesmos do fechamento diário:
. Pacientes atendidos por faixa etária.
. Movimento mensal de pacientes na unidade.
. Procedimentos realizados.
. Remoções realizadas por especialidade.
. Relatório de Saúde Bucal/Urgência - Mensal
. Relatório de Saúde Bucal Traumatologia e Cirurgia BMF - Mensal

Estes dados comporão um relatório estatístico mais geral do Distrito de Saúde e das ARS que somado às demais ARS permitirão uma "fotografia" do atendimento médico e odontológico de Urgência/Emergência da Rede Municipal.

Deverão ser preenchidos pela unidade de saúde em 03 (três) vias e encaminhadas da seguinte forma:
- 1ª via - Administração Nacional da Saúde
- 2ª via - Distrito de Saúde
- 3ª via - Arquivo da Unidade.

A Administração Nacional de Saúde deverá utilizá- los para consolidação da produção total da região e encaminhando da seguinte forma:
1ª via - Secretaria Municipal da Saúde (SMS) - Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação (CEPI).
2ª via - Arquivo da ARS.

4 - ENCAMINHAMENTO E REMOÇÕES

O encaminhamento e a remoção ocorrem sempre que a Unidade não tem condições de resolver completamente,ou daí o atendimento necessário ao problema do paciente.

A remoção sempre será realizada com paciente acamado, impossibilitando de deambular, e que necessita ser conduzido por ambulância ou outro veículo similar (carro de polícia, carro de resgate, bombeiro, etc).

O encaminhamento deverá ser realizado para os demais pacientes, sempre que necessário.

No sentido de informar a unidade - Hospital,Ambulatório, UBS, etc., para a qual se está encaminhando ou removendo sobre as condições do paciente, o SPA ou PA deverá preencher:
. Mapa 1 de remoção
. Ficha de Encaminhamento Hospitalar
. Ficha de Referência e Contra Referência

INSTRUMENTAIS DE REGISTRO DE DADOS

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CENTRO DE EPIDEMIOLOGIA,PESQUISA E INFORMAÇÃO - CEPI

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

COORDENAÇÃO:
ÁLVARO ESCRIVÃO JR.
ELISABETE KUDZIELICZ

ELABORAÇÃO:

Elizabete Vaz	ARS-1
Elza Maria de Loreto	ARS-2
Jorge Carlos Rezeke	ARS-2
Alaide Rodrigues	ARS-2
Edmea Costa Pereira	ARS-3
Suiko Kosaka	ARS-4
Sergio Matsuda	ARS-6
Paulo Henrique de Freitas	ARS-8
José Claudio Domingos (DST-AIDS)	ARS-8
Rosa Maria Dias Nakazaki	ARS-10
Nanci Spineli (Saúde Bucal)	ARS-10
Ana Maria Cavalcanti (Saúde da Mulher)	ARS-10
Lucia Emilia D.Camargo	CEPI
Marzarida Azevedo Lira	CEPI
Hogla Cardoso Nurai	CEPI
Maria Lúcia Salemi	CEPI
Eliana B. Gutierrez	CEPI
Elisabete Kudzielicz	CEPI
Expedito Albuquerque Luna	CEPI
Douglas Schneider Filho	Saúde Bucal
Sandra Canto Pereira Lima	Saúde Bucal
Raquel G.da Silva	Saúde do Trabalhador

REVISÃO
Maria Lúcia Salemi
Hogla Cardoso Nurai

DIAGRAMAÇÃO E REVISÃO
Leny K.Y.Oshiro

DESENHO
Eduardo de Almeida Valenciano

APOIO
SONIA R.ANDRADE/FRANCISCA P.RIBAS — Datilografia/Digitação
NÚCLEO DE PROCESSAMENTO DE DADOS
SEÇÃO TÉCNICA DE ESTATÍSTICA
SERVIÇO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO

IMPRESSÃO
Luiz de Camargo — DATE
Maurício Jorge da Silva — XEROX/SMS-G

São Paulo, julho de 1990

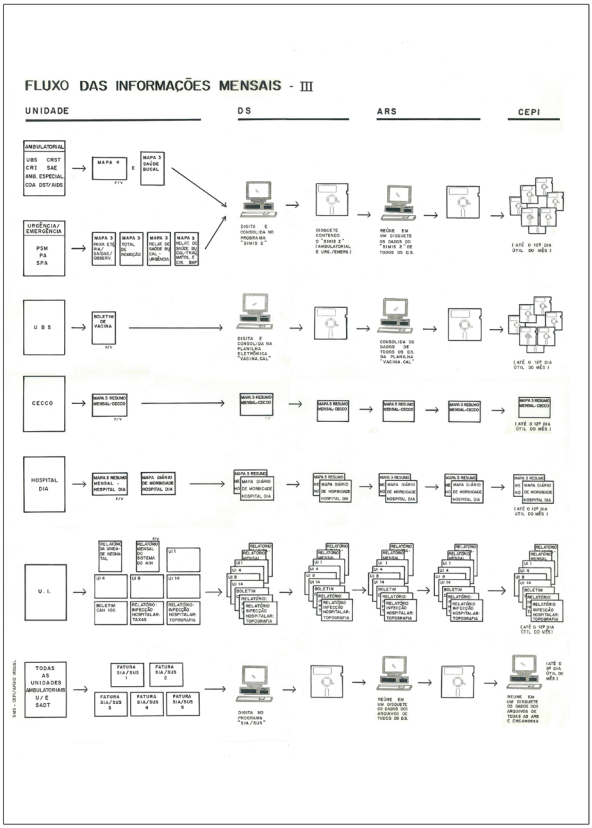
Porém, de todos os produtos elaborados no primeiro período do CEPI, sem dúvidas, o Sistema Municipal de Informação em Saúde de São Paulo (SIMIS) foi o mais importante, por se tratar de ferramenta fundamental para se produzir **informações articuladas de forma sistêmica** e auxiliar na formulação de diagnósticos com caráter mais holístico. Abrigado na área chamada de "Epidemiologia de Serviços", para Elisabete Kudzielicz, as diretrizes do SIMIS visavam à descentralização, unificação e democratização dos dados e informações **[EK:12=239]**. Ainda segundo ela, as principais metas na construção do SIMIS foram: **[EK:12=238].**

- *trabalhar para a criação de uma base de dados que refletisse a saúde da população de São Paulo;*
- *promover e possibilitar a avaliação quantitativa e qualitativa das ações desenvolvidas nos diferentes níveis estruturais, através do estabelecimento prévio de indicadores;*
- *definir recursos para a provisão e processamento da informação, sua interpretação e sua aplicação ao planejamento e gerência dos serviços;*
- *conduzir levantamentos e pesquisas sobre condições de vida e saúde, necessidades de saúde, problemas e risco na comunidade e demanda e oferta de serviços;*
- *capacitar os profissionais para o acesso e uso da informação através de cursos, seminários, treinamentos e outros.*

A estruturação de serviço eficiente de informações epidemiológicas sustentadas pelo aporte das ferramentas de tecnologia da informação (à época em fase de absorção e implantação) seria de importância

capital e estratégica para um projeto de atenção à saúde focado, de fato, nos problemas da população de São Paulo. O SIMIS objetivava favorecer o conhecimento epidemiológico do município por regiões; facilitar a avaliação quantitativa e qualitativa dos serviços prestados; subsidiar gestores e estruturas participativas (Conselhos, movimentos e entidades) com dados e informações referentes à administração de recursos humanos, materiais e financeiros da SMS.

Figura 09 – Fluxograma mensal do Sistema Municipal de Informações em Saúde (SIMIS)[23]



[23] Imagem obtida do acervo CEInfo, que exemplifica o fluxo das informações de 1991 a 1993.

Não há dúvidas de tratar-se de projeto ambicioso, principalmente se pensarmos nos parcos recursos informacionais da época. Ademais, a implantação de sistema unificado de informações requer muito mais que quesitos técnicos, pois isso interfere diretamente nas várias compartimentações e territorializações[24] dos setores, dos diferentes ofícios e dos grupos de interesses, todos eles politicamente cristalizados nas políticas públicas. Prova disso é que até os dias de hoje a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo se ressente da falta de um sistema unificado de informações.

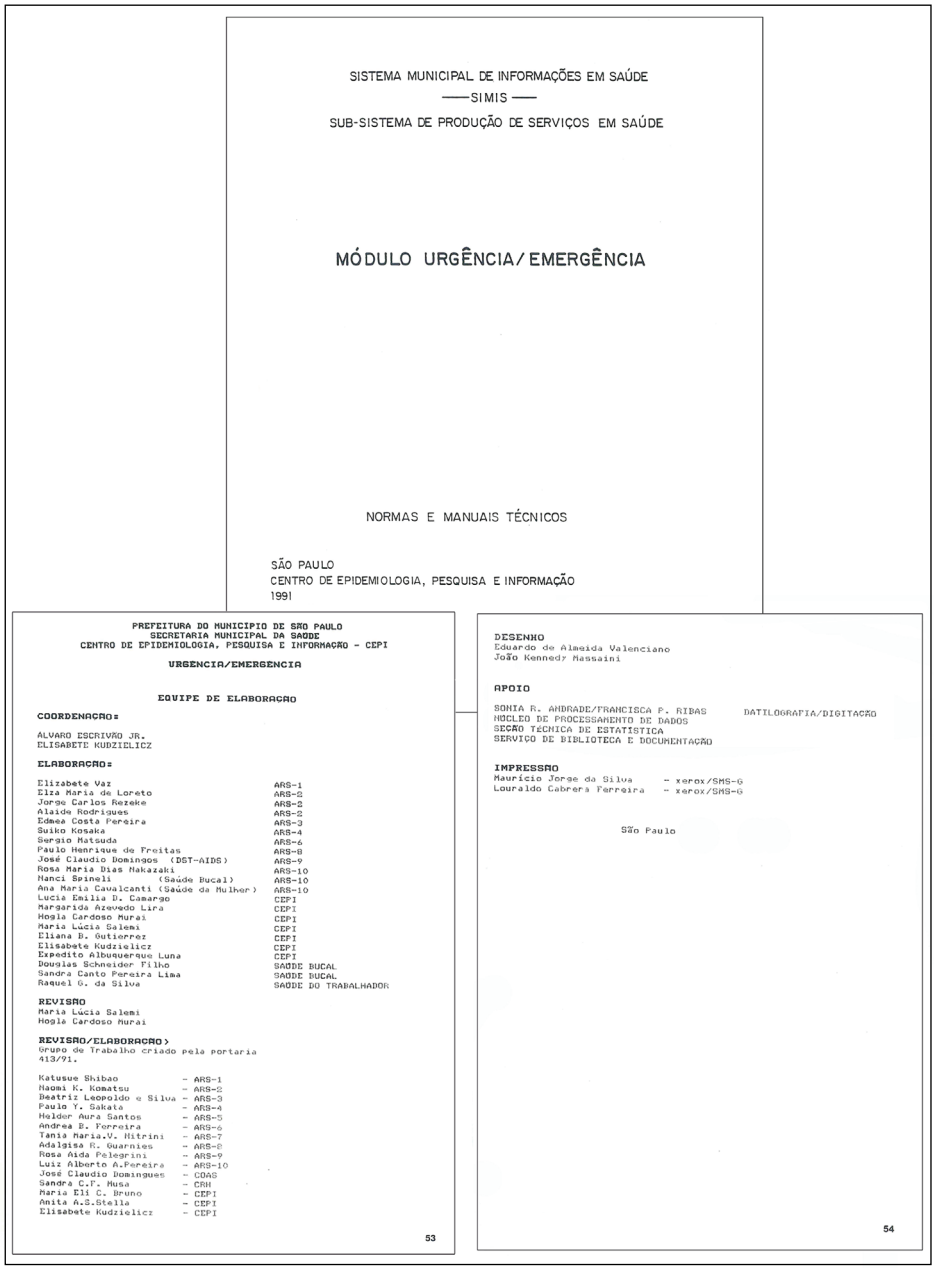
O SIMIS era composto de vários "Módulos": "Módulo Urgência/Emergência"; "Módulo Ambulatorial"; "Módulo Unidade de Internação"; "Módulo Morbidade Ambulatorial"; "Módulo Atendimento Pré-Hospitalar"; "Módulo Apoio Diagnóstico e Terapêutico" e os Projetos "Estatística de Supervisão das Divisões de Controle de Abastecimento (SUDICA)"[25] e "SIMIS/Zoonoses".[26]

[24] Esse termo, derivado de conceitos da geografia, dá ênfase à politização dos espaços fragmentados das repartições da burocracia, que, além de compartimentados, sofrem interferências das disputas dos vários poderes. Dito de modo mais explícito: os setores são técnica e politicamente demarcados, por indivíduos e/ou grupos.

[25] SUDICA: Supervisão das Divisões de Controle de Abastecimento, conforme documento intitulado "Vigilância à Saúde" elaborado pelo CEPI em dezembro de 1992, disponível no acervo CEInfo.

[26] Extraído do relatório "Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação – CEPI", de novembro de 1992, disponível no acervo CEInfo.

Figura 10 – Normas e Manuais Técnicos do Módulo de Urgência e Emergência – Sistema de Informações em Saúde (SIMIS), 1991.



SISTEMA MUNICIPAL DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE
——SIMIS ——
SUB-SISTEMA DE PRODUÇÃO DE SERVIÇOS EM SAÚDE

MÓDULO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

NORMAS E MANUAIS TÉCNICOS

SÃO PAULO
CENTRO DE EPIDEMIOLOGIA, PESQUISA E INFORMAÇÃO
1991

PREFEITURA DO MUNICIPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CENTRO DE EPIDEMIOLOGIA, PESQUISA E INFORMAÇÃO - CEPI

URGENCIA/EMERGENCIA

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

COORDENAÇÃO:

ALVARO ESCRIVÃO JR.
ELISABETE KUDZIELICZ

ELABORAÇÃO:

Elizabete Vaz	ARS-1
Elza Maria de Loreto	ARS-2
Jorge Carlos Rezeke	ARS-2
Alaide Rodrigues	ARS-2
Edmea Costa Pereira	ARS-3
Suiko Kosaka	ARS-4
Sergio Matsuda	ARS-6
Paulo Henrique de Freitas	ARS-8
José Claudio Domingos (DST-AIDS)	ARS-9
Rosa Maria Dias Nakazaki	ARS-10
Nanci Spineli (Saúde Bucal)	ARS-10
Ana Maria Cavalcanti (Saúde da Mulher)	ARS-10
Lucia Emilia D. Camargo	CEPI
Margarida Azevedo Lira	CEPI
Hogla Cardoso Murai	CEPI
Maria Lucia Salemi	CEPI
Eliana B. Gutierrez	CEPI
Elisabete Kudzielicz	CEPI
Expedito Albuquerque Luna	CEPI
Douglas Schneider Filho	SAÚDE BUCAL
Sandra Canto Pereira Lima	SAÚDE BUCAL
Raquel G. da Silva	SAÚDE DO TRABALHADOR

REVISÃO
Maria Lucia Salemi
Hogla Cardoso Murai

REVISÃO/ELABORAÇÃO:
Grupo de Trabalho criado pela portaria 413/91.

Katsuse Shibao	- ARS-1
Naomi K. Komatsu	- ARS-2
Beatriz Leopoldo e Silva	- ARS-3
Paulo Y. Sakata	- ARS-4
Helder Aura Santos	- ARS-5
Andrea B. Ferreira	- ARS-6
Tania Maria.V. Mitrini	- ARS-7
Adalgisa R. Guarnies	- ARS-8
Rosa Aida Pelegrini	- ARS-9
Luiz Alberto A.Pereira	- ARS-10
José Claudio Domingues	- COAS
Sandra C.F. Musa	- CRH
Maria Elí C. Bruno	- CEPI
Anita A.S.Stella	- CEPI
Elisabete Kudzielicz	- CEPI

53

DESENHO
Eduardo de Almeida Valenciano
João Kennedy Nassaini

APOIO

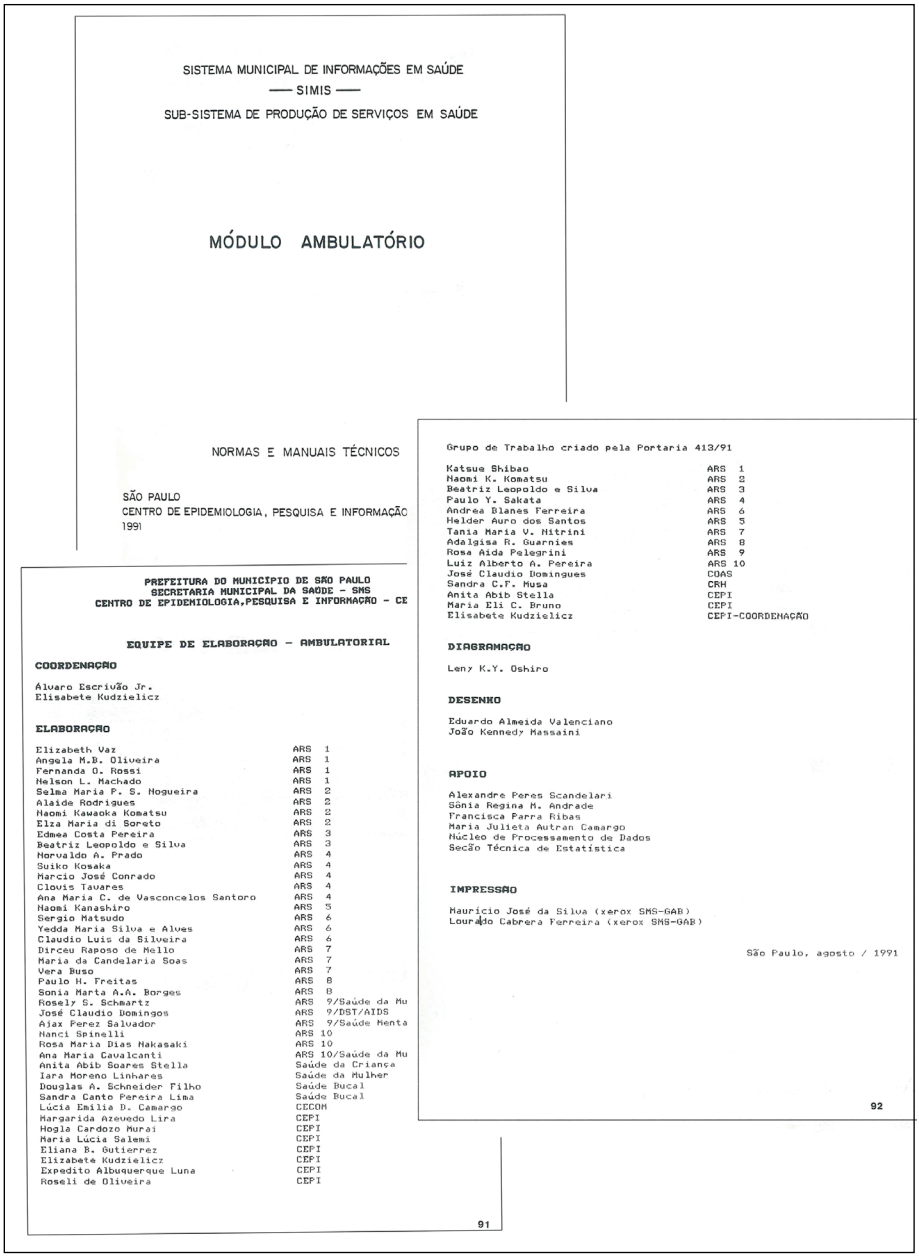
SONIA R. ANDRADE/FRANCISCA P. RIBAS — DATILOGRAFIA/DIGITAÇÃO
NÚCLEO DE PROCESSAMENTO DE DADOS
SEÇÃO TÉCNICA DE ESTATISTICA
SERVIÇO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO

IMPRESSÃO
Maurício Jorge da Silva - xerox/SMS-G
Louraldo Cabrera Ferreira - xerox/SMS-G

São Paulo

54

Figura 11 – Normas e Manuais Técnicos do Módulo Ambulatório – Sistema de Informações em Saúde (SIMIS), 1991.



SISTEMA MUNICIPAL DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE
— SIMIS —
SUB-SISTEMA DE PRODUÇÃO DE SERVIÇOS EM SAÚDE

MÓDULO AMBULATÓRIO

NORMAS E MANUAIS TÉCNICOS

SÃO PAULO
CENTRO DE EPIDEMIOLOGIA, PESQUISA E INFORMAÇÃO
1991

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SMS
CENTRO DE EPIDEMIOLOGIA,PESQUISA E INFORMAÇÃO - CE

EQUIPE DE ELABORAÇÃO - AMBULATORIAL

COORDENAÇÃO

Álvaro Escrivão Jr.
Elisabete Kudzielicz

ELABORAÇÃO

Elizabeth Vaz	ARS 1
Angela M.B. Oliveira	ARS 1
Fernanda O. Rossi	ARS 1
Nelson L. Machado	ARS 1
Selma Maria F. S. Nogueira	ARS 2
Alaide Rodrigues	ARS 2
Naomi Kawaoka Komatsu	ARS 2
Elza Maria di Soreto	ARS 2
Edmea Costa Pereira	ARS 3
Beatriz Leopoldo e Silva	ARS 3
Norvaldo A. Prado	ARS 4
Suiko Kosaka	ARS 4
Marcio José Conrado	ARS 4
Clouis Tavares	ARS 4
Ana Maria C. de Vasconcelos Santoro	ARS 4
Naomi Kanashiro	ARS 5
Sergio Matsudo	ARS 6
Yedda Maria Silva e Alves	ARS 6
Claudio Luiz da Silveira	ARS 6
Dirceu Raposo de Mello	ARS 7
Maria da Candelaria Soas	ARS 7
Vera Buso	ARS 7
Paulo H. Freitas	ARS 8
Sonia Marta A.A. Borges	ARS 8
Rosely S. Schwartz	ARS 9/Saúde da Mu
José Claudio Domingos	ARS 9/DST/AIDS
Ajax Perez Salvador	ARS 9/Saúde Menta
Nanci Spinelli	ARS 10
Rosa Maria Dias Nakasaki	ARS 10
Ana Maria Cavalcanti	ARS 10/Saúde da Mu
Anita Abib Soares Stella	Saúde da Criança
Iara Moreno Linhares	Saúde da Mulher
Douglas A. Schneider Filho	Saúde Bucal
Sandra Canto Pereira Lima	Saúde Bucal
Lúcia Emília D. Camargo	CECOM
Margarida Azevedo Lira	CEPI
Hogla Cardozo Murai	CEPI
Maria Lúcia Salemi	CEPI
Eliana B. Gutierrez	CEPI
Elizabete Kudzielicz	CEPI
Expedito Albuquerque Luna	CEPI
Roseli de Oliveira	CEPI

91

Grupo de Trabalho criado pela Portaria 413/91

Katsue Shibao	ARS 1
Naomi K. Komatsu	ARS 2
Beatriz Leopoldo e Silva	ARS 3
Paulo Y. Sakata	ARS 4
Andrea Blanes Ferreira	ARS 6
Helder Auro dos Santos	ARS 5
Tania Maria V. Nitrini	ARS 7
Adalgisa R. Guarnies	ARS 8
Rosa Aida Pelegrini	ARS 9
Luiz Alberto A. Pereira	ARS 10
José Claudio Domingues	COAS
Sandra C.T. Musa	CRH
Anita Abib Stella	CEPI
Maria Eli C. Bruno	CEPI
Elisabete Kudzielicz	CEPI-COORDENAÇÃO

DIAGRAMAÇÃO

Leny K.Y. Oshiro

DESENHO

Eduardo Almeida Valenciano
João Kennedy Massaini

APOIO

Alexandre Peres Scandelari
Sônia Regina M. Andrade
Francisca Parra Ribas
Maria Julieta Autran Camargo
Núcleo de Processamento de Dados
Seção Técnica de Estatística

IMPRESSÃO

Maurício José da Silva (xerox SMS-GAB)
Lourdo Cabrera Ferreira (xerox SMS-GAB)

São Paulo, agosto / 1991

92

Maria Eli e Penha Lúcia, que já trabalhavam na área de informação e de estatística na SHS, antes da gestão de Erundina, dizem-se responsáveis diretas pela efetivação da implantação do SIMIS. Os primeiros momentos de implantação do Sistema aparecem narrados na visão peculiar de Maria Eli:

Quando eu voltei pra Saúde, não tinha lugar, porque o DSC não existia mais. Então fiquei nesse setor dos Programas junto com o pessoal que começou a desenhar a ideia do CEPI com a parte de informação e a parte de epidemiologia. Aí o Álvaro precisava de gente que entendesse, porque a Secretaria, havia dois anos, praticamente tinha perdido todos os dados, coisa que jamais tinha acontecido. E o Ministério da Saúde precisava dos dados, por isso eles foram atrás de algumas pessoas que conheciam bem essa parte de informação das áreas. Então, acharam a Dra. Anita Estela e eu, e nós fomos pro CEPI a convite do Álvaro [...]. Nós fizemos o SIMIS, eu e a Anita conhecíamos a Penha, conhecíamos mais duas ou três pessoas que trabalhavam na estatística e aí a gente disse pro Álvaro: 'Nós queremos elas aqui conosco pra fazer isso'; de início ele titubeou, mas aí acertou, e nós nos enfiamos em uma sala, durante seis meses, pegamos todos os papéis e fomos criando instrumentais para as pessoas preencherem lá no nível local, instrumentos mesmo, folha de rosto, formulários, tudo; criamos um formulário, que deu origem a outro, o qual foi consolidado no terceiro, que veio pra gente. [...] **[ME:532, 533].**

Durante uns seis meses nós ficamos fazendo isso, e aí criamos, realmente, um sistema de informação, desde a FO (Folha de Ocorrência), que atendia no hospital e no pronto-socorro, até o que encerrava no prontuário, tanto no hospital como na unidade básica de saúde, porque a gente precisava também resolver se era prontuário

familiar, se era prontuário individual, como é que a gente organizava. A gente tinha grande experiência, porque já tínhamos feito essas coisas anteriormente, muita coisa a gente reaproveitou, embora eles negassem, a gente reaproveitou. Óbvio que a gente precisou colocar novas coisas, porque aí já veio o SUS, já veio o financiamento, e nós tivemos que lidar também com aqueles dados que iam ser colocados, iam ser transformados na tabela SUS. [...] Então, foi um período de muito trabalho, do qual nasceu o SIMIS, informatizado dentro das possibilidades daquela época. E aí o PT se apropriou do SIMIS, e com razão, porque o espaço lá era do Álvaro, e foi sendo colocado, a gente foi consolidando, foi vendo as consistências, teve muita coisa que a gente precisou mudar ao longo do projeto, mas continuamos lá estruturando o CEPI **[ME:534, 535].**

No seu depoimento, Lan Hee afirma ter integrado a equipe do CEPI já no final da gestão Erundina, e teria sido uma das responsáveis pela viabilização do SIMIS, do ponto de vista tecnológico:

Dei suporte tecnológico, de ajudar a formar o modelo, porque quem pensa a informação ou quem consolida não tem necessariamente o conhecimento se isso é possível técnica ou tecnologicamente. Então, eu fazia essa coesão. Eu pegava a ferramenta e transformava em modelos viáveis, em que eles pudessem capturar essa informação **[LH:376].**

Entre os documentos resgatados pela CEInfo estão os Módulos do SIMIS e outros de conteúdo propositivo e estruturante. Há também registros de outra versão de sistema, chamado de "SIGS" (Sistema de Informações Gerenciais da Saúde).

A questão da "Vigilância" no CEPI

O trinômio Epidemiologia/Informação/Vigilância é, sem sombra de dúvidas, o tema mais polêmico e verdadeiro divisor de águas no debate de formação e estruturação desse órgão que se conformou no escopo da atual CEInfo. De fato, a forma como esses conceitos se relacionam, combinam-se e se consubstanciam em práticas e estruturas administrativas pode ter resultantes bastante diversificadas. Quando o CEPI é criado em 1989, vigia um modelo, em nível nacional e estadual, em que a epidemiologia se centrava fortemente no aspecto da vigilância e estas produziam informações com caráter bem funcional, visando o combate aos surtos, endemias e epidemias e o controle de doenças de notificação compulsória.

A primeira grande novidade com a criação do CEPI é justamente a ruptura com esse modelo hegemônico, em que a informação adquire caráter estratégico e sequer se previa a assunção das ações no campo da vigilância. Em 1989, as atividades de vigilância epidemiológica e sanitária estavam na alçada da Secretaria de Estado da Saúde, cabendo a fiscalização de alimentos à Secretaria Municipal de Abastecimento. A implantação do SUS implicava esforços de municipalização desses serviços, mas, no primeiro momento, não teria havido interesse por parte daqueles que conceberam a criação do CEPI em incorporar na sua estrutura as ações de coordenação dessa área, por questões de concepção do novo modelo.

Por um lado, o processo de municipalização dos serviços de saúde foi gradual e difícil. O documento *As atividades do CEPI – documento preliminar, de setembro de 1989, preconiza o processo de municipalização da Vigilância:*

Ainda com a perspectiva da constituição de um sistema único de saúde, com "direção, única em cada nível de governo", isto é, a municipalização dos serviços de saúde, coloca-se a incorporação de uma série de ações de saúde coletiva, hoje sob a responsabilidade da rede estadual. As atividades de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, imunização devem ser incorporadas ao sistema de saúde municipalizado.[27]

Entretanto, romper com esse modelo hegemônico não seria tarefa fácil. Tanto assim que, dentro do próprio CEPI, instalou-se uma tensão inicial em relação à adoção ou não dos serviços de vigilância no órgão ao qual se atribuía a função precípua de informação epidemiológica com caráter estratégico. No relato de Expedito Luna aparece a ideia de que o serviço de vigilância não estaria previsto para ser incorporado ao CEPI, pelo menos no primeiro momento:

A minha área de atuação sempre foi muito mais a área de doenças transmissíveis. No início, na formulação do Álvaro, ele achava que não deveria existir essa área de vigilância epidemiológica, controle de doenças, no nível central, isso era uma atividade da rede, assim como a consulta médica ou cirurgia; ele achava que não tinha necessidade de haver um polo central para essa questão. Então, acho que, no primeiro momento, eu atuei em várias coisas e essa área sempre estava aparecendo, sendo demandada externamente ao município, ou seja, do nível estadual principalmente, do nível federal e também da própria rede, que sentia necessidade de se organizar e de se articular; e havia também a questão do centro de controle de zoonoses, que tinha o diretor que se colocava em oposição à gestão que tinha assumido. Então, acho

[27] Trecho extraído do documento intitulado "Atividades do CEPI – Documento Preliminar", de setembro de 1989, disponível no acervo CEInfo.

que já no primeiro semestre dessa formulação inicial, com uma área no nível central, municipal, de vigilância e controle de doenças, viu-se que ela não podia funcionar desse jeito; se a gente não entrasse nisso, outro polo de poder ia ser criado para dar conta da demanda interna e externa. E a gente, até pela nossa experiência, principalmente minha e da Eliana Gutierrez, que também era dessa área de doenças transmissíveis, começou a investir nisso e acabou incorporando esse elemento de vigilância às atividades do CEPI **[EL:242, 243].**

Já no meio do mandato de Luiza Erundina, o CEPI acabou agregando essa função, conforme podemos constatar no próprio depoimento de Luna:

Acabamos organizando essa área de vigilância, epidemiologia e controle de doenças transmissíveis. Agregaram-se mais algumas pessoas, a Shin, a Lenira, a Hogla, que mexia com vacinas, com imunização; já no último ano de governo veio a incorporação da área da vigilância sanitária que ficava na Secretaria de Abastecimento, no último ano da Erundina. Quer dizer, a vigilância era uma coisa que a gente já discutia e defendia internamente desde o começo, que não havia sentido uma ação de saúde dentro do abastecimento, algo que servia somente para corrupção, para pequena corrupção.

Acho que tinha um peso muito grande dentro do processo de decisão da gestão petista, e essa decisão acabou sendo tomada nos últimos seis meses, nem no último mês, nos últimos seis meses **[EL:243].**

De fato, pode-se conferir nos documentos oficiais do CEPI datados de 1992, que uma das quatro áreas de ação do órgão era, justamente, a Vigilância à Saúde, que gerenciava vários projetos: Projeto "Vigilância das Doenças de Notificação Compulsória e Controle das Atividades de Imunização"; Projeto "Controle de Zoonoses e Vetores"; Projeto

"Vigilância Sanitária de Alimentos", que foi incorporada à SMS em 1992; Projeto "Sistema Municipal de Vigilância à Saúde"; Projeto "Cooperação Técnica São Paulo-Toronto", de intercâmbio de Vigilância à Saúde; e o Projeto "Novas Abordagens de Vigilância à Saúde", referente à vigilância do óbito, vigilância da mortalidade materna, entre outros. Além desses, havia os "Projetos Especiais", que abrigavam "projetos e atividades de duração limitada, como o 'Projeto Cólera' e o 'Projeto Rubéola'".[28,29]

Possivelmente, diante da inevitabilidade de incorporação das ações de Vigilância ao CEPI, busca-se o desenvolvimento do conceito de "Vigilância à Saúde" como forma de se demarcar práticas distintas ao modelo em voga, em âmbito nacional, de epidemiologia restrita à Vigilância Epidemiológica. Os documentos de fundamentação da política de saúde do final da gestão de Luiza Erundina destacam a fragmentação das ações de Vigilância e procuram desenvolver o conceito de Vigilância à Saúde:

No nosso país, a área de "Vigilância Sanitária" caracterizou-se por uma organização institucional extremamente fragmentada, com a existência de dezenas de órgãos públicos envolvidos com "pedaços" da Vigilância, e por uma ação pontual, ineficaz e burocrática.[29]

Mais adiante, o mesmo documento define:

Assim, entende-se a VIGILÂNCIA À SAÚDE enquanto um conjunto de práticas de informação/ação, visando o conhecimento e intervenção

[28] Relatório "Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação – CEPI", de novembro de 1992, disponível no acervo CEInfo.
[29] Extraído do documento intitulado "Vigilância à Saúde", de autoria da equipe do CEPI em dezembro de 1992, disponível no acervo CEInfo.

sobre determinados agravos à saúde considerados prioritários, e que se integra, através das programações, às demais atividades desenvolvidas pelo setor saúde. Assim, a VIGILÂNCIA À SAÚDE incorpora as tradicionais ações de vigilância epidemiológica e sanitária, mas não se restringe a elas, buscando a utilização do instrumental da "vigilância" no controle de outros problemas de saúde elencados enquanto prioritários.[29]

Esse alargamento do conceito de Vigilância se desdobrava em vários Projetos, alguns dos quais baseados em cooperações internacionais, principalmente com instituições italiana (no COAS) e canadense (no CEPI), que culminou com esta última no projeto chamado de "Cidade Saudável". Além da tentativa de reconceituação de Vigilância, as ações propriamente ditas eram desenvolvidas em forma de "Projetos" que visavam à integração das ações. Em junho de 1992, mediante decreto,[30] (SÃO PAULO, 1992) chegou-se a criar o Sistema Municipal de Vigilância à Saúde – SMVS, "com o objetivo de formulação de políticas públicas integradas, tendo como eixo a qualidade de vida e a saúde da população. Segundo documento intitulado "Vigilância à Saúde" datado de dezembro de 1992, *"com a criação do SMVS, foi possível a transferência para a SMS das atividades de vigilância sanitária de alimentos..."* .[31]

Conforme documento intitulado "Contribuições para a discussão sobre vigilância à saúde na Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo" datado de outubro de 1992, o SMVS não se configuraria *enquanto uma estrutura de serviços organizacionais hierarquizados, mas requeria um sentido de organicidade e integração capaz de compatibilizar*

[30] Decreto 31.723, de 15 de junho de 1992, publicado no Diário Oficial do Município de São Paulo.
[31] "Vigilância à Saúde", de autoria do CEPI em dezembro de 1992, disponível no acervo CEInfo.

as Políticas Gerais do Governo, o planejamento estabelecido no Sistema Local de Saúde (SILOS), bem como incorporar as estruturas e competências dos atuais serviços de vigilância ligados a outros órgãos do governo.[32]

Entretanto, sobre as funções do CEPI originário, Marcos Drumond é enfático:

O CEPI não se destaca pelo que ele fez na Vigilância, ele se destaca pelo que fez pela gestão do SUS municipal. Por isso é que é o pai da CEInfo, porque o pedaço Vigilância foi pra a COVISA **[MD:=424].** De qualquer forma, sob tais circunstâncias, parecia inevitável a incorporação pelo CEPI das funções de Vigilância, pois seria improvável que a Secretaria criasse nova estrutura que as abrigasse. Além do mais, a formação dos epidemiologistas, muitos deles no CEPI, era voltada exatamente para a prática da Vigilância. De fato, a Secretaria Municipal de Saúde, ainda na gestão de Luiza Erundina, de modo pioneiro, criou o Sistema Municipal de Vigilância à Saúde como forma de articular as várias ações de vigilância que abrangia diversas secretarias. Entretanto, o referido decreto que instituiu a SMVS e delegou à Secretaria de Saúde a coordenação do sistema, não chegou a ser regulamentado e não definiu quem seriam os responsáveis da SMS a assumir essa função, que, dificilmente, estaria à cargo de pessoas de fora do CEPI.

Concepção epidemiológica não hegemônica

Vimos que a avaliação de Maria Eli destaca a produção de dados existente antes do CEPI e como o trabalho estatístico fora apropriado

[32] "Contribuições para a discussão sobre vigilância à saúde na Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo", elaborado por Grupo de Trabalho da Organização do Seminário "Vigilância à Saúde", datado de outubro de 1992, disponível no acervo CEInfo.

e remodelado na gestão iniciada em 1989. Ainda que, aparentemente, o CEPI tenha alterado de forma significativa o padrão de atuação anteriormente vigente, quando a Secretaria tinha a sigla SHS, é razoável se pensar que a grande inovação proposta se encontrava na concepção de epidemiologia que guiava os novos gestores. Essa concepção se explicita em vários documentos elaborados nos dois primeiros anos de implantação do CEPI. O documento intitulado "Levantamento da informação na Secretaria Municipal de Saúde", de dezembro de 1989, expunha a situação da informação nesta Secretaria, onde aparecem alguns dos pressupostos que orientavam os gestores, com crítica ao sistema de informação vigente. Segundo esse documento, os sistemas de informação:

- *eram voltados para o atendimento médico, mensurando a produção dos serviços prestados e não permitindo análises das práticas realizadas;*
- *baseavam-se na experiência do administrador, nas pressões políticas, nas emergências do momento, em informação mínima e em estimativas grosseiras de necessidades de recursos;*
- *reforçavam uma atenção voltada à doença, desligada do contexto social e restrita à instituição, sem elos e integração na produção e análise dos dados e informações;*
- *tinham profissionais que trabalhavam a coleta dos dados, mas raramente conheciam os resultados*

> *obtidos com a análise deles; a informação não era devolvida para o profissional e nem voltada para a melhoria da prática; muito menos para a população e para a intervenção da gestão da saúde.*[33]

Assim, a nova gestão se propunha a reverter aquele quadro, integrando a informação à pesquisa e à epidemiologia:

Essa inversão se dá na medida em que a epidemiologia tem como embasar a criação de mecanismos de busca de informações sobre os determinantes da saúde e das doenças existentes na população. Ela pode também contribuir no estabelecimento de prioridades, alocação de recursos baseada nas necessidades de saúde da população e avaliação do impacto dos serviços de saúde. [34]

Expedito Luna comenta algumas inovações representadas pelo CEPI:

Eu acho que trouxe essa tentativa de integrar a questão da produção de informações com a análise epidemiológica, o que não é comum, ainda mais naquela época, 20 anos atrás, quando o computador ainda era um fetiche; havia aquela salinha especial do computador, não era cada indivíduo que manejava o seu, então tinha muito essa divisão: uns produziam a informação e outros a analisavam. O CEPI tentou quebrar isso. Acho que teve a inovação do PRO-AIM, que aconteceu já no início, um sistema criado para captar a informação de mortalidade em tempo real, a partir do momento em que ela acontecesse; isso também foi inovador. Creio também que a montagem da rede de NEPI's, que estavam

[33] Documento intitulado "Levantamento da informação na Secretaria Municipal de Saúde", elaborado pela equipe da Divisão de Informação / CEPI / SMS-SP, datado de setembro de 1989, disponível no acervo CEInfo.
[34] Trecho extraído do documento "Atividades do CEPI...", de setembro de 1989, disponível no acervo CEInfo

espalhados pela cidade, cuidando de vigilância epidemiológica e do controle de doenças transmissíveis, mas cuidando também da parte de informação, foi uma coisa nova e, de certa maneira, precursora dos outros grandes municípios do país, pois ninguém tinha tido uma experiência dessa, as experiências de municipalização estavam muito voltadas para a gestão da atenção à saúde **[EL:243, 244].**

Conforme se afirmou acima, a criação do CEPI resulta de concepção que reúne em uma estrutura as dimensões da *epidemiologia*, da *pesquisa* e da *informação*. As ações de *vigilância* e também a *tecnologia* da *informação* deveriam se subordinar às ações de planejamento, de informação e de pesquisa. Ou seja, o planejamento em saúde deveria atender às diretrizes apontadas pelo conhecimento produzido pela epidemiologia, focado nas necessidades de saúde da população. É de se supor que esse modelo inovador tenha experimentado reações de profissionais com práticas tradicionais, os quais confundiam a epidemiologia com a prática de vigilância epidemiológica; reações daqueles que não queriam perder o controle (poder) da tecnologia da informação para fins epidemiológicos; e reações dos agentes das outras esferas de poder, organizadas sob outra lógica já estabelecida politicamente.

Os pressupostos políticos e metodológicos que orientavam os primeiros gestores do CEPI aparecem com muita frequência nos depoimentos de Álvaro Escrivão Jr. e de Marcos Drumond. Percebe-se que tais concepções de epidemiologia combinavam com uma proposição de SUS integral, levando a termo, com certa radicalidade, os princípios do Sistema. Marcos Drumond usa uma linguagem direta e clara para diferenciar epidemiologia e vigilância epidemiológica:

Tem uma tradição forte da epidemiologia brasileira marcada com isso, mas eu era um epidemiologista e, pra mim, um dos maiores equívocos nacionais foi a indiferenciação que se deu entre a vigilância e a epidemiologia, baseada no conceito de vigilância epidemiológica. A vigilância epidemiológica é, por definição, um sistema de acompanhamento das doenças pra que você desencadeie ações; a partir disso, identificam-se possíveis epidemias, possíveis problemas. A vigilância epidemiológica fez com que a palavra epidemiologia no Brasil ficasse amarrada à vigilância. Isso pra mim é um dos grandes equívocos desse país. Porque a epidemiologia não é uma prática, enquanto a vigilância o é. Epidemiologia é um saber, é um conjunto de saberes que alimenta práticas, mas ela é um saber. Então, havia uma confusão, porque, quando você pensava em epidemiologia, tinha a ver com a vigilância, portanto tinha a ver com as notificações compulsórias. Quando veio o SUS, veio com o conceito de que 'isso aqui é uma unidade de saúde e que tem que dar conta de responder às necessidades da população', o que pra mim era epidemiologia, era estudar os determinantes e a distribuição dos agravos da saúde e populações, essa é a definição de epidemiologia. Isso se dá aqui, não é naquele ambiente restrito de que é necessário 'cuidar da meningite'. Isso trazia uma restrição ao conceito de epidemiologia que não se dava aqui. Aqui eu tinha uma unidade que atendia pessoas, então eu podia estudar de que aquelas pessoas que procuravam a unidade padeciam, de que elas sofriam. Além disso, eu precisava conhecer o território, o que as pessoas tinham; eu também tinha como identificar no território aquilo que gerava sofrimento, adoecimento e morte. Aquela avenida onde as crianças eram atropeladas, aquela fábrica que poluía, aquele córrego que transbordava. Então, eu aprendi epidemiologia corrigindo o equívoco que pra mim é um dos maiores equívocos da história

brasileira da epidemiologia, que era a indiferenciação que tinha se dado entre vigilância e epidemiologia, até hoje uma confusão. O Álvaro Escrivão era a pessoa que cristalizava esse pensamento, a ampliação desse conceito de epidemiologia que casa com a minha visão **[MD:19= 417, 418].**

Então, vamos às próprias palavras de Escrivão Jr:

Eu queria ter essa visão mais abrangente do uso da epidemiologia pra organização. Na Secretaria [de Estado], a área de informação era vista como coleta de dados, processamento de dados, não era vista como um instrumento pra fazer gestão de sistemas, de serviços e tal. Então, você tinha a área de informação e a área de vigilância epidemiológica, que o pessoal chamava de epidemiologia. O serviço chamava-se serviço de epidemiologia, mas fazia vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis. Então, essa era uma coisa que eu, dando aula, quando era professor, comecei a perceber: essas áreas estavam separadas por razões curiosas. Por quê? Porque, na verdade, as informações eram usadas no dia a dia da administração, então as informações que eram guardadas, processadas, eram mais pra tocar, pra saber quanto gasta, quanto prestou de serviço. Não eram pra ver as pessoas que estavam usando. E o pessoal da vigilância tinha o sistema de informação deles. Era um sistema de informação, só que de vigilância. E sempre foi separado. Na verdade, quando começou a vigilância no estado de São Paulo, numa versão moderna, lá pelo ano de 1978, ela começou pelo Centro de Informações de Saúde, o CIS, que era o cabeça do sistema, mas ela sempre foi partida ao meio, e o CEPI nasce também partido ao meio **[AE:10=19, 20].**

Conforme se vê, nas palavras do próprio Escrivão Jr., o CEPI original não conseguiu reproduzir o esperado modelo “inovador” concebido.

O enfoque epidemiológico da informação

Para explicar a sua concepção, Escrivão Jr. faz uma digressão aos primórdios da formação da prática epidemiológica, na Inglaterra do século XIX. Segundo ele, a epidemiologia nasce para responder ao perfil epidemiológico colocado àquela época. Após mais de um século, esse perfil muda substancialmente e também o padrão tecnológico, porém o conceito de epidemiologia permanece colado à sua origem:

Essa era a concepção, era muito comum as pessoas associarem epidemiologia, que nada mais é que uma técnica aplicada para estudar questões de saúde em populações, a epidemia. Porém, nem o nome quer dizer isto, epidemiologia quer dizer epi = sobre, demo = população, e logisto = estudo sobre populações, então epidemiologia não é o estudo da epidemia. Na verdade, as pessoas associaram o que é epidemiologia com a aplicação principal na sua origem e mantiveram esse conceito durante cem anos **[AE:40].**

Escrivão Jr. disserta sobre o amplo arco de aplicabilidades da epidemiologia e nos dá indicações da concepção que engendrou o CEPI. Para ele, a Vigilância Epidemiológica é apenas uma das aplicações da epidemiologia:

Na verdade, a Vigilância Epidemiológica é uma das aplicações da epidemiologia. Quais são essas aplicações? Primeiro você diagnosticar problemas de saúde em populações – qualquer uma, é questão de interesse da saúde, população de gestante, população com HIV, população geral, população de internados, população de atendidos. Você faz uma análise de situação que permite saber que doença as pessoas têm, quem tem mais, quem tem menos, sempre olhando coletivamente, epidemiologia estuda o coletivo. E aí você escolhe

alguns dos problemas naquela população para vigiar. Se for num hospital, vigia infecção hospitalar, vigia erro de medicação; você vigia para poder intervir **[AE:44, 45].**

Ao definir a Vigilância Sanitária como uma das aplicações da Vigilância Epidemiológica, Escrivão Jr. amplia o seu espectro localizando até aspetos psicossociais:

Vigilância sanitária é vigiar o fator de risco. Por que os problemas de saúde acontecem? É a exposição a fatores de risco, coisas que quando estão presentes naquela população aumentam a incidência e a mortalidade; ou fatores de proteção, coisas que quando estão presentes diminuem a incidência. Alguns desses fatores de risco são de interesse do Estado: poluição, saneamento, comercialização de alimentos; e não são esses todos os fatores de risco, o maior fator de risco que tem é a tristeza, é a vida dura, porque as pessoas ficam doentes por várias coisas: por serem maltratadas, não terem carinho, não serem abraçadas, mas o Estado seleciona alguns fatores que são importantes e sobre os quais ele pode legislar. A área de vigilância sanitária, rigorosamente, deveria se chamar fiscalização sanitária, que quer dizer aplicação da lei de saúde, só que isso virou uma bandalheira (...). Eu não preciso vigiar todas as indústrias, todos os lugares em que se comercializam alimentos, porque não consigo, pois em São Paulo são 60 mil, 70 mil, 80 mil estabelecimentos, e eu não vou ter fiscal pra isso; mas eu tenho que fiscalizar uma indústria que fabrica 10 mil refeições por dia, porque, se der um problema nela, você vai atingir 10 mil pessoas. Isso aí é a epidemiologia trabalhando. Eu quero saber se a coxinha do boteco aqui da esquina tem varizes ou não; ele põe um cartaz "ligue para vigilância, denuncie, visite a nossa cozinha", mas aí põe o povo pra trabalhar de graça. Fazendo a fiscalização da lei, estou controlando um aparelho de "raio x" pra não acontecer o

que aconteceu em Goiânia, isso tem que ser uma coisa séria, porque o risco epidemiológico é muito alto, estourar um aparelho desse mata gente, isso tem que ser na rédea curta; [o serviço de] manicure [pode propagar] hepatite B, a pessoa que vai à manicure tem que levar o alicatinho dela, sei lá. Essa é a Vigilância Sanitária; a epidemiológica olha as doenças e os agravos, e a sanitária olha os fatores de risco, alguns de interesse do Estado **[AE:45, 46].**

Após essa interessante digressão sobre outra possível aplicação da epidemiologia, Álvaro Escrivão Jr. mostra onde o CEPI entra:

Segunda aplicação, então, vigilância e monitoramento, e a terceira aplicação da epidemiologia é o desenvolvimento de estudos para descobrir quais são os fatores de risco e proteção, se são feitos em universidades, quem fuma tem tal doença, quem é obeso tem mais isso, enfim, esses estudos mais acadêmicos são as aplicações da epidemiologia. E, mais recentemente, é aí que entra o CEPI, na avaliação de serviços e tecnologia de saúde, avaliação usando a ferramenta de epidemiologia: quantos foram atendidos, quantos foram bem atendidos, quantos foram mal atendidos, quantos tiveram complicação, como organizar o atendimento, como eu organizo o atendimento de um idoso, como eu faço o programa, eu espero ele ficar cego, depois eu conserto o olho dele, ou pego o diabético no começo e tento evitar que ele fique cego? Amputo a perna do diabético ou tento fazê-lo tomar conta do pé diabético? Isso é abordagem epidemiológica de organização de serviço **[AE:46].**

Conforme o depoimento de Escrivão Jr., portanto, a informação de natureza epidemiológica é aquela que está condicionada ao conhecimento dos problemas de saúde de uma população e à atuação no sentido de resolvê-los.

Informação e tecnologia da informação

O depoimento de Álvaro Escrivão Jr. revela aspectos políticos relevantes que envolvem a área da informação e sua relação com a epidemiologia, mostrando como o CEPI tentou inverter uma lógica tradicional:

A área de informação é uma área daquelas que têm uma alta sensibilidade política, em geral ela está relacionada com a área de tecnologia de informação e comunicação, que até pouco tempo era uma área de disputa de recursos escassos. Nesse período analisado, quando nós chegamos ao CEPI, havia seis microcomputadores numa empresa com 10.000 e tantos funcionários, sendo que quatro deles estavam quebrados. Então, microcomputador naquela época, em 1989, era uma coisa muito disputada, por isso ser o órgão que distribui isso, põe na fila, diz quem vai ter e quem não vai ter, faz toda a diferença do ponto de vista de sustentabilidade desse órgão. Como isso normalmente acontece? Normalmente fica solto como um recurso escasso disputado e é apropriado segundo a lógica de poder da organização. A incorporação de tecnologia de informação, informática, como se chamava na época, começava por onde? Pela área de orçamento, recursos humanos, finanças, que são as áreas normalmente de interesse das empresas antigas que não têm uma preocupação com o cliente, com o resultado. A área de epidemiologia, pra olhar o que está acontecendo, como é que está a qualidade, quais são os problemas de saúde, quais são os determinantes, era de última incorporação desse tipo de coisa. A manobra que a gente fez no CEPI, e que a gente repetiu na CEInfo enquanto o Eduardo Jorge foi secretário, pois assim que ele saiu mudou imediatamente, foi criar um órgão de tecnologia de informação, pôr a informação junto com a epidemiologia e subordinar a informática a essas duas coisas, de tal forma que a distribuição de computadores, redes, cabos, rubles etc.

obedeça a uma política de informação e de tecnologia de informação subordinada que contemple o uso da tecnologia para todas as coisas da organização, e não apenas para aquelas que costumam ter mais importância porque mexem com dinheiro ou com contratar pessoas etc. Por isso a informática e a informação vieram para o CEPI e depois para a CEInfo **[AE:43, 44].**

Fica nítido nesse depoimento que os gestores do CEPI previam dar à área de saúde um protagonismo que significava disputa de recursos e de poder. Ao que parece, isso teria causado reação no interior da própria Prefeitura.

Quatro vertentes de experiências no CEPI

Para melhor esclarecermos o que se postulou até aqui, podemos afirmar que a instalação do CEPI, no final da década de 1980, explica-se com o cruzamento de quatro experiências que traziam horizontes distintos, conforme se expõe abaixo. Não se trata de concepções necessariamente conflitantes ou de experiências contraditórias. Mas eram diferenças que, naquele conturbado contexto político e de uma gestão que experimentava novos conceitos, podem explicar os diferentes destinos de projetos e pessoas no decorrer da trajetória do CEPI.

O CEPI experimentou um modelo que não tinha referência no Brasil, quando estruturou o órgão ancorado na produção da informação com enfoque epidemiológico. Álvaro Escrivão Jr. expressa bem essa vertente considerada inovadora.

Por outro lado, a estrutura do CEPI acabou assumindo ações tradicionais de Vigilância, ainda que pensada sob os parâmetros do então inovador projeto do SUS, que previa a universalidade, a horizontalidade, a

territorialização e a participação popular, por exemplo. Essa experiência foi capitaneada por Expedito Luna e Eliana Gutierrez.

Maria Eli e Penha Lúcia introduzem a vertente das informações gerenciais herdadas da experiência dos chamados MED e DSC.

Paralelamente, o projeto do PRO-AIM, também inovador, formava ramo independente, produzindo informações essenciais no campo epidemiológico, a partir dos dados de mortalidade.

Essas quatro experiências tiveram prosseguimentos diferentes com o fim da gestão de Luiza Erundina, conforme se verá adiante. Antes, porém, vamos fazer breve incursão na trajetória do PRO-AIM.

A fundação do PRO-AIM

Até meados da década de 1970, não havia, no Brasil, um sistema de informação de mortalidade em nível nacional. Segundo Margarida Lira, *o sistema de informações em mortalidade era, nessa época, em nível estadual. As Secretarias Estaduais de Saúde eram as responsáveis, com exceção de dois estados da federação, São Paulo, que tinha a Fundação SEADE* (Sistema Estadual de Análise de Dados)*, e Minas Gerais, que tinha a Fundação João Pinheiro* **[ML: 491, 492, 496].**

Como já foi relatado, em 1975 é criado o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), no Ministério da Saúde, que passaria a consolidar as informações fornecidas pelos estados e ordenar o sistema nacional. Com a instituição do SUS, se iniciaria um processo em que os municípios passariam a ser protagonistas na gestão do sistema de saúde, aos quais caberia a tarefa de organização de sistemas de informações. Mas esse seria um processo lento e muito complexo.

No estado de São Paulo, as informações de mortalidade eram processadas pelo SEADE, órgão mais especializado em informações demográficas, remanescente do antigo Departamento Estadual de Estatística, que recebia uma das vias da Declaração de Óbito (DO).

Em meio ao conjunto de documentos recuperados pela CEInfo, encontra-se um documento intitulado "Projeto de Aprimoramento (d)as Estatísticas Vitais e seu uso no Município de São Paulo", sem data e apócrifo. Mas é possível afirmar ser do ano de 1988, quando a Secretaria ainda era SHS.[35] O documento esboça o funcionamento completo do órgão, prevendo, inclusive, os recursos humanos, materiais e financeiros. Registra a iniciativa de dois subprojetos: 1) Aprimoramento das informações de mortalidade e seus usos no município de São Paulo e 2) Aprimoramento das informações de natalidade e seus usos no município de São Paulo, que, pelos vestígios de intervenção posterior, seria limitado apenas ao primeiro dos subprojetos.

Nos "antecedentes", o documento se refere a "uma primeira fase de trabalhos iniciada em 1988, na qual se materializou a cooperação sistemática, diária, do Serviço Funerário Municipal com o Centro de Vigilância Epidemiológica", da Secretaria Estadual de Saúde, e cita as várias instituições envolvidas: SHS/PMSP, CVE/CES, Serviço Funerário/PMSP, PRODAM/PMSP, FSEADE, Santa Casa de São Paulo, FSP/USP e o Centro Brasileiro de Classificação de Doenças/OPAS/OMS. Esse documento, além de informar sobre iniciativa imediatamente anterior ao PRO-AIM, flagra, certamente, aquilo que pode ser considerado um rascunho de projeto que, posteriormente, seria retomado e transformado em realidade com a criação daquele órgão.

[35] "Projeto de aprimoramento (d)as estatísticas vitais e seu uso no Município de São Paulo", apócrifo, com data provável de 1988, disponível no acervo CEInfo.

De fato, em 23 de outubro de 1989, seis meses depois de criado o CEPI, a SMS institui um programa para realizar o **aprimoramento das informações de mortalidade** no município de São Paulo e que, portanto, não presumia a substituição das funções realizadas pela Fundação SEADE, nesse aspecto (SÃO PAULO, 1989). Mesmo assim, a criação do PRO-AIM, em outubro de 1989, deve ter causado desconfianças aos técnicos do tarimbado órgão de estatística de São Paulo. Augusto Hasiak, até hoje usuário das informações de mortalidade do SEADE, ameniza: *Talvez tenha causado alguma estranheza, alguma coisa assim, mas isso deve ter sido superado rapidamente* **[AH:70].** Segundo Hasiack, São Paulo, *com a experiência do PRO-AIM, foi o primeiro município a levantar e processar os seus próprios óbitos* **[AH:68].**

Figura 12 – Decreto 28.187, de 23 de outubro de 1989, cria o Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no Município de São Paulo, e dá outras providências.

DIÁRIO OFICIAL
DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

ANO 34 — SÃO PAULO — TERÇA-FEIRA, 24 DE OUTUBRO DE 1989 — NÚMERO 199

GABINETE DO PREFEITO

Pça. Paulo Mamede da Nóbrega - Pq. Ibirapuera - PABX: 549-0055

DECRETO Nº 28.187 , DE 23 DE OUTUBRO DE 1989

Cria o Programa de Aprimoramento das Informações de mortalidade no Município de São Paulo - PRO-AIM, e dá outras providências.

LUIZA ERUNDINA DE SOUSA, Prefeita do Município de São Paulo, usando das atribuições que lhe são conferidas por lei, e

CONSIDERANDO a importância das informações sobre mortalidade, enquanto indicadores fundamentais para o planejamento em saúde e para o desencadeamento de ações de vigilância epidemiológica;

CONSIDERANDO a necessidade do aprimoramento da qualidade de preenchimento das declarações de óbito;

CONSIDERANDO, ainda, a necessidade dessas informações serem analisadas e fornecidas aos diversos usuários com a rapidez requerida pelos diferentes fases do processo de trabalho em saúde,

D E C R E T A :

Art. 1º - Fica criado o "PROGRAMA DE APRIMORAMENTO DAS INFORMAÇÕES DE MORTALIDADE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO - PRO-AIM."

Art. 2º - São responsáveis pela execução do Programa, os seguintes órgãos:

I - Secretaria Municipal da Saúde - S.M.S.;

II - Serviço Funerário do Município de São Paulo - S.F.M.;

III - Companhia de Processamento de Dados do Município de São Paulo - PRODAM.

Art. 3º - O PRO-AIM terá a seguinte estrutura organizacional:

I - Equipe Técnica: de porte suficiente para o atendimento das necessidades, coordenada por um profissional com formação em Saúde Pública, indicado pela Secretaria Municipal da Saúde e composta por profissionais da Secretaria Municipal da Saúde e do Serviço Funerário do Município de São Paulo;

II - Conselho Consultivo, composto por:

a) um representante do Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo;

b) um representante do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo;

c) um representante da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE;

d) um representante de cada um dos órgãos municipais responsáveis pela execução do programa;

e) um representante do Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo;

f) o coordenador da Equipe Técnica do PRO-AIM.

§ 1º - Os representantes referidos no inciso II terão cada um, um suplente indicado pelos respectivos institutos.

§ 2º - O Conselho Consultivo terá um Presidente, eleito entre os seus membros, com mandato de 1 (um) ano, podendo ser reeleito, e 1 (um) Secretário Executivo, escolhido entre os representantes da Prefeitura do Município de São Paulo.

Art. 4º - Constituem atribuições do PRO-AIM através da Equipe Técnica:

a) realizar a coleta, codificação, digitação e tabulação dos dados de mortalidade;

b) avaliar o preenchimento das declarações de óbitos, visando melhorar a qualidade dos dados de mortalidade;

c) analisar os dados e informações;

II - Através do Conselho Consultivo:

a) prestar assessoria técnico-científica nas áreas de epidemiologia, informática, capacitação de pessoal e estatística, para o desenvolvimento e aperfeiçoamento do PRO-AIM;

b) propor, participar e manifestar-se sobre estudos e pesquisas, a partir dos dados de mortalidade;

c) propor normas de divulgação e utilização dos dados produzidos.

Art. 5º - O PRO-AIM divulgará as informações priorizadas de acordo com as diretrizes propostas pelo Conselho Consultivo.

Parágrafo único - Fica assegurado o acesso às informações necessárias para o desenvolvimento de suas atividades aos órgãos oficiais de epidemiologia e de estatística, em especial à Fundação SEADE e ao Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Art. 6º - Cabe à Secretaria Municipal da Saúde - S.M.S. alocar recursos humanos com formação universitária e com a capacitação requerida pelo PRO-AIM.

Art. 7º - Cabe ao Serviço Funerário do Município - S.F.M.:

I - Prever instalações físicas e recursos materiais, inclusive "hardwares" e "softwares", necessários à implantação e implementação do PRO-AIM;

II - Alocar recursos humanos para compor a equipe de codificadores e suprir as atividades de apoio administrativo.

Art. 8º - Cabe à Companhia de Processamento de Dados do Município de São Paulo - PRODAM:

I - Desenvolver "software" que permita a localização e a codificação de endereços no Município de São Paulo;

II - Acompanhar e assessorar o desenvolvimento do "software" e realizar os ajustes necessários à sua atualização;

III - Oferecer outras contribuições pertinentes.

Art. 9º - As despesas com a execução deste decreto correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 10 - Este decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 23 de outubro de 1989, 436º da Fundação de São Paulo.

LUIZA ERUNDINA DE SOUSA, PREFEITA

HÉLIO PEREIRA BICUDO, Secretário dos Negócios Jurídicos

JOSÉ ANTONIO KOSTA, Secretário das Finanças

EDUARDO JORGE MARTINS ALVES SOBRINHO, Secretário Municipal da Saúde

LUCIO GREGORI, Secretário de Serviços e Obras

LUIZ EDUARDO RODRIGUES GRECHINSKI, Secretário dos Negócios Extraordinários

Publicado na Secretaria do Governo Municipal, em 23 de outubro de 1989.

JOSÉ EDUARDO MARTINS CARDOZO, Secretário do Governo Municipal

A Fundação SEADE aparece bastante envolvida no citado projeto de 1988 [36] e consta entre aquelas instituições que irão compor o Conselho Consultivo do PRO-AIM, criado em 1989, ao lado das demais que aparecem naquele documento precursor. No projeto de 1988, a Fundação SEADE tinha participação fundamental, fornecendo maior parte dos recursos humanos e servindo de referência, conforme mostra esse trecho do documento:

"Com base nos conhecimentos que essa experiência permitiu obter sobre o Sistema de Informação de Mortalidade e nos trabalhos que já vem sendo desenvolvidos pelo SEADE, Faculdade de Saúde Pública e Departamento de Medicina Social da Santa Casa é que foram elaboradas as propostas do presente projeto."[36]

Disso podemos concluir que, ainda que tenha havido algum estranhamento por parte da Fundação SEADE com a criação do PRO-AIM, certo é que a Fundação foi uma das referências para o Programa instituído em 1989.

O PRO-AIM foi instituído em composição tripartite: fruto da cooperação entre o **Serviço Funerário**, que o sediava e disponibilizava a fonte primária da informação (que eram as declarações de óbito) e o pessoal que executava os serviços operacionais; a **Secretaria de Saúde**, que disponibilizava os técnicos de nível superior; e, por fim, a **Companhia de Processamento de Dados (PRODAM)**, que entrava com o suporte técnico e tecnológico, com seus computadores do tipo *mainframe e softwares,* e também disponibilizava um de seus técnicos, que acompanhava de perto as atividades do PRO-AIM.

[36] "Projeto de aprimoramento das estatísticas vitais e seu uso no Município de São Paulo", apócrifo, com data provável de 1988, disponível no acervo CEInfo.

Quando da criação, por conta da sua natureza tripartite e da novidade administrativa que representava, o PRO-AIM era um órgão muito singular. De fato, conforme afirma Álvaro Escrivão Jr., o PRO-AIM, *como um órgão relacionado com o CEPI, tinha certa existência diferente, em que aquele era uma espécie de "apêndice" deste. Era um órgão à parte, não vinculado diretamente ao CEPI, mas vinculado a mim na verdade, como diretor do CEPI, reitera Álvaro* **[AE:29].** Esse é um detalhe que pode parecer esdrúxulo, do ponto de vista administrativo, mas que teve peso determinante na história do PRO-AIM posteriormente, como se verá adiante.

Diferentemente do CEPI, o PRO-AIM teve uma formação muito consistente, o que lhe confere robustez institucional. Para Osvaldo Doninni, o PRO-AIM *foi o primeiro grande gol do CEPI* **[=OD:565]** *e que se tornou a menina dos olhos de todo mundo* **[ME:537]**, conforme parecer de Maria Eli. Mas isso não implica afirmar que a trajetória desse órgão tenha sido serena. Ao contrário, ela foi pontuada por enormes adversidades.

Aspectos de bastidores do nascedouro

Augusto Hasiack tem uma opinião bem peculiar quando se refere ao impulso para criação do PRO-AIM: *Eu acho que, antes da criação do PRO-AIM, alguns funcionários da funerária procuraram a Faculdade de Saúde Pública porque estavam preocupados com óbitos relacionados à meningite e que isso poderia comprometê-los. Então, parece que esse teria sido, de alguma forma, o embrião de um serviço do tipo do PRO-AIM* **[AH:67].**

Entretanto, além do citado documento precursor, de 1988, vários depoimentos colhidos para este trabalho confluem para o fato de que José da Silva Guedes, quando Secretário Municipal de Saúde, na gestão

do então prefeito nomeado, Mário Covas (1983 a 1986), teria idealizado um órgão que desse acesso rápido às informações de mortalidade. Porém, as circunstâncias políticas não permitiam que o secretário interferisse diretamente a ponto de ajustar os interesses compartimentados de três repartições da Prefeitura municipal (Secretaria de Saúde, Serviço Funerário e PRODAM). É Álvaro Escrivão Jr. quem defende essa hipótese:

Como você consegue juntar estas três vontades? Era muito difícil na época do Guedes e fora outras coisas que ele tinha que fazer. Acho que ele tinha esses desejos, mas não era o diretor da área de epidemiologia, era o secretário, tinha mil coisas na cabeça. [...]. O PRO-AIM precisava, fundamentalmente, de uma coisa muito simples, era uma decisão do prefeito, só isso. Então, quando começou a gestão da Erundina, eu comecei a conversar com o Guedes. Aí tinha que acertar com o pessoal do SEADE, que se achava o dono dos dados de mortalidade **[AE:27].**

Segundo Escrivão Jr., naquele momento inicial do governo recém-implantado da Luiza Erundina, a compartimentação político-estrutural não era acentuada. Seguindo-se o raciocínio revelado no depoimento de Escrivão Jr., uma das fórmulas encontradas para acomodar os diversos interesses e dar legitimidade à criação do PRO-AIM foi a formação de um Conselho, com pessoas notáveis de diversas instituições da área de saúde e informação. O curioso relato que Escrivão Jr. faz sobre a criação do PRO-AIM é digno de nota porque ilustra bem aspectos daquele contexto político inusitado na cidade de São Paulo:

Criamos o conselho. Beleza! Aí fizemos um decretinho, e depois a proposta. Levei pro Eduardo Jorge e disse: 'Olha, esta é a proposta do PRO-AIM'. 'Ah, legal, do que é que precisa?' 'Um decreto da prefeita dizendo que decidimos fazer o PRO-AIM lá no Serviço Funerário'. 'Ah, mas vai

perder atestado de óbito'. 'Não vai, a gente vem aqui'. 'É, mas onde vai ficar?' 'Onde você quiser'. 'Mas tem só um cantinho do lado do show room de caixões'. 'Não tem problema'. O pessoal não fala "não quero", vai pondo dificuldades. Não, se tiver uma salinha pra ficar um médico sanitarista, um funcionário, não tem problema nenhum, e aí vai ser lá, no Serviço Funerário. E o cara olhava, só que como é que poderia ser contra isso? Então vamos fazer. Do que precisa? Precisa de um decreto. E fomos lá com um decreto dizendo que a PRODAM vai ter que fazer um software pro PRO-AIM funcionar. O Serviço Funerário vai ter que receber um grupo lá e deixar os caras xerocarem 300 atestados de óbito por dia. Qual é a dificuldade de xerox, então manda, ninguém vai roubar isso daqui, vai lá pro SEADE, pro cartório, onde quiser, só quero a informação. E precisava que o secretário de Saúde, que era o proponente, botasse funcionário lá no PRO-AIM. Então eu expliquei pro Eduardo, e ele perguntou o que tinha que fazer. A Erundina tinha que assinar. Então fomos lá. Na época da Erundina, tudo era assim, informal, passional, rápido. Para o bem e para o mal, era assim; para o mal era duro também porque às vezes tinha umas coisas muito irracionais, do ponto de vista da boa administração. Então fomos lá, entramos na sala da Erundina, o Eduardo explicou pra ela. 'O que eu tenho que fazer?'. 'Tem que autorizar'. 'Onde eu assino?'. Aí ela rubricou. E estava criado o PRO-AIM **[AE:28, 29].**

Álvaro Escrivão narra esse fato com graça e riqueza de detalhes, valendo a pena consultar diretamente o seu depoimento. O relato dele sugere que a criação do PRO-AIM só ocorrera devido à confluência de diversas circunstâncias políticas inusitadas, favoráveis no plano municipal e respaldadas pela esfera estadual. Circunstâncias estas que foram potencializadas e aproveitadas por indivíduos determinados, que puderam materializar os projetos com o formato institucional que consagrou o PRO-AIM.

O Conselho Consultivo do PRO-AIM

O Conselho do PRO-AIM foi instituído no próprio decreto de criação do órgão, compondo a sua estrutura, cujas atribuições aparecem assim redigidas:

a) Prestar assessoria técnico-científica nas áreas de epidemiologia, informática, capacitação de pessoal e estatística, para desenvolvimento e aperfeiçoamento do PRO-AIM;

b) Propor, participar e manifestar-se sobre estudos e pesquisas, a partir dos dados de mortalidade;

c) Propor normas de divulgação e utilização dos dados produzidos.

O Conselho seria composto de representantes das seguintes instituições: do Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão da Santa Casa de Misericórdia; da Fundação SEADE; de cada um dos órgãos responsáveis pelo Programa (SMS, Serviço Funerário e PRODAM); do Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde; e do coordenador da Equipe Técnica do PRO-AIM.

Esse Conselho, criado com finalidade de dar legitimidade e, certamente, acomodar problemas políticos da época, não teve mera existência *pro forma*, ao contrário, foi peça fundamental para a existência do PRO-AIM na sua fase de instalação e de consolidação. Além do importante apoio técnico de tantos profissionais especialistas, ele se reunia regularmente para apontar diretrizes e buscar soluções para os diversos percalços que se colocavam para serem resolvidos.

Ruy Laurenti, que fez parte da equipe que criou o SIM, é enfático: *eu fiz parte do Conselho com muito entusiasmo, porque realmente foi uma novidade no país, e o PRO-AIM serve de modelo* **[RL:615].**

Diversos relatórios e atas das reuniões desse Conselho sobreviveram ao processo de extermínio da memória da CEInfo e se constituem em prova inconteste da importância, do dinamismo e do protagonismo desse fórum de especialistas que compôs a estrutura dos primórdios do PRO-AIM. Apesar de ser relativamente pequeno, esse conjunto documental do Conselho manteve certa integridade e consegue revelar com bom grau de autenticidade um momento histórico crucial do Programa, destacando, ainda mais, a importância da preservação orgânica dos documentos para a garantia da memória institucional.

A democratização da informação como princípio inscrito no "gene" do PRO-AIM

O PRO-AIM foi criado em uma conjuntura em que o aspecto estratégico da informação ganharia dimensão planetária com a difusão inaudita da tecnologia da informação e toda a parafernália tecnológica que se desenvolveu desde então. Porém, produção e difusão de informação não estão diretamente relacionadas com a democratização da informação, como se poderia pensar. Ao contrário, nessa duvidosa "era da informação" em que vivemos, talvez estejamos experimentando um processo de concentração, privatização e controle de informação em escala ainda não dimensionada.

A característica do PRO-AIM, que se formou na contraposição a essa tendência privatista e concentradora, leva Álvaro Escrivão Jr. a revelar que *o PRO-AIM foi um lugar onde se realizaram as nossas melhores fantasias de como deveria funcionar um órgão moderno e democrático. Era assim: quem precisava de informação, dizia por que queria, afinal, não posso sair vendendo informação para interesses escusos, tinha a informação, sem precisar de burocracia. Esse órgão existia para servir* **[AE:29].**

Se nos balizarmos nos documentos e depoimentos, perceberemos que, desde os seus primórdios de existência, as pessoas que gerenciavam o PRO-AIM tinham a preocupação obsessiva não apenas com a melhoria da qualidade do dado, propósito inscrito no próprio nome do programa "Aprimoramento da Informação", mas também com a sua difusão. A informação tinha que ser ágil, mas não se encerrava no aspecto meramente jornalístico de dar conhecimento ao público. A informação produzida e difundida pelo PRO-AIM, assim como no CEPI, teria o caráter epidemiológico, ou seja, voltado para o diagnóstico, para a atenção à saúde da população, para a gestão e para formulação de políticas públicas.

No depoimento de Marina Freitas encontramos referência a isso:

Eu me lembro de que essa foi uma tônica do PRO-AIM desde o início, uma coisa muito marcante. Tinha uma discussão que era a Fundação SEADE divulgar os dados, mas com muito atraso, geralmente com enorme defasagem. E a grande inovação do PRO-AIM foi disponibilizar os dados com agilidade, com uma defasagem de cerca de dois meses. E existia esse compromisso muito forte por parte da Margarida e do Marcos, desde o início, de divulgar. Então, por exemplo, eu estava em ARS e a gente recebia os relatórios em formulário contínuo, que era o

jeito na época de se divulgar mais rápido; acho que tinha o disquete também, mas não era muito usado, então chegavam os relatórios impressos e tinham os boletins. Eu me lembro de que uma marca durante muitos anos foram esses boletins trimestrais do PRO-AIM, um esforço de divulgar os dados, de divulgar as análises, de estimular o uso das informações de mortalidade, tanto é que a gente começou a conhecer o PRO-AIM dessa forma, nessa divulgação do trabalho, e, por ser uma experiência inovadora, o órgão, desde o início, teve essa marca de inovação, de desafio **[MF:357, 358].**

Nessa mesma linha, quem nos dá um depoimento sensível é Maria Lúcia Bourroul:

Eu me lembro de que quando estava começando a tentar entender o que era, o que eles falavam, a me situar, me impressionei, foi uma das coisas que eu acho que me fez ficar, o fato de esse dado ser público, da atenção que eles davam a qualquer telefonema, algo que eu nunca tinha visto. Isso me fez até retomar uma postura minha mesmo, podia ser a representante de tal local, um popular que quisesse o dado, me lembro do esforço que eles faziam, da disponibilidade que eles tinham para atender aquela demanda, que não era uma demanda técnica, mas que precisava ser respondida, precisava ser traduzida. Então essa foi uma coisa que me fez apaixonar, tem sentido a gente estar produzindo um dado que é público, que quem quiser pode acessar, não é só técnico **[MB:358].**

De fato, a informação qualificada do PRO-AIM significou uma inovação que foi muito bem recebida, principalmente por setores da academia. Segundo Eliana Battaggia, *o PRO-AIM foi um instrumento utilizado pela academia, que valorizou muito o Programa, em minha opinião, muitíssimo. Então, foi um instrumento de extremo valor. Se você for*

à Faculdade de Medicina e perguntar, por exemplo, para o professor Paulo Saldiva e pra outras pessoas, verá que o PRO-AIM disponibilizou estatísticas de mortalidade com muita consistência e muito próximas. Antes, você estava acostumado a pegar as estatísticas de mortalidade com muito atraso e defasagem de tempo. Aquela história de conseguir ver a variação dentro do próprio ano foi uma coisa espetacular, por isso foi muito valorizada **[EG:205].**

O professor Ruy Laurenti confirma esse depoimento de Eliana:

Eu me lembro muito bem do PRO-AIM. Quando surgiram as primeiras atividades, nós, da academia, ficamos extremamente contentes, porque sempre pensamos em ter isso, a forma como o PRO-AIM trabalhava, e ainda trabalha hoje, particularmente na área de informação de mortalidade **[RL:610].**

Ganhando a mídia

Muito rapidamente, o PRO-AIM ganhou notoriedade, extrapolando em muito o interesse do público da academia que utilizava as suas informações para diversos fins de pesquisa. A consistência e a regularidade da informação produzida pelo órgão chamaram a atenção da mídia, pois os dados trouxeram à tona um panorama de mortalidade, de morbidade e agravos que afetavam uma das maiores concentrações populacionais da América Latina. As primeiras matérias jornalísticas saíram com intensidade na *Folha de S.Paulo*, e depois foram repercutidas em todos os demais tipos de mídia. No rastro da imprensa, foram muitas as solicitações feitas ao PRO-AIM, por representantes de entidades diversas, logo no início da sua formação: representantes do Corpo de Bombeiros, dos movimentos dos meninos e meninas de rua,

dos técnicos que tratavam das questões ambientais, das instâncias voltadas para a questão do trânsito na cidade, do movimento negro, entre outros.

Figura 13 – Matéria da Folha de São Paulo sobre o PRO-AIM, 2 de abril de 1990

FOLHA DE S. PAULO — Segunda-feira, 2 de abril de 1990 — cidades/mortes C - 3

Informatização dirá do que se morre em SP

MORTES POR DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA
Município de São Paulo

SETEMBRO-89 | OUTUBRO-89 | NOVEMBRO-89 | DEZEMBRO—89

Aids	91	119		
TOTAL 407		91	106	
Tuberculose	31	41		
TOTAL 152		32	48	
Doença meningocócica (inclui meningite meningocócica)	14	06	09	08
TOTAL 37				
Meningites (não meningocócicas)	26	30		
TOTAL 75		14	15	
Esquistossomose	02	08		
TOTAL 13	02	01	01	01
Sarampo	01	01	01	
TOTAL 03				
Malária	01			
TOTAL 01				
Hanseníase	01			
TOTAL 02		01		
Leptospirose	01			
TOTAL 01				

Fonte: Serviço Funerário do Município

AURELIANO BIANCARELLI
Da Reportagem Local

São Paulo está implantando o primeiro sistema informatizado do país sobre mortalidade. Assim que for concluído, em junho próximo, a cidade saberá —através de boletins quinzenais— do que seus habitantes estão morrendo. As informações serão preliminares e às vezes incompletas, mas a agilidade do sistema permitirá que o perfil das mortes funcione como um mecanismo de alerta. Um aumento brusco de mortes violentas ou provocadas por doenças contagiosas, por exemplo, alertará as autoridades e a população. Cerca de 200 pessoas morrem por dias em São Paulo.

Além de velocidade, o programa vai melhorar a qualidade das informações. Estudos mostram que pelo menos 30% das declarações de óbito são preenchidas de forma errada ou incompleta. Uma equipe de seis pessoas já está checando cada atestado de óbito. Se a causa básica da morte não estiver clara, ou suscitar dúvidas, a equipe entra em contato com o médico que assinou o atestado. No Estado, é a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade), que coleta, sistematiza e analisa as informações sobre mortalidade. Em função do nível de detalhamento, da extensão do Estado e da pequena equipe de pesquisadores os estudos da Fundação Seade são divulgados com três anos de defasagem.

"Para melhorar a qualidade de vida das pessoas, é preciso saber do que elas estão morrendo", diz a médica sanitarista Margarida Azevedo Lira, 36, coordenadora do Pro-Aim, nome de batismo do Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no Município de São Paulo. Criado em outubro passado por um decreto municipal, o Pro-Aim está sendo implantado pelo Serviço Funerário Municipal, Secretaria Municipal da Saúde e serviço de processamento de dados da cidade (Prodam). Um conselho consultivo assessora os trabalhos.

"Temos condições de saber quem morreu e do que morreu, já no dia seguinte", diz José da Silva Guedes, 54, professor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e presidente do conselho consultivo do Pro-Aim. "Vamos investigar as mortes que poderiam ser evitadas e aquelas que não poderiam ter acontecido", diz Guedes. "Toda vez que alguém morre vítima de doença para a qual temos vacina, nós estamos falhando". Segundo esse médico, toda mudança na curva diária de mortalidade comportará uma investigação. Cada diretor das regionais de saúde da cidade será informado das mortes ocorridas nos bairros que são de sua responsabilidade.

O novo programa servirá como mecanismo de alerta também para a poluição. As inversões térmicas são sempre acompanhadas de um aumento significativo de mortalidade, afirmam os médicos. Como os relógios medidores da Cetesb, o número de mortos também indicará a qualidade do ar que a cidade está respirando. Para viabilizar o programa, São Paulo conta com a vantagem de ter um serviço funerário único e exclusivo da Prefeitura. Não fosse isso, funcionários teriam que percorrer os cerca de 60 cartórios em busca das declarações de óbitos.

O Pro-Aim está prevendo cursos nos grandes hospitais de São Paulo, que são os "fornecedores de óbitos" e junto ao IML, por onde passam 15% dos corpos.

Mônica Vendramini

Margarida Lira, coordenadora do Pro-Aim, junto ao computador

Atestados de óbito nem sempre são reais

Da Reportagem Local

O dia-a-dia da cidade pode ser contado também pelas suas mortes. Na última quarta-feira, quem percorresse as 206 declarações de óbitos que estavam sobre a mesa da médica Margarida Lira, no Serviço Funerário Municipal, saberia que 13 pessoas foram assassinadas no dia anterior. Outras cinco morreram em acidentes de trânsito, quatro delas atropeladas. Duas pessoas se mataram e outras quatro morreram por acidentes não especificados. Entre elas estão as vítimas por acidentes do trabalho e de quedas. Em cinco outro casos, o IML atribuiu a morte a causas ignoradas.

O balanço das mortes da quarta-feira também indica que três pessoas morreram por Aids, duas por tuberculose e uma por leptospirose. Por se tratarem de doenças infecto-contagiosas, o Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Estadual da Saúde foi imediatamente informado dessas mortes. Outros 40 corpos tiveram que passar pelo Serviço de Verificação de Óbitos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). São as vítimas de mortes naturais por causas desconhecidas, pessoas que morreram em casa sem assistência de um médico ou que chegaram mortas a hospitais.

Em alguns Estados, a falta de informação sobre as mortes revela situações de miséria e violência. Na Baixada Fluminense, por exemplo, onde a grande maioria das mortes de jovens são provocadas por assassinatos, os médicos legistas preferem, por receio, atribuir a morte a causas ignoradas. "A causa ignorada é uma lata de lixo que mascara uma série de mortes por homicídio", diz a professora Cecília Amaro De Lolio, da Faculdade de Saúde Pública da USP e assessora do Centro Brasileiro de Classificação de Doenças (CBCD). O CBCD é um centro de referência criado por convênio entre a Organização Mundial da Saúde, a USP e a Secretaria de Saúde do Estado. Segundo a professora Cecília, a situação da Baixada Fluminense se repete em várias regiões do país, especialmente no Rio, Goiás e Rio Grande do Sul.

Mesmo em São Paulo, onde a quantidade de dados relatados pelos médicos vem aumentando a cada ano, a qualidade das informações ainda é comprometida. Pelo menos um terço das declarações de óbitos consideradas "suspeitas" e depois checadas vem confirmando a hipótese de que estavam erradas. Entre as declarações "suspeitas" estão aquelas que apontam como causa da morte de jovens as doenças consideradas oportunistas, como a bronco-pneumonia. "Em geral, a causa básica é a Aids", diz a médica Margarida Lira. Na semana passada, ao ser consultado pelo telefone pela equipe do Pro-Aim, um médico contou que a família do morto solicitara que não se mencionasse a Aids como causa. (AB)

Morte de bebês é pesquisada

Da Reportagem Local

Na esteira do Pro-Aim, a Prefeitura tem dois outros projetos engatilhados. Um deles quer estudar as mortes de crianças menores de um ano ocorridas nas regionais de saúde da Freguesia do Ó, Lapa e Butantã.

A partir das declarações de óbito, pesquisadores irão a campo levantar o histórico da criança morta, onde e como vivia, e as andanças da mãe por hospitais e prontos-socorros antes da morte. A intenção é descobrir formas de diminuir o número de mortes evitáveis.

De acordo com um estudo feito pela Fundação Seade, a maioria das mortes de bebês com até 28 dias poderia ser evitada. Um levantamento feito de julho de 1987 a junho de 1988 revelou que 53,53% da mortalidade neonatal no município de São Paulo poderia ser reduzida por adequado controle da gravidez, atenção ao parto e diagnóstico e tratamento precoces. Outros 30% das mortes foram consideradas parcialmente reduzíveis.

O outro projeto decorrente do Pro-Aim quer esclarecer as causas de mortes por acidentes no trabalho. Muitas declarações preenchidas pelo Instituto Médico Legal enquadram essas mortes apenas como provocadas por "outras causas". A partir de informações colhidas no IML, depois junto à família e no local de trabalho, a Secretaria da Saúde do município acredita que esses acidentes poderão ser identificados e muitos deles evitados. (AB)

Katsue Shibao lembra aspecto digno de destaque:

A imprensa começou a utilizar muitos dados do PRO-AIM, então, quando fechava o ano, saía o perfil do município e a imprensa sempre atrás de material. Quando chegava o final do ano, eles já ligavam: 'Olha, quando vocês vão fechar a base de dados?'. E aí era uma disputa, porque tudo quanto era repórter, todo mundo queria os dados do ano que estava terminando. A mídia comparava os dados do PRO-AIM. Quando a gente começou a fazer a investigação no IML, ir aos IML's regionais, os quatro, o nosso dado começou a se diferenciar daquilo que a Secretaria de Segurança dizia. E aí a gente começou a ter alguns problemas sim, porque a imprensa publicava 'o homicídio tá subindo', 'tá caindo', essa coisa toda, e aí eles batiam lá na Secretaria de Segurança pra saber do dado e falavam: 'Ó, o dado do PRO-AIM diz isso, e vocês...' **[KT:346, 347].**

Segundo Marcos Drumond, desde o início o PRO-AIM passou a figurar na imprensa com muita frequência:

A imprensa já aparecia no PRO-AIM desde o começo. Certo grupo de jornalistas, principalmente da Folha de S.Paulo, descobriu o Projeto, e um deles, o José Roberto de Toledo, foi uma pessoa fundamental para o que aconteceu no PRO-AIM. Eu e Toledo passamos a fazer uma parceria grande, começou a sair matéria na imprensa, e aí era matéria atrás de matéria. Eu me lembro do Estadão, Jornal Metrô News, mas Folha de S.Paulo, fundamentalmente; o PRO-AIM caiu na imprensa pra tudo quanto é lado, porque aí a televisão descobriu. Eu me lembro da Gazeta Meio Dia, eu me lembro do Jornal da Gazeta, Jornal da Record, TJ Brasil, Jornal Nacional, Fantástico, nós demos entrevista pra todo mundo, nós aparecemos na Folha, no Estadão, no Jornal da Tarde, ca-

ímos na imprensa e com esses dois jornalistas da Folha de S.Paulo, o Mario César Carvalho e o Toledo **[MD:474]**. Aliás, essa aproximação da imprensa com o PRO-AIM, que tinha o próprio Drumond como uma espécie de porta-voz, resultou, inclusive, em livro, de sua autoria, em coleção coordenada pelo jornalista José Roberto Toledo. **(DRUMOND, 2002)**

Álvaro Escrivão Jr. observa um aspecto inusitado:

O próprio pessoal do Serviço Funerário começou a perceber as vantagens do PRO-AIM: começou a achar utilidade pra aquilo. Porque os caras têm que fazer um planejamento de quantos caixões vão precisar, tem época que morre mais gente, época que morre menos **[AE:31].**

PRO-AIM: mais que um projeto, uma causa

Conforme foi relatado, o PRO-AIM fora criado devido a um conjunto de vontades congruentes, viabilizadas pela unidade de comando no governo municipal e pela celeridade e consciência de quem por ele deliberou. Claro, na base de tudo isso, estava o fato inusitado do monopólio municipal do Serviço Funerário, sempre "ameaçado" pela privatização. Aproveitou-se uma oportunidade, talvez, de difícil repetição. Entretanto, aquela repartição tripartite fora criada em situações materiais precárias e teve a sua existência posta em xeque durante alguns momentos decisivos.

Margarida Lira, sanitarista alocada no CEPI, foi a pessoa escolhida por Álvaro Escrivão Jr. para dar início à implantação do PRO-AIM. Não deve ter sido uma decisão fácil para uma jovem, ainda no início da formação de sua carreira, responsabilizar-se por um órgão novo, sem referências em que se apoiar, com estrutura muito precária, localizado em uma

funerária, sob um viaduto no centro da maior cidade brasileira, diante de montanhas de papéis com informações a serem codificadas e processadas diariamente. Além do mais, enfrentar as desconfianças de pessoas que previam o fim do novo órgão com a mudança de governo e o ceticismo daqueles que achavam que não valeria a pena ocupar um espaço onde já atuava uma instituição com história, que era o SEADE.

Difícil imaginar isso com os olhos de hoje, mas não há dúvidas de que a explicação passa pela leitura de um contexto bem diferente do atual, que abrigou a luta de sanitaristas que cultivavam sonhos em circunstância de mudanças na gestão em São Paulo. Status e salário, exclusivamente, não explicam as motivações das pessoas naquele contexto. Até abril de 1990, Margarida era, praticamente, uma técnica solitária. *Quando eu cheguei, fui fazendo intuitivamente, montando as tabelinhas que aprendi no curso de especialização; a gente trabalhava com mortes infantis, doença de notificação compulsória, eu fui fazendo, como dizem, comendo pelas bordas, fui me apropriando daquele tema, lendo, fazendo; fiz cursos de codificação de causa morte. Fui procurando apoio* **[ML:486].**

Marcos Drumond começou a trabalhar como estagiário, em abril de 1990, quando ainda era residente na área de preventiva e medicina social. *Ele veio pra São Paulo fazer um estágio e foi uma grande parceria, a gente se entrosou bastante; com o entusiasmo do Marcos, o isolamento acabou,* relata Margarida **[=ML:490].** Atraído por uma notícia sobre o órgão de informação criado em São Paulo, Drumond deixou Belo Horizonte e foi "bater à porta" do CEPI para oferecer seus serviços. A sua facilidade no uso do EPI-Info e de *softwares* de análise combinava exatamente com o perfil de funcionário procurado por Álvaro Escrivão Jr.:

Eu tinha a ideia fixa, nesta época, de gente que gostasse de analisar dados. E a desgraça era que todo mundo que vinha pra essa área de Vigilância gostava de armazenar dado, de produzir o dado, e não tinha tempo, portanto, de analisá-lo, mas, por outro lado, sentava que nem galinha em cima do ovo e não deixava ninguém analisar. Eu já era resistente a isso, mas era muito difícil mudar essa cultura. Até hoje, tente arrumar dados em algum lugar para ver a dificuldade que os caras criam. Um dia apareceu o Marcos Drummond, vindo de Minas, lá no meu gabinete, mandado por alguém. Aí eu perguntei pra ele: 'O que é que você gosta de fazer?'. E ele respondeu: 'Ah, eu gosto de analisar dados'. Aí eu pedi pra ele ir lá. E foi assim que o PRO-AIM começou **[AE:31].**

Marcos Drumond relata os seus primeiros movimentos no PRO-AIM:

Aí eu venho viver no PRO-AIM, com Margarida, essa fase inicial em que o órgão estava se constituindo. A digitação estava atrasada, Margarida separava manualmente as declarações de óbito de menores de 1 ano e doença de notificação compulsória. Isso era feito manualmente, para fazer umas tabelas, datilografadas em máquina de escrever, e começando a usar a informática para digitar as coisas, um atraso muito grande. O PRO-AIM, quando eu cheguei, tinha uma ideia assim: como estava tudo atrasado, metade da equipe mexia com janeiro, enquanto a outra seguia maio. Como a equipe era pequena, e dividida, um grupo não andava ao ponto de alcançar o outro, e este começava a atrasar mais ainda. Foi quando a Margarida e eu, ainda como estagiário, decidimos abandonar de janeiro a abril e começar maio, centrar força dali pra frente e não deixar mais a peteca cair, tomando 1991 como primeiro ano **[MD:409].**

O desafio era imenso: trabalhar cerca de 200 declarações de óbito por dia, em média, realizar a codificação e treinar os poucos digitadores fornecidos pelo próprio Serviço Funerário. Muitas vezes, Margarida e Marcos ficavam horas além do horário para executar tarefas de codificação e até mesmo de digitação, para que não se acumulassem a ponto de tornar inviável a atualização das informações. No começo eram poucos:

Tínhamos nós, técnicos da saúde, que éramos sanitaristas, eu, o Marcos Drummond, que era estagiário, mas já formado em medicina, terminando a residência em medicina social, mais alguns sanitaristas, não me lembro exatamente quem era, e tínhamos os codificadores, digitadores do Serviço Funerário, que a gente treinava. Era uma rotatividade muito grande, pois ninguém queria trabalhar lá, não era um lugar muito atraente, muito menos lá que era embaixo de um viaduto, muito insalubre. A funerária mandava muitos RH problemáticos; quando o setor não queria um funcionário, mandava para o PRO-AIM; se a pessoa estava envolvida num processo, mandava pro PRO-AIM. Era como uma espécie de quarentena, ou purgatório. Mas algumas pessoas até se davam bem **[ML:494, 495, 496].**

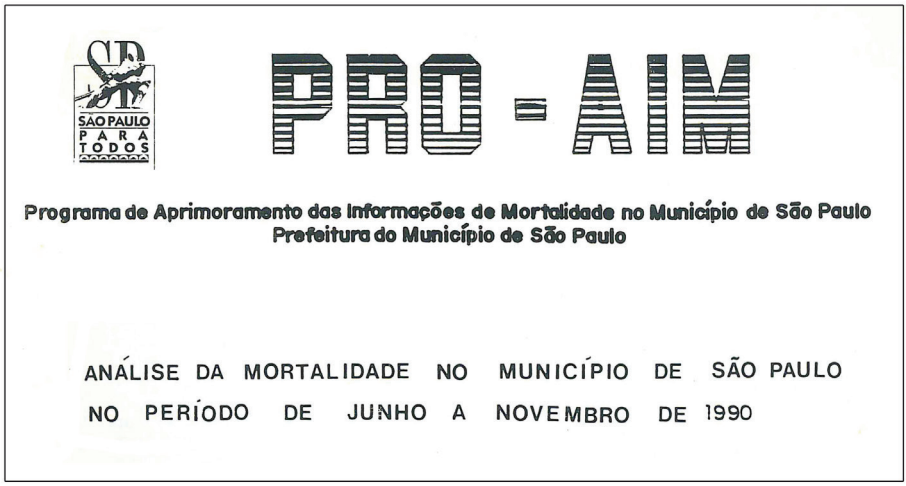
O PRO-AIM foi criado no final de outubro de 1989, mas as primeiras informações digitadas no sistema só aconteceram na metade do ano de 1990. Marcos Drumond se lembra desse fato com satisfação:

Nos primeiros seis meses depois que a gente chegou, saiu uma análise da mortalidade de junho a novembro de 1990.[37]

[37] "Análise da mortalidade no Município de São Paulo no período de junho a novembro de 1990", elaborado em 1991 pela equipe técnica do PRO-AIM, disponível no acervo CEInfo.

Esse foi o primeiro documento que nós soltamos. Maravilhoso. Primeiro semestre de mortalidade na cidade de São Paulo. Quando teve um evento pra apresentar dados, um evento grande na Faculdade de Medicina, eu fui lá falar sobre a parte de análise de dados, pois já estava todo articulado dentro do PRO-AIM **[MD:414].**

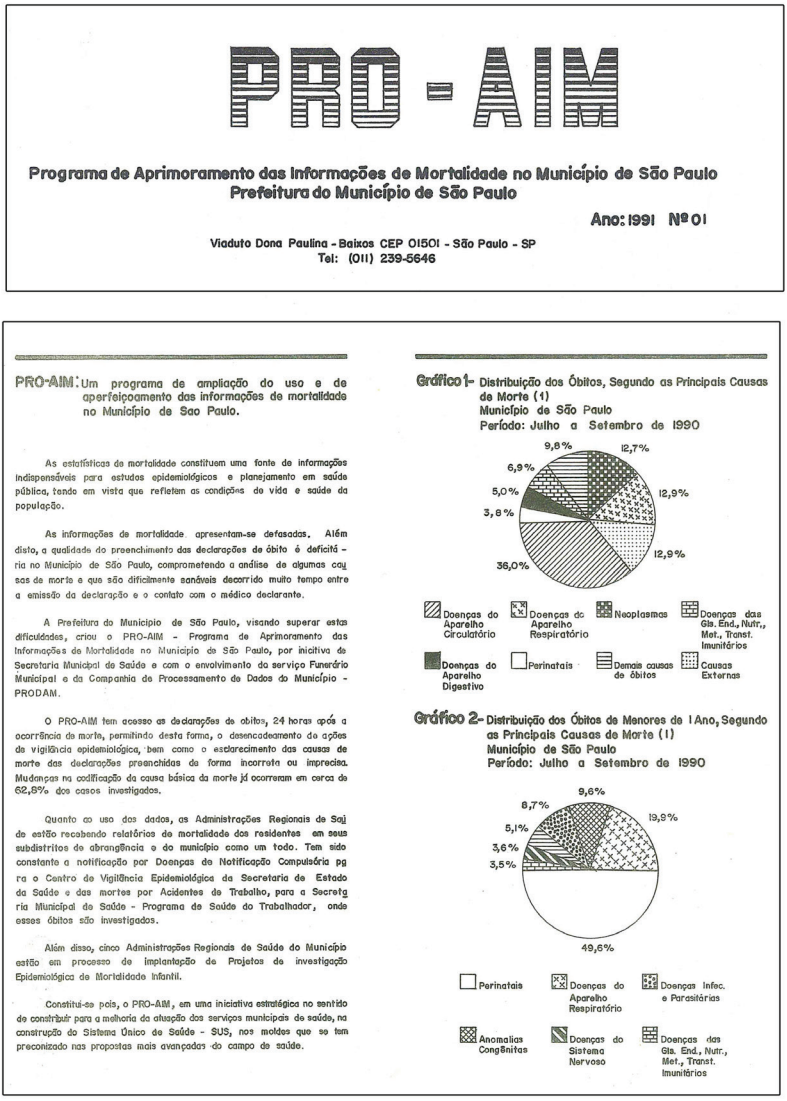
Figura 14 – Imagem da capa do primeiro documento do PRO-AIM – "Análise da mortalidade no Município de São Paulo no período de junho a novembro de 1990"



Com o tempo, os técnicos do recém-criado PRO-AIM passaram a ser objeto de curiosidade, principalmente no meio acadêmico, e começaram a participar de congressos para mostrar a experiência inovadora. *As informações eram uma surpresa, as pessoas não conheciam, ficavam curiosas, todo mundo, o SUS querendo fazer, recebemos visitas de outros municípios pra ver a experiência, nos convidavam para irmos pra outros municípios também, para outros estados, a gente foi pra vários estados* **[ML:494].**

É interessante frisar, portanto, que o PRO-AIM, com a sua relação institucional "esquisita" com o CEPI, estava se consolidando como órgão voltado para a informação epidemiológica, a partir de dados de mortalidade.

Figura 15 – Ilustração de um dos boletins trimestrais publicado pelo PRO-AIM, a partir do ano de 1991



PRO - AIM

Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no Município de São Paulo
Prefeitura do Município de São Paulo

Ano: 1991 Nº 01

Viaduto Dona Paulina - Baixos CEP 01501 - São Paulo - SP
Tel: (011) 239-5646

PRO-AIM: Um programa de ampliação do uso e de aperfeiçoamento das informações de mortalidade no Município de Sao Paulo.

As estatísticas de mortalidade constituem uma fonte de informações indispensáveis para estudos epidemiológicos e planejamento em saúde pública, tendo em vista que refletem as condições de vida e saúde da população.

As informações de mortalidade apresentam-se defasadas. Além disto, a qualidade do preenchimento das declarações de óbito é deficitária no Município de São Paulo, comprometendo a análise de algumas causas de morte e que são dificilmente sanáveis decorrido muito tempo entre a emissão da declaração e o contato com o médico declarante.

A Prefeitura do Município de São Paulo, visando superar estas dificuldades, criou o PRO-AIM - Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no Município de São Paulo, por iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde e com o envolvimento do serviço Funerário Municipal e da Companhia de Processamento de Dados do Município - PRODAM.

O PRO-AIM tem acesso as declarações de obitos, 24 horas após a ocorrência da morte, permitindo desta forma, o desencadeamento de ações de vigilância epidemiológica, bem como o esclarecimento das causas de morte das declarações preenchidas de forma incorreta ou imprecisa. Mudanças na codificação da causa básica da morte já ocorreram em cerca de 62,8% dos casos investigados.

Quanto ao uso dos dados, as Administrações Regionais de Saúde estão recebendo relatórios de mortalidade dos residentes em seus subdistritos de abrangência e do município como um todo. Tem sido constante a notificação por Doenças de Notificação Compulsória para o Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde e das mortes por Acidentes de Trabalho, para a Secretaria Municipal da Saúde - Programa de Saúde do Trabalhador, onde esses óbitos são investigados.

Além disso, cinco Administrações Regionais de Saúde do Município estão em processo de implantação de Projetos de investigação Epidemiológica de Mortalidade Infantil.

Constitui-se pois, o PRO-AIM, em uma iniciativa estratégica no sentido de contribuir para a melhoria da atuação dos serviços municipais de saúde, na construção do Sistema Único de Saúde - SUS, nos moldes que se tem preconizado nas propostas mais avançadas do campo de saúde.

Gráfico 1- Distribuição dos Óbitos, Segundo as Principais Causas de Morte (1)
Município de São Paulo
Período: Julho a Setembro de 1990

Gráfico 2- Distribuição dos Óbitos de Menores de 1 Ano, Segundo as Principais Causas de Morte (1)
Município de São Paulo
Período: Julho a Setembro de 1990

PRODAM/PRO-AIM

A Companhia de Processamento de Dados de São Paulo (PRODAM) foi uma parceira fundamental no período de formação do PRO-AIM. Àquela época, momento decisivo de impulso da informática, não se podia pensar em sistema de informação sem o aporte crucial da PRODAM. Já se falou que essa Companhia formava um dos tripés do PRO-AIM e agora acrescentamos que Élcio Poyares foi o funcionário destacado para dar suporte técnico ao então recém-criado Programa de Aprimoramento da Informação.

Eu ficava na PRODAM, que à época funcionava no Ibirapuera. Eu dava suporte às demandas da Dra. Margarida e à equipe. Porque nós éramos prestadores de serviços, a nossa função era fazer o que a equipe da Dra. Margarida e do Dr. Marcos nos demandava. Eu comecei a participar das reuniões do conselho do PRO-AIM e nessas reuniões as demandas iam surgindo: 'Agora eu preciso de um relatório de um jeito, ou de um relatório quebrando por faixa etária, por região'. E esses relatórios foram sendo desenvolvidos ao longo do tempo **[EP:142].**

O trabalho fundamental esperado dos técnicos do PRO-AIM seria a análise das informações colhidas a partir da Declaração de Óbito (DO). Porém, nas circunstâncias precárias do início dos trabalhos, os esforços se voltavam para a viabilização da organização e do processamento dos dados das DO's. Gastava-se muito tempo nesse serviço prévio, não sobrando muito espaço para as análises.

Esse processamento acontecia justamente no momento em que a informática estava se estruturando e se desenvolvendo. Élcio Poyares relata aspectos da rotina dos serviços prestados pela PRODAM ao PRO-AIM, na sua fase inicial, importantes para registrarmos a evolução do processo de trabalho e melhor contextualizarmos o período em foco:

O PRO-AIM teve uma versão desenvolvida em uma linguagem que não se usa mais, que é Clipper, não tinha ainda o Windows, na verdade, era pro ambiente DOS, naquela tela de fósforo verde, e rodava num microcomputador "XT". Nessa época, eu fui chamado a participar e tomar contato com esse assunto. Esse micro "XT", que era um único equipamento, vivia com problemas, quebrava, faltava reposição de componentes e o movimento ia acumulando, pois, infelizmente, os óbitos ocorrem diariamente. Até que chegou em volume muito grande e a primeira alternativa foi apagar incêndio, no sentido de 'vamos digitar tudo isso que está parado no ano de 1989 e fazer uma carga inicial'. Essa carga inicial, logicamente, foi digitada; usava-se muito o conceito de dupla digitação, um digitador fazia e o outro fazia a mesma entrada de dados e depois era feito um batimento [conferência], *mas sempre tinha uma divergência..., era feito um batimento com consistência, para depois chegar a um dado final.*

A partir de 1990, nós fizemos uma solução que durou quase 15 anos, que era a entrada da Declaração em tempo real, on-line, em computador de grande porte, chamado mainframe. Esse computador, até hoje, é um ambiente de altíssima segurança, que garante a integridade do dado e o guarda com backups; atua como um robô, fazendo a cópia na madrugada **[=EP:141].**

O depoimento de Poyares agrega mais informações sobre as dificuldades de transmissão dos dados:

Isso era da mesma forma que é hoje, só que hoje você tem links mais potentes, de dois, quatro mega, ou até bem mais. Naquela ocasião, eram linhas LPCD's (Linhas Privadas de Comunicação de Dados) de 2.048 K e 4.096 K. Como era para trafegar caracteres, dígitos, a velocidade estava de bom tamanho, era muito rápido, a gente dava um enter, aquilo piscava em segundos e vinha. Hoje, isso seria um problema

com o link LPCD, porque trafega muita imagem, foto, gráfico, e para isso você tem que ter links de dois megas para cima, para atender essa demanda, e, às vezes, a internet está lenta, dependendo de onde você esteja, a resposta pode ser demorada. Esse conceito de telas durou até 2002, 2003, mais ou menos, e foi substituído por essa versão do Governo Federal **[=EP:146, 147].**

A ferramenta de comunicação era um software chamado panlink, que na época era o pai do FTP, mas que não se usa mais; hoje se usa o FTP (File Transfer Protocol). Há uma segurança por trás disso, desde criptografias, certificações, uma coisa que já tem uns 20 anos que começou **[EP:159, 160].**

Élcio se lembra das dificuldades em se elaborar os boletins do PRO-AIM, quando construir um gráfico do tipo "pizza" era um desafio:

No final dessa primeira etapa, emitimos o boletim trimestral. Na verdade, esse trabalho já foi bem bolado, a equipe toda discutiu muito, os boletins começaram a ser produzidos trimestralmente. Tínhamos um projeto, na época, que era a forma de editar esse boletim. O mainframe *possuía impressoras de alta capacidade, porém, editar um gráfico e fazer um colorido ainda não estava muito fácil pra gente naquele momento, devido ao tipo de impressora, de grandes volumes, e não de uma finalização editorial, trabalho de uma revista.* **[=EP:142, 143].**

Quando o PRO-AIM deixou de ser alimentado no ambiente do computador central da PRODAM, não entrou mais nada, mas ele estava preservado, tinha um backup. *Nós geramos, logo em seguida, em CD's, a pedido do Dr. Mauro Taniguchi, para que se tivesse aquilo numa forma mais assimilável, uma vez que num mainframe você não tem um acesso direto* **[=EP:154].**

Novo arranjo político: (des)continuidades na mudança de gestão

Como foi dito, o CEPI foi fruto de múltiplas variáveis que convergiram sincronicamente no tempo e no espaço, determinando aquela configuração histórica peculiar. No entanto, entre essas variáveis (luta dos sanitaristas, movimentos pela redemocratização, papel dos indivíduos, eleição de Luiza Erundina à Prefeitura), não há dúvidas de que o fator predominante foi a política local como síntese dessas determinações.

O próprio perfil do órgão fora desenhado sob uma concepção que o dotava de um poder que perpassava transversalmente toda a administração, tendo em vista que o olhar de saúde em perspectiva holística implicava interferência no amplo processo de reprodução da população, ou seja, em aspectos ambientais, de moradia, de alimentação, de condicionamento físico, de mobilidade etc.

O promissor e turbulento governo de Luiza Erundina, "portador da esperança de milhões", segundo Escrivão Júnior, teve a sua decolagem abortada precocemente. Não cabe neste espaço fazer digressão analítica da política naquele período, mas apenas registrar que a derrota daquela gestão que reestruturou a Secretaria de Saúde do município, na qual surge o CEPI, significou um marco inabstraível quando se reflete sobre a trajetória desse órgão então responsável pela gestão da informação de natureza epidemiológica.

A partir do início de 1993, o destino do CEPI estaria em xeque, afinal, muitos dos seus fundadores, pessoas que o conceberam e o encaminhavam, foram removidos abruptamente ou se "autoexilaram" em outros órgãos e instituições, por não se sentirem confortáveis para servir a um governo considerado contrário ou hostil aos seus ideais e princípios. Foi o caso de Álvaro Escrivão Jr., por exemplo.

Porém, essa atitude não foi comum a todos. Muitos funcionários de carreira optaram pela permanência no órgão e enfrentaram a nova realidade. Para alguns, tratava-se de manter o sonho já semeado e brotado. Marcos Drumond e Margarida Lira, alocados do PRO-AIM, resistiram sob o tênue e confuso vínculo que este mantinha com o CEPI.

Alguns funcionários do CEPI, já experimentados com as transições de governo, dizem ter optado por assumir a permanência, lutar pela preservação do feito e continuar desenvolvendo o sistema de informações da área da saúde dentro do próprio órgão. Foi o caso de Elisabete Kudzielicz, Expedito Luna, Maria Eli, Penha Lúcia, Ana Santoro e outros, alguns dos quais permaneceram até a introdução do PAS, em 1995.

Segundo Escrivão Júnior, *a estrutura do CEPI aguentou até o fim do governo da Erundina, porque o governo dela foi um acidente. A Erundina foi eleita por acidente sem ter feito acordo com ninguém. E ela governou por quatro anos sem precisar beijar a mão de ninguém. Claro que apanhou de todo mundo, saiu mais ou menos escorraçada, porque não tinha feito acordo com o PMDB etc.*

Ela dirigiu sozinha e pagou o preço de dirigir sozinha. Em minha opinião, fez um excelente governo, embora tenha sido muito mal visto, porque ela não tinha acordo com ninguém, e apanhava por isso. Mas, por outro lado, não tinha loteamento pra Secretaria, todos os secretários eram alinhados a ela. O governo da Erundina foi um acidente **[=AE:23].**

Na opinião de Osvaldo Donini, o CEPI, após 1992, teria se enfraquecido:

Na verdade, ele foi cada vez mais sendo fragilizado. O PRO-AIM acho que teve continuidade, não foi tanto, mas o CEPI foi fragilizado **[OD:565].**

Entretanto, as avaliações não são convergentes. Washington Garbin, por exemplo, não tem o mesmo olhar para aquele passado recente. Antes da assunção de Erundina, ele era diretor do Hospital Menino Jesus, participava da coordenação do programa de Aids, coordenava atenção da pediatria e tinha participação estreita junto ao Gabinete do Secretário de Saúde, que à época era Fernando Proença. *Quando a Erundina assumiu a gestão de Jânio Quadros, eu fui exonerado do cargo de diretor do hospital, sem me perguntarem qualquer coisa, quais eram as minhas intenções. Na época, eu até achava que seria um governo progressista, estava achando interessante, mas, depois de três dias de assumido o governo, fui exonerado do hospital e tive a opção de escolher um posto de saúde, então fui trabalhar num posto de saúde aqui do lado do Jabaquara, comenta Garbin* **[=WG:622, 623].**

Muitos enxergaram o governo de Erundina como realizador de grandes projetos, que proporcionou grandes transformações e que nutriu muitas expectativas de mudanças profundas, mas outros tinham um olhar mais crítico. Segundo Maria Eli, *a gestão da Erundina era complicadíssima, de posturas ideológicas ainda do PT que se formava, as pessoas não se entendiam, um diretor regional era de uma linha, o outro era de outra, tinha gente que adorava o Álvaro, tinha gente que o odiava, e assim ia. A gente tinha uma dificuldade bastante grande, os programas eram muito complicados* **[=ME:534].**

Essa avaliação mais cética de Maria Eli a leva a ponderar e destacar as conservações, em lugar das mudanças:

Aí veio a proposta do Álvaro de criar o CEPI, porém ele trouxe tudo o que a Prefeitura já fazia, só reuniu. Trouxe o pessoal de MED, do DSC e juntou; e aí começou-se a rediscutir o sistema, que estava se reorganizando, e tinha que haver uma reorganização também dos postos, no

nível mais regional. O primeiro e o segundo ano foram extremamente complicados no governo, porque se negava as coisas e não se colocava outras no lugar **[=ME:530, 531].**

De fato, a nova transição não foi nada tranquila, principalmente porque o governo sucessor era de matiz político-ideológico antagônico, naquele contexto, o que indicava novos rearranjos na administração. Em 1993, o governo da Prefeitura de São Paulo ganharia nova conformação política com a ascensão de Paulo Maluf. O projeto CEPI estaria em xeque, pois essa é a tradição das frequentes alternâncias de poder, mecanismo institucional muito colado ao conceito da democracia brasileira. Em cada novo governo, novos projetos representam interesses diferenciados em relação à gestão anterior, sem que haja qualquer mecanismo capaz de preservar projetos de longo prazo, voltados para a atenção das necessidades básicas da população. Nessas circunstâncias, qualquer ideia de planejamento se esfacela. Isso se aplica a todas as gestões, independentemente do seu matiz ideológico.

Eliana Gutierrez vai direto ao assunto: era um partidarismo muito grande naquela ocasião, e, pelo menos para mim, era óbvio que o CEPI era entendido como um reduto de 'petistas'. A administração Maluf, na minha opinião, não estava lá por brincadeira. Então, nada iria pra frente **[=EG:211, 212].**

Washington Garbin, que retorna para a alta gestão após o interregno do governo Erundina, não foge à polêmica: *a questão da continuidade é uma questão importante. Que legal que aqueles caras que depois foram lá no PT tinham trabalhado no ano anterior, participando do processo de planejamento para montar essas divisões regionais. Acontece que o governo Erundina, que achava que era a maravilha do mundo, foi superado pelo inimigo visceral Paulo Maluf, e aí acabaram com*

tudo. Foram capazes de deletar todas as informações, todas as coisas que tinham nos computadores. Quando a Erundina saiu, eles deletaram tudo, a não ser as coisas que eram deles, que ninguém mexia. Foi tudo arrasado. As coisas que estavam no papel permaneceram, porque não deu para fazer um grande incêndio **[=WG:634, 635].**

Essas palavras de Garbin, carregadas de denúncia de apagamento proposital de arquivos, devem ser relativizadas, tendo em vista que muitos técnicos do CEPI e do PRO-AIM permaneceram na gestão seguinte durante certo tempo. Entretanto, se observarmos os depoimentos de várias pessoas que passaram pelo CEPI e pelo PRO-AIM, a maioria deles apresenta relatos que revelam a maneira traumática com que se deu a transição.

Muitos teriam sido perseguidos, maltratados e colocados na condição de "exílio", em serviços que pareciam funcionar como penas para o profissional. Entretanto, muitos, por suas próprias decisões, anteciparam a sua saída da gestão. Esse fenômeno não escapou ao depoimento pragmático de Garbin: *A equipe que chegou teve que falar 'A ideia é essa, vocês querem participar?'. E os servidores antigos responderam: 'Nós não queremos participar do governo do Maluf'. Isso é ridículo, um tipo de pensamento revanchista e egoísta. Se eu estou te convidando como técnico, estou te valorizando, e é uma área técnica de planejamento, você não está colaborando com o Maluf, está colaborando com o atendimento à população. O interesse não é melhorar a condição de saúde da população? Qual é o problema de se trabalhar com a Erundina, com o Maluf ou com quem seja?* **[WG:635].**

Não há como negar que as divergências políticas naquela conjuntura de conflitos expostos, em que as ideologias afloravam, interferiam diretamente nas opções técnicas e administrativas e nos discursos.

Nesse ambiente, os destinos do CEPI e do PRO-AIM, a partir de 1993, seriam bastante diferentes.

Dilemas dos primeiros momentos: não compactuar ou resistir

No primeiro ano do governo de Paulo Maluf, houve uma aparência de estabilidade que não apontava para mudanças bruscas. Esse episódio de passagem assim ficou registrado na memória de Maria Eli:

A gente tinha duas opções, que foi o grande diferencial entre a gente e o pessoal: eles eram militantes do partido e a gente era funcionária pública, tinha passado pela administração do Guedes, do PSDB – nem era PSDB na época –, tinha passado pela administração do Jânio, estava lá sempre procurando manter coisas boas que se faziam. Tínhamos que optar: ou a gente largava também, como todo mundo que era do PT fez, se arrumando um pouco antes de ela sair – o Álvaro foi pra universidade, pro Estado, de volta, a Bete ficou um ano, o Marcos e a Margarida ficaram o tempo todo.

O primeiro governo do Maluf não foi tão catastrófico, porque veio como secretário o menino lá do Sírio-Libanês, o [Raul] Cutait. O Gonçalo veio com o Cutait e gostava muito do Álvaro, por isso a Bete ficou, por conta do Gonçalo **[=ME:538].**

Essa "primeira fase" do governo Maluf, se assim podemos denominá-la, também aparece no discurso de Troccoli:

Num primeiro momento, obviamente, a política mudou. Houve uma mudança de governo, e o que fazíamos, enquanto proposta de governo e, em muitos momentos, de vanguarda, passamos a fazer já dentro de uma dimensão de resistência, entendendo que eram políticas de Esta-

do e que, por isso mesmo, deveriam ter continuidade, já que a política do governo do Maluf não priorizava ações e atividades, mas conseguimos fazê-lo, no primeiro ano e meio do governo **[FT:256].**

O mesmo ocorre no depoimento de Expedito Luna:

Após o final da gestão da Erundina, o primeiro secretário do governo Maluf que entrou aparentemente não sabia muito o que fazer com essa área, então a gente ficou, eu creio que a gestão inteira do primeiro secretário, sem diretor. A Bete ficou como diretora interina e, nesse ano, nada mudou muito. Mudou a conjuntura externa e, assim, a gente começou a ser chamado; eu, por exemplo, fui a pelo menos duas ou três reuniões em Brasília representando o município nessa área de controle de doenças transmissíveis, o que gerava um mal-estar de alguns grupos que estavam lá dentro do Gabinete do secretário, que nos viam como inimigos, como opositores. Como a gente estava representando o município fora? Durante esse ano em que nada aconteceu, aparentemente a gente continuou fazendo o que fazia antes, mas sofrendo ameaças de mudança **[EL:245].**

Lan Hee destaca o aspecto do planejamento na equipe gestora que entrou em 1993:

Raul Cutait ficou seis meses lá; levou o Roberto Yunes, que era economista e tinha uma visão de planejamento bastante interessante, vamos dizer assim. Ele começou o processo de planejamento, a ASPLAN não estava criada ainda, e eu fui uma das pessoas que acabou compondo o grupo, pra poder viabilizar o planejamento ascendente na Secretaria. Foi o período que Washington chegou também **[LH:366].**

Marcos Drumond dá sua explicação para esse momento de transição e assim justifica a sua permanência, ele que, à época, estava alocado no PRO-AIM:

Eu era um funcionário público, servidor, concursado e, ao contrário, eu achava que a população de São Paulo tinha feito uma opção e que me cabia, como servidor, tentar trabalhar nessa gestão nova que se iniciava, como um militante do SUS, a construção da política social de saúde brasileira. O Maluf chegou tentando se adaptar ao momento histórico que o país vivia. Botou na Secretaria de Saúde o Raul Cutait e o Gonçalo Vecina como adjunto.

O Gonçalo Vecina foi secretário da Marta Suplicy, pra você ter uma ideia. E o Raul Cutait é presidente do IDS (Instituto de Desenvolvimento da Saúde), que é uma dessas organizações sociais que pensa o SUS numa perspectiva, vamos dizer, modernizante. Ele representa essa linha de sucesso que a cidade de São Paulo incorpora muito para o Brasil, que é o modelo de gestão do Einstein, o modelo de gestão do Sírio-Libanês.

O Maluf, certamente, na sua tradição prévia, era um defensor ardoroso de qualquer coisa que representasse privatização. No entanto, trazia para a Secretaria um pensador da saúde que se sentava à mesa com a esquerda, com a direita, com todo mundo, que era o Raul Cutait, um cara respeitado, inclusive pelo movimento sanitário. Pega Gonçalo Vecina, que era da Faculdade de Saúde Pública da USP, que tinha uma experiência, uma pessoa que aceitava o papel de gestor de governos não moderados, de centro-direita, de centro, ou de centro-esquerda, que seja, pessoas de espectro mais amplo. Também tinha uma visão um pouco modernizante dessas coisas todas, enfim, não havia incoerência na escolha do Maluf por essas pessoas **(MD:436, 437).**

O CEPI em xeque: descompasso entre estruturas e ideias

Antes de se tornar estrutura, o CEPI era um conceito. Epidemiologia e informação não apenas formavam uma unidade, mas a esses conceitos se pretendia subordinar toda a lógica da política de saúde. Planejamento, sistema de informação, tecnologia, orçamento e demais elementos estratégicos, tudo isso deveria se submeter às resultantes das pesquisas epidemiológicas que tinham como objetivo a saúde da população moradora da cidade de São Paulo, enxergada como uma síntese das necessidades mais concretas. Imaginem-se as consequências políticas dessa concepção, fruto de contexto específico no qual confluíram fatores políticos convergentes e favoráveis, aliados a aspectos subjetivos.

O senso de coerência nos impõe repensar esse órgão à luz de uma conjuntura que se alterou substancialmente em 1993, tendo em vista a desintegração de vários elementos que justificaram a sua criação: o novo rearranjo das forças políticas, os novos projetos, as pessoas que saem e os novos personagens que assumem a Prefeitura.

A pergunta é: como ficaria o CEPI, enquanto concepção, com a ascensão dos novos atores, combinados com aqueles que permaneceram, ressentidos, resistindo ou não? Como se disse, o CEPI não era, simplesmente, uma estrutura administrativa, era uma concepção, uma ideia no campo da epidemiologia, e mais, uma ideia não hegemônica que congregava vertentes diferenciadas, como se viu anteriormente. Uma vez dispersos os seus protagonistas, o lapso do tempo de gestão não havia sido suficiente para desenvolver e consolidar na estrutura a concepção inovadora e contra-hegemônica na prática administrativa, ainda mais em um ambiente político que ganhou novos contornos de disputa e hostilidade.

Certo é que os novos gestores resignificaram o CEPI, restando-nos buscar entender como ficou o "projeto", o conceito introduzido na gestão de 1989.

Continuemos com o relato de Marcos Drumond sobre os primeiros momentos dos novos gestores do CEPI:

Eles se depararam com o CEPI, que era uma inovação da administração pública, na perspectiva da articulação da epidemiologia com a informação, ainda não tão clara, separando a vigilância. Desde aquele momento, a vigilância era muito pequenininha no município para ser problema. Cutait e Vecina chamaram um rapaz recém-retornado duma experiência no norte brasileiro, que conhecia muito pouco daquilo de que tinha que dar conta na hora e que logo se sentou com quem não foi embora, porque os políticos foram embora, mas os técnicos ficaram. Ary Hadler, o nome dele. Eu e a Bete sentamos com o Ary, mas não levou duas conversas ou três, porque o cara se encantou com o projeto completamente, e eu e a Bete éramos completamente apaixonados com aquilo. Tínhamos uma visão técnica e clareza de que a gente estava ali com um projeto técnico, antes de qualquer coisa, naquele momento político que estávamos vivendo. Eu não estou dizendo que a gente não era político, não, só sei dizer que tínhamos plena noção de que a Prefeitura tinha sido ganha pelo Maluf, que aquilo tinha sido uma escolha da população e que a nós, servidores, cabia fazer acontecer o SUS na cidade de São Paulo, sentando à mesa com quem tinha ganhado a eleição de acordo com a escolha da população **[MD=437, 438].**

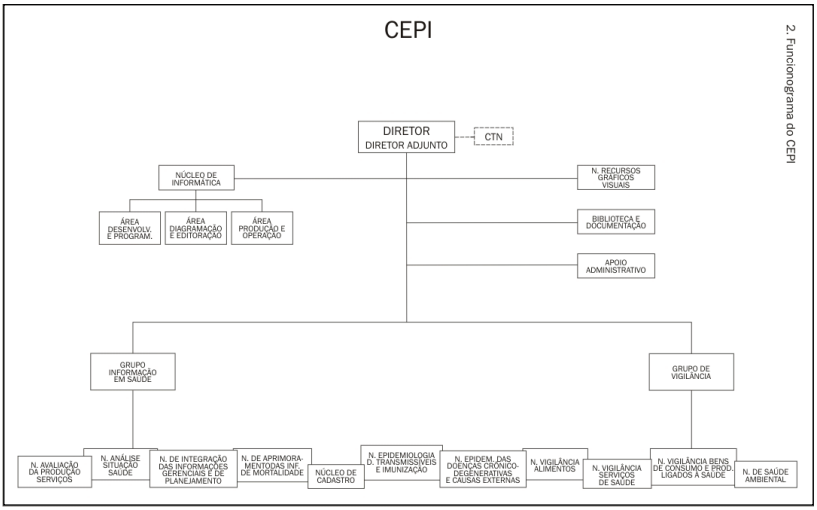
Um pequeno detalhe que aparece no depoimento de Drumond recebe conotação um pouco diferente na avaliação de Maria Eli. *A gente não os entendia, porque realmente era uma coisa muito fora do mundo.*

E o Cutait ficou oito meses na administração, então deu pra fazer muito pouco **[ME=538].** Para Marcos Drumond, *Raul Cutait e Gonçalo Vecina quiseram impor à realidade complexa do município os sofisticados modelos dos hospitais Einstein e Sírio-Libanês* **[MD:436].**

Com a saída de Álvaro Escrivão Jr. e o interregno sob responsabilidade de Elisabete Kudzielicz, Ari Hadler assumiu o CEPI, permanecendo no cargo até dezembro do mesmo ano, quando foi substituído por Luis Leite, que assume o órgão em janeiro de 1994.

As informações de um documento sem data, com indicações de que seja do segundo semestre de 1993, mostram uma estrutura do CEPI sem vestígio de funcionamento da dinâmica matricial, mas com as funções bem-delimitadas e bipartidas em duas grandes áreas: "Vigilância à saúde" e "Informação em saúde".[38]

Figura 16 – Funcionograma do CEPI, 1993



[38] "Documento intitulado "Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação – CEPI", elaboração pela equipe do Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação – CEPI, data provável como segundo semestre de 1993, disponível no acervo CEInfo.

Ou seja, aquela tensão com a dicotomia entre vigilância e informação, que já residia na origem do CEPI, parece ter encontrado novas definições político-administrativas a partir de 1993.

De qualquer forma, o conteúdo desse documento demonstra que os técnicos do CEPI se esforçavam em dar sentido de continuidade ao órgão criado em 1989, pois, além da referência às origens, o documento reforça as atribuições voltadas para *o assessoramento do Nível Central da SMS nas questões relativas à epidemiologia, pesquisa e informação; o envolvimento dos níveis regionais e distritais na proposição de indicadores epidemiológicos para subsidiar o planejamento, gerência e intervenção nos diferentes serviços e ações;* coordenação das ações de vigilância; implantação do SIMIS e da Política de Informatização da SMS e manutenção de relacionamento com outras instituições afins.

Em dezembro desse mesmo ano, o CEPI lança um documento intitulado "Vigilância à saúde: a saúde com base epidemiológica", com uma parte dedicada a fundamentações conceituais e outra que explicita as atribuições do CEPI, dos NEPI's e dos diferentes níveis funcionais da SMS. O documento traz assinaturas de representantes de ARS's e NEPI's, além de cinco funcionários do CEPI: Elisabete Kudzielicz, Expedito Luna, Laura Feuerwerker, Maria Amélia Veras e Trajano Ribeiro Filho.[39]

Esse texto parece emblemático por, talvez, flagrar o impasse no CEPI enquanto conceito. Aparenta guardar características de "transição", devido à linguagem carregada de elementos da fase inicial (noção ainda um pouco ampliada de epidemiologia), bem esvaziada da perspectiva estratégica da informação e planejamento e assentada na ação de vigi-

[39] "Vigilância à Saúde: a saúde com base epidemiológica", documento datado de dezembro de 1993, elaborado pela equipe do CEPI, disponível no acervo CEInfo.

lância. O documento inicia fazendo referência *a alterações importantes* sofridas pelo CEPI e à transferência *de toda a Informação da área de Produção de Serviços e Informática para a Assessoria de Planejamento.*

Diante desse esvaziamento de atribuições, o documento busca definir claramente os princípios básicos da organização e atividade do CEPI e dos NEPI's em todos os níveis. Reforça o conceito de Vigilância à Saúde, seguindo-se os mesmos parâmetros conceituais do período anterior, e dá a entender se constituir em documento de resistência para que o CEPI não retorne ao "leito hegemônico" de epidemiologia, centrado na vigilância tradicional. No rol de atribuições elencadas por esse documento assinado, já não aparecem a coordenação do SIMIS e do processo de informatização da SMS, por exemplo.

Conforme relatos não registrados de entrevistados, no ano de 1993, na ausência de Álvaro Escrivão Jr., Elizabete Kudzielicz se destacou na interlocução direta com o Gabinete e com as Administrações Regionais (ARS's) e os NEPI's. Neste período, coordenado pelo então Chefe de Gabinete – Gonçalo Vecina, Elizabete também participou das negociações com a SES/SP para a total municipalização da vigilância, principalmente a epidemiológica.

Apesar das supostas ambiguidades dos primeiros administradores da Secretaria de Saúde, os sinais da fratura do projeto de unificação em torno do binômio epidemiologia-informação, como dimensão determinante de planejamento, não demoraria a acontecer. O reposicionamento político-administrativo da Assessoria de Planejamento, em 1993, seria o maior vetor dessa nova política.

A Assessoria de Planejamento ganha força

Em 07 de agosto de 1993, já na gestão de Silvano M. Atílio Raia, é publicada a Portaria nº 4.256, que constitui um "Grupo de assessoria para programação de atividades na área de saúde", devido à "necessidade de se levantar os problemas de saúde existentes no município de São Paulo" (SÃO PAULO, 1993). Trata-se de comissão composta de 13 nomes escolhidos "pela qualificação técnica", entre os quais constam o de José da Silva Guedes e o de Washington Garbin.

Por meio da Portaria nº 5.312, publicada em 24 de setembro do mesmo ano, a Assessoria de Planejamento da SMS recebe a incumbência de "implantar na Secretaria um processo de Desenvolvimento Organizacional", tendo em vista a necessidade de "reativar, aprimorar e adequar a capacidade operacional do Sistema de Saúde" (SÃO PAULO, 1993). Vale ressaltar que essa Assessoria já existia na estrutura da Secretaria de Saúde desde 1987, quando foi criada pela Portaria nº 300, publicada no DOM de 05/02/1987 (SÃO PAULO, 1987). Com a reorganização da Secretaria na gestão de Luiza Erundina, que transformou a SHS em SMS, a ASPLAN permanece na estrutura, vinculada ao Gabinete do secretário. Mas, a partir de 1993, parece ganhar nova dimensão política.

Washington Garbin tinha experiência em serviços da área de informação, mas a sua formação o leva a revisar a dimensão do planejamento na Secretaria de Saúde. A força política da Assessoria de Planejamento entrara em conflito direto com o projeto, a robustez e o respaldo político que o CEPI gozava na gestão anterior. Dentro da ASPLAN se estrutura uma coordenação de planejamento propriamente dita, conhecida como ASPLAN-PLAN, e uma área voltada para a informação, ASPLAN-INFO. Essa estruturação indica uma nova concepção em que

a dimensão de planejamento colada à epidemiologia, inserida dentro do CEPI, passaria para a esfera do planejamento mais gerencial, na ASPLAN, enquanto a dimensão de produção de dados e informações ficaria vinculada à ASPLAN-INFO. Ou seja, o órgão teria a sua função bastante esvaziada, o que leva Marcos Drumond a falar em *quebra do CEPI em dois pedaços, o CEPI 93 e o CEPI 92, que são coisas diferentes. O CEPI se esfacela, o CEPI antigo acaba* **[MD:444, 454].**

Essa não é a visão de Washington Garbin, para quem o CEPI se manteve preservado, tendo sido apenas "reformulado". Garbin assume a ASPLAN e inicia reforma que iria concentrar naquela Assessoria todas as responsabilidades de planejamento que cabiam a alguns órgãos da administração municipal. Ou seja, a dimensão de planejamento, que se subordinava aos preceitos epidemiológicos, no CEPI, passaria para a nova Assessoria criada. A partir de então, o órgão ficaria restrito à parte de informação para vigilância vinculada à ASPLAN-INFO.

Na visão de Garbin, no CEPI e no PRO-AIM, *a informação que se tinha era voltada para a vigilância epidemiológica, porque você tinha toda a parte de notificação de doenças, toda a parte do PRO-AIM, toda a parte de vacinação; tratava, basicamente, de informação epidemiológica. Tinha outra parte, em que trabalhavam a Maria Eli e a Penha, que coletava todas as informações, e na época era planilha A, planilha B, planilha A4... Coletava toda a produção das unidades de saúde e os serviços todos; tinha lá na época as informações hospitalares, todas elas eram coletadas. Isso tudo era coletado, eram planilhas preenchidas dentro da unidade básica que vinham subindo, subindo e isso depois era consolidado manualmente, tudo contando pauzinhos na Secretaria, porque não tinha nada informatizado* **[=WG:625].**

Para Garbin, a dimensão de planejamento localizada no CEPI ganharia um espectro bem mais amplo com a ASPLAN:

A concepção do CEPI, se você pegar a portaria, é uma área de informação única, exclusivamente para vigilância epidemiológica e ponto. É mortalidade, morbidade, vacinação e coisas dessa ordem. A ASPLAN tinha uma visão muito mais abrangente, porque ela pegava toda a área de faturamento, onde trabalhavam a Penha, a Maria Eli e outras pessoas, a área de informatização, de informática **[=WG:635].**

A ASPLAN era a "pedra de toque" na administração da saúde, para Washington Garbin. Assim ele explica a importância do novo órgão:

Se você pegar o decreto de criação, está lá especificado exatamente o que ela ia fazer. Ia cuidar de toda a parte de informação e da área de planejamento de saúde. Como é que você faz planejamento? Você tem que saber o que tem de armas, de parque, de serviços, do que a população precisa, definir quais as suas prioridades em relação ao atendimento, porque você não tem dinheiro suficiente para cobrir todas as necessidades. Então, assim, dentro daquele orçamento da saúde, tinham que estar definidas as prioridades, isto é, quais ações de serviços de saúde você ia oferecer para a população, que dessem o mínimo de satisfação para ela, mas que causassem um grande impacto em termos de melhorias de condição de saúde. Com a visão já existente da organização hierarquizada. Montar um órgão que abrangesse todas as informações necessárias e suficientes na saúde para que você pudesse exercer sua função de planejador. Preservavam-se as áreas técnicas, produzindo as informações. Todas elas, de alguma forma, subordinadas à ASPLAN, ou subsidiando-a de informação. Na verdade, a intenção da ASPLAN era montar um grande centro de informações que contivesse tudo o que fosse necessário em saúde, inclusive para subsidiar as decisões do secretário e, com isso tudo, ter uma equipe técnica que começasse a fazer planejamento em saúde. A ideia era jun-

tar técnicos que elaborassem um processo de planejamento em saúde, e esse processo, começando da base do sistema, através de consulta das unidades básicas, seria ascendente. Depois, através de consolidação com participações de técnicos etc., seriam definidas prioridades, identificando as áreas de maior risco, fazendo um planejamento, privilegiando as áreas de maior risco, as áreas que precisariam de maiores aportes para produzir maiores impactos, e assim por diante. Com isso, esse sistema de informação precisava se modernizar. Na verdade, a ASPLAN se transformaria em uma grande sala de situação, numa grande área de inteligência, onde se estaria juntando técnicos das várias áreas, em reuniões que envolviam os técnicos da vigilância epidemiológica, da área de produção, da área de finanças. E assim, para isso, você precisava juntar essas coisas num lugar só **[WG:626, 627].**

Em sua avaliação sobre o CEPI originário, Garbin não se esquiva da polêmica e faz um depoimento singular, no universo das entrevistas:

Foi quando começou a haver problemas. Na ocasião, o CEPI era um órgão que ninguém entendia, só os técnicos e quem vinha da Faculdade de Saúde Pública, então essas pessoas eram os iluminados, difíceis de atingir. Quando você chama essas pessoas para trabalhar e diz que o conhecimento vai ter que ser dividido com todos, porque a área de finanças, na hora de dividir o dinheiro, vai querer saber por que a gente quer colocá-lo aqui e não ali, nós temos que trabalhar juntos. Ai eles começaram a falar: 'Porque você está destruindo o CEPI'. Tanto assim que nós preservamos o PRO-AIM lá no mesmo lugar onde ele estava; as pessoas do CEPI nós tentamos convencer, mas eles se recusaram, na ocasião, a ocupar o espaço que era deles, ninguém estava eliminando aquilo, eu queria, inclusive, que eles trouxessem as coisas para dentro e disseminassem aquilo junto com todo mundo. Foi uma grande difi-

culdade, tanto que, naquela ocasião, muitos técnicos não quiseram ficar, ninguém mandou ninguém embora, eles é que não quiseram ficar. Como o PRO-AIM era um negócio que ficou no Serviço Funerário, muitos deles migraram para lá e ficaram com a Margarida. E nós começamos a tentar, com quem sobrou, reorganizar o CEPI **[=WG:627, 628].**

Como se vê, a fala de Washington Garbin dialoga conflitivamente com as ideias de Marcos Drumond e Álvaro Escrivão Jr., por exemplo, em que aparecem as diferenciações na concepção de epidemiologia. E, claro, essas diferenças encontram ambientes políticos que lhes são mais favoráveis. As redes de interesses (e de poder) que abrigavam uma e outra concepção epidemiológica, nos contextos em questão, eram evidentemente distintas.

A Ordem Interna n° 26, publicada no DOM de 15 de dezembro de 1993, determina a subordinação da Divisão de Informação do CEPI à ASPLAN e realiza uma divisão de pessoal entre essas duas estruturas **(SÃO PAULO, 1993)**.

Não dispomos de informações suficientes para entender a lógica dessa bipartição, mas essa divisão parece reforçar o argumento de esvaziamento do CEPI de suas funções estratégicas de informação e planejamento. Tudo indica que ao órgão caberia a atuação mais voltada para a área de vigilância à saúde, ainda assim, com funções pouco esclarecidas, lembrando que, à época, essas funções da saúde ainda não haviam sido municipalizadas, senão parcialmente. Essa Ordem Interna formalizou a subordinação do CEPI à ASPLAN e, desta forma, sacramentou o processo de esvaziamento daquele, conforme já havia sido detectado pelo grupo que assinou o citado documento intitulado “Vigilância à saúde: a saúde com base epidemiológica”.

A lista de nomes que ficariam lotados no CEPI é encabeçada por Luis Leite Cardoso, que assumiria como novo diretor, indicado por Jaime Murahovschi. Cardoso assumiu em janeiro de 1994 e foi assessorado diretamente por Denise Mathias e Maria Cristina Fincato.

Drumond dá a sua versão e lembra um fato pitoresco que punha em xeque essa bipartição:

Teve um momento muito interessante quando eles foram dividir o CEPI: pegaram as pessoas que existiam no órgão e separaram no papel, dividindo-as entre epidemiologia e informação. 'Para a epidemiologia vamos mandar Eliana, tal, tal; não sei quem vai pra lá. Aqui na informação vão ficar tal pessoa, tal pessoa, tal pessoa. Essa pessoa aqui, politicamente, quero que fique lá, porque ela vai ficar mais longe do Gabinete'. A epidemiologia foi para um prédio lá na Avenida Brigadeiro, perto da Gastão Vidigal, no começo da Santo Amaro. E falaram comigo: 'Você é uma pessoa que a gente não tá conseguindo separar. Não sabemos se o mandamos pra lá ou se você fica aqui' **[=MD:425].**

Seja como for, certo é que o CEPI não fora desinstituído e continuaria a sua existência formal dentre um emaranhado organizacional da Secretaria. Infelizmente, a documentação do CEPI desse período é muito escassa e não nos permite grandes detalhamentos sobre a sua trajetória e realizações. Os próprios depoimentos das pessoas mais diretamente vinculadas à ASPLAN são incapazes de esclarecer, exatamente, a estrutura e as funções do que restou do CEPI. O depoimento de Washington Garbin sugere que o órgão congregava técnicos e trabalhadores operacionais, enquanto a ASPLAN *seria formada por um grupo mais restrito, com a função de elaborar os instrumentos e coordenar o processo de planejamento* **[WG:XX=628].**

Segundo Drumond, na divisão, o CEPI teria assumido as ações de vigilância epidemiológica, ficando subordinado à ASPLAN-PLAN, e o PRO--AIM, no primeiro momento, ficou vinculado ao CEPI, depois passou a se subordinar à ASPLAN- INFO.

Na visão de Elizabete Kudzielicz, nesse período a SMS *"iniciou a construção, de forma mansa e constante, de uma estrutura hospitalocêntrica, diminuindo o poder de mando/gestão dos diretores regionais".*

A Resolução 001/94, publicada no DOM de 27/07/1994, reorganiza o Gabinete da SMS, concentrando as atividades de planejamento que estavam localizadas em outros órgãos e reforçando o papel da ASPLAN (SÃO PAULO, 1994). As principais mudanças operadas por essa Resolução foram as seguintes:

- *O Centro de Controle de Zoonoses, que era vinculado ao CEPI, passaria para a área executiva do Gabinete, e a área de planejamento, informação e normalização deste órgão se subordinaria tecnicamente à Coordenação de Planejamento da ASPLAN;*
- *O CEPI passaria a se denominar Centro Municipal de Epidemiologia e Diagnóstico de Saúde – CEDISA e também passaria a se subordinar à Coordenação de Planejamento da ASPLAN;*
- *O PRO-AIM passaria a se subordinar à área de informação da Coordenação de Planejamento da ASPLAN.*

Justificando que "o processo de planejamento inicia-se com o diagnóstico em saúde, oriundo das análises de vigilância em saúde", a Resolução nos dá a entender tratar-se de esforço para integração dos órgãos que tinham dimensão de Planejamento em Saúde. Assim, subordina-se

"tecnicamente" o Centro de Controle de Zoonoses e o CEPI (que passa a denominar-se CEDISA) à Coordenação da ASPLAN-PLAN e o PRO-AIM ficaria subordinado à ASPLAN-INFO. A título de curiosidade, caberia a pergunta: como foi possível a interferência jurídico-administrativa no PRO-AIM, que era órgão criado por Decreto da Prefeitura, de alcance intersecretarial, e que sofreu alteração jurídico-administrativa por meio de uma Resolução da SMS?

A subordinação do CEPI à ASPLAN aparece no depoimento de Denise Mathias:

No organograma, o CEPI era ligado diretamente ao Gabinete do secretário, porque o COAS (Centro para Organização da Atenção à Saúde)*, que era o órgão forte, e o CEPI estavam na mesma proporção, ambos ligados ao Gabinete do secretário. O organograma era isso: o COAS, do Renato Musso. A ASPLAN não tinha o peso que tinha. Depois ela ficou forte. E ficou na mesma linha. Lá pra frente, e aí tem a ver não com o trabalho, mas com a linha de força e de poder das pessoas, é que a ASPLAN, que nasce embrionária, ganha, por conta dessa linha, e rompe com esse organograma, subjugando o CEPI* **(DM:105).**

Nem pesquisa, nem epidemiologia e nem informação: o que restou no CEPI

O nítido movimento de resistência por parte daqueles que permaneceram no CEPI após a mudança de governo, em 1993, não foi capaz de evitar a desfiguração do órgão, que manteve a sua sigla, mas com o seu conteúdo bastante esvaziado em relação à sua origem.

Dez meses após a edição da Resolução 001/94, a Resolução 001, de 12/05/1995 (**SÃO PAULO, 1995**), determinaria que "o Centro de Epi-

demiologia, Pesquisa e Informação, também conhecido como Centro Municipal de Epidemiologia e Diagnóstico de Saúde – CEDISA," passaria a ficar "subordinado diretamente à SMS Gabinete do Secretário Adjunto". Apenas dezoito dias depois, uma sucinta Ordem Interna, de n° 234, publicada no DOM de 30/05/1995, vincula o CEPI ao Centro para Organização da Atenção à Saúde (COAS), considerando "a necessidade de as investigações epidemiológicas serem feitas com total entrosamento junto às ações de saúde". Fato curioso: quando citam o CEPI, os atos normativos trazem na sequência uma complementação: "também conhecido como CEDISA". Além de ser algo incomum na linguagem jurídico-administrativa, um ato formal já havia mudado o nome CEPI para CEDISA. Mais que curiosa, tal redação pode demonstrar a confusão administrativa em uma época em que não se sabia o que fazer com essa área de "investigação epidemiológica", ou de informação **(SÃO PAULO, 1995).**

Garbin assim explica essa nova alteração na estrutura:

O CEPI acabou ficando lá na Brigadeiro. Teve mudança de local da Secretaria, que eu acho que saiu da Paulista; então uma parte foi lá para a Brigadeiro, onde é o CECON, e outra parte foi para a rua General Jardim (onde permanece até hoje), para onde o CEPI acabou indo também.[40] *Lá ficava a área de programas, o COAS, que na verdade é Coordenação de Assistência à Saúde, o qual tratava dos programas, por exemplo: programa de atenção à saúde da mulher, programa de atenção à criança, programa de atenção à Aids. Esses programas ficavam*

[40] "Na verdade, a mudança da SMS para a Rua General Jardim só aconteceu no segundo semestre de 2001".

no COAS. Como isso é um negócio muito relacionado com a análise epidemiológica, com a vigilância e saúde, eles acabaram subordinando a CEDISA (na época mudou de CEPI para CEDISA), porque informação é algo muito mais amplo. Informação abrange tudo, todos os dados, faturamento, finanças, produção, recursos humanos. Aí a CEDISA foi mandada para lá, subordinada ao COAS, porque este precisava também dessas informações para planejar atenção à criança, atenção à mulher, atenção ao adolescente. [...] Então, isso tudo é planejamento, só que daí você depreende o quê? Que o planejamento é o mais importante da Secretaria. E isso é que acaba pegando, porque, se você tem um secretário que valoriza a área, ele deveria ser o principal usuário dessa área **[WG:641, 642].**

Voltando à questão administrativa daquele período, vejamos a dificuldade de Maria Eli em precisar a estrutura institucional do período e também a relação informação/planejamento:

A gente começou a fazer com esse grupo, com a Dra. Anita e tal, que incorporou na época o Washington pra essa parte de informação. Começou-se, então, a discutir a questão de a informação gerar e avaliar planejamento, ela não tinha sentido somente pela informação, por isso se criou a ASPLAN ligada ao chefe de Gabinete, do qual fui assessora após a ida do Washington para esse cargo. Então eram a ASPLAN-PLAN e ASPLAN-INFO. O CEPI ficava na informação, porque nesse momento havia a área de informação e a área de epidemiologia, e formou-se a assessoria de planejamento. Aí tinha o CEPI, que continuava sendo a parte de epidemiologia, e tinha a ASPLAN-PLAN e as ASPLAN-INFO. Depois teve um momento em que o CEPI juntou-se à ASPLAN-PLAN **[ME:540, 541].**

A memória de Maria Eli não conseguiu reelaborar o esquema organizacional que envolvia o CEPI e a ASPLAN. Enorme confusão e dúvidas se sobressaem no seu depoimento. Depois de muitos impasses na fala, ela conclui:

... é que alguns desses organogramas não se efetivaram oficialmente, porque tinha as ASPLAN; no primeiro momento, ficou o CEPI, ficou a informação e a ASPLAN-PLAN, que tinha a responsabilidade do planejamento. Esses dois setores, então, faziam a epidemiologia e as análises epidemiológicas, e o outro fazia a coleta dos dados; o planejamento era maior e havia metas **[ME:542].**

Menos que falha de memória, a confusão de Maria Eli poderia expressar as dificuldades administrativas reais de um período confuso de transição. Relatando a gestão de Getúlio Hanashiro como secretário de Saúde, Maria Eli destaca um detalhe que se situa entre o grotesco e o cômico:

Daí mudou o secretário, porque mudava a cada ano; em um ano e meio saiu o..., saiu ele, e veio o..., veio o Hanashiro **[ME:542].**

Aí, na ASPLAN, ele pôs uma pessoa de confiança dele, um engenheiro, que não entendia nada. Na primeira reunião ele pediu pra gente explicar os indicadores do PRO-AIM, da mortalidade. Aí ele disse: 'Não dá pra pôr um semáforo nessa curva e resolver?' A conclusão da reunião do antão: 'Não entendo por que a senhora está tão preocupada com a morte, nós estamos em uma Secretaria de Saúde, não estamos?'. 'Estamos sim, senhor'. 'Então, por que a senhora está tão preocupada com o morto, com a mortalidade, nós temos que nos preocupar com os vivos'. 'Não, mas mortalidade é um indicador muito importante'. Imagine ter que explicar pra um cara que é engenheiro que a mortalidade

é um fator muito importante. Ele concluiu assim: 'Vamos deixar menos essas coisas de morte, vamos fazer as coisas mais assim'. Aí desci e falei: 'Penha de Deus, o que nós vamos fazer?'. A gente tinha duas opções: ou largava tudo e aquilo lá ia pras cucuias, ou ficava e tentava segurar alguma coisa. Aí, nessa época, eles chegaram à conclusão de que o CEPI não tinha que ficar conosco; tinha algumas pessoas que tinham interesse de aumentar o CEPI, por isso não podia ficar embaixo do Planejamento, então puseram o CEPI no COAS. Depois havia um movimento no sentido de que o CEPI, o COAS e o Planejamento fossem coisas independentes, depois se falou em juntar tudo e aí ficar no Planejamento, e daí por diante. Só que ele também durou só oito meses, graças a Deus, porque não conseguiu operacionalizar o PAS. E aí veio outro engenheiro lá da Poli, saíram os engenheiros e chegaram médicos, quase todos ligados à iniciativa privada, a convênios, e mais um monte de gente assim, tudo isso no governo Maluf **[ME:542, 543].**

São detalhes curiosos e importantes, mas, apesar do esforço, o depoimento não esclarece muito sobre a situação administrativa do CEPI. Lan Hee, que nesse período trabalhou no órgão, também não conseguiu organizar informações seguras sobre aquela estrutura organizacional. Ademais, a inexistência de documentação disponível dificulta a reconstituição das realizações do CEPI nesse período de 1993 a 1995. Não é fácil entender isso, mas é certo que houve uma fragmentação. Foi no depoimento de Penha Lúcia que obtivemos alguns detalhes daquele que talvez tenha sido o grande produto da ASPLAN (e, talvez, do CEPI, dentro dela, já que não se consegue distingui-los bem), no interregno entre o CEPI originário e o PAS: *o Plano Municipal de Saúde*, que, segundo os depoimentos da própria Penha, de Washington Garbin e de Maria Eli, teria sido o primeiro no município, não obstante termos citado anteriormente o Plano de Saúde lançado em maio de 1990:

Foi desenvolvido na ASPLAN, foi o primeiro Plano Municipal de São Paulo, com base na regionalização. Então, ele foi preposto em fases, dez divisões regionais, administrações regionais de saúde, as ARS's, que elaboravam diagnóstico, no primeiro momento; no segundo, houve a definição das metas em função daquele diagnóstico. Quer dizer, a gente não tinha um plano da Secretaria Municipal de Saúde, tínhamos planos regionais, e esse foi um documento final **[=PL:594].**

Penha reconhece que esse novo plano municipal perdeu um pouco na operacionalização, e que no final, ele ficou muito na questão da discussão dos achados, em cima dos diagnósticos, (...) a ASPLAN-PLAN não conseguiu dar esse feedback, em termos de política pública, é claro **[PL:594, 595, 596].**

Vale lembrar que, nesse curto período de "ascensão e queda da ASPLAN", sob a gerência de Washington Garbin, a informática já adquirira força extraordinária, com reflexos na administração. Lan Hee lembra que ajudou a elaborar um projeto de informatização da Secretaria inteira:

Nós chegamos a fazer a compra e neste modelo é que estava a integração da área hospitalar, pronto-socorro, informação da unidade básica de saúde, agendamento, a regulação, estava todo o sistema, sistema que eu entendo que tem que ser de uso de todos e de uso compartilhado por todo mundo, e foi esse modelo desenhado **[LH:379].**

Segundo Lan Hee, tal projeto não se realizou, foi abortado com o advento do PAS. Todo o equipamento adquirido teve uso indevido e o projeto *não aconteceu. Esse foi o motivo que apurou tanta sindicância, tanta averiguação* **[LH:379].**

Foi ainda durante esse período de transição que o CEPI chegou a mudar de endereço, indo para a Avenida Brigadeiro Luiz Antônio. Esse detalhe aparece no depoimento de Expedito Luna:

A gente saiu do prédio principal, que era na Avenida Paulista na época, e fomos mandados para a Brigadeiro Luiz Antônio, num espaço bem pior; já havia diminuído nosso contato com os médicos, quer dizer, isso foi mudando, e quando a gente foi para a Brigadeiro isso piorou, ficou essa equipe meio deslocada do restante da Secretaria e também a área da informação de produção de serviços foi tirada do CEPI, passando para outro setor que tinha uma pessoa interessada, a qual criou um setor para gerir essa parte. O PRO-AIM ficou ligado nele ainda à área de vigilância e a parte da informação da rede foi tirada. Nesse momento veio o PAS, e aí foi um desmonte dessa equipe que estava lá no nível central **[EL:245].**

Doninni enxerga essa mudança de endereço como indício do enfraquecimento do CEPI:

O CEPI foi cada vez mais sendo escanteado, inclusive chegou a sair do Gabinete fisicamente, foi lá pra Avenida Brigadeiro, na época. Mas eu acompanhei muito pouco. O CEPI basicamente ficou trabalhando com informação epidemiológica e vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis **[OD:565].**

Em 1993, os técnicos do CEPI demonstravam esforços de manutenção dos serviços de informação e vigilância. No ano seguinte, o esvaziamento político e administrativo do órgão se acentuou. Denise Mathias, que nessa época representava o CEPI junto à ASPLAN e se dedicava à elaboração do Plano de Saúde, faz esforço para relatar as atividades do órgão. Perguntada sobre as ações do CEPI nesse período, ela nos dá algumas pistas:

Pois é, boa pergunta. O Luis pedia dinheiro pra Campanha de Vacinação, tinha os projetos que os técnicos estavam tentando desenvolver. Eu me lembro bem de um projeto da Bete sobre maternidade, sobre o princípio do SINASC, mas ainda sem esse nome, um projeto embrionário de tentar pegar informações sobre nascidos vivos, na mesma lógica do PRO-AIM. (...) E tinha essa coisa misturada, a Vigilância que não era Vigilância, uma concepção de começar a fazer um monitoramento das doenças crônicas... Que hoje se tem alguma coisa de [mapa de] violência **[DM:106].**

Mathias esclarece que Luis Leite Cardoso deixa o CEPI ainda em 1995:

Nisso, o CEPI já está extremamente fragilizado. Como o Luis não fez a perseguição que eles queriam que ele fizesse, eles implodiram o CEPI e o Luis foi destituído **[DM:108].**

Segundo Mathias, Luis Leite indicara a epidemiologista Débora Barbieri para o seu lugar, mas o cargo, que pertencia ao CEPI, teria sido cedido para o Departamento de Recursos Humanos, e quem, de fato, assumiu foi Arnaldo Kobayashi:

O Arnaldo ficou nesse projeto fazendo toda a parte de parametrização. Eu saí do CEPI, que era CEDISA, e fiquei no COAS, no programa de hemoterapia. Mas nesse momento a parte de Vigilância já não existia mais, já não tinha nada daquilo que foi concebido. Não era mais um órgão ligado ao Gabinete, era um apêndice da ASPLAN. Era Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação. Cadê a Vigilância? Estava fora. Só que não tinha o nome que tem hoje, COVISA. Tinha outro nome, que eu nem me lembro mais qual era **[DM:110, 112].**

Como se vê, tudo está a indicar que o CEPI de 1994 tinha pouca correspondência em relação ao projeto original. Isso parece dar sentido à avaliação de Marcos Drumond, para quem o órgão teria acabado

em dezembro de 1992. Porém, vimos que até dezembro de 1993 os servidores lutaram pela manutenção do projeto original. Com a entrada da ASPLAN como protagonista no cenário político, o CEPI ficou esvaziado quase completamente do projeto original, mudou de nome, mas, curiosamente, manteve-se enquanto estrutura e até a sua nomenclatura permaneceu, não obstante as alterações formais. Apesar de todos esses problemas de identidade vividos pelo órgão, aparentemente, ideias originais continuariam a se consolidar por meio do então improvável PRO-AIM.

A resistência do PRO-AIM

Enquanto ocorria o ofuscamento (talvez, ocaso) do CEPI, o PRO-AIM, curiosamente, mantinha-se intocado, guardado pelo silêncio mórbido do ambiente da funerária, subsistindo sob o Viaduto Dona Paulina, resguardado pela sua característica intersecretarial (Saúde, PRODAM e Funerária) e "blindado" pela ilustre constelação que formava o seu Conselho, composto de técnicos notáveis, membros da academia paulista. Além do mais, o PRO-AIM já se tornara famoso quando ganhou várias manchetes da grande imprensa, revelando as suas informações baseadas em fontes qualificadas. Mexer ali, politicamente falando, talvez fosse imprudente.

Margarida Lira fala do temor quando da mudança de governo:

Havia esse temor de nossa parte, que tínhamos apostado as fichas; alguns pesquisadores e professores acreditavam que não teria continuidade, era uma experiência interessante, mas que não era para ficar, porque vinha outro governo: 'Não vai continuar, a Fundação SEADE tem mais história, está mais estabelecida'. E a gente dizia: 'Não, nós

vamos sustentar'. E, realmente, quando mudou o governo, nós fizemos um movimento, tivemos apoio do Conselho Consultivo. Foi um período de resistência. Nós conversamos com o novo secretário de Saúde e com o novo superintendente da funerária e mostramos tudo o que a gente tinha produzido, como era importante, e as pessoas não criaram nenhuma objeção. E como a gente acreditava naquilo, se dedicava com muita garra, então fazia acontecer também, tinha uma autonomia. Fizemos cartas, elogios, carta para o prefeito, carta para o secretário, os membros do Conselho Consultivo deram muitos apoios; foi muito importante a gente ter esse Conselho. Depois desse período, a gente passou praticamente oito anos fora do SUS, mas continuamos; era um contrassenso, eles não tinham sistema de informação, com exceção do PRO-AIM, do SIM, que era o Sistema de Informação de Mortalidade, o SINAN e a notificação de Aids. Tinham essas áreas, áreas de vigilância de doenças, que continuavam porque são áreas de que só a saúde pública e os órgãos públicos cuidam. Então, continuou o PRO-AIM, e sempre que tinha alguma mudança nas peças dos governantes, do secretário, eu ia com a minha pastinha atrás, ou acionava alguém do Conselho, se fosse o caso. A gente sempre teve uma ameaça de privatização do serviço funerário, que veio procurar o nosso apoio, a superintendência **[ML:495, 497, 498].**

A própria ASPLAN, que esvaziou o CEPI, conforme foi relatado, demonstrou outra postura em relação ao PRO-AIM. No discurso de Washington Garbin se sobressai a ideia de manutenção daquele Programa:

Tudo ia ficar preservado! Tudo! Nós queríamos que tivesse a informação das doenças de notificações compulsórias, da área de vacinação, dos intercâmbios que eles tinham com a Faculdade de Saúde Pública para pegar os dados que eles tinham lá de mortalidade, morbidade,

tudo isso interessava, só que eles se recusaram a trabalhar juntos. Esse era o problema. O PRO-AIM foi um órgão muito valorizado porque nunca se teve uma informação confiável de mortalidade no município de São Paulo. E o SEADE, apesar de fazer toda a digitação dos atestados de óbito, via cartório, perdia muitos atestados, muitos óbitos não eram digitados **[WG:636, 641].**

Entretanto, Maria Eli teria exercido importante papel de "guardiã" do PRO-AIM, quando trabalhou no Gabinete, através da ASPLAN, o que demonstra uma tensão em relação à permanência do órgão:

Talvez o que eu tenha conseguido foi botar o PRO-AIM embaixo das asas e não deixar ninguém mexer. Toda vez que se falava, eu dizia 'no PRO-AIM não se mexe, é o melhor programa que existe, não pode mexer, não vão mexer'. O Marcos e a Margarida ficavam os dois isolados, ninguém se lembrava deles. Eu falava pra Margarida: 'Não apareça aqui, porque assim ninguém se lembra de vocês'. A gente falava: 'Não se metam, fiquem quietinhos, não apareçam, o mínimo que vocês aparecerem aqui é melhor' **[ME:544].**

Essa "proteção" do PRO-AIM por parte de pessoas da ASPLAN aparece também nos depoimentos de Margarida e de Marcos Drumond. Margarida assim se refere a esses "aliados":

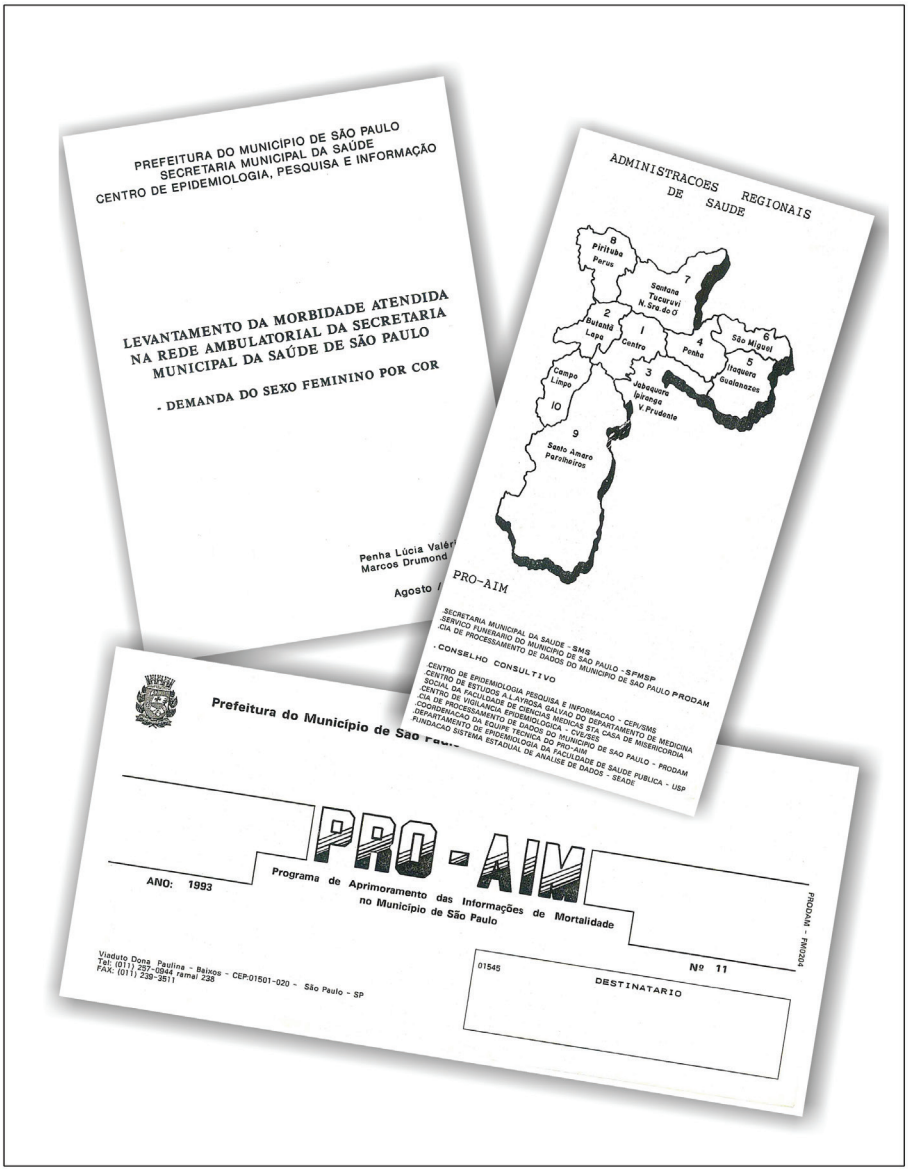
Em termos de subordinação, a gente passou pra ASPLAN, que era uma área da assessoria do planejamento. Tinha uma pessoa lá que conhecia o trabalho do PRO-AIM, que admirava, uma assessora do planejamento que depois assumiu a assessoria dessa área na Secretaria de Saúde. A gente sempre tinha aliados que entendiam, porque, mesmo numa administração que tinha uma visão equivocada, no meu entender, uma visão perversa, desestruturante, não apoiando a construção

do SUS, tinha algumas pessoas com compromisso com a saúde pública, com os projetos exitosos, com as coisas que achavam relevante apoiar. Essa pessoa, chamada Maria Eli, nos apoiava, então conseguimos um reforço do quadro, do corpo técnico, porque a Saúde era responsável pelos profissionais de nível superior, nível universitário **[ML:502, 503].**

Marcos Drumond destaca o papel de Maria Eli naquele momento crítico:

Aí aconteceu uma coisa engraçada, porque o suporte que a gente tinha no governo Maluf era de uma pessoa, que se chamava Maria Eli. O CEPI antigo veio trabalhar com uma equipe existente na Secretaria, algumas pessoas que já eram servidores antes da chegada da Erundina no poder, e entre essas pessoas estava o grupo que ficou na gerência de epidemiologia dos serviços: a Maria Eli, a Anita, a Penha e a Rosa Tomaz. Era uma equipe do antigo DSC, Departamento de Saúde Pública; eu não sei se elas eram desse departamento, mas foram pro CEPI durante o governo da Erundina, e, quando veio o governo Maluf, o corpo técnico permanente que ficou lá como confiável foram essas quatro pessoas, sendo que a pessoa importante foi a Maria Eli, porque ela assumiu um cargo de direção; junto com a Penha, a Rosa, a Anita, que saiu logo cedo, elas davam certa tolerância pra aquele povo que não era profissional de carreira, mas que entrou ali pra fazer a política do Maluf. Maria Eli era nossa sustentação no Gabinete. Então, se o PRO-AIM ficasse quietinho lá, não fizesse barulho demais, ela não ia deixar que o Washington mandasse a gente para o espaço. Isso é muito grosseiro na análise, falando meio rasteiro **[MD:464, 465].**

Figura 17 – Imagens de realizações CEPI e PRO-AIM



são paulo
FOLHA DE S.PAULO inclui **cotidiano** Domingo, 19 de setembro de 1993

Fracasso faz crescer suicídio no fim do ano

Maioria dos casos ocorre entre setembro e janeiro

DANIEL CASTRO
Da Reportagem Local

Engana-se quem pensa que a "atmosfera depressiva" do inverno induz as pessoas ao suicídio. Dados da Prefeitura de São Paulo, compilados com exclusividade para a **Folha**, mostram que a maioria dos suicídios, 60%, ocorre entre setembro e janeiro.

Nos últimos dois anos, setembro e outubro bateram recordes nas estatísticas do Pro-Aim (Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no Município de São Paulo), da prefeitura. Em outubro de 91, foram registrados 53 suicídios, 40% a mais que a média mensal do ano. No ano passado, 43 pessoas se mataram em setembro, número 25% superior ao dos demais meses.

Existe uma lógica para esses números. Segundo o psicoterapeuta Valdemar Augusto Angerami, 43, especialista em suicídios, é em setembro que as pessoas começam a fazer o "balanço do ano". **Elas tentam se matar quando percebem que estão encerrando "um ano fadado ao fracasso, em que os sonhos naufragaram".**

Segundo o levantamento, o método mais usado pelo paulistano para o suicídio é o enforcamento. Foram 33,7% dos casos de 1992. O método é também o preferido nacionalmente, segundo pesquisa do Ministério da Justiça (39,3% em 1990).

O enforcamento foi a forma escolhida pelo garoto Marcos Herbert de Souza, 11, que se matou na última segunda-feira. O estudante teria se inspirado no filme "Uma Questão de Classe", exibido domingo à noite pela Rede Globo. No filme, um personagem simula um enforcamento para assustar um amigo.

São Paulo tem menos casos de suicídio por queda (0,7% em 1992) que as outras cidades do país —a média nacional é 7,9% do total. No ano passado, por exemplo, só três paulistanos morreram utilizando esse método.

Outra conclusão da pesquisa é que a maioria dos suicidas não está nas classes média e alta, e que a incidência de casos diminui conforme aumenta a renda. O levantamento da prefeitura revela Santo Amaro (zona sul) como a região onde ocorrem mais suicídios na cidade de São Paulo, 99 casos em 30 meses —9,2% do total. Na pesquisa, Santo Amaro engloba os bairros de Campo Limpo, Capão Redondo e Jardim Ângela, pobres e violentos.

Já o Jardim América (zona oeste), bairro de classe alta, teve sete suicídios entre janeiro de 1991 e junho deste ano, o que representa 0,6% do total. No mesmo período, houve 12 (1,1%) suicídios em Pinheiros (zona oeste), bairro de classe média.

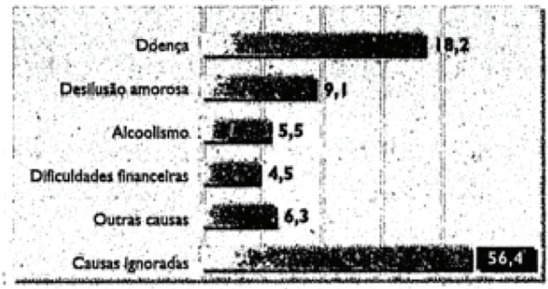
O suicídio atinge mais as pessoas com baixa escolaridade. A maioria dos paulistanos que se matou no ano passado tinha apenas o 1º grau (70,2%). Chegaram a cursar o 2º grau somente 11,3% deles e 7,2% nunca sentaram em um banco escolar. As pessoas com nível superior representaram 7%.

LEIA MAIS
Sobre suicídio à pág. 3

Editoria de Arte/Folha Imagem

BRASILEIRO SE MATA MAIS POR DOENÇAS E AMOR

Em %



Fonte: IBGE/Ministério da Justiça/1990

“Fundo do poço”

Marcos Drumond localiza o final do ano de 1994 como o período mais crítico vivido pelo PRO-AIM, chamado por ele de “fundo do poço”. Formou-se uma conjugação de fatores que por pouco não definiu o encerramento das atividades do órgão. Além do contexto político desfavorável, Drumond revela perseguições pessoais que objetivavam travar as ações internas e as articulações, tendo em vista que o PRO-AIM ganhara projeção nacional. Esse momento dramático é assim por ele narrado:

A Fundação SEADE abriu um concurso para contratar codificadores de mortalidade, com seguro saúde, salário muito melhor, vale-refeição, então os nossos funcionários de codificação, todos, fizeram o concurso e foram aprovados, evidentemente, porque eles eram muito bons, porque a gente tinha capacitado esse pessoal. Regina, Bete e uns três ou quatro funcionários passaram no concurso, foram chamados e saíram do PRO-AIM. Neste momento, a gente já estava mal com a Secretaria, a funerária estava passando por uma reforma física, perdemos nossos funcionários codificadores pro SEADE e havia um bloqueio às tentativas de chamada de pessoas para fortalecer a equipe do PRO-AIM. No momento da reforma você faz o que quiser, porque saca a pessoa até fisicamente do lugar. Então, nós fomos para a funerária e ficamos num espaço físico precário, perdemos funcionários, ficamos com dois digitadores, e eu e a Margarida tivemos que fazer o trabalho dos codificadores. Tinha dois digitadores que codificavam também, dois digitadores e 200 óbitos por dia; é claro que eles não conseguiam manter isso atualizado. Nós não conseguíamos funcionários com a Secretaria e codificávamos. Trabalhando num lugar precário, a Margarida começou a ter sintomas de tenossinovite e saiu de licença médica. Então,

neste momento, ficamos eu e dois digitadores. Estava entrando em vigor a CID-10,[43] *ia ter uma grande mudança e a única pessoa que podia ir lá fazer o treinamento era eu, porque eu era o codificador de causa, e a lei ia entrar na virada do ano de 1996. Esse treinamento acontecia de manhã e de tarde, durante duas semanas, na Faculdade de Saúde Pública. Eu ia para o treinamento de dia e de noite ia pro PRO-AIM codificar causa básica. Segunda-feira eu chegava no PRO-AIM umas seis horas, porque o curso acabava às cinco, cinco e meia; eu pegava o metrô e ia para o PRO-AIM para trabalhar no movimento de final de semana, os óbitos de sexta, sábado e domingo. Eu pegava seiscentos óbitos e saía de lá 10 horas da noite, codificando causa básica. Não tinha que fazer aquilo, se eu quisesse deixar, eu não precisava fazer, mas fiquei segurando as pontas sozinho, codificando de noite, até que um dia eu fui lá na Secretaria, procurei a Maria Eli e falei para ela: 'Tome a decisão, assuma, acabe com o PRO-AIM, porque ele tá acabando. Acabe com ele agora, faça isso'. Eu não me lembro como a Margarida participou disso, porque ela estava de licença, mas a gente mantinha contato, não sei como foi a participação dela na questão política que isso envolvia. Eles, então, liberaram que a gente conseguisse um funcionário pra trazer para o PRO-AIM e negociamos a Marina de Freitas, que trabalha hoje aqui; foi a segunda vinda da Marina, que já tinha trabalhado com a gente, foi embora e depois voltou* **[MD:468, 469].**

Naquele momento, a existência do PRO-AIM estava em xeque. Margarida Lira não consegue imaginar a possibilidade de continuidade do órgão naquela circunstância, caso ela e Marcos desistissem:

[41] Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª revisão.

Teve um momento que tive problema de saúde, por sobrecarga, juntando tanta pressão; e ficando um só, quando um tirava férias, o outro ficava sozinho, tinha que dar conta de tudo, de codificar, de gerenciar, de descrever. Não dá pra imaginar a continuidade do PRO-AIM se saíssemos, porque fomos nós que começamos, quer dizer, em alguns momentos ficamos só nós dois, então, se nós saíssemos, acreditávamos que aquelas informações não iam fazer falta para aquela gestão. Não daria, tem uma coisa do perfil profissional nosso, e tinha momentos que não dava porque éramos só nós dois, então era difícil imaginar se saíssemos. Depois, com a equipe maior, acho que teria uma chance de continuidade, mas naquele momento não daria. Se nós tivéssemos saído, se disséssemos 'Não quero trabalhar nessa gestão', e por um momento até pensei nisso mesmo, a gente com certeza teria acabado com outras coisas, outros projetos que tiveram início no governo da prefeita Luiza Erundina e tiveram solução de continuidade **[ML:508].**

Naquele instante, os destinos de indivíduos e de instituição se confundiam. Foi um momento crucial para se destacar o papel dos sujeitos na história. É justamente o que ressalta Marcos Drumond em um depoimento incisivo:

Só faltou a gente sair de lá; se a gente saísse, o PRO-AIM acabava. Se eu e a Margarida tivéssemos largado o PRO-AIM, ou na virada da gestão, ou naquele momento, o órgão acabava. Aí é que entra a história do paralelo do PRO-AIM: naquele momento, não tinha saído a lei que determinava que o sistema era descentralizado e que o responsável pelo sistema era o município. Então, se o PRO-AIM acabasse, o SEADE ia fazer o que o PRO-AIM fazia, e, do ponto de vista de processamento de declaração e da parte epidemiológica, ele ia pro espaço, acabava. Como epidemiologista, tenho formação em dados quantitativos, mas

a minha trajetória me aproxima cada vez mais da perspectiva qualitativa e me faz perceber que sem subjetividade não existe nada, nem epidemiologia, nem projeto, nem história. Um tanto de sujeito constrói um sujeito coletivo. Mas o sujeito é essencial nessa história. O Álvaro foi essencial, a Margarida foi essencial, a minha presença nesse momento, nesse contexto da história, foi essencial para isso. Não dá pra imaginar a história sem sujeito e nem esta história sem sujeito. Não consigo. E eu não sei o que aconteceria. Mais do que isso: eu e a Margarida só saímos do PRO-AIM depois que tivemos certeza de que tinha sujeito ali para manter tudo como estava. O Mauro, a Malu, a Katsue já estavam completamente formados, e eu e a Margarida, em 2001, tivemos coragem. Eu estou falando da Margarida, mas tenho que falar por mim, para que eu tivesse coragem de fazer o que eu fiz em 2001 **[MD:471, 458].**

Esse reconhecimento aparece no depoimento de Franciso Trocolli:

Desde o princípio, quem sempre esteve à frente do PRO-AIM foi a Margarida e o Drummond. E, sem dúvidas, a própria existência do órgão, inclusive neste período de resistência, tem um tributo quase completo aos dois. Foram eles que, desde o primeiro dia, implantaram, pensaram, viabilizaram, mantiveram e ampliaram num momento mais propício, pós-PAS, o PRO-AIM. Dá para afirmarmos que o PRO-AIM é a Margarida e o Drumond **[FT:258].**

Guinada para a qualidade

Meio esquecido pelos gestores, o PRO-AIM continuou se aprimorando com empenho total dos seus funcionários e a chegada de novos técnicos capacitados.

A gente começa a pegar os funcionários bons da Prefeitura que eram desnecessários para o projeto do PAS, estavam sobrando nos postos de trabalho, e nem esse povo a gente conseguia com muita facilidade. Mas eu acho que a Maria Eli ajudou ao ponto de vir Katsue, que está aí até hoje, a Tânia Nitrini, que já se aposentou, a Marina, a primeira, depois a Marina foi embora, veio o Mauro, veio a Malu, todos eles funcionários de administrações regionais da época, todos médicos; Tânia Nitrini veio do distrito da Bela Vista, Katsue veio do distrito da Bela Vista, o Mauro veio da Administração Regional de Saúde Centro, a Malu veio do hospital Menino Jesus, me parece. Eles não aderiram ao PAS e quem não aderiu estava sobrando. Então a gente começou a pegar quem não aderiu ao PAS e trazer pra cá, só que a gente conseguiu institucionalmente um espaço que, na minha opinião, tem muito a ver com a postura de apoio ao nosso "fundo do poço" que a Maria Eli tomou, e aí a gente começou a virar essa história **[MD:470, 471].**

No depoimento de Álvaro Escrivão Jr. aparece esse olhar sobre o PRO-AIM:

Os usuários começam a chegar no PRO-AIM. Então, Câmara Municipal, universidade e outros começaram a usar os dados produzidos no PRO-AIM. E aí, quando veio o tsunami do PAS, o PRO-AIM não estava na Secretaria de Saúde, estava lá perdido, escondido no serviço funerário municipal. Maluf teria que fazer um esforço muito grande pra fechar o PRO-AIM, sem nenhuma vantagem pra ele. Um monte de usuário, um

monte de gente. Então, ele ficou lá protegido. O PRO-AIM sobreviveu a todo o período do PAS, ninguém mexeu com o órgão **[AE:31, 32].**

Conforme depoimento de Marcos Drumond, a instituição do PAS surtiu efeitos contraditórios em relação ao PRO-AIM. Se, por um lado, as informações epidemiológicas perdiam sentido na lógica vigente, por outro, os técnicos do PRO-AIM ficaram com alto grau de autonomia e não sofriam qualquer tipo de restrição. As demandas da gestão caíram vertiginosamente e as atividades se voltaram para a melhoria da qualidade da informação, enquanto o PRO-AIM continuou sendo referência para a imprensa e para os movimentos sociais.

Então, despencou a demanda por informação vinda da rede descentralizada, o que para nós e o PRO-AIM significou uma guinada para a qualidade. Foi uma opção, uma adaptação ao momento político, e com a imensa riqueza, o PRO-AIM entrou de sola na qualidade, qualidade que não era questionável. Podia-se questionar o fato de eu fazer um discurso contra o pronto atendimento do PAS, que não estaria levando em conta necessidades da população, mas questionar que a informação da mortalidade precisa ter qualidade para refletir a realidade, que o médico precisa melhorar o preenchimento da declaração de óbito, que tem que dar treinamento pra médico preencher, que precisa mandar carta para esclarecer causa, sem dúvida nenhuma, não. O PRO-AIM deu uma brutal guinada para a qualidade, no primeiro momento. Então, nós começamos a articular com os hospitais para melhorar a qualidade da informação. Começamos a dar treinamento para médico, preencher declaração de óbito, mandar carta para melhorar a qualidade da atenção, investigar declaração de óbito no Instituto Médico Legal, no Serviço de Verificação de Óbito (SVO), tentar ter acesso a exame toxicológico do SVO para melhorar a qualidade da declaração

preenchida. Eu fiz nesse tempo um papel radical de que o PRO-AIM não poderia virar esconderijo e que o critério de qualidade, competência e compromisso com o projeto PRO-AIM era a condição sine qua non para qualquer pessoa entrar ali **[MD:448, 449].**

O PRO-AIM começou com a série histórica, com um grupo que era tecnicamente bom, que tinha uma capacidade de análise, e o meu perfil é de análise. O órgão nasceu em 1991 com base de dados e, quando chegou a 1993, 1994, 1995, começou a ter série histórica. Começou por três anos, quatro anos, começou a monitorar. O PRO-AIM fechava dados mensalmente, monitorava, produzia conhecimento. No primeiro momento, explorando a base que estava na nossa mão, só. Começamos a trabalhar com análise de dados e os boletins exploravam tudo que você pensava **[MD:450].**

É nesse ponto que Marcos Drumond chega a afirmar que o PRO-AIM, subliminarmente, teria assumido o papel que caberia mais ao CEPI:

Ele foi assumindo o projeto do CEPI, foi avançando o projeto CEPI, eu não tenho dúvida nenhuma. O PRO-AIM foi muito além do projeto CEPI, que era uma ideia lindíssima, belíssima para aquele momento histórico que a gente viveu, e o PRO-AIM foi para além disso **[MD:453].**

O PAS e o desmonte do SUS

Enquanto os técnicos da ASPLAN sonhavam submeter os programas da SMS à lógica do planejamento, desconheciam a alquimia administrativa que se realizava nas salas fechadas da Secretaria de Planejamento da Prefeitura, cujos resultados iriam interferir de forma decisiva no destino não apenas do CEPI (ou CEDISA), mas da própria ASPLAN, em

todos os serviços de informação para a Saúde e no processo de implantação do SUS no município.

Justamente quando a ASPLAN acabara de elaborar um plano municipal de saúde, que chegou a ser editado, a Prefeitura lança o Plano de Atendimento à Saúde, o famigerado PAS, atendendo a outros interesses econômicos e políticos, outra visão de administração, combinado com outra forma de se conceber a saúde pública. Talvez aí resida a explicação para aquele período inicial, reconhecido em vários depoimentos como de "transição", sem mudanças bruscas, com indicações políticas que "dialogavam". Teria sido o tempo de tranquilidade necessária para se gestar a radical mudança de concepção e prática no âmbito da saúde.

O projeto do PAS foi lançado por meio da Lei 11.866, de 13/10/1995, e regulamentado através do Decreto 35.664, publicado no DOM de 17/11/1995. Tratava-se de mudança radical no sistema de saúde, que significava ruptura com o Sistema Único de Saúde no município **(SÃO PAULO, 1995).**

O sistema PAS era de abrangência intersecretarial, gerenciado pelas seguintes secretarias do município: de Saúde, de Governo, de Planejamento, de Finanças, de Negócios Jurídicos e da Administração. O Gerenciamento Intersecretarial foi instituído por meio da Portaria n° 11, publicada no DOM de 05/04/1997 **(SÃO PAULO, 1997).**

Escapa ao escopo deste trabalho analisar a nova política implantada na gestão de Paulo Maluf e continuada na gestão de Celso Pitta, cabendo-nos apenas tecer considerações sobre os reflexos mais diretos nos destinos dos órgãos voltados para a produção de informação epidemiológica na SMS. Vale destacar que o projeto PAS conseguiu a proeza de unificar certos conteúdos de avaliação entre pessoas que

se colocavam em campos bem diferenciados na gestão do CEPI: a repulsa à gestão do PAS foi unânime entre todos os entrevistados que se posicionaram sobre o assunto, até mesmo aqueles que participaram do governo que concebeu o Plano. Os entrevistados falam de ruptura com políticas públicas previstas na Constituição, fazem referência à corrupção e malversação de dinheiro público, fragmentação do sistema de saúde, Plano de Saúde ilusório, processo de privatização da política de saúde, com conclusões semelhantes em relação à resultante de fracasso do PAS, implantado pelos governos Maluf e Pitta.

Outro aspecto gerou consenso entre os entrevistados: o fator surpresa na concepção e implantação do PAS. Washington Garbin assim localiza a criação do PAS:

O PAS foi desenhado na Secretaria de Planejamento, lá com o Paulo Richter, nós nem tomamos partido nenhum dessa história. Quando eles apresentaram o que eles queriam, nós fomos contra, totalmente contra **[WG:639].**

Segundo Garbin, ele e Maria Eli juntavam forças com Silvano Raia e enfrentavam Paulo Richter, porém a força deste teria prevalecido. Raia fora sacado e colocaram o Getúlio Hanashiro como secretário.

Ele [o Hanashiro] foi para lá para implantar o PAS porque o Paulo Richter ia mandar nele. Só que ele não conseguiu implantar o PAS também. Aí, o que aconteceu? O Paulo Richter assumiu a Secretaria de Saúde e implantou o PAS a machadadas **[WG:640].**

O depoimento de Lan Hee confirma o surpreendimento do projeto PAS:

Havia um grupo paralelo, político: o Silvano Raia saiu, entrou Getúlio Hanashiro, e nessa época já começou essa coisa do PAS, estudar,

elaborar a proposta, o modelo. Aí, depois do Getúlio Hanashiro, veio Paulo Richter, e, com a entrada dele, foi como se tivessem pego aquele modelo do PAS que vinha sendo incubado, gestado e, a toque de caixa, em dois meses, botaram na rua. A gente não tinha participação, essa gestação se deu na barriga de pessoas que estavam absolutamente fora desse grupo técnico, vamos pensar assim. Foi um trauma, tanto é que eu saí da ASPLAN no fim de 1995 **[LH:369, 370].**

O depoimento de Maria Eli também corrobora esse aspecto da surpresa do PAS:

Daí mudou o secretário, porque mudava secretário a cada ano, e veio o Hanashiro. Quando veio o Hanashiro, veio de desmanchar a CMTC.[42] *Ele veio para desmanchar a Secretaria, porque eles iam criar o PAS; a gente não sabia disso, não tinha a menor noção, só sabia que ele vinha. Aí ele veio com um bando de gente da engenharia* **[ME:542].**

Marcos Drumond parece reforçar a ideia de haver divergências dentro do próprio governo Maluf e lembra o ensaio do projeto do PAS em uma das regionais:

Mas ainda antes que o PAS entrasse como ele foi sendo construído, acho que aquele grupo que veio antes, esse pessoal dos seis meses, de certa maneira tentava se contrapor a esse projeto do PAS que eu acho que estava lá no plano de governo **[MD:444].**

Então, quando se começa a montar a arquitetura do PAS, ele entra como um piloto, é feito na Administração Regional de Saúde 8, que era Pirituba. O Hospital José Soares Hungria e a região de Pirituba foram piloto do PAS **[MD:446].**

[42] Episódio da privatização da empresa pública Companhia Municipal de Transportes Coletivos – CMTC.

O PAS é um projeto de impacto, encomendado pelo governo Maluf, voltado para o atendimento imediato à população nas UBS's e que se baseou em pesquisa de marketing, segundo Washington Garbin. Nos primeiros momentos, esse projeto chegou a ter a aprovação da grande maioria da população paulistana, porém não se sustentou por muito tempo. Segundo Garbin,

Maluf transformou a cidade inteira num grande pronto-socorro. As pessoas iam lá e ficavam satisfeitíssimas, mesmo que saíssem com um remédio que ia matá-las em casa no dia seguinte; tinham ido lá e sido atendidas em meia hora. Tanto assim, que botavam câmera na porta do pronto-socorro para ver o tamanho das filas. Se tivesse muitas filas, os caras caíam de pau, porque não podia ter fila! A população tinha que ser atendida num prazo de tantos minutos. Agora, com muito custo, você consegue melhorar um pouquinho o nível cultural, de entendimento, mas o técnico tem que fazer essa força no sentido de contrapor um pouco a vontade leiga da população com a resolução técnica mais adequada **[WG:630].**

O parecer de Marcos Drumond coincide com a caracterização feita por Garbin:

No momento em que o governo Maluf mudou, criou duas Secretarias, uma para cuidar do PAS e outra para cuidar do resto das coisas, porque existia uma administração direta, cheia de funcionários, cheia de coisas pra conduzir, pra tocar algumas responsabilidades que eram do Estado, como, por exemplo, a Vigilância. A política vigente prioritária estava ligada ao chamado 'plano de saúde do pobre', o PAS do Maluf, que fazia um repasse financeiro que vinha do orçamento e era um projeto prioritário do governo. Então, tinha um orçamento grande, dava

um repasse de base populacional, per capita, vamos dizer, para cooperativas, e essas cooperativas recebiam aquele montante e tinham que prestar serviço. A cooperativa tinha um bolo, os cooperados eram as pessoas que aderiram ao PAS, eram os médicos, fundamentalmente; têm muito a ver com isso esses movimentos conservadores e privatizantes na saúde, que tendem a hipervalorizar a figura do médico dentro do projeto. O PAS não construiu equipe de intervenção e de assistência à saúde, ele era centrado na figura do médico, o importante era abrir as portas do sistema de saúde para a população, com uma preocupação mais focada na demanda espontânea. E quando a preocupação do sistema de saúde volta-se para demanda espontânea, o planejamento volta-se para a resposta à demanda que chega, então não há um planejamento de necessidade, você tem que dar conta do que chegar e atender essa população. A visão de trabalhar com epidemiologia, portanto, perde o sentido **[MD:462, 463].**

A implantação do PAS significou a interrupção do projeto de implantação do SUS no município de São Paulo, aplicando o "golpe de misericórdia" nos órgãos voltados para a informação e desestruturando o que restava de continuidade dos parcos usos da epidemiologia na produção da informação pela ASPLAN. A partir de então, a Secretaria de Estado da Saúde assumiria a representação do SUS na cidade de São Paulo. Ocorre uma nova realocação generalizada de pessoas, que têm destinos bem diferenciados. Muitos depoimentos relatam o fechamento dos espaços e as dificuldades para os profissionais que não aderiram ao novo projeto de Saúde. De fato, muitos enxergam os "espaços de resistência" criados durante o período do PAS.

Francisco Troccoli, que optou por se "refugiar" na Secretaria Estadual, faz alusão à importância do lançamento da Norma Operacional Básica 01/96, do SUS,[43] em novembro de 1996. Segundo ele, essa Norma, serviu de respaldo para resistência no contexto de ruptura do município de São Paulo com o SUS **[=FT:256, 257].**

Segundo Kudzielicz, com o CEPI na Brigadeiro, havia o esforço de manutenção da coordenação das reuniões mensais com os NEPI's, que resultaram em estrita e intensa articulação entre os técnicos das regiões e a equipe do CEPI, visando definir estratégias para a manutenção desses núcleos fora da estrutura do PAS. O que realmente ocorreu, pois os NEPI's continuaram dentro da estrutura das ARS's até o retorno da SMS/SP ao SUS em 2001. Isso implicou garantir um contingente de técnicos, a maioria com formação em Saúde Pública, na administração direta. Lembrando que, na época, os profissionais da SMS/SP tiveram que fazer uma opção, quase que compulsória, do vínculo trabalhista, sem a qual não poderiam continuar trabalhando na Secretaria.

Osvaldo Doninni avalia a perda de função da ASPLAN durante a vigência do PAS:

A ASPLAN foi um órgão de planejamento para a Secretaria, que tinha 40 unidades de saúde, se tanto. Trabalhei em uma delas por três anos, unidades que basicamente atendiam saúde do trabalhador, DST-AIDS, tuberculose, hanseníase, basicamente isso. E tinha também um hospital de Nova Cachoeirinha, que não estava no PAS. Todo o resto não fazia

[43] Essa Norma, publicada no Diário Oficial da União de 6 de novembro de 1996, teve por finalidade "promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes, com a consequente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS."

parte da ASPLAN. Havia essa dicotomia entre o que era PAS e o que era Secretaria de Administração Direta, vamos dizer assim. Então a ASPLAN era uma coisa muito pequena. Você tinha as administrações regionais da saúde, que eram dez ARS's, que cuidavam de duas, três, quatro unidades cada uma. Isso a ASPLAN fazia, o planejamento para essa coisa aí. Na prática, não era um órgão de planejamento, porque 90% do planejamento era feito nos módulos (...). Cada módulo tinha seu planejamento, que estava voltado ao atendimento à demanda com a margem de recursos para a sustentação do próprio modelo **[OD:572, 573].**

Penha Lúcia e Maria Eli continuaram atuando na ASPLAN. Assim Lúcia se refere àquele período:

E o PAS nos pareceu dessa forma. A Maria Eli ainda fez parte daquela comissão de avaliação do PAS, mas a gente teve que ficar lá na Secretaria nesse momento, e não foi muito bom, não foi fácil ficar, ainda mais com os próprios colegas, que estavam nas ARS's, vendo tudo que estava acontecendo; a gente, aparentemente, tinha ficado na administração, mas não tinha outro jeito se a gente quisesse preservar alguma coisa, e não foi muito mesmo o que se conseguiu. Porque aí eles fecharam os tais módulos, a maioria das cooperativas não era da área de saúde, eram de outras áreas, então foi muito difícil trabalhar com indicadores, a questão era orçamentária mesmo **[PL:596. 597].**

Mas é Maria Eli quem nos fornece mais detalhamentos sobre esse período do PAS, ela que permaneceu na ASPLAN durante todo o período do governo Maluf, assistiu a implantação do PAS e ainda participou dos primeiros anos do governo Pitta. Ela assim justifica a sua opção como estratégia para manter o sistema de informação:

E aí, quando a gente viu que eles iam fazer mesmo o PAS, a gente tentou segurar a questão da informação, vendendo pra eles uma ideia. Eu confesso que fui bem política nesse sentido, eu disse: 'Olha, secretário, se o senhor não tiver informação, como é que vai mostrar que o PAS é eficiente?'. Porque a ideia no primeiro momento era jogar fora tudo; o primeiro movimento foi assim, o bloco de agendamento, jogaram tudo no lixo. Era um plano de saúde mesmo, restrito àquela população, a ideia de planejamento quebrou totalmente. Eles fizeram muita besteira logo de cara, foi besteira em cima de besteira, inclusive calculando errado a população **[ME:545].**

Maria Eli permaneceu na ASPLAN até o primeiro ano do governo de Celso Pitta. Mas, segundo ela, neste governo *não dava pra ficar, era sem condições, foi pior que o Maluf* **[ME:547].** No seu depoimento, Eli relata fatos graves, relacionados à conduta pública, que a fizeram desertar da sua atuação na Secretaria de Saúde.

A situação da informação durante o PAS

Independentemente de qualquer avaliação que se faça a respeito do PAS, não há como negar que a constituição de um sistema de informação articulado e fundamentado nos princípios do SUS no município se tornara quase impossível. Conforme explica Francisco Troccoli:

A própria lógica do PAS, que fragmentou o município em vários pedaços, já excluía a necessidade por si de uma informação geral. E como era uma política muito pobre, porque se objetivava apenas a assistência, e não a saúde no conceito largo; a assistência médica particularmente e, dentro da assistência médica, a urgência ou assistência hospi-

talar, foi um empobrecimento muito grande, a informação ficou muito limitada, enquanto uso. Havia uma incoerência, nesse sentido; pegou-se toda a dimensão da assistência e da atenção à saúde e se reduziu à assistência médica de urgência e médica hospitalar. Por isso mesmo a informação foi restringida. Isso foi um dos grandes comprometedores do uso da informação, dentre outras perdas grandes do PAS **[FT:258].**

Álvaro Escrivão Jr. é contundente:

Na verdade, você tem a concepção mais moderna ou mais antiga, ou mais inovadora ou menos inovadora. Por um lado, você tem um contexto, e, no contexto de PAS, pra que servia o sistema de informação para avaliar tudo, conhecer tudo? Não faz sentido. A chamada saúde pública não dá lucro, só dá dor de cabeça; por outro, a rigor, a saúde é uma ação do poder público, ela não pode ser terceirizada, pois algumas ações da vigilância epidemiológica têm poder de polícia, não podem ser terceirizadas **[AE:51].**

Com relação ao PRO-AIM, a situação era similar. Segundo Marcos Drumond:

O PRO-AIM entrou nesse bojo como um programa que gerava uma informação não relevante para estabelecer a política vigente prioritária. O órgão perdia a razão de ser, enquanto gerador de conhecimento, para planejar uma política de saúde de base local ou de base municipal que fosse, na perspectiva de conhecer uma realidade e intervir nela, evitando a morte. Se você tratar uma pessoa doente, também vai evitar a morte, mas se você identificar onde se morre mais, vai tentar fazer essas mortes diminuírem. Além disso, tinha uma questão institucional, que era o papel que ocupávamos na administração, porque a gente era tolerado, não existia nenhuma simpatia nossa pelo governo

Maluf, e isso a gente não escondia de ninguém. O PRO-AIM perdeu o investimento de Gabinete que teria enquanto programa que precisava ser alimentado ou fortalecido **[MD:462, 463, 464].**

CEPI: um Centro de Vigilância precária

Durante toda a existência do PAS, o CEPI permanecia como Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação, pelo menos nominalmente. A rara documentação desse período não faz grandes revelações, mas reforça a ideia de extinção funcional do órgão. Os depoimentos revelam que a informação perdeu completamente o caráter estratégico, ou o seu conteúdo epidemiológico mais amplo. O documento da Assessoria de Planejamento, datado de outubro de 1997, ao fazer um balanço da "Informação na Secretaria Municipal da Saúde – 1977 a 1997", assemelha-se a um relatório meramente burocrático, sem qualquer inspiração. Quase melancólico. Depois de defender a ideia de que o PAS não seguia "a lógica do privado" e "não feria o princípio da universalidade do atendimento", o documento afirma que, naquele momento, "o Sistema de Informação não foi alterado, permanecendo os mesmos princípios e a mesma formulação, uma vez que o Modelo Assistencial do SUS está mantido" (p. 8). Entretanto, o mesmo documento reconhece que "com o PAS, a Secretaria está convivendo com sistemas administrativos paralelos, os do PAS e os já desenvolvidos anteriormente".

Consultando-se tal documento, ver-se-á a relação dos sistemas desenvolvidos até o ano de 1997: Sistemas Administrativos, Sistemas de Produção de Serviços e Sistemas de Informações Epidemiológicas. Tem-se acesso também ao "Conteúdo do SIMIS", desenvolvido desde 1989.

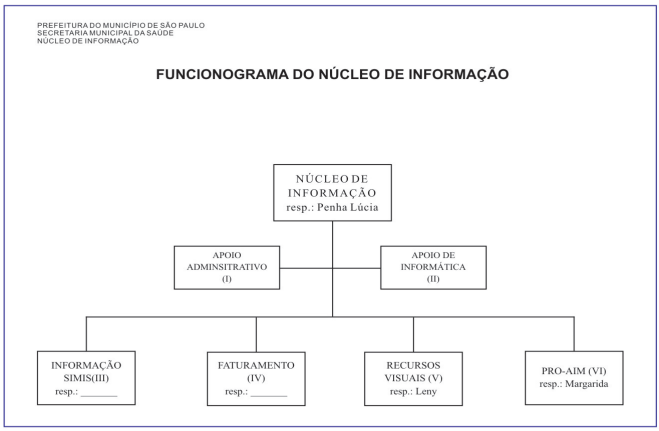
Ao analisarmos esse documento de "balanço da informação", ficamos

com a forte impressão de que ele reflete, com certa precisão, a redução da informação ao sistema informatizado de dados da Saúde. A essa altura, portanto, a informação com o sentido epidemiológico já não encontrava sentido dentro do panorama de fragmentação imposto pelo modelo do PAS. Talvez esse possa ser considerado um registro do ocaso do CEPI.

Nesse ano de 1997, Masato Yokota aparece como secretário da Saúde, Nelson Martins Pinto como Coordenador de Planejamento do PAS, Maria Eli C. Bruno como Assessora de Planejamento e Penha L. Valério como responsável pelo *Núcleo de Informação*.

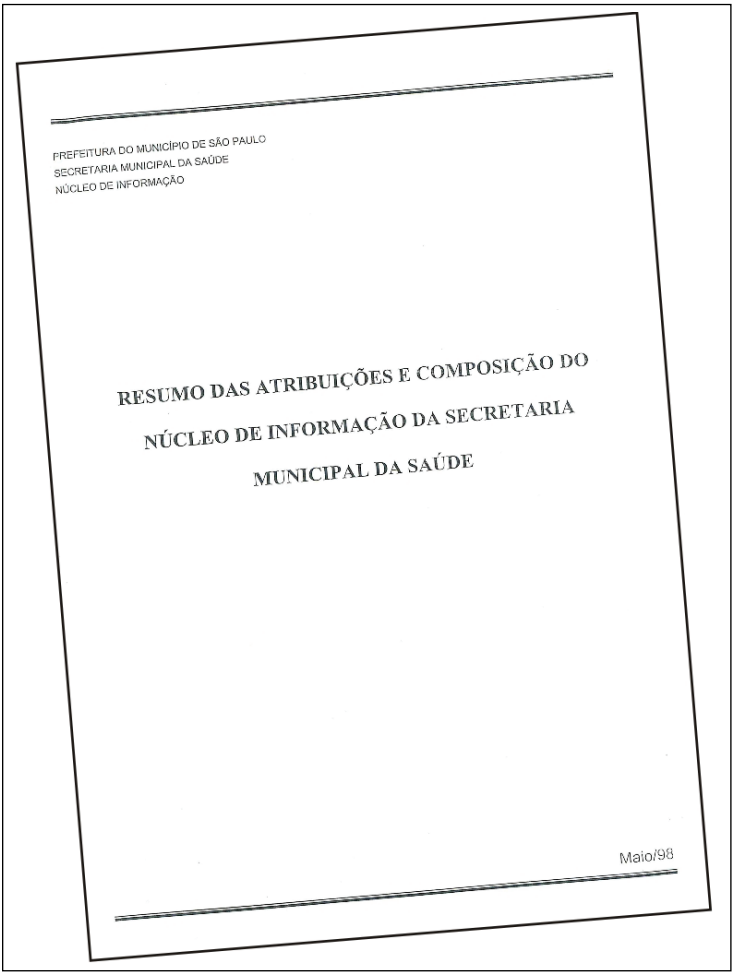
O "funcionograma" do *Núcleo de Informação* apresenta abaixo a estrutura que pertencia à ASPLAN-INFO, em 1998.[44]

Figura 18 – Funcionograma do Núcleo de Informação, 1998



[44] Resumo das Atribuições e Composição do Núcleo de Informação da Secretaria Municipal da Saúde, datado de Maio de 1998, disponível no acervo CEInfo.

Figura 19 – Imagem da capa de documento sobre o Nùcleo de Informação, 1998


PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
NÚCLEO DE INFORMAÇÃO

RESUMO DAS ATRIBUIÇÕES E COMPOSIÇÃO DO NÚCLEO DE INFORMAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Maio/98

No dicionário da língua portuguesa, ocaso é definido com o sentido de decadência, mas também de *morte*. A ambiguidade do sentido da palavra não faz mal aos propósitos conclusivos desta narrativa. Se pensarmos na essência da concepção epidemiológica que gerou o CEPI em 1989, é bastante plausível a conclusão de fim do órgão, talvez mesmo desde 1994, não obstante a sobrevivência da sigla. Por outro lado, se

pensarmos que o próprio CEPI institucional originário revelou concepções contraditórias, justifica-se o sentido de decadência, pois o que teve continuidade na instituição, desde 1994, foram algumas ações de Vigilância, que, aliás, como se viu, compôs o espectro do órgão desde o seu nascedouro. O que parece ser indiscutível é o fosso que separava a realidade concreta do órgão e a sua sigla, que ainda guardaria o anúncio de *Epidemiologia, Pesquisa e Informação*.

Afinal, o processo de municipalização dos serviços de saúde continuava a gerar tensões. O documento citado, que fazia um balanço da informação na SMS de 1977 a 1997, reconhece que em "1993, o fluxo das informações é novamente alterado com a **decomposição** do CEPI, passando a área de informação para a Assessoria de Planejamento (ASPLAN), permanecendo no órgão apenas as ações de vigilância epidemiológica" (Grifo do narrador). Se ao CEPI apenas cabiam as atividades de vigilância, quais as reais funções desse órgão se, até o ano 2000, a municipalização da vigilância sequer tinha saído do papel?

Documento de julho de 1999, intitulado "Municipalização da Vigilância Epidemiológica – Projeto Inicial",[45] prevê que o CEPI assumiria "tecnicamente a responsabilidade pelas orientações e ações de Vigilância Epidemiológica no município como um todo". Aos NEPI's, sediados nas ARS's, "caberá o mesmo papel no nível regional, aos quais estarão subordinados tecnicamente seus serviços locais de saúde".

Além do mais, essa tensão se explicitava diante da necessidade de implantação do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) no

[45] Municipalização da Vigilância Epidemiológica Projeto Inicial, do Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação – CEPI, datado de 22 de julho de 1999, disponível no acervo CEInfo.

município. Alguns dos documentos encontrados, do período de 1996 até o ano de 2000, tratam do processo de tentativa de implantação do SINASC. O sucesso e consolidação do PRO-AIM, no âmbito municipal, instigou o CEPI, desde a sua formação, a implantar um sistema similar de informação de nascidos vivos. Vimos que, desde 1988, previa-se a criação do Sistema de Nascidos Vivos, juntamente com o PRO-AIM. No arquivo da CEInfo aparece documento datado de 1994 comprovando a diretriz de criação do SINASC no CEPI.[46] Documentos de 1998 reiteram de forma mais incisiva essa necessidade de criação, talvez por pressão do esforço no âmbito nacional e da obrigatoriedade de se cumprir as normas de municipalização previstas pelo SUS. Esse esforço inicial aparece no depoimento de Margarida Lira:

Nesse período, acho que no final, já na segunda gestão, a gente teve a ideia de implantar o SINASC. Aí começamos com a NOB 96, Norma Operacional Básica, que dizia que o município já podia aderir ao SUS. Mas nós não estávamos no SUS, tínhamos que alimentar esses dois sistemas, o SIM e o SINASC. Mas, mesmo assim, mesmo não estando no SUS, a gente queria cumprir a portaria. Então, tivemos a ideia de criar o SINASC. A gente tentou, mas não deu certo, por isso deixamos de lado **[=ML:506].**

Conforme já notamos anteriormente, no ambiente em que vigorava o PAS, o estabelecimento de sistemas de informação era algo difícil e improvável. No entanto, há que se destacar que o CEPI, morto ou decadente, era a única estrutura existente na SMS capaz de abrigar tal função.

[46] Projeto "Implantação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos com vistas ao desenvolvimento de ações de vigilância sobre o nascimento de risco no Município de São Paulo", Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 1994, disponível no acervo CEInfo

A criação da CEInfo e os vestígios do CEPI de 1989: capítulo para uma outra história

Figura 20 - Comunicado 003/01-SMS, publicado no DOM de 19/06/2001 (op. cit pág. 12)

PORTE PAGO
DR/SP
ISR - 40 - 3051/81

Palácio das Indústrias
Parque D. Pedro II - Cep:03003-000 - Pabx:3315-9077

DIÁRIO OFICIAL
DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

ANO 46 | SÃO PAULO – TERÇA-FEIRA, 19 DE JUNHO DE 2001 | NÚMERO 112

SAÚDE

Secretário: EDUARDO JORGE MARTINS ALVES SOBRINHO
Rua General Jardim, 36 - PABX:3218-4000 - Vila Buarque
E-MAIL: asplan@sms.prodam.sp.gov.br

COMUNICADO 03/2001-SMS.G

Emitimos o presente Comunicado, não obstante estarmos encaminhando, proximamente, à Câmara Municipal, através dos canais competentes da Prefeitura do Município de São Paulo, Projeto de Lei propondo a reorganização da Secretaria Municipal da Saúde, em consonância com a reforma administrativa da Prefeitura.

Sua finalidade é definir e orientar os fluxos funcionais nas áreas de atuação da Secretaria Municipal da Saúde para a implementação do Sistema Único de Saúde no município de São Paulo.

É missão da Secretaria Municipal da Saúde contribuir para o bem-estar da população do Município de São Paulo, responsabilizando-se pela gestão do Sistema Único de Saúde - SUS, pela formulação e implementação de políticas, programas e projetos que visem promover, proteger e recuperar a saúde da população e pela regulação do sistema de saúde suplementar.

O cumprimento dessa missão se dará através do fortalecimento das gerências das Unidades de Saúde e, consequentemente, da programação local, sob a gestão dos Distritos de Saúde.

No âmbito deste Comunicado, entenda-se como Gestão a atividade e a responsabilidade de dirigir um Sistema de Saúde, mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, controle, avaliação e auditoria; Gerência a responsabilidade de dirigir um órgão ou uma Unidade de Saúde.

As direções das Unidades de Saúde participam também da Gestão do Sistema de Saúde em sua área de abrangência.

A diretriz principal da SMS é a descentralização da capacidade gerencial para as unidades que atuam diretamente junto aos usuários do SUS. As direções dessas unidades deverão pactuar metas com as direções distritais, por meio de contratos de gestão.

Para a gerência e gestão do sistema local de saúde, as Unidades de Saúde e os Distritos de Saúde passam a contar com apoio administrativo disponibilizado através dos Postos Avançados localizados, no momento, nas sedes das Administrações Regionais de Saúde, que serão extintas.

Os Postos Avançados constituem-se em unidades desconcentradas, subordinadas diretamente às unidades equivalentes do Gabinete do Secretário.

Assim, os Postos Avançados responsáveis pela administração financeiro-orçamentária, de bens móveis e imóveis e de suprimentos ficam subordinados diretamente à Chefia de Gabinete; os Postos responsáveis pela administração de pessoal ficam subordinados à Coordenação de Recursos Humanos e os Postos responsáveis pela administração da área de informação/informática ficam subordinados à Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo.

A Secretaria Municipal da Saúde - SMS passará a funcionar com a seguinte estrutura básica:

I. Conselho Municipal de Saúde;
II. Gabinete do Secretário;
III. Distritos de Saúde;
IV. Unidades de Saúde.

Entende-se por Distrito de Saúde a instância gestora dos serviços de saúde de uma área de abrangência geograficamente delimitada e continente de um território, onde se dão as relações sociais, ambientais, econômicas e políticas.

Entende-se por Distrito de Saúde a instância gestora dos serviços de saúde de uma área de abrangência geograficamente delimitada e continente de um território, onde se dão as relações sociais, ambientais, econômicas e políticas.

Entende-se por Unidades de Saúde todas aquelas que prestam ações e serviços, direta ou indiretamente, à pessoa, à família e à comunidade, parte integrante do território.

As Unidades de Saúde que prestam assistência ambulatorial ficam subordinadas aos Distritos de Saúde, enquanto os hospitais ficam subordinados, provisoriamente, ao Gabinete do Secretário.

A gestão da assistência hospitalar será pactuada pela gerência hospitalar, pelas direções dos Distritos de Saúde da área de influência do hospital e pelo Gabinete do Secretário.

O Conselho Municipal de Saúde manterá suas atribuições atuais.

O Gabinete do Secretário Municipal da Saúde fica reordenado, conforme segue:

I. Secretário Municipal;
II. Secretário Adjunto;
III. Chefia de Gabinete;
IV. Comissão de Gestão;
V. Assessorias Técnica, Jurídica, Comunicação e Imprensa e Parlamentar;
VI. Divisão Administrativa;
VII. Divisão Técnica Financeira;
VIII. Divisão Técnica de Suprimentos;
IX. Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada - COGest;
X. Coordenação de Apoio ao Desenvolvimento da Gerência Hospitalar - COGerH;
XI. Coordenação de Recursos Humanos - CRH;
XII. Coordenação de Epidemiologia e Informação -CEInfo.

A Comissão de Gestão será instituída, composta e presidida pelo Secretário Municipal de Saúde.

A Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada - COGest passa a funcionar com a seguinte organização:

a) Diretoria
1. Assistência Técnica;
2. Apoio Administrativo.
b) Comitê de Assessores de Políticas e Consensos Técnicos;
c) Gestão de Parcerias;
d) Gerência de Controle e Gestão de Qualidade da Assistência;
e) Gerência de Desenvolvimento de Projetos;
f) Gerência do Sistema Municipal de Regulação;
* Plantão Controlador Municipal;
* Centrais de Regulação;
* CECOM.
g) Centro de Controle de Doenças (CCD).

A Coordenação de Apoio ao Desenvolvimento da Gerência Hospitalar - COGerH passa a funcionar com a seguinte organização:

a) Diretoria
1. Assistência Técnica;
2. Apoio Administrativo.
b) Gerência de Desenvolvimento de Projetos;
c) Gerência da Qualidade Hospitalar.

A Coordenação de Recursos Humanos - CRH passa a funcionar com a seguinte organização:

a) Diretoria
1. Assistência Técnica;
2. Apoio Administrativo.
b) Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde - CEFOR;
c) Gerência de Desenvolvimento de Projetos;
d) Gerência de Ingresso e Movimentação de Pessoal;
e) Gerência de Administração de Pessoal;
f) Postos Avançados de RH.

A Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo passa a funcionar com a seguinte organização:

a) Diretoria
1. Assistência Técnica;
2. Apoio Administrativo.
b) Gerência Técnica de Informação Epidemiológica;
c) Gerência Técnica de Informação Gerencial;
d) Gerência Técnica de Informação Sócio-Ambiental;
e) Postos Avançados de Informações/ Informática.

As Divisões Administrativa, Financeira e de Suprimentos têm suas estruturas mantidas e subordinam-se à Chefia de Gabinete.

O Distrito de Saúde fica reorganizado conforme segue:

a) Diretoria
1. Núcleo Interdisciplinar de Assistentes Distritais;
2. Apoio Administrativo.
b) Conselho Distrital de Saúde;
c) Unidades de Vigilância à Saúde - UVIS;
d) Unidades de Saúde.

As Unidades de Saúde mantêm a constituição estabelecida na legislação em vigor, enfatizando-se a instalação dos respectivos Conselhos.

O Centro de Controle de Doenças, o Centro de Controle de Zoonoses e as equipes distritais estabelecerão a composição e as atribuições das Unidades de Vigilância à Saúde - UVIS (compreendendo vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e controle das antropozoonoses).

O Núcleo Interdisciplinar de Assistentes Distritais definirá as unidades de saúde que sediarão as Unidades de Vigilância à Saúde - UVIS.

O Gabinete do Secretário Municipal da Saúde será responsável por:

I. Definir, em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde as políticas de saúde do Município;
II. Oferecer, na área de sua atribuição, subsídios ao Governo Municipal para formulação das diretrizes de saúde;
III. Estabelecer convênios de cooperação técnica, científica e administrativa com outros órgãos e instituições de áreas afins;
IV. Definir normas e padrões de atividades no âmbito de saúde;
V. Estabelecer sistemas administrativos de apoio gerencial aos Distritos de Saúde, na área financeiro-orçamentária, de suprimentos, de manutenção de bens móveis e imóveis, na área de pessoal e na área da informação e informática, a serem executados pelos Postos Avançados.

A Comissão de Gestão será responsável por:

I. Assessorar o Secretário da Pasta e o Conselho Municipal de Saúde, na formulação da política de saúde do município;
II. Conduzir o processo de Planejamento Estratégico da SMS;
III. Garantir a articulação permanente entre o Plano Estratégico da Secretaria com os planos dos Distritos de Saúde;
IV. Acompanhar o processo de elaboração e de execução do orçamento;
V. Determinar a execução das deliberações emanadas do Conselho Municipal de Saúde;
VI. Controlar e avaliar, regularmente, os resultados e o impacto do plano adotado;
VII. Acompanhar e avaliar os convênios e parcerias de cooperação técnica, científica e administrativa.

A Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada - COGest será responsável por:

I. Apoiar o processo de implantação do SUS, com fortalecimento da programação local e da gerência dos Serviços de Saúde, sob gestão distrital;
II. Participar na definição das prioridades de saúde e das consequentes estratégias de intervenção municipal;
III. Coordenar o desenvolvimento da Gestão Distrital;
IV. Apoiar os Distritos de Saúde na formulação e na implementação dos Planos Distritais de Saúde, propondo metodologias, estratégias e normas para seu desenvolvimento contínuo, harmônico e integrado ao Plano Municipal de Saúde;
V. Fomentar a formulação e o desenvolvimento de projetos de intervenção na realidade sócio-ambiental e epidemiológica, a partir dos Distritos de Saúde;
VI. Instrumentalizar a normatização de ações de saúde, com base numa agenda de compromissos com a Gestão do Cuidado em Saúde, e apoiada em protocolos técnicos e consensos científicos;
VII. Prestar assistência ao desenvolvimento, implantação e controle técnico de políticas e ações de saúde;
VIII. Implantar os Sistemas Gerenciais do SUS, consolidando e avaliando o seu funcionamento;
IX. Estruturar as ações de avaliação e controle da assistência prestada e os sistemas de auditoria e acreditação de Serviços de Saúde;
X. Orientar e acompanhar as ações de avaliação e controle desenvolvidas pelos Distritos de Saúde;
XI. Participar na articulação das unidades hospitalares com as demais unidades, no âmbito dos Distritos de Saúde
XII. Criar e prover o Plantão Controlador Municipal e as Centrais de Regulação;
XIII. Coordenar e supervisionar o desenvolvimento das ações de prevenção e controle de doenças, agravos, riscos e danos à saúde, no âmbito municipal;
XIV. Supervisionar o desenvolvimento do Programa Municipal de Imunizações;
XV. Apoiar projetos da SMS para a captação de recursos e estimular parcerias com entidades governamentais e não governamentais;
XVI. Participar do desenvolvimento e incremento de mecanismos e instrumentos para avaliar o impacto das políticas públicas na saúde da população;
XVII. Implantar Comitês Assessores de Políticas e Consensos Técnicos para acompanhamento e desenvolvimento das políticas de saúde.

A Coordenação de Apoio ao Desenvolvimento da Gerência Hospitalar - COGerH será responsável por:

I. Assessorar a Secretaria Municipal da Saúde nas questões referentes à gerência hospitalar;
II. Assessorar as direções dos Hospitais Municipais no planejamento e na gerência hospitalar;
III. Desenvolver e aperfeiçoar mecanismos e instrumentos de acompanhamento, avaliação e controle dos serviços hospitalares;
IV. Acompanhar e avaliar, inclusive quanto à qualidade, a gerência dos Hospitais Municipais;
V. Propor e acompanhar programas de aprimoramento e desenvolvimento profissional e projetos de pesquisa, em convênios com Centros de Pesquisas e Universidades;
VI. Participar na articulação das unidades hospitalares com as demais unidades, no âmbito dos Distritos de Saúde;
VII. Participar na articulação com o Sistema de Urgência e Emergência do Município e da Região Metropolitana da Grande São Paulo.

A Coordenação de Recursos Humanos - CRH será responsável por:

I. Prover as Unidades sob gestão da Secretaria Municipal da Saúde com trabalhadores necessários, quantitativa e qualitativamente, promovendo concursos e contratações; administrando direitos e deveres, segundo as disposições do Estatuto do Servidor Público Municipal, movimentando os recursos humanos e promovendo o seu desenvolvimento;
II. Contribuir para a promoção da satisfação do trabalhador da saúde, oferecendo e/ou apoiando oportunidades de desenvolvimento; propiciando oportunidades de adequação da lotação ao perfil e potencialidades do trabalhador e incentivando o desempenho positivamente diferenciado, individual e em equipe;
III. Desenvolver e participar do desenvolvimento de projetos, em conjunto com outros órgãos da SMS e da sociedade civil;
IV. Assessorar o Secretário Municipal e o Conselho Municipal de Saúde em assuntos relativos a sua área de atuação;
V. Implantar, coordenar e gerenciar os Postos Avançados da área de pessoal.

A Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo será responsável por:

I. Estimular o uso do conhecimento, métodos e técnicas da epidemiologia nos processos de planejamento e gestão nos diferentes âmbitos da SMS;
II. Coordenar a elaboração, implantação e o desenvolvimento da política de informação para a gerência das Unidades de Saúde e para a gestão municipal da saúde em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS;
I. Responsabilizar-se pela interlocução com as instâncias federal, estadual e de outros municípios nas questões relativas aos sistemas de informações para a gestão municipal da saúde do município de São Paulo;
II. Realizar interlocução com organizações públicas e privadas produtoras de dados e informações necessários à gerência das Unidades de Saúde e à gestão pública municipal;
III. Em conjunto com os demais órgãos do Gabinete do Secretário, Distritos de Saúde e Hospitais, elaborar e propor a utilização de indicadores epidemiológicos e de produção para subsidiar a intervenção dos diferentes serviços e ações locais;
IV. Definir, elaborar e divulgar indicadores de monitoramento da situação de saúde e da produção dos serviços de saúde no âmbito municipal, assim como apoiar sua utilização nos níveis descentralizados;
V. Construir e gerenciar um diretório com as bases de dados de todos os sistemas de informação produzidos e disponibilizados pelo CEInfo;
VI. Estimular o desenvolvimento de atividades para a melhoria da qualidade de dados e informações dos sistemas gerenciados pelo CEInfo;
VII. Articular e orientar o processo de geo-referenciamento como ferramenta para a gestão do sistema de saúde;
VIII. Coordenar a elaboração, implantação e o desenvolvimento do plano diretor de Informática de SMS;
IX. Responsabilizar-se pela interlocução com a Companhia de Processamento de Dados do Município - PRODAM, com o DATASUS e demais empresas prestadoras de serviços de informática a SMS;
X. Articular e orientar o processo de capacitação dos servidores da SMS para o uso da tecnologia de informação adotada pela SMS;
XI. Elaborar, implantar e desenvolver uma política de disseminação das informações de interesse da saúde;
XII. Atuar conjuntamente com a Assessoria de Comunicação e Imprensa do Gabinete para divulgação de dados e informações;
XIII. Coordenar e articular o desenvolvimento de programas de informática, em conjunto com órgãos solicitantes;
XIV. Responsabilizar-se pelo cadastro das unidades de saúde sob gestão da SMS;
XV. Implantar, coordenar e gerenciar os Postos Avançados da área de informação e informática.

O Distrito de Saúde tem por objetivo contribuir para a promoção, proteção e recuperação da saúde no Município de São Paulo, em sua área de abrangência, geograficamente delimitada, tendo por atribuições:

I. Responsabilizar-se pela gestão do sistema de saúde na sua área de abrangência;
II. Conhecer o ambiente e a dinâmica de ocupação do espaço na sua área de abrangência, identificando fatores ambientais, econômicos e sociais que impactam o processo de saúde/doença na região;
III. Conhecer o perfil de morbi-mortalidade da população residente na sua área de abrangência;
IV. Mapear e analisar as condições de vida das famílias e grupos populacionais da região, por bairro e quarteirão, identificando as características referentes a faixas etárias e perfis epidemiológico, educacional e sócio-cultural;
V. Contribuir para a definição de políticas, projetos e investimentos para melhoria da atenção à saúde;
VI. Monitorar o desenvolvimento das ações planejadas e avaliar resultados;
VII. Organizar a prestação de serviços de saúde sob sua responsabilidade e articular a ação dos demais serviços de forma a responder às necessidades de saúde da população no território;
VIII. Planejar, coordenar e avaliar as ações de atenção e vigilância à saúde no território distrital;
IX. Estimular o controle social através dos Conselhos, Orçamento participativo e de outros mecanismos de participação social na definição de políticas públicas;
X. Participar da definição da política de RH no âmbito do território;
XI. Produzir e analisar informações em saúde necessárias ao planejamento das ações no seu âmbito de atuação;
XII. Participar de articulação junto às diferentes Secretarias Municipais na perspectiva da construção do governo local;
XIII. Articular parcerias com demais órgãos públicos, organizações e movimentos sociais, para ação conjunta na produção Social da Saúde no território;
XIV. Estabelecer com o conjunto dos DS e Gabinete do Secretário, a Programação Pactuada Integrada (PPI), conformando diferentes redes hierarquizadas de serviços às diferentes necessidades da população;
XV. Coordenar, supervisionar e executar, suplementar e complementarmente, as ações de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental na sua área de abrangência, através das Unidades de Vigilância à Saúde.

As áreas de abrangência dos Distritos de Saúde, de acordo com a divisão geográfica do município de São Paulo, encontram-se no ANEXO I.

As Unidades de Saúde, além de suas atribuições estabelecidas em lei, serão responsáveis, de acordo com seu nível de capacidade resolutiva pelas ações de Vigilância à Saúde. As Unidades de Vigilância à Saúde - UVIS deverão exercer essas ações complementarmente, sempre que o nível de complexidade das ações exigir sua intervenção.

As demais Unidades da Secretaria Municipal da Saúde não citadas neste Comunicado e seus Anexos, manterão suas atribuições na forma da legislação em vigor.

ANEXO I
COMPOSIÇÃO DOS DISTRITOS DE SAÚDE

DISTRITO DE SAÚDE	DISTRITO ADMINISTRATIVO
BRASILÂNDIA	Brasilândia
BUTANTÃ	Butantã, Jaguaré , Morumbi, Raposo Tavares, Rio Pequeno e Vila Sônia
CACHOEIRINHA	Cachoeirinha e Casa Verde
CAMPO LIMPO	Campo Limpo e Vila Andrade
CAPÃO REDONDO	Capão Redondo
CIDADE ADEMAR	Cidade Ademar
CIDADE LÍDER	Cidade Líder e Parque do Carmo
CIDADE TIRADENTES	Cidade Tiradentes
CURUÇÁ	Jardim Helena e Vila Curuçá
ERMELINO MATARAZZO	Ermelino Matarazzo e Ponte Rasa
FREGUESIA DO Ó	Freguesia do Ó e Limão
GRAJAÚ	Grajaú
GUAIANASES	Guaianases e Lajeado
IPIRANGA	Cursino e Ipiranga
ITAIM PAULISTA	Itaim Paulista
ITAQUERA	Itaquera e José Bonifácio
JABAQUARA	Jabaquara
JAÇANÃ	Jaçanã e Vila Medeiros
JARDIM ANGELA	Jardim Angela
JARDIM SÃO LUIZ	Jardim São Luiz
LAPA	Jaguara, Lapa, Perdizes e Vila Leopoldina
MOOCA	Água Rasa, Belém, Mooca e Tatuapé
PARELHEIROS	Cidade Dutra, Marsilac, Parelheiros e Socorro
PENHA	Cangaíba e Penha
PERUS	Anhanguera, Jaraguá e Perus
PINHEIROS	Alto de Pinheiros, Itaim Bibi, Jardim Paulista e Pinheiros
PIRITUBA	Pirituba e São Domingos
SACOMÃ	Sacomã
SANTA CECÍLIA	Barra Funda, Bom Retiro, Consolação, República e Santa Cecília
SANTANA	Mandaqui e Santana
SANTO AMARO	Campo Belo, Campo Grande, Pedreira e Santo Amaro
SÃO MATEUS	Iguatemi, São Mateus e São Rafael
SÃO MIGUEL	São Miguel e Vila Jacuí
SAPOPEMBA	Sapopemba
SÉ	Bela Vista, Brás, Cambuci, Liberdade, Pari e Sé
TREMEMBÉ	Tremembé e Tucuruvi
VILA FORMOSA	Aricanduva, Carrão e Vila Formosa
VILA MARIA	Vila Guilherme e Vila Maria
VILA MARIANA	Moema, Saúde e Vila Mariana
VILA MATILDE	Artur Alvim e Vila Matilde
VILA PRUDENTE	São Lucas e Vila Prudente

Figura 21 – Portaria 166, publicado no DOM em 24 de janeiro de 2002

Palácio das Indústrias
Parque D. Pedro II - Cep:03003-000 - Pabx:3315-9077

CORREIOS
MALA DIRETA POSTAL
5727/01 DR/SPM
Impresa Oficial

DEVOLVA-SE DR/SPM MALA DIRETA POSTAL

DIÁRIO OFICIAL
DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

ANO 47 | SÃO PAULO – QUINTA-FEIRA, 24 DE JANEIRO DE 2002 | NÚMERO 16

SAÚDE

Secretário: EDUARDO JORGE MARTINS ALVES SOBRINHO

Rua General Jardim, 36 - **PABX:3218-4000** - Vila Buarque

E-MAIL: sms@prefeitura.sp.gov.br

Portaria 166/2002-SMS.G

O Secretário Municipal da Saúde no desempenho das atribuições que lhe são conferidas por Lei, e

CONSIDERANDO:

1. o comunicado 001/2001 publicado no Diário Oficial do Município de São Paulo de 25/01/2001, que apresenta as diretrizes gerais para Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS/SP);

2. o comunicado 003/2001 publicado no Diário Oficial do Município de São Paulo de 06/02/2001, que define e orienta os fluxos funcionais nas áreas de atuação da SMS/SP para a implementação do Sistema Único de Saúde no município de São Paulo; e

3. a necessidade de ordenar as responsabilidades das áreas de informação e informática da SMS/SP, nas diferentes instâncias da SMS/SP.

RESOLVE:

1. Atribuir à Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo, ligada diretamente ao Gabinete do Secretário Municipal da Saúde, a responsabilidade de coordenação dos Postos Avançados da CEInfo;

2. Os Postos Avançados da CEInfo (PAs-CEInfo) se subordinam diretamente à CEInfo/Gabinete;

3. Os Postos Avançados da CEInfo deverão desenvolver, em consonância com as diretrizes gerais da SMS/SP e da área de informação/informática da SMS/SP as seguintes ações:

* Participar da condução da política de saúde municipal no seu âmbito, responsabilizando-se pela área de informação e informática;

* Participar, junto com o CEInfo/ Gabinete, da formulação e operacionalização da Política de Informação da SMS/SP;

* Participar na definição do Plano Diretor de Gestão da Informação da SMS/SP;

* Produzir, analisar e divulgar informações sobre a situação de saúde e dos serviços de saúde no seu âmbito;

* Participar da definição, elaboração e divulgação de indicadores para monitoramento da situação de saúde e da produção de serviços e estabelecer protocolos de apresentação segundo as necessidades das unidades e distritos de saúde;

* Assessorar e subsidiar os Distritos de Saúde da sua área de abrangência nas questões da informação e informática;

* Participar do Núcleo Interdistrital nas definições sobre a política de saúde regional e sua condução, respondendo pela área de informação e informática;

* Participar do processo de gestão e planejamento de saúde na sua área de abrangência;

* Participar do processo de planejamento orçamentário regional;

* Implantar, acompanhar e avaliar os sistemas de informação utilizados pela SMS/SP;

* Planejar, implantar e coordenar o uso de tecnologia de informação na sua área de abrangência. Os sistemas de informação utilizados para a gestão de recursos humanos e gestão administrativa/financeira deverão ser definidos em conjunto com as respectivas áreas do gabinete, cabendo ao PA-CEInfo a participação nesse processo;

* Realizar intercâmbio com os Postos Avançados das áreas de recursos humanos e administrativo-financeira;

* Organizar as demandas e adotar medidas visando a capacitação de pessoal na área da informação e informática, em conjunto Posto Avançado de Recursos Humanos (PA-RH);

* Realizar intercâmbio com a área de informação/informática dos Hospitais;

* Organizar e definir procedimentos fluxos e rotinas para o recebimento dos dados produzidos pelas unidades de saúde, inclusive pelas unidades de vigilância à saúde (compreendendo vigilância sanitária, epidemiologica, e controle das antropozoonoses), os Atendimentos Pré Hospitalares e das instituições conveniadas e contratadas que produzem informação para os sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;

* Organizar e definir os processos de trabalho visando a disponibilização de dados e informações aos usuários internos e externos à SMS/SP;

* Monitorar a qualidade das informações produzidas pelas unidades identificando as falhas e propondo correções;

* Planejar e dimensionar com o Posto Avançado administrativo-financeiro a necessidade de equipamentos de informática, de insumos e de contratação de serviços de informática, para a sua área de abrangência;

* Supervisionar a prestação de serviços de informação e informática na sua área de abrangência, de acordo com o(s) convênio(s)/contrato(s) vigente(s);

* Programar as atividades de manutenção preventiva de hardwares e softwares na sua área de atuação;

3.1. Ficam definidas as áreas geográficas, descritas como as áreas de abrangência dos Postos Avançados da CEInfo, em consonância com a delimitação geográfica dos distritos administrativos e distritos de saúde:

Posto Avançado CEInfo	Distrito de Saúde	Distrito Administrativo
PA-CEInfo 01	Santa Cecília	Barra Funda, Bom Retiro, Consolação, República e Santa Cecília
	Sé	Bela Vista, Bras, Cambuci, Liberdade , Pari e Sé
PA-CEInfo 02	Butantã	Butantã, Jaguaré, Morumbi, Raposo Tavares, Rio Pequeno e Vil Sônia
	Lapa	Jaguara, Lapa, Perdizes e Vila Leopoldina
	Pinheiros	Alto de Pinheiros, Itaim Bibi, Jardim Paulista e Pinheiros
PA-CEInfo 03	Ipiranga	Cursino e Ipiranga
	Jabaquara	Jabaquara
	Sacomã	Sacomã
	Sapopemba	Sapopemba
	Vila Mariana	Moema, Saúde e Vila Mariana
	Vila Prudente	São Lucas e Vila Prudente
PA-CEInfo 04	Moóca	Água Rasa, Belém, Moóca e Tatuapé
	Penha	Cangaíba e Penha
	Vila Formosa	Artemônio, Carrão e Vila Formosa
	Vila Matilde	Arur Alvim e Vila Matilde
PA-CEInfo 05	Cidade Líder	Cidade Líder e Parque do Carmo
	Cidade Tiradentes	Cidade Tiradentes
	Guaianases	Guaianases e Lajeado
	Itaquera	Itaquera e José Bonifácio
	São Mateus	Iguatemi, São Mateus e São Rafael
PA-CEInfo 06	Cunçá	Jardim Helena e Vila Curaçá
	Ermelino Matarazzo	Ermelino Matarazzo e Ponte Rasa
	Itaim Paulista	Itaim Paulista
	São Miguel	São Miguel e Vila Jacuí
PA-CEInfo 07	Cachoeirinha	Cachoeirinha e Casa Verde
	Jaçanã	Jaçanã e Vila Medeiros
	DS Santana	Mandaqui e Santana
	Tremembé	Tremembé e Tucuruvi
	Vila Maria	Vila Guilherme e Vila Maria
PA-CEInfo 08	Brasilândia	Brasilândia
	Freguesia do Ó	Freguesia do Ó e Limão
	Perus	Anhanguera, Jaraguá e Perus
	Pirituba	Pirituba e São Domingos
PA-CEInfo 09	Cidade Ademar	Cidade Ademar
	Grajaú	Grajaú
	Parelheiros	Cidade Dutra, Marsilac, Parelheiros e Socorro
	Santo Amaro	Campo Belo, Campo Grande, Pedreira e Santo Amaro
PA-CEInfo 10	Campo Limpo	Campo Limpo e Vila Andrade
	Capão Redondo	Capão Redondo
	Jardim Ângela	Jardim Ângela
	Jardim São Luiz	Jardim São Luiz

4. Atribuir a responsabilidade aos servidores abaixo relacionados para coordenar os trabalhos na área de informação/informática e responder pelo expediente do PA-CEInfo no qual estão alocados:

Posto Avançado CEInfo	Nome do Responsável	Reg.Func.
PA-CEInfo 01	Denise Mathias	619.470.2.00
PA-CEInfo 02	Berenice Bustamante Kanakarna	505.935.9/02
PA-CEInfo 03	Edmir Peralta R. Albuquerque	641.208.4.00
PA-CEInfo 04	Roberto Nakashima	132.962.3.02
PA-CEInfo 05	Monica Hid Haddad Pelaquin	562.354.5.02
PA-CEInfo 06	Marta de Carvalho Forte	503.994.1.02
PA-CEInfo 07	Francisco José Gonçalves Figueira	549.103.7.01/03
PA-CEInfo 08	Marco Aurélio Moura	574.888.7.00
PA-CEInfo 09	Suzana Abreu Funari A. Penteado	619.795.7.00
PA-CEInfo 10	Rosa Maria Dias Nakasaki	561.779.1.00

Esta Portaria entrará em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Em 2001, sob a gestão de Marta Suplicy, a Prefeitura Municipal de São Paulo reorganiza a Secretaria de Saúde tendo com base o projeto de retomada da estruturação do SUS no município e consequente ruptura com o modelo do PAS que vigorou nos seis anos anteriores. Nessa reestruturação, é criada instância, em nível de coordenação, com atribuições voltadas para a produção de informações epidemiológicas, com o nome de Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo). Não obstante se tratar de outro contexto político em relação à conjuntura

de 1989, difícil seria não se pensar em relação direta com o órgão criado naquele ano.

Se o CEPI teria, de fato, acabado em 1993, se entrou em decadência ou permaneceu durante esse tempo em estado de letargia político-administrativa, isso dependerá das opções de quem observa a trajetória desse órgão. O certo é que, quando a CEInfo se constitui, ela absorve definitivamente o SINASC, muitos dos projetos do CEPI originário, voltados à informação para a gestão, e formaliza a inclusão do PRO-AIM.

Eduardo Jorge retorna como secretário da Saúde e traz com ele a maioria da equipe que o ajudou a fundar o CEPI em 1989. Estavam lá Pedro Dimitrov, Osvaldo Donini, Álvaro Escrivão, Elisabete Kudzielicz, Expedito Luna, Francisco Trocolli, entre outros. Marcos Drumond, Margarida Lira e a já experiente e consolidada equipe do PRO-AIM, que sobreviveu à desarticulação do CEPI, também estavam lá. Mas, como se sabe, a história jamais se repete.

O contexto que elege Marta Suplicy, do Partido dos Trabalhadores, é substancialmente diferente daquele de 1989. Os mesmos personagens já não são os mesmos. Os partidos, também. Na documentação dos primórdios do ano de 2001, o antigo Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação aparece como Centro de Epidemiologia e Informação em abril; em outro documento do mesmo mês, aparece "Área de Epidemiologia e Informação" e em maio do mesmo ano já aparece documento que flagra a transformação do "Centro" em Coordenação de Epidemiologia e Informação, conforme perdura até os dias atuais.

O Comunicado n° 3, de 2001, **(SÃO PAULO, 2001)** assinado pelo então secretário de Saúde, Eduardo Jorge, sob a gestão de Marta Suplicy, apresenta nova estruturação da Secretaria de Saúde, onde consta a

organização da Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo, com estrutura muito próxima à atual.

Alguma documentação sobrevivente desse período tão recente registra essa reestruturação do órgão, em meio ao difícil processo de transição política e jurídica do PAS ao SUS no município.

De fato, o PAS não conseguiu se consolidar, apesar dos primeiros momentos de certa ilusão proporcionada pelo pronto atendimento à população, que não era acompanhado de política sustentável em mais largo prazo. Conforme lembra o próprio Doninni, o PAS corria na contramão ao romper com o SUS que estava em curso de implantação em todo o país. Ele se refere aos desafios e à dificuldade de desfragmentação da informação, processo, aliás, que ainda não se concluiu, segundo ele.

Desde os primeiros momentos, a CEInfo foi estruturando as suas funções de informação. O citado Comunicado nº 3 nos informa que:

A Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo) passa a funcionar com a seguinte organização:

a) Diretoria

1) Assistência Técnica;

2) Apoio Administrativo;

b) Gerência Técnica de Informação e Epidemiológica;

c) Gerência Técnica de Informação Gerencial;

d) Gerência Técnica de Informação Sócio-Ambiental;

e) Postos Avançados de Informações/Informática

Conforme podemos ver, os pilares da estrutura atual estão aí colocados em 2001. A Gerência Técnica de Informação e Epidemiológica (GIEP) continha os Sistemas SIM (PRO-AIM) e SINASC; a Gerência Técnica de Informação Gerencial corresponde a atual Gerência de Informações Assistenciais (GIA); e a Gerência Técnica de Informação Sócio-Ambiental é a atual GISA, que mantém o mesmo nome.

O PRO-AIM, simplesmente, foi incorporado à CEInfo e, em 2009, saiu fisicamente do Serviço Funerário, dos Baixos do Viaduto Maria Paulina, para o prédio da SMS, na Rua General Jardim. Ali já havia uma prática consolidada e que seria absorvida "naturalmente", mas que, ainda assim, não ocorreu sem resistências. A trajetória de certa autonomia do PRO-AIM, desde a criação do CEPI em 1989, mas, principalmente durante duas gestões, de Maluf e Pitta, deixou marcas. Margarida Lira, umbilicalmente vinculada ao PRO-AIM, desde o nascedouro, relata:

Nós continuamos no Serviço Funerário; o Marcos Drummond foi como assessor técnico para a nova coordenação, e se desvinculou da equipe do PRO-AIM; eu continuei lá. Fui convidada pra ser a gerente de uma área chamada Gerência de Informações Epidemiológicas, que sempre teve um conflito existencial. O Álvaro queria trazer o PRO-AIM pra cá e eu fui uma das que resistiu, porque a gente não tinha uma estrutura de nível médio e porque a primeira via da declaração de óbito não estava aqui. Eu e o Mauro Taniguchi tínhamos receio, foi preciso um trabalho de convencimento, porque a gente ficou oito anos lá e, por isso, estava meio desconfiado. Finalmente, aceitei a gerência, e o Mauro estava na equipe. Ele assumiu, então, a coordenação técnica do PRO-AIM e eu comecei a trabalhar aqui na CEInfo **[ML:514].**

Atualmente, o PRO-AIM ainda conserva a sua condição de "Programa" em meio às Gerências. Mas, aos poucos, a fisionomia própria do órgão

vai se moldando às outras áreas que constituirão a CEInfo.

Entretanto, o desenrolar da história da formação da CEInfo, a partir do ano 2001, exige a recomposição daquele contexto, o que não cabe nos propósitos desta narrativa. Esse desafio fica adiado para outro trabalho de pesquisa.

Figura 22 – Imagens de matérias jornalísticas sobre dados disponibilizados pelo PRO-AIM, período 1993 a 2000

Síntese conclusiva e provisória

Aqui chegamos a um ponto que talvez seja o ideal para refletirmos sobre a questão central que norteia este trabalho: uma ideia que adquire condensação em determinada estrutura em 1989, parece atingir o ápice do esfacelamento em 1995, já nas bordas de introdução do famigerado Plano de Assistência à Saúde (PAS) e que ganharia nova configuração com a atual CEInfo. No governo de Luiza Erundina, a Prefeitura investe pesadamente na construção do Sistema Único de Saúde no município. Em 1996, sob a gerência de Paulo Maluf, chega mesmo a romper com o SUS, com a implantação do PAS. E, em 2001, capitaneada pelo mesmo partido que elegeu Luiza Erundina, mas em contexto bastante diferenciado, retoma a construção do SUS no município.

É muito difícil, com os elementos de que se dispõe, fornecidos pelos raros documentos e pelas entrevistas concedidas, analisar a trajetória dos modelos conceituais da epidemiologia a perpassar as várias modalidades institucionais proporcionadas pelas diversas alternativas políticas desde 1989 até os dias atuais. Isso escapa sobejamente ao escopo deste trabalho, mas garante ótimo tema a ser desenvolvido no ambiente acadêmico da Saúde Pública.

No nível do discurso, revela-se uma diferença fundamental entre os postulados de Washington Garbin e de Álvaro Escrivão Jr., por exemplo. No discurso deste, sobressai o conceito de epidemiologia, ao qual se subordinam a informação e o planejamento. No daquele, planejamento é a palavra-chave. Difícil seria, com esses parcos elementos do discurso, enxergar as reais diferenciações e suas implicações. Necessário seria submeter tais discursos não apenas à crítica teórica, mas ao plano das diferentes práticas e seus respectivos contextos políticos que as alimentaram e as viabilizaram. Contentemo-nos em definir que

entre os governos de Maluf, de 1993 a 1996, e de Erundina, de 1989 a 1992, além das notáveis distâncias políticas e ideológicas, havia expressões divergentes no campo da gestão da Saúde e, particularmente, no âmbito conceitual da epidemiologia e suas expressões institucionais. Divergências que se refletem na estrutura. Em uma delas, a informação epidemiológica parecia ter lócus bem definido, com *status* de primeiro escalão; em outra, parte da informação compõe o órgão de planejamento e outra parte se subordina a órgão de terceiro escalão, voltado para os Programas.

Porém, uma resultante é clara: esta narrativa dá pistas substanciais para entendermos por que, nos diversos organogramas da SMS-SP, diferentemente de outras experiências no país, convivem duas estruturas distintas, no mesmo nível hierárquico, uma voltada para a Vigilância (COVISA) e outra voltada para a informação (CEInfo). Ao escrevermos sobre a "história" do CEPI, inevitavelmente estamos nos reportando a substantivos episódios da história da COVISA. Esta narrativa não seguiu o rastro da política que desembocou nas atividades de vigilância, ainda que as marcas dessa trajetória estejam permeando todo o texto. A análise dos documentos e as entrevistas realizadas tiveram como foco o binômio epidemiologia/informação.

A rigor, a história do CEPI, fundado em 1989, torna-se obrigatória para reconstruir a trajetória de três grandes áreas que hoje compõem a política pública de saúde no município: a área de informação e pesquisa epidemiológica, a área de vigilância e a área de sistema de informações em saúde, vinculada à chamada tecnologia da informação. Todas elas encontram componentes históricos no antigo CEPI.

Hoje, em âmbito nacional, muitos reconhecem o nível de excelência da produção da CEInfo. O sucesso dessa experiência nos leva a refletir

sobre a validade de se desenvolver um aprofundamento teórico sobre a práxis vigente neste órgão, expressa em sua trajetória, em seu *modus operandi,* em suas opções no cotidiano de trabalho e, principalmente, em seus produtos, de modo a identificá-la como referência para se repensar o modelo hegemônico vigente no país, que mantém associadas a epidemiologia e a vigilância não como objetos afins, mas sim como objetos indissociáveis.

Palavras Finais

Caminhamos para o ponto final desta narrativa com o intuito de iniciar uma pausa, pois esta história sempre estará por se fazer. De tudo que aqui foi exposto, vale ressaltar o exemplo da CEInfo, que se soma a tantos outros reveladores do enorme potencial do serviço público de qualidade oferecido aos cidadãos. Vale destacar esse aspecto, nestes tempos inconstantes em que a gestão da *coisa pública,* com muita frequência, aparece exposta como sinônimo de ineficiência e corrupção, sempre de forma tendenciosa e premeditada, atendendo a interesses já não tão ocultos.

Duas décadas de existência podem ser consideradas um período relativamente curto no plano da história institucional. Talvez a CEInfo esteja longe de atingir o grau de sofisticação que um órgão de produção de informação em saúde requer para uma metrópole complexa como São Paulo. Podemos perguntar: haveria um ponto ideal de chegada, um patamar de desenvolvimento para que pudéssemos avaliar o "estágio" a que chegou a CEInfo? Se observarmos a história desse órgão, veremos que, em grande medida, ele é um produto político que nasce colado ao então arrojado projeto do SUS na época de sua fundação. E, talvez,

os próprios dilemas e incertezas que hoje persistem sobre o destino do SUS nos façam refletir sobre o grau de consolidação da própria CEInfo. Se houver vínculos entre a informação, como fator estratégico, e os "princípios" forjados há mais de vinte anos, da Universalidade, da Equidade, da Integralidade e da Participação Popular, pode-se concluir que há muito caminho a trilhar. Por outro lado, se pusermos como referência outras experiências municipais, há que se reconhecer que a história da CEInfo esboçou o seu potencial ao ponto de a distinguir entre os congêneres no Brasil.

Porém, como se disse anteriormente, a rigor, a história jamais se "completa", pois ela sempre está por se fazer. A história é movimento, não tendo um fim a ser atingido, e cada contexto coloca novos referenciais e novas possibilidades. Não se pode dizer, por exemplo, que a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, historicamente, tenha um "plano" a cumprir, muito menos um "destino". A informação na SMS teria atingido o seu maior grau de "desenvolvimento" ou de "maturidade"? Perguntas dessa natureza não combinam com a dinâmica da história. Talvez seja mais pertinente se inquirir a quais interesses o nível de organização e difusão da informação está servindo e se o faz a contento. E, nesse campo da informação, várias são as situações a serem questionadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FUNARI, P. P.; SILVA, G. J. Teoria da História. São Paulo: Editora Brasiliense, 2009.

SOUSA, R. T. Os arquivos montados nos setores de trabalho e as massas documentais acumuladas na administração pública brasileira: uma tentativa de explicação. Revista de Biblioteconomia, Brasília, v. 21, n.1, jan./jun., 1997.

BLOCH, M. Apologia da História: Ou o ofício do historiador. Rio de Janeiro: Zahar, 2002.

DRUMOND Jr., M. Vida e Morte em São Paulo. São Paulo: Editora Brasiliense, 2002. 135 p. (Série São Paulo Século 21).

PIMENTA, A. L. Saúde de Amparo: a construção de espaços coletivos de gestão. 2006. Tese de Doutorado - Universidade Estadual de Campinas. São Paulo. 2006.

ALVES, M. D. O. Sistema de informação em saúde: uma experiência no município de São Paulo. 1999. Tese de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo. 1999.

MERHY, E. Recriação do Núcleo CEBES Campinas, 2003. Disponível em www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos. Acesso em: 18/12/2010. Entrevista concedida a André Freitas e Haydée Lima.

SÃO PAULO (Município). Secretaria de Higiene e Saúde / Secretaria Municipal da Cultura. A Secretaria de Higiene e Saúde da Cidade de São Paulo: Histórias e Memórias. Sposati, A. O. (Coord.). São Paulo: Departamento do Patrimônio Histórico (DPH), 1985. 200 p. (Série Registros, 6)

JORGE, E. Experiência constituinte e implicações no Município de São Paulo. Divulgação Saúde em Debate, Londrina, v4, junho, p.11-14, 1991.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Plano Municipal de Saúde. São Paulo, 1989.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde / Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação. Diagnóstico Socioeconomico e de Saúde do Município de São Paulo. São Paulo, 1990.

BIANCARELLI, A. Informatização dirá do que se morre em São Paulo. Folha de São Paulo, São Paulo, p. C-3, 2 abr. 1990.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde / Assessoria de Planejamento - ASPLAN. Informação na Secretaria Municipal da Saúde – 1977 a 1997. São Paulo, 1997.

Diplomas legais e documentos administrativos citados

SÃO PAULO (Município). Comunicado 003/01-SMS.G, de 19 de junho de 2001. Diário Oficial do Município de São Paulo, São Paulo, 2001.

SÃO PAULO (Município). Decreto 27.724, de 07 de abril de 1989. Altera a denominação, reorganiza a Secretaria de Higiene e Saúde e dá outras providências. Diário Oficial do Município de São Paulo, São Paulo, 1989.

SÃO PAULO (Município). Decreto 28.187, de 23 de outubro de 1989. Cria o Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no Município de São Paulo, e dá outras providências. Diário Oficial do Município de São Paulo, 1989.

SÃO PAULO (Município). Decreto 31.723, de 15 de junho de 1992. Institui na Secretaria Municipal da Saúde – SMS o Sistema Municipal de Vigilância à Saúde – SMVS, estabelece normas para sua implantação e dá outras providências. Diário Oficial do Município de São Paulo, 1992.

SÃO PAULO (Município). Portaria 4.256, de 07 de agosto de 1993. Constitui um grupo de assessoria para programação de atividades na área de saúde na cidade de São Paulo. Diário Oficial do Município de São Paulo, 1993.

SÃO PAULO (Município). Portaria 5.312, de 24 de setembro de 1993. Constitui um grupo de assessoria para programação de atividades na área de saúde na cidade de São Paulo. Diário Oficial do Município de São Paulo, 1993.

SÃO PAULO (Município). Ordem Interna 26, de 15 de dezembro de 1993. Determina que a Divisão de Informação do Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação e unidades que compõem, passam a subordinar-se provisoriamente à Assessoria de Planejamento - ASPLAN. Diário Oficial do Município de São Paulo, 1993.

SÃO PAULO (Município). Resolução 001, de 27 de julho de 1994. Altera a subordinação do Centro de Controle de Zoonoses e do PRO-AIM, altera a denominação do Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação – CEPI para Centro Municipal Epidemiológico e Diagnóstico - CEDISA. Diário Oficial do Município de São Paulo, 1994.

SÃO PAULO (Município). Lei 11.866, de 13 de outubro de 1995. Institui o "Plano de Atendimento à Saúde – PAS" e dá outras providências. Diário Oficial do Município de São Paulo, 1995.

SÃO PAULO (Município). Decreto Lei 35.664, de 17 de novembro de 1995. Regulamenta a Lei 11.866 de 13 de outubro de 1995, que instituiu o "Plano de Atendimento à Saúde – PAS" e dá outras providências. Diário Oficial do Município de São Paulo, 1995.

SÃO PAULO (Município). Portaria 300, de 05 de fevereiro de 1987. Cria a Assessoria de Planejamento – ASPLAN. Diário Oficial do Município de São Paulo, 1987.

SÃO PAULO (Município). Ordem Interna 234, de 30 de maio de 1995. Delega a subordinação do Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação – CEPI, também conhecido por Centro Municipal de Epidemiologia e Diagnóstico – CEDISA em Saúde ao Centro para Organização da Atenção à Saúde – COAS. Diário Oficial do Município de São Paulo, 1995.

SÃO PAULO (Município). Portaria 11, de 05 de abril de 1997. Institui o gerenciamento intersecretarial do Plano de Atendimento à Saúde – PAS. Diário Oficial do Município de São Paulo, 1997.

SÃO PAULO (Município). Resolução 001, de 12 de maio de 1995. Subordina o Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação ao gabinete do secretário adjunto. Diário Oficial do Município de São Paulo, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.203, de 06 de novembro de 1996. Dispõe sobre a Norma Operacional Básica do SUS 01/96. Diário Oficial da União, 1996.

Lista de documentos citados e que compõem o acervo CEINFO

11,15,16,27,34 Atividades do CEPI – Documento Preliminar, setembro de 1989. CEPI, SMS de São Paulo.

12,22,26,28 Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação – CEPI", novembro de 1992. CEPI, SMS de São Paulo.

13 Municipalização dos Serviços de Saúde na Capital (SÃO PAULO), apócrifo, cuja data de elaboração provável é de dezembro de 1992. CEPI, SMS de São Paulo.

14,17 Proposta de reorganização do Distrito de Saúde Grajaú /Interlagos / Parelheiros", assinado por Paulo Fernando Capucci, de abril de 1992, SMS de São Paulo.

18 Proposta de Trabalho para o Desenvolvimento do Sistema Municipal de Informações em Saúde", Divisão de Informação / Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação (CEPI), setembro de 1989, SMS de São Paulo.

19 Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação – CEPI", novembro de 1992, SMS de São Paulo.

20,21 Cidade Saudável com data de elaboração estimada entre os anos de 1991 e 1992, elaborado pela equipe do CEPI, SMS de São Paulo.

23 Imagem obtida do acervo CEInfo, que exemplifica o fluxo das informações de 1991 a 1993.

25,29,31 Vigilância à Saúde, dezembro de 1992. CEPI, SMS de São Paulo.

32 Contribuições para a discussão sobre vigilância à saúde na Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, elaborado por Grupo de Trabalho da Organização do Seminário "Vigilância à Saúde", datado de outubro de 1992. SMS de São Paulo.

33 Levantamento da informação na Secretaria Municipal de Saúde, elaborado pela equipe da Divisão de Informação do CEPI, setembro de 1989. SMS de São Paulo.

35,36 Projeto de aprimoramento das estatísticas vitais e seu uso no Município de São Paulo, apócrifo, com data provável de 1988. SMS de São Paulo.

37 Análise da mortalidade no Município de São Paulo no período de junho a novembro de 1990, elaborado em 1991 pela equipe técnica do PRO-AIM, SMS de São Paulo.

38 Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação – CEPI", elaborado pela equipe do CEPI, data provável como segundo semestre de 1993. SMS – São Paulo.

39 Vigilância à Saúde: a saúde com base epidemiológica, dezembro de 1993, elaborado pela equipe do CEPI. SMS – São Paulo.

44 Resumo das atribuições e composição do Núcleo de Informação da Secretaria Municipal da Saúde, Maio 1998, elaborado pela equipe técnica do Núcleo de Informação.

45 Municipalização da Vigilância Epidemiológica Projeto Inicial, do Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação – CEPI, de 22 de julho de 1999. SMS – São Paulo.

46 Implantação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos com vistas ao desenvolvimento de ações de vigilância sobre o nascimento de risco no Município de São Paulo, 1994. SMS – São Paulo.

ANEXOS

Relação dos entrevistados

Álvaro Escrivão Junior

Graduação em Medicina Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (1975) - Faculdade de Medicina de Botucatu, mestrado em Medicina - 1986 (Medicina Preventiva) e doutorado em Medicina - 1999 (Medicina Preventiva) pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Atualmente é professor do Departamento de Gestão Pública da Escola de Administração de Empresas das Fundação Getúlio Vargas - SP e Coordenador-Adjunto do Centro de Estudos em Planejamento e Gestão em Saúde - GVsaúde da EAESP. É médico da Prefeitura do Município de São Paulo, com atuação no Observatório de Saúde da RMSP.

Ana Maria Cabral de Vasconcelos Santoro

Graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1981), especialização em Odontopediatria pela Associação Paulista de Odontopediatria (1986), especialização (1990) e mestrado (1998) em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, especialização em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde pela Escola de Administração de Empresas

de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (serviços 2009). Trabalha na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo desde 1986, atualmente (2016) na Assessoria Técnica de Tecnologia de Informação.

Augusto Hasiak Santo

Graduação em Medicina pela Universidade de São Paulo (1959), mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1981), doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1989) e livre-docente pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (1989). Atuou como professor associado da Universidade de São Paulo.

Denise Mathias

Graduação em Fisioterapia pelo Instituto Municipal de Ensino Superior de Presidente Prudente, atual UNESP (1985). Especialização em Administração de Serviços de Saúde e Hospitalar (1992) e em Saúde Pública (1993) na Faculdade de Saúde Pública da USP. Especialização em Gestão da Clínica nas Redes de Atenção à Saúde pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (2010). Atuou como Assessora de TIC e Faturamento SUS na Autarquia Hospitalar Municipal - SP (2009-2015). Atualmente é aluna do Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde na Universidade UNINOVE (início: 2015).

Élcio Poyares Visini

Graduação em Administração de Empresas pela Universidade Cidade de São Paulo (1976), e Extensão Universitária em Análise de Sistemas pela Fundação Armando Alvares Penteado (1981). Atualmente trabalha

na PRODAM - Empresa de Tecnologia da Informação e Comunicação do Município de SP, Gerência de Relacionamento de Sistemas Urbanos, na função de Analista de Relacionamento junto às Secretarias de Licenciamento, Habitação e Subprefeituras (2016).

Eliana Battaggia Gutierrez

Graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1978), especialização em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (1986), especialização em Curso de Especialização para Médicos do Trabalho pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (1984), doutorado em Patologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2000). Atualmente é coordenadora do Programa de DST/Aids da SMS-SP (2016).

Elisabete Kudzielicz

Graduação em Enfermagem de Saúde Pública pela Universidade Federal de São Paulo (1973) e Administração de Empresas pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1980). Especialização em Educação Ambiental pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (1997). Trabalhou na Prefeitura Municipal de São Paulo de 1973 a 2003, nas Secretarias do Bem Estar, Ambiente e Saúde. Fundadora do Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo, onde trabalha como assessora técnica desde 2005.

Expedito José de Albuquerque Luna

Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Pernambuco (1981), com mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de

Campinas (1993) e doutorado em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo (1998). É docente no Instituto de Medicina Tropical da Universidade de São Paulo, na área de epidemiologia e controle das doenças transmissíveis (2016).

Francisco Torres Troccoli

Graduação em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba (1978) e especialização em Saúde Pública/Medicina Social e em Administração Hospitalar. Atualmente é especialista em saúde pública médico nível II - Secretaria Municipal de Saúde de SP (2016).

José da Silva Guedes

Graduação em Medicina pela Universidade de São Paulo (1961), especialização em Higiene e Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1963) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1973). Atualmente é professor titular da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (2016).

Katia Cristina Bassichetto

Graduação em Nutrição pelo Centro Universitário São Camilo (1983), Mestrado em Epidemiologia pela Universidade Federal de São Paulo (1998), Doutorado em Infectologia em Saúde Pública - Secretaria de Estado da Saúde (2006) e Pós-Doutorado em Epidemiologia pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-USP (2012). Atualmente é assessora técnica do Gabinete da Secretaria de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo (2016).

Katsue Shibao

Graduação em medicina pela UNICAMP (1972). Residência médica em pediatria no Hospital Infantil Menino Jesus/PMSP (1973-1974), especialização em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública/USP (1978) e especialização em Administração Hospitalar pela Faculdade de Saúde Pública/USP (1982). Trabalhou na Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo no período 1976 a 2010.

Lan Hee Suh

Graduação em Ciências Matemáticas e Tecnológicas pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1980), Especialização em Serviços de Saúde e Administração Hospitalar pela Faculdade de Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1996) e MBA em Gestão da Saúde pelo IBMEC/SP (2006). Trabalha desde 2013 na Autarquia Hospitalar Municipal da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, na função de Diretora do Departamento de Tecnologia da Informação (2016).

Leny Kimie Yamashiro

Graduação em Educação Artística pela Fundação Armando Álvares Penteado–FAAP, Especialização em Educação em Saúde Pública pelo Instituto de Pesquisa Hospitalares – IPH. Trabalhou no Departamento de Saúde Escolar da Secretaria Municipal da Educação de São Paulo (1984 a 1989). Atualmente trabalha na Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, Coordenação de Epidemiologia e Informação / Gerência de Informação Assistencial (2016).

Marcos Drumond Junior

Graduação em Medicina e Especialização em Medicina Preventiva e Social pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (1984 e 1990), mestrado (1996) e doutorado (2001) em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Trabalha desde 1990 na SMS - São Paulo, sendo desde 2001 assessor técnico da Coordenação de Epidemiologia e Informação (2016).

Margarida Maria Tenório de Azevedo Lira

Graduação em medicina pela Universidade Federal de Pernambuco (1981), especialização em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (1981) e mestrado em saúde pública pela Faculdade de Saúde Pública (1998). Atualmente trabalha na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo na função de coordenadora da Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo (2016).

Maria Eli Colloca Bruno

Graduação em Serviço Social pela Universidade Católica de São Paulo, especialização em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Foi responsável pela implantação da Coordenadoria de Saúde da Secretaria Estadual de Administração Penitenciária e atualmente exerce o cargo de Diretora Técnica da Fundação Casa (2016).

Maria Lucia de Moraes Bourroul

Graduação em Medicina pele Universidade de São Paulo (1981), residência médica em Pediatria (1984), mestrado em Ciências da Saúde/

Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (2005). Trabalha na SMS – São Paulo desde 1983, no PRO-AIM desde 1998 e no Ambulatório de Pediatria Geral do Departamento de Pediatria do Instituto da Criança da Faculdade de Medicina da USP desde 1986.

Marina de Freitas

Graduação em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Goiás (1984), mestrado em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1991) e especialização em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1992). Atualmente trabalha na Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, na Coordenação de Epidemiologia e Informação, Gerência do Sistema de Informação de Nascidos Vivos.

Osvaldo Antonio Donnini

Graduação em medicina pela Faculdade de Medicina de Botucatu/ UNESP; Residência Médica em Medicina Preventiva e Social pela Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo; especialização em Saúde Pública e especialização em Planejamento em Saúde pela Faculdade de Saúde Pública/USP. Médico Sanitarista (e Palmeirense) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo desde 1977 e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo desde 1989.

Penha Lucia Valério Ramos

Graduação em Ciências Matemáticas pela UNIFAI/PUC- Faculdades Associadas de São Paulo; Especialização em Saúde Pública pela

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Especialização em Planejamento de Serviços Públicos de Saúde pela Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo, Especialização em Estatísticas de Saúde e Indicadores de Saúde pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Pós Graduação em Gestão Pública pela Faculdade de Sociologia e Política de São Paulo.

Desde 2005 trabalha na Fundação CASA como Coordenadora dos Núcleos de Identificação e Documentação/NIDA, Movimentação /NUMOVA, Produção de Informações Estratégicas/NUPRIE e Coordenadora do Comitê Institucional Quesito Cor.

Ruy Laurenti (1931-2015)

Atuou como Professor Livre Docente e Professor Titular em Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP e foi agraciado com o título de Professor Emérito da USP. Atuou principalmente nos temas: epidemiologia, mortalidade, saúde materna, estatísticas de saúde e Classificações Internacionais de Doenças e Problemas de Saúde. Foi diretor do Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a Família de Classificações Internacionais (Centro Brasileiro de Classificação de Doenças).

Washington Garbin

Graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina da USP (1972), com especialização em Saúde Pública e Administração Hospitalar. Foi Diretor da Diretoria Regional de Saúde (DIR-III) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (2005-2007).

Termo de compromisso

PREFEITURA DE SÃO PAULO
SAÚDE

Secretaria **M**unicipal da **S**aúde
Coordenação de **E**pidemiologia e **I**nformação **- CEInfo**

TERMO DE COMPROMISSO

Eu, _____,
C.P.F. _____, Doc. Identidade _____, residente a _____, na cidade _____, Estado _____, comprometo-me a utilizar, sem fins comerciais, os documentos pertencentes à Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo)/Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, para a atividade____ _____ _____, mediante as seguintes normas:

Dar aos trabalhos elaborados com base no acervo da CEInfo os respectivos créditos à Instituição e ao conjunto documental consultado, conforme exemplo:

Documentação CEInfo/Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Utilizar o material solicitado, discriminado a seguir, exclusivamente para a finalidade declarada e não cedê-los a terceiros:

_____ Documentação administrativa
_____Entrevistas
_____ Outros ( )

Estar ciente de que a utilização indevida dos documentos do acervo incorre na Lei de Direitos Autorais e na Lei sobre a Política Nacional de Arquivos Públicos e Privados, ficando, portanto, sujeito às penalidades por elas previstas.

Compromete-se a enviar CEInfo/SMS uma cópia ou exemplar dos trabalhos realizados, através do endereço:

Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo/Coordenação de Epidemiologia e Informação.
Rua General Jardim, nº 36, 5º andar, Vila Buarque, São Paulo, Capital.

São Paulo, _____ de _____ de 20___.

Assinatura: _____.

SUS

CEInfo
Coordenação de Epidemiologia e Informação

PREFEITURA DE SÃO PAULO
SAÚDE