

RESUMO

A pesquisa objetiva: a) compreender o novo papel dos Estados subnacionais, especialmente de nível regional, no contexto de globalização, fragmentação, enfraquecimento do estado-nação e emergência de instâncias supranacionais de poder; b) suprir a carência de estudos atuais voltados para a regionalização da gestão da saúde - dado que a ênfase vem recaindo sobre o processo de municipalização; c) analisar experiências inovadoras visando subsidiar a formulação de propostas de reforma que levem em conta as mudanças recentes no padrão de relacionamento estado-sociedade e as novas formas de provisão dos serviços de saúde, as quais demandam um maior esforço de coordenação ao nível regional. É analisado o papel desempenhado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo na implantação do processo de regionalização, especialmente a partir da promulgação, pelo MS, da NOAS-2001 - que define padrões para a regionalização da assistência, no contexto de municipalização e descentralização. O estudo detalhará as possibilidades de se estabelecer parcerias entre estados e municípios, uma vez que os primeiros estão desenvolvendo sua capacidade de coordenação e regulação no âmbito intraestadual e supramunicipal; enquanto estes últimos estão assumindo gradativamente a provisão direta e a organização dos serviços de saúde no nível municipal, ao mesmo tempo em que se unem em instâncias associativas intermunicipais.

PALAVRAS-CHAVE

gestão estratégica; políticas públicas em saúde; descentralização; regionalização; gestão microrregional; Estado de São Paulo; inovação

ABSTRACT

This research aims a) to understand the new role of the state government in the process of globalization, fragmentation weakening of Nation-state and the strengthening of the supranational level of power; 2) to fulfill the absence of updated studies on the regional level of health care management – because emphasis has been given to local level; 3) to analyze reform propositions that consider recent changes in the patterns of state-society relationship and new offers of health services, in which it could be signed a great effort of regional co-ordination. It will be analyzed the role assumed by the Health Secretary of São Paulo State in the implementation of the Health Services Network specially after 2001, when de National Health Ministry published the NOAS-2001, a law that define criterias and renews the sense of regionalization. This program has the municipality as the main actor, yet the regional action could be considered strategic.

KEY WORDS

strategic management; health public policy; de-centralization; under-regional management; São Paulo State; innovation

SUMÁRIO

I – Introdução.....	7
II – A descentralização enquanto estratégia para o fortalecimento da capacidade de governanças.....	11
1 – A política de saúde no Brasil: o sistema único de saúde.....	13
2 - A descentralização e municipalização.....	18
3 - O papel do nível estadual neste contexto.....	23
III – A Política de Saúde do estado de São Paulo.....	36
1 – Considerações iniciais.....	36
2 - A descentralização e regionalização dos sistemas de saúde.....	42
3 – O controle social.....	55
IV – Análise comparativa das DIR(s) no estado de São Paulo quanto à sua política de atuação junto aos municípios.....	61
1 – DIR I: São Paulo.....	63
2 – DIR II: Santo André.....	71
3 – DIR XII: Campinas.....	74
4 – DIR XIV: Marília.....	76
5 – DIR XXII: São José do Rio Preto.....	86
V – Estudo de caso: a implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado de São Paulo (SISVAN – SP).....	96
VI - Considerações finais.....	102

1 - O papel do estado na política de saúde no estado de São Paulo.....	102
2 - Federalismo e o papel do estado e dos municípios.....	106
3 - A noas no estado de São Paulo.....	111
VII – Bibliografia.....	114
VIII – Anexos.....	120
A - Roteiro das entrevistas em nível estadual.....	121
B - Roteiro das entrevistas em nível local.....	123
C - Transcrição das entrevistas.....	126

APRESENTAÇÃO

Esta linha de pesquisa intitulada “Gestão Estratégica de Políticas Públicas pelos Governos Subnacionais” ganha relevância a partir do momento em que disponibiliza dados primários e originais ao público interessado dentro de uma problemática que é central hoje na implementação das políticas de saúde: a descentralização, a regionalização e a municipalização das políticas e da provisão dos serviços de saúde.

Estão sendo estudadas, desde 2000, diferentes experiências bem-sucedidas de Estados da Federação na redefinição do papel das Secretarias Estaduais de Saúde e na implantação de modelos descentralizados de gestão que trabalhem em parceria com os governos locais - cujos resultados serão em breve reunidos em uma coletânea.

Foram estudadas várias experiências em diversos Estados da Federação (PR, CE, MT e BA), permitindo que, juntamente com a presente pesquisa no Estado de São Paulo, se avance posteriormente em análises comparativas sobre os modelos de gestão da saúde de vários Estados, o novo papel do nível estadual no contexto de descentralização e, especialmente, se disponibilize dados sobre alternativas diferenciadas de inovação - no contexto de descentralização e reformas que estamos vivendo - que possam contribuir para o aperfeiçoamento do pacto federativo no Brasil.

GESTÃO ESTRATÉGICA DE POLÍTICAS PÚBLICAS PELOS GOVERNOS SUBNACIONAIS: REGIONALIZAÇÃO, PARCERIA E COOPERAÇÃO INTERGOVERNAMENTAL NA ÁREA DA SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO

Tania Margarete Mezzomo Keinert

I. INTRODUÇÃO

O presente relatório objetiva apresentar os resultados da pesquisa realizada no Estado de São Paulo nos meses de agosto de 2002 a janeiro de 2003, conforme objetivos e metodologia propostos no projeto de pesquisa aprovado pelo NPP/EAESP/FGV em agosto de 2002.

Conforme colocado no projeto de pesquisa, o trabalho tem como **objetivos gerais** discutir o novo **papel das instâncias regionais de poder** (governos subnacionais) na formulação e implementação das políticas públicas de saúde, frente ao processo de **descentralização** em andamento no Brasil, num contexto paradoxal de fortalecimento das instâncias locais de poder e enfraquecimento dos Estados-Nacionais em função da globalização.

Objetiva ainda **fornecer subsídios**, através da análise das "melhores práticas", para a elaboração de estratégias de intervenção destinadas a tornar efetivo o **papel de coordenador, articulador e regulador** dos Estados subnacionais (especialmente no nível regional/estadual).

Pretende-se, desta forma, resgatar experiências fundadas na idéia de parceria entre as partes componentes do pacto federativo, recuperando as noções de cooperação intergovernamental e de solidariedade territorial e social, componentes essenciais da idéia de federação. Concretamente, objetiva-se demonstrar que houve, nas experiências analisadas, uma redefinição dos papéis de cada nível na formulação e execução das políticas sociais, com vistas a uma ação conjunta e coordenada.

Em relação à experiência analisada, como **objetivos específicos**, pode-se afirmar que o no estado de São Paulo, com exceção da implantação das OSs¹, o modelo de gestão do sistema estadual de saúde encontra-se em um nível inicial no que diz respeito à gestão compartilhada, entre estado e municípios. Inicial quando comparada a outras unidades da federação, algumas delas objeto de estudo de relatórios prévios². As razões para tal situação são diversas e apontados no decorrer do relatório. Nesse sentido há uma necessidade de fortalecer o papel **coordenador** do Estado ao nível regional, principalmente, através da Diretoria Regional, instância responsável pela interlocução entre estado e municípios em cada região.

Embora não se percebeu, na época da coleta de dados, uma clara **política de saúde** no nível estadual, que permitisse apontar um modelo de atuação a ser disseminado em outras regiões do país, o presente relatório aborda uma importante discussão ao verificar

¹ A análise das OSs foi objeto de estudo em recente relatório da mesma autora. Ver ...

como se dá a parceria e cooperação intergovernamental na regionalização das ações de saúde.

Esta verificação coloca-se no contexto teórico do federalismo, mais especificamente do pacto federativo entre os entes que compõem a federação. Nesse sentido a cooperação intergovernamental é uma característica fundamental nas políticas públicas implementadas. No caso do estado de São Paulo não se percebe, em alguns casos, uma relação de cooperação, mas sim de competição, quer seja por recursos, quer seja por poder.

Essa discussão será enfocada na seção 4, análise comparativa das DIR(s) no estado de São Paulo quanto à sua política de atuação junto aos municípios.

Na seção 5, a implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado de São Paulo (SISVAN – SP), realiza-se o estudo de caso de um programa que vem conseguindo ampliar seu alcance no estado proporcionando um diálogo entre as diversas instituições do nível local e estadual.

A metodologia adotada foi a realização de entrevistas, conforme consta no projeto de pesquisa aprovado, com “atores-chave do processo de gestão de saúde, em nível regional e microrregional”. As entrevistas feitas tiveram como objetivo principal “demonstrar o que foi feito em nível estadual e compreender o que levou os municípios a aderir ao programa”.

² Ver relatório anteriores da mesma autora...

Destaca-se, portanto, que a visão dos atores de nível estadual, local e microrregional foi captada através de entrevistas gravadas e documentadas, cuja estrutura se apresenta nos anexos A e B (roteiros das entrevistas). O anexo C registra a íntegra das entrevistas.

A partir do momento que se tornou relevante o estudo desse sistema na Saúde Pública dos Estados do Brasil, foram estudadas várias experiências em outros Estados da federação, permitindo um avanço nas análises comparativas sobre os modelos de gestão de vários Estados.

II. A DESCENTRALIZAÇÃO ENQUANTO ESTRATÉGIA PARA O FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE GOVERNANÇA

Nos países de primeiro mundo, depois da 2ª Guerra mundial, implantaram-se os Estados de Bem-Estar Social, onde, por um lado, os Estados intervêm nas relações sociais para regular as atividades econômicas e, por outro, garantem alguns direitos sociais dos cidadãos. No início dos anos 70, os Estados de Bem-Estar Social, intervencionistas e centralizados em grandes aparelhos burocráticos, começaram a dar sinais de esgotamento. O conceito de descentralização se desenvolve fortemente nesse contexto como resposta à crise dos Estados de Bem-Estar Social (MENDES, E.V. 1998).

Pode-se dizer que o desenvolvimento da descentralização no Brasil, influenciada por esse processo internacional, inicia-se no final da década de 70 com o movimento municipalista. Considera-se que o forte movimento de prefeitos aliados a alguns governadores e as mudanças na repartição de recursos pró-instâncias subnacionais de governo, que ocorreram neste período, foram elementos fundamentais do processo de descentralização, catalisado pela crise do Estado brasileiro e pelo processo de democratização no país. O processo fica fortalecido com a eleição de diversos governadores, em 1982, que tinham como lema a descentralização. Entretanto, sem uma iniciativa de coordenação do processo de descentralização, esta vai se consolidar somente com a Constituição de 1988.

É nesse contexto que, na formulação e implementação da política pública de saúde no Brasil, a partir dos anos 80, foi adotada a estratégia da descentralização, tanto ao nível do processo decisório, quanto da prestação dos serviços.

Em 1987, iniciou-se no Brasil o desenvolvimento de Sistemas Locais de Saúde (SILOS), especialmente motivado pelo documento “Health for All in the Year 2000” da WHO. Particularmente, o processo de descentralização toma forma com a proposta de organização de “distritos sanitários”, base organizacional e operativa do reordenamento dos serviços de saúde em nível local, elaborados com o objetivo de fundamentar o Sistema Unificado de Saúde - SUDS (MENDES, E. V. 1995).

Este foi o início de uma tentativa de unificar, sob um controle gerencial centralizado, a responsabilidade de intervenção na área de atenção à saúde, operacionalmente dispersa entre os vários níveis de governo.

A Constituição de 1988, através da implantação do Sistema Único de Saúde -SUS com princípios tais como a universalidade e integração das ações; prioridade à prevenção e participação popular; descentralização da gestão e fortalecimento do papel dos municípios, unificando a gestão dos serviços ao nível local formula a política pública de saúde atualmente em vigor no Brasil ³ (KEINERT, T. M. M. & CERQUEIRA, M. B. 1995).

³ - O Sistema Único de Saúde, como foi mencionado acima, constitui-se na política pública de saúde, definida na Constituição Federal e em Lei Complementar. Além disto, constitui-se também na rede de prestação de serviços do Estado. Assim, quando se fala do SUS pode-se estar falando tanto da política pública, quanto do sistema estatal de prestação de serviços. Temos no Brasil um sistema plural de atenção à saúde, composto pelo subsistema estatal (rede do SUS), pelo subsistema de atenção médica supletiva (conveniada e contratada pelo SUS) e pelo subsistema de desembolso direto (convênios, seguros e pagamento individual pelos serviços). Neste texto estamos nos referindo à “Política SUS” a qual deve se submeter o sistema de saúde como um todo.

1. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

O modelo hegemônico de saúde no Brasil desde o final do Século XIX até a metade dos anos sessenta foi o sanitarismo campanhista. O sistema de saúde, neste período, era determinado por uma “política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle de doenças que poderiam prejudicar a exportação” (MENDES, E. V. 1995:20). Este modelo respondia adequadamente à economia brasileira de modelo agroexportador. O aparecimento da Previdência Social está relacionado com o fim do modelo econômico agroexportador e o surgimento do processo de industrialização no país. A ênfase do saneamento dada ao espaço de circulação das mercadorias passa a ser dada, agora, às massas de trabalhadores nos centros urbanos. Simultaneamente ao crescimento da Previdência Social, desenvolve-se e torna-se hegemônico o modelo médico-assistencial privatista. Modelo este que dá sinais de esgotamento no final da década de 70, por sua inadequação à realidade sanitária brasileira e pela crise da Previdência Social, seu principal sustentáculo.

O Brasil experimentou grandes transformações na área de saúde nos últimos anos, as quais se caracterizaram por uma grande mobilização popular e conseqüente aumento da participação na área da saúde, não somente de caráter reivindicatório, como também decisório e gerencial. Também se verificou uma maior participação dos profissionais da área, intensificando as demandas por treinamento e formação, aumentando sua importância estratégica. Da atuação desses atores, notadamente movimentos sociais e profissionais da saúde, surge, ainda, uma ampliação do conceito de saúde, que passa a englobar não somente aspectos relativos ao processo saúde-doença, como também

aqueles relativos à qualidade de vida, tais como, educação, habitação e saneamento básico.

Estas iniciativas consolidaram-se no projeto do Sistema Único de Saúde - SUS, aprovado na Constituição Brasileira atualmente em vigor (1988) e regulamentado, posteriormente, pela Lei Orgânica da Saúde. Desta forma, a saúde no Brasil passa a ser uma responsabilidade constitucionalmente assumida pelo Estado e um direito civil do cidadão.

O Sistema Único de Saúde conforma-se a partir de três princípios básicos: universalização da assistência, descentralização das ações e controle social, os quais serão descritos brevemente a seguir:

1.1 A Universalização da Assistência

O princípio da universalização da assistência à saúde estabelece livre acesso aos serviços para toda a população, rompendo com a lógica contributivista anterior, onde apenas os setores da sociedade vinculados ao mercado de trabalho recebiam assistência ⁴. Isto representou, obviamente, um grande avanço, dadas as características sócio-econômicas

⁴ - A universalização é garantida na Lei 8080/90: "Art. 2º. A Saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º. O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário de ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação".

Pode-se afirmar, então, que o avanço substancial ocorrido no SUS foi o reconhecimento de que a saúde é um direito fundamental do ser humano e não uma contraprestação de serviços devida pelo Poder Público ao contribuinte do sistema da seguridade social. Daí o acesso à assistência ser universal e igualitário, pois enquanto direito humano fundamental não pode haver condicionantes para o seu exercício. Ver CARVALHO, G.I. de e SANTOS, L. "Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica de Saúde". Hucitec, São Paulo, 1992, p. 55 e 61.

do país, ou seja, ampliaram-se enormemente as possibilidades de acesso aos serviços, especialmente para as camadas desvinculadas do mercado formal de trabalho.

No entanto, a universalidade proposta pelo sistema implicou em maiores investimentos por parte do Estado, o que, num contexto onde ainda imperam estruturas pouco flexíveis e carência de recursos, constitui-se num grande dilema. Logo, aquilo que deveria tornar-se um direito exequível pela população adquiriu um caráter, muitas vezes, apenas pró-forma. O atual estágio de desenvolvimento do SUS pode ser caracterizado, por um lado, por uma radical transformação na concepção do sistema de saúde e por outro, paradoxalmente, por lentas mudanças na sua organização e no aumento efetivo da qualidade dos serviços à população. Isto ocorre, ou porque a demanda aumentou exponencialmente, ou devido à queda da qualidade ocasionada pela pressão da demanda e a falta de investimentos. Há carência de critérios de prioridade, deixando-se a cargo das “filas” esta tarefa.

1.2. A Descentralização

Na formulação e implementação da política pública de saúde no Brasil a partir dos anos 80 foi adotada a estratégia da descentralização, tanto ao nível do processo decisório, quanto da prestação direta dos serviços. Na prática, porém, ocorre que a descentralização foi traduzida por municipalização, reduzindo bastante o alcance da proposta.

O fortalecimento das instâncias locais de poder, e em especial, dos municípios, constitui-se numa mudança importante operada pela Constituição de 1988. O novo texto constitucional fortaleceu os municípios na medida em que prevê maior participação na

divisão de recursos tributários, designa novas atribuições e competências, e lhes delega maior poder decisório.

A descentralização, no caso da saúde, operou-se através da implantação do SUS, que objetivou devolver às instâncias locais de poder autonomia e capacidade de gestão, estratégia destinada a dinamizar e fortalecer os serviços de saúde através do processo de municipalização.

Se, por um lado, esta proposição é coerente com a conjuntura atual, caracterizada por um movimento de globalização e pelo enfraquecimento dos Estados nacionais, bem como e paradoxalmente por um processo de “localização” (KEINERT, T.M. & CASTRO SILVA, C. 1995), destinado (ou gerando) recursos alternativos ao nível local, por outro lado traz consigo algumas dificuldades, como, por exemplo, a efetivação deste projeto em cidades de grande porte, dada a complexidade de sua rede assistencial, de suas demandas e dos atores sociais envolvidos. Ainda, nos municípios menores, tem-se o problema da falta de economia de escala.

1.3. O Controle Social

Através da participação social institucionalizada constante na proposta do SUS, objetivou-se transparência na formulação e execução das políticas públicas de saúde, bem como uma maior democratização de sua gestão. Foram criados uma série de mecanismos institucionalizados, como, por exemplo, os Conselhos de Saúde – órgãos consultivos, deliberativos e de caráter colegiado, compostos por representantes do

governo, profissionais de saúde e usuários – que atuam na formulação, controle e execução das políticas de saúde.⁵

A democratização das políticas de saúde traz consigo a possibilidade de organizar demandas sociais, podendo criar uma agenda de interesses coletivos capaz de satisfazer direitos de parcelas da população antes excluídas. Não obstante as vantagens políticas que a proximidade e a participação da população trazem consigo, alguns riscos também se colocam, como, por exemplo, o risco de práticas clientelistas e populistas.

Por outro lado faz-se imprescindível o fortalecimento da capacidade de regulação do núcleo estratégico (governo e secretaria da saúde, no caso), dado que se reconhece que com a delegação da prestação dos serviços existe um risco grande de fragmentação. Para a implantação de um Estado-rede, a capacidade de regulação, através da formulação de políticas públicas, leis e diretrizes de ação, adquire importância estratégica.

⁵ Os organismos colegiados pertencentes ao SUS são basicamente, de dois tipos: as Comissões Intergestores – Instâncias de Participação Social – categoria na qual se incluem os Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde. Ver “Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Desenvolvimento Controle e Avaliação dos Serviços de Saúde. Coordenação de Desenvolvimento e Avaliação dos Serviços de Saúde. Manual: Avançando para Municipalização Plena da Saúde: O que cabe ao Município”, 1995.

2. DESCENTRALIZAÇÃO E MUNICIPALIZAÇÃO

2.1 - Descentralização e Democratização

O processo de democratização iniciado no Brasil em meados da década de 80 veio acompanhado por um movimento de descentralização – e inaugurou uma nova era, um novo paradigma na gestão pública, que amplia o conceito de público para além dos limites do estatal (KEINERT, T.M.M,1999).

No entanto, descentralização e democratização não são, necessariamente, sinônimos. Segundo MASSOLO (1994), o primeiro só leva ao segundo se for utilizado como um instrumento para uma maior difusão e multiplicação das esferas de atuação social.

Ainda, a descentralização pode demandar um processo simultâneo de “reconcentração” de atividades e serviços que se achavam dispersos na máquina burocrática. Como, por exemplo, na proposta de reforma administrativa da Prefeitura Municipal de São Paulo de 1990, que propunha a descentralização radical do poder para as subprefeituras, ao mesmo tempo que reconcentrava nestas unidades territoriais os serviços de várias secretarias (MEZZOMO KEINERT,1993).

Mesmo assim, a descentralização - e mesmo a municipalização das políticas sociais - passaram a ser, para muitos, sinônimo de consolidação democrática, acreditando que ela levaria por si só à maior equidade na distribuição de bens e serviços e à maior eficiência na operação do aparato estatal (ABRUCIO, 2002).

No entanto, a descentralização apresenta-se como uma questão mais complexa, ainda que este debate tenha sido bastante polarizado (MELO, 1996). De um lado, encontramos

resistências por parte daqueles que vêem os estados e municípios como instâncias onde impera o clientelismo e a ineficiência; de outro, argumentos favoráveis e justificativas que apontam para incrementos nos níveis de eficácia, de eficiência e de efetividade da política pública. De fato, as experiências inovadoras na gestão pública tanto nos governos estaduais como municipais após 1982 demonstram a importância da descentralização para a modernização da administração pública brasileira.

Porém, como a experiência e a literatura sobre o assunto têm mostrado, a descentralização das políticas sociais no Brasil muitas vezes tem carecido de uma articulação e redefinição de atribuições e competências entre os três níveis de governo, funcionando os níveis superiores não apenas como repassadores de recursos, mas também e, sobretudo, como coordenadores e avaliadores dos serviços e da política executada no nível municipal, atuando também para promover um incremento da capacidade administrativa por parte dos municípios (ABRUCIO,2002).

Como colocado, o processo de formulação, gestão e implementação de políticas públicas passou por intensa orientação no sentido da **descentralização**. A área da saúde talvez seja aquela onde este processo está mais avançado, seguida pela da educação. Ocorre que a descentralização acabou concentrando-se nos municípios, deixando o Estado ao nível regional como um mero repassador de recursos.

Conforme coloca MENDES, E. V. (1998:38):

“O enfraquecimento das Secretarias Estaduais de Saúde rompeu com o equilíbrio federativo e propiciou um desenvolvimento do SUS caracterizado pela **concentração do financiamento e do poder normativo no governo federal e**

pela devolução da União diretamente aos municípios. (...) Esse processo de descentralização do SUS, mediante **devolução municipalizada, com recentralização do financiamento na União, e sem a participação protagonista dos Estados**, em um país grande e desigual, tende a apresentar problemas de equidade e eficiência no sistema como um todo”.

E também como assinala MÉDICI (1996):

“O processo de descentralização do setor saúde no Brasil, desde o advento do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, vem sendo caracterizado por uma **supervalorização do papel do município** como prestador de serviços de saúde, ao lado de uma **subvalorização do papel dos Estados** como instâncias de organização do processo de gestão, financiamento, fiscalização e controle. Tal comportamento tem acarretado uma série de problemas, onde cabe destacar:

- a) falta de programação e desorganização do processo de localização espacial e operação da rede de serviços de saúde, uma vez que municípios próximos duplicam ou triplicam funções que poderiam ser integradas caso houvesse coordenação central da rede, trazendo economia de recursos de investimento e custeio;
- b) heterogeneidade da oferta assistencial, uma vez que os municípios com mais recursos institucionais são aqueles que conseguem cumprir os requisitos para captar mais recursos federais, aumentando o hiato assistencial em relação aos municípios que, por não terem recursos institucionais, são os que mais precisam

fortalecer sua capacidade técnica e operacional para oferecer serviços à população”.

E, ainda, continua MENDES, E. V. (1998:39):

“A municipalização autarquizada, conjugada com a fragilidade regulatória das Secretarias Estaduais de Saúde, fez com que se perdesse a dimensão da regionalização, indispensável a um federalismo sadio, especialmente a região estadual, formada pelo encontro dos espaços subestaduais e supramunicipais. É aí, nesse espaço regionalizado de pertença econômica, social, cultural e sanitária que se constroem redes de relações intermunicipais e se recupera uma escala necessária ao desenvolvimento econômico e social”.

Este modelo, que também foi chamado de “federalismo dual” ou **“modelo de assistência municipalista”** quando observado especificamente na perspectiva da gestão de políticas públicas de saúde, demonstra-se ineficaz e inequitativo.

“Nesse modelo, o município expande a atenção médica sem nenhuma articulação regional, pulverizando recursos públicos e gerando brutais ineficiências. Soma-se a esse processo assistemático de fragmentação de equipamentos sanitários, a perda de escala decorrente da autarquização municipal, e se terá, necessariamente, a implantação de sistemas ineficientes” (OLIVEIRA, 1995).

Por último, deve-se destacar o conceito básico a fundamentar o processo de delegação - o de **“Promoção à Saúde”**, constante na Carta de Otawa - subscrita por trinta e oito países, que ressalta a saúde como produto social e resultante de um conjunto de ações da

população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de outros setores sociais e produtivos, dirigidas para o desenvolvimento de melhores condições de saúde individual e coletiva.

3. O PAPEL DO NÍVEL ESTADUAL NESTE CONTEXTO

3.1- A Questão Federativa: Competição e Cooperação

O federalismo encontra-se fundamentado nas noções de cooperação intergovernamental e solidariedade territorial e social. O termo “federação” provém do latim *federatio* que significa “unir com laços frouxos”. Sendo assim, pressupõe-se autonomia e não-subordinação, por um lado; e, um pacto de cooperação consentido, a partir das bases. No período recente, no Brasil, apesar do amplo processo de descentralização e municipalização, a União ainda mantém forte influência, especialmente no tocante à capacidade de financiamento e centralização da arrecadação (CASTRO SILVA, C. 1998).

A unidade nacional (e a coesão regional ou microrregional) em torno de um projeto de desenvolvimento econômico e social encontra-se diretamente vinculada à adoção de atitudes cooperativas como pressuposto, ainda que uma certa dose de competição, bem administrada, possa levar a resultados positivos e inovadores. O desafio reside, justamente, em se equilibrar a autonomia subnacional e a interdependência entre os níveis de governo.

A cooperação intergovernamental, segundo Abrúcio (2002) é essencial também na otimização do uso dos recursos públicos. Porém, segundo o autor, em nossa experiência federativa recente, esta cooperação tem sido obstada por uma série de fatores. Um deles, é o exacerbamento da competição entre estados e municípios, fruto de regras que beneficiam a conduta predatória, de um lado, e da ausência de um projeto ou de um consenso quanto à esperança de simetria entre os atores, de outro.

Ademais, continua Abrucio, não há uma figura jurídica forte que vincule os entes federativos a uma pactuação. O instrumento mais forte é o convênio, que na verdade é um mecanismo vertical e, em termos da constituição das regras, unilateral de relacionamento. O consórcio intergovernamental, por sua vez, é uma figura jurídica de direito privado, portanto pouco vinculante para os agentes públicos. A Região Metropolitana poderia cumprir importante papel na cooperação das áreas mais adensadas do país, mas raramente o faz, pois caracteriza-se pela pequena autonomia institucional, pela fragilidade política e pela inexistência de instrumentos financeiros de auto-sustentação. Não há, também, um ente federativo intermediário entre o estado e os municípios (como na Alemanha, por exemplo), e os órgãos de desenvolvimento regional sempre foram mais um braço do Governo Federal do que um fórum autônomo de ação coletiva dos governos estaduais participantes (Abrucio,2002).

O nível estadual - em parceria com os municípios (exemplo das comissões reunindo verticalmente os níveis da federação), através das diferentes modalidades previstas, pode atuar como uma espécie de “fator moderador” nas questões que ultrapassem o nível municipal e ocorram no espaço territorial estadual.

A secretaria estadual da saúde pode atuar, ainda, como uma espécie de consultoria, incentivando a cooperação técnica entre os municípios, munida de uma visão mais ampla que a estritamente municipal ou microrregional, uma “visão regional”, entendida aqui como relativa à jurisdição estadual. Pode-se viabilizar com isto a criação, em caráter permanente, de uma espécie de “inteligência” das associações intermunicipais, com conhecimento aprofundado da problemática regional.

Dado que o processo de **descentralização** na formulação, gestão e implementação de políticas públicas, muitas vezes é entendido como simples municipalização, cabe questionar e repensar o novo papel do nível estadual neste contexto. Destaca-se ainda que a área da saúde talvez seja aquela onde este processo está mais avançado, seguida pela da educação. Ocorre que a descentralização acabou concentrando-se nos municípios, deixando o Estado ao nível regional como um mero repassador de recursos, polarizando a relação em torno do eixo federal-municipal.

Neste sentido, entendemos que o Estado subnacional, especialmente o de nível regional:

- tem papel relevante e imprescindível na formulação de políticas públicas de saúde dado que possui condições privilegiadas para fazer a coordenação das atividades ao nível regional e microrregional.
- Pode inovar, mesmo na atual conjuntura de crise fiscal e do pacto federativo, onde ocorre, simultaneamente a redefinição do papel do nível regional, o fortalecimento das instâncias locais de poder e o enfraquecimento dos estados Nacionais.

3.2 - Regionalização e Municipalização na Área da Saúde

Dentro do processo de construção do SUS (Sistema Único de Saúde), um marco importante na discussão sobre regionalização deve-se à formulação de Vilaça Mendes (1995) referente à questão da organização dos Distritos Sanitários.

Esta formulação parte do pressuposto que “local” é um termo relativo a um “regional” mais amplo. Assim o distrito sanitário seria a unidade operacional básica do sistema local de saúde, podendo corresponder a uma parte do município, à área do município

como um todo, ou ainda a um grupo de municípios. Sua delimitação espacial levaria em consideração tanto o caráter geográfico-populacional de uma região, quanto o conjunto de recursos de saúde existentes, fossem eles públicos ou privados, que se articulariam sob um mando único e contariam com a participação da população na sua gestão. (Vilaça Mendes, 1995).

O Sistema Único de Saúde foi organizado em torno de princípios como a universalidade, a descentralização, a integralidade e a equidade no acesso à saúde garantidas a todos os brasileiros, com amplo espaço de participação da comunidade organizada em Conselhos em todos os níveis da Federação. As Leis Orgânicas de Saúde n.º 8080 e 8142, por sua vez, foram os instrumentos legais que regulamentaram o SUS. A primeira versa sobre os princípios constitucionais relativos à saúde; a segunda, dentre outros aspectos, vincula descentralização à municipalização e torna as transferências intergovernamentais automáticas e regulares.

Houve também, neste período uma ampla democratização do processo de gestão das políticas públicas de saúde com o surgimento de organismos colegiados e de participação social⁶.

Exemplo disto são as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite (CIB e CIT, respectivamente) que atuam também como instâncias regulatórias e fóruns de negociação, e os vários Conselhos formados por representantes dos executivos locais, como o CONASS (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, fundado em fevereiro de 1982), o CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de

⁶ Os organismos colegiados pertencentes ao SUS são basicamente, de dois tipos: as Comissões Intergestores - instâncias de articulação, negociação e decisão dos gestores do SUS, nos diferentes

Saúde), e os COSEMs (Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde – o de São Paulo foi fundado em março de 1988) que são órgãos políticos de articulação dos interesses subnacionais e que participam das decisões e indicam representantes para as CIB e CIT - No caso de São Paulo e outros estados existem também as CIRs - Conselhos Intergestores Regionais (MS, 1995).

A partir na nova Constituição Federal (art. 196 e inciso I) declara-se que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, organizado de forma descentralizada. As leis 8080/90 e 8142/90 definiram operacionalmente a municipalização das ações e dos serviços de saúde. Com essa base jurídica, o SUS passou a organizar-se, na sua gestão cotidiana, pelas Normas Operacionais Básicas (NOB's) sendo que assim surgiram as NOB's INAMPS 01/91, SUS/93 e SUS/96. Estas normas definiram critérios para o repasse de recursos prestação de contas e acompanhamentos das ações de saúde, além de definir regras para que os municípios e estados se habilitassem às diferentes formas de gestão.

Mais recente, a Norma Organização da Assistência à Saúde (NOAS/2001), procura retomar o papel das secretarias estaduais de saúde enquanto atores relevantes na organização do sistema no âmbito regional. Assim, estabelece-se uma série de diretrizes com o objetivo de viabilizar a cooperação entre estados e municípios na organização do SUS, especialmente nas áreas de prevenção (vigilância epidemiológica de doenças imunopreveníveis, por exemplo) e regulação da oferta de serviços de saúde (hospitais de alta complexidade, exemplificando).

níveis de governo - e as Instâncias de Participação Social - categoria na qual se incluem os Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde.

Aqui também há divergência quanto ao papel das NOB's. Para alguns elas representam um esforço de racionalização no repasse dos recursos e um instrumento de aperfeiçoamento da gestão. Para outros, elas constituem um processo de recentralização do SUS no nível federal. Retomaremos, rapidamente, a seguir, o papel de cada uma das NOB's, embora este trabalho incida mais especificamente no período recente, posterior à edição da NOAS 2001.

A NOB nº 1/91 define transformações no sistema de pagamento e transferência de recursos para as esferas locais de governo: uniformização gradativa da tabela de pagamentos aos hospitais públicos e privados; criação de sistemas de informatização centralizados para acompanhar a produtividade e o desempenho dos estabelecimentos (até então os serviços prestados eram ressarcidos conforme à produção), relacionamento direto do MS com as Secretarias Municipais (convênios de municipalização).

A NOB-91 detalhou alguns critérios (já existentes na Lei 8142, art. 4), exigências que os municípios deveriam cumprir para se habilitarem à municipalização, como a criação de um fundo municipal de saúde, criação do instrumento de programação e orçamentação de saúde; comprometimento de recursos próprios não inferiores a dez por cento do orçamento municipal com o setor saúde; apresentação anual aos governos federal e ao estadual de um relatório de gestão local mapeando o desempenho assistencial, gerencial e financeiro da secretaria municipal de saúde; constituição de uma comissão para elaborar o plano de carreiras, cargos e salários, com prazo de dois anos para sua implantação, dentre outros.

A NOB-93 aprofunda o processo de municipalização, estabelecendo mecanismos de financiamento das ações de saúde e as diretrizes para os investimentos no setor: são

definidas categorias de gestão para as quais os municípios se habilitavam em função da capacidade da rede existente (incipiente, parcial e semi-plena).

Conforme a Norma Operacional do SUS 01/93, foram estabelecidas três formas de enquadramento dos municípios nesse sistema, denominadas condições de gestão: incipiente, parcial e semiplena. A condição de gestão incipiente assume as responsabilidades sobre a contratação e a autorização do cadastramento de prestadores, para programar e autorizar as internações e os procedimentos ambulatoriais das unidades de saúde e também o gerenciamento das unidades ambulatoriais existentes no município.

A gestão parcial responsabiliza-se por todas as ações da incipiente, recebendo mensalmente recursos financeiros relativos à diferença entre um teto estabelecido para as suas atividades ambulatoriais e hospitalares e o gasto efetivamente realizado correspondente aos serviços produzidos pelas unidades hospitalares e ambulatoriais localizadas no município. A semiplena implica transferir ao município a possibilidade e as condições de planejar seu sistema de saúde, a competência de se relacionar com os prestadores, a definição de tetos financeiros e metas para o prestador da totalidade de serviços localizados no município, bem como a efetiva gerência de todos os instrumentos técnicos e administrativos de gestão (JUNQUEIRA, MENDES & CRUZ, 1999).

A NOB-93 estabelecia ainda que o relacionamento entre estados e municípios deveria ser feito pelas Comissões Intergestoras Bipartites (CIBs), por meio de planejamento integrado. Os municípios elaboravam, conjuntamente com os gestores estaduais, os Planos de Saúde, que deveriam ser aprovados pelos Conselhos Municipais, os quais também estariam encarregados de acompanhar a sua execução. Constava também da

NOB-93 a exigência da realização de relatórios de gestão, privilegiando a articulação e a mobilização municipal, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo (ABRUCIO & COSTA, 1999).

O que caracteriza a palavra-chave do novo modelo instaurado pela NOB-96 é a responsabilização de cada gestor, de cada instância de governo. O desempenho dos papéis que cabem aos gestores concretiza-se mediante um conjunto de responsabilidades bem detalhadas na NOB-96. A NOB-96 define como imprescindível a cooperação técnica e financeira dos poderes públicos estadual e federal, com responsabilidade conjunta na gestão do SUS. Seu objetivo principal é “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” (MS, 1996).

A partir destas definições da NOB/96 os municípios podem contar para a estruturação de sua rede com estabelecimentos situados em outros municípios, o que de certa forma funciona como incentivo à cooperação entre municípios vizinhos. Essa situação favorece sobretudo os municípios menores que podem pleitear uma habilitação “melhor” mesmo que não disponham, instalados em seu território, de unidades hospitalares próprias. Cada município isoladamente deve orçar suas transferências para os municípios que prestam serviços de saúde aos seus munícipes, com base na Programação Pactuada e Integrada (PPI) entre gestores.

A NOB 96 estabelece que os gestores Federal e Estadual são os promotores da harmonização, modernização e integração do SUS, nas dimensões nacional e estadual, respectivamente. Essa tarefa acontece, especialmente, na Comissão Intergestores

Bipartite – CIB –, no âmbito estadual, e na Comissão Intergestores Tripartite – CIT – no âmbito nacional. A NOB-96 estimula as parcerias entre municípios, mas também não cria incentivos financeiros específicos (ABRUCIO & COSTA, 1999).

Alguns estados, no entanto, foram muito bem sucedidos assumindo este papel de coordenador e de incentivador da cooperação intramunicipal, como é o caso do Estado do Paraná, do Mato Grosso (consórcios), da Bahia (regionalização e regulação) e do Ceará (microrregionalização).⁷

A NOB-96 também simplifica o processo de responsabilização municipal, reduzindo a duas as categorias de gestão municipal e estadual, chamadas de “condições de gestão”. A partir dessa NOB os municípios podem habilitar-se em duas condições: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal. Os estados, por sua vez, podem habilitar-se às condições avançada do sistema estadual e plena do sistema estadual.

Entretanto, conforme afirmam (Costa, Silva & Ribeiro,1999) em avaliação recente do processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil, “ao contrário do que se tem verificado para os municípios, ainda é pouco significativa a adesão dos estados ao novo papel que lhes foi reservado no SUS” (p. 46). Segundo os autores, o processo de habilitação dos estados é retardatário e desigual devido às “dificuldades dos estados em definirem um papel claro na estrutura do sistema público de saúde brasileiro, dominada ainda, na década de 90, pelas demandas e orientações localistas” (p. 48). Baseados em dados de pesquisa empírica, afirmam os autores que “o gestor estadual é o que sofre maior impacto do processo de descentralização ao ter seu papel original de executor de ações, voltadas para o atendimento da população e de contratante de serviços privados e

filantrópicos, substituído por uma função de coordenação, apoio e regulação do sistema estadual de saúde” (ibidem).

Assim, a retomada do processo de regionalização pode ser um bom exercício para que os estados também se capacitem para assumir um papel protagônico dentro do SUS.

Além disso, – continuam os autores – “as prerrogativas das secretarias estaduais de saúde em termos de coordenação, articulação e estruturação do sistema de saúde intermunicipal ou regional apresentam uma baixa institucionalidade” e “a ausência de parceria entre gestores municipais e as secretarias estaduais de saúde para o desenvolvimento de ações de cooperação técnica tem levado as secretarias municipais à contratação dessas nas universidades e organizações não-governamentais, para suprir necessidades de treinamento e de desenvolvimento de novos métodos de gestão” (Costa, Silva & Ribeiro, 1999).

O nível estadual pode ter papel importante, também, nas iniciativas que procuram reforçar as funções redistributivas do SUS, orientando recursos para as regiões mais pobres e menos populosas (RIBEIRO & COSTA, 1999). Assim, pode a secretaria estadual da saúde contribuir para corrigir desigualdades no âmbito supramunicipal e intraestadual.

Essa articulação intermunicipal tem relação direta com o papel do gestor estadual, definido na NOB 96, que é, substancialmente, organizar o Sistema de Saúde no seu âmbito e disciplinar a referência, a contra-referência e a regionalização. A mencionada competência tem visibilidade, principalmente, na Programação Pactuada e Integrada -

⁷ Informações detalhadas das fases anteriores da pesquisa encontram-se publicadas no formato de

PPI -, discutida e aprovada na Comissão Intergestores Bipartite. Por isso, ao decidirem-se pela formação de um consórcio, por exemplo, os gestores municipais devem estabelecer a necessária articulação com o gestor estadual, de forma que as ações e serviços a serem consorciados componham a PPI.⁸

A Programação Pactuada Integrada no Estado (PPI), através da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) funciona como um canal de negociação entre o Estado e os municípios para discutir os encaminhamentos das políticas de saúde ligadas ao Sistema Único de Saúde. Dela fazem parte, além da Programação Pactuada Integrada, o Plano Diretor de Regionalização e o Plano Diretor de Investimento, três exigências da NOAS 2001. Para que os municípios possam se adequar a novas formas de gestão contidas na NOAS, como no caso dos municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, eles devem ser avaliados através daquela comissão.

Em geral os municípios estabelecem pactos segundo suas disponibilidades de atendimento e/ou tecnológicas, e o próprio desenho desta pactuação tem ajudado a entender o arranjo real do sistema, servindo como um dos parâmetros para a regionalização dos serviços de saúde.

Com o surgimento da NOAS 2001 pretendeu-se evitar conflitos de territorialidade, em função da superposição do território coberto pelos municípios (ou consórcios) com a estrutura regional das Secretarias Estaduais de Saúde.

relatórios de pesquisa do NPP/EAESP/FGV.

⁸ O Estado de São Paulo, segundo levantamento realizado pela equipe do Cepam em 1997, contabilizava oito consórcios em funcionamento, três consórcios desativados e dez em articulação. Segundo a pesquisa da equipe do Cepam, os oito consórcios em funcionamento no estado de São

A partir da NOAS/2001, a vigilância do sistema como um todo deve ser feita pelo Estado, através da implantação das Centrais de Regulação, porém há uma determinação de que haja o comando único para os municípios que estão em gestão plena no sistema, passando a gerir suas necessidades nos procedimentos de alta complexidade que hoje ainda encontram-se sob orientação do Estado.

O desenho organizacional apresentado com base na NOAS, prevê a regionalização através de macrorregiões, de microrregiões, de pactuação entre os municípios, e, de formação de consórcios entre estes.

A Programação Pactuada Integrada - PPI, institui a pactuação dos municípios a partir da regionalização e da observação das necessidades e potencialidades de cada município de forma a ajustar o fluxo do sistema de saúde. É a programação das ações de atenção à saúde que garante o acesso da população de cada município de forma pactuada e integrada entre os gestores municipais e mediada pelo gestor estadual, conforme parâmetros e critérios estabelecidos pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde (CES).

A PPI, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o Plano Diretor de Investimento (PDI) são exigências da NOAS 2001 para que, tanto o estado quanto os municípios possam adequar as suas formas de gestão; podendo o Estado permanecer onde está ou mudar para uma outra forma de gestão, o mesmo valendo para os municípios. Estes três parâmetros citados anteriormente como exigências da NOAS, estão sendo amplamente discutidos nos estados e municípios, em todo o Brasil.

Paulo envolvem 79 municípios, o que representa cerca de 12% dos municípios paulistas e cerca de 6% da população do estado. (JUNQUEIRA, MENDES & CRUZ, 1999).

Há datas previamente agendadas, para que os Estados e Municípios possam dar cumprimento a essas exigências e fazer com que melhore o funcionamento do SUS. Anteriormente, conforme coloca outra entrevistada “as políticas públicas eram feitas lá em Brasília pelo Ministério da Saúde, mandadas para o Estado, do Estado para os Municípios de uma forma verticalizada”.

Hoje as políticas públicas de saúde são discutidas formalmente através das instâncias representativas do SUS, como a Comissão Intergestora Bipartite, que é um canal permanente de negociação entre representantes das Secretarias Municipais, e representantes da Secretaria Estadual de Saúde. Destas discussões são retirados consensos, (as decisões não são tomadas por voto, mas por consenso) e esses consensos certamente representam um avanço muito importante, resultando em decisões técnicas e políticas”.⁹

⁹ Ver, por exemplo, Nascimento, P. R. “SUS- Instâncias de Negociação entre os Gestores: As Comissões Integrestores e a Questão Federativa”, dissertação de mestrado, FSP/USP, 2002.

III. A POLÍTICA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Com uma população total de 37.630.105 pessoas, 645 municípios e a segunda maior cidade da América Latina (IBGE), o Estado de São Paulo possui grandes desafios no sentido de organizar um sistema de saúde que consiga de forma efetiva atender às necessidades de saúde de seus habitantes. Esses desafios ultrapassam a grande quantidade de usuários incluindo também a diversidade dos municípios tanto em termos econômicos quanto sociais.

A análise da política estadual de saúde de São Paulo vai além de apontar as inovações que vêm sendo feitas no planejamento e execução dos serviços visto que, comparado a outros estados objetos de estudo prévio¹⁰, a questão da descentralização ainda está em processo de desenvolvimento. Desta forma, faz-se necessário verificar o relacionamento que se faz presente entre estado e municípios e quais impactos essas relações intergovernamentais trazem para as ações de saúde.

Um aspecto inovador da política de saúde estadual são as Organizações Sociais de Saúde (OSS), que consiste na tercerização de hospitais estaduais para organizações filantrópicas não será explorado neste relatório visto que já foi objeto de estudo¹¹. A abordagem será com o objetivo de verificar a parceria e a cooperação entre estado e municípios para a organização do sistema estadual de saúde. Para isso os tópicos de estudo englobam uma análise dos antecedentes da atual política estadual de saúde, as atuais modificações por que vem passando a SES, estudo mais específico de algumas

¹⁰ Os estados pesquisados anteriormente pelo projetos do NPP foram: PR, BA, CE e MT

Diretorias Regionais de Saúde e finalmente o estudo de caso de um programa estadual que vem sendo gradativamente implantado nos municípios paulistas.

1.1 Antecedentes da municipalização da saúde em São Paulo

O Estado de São Paulo foi pioneiro no processo de municipalização iniciado a partir do movimento de descentralização da administração pública paulista ocorrida no governo de Franco Montoro (1983-86). Entretanto a partir de julho de 1987 como o programa dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds) que o processo de descentralização na saúde intensificou-se.

Na gestão do governador Franco Montoro foram criados 62 Escritórios Regionais de Saúde (Ersas) para atuar como articuladores dos municípios de cada uma dessas microrregiões criadas. As diretrizes básicas dessa mudança foram a integração da gestão das ações e serviços de saúde , tendo em vista tornar integral o atendimento e a municipalização progressiva do serviços de saúde de baixa complexidade. (Junqueira & Inojosa, 1997)

Com a implantação do Suds a SES "assumiu novas atividades advindas do processo de descentralização do governo federal: a gestão de equipamentos de saúde próprios da rede do Inamps e parte do controle de compra de serviços de assistência à saúde da rede privada, em caráter complementar à rede pública." (Junqueira & Inojosa, 1997)

Em 1988 com a implantação do SUS, o processo de municipalização continuou, sobretudo, referido à transferência ou cessão de serviços estaduais, mas muitas decisões

¹¹ Ver o recente relatório do NPP

voltaram para o nível central da secretaria, fragilizando as estruturas regionais (Ersas) na sua relação com os municípios.

1.2 A Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e a Política Estadual de Saúde

A Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES-SP) passa por uma reorganização administrativa em 1995 para dar uma maior ênfase no processo de descentralização e no papel do estado na condução do SUS, que até então estava em um estágio inicial.

A partir de 1995 a SES- SP, reafirma como política de saúde, o seu papel enquanto gestor estadual do SUS, buscar o fortalecimento do Sistema no estado, tendo como objetivo¹²:

- através do nível central e regional, promover a equidade entre as regiões de saúde e municípios, levando-se em conta os diferentes perfis sócio-econômicos, epidemiológicos e de disponibilidade de recursos;
- articular e gerenciar políticas e ações de saúde no âmbito do Estado;
- apoiar tecnicamente os gestores municipais, incentivando-os a assumirem formas mais avançadas de gestão.

Para atender a tais diretrizes a SES adotou um nova estrutura, compondo-se a partir de então em seis Coordenadorias (figura 1):

A. Coordenadoria de Contratação de Serviços de Saúde - CCSS com atribuição de coordenar as atividades relacionadas à contratação de serviços de saúde, realizar a gestão e o controle administrativo e financeiro dos contratos, avaliar a atuação dos provedores bem como o impacto e os resultados dos serviços de saúde contratados.

B. Coordenadoria Geral de Administração - CGA com atribuição de coordenar, orientar, supervisionar e elaborar normas em assuntos de administração geral da Secretaria.

C. Coordenadoria de Recursos Humanos - CRH com atribuição de planejar a execução das políticas, diretrizes e normas relacionadas a Recursos Humanos próprios da Secretaria.

D. Coordenadoria de Planejamento de Saúde - CPS como instância que deve orientar a operacionalização das diretrizes e prioridades definidas pela Secretaria da Saúde, articulando a informação a projetos de intervenção sobre as condições de saúde da população, bem como recursos necessários e o monitoramento e avaliação de ações e serviços.

E. Coordenadoria dos Institutos de Pesquisa - CIP a quem compete estudar, planejar, orientar, coordenar, supervisionar, executar atividades de pesquisas científicas de interesse da saúde pública, produção de insumos, atividades laboratoriais e vigilância epidemiológica e sanitária.

F. Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo - CSRMGSP e Coordenadoria de Saúde do Interior - CSI, que têm como principal objetivo coordenar e articular o planejamento e as ações de saúde desenvolvidos nas respectivas regiões, em função das políticas e diretrizes da Secretaria da Saúde. A estas Coordenadorias vinculam-se 24 Diretorias Regionais de Saúde (DIR), sendo 5 na Região Metropolitana da Grande São Paulo e as 19 restantes no Interior do estado. Segue abaixo tabela com as 24 DIR do estado e a condição de gestão de cada um os municípios segundo a NOB/96.

Regiões de Saúde (DIR) e Condição de Gestão dos Municípios*, segundo Norma Operacional Básica/96 (NOB 96)

¹² Informações retiradas do Site da SES-SP

REGIÃO DE SAÚDE	Nº MUNICÍPIOS	PLENA DO SISTEMA		PLENA ATENÇÃO BÁSICA		SEM HABILITAÇÃO	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
<u>I-CAPITAL</u>	1	0	0,0	1	100,0	0	0,0
<u>II-SANTO ANDRÉ</u>	7	6	85,7	1	14,3	0	0,0
<u>III-MOGI DAS CRUZES</u>	11	1	9,1	9	81,8	1	9,1
<u>IV-FRANCO DA ROCHA</u>	5	5	100,0	0	0,0	0	0,0
<u>V-OSASCO</u>	15	5	33,3	10	66,7	0	0,0
<u>VI-ARAÇATUBA</u>	40	7	17,5	33	82,5	0	0,0
<u>VII-ARARAQUARA</u>	25	3	12,0	22	88,0	0	0,0
<u>VIII-ASSIS</u>	25	5	20,0	20	80,0	0	00,0
<u>IX-BARRETOS</u>	19	11	57,9	8	42,1	0	0,0
<u>X-BAURU</u>	39	1	2,6	38	97,4	0	0,0
<u>XI-BOTUCATU</u>	30	6	20,0	24	80,0	0	0,0
<u>XII-CAMPINAS</u>	42	23	54,8	19	45,2	0	0,0
<u>XIII-FRANCA</u>	22	2	9,1	20	90,9	0	0,0
<u>XIV-MARÍLIA</u>	36	8	22,2	28	77,8	0	0,0
<u>XV-PIRACICABA</u>	25	9	36,0	15	60,0	1	4,0
<u>XVI-PRES. PRUDENTE</u>	45	5	11,1	40	88,9	0	0,0
<u>XVII-REGISTRO</u>	15	0	0,0	15	100,0	0	0,0
<u>XVIII-RIBEIRÃO PRETO</u>	25	18	72,0	7	28,0	0	0,0
<u>XIX-SANTOS</u>	9	8	88,9	1	11,1	0	0,0
<u>XX-S. J. DA BOA VISTA</u>	21	7	33,3	14	66,7	0	0,0
<u>XXI-S. J. DOS CAMPOS</u>	12	6	50,0	6	50,0	0	0,0
<u>XXII-S. J. DO RIO PRETO</u>	101	3	3,0	98	97,0	0	0,0
<u>XXIII-SOROCABA</u>	48	16	33,3	32	66,7	0	0,0
<u>XXIV-TAUBATÉ</u>	27	6	22,2	21	77,8	0	0,0
TOTAL ESTADO	645	161	25,0	482	74,7	2	0,3

Fonte: Site da SES - Comissão Intergestores Bipartite (CIB) / Coordenadoria de Planejamento de Saúde (CPS)

* Habilitados até maio/2001 (figura 2)

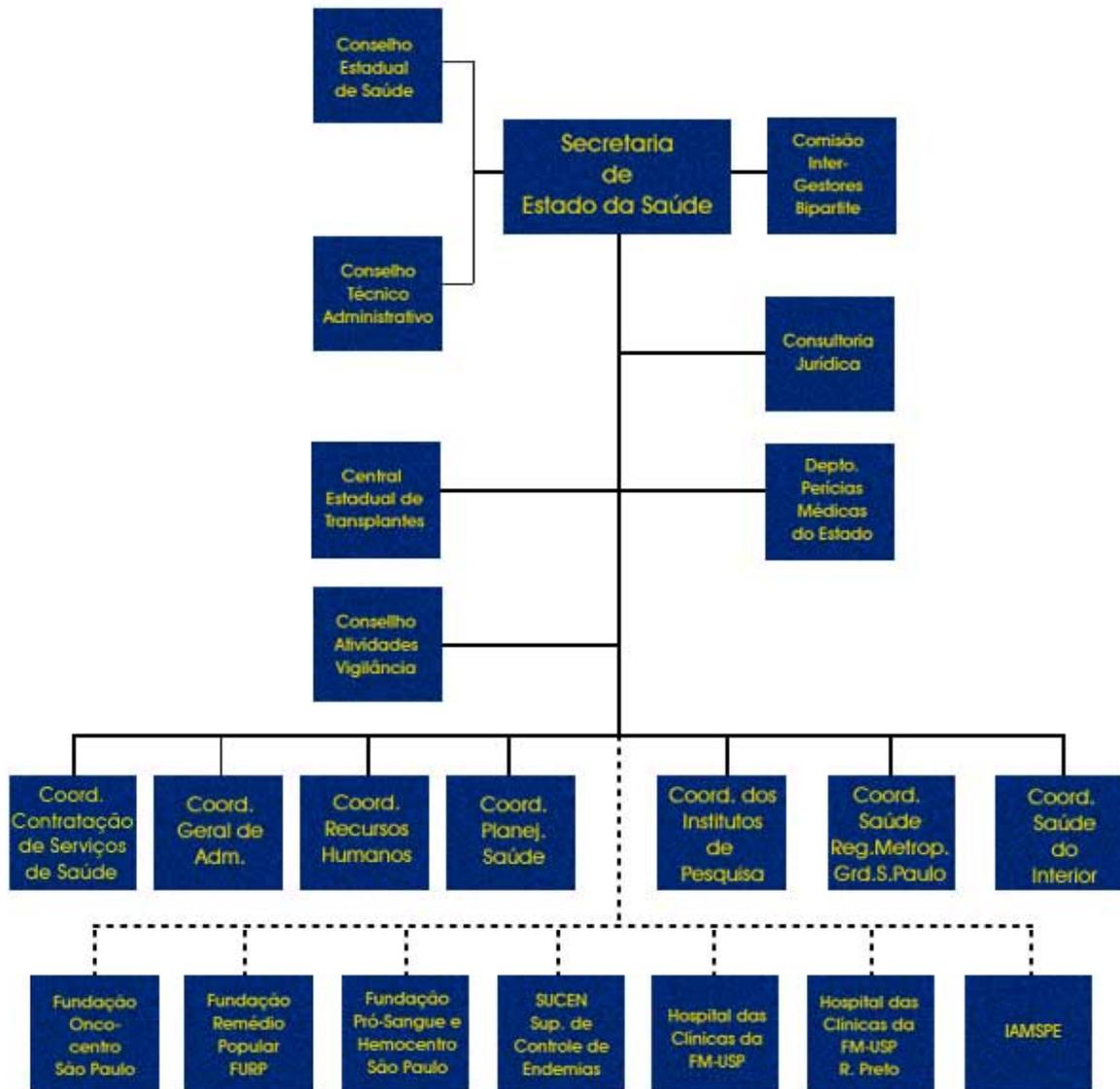


Figura 1: organograma da SES. Fonte site da SES-SP

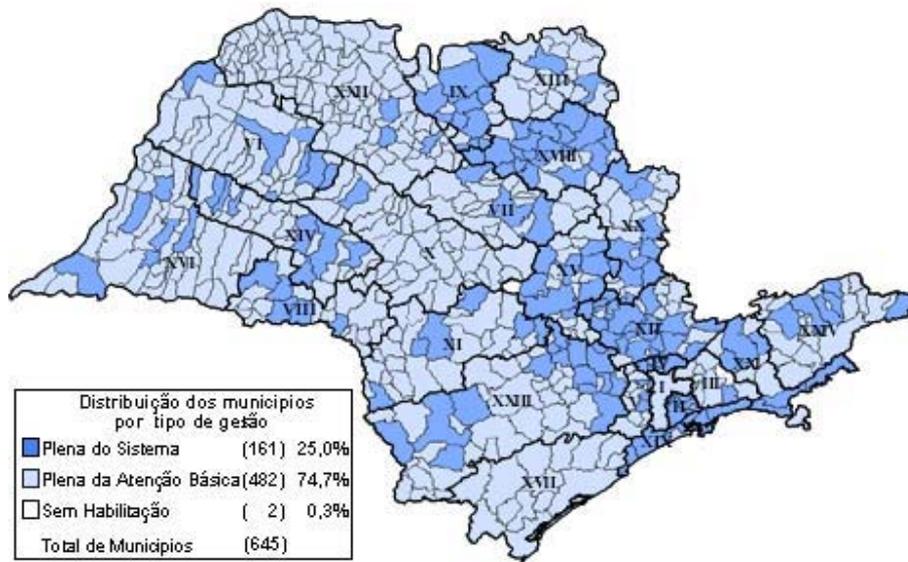


Figura 2: Distribuição dos municípios por tipo de gestão, habilitados em 2001. Fonte: Site da SES-SP

2. A DESCENTRALIZAÇÃO E A REGIONALIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE

No item 1.1 sobre os antecedentes da política estadual atual observa-se que o estado de São Paulo foi pioneiro no processo de descentralização em 1987 com a criação dos ERSAS. Entretanto com a nova política de saúde introduzida pelo SUS a SES/SP, a partir de 1995, viu a necessidade de se reorganizar para dar uma nova ênfase no processo de descentralização através da criação de diretorias regionais responsáveis por organizar o sistema de saúde em cada região. Nesse processo de mudança do ERSA para DIR estava presente a concepção do papel do estado regulador conforme aponta o Secretário Estadual de Saúde José Silva Guedes:

“Nós ainda tínhamos em dezembro de 1994, 65 escritórios regionais de saúde e nós já naquele momento, tirando a capital e mais dois municípios, em todos os outros você já tinha passado a rede básica para a gerencia dos municípios. Então nós não precisávamos, em nossa avaliação, de 65 escritórios regionais de saúde, que existiam quando a gente tinha um braço administrativo em cada município. Então naquele momento a gente organizou 24 direções regionais de saúde porque nós já tínhamos uma prática de municipalização que iria ser incrementada, no sentido de que os municípios fossem cada vez mais assumindo uma gestão mais completa das ações de saúde. Um outro exemplo disso, naquele momento, na mudança que a gente fez no início de 1995, nós deixamos a capital, embora com dez milhões de habitantes, com uma única direção regional de saúde e a idéia era que a gente embora tivesse dividido a capital em cinco núcleos administrativos, ela teria uma unidade de informações para quando a gente procedesse à municipalização a gente realmente tivesse um único ente se relacionando com o município e não diversas regionais se relacionando com o município. Então isso ao mesmo tempo contemplava duas coisas, uma delas, caminhar, sinalizar que você não era mais administrador de rede básica e tal e que você podia ter uma estrutura mais enxuta, nós íamos economizar recursos, então quando você sai de 65 escritórios regionais para 24 direções regionais, você economiza 800 cargos de confiança e isso dentro de um enxugamento importante. [...] Se você trabalha com ERSAS ou se você trabalha com DIR é a mesma coisa, você estaria dando uma diretriz para a DIR ou a ERSAS de que nós queremos avançar a municipalização, o que a gente traçou como competência da DIR, ela esta fazendo planejamento, ela esta fazendo avaliação, o controle, auditoria, tem uma área de administração, uma área de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica, uma interlocução na área de saúde bucal, saúde mental. Então a rigor a tarefa da regional é apoiar os municípios a irem assumindo o seu papel de organizar a rede básica, de dividir essa rede básica, capacitar esse pessoal.”

Embora a visão da política de organização do sistema estadual de saúde, segundo o próprio Secretário previsse um estado com um papel de regulador e não mais como prestador direto de serviços, na prática, o processo de reorganização desse papel, mais especificamente, a formação das DIRs demonstrou algumas características que comprometeram o resultado final. A FUNDAP (Fundação do Desenvolvimento Administrativo) foi a instituição inicialmente envolvida na construção desse processo, e segundo um dos coordenadores desse projeto a falta de um trabalho mais intenso de mudança de cultura e processos de trabalho contribuiu para que em muitos casos a DIR ficasse sem um papel muito bem definido em sua região de atuação:

“...Nós vimos o seguinte, que havia uma multiplicidade de ERSAS e nós tínhamos de pensar uma nova etapa que era pensar o papel do estado. Nesta visão de estado como gestor do SUS. Os critérios foram basicamente estes: acesso de transporte de área de circulação e de equipamento, também acesso aos serviços de complexidade. Então, esta questão da concepção original foi esta a que eu dei. Foi este o desenho. Começa a trabalhar com acesso, acessibilidade e equipamento. A gente achava que não devia ter tanta DIR. Devia ter poucas DIRs. Nós trabalhamos um processo de criação da DIR, a FUNDAP, mas por questões de conjunturas internas da Secretaria, isto não foi viabilizado. Então, se fez uma coisa formal. Se definiu as DIRs, acontece que para você mudar uma organização, uma instituição que tem uma história. Tem uma tradição. Você não muda do dia para a noite. Você não muda só por decreto. Você tem de mudar trabalhando as pessoas, que é pela proposta que a gente fazia na época, que era trabalhar as pessoas. Trabalhar as pessoas para que elas percebam e contribuam e isto no processo começou a se trabalhar, mas, de uma hora para a outra, esse negócio não ocorre. Então, você definiu e as pessoas passaram a implementar e não houve um

processo todo só de discussão, de trabalhar junto, de treinamento, que nós fizemos na época do ERSA. Então, hoje, a DIR ainda não é uma rede. É uma crise, ainda. Acontece o seguinte, nesse processo de reforma, a DIR ficou muito fechada, então, como ela foi desformatada demais, na reforma política não teve um ritmo que possibilitasse a DIR assumir o papel do ERSA, que o ERSA, no fundo, ele era regulador e o município já prestava serviços. a DIR não conseguiu desempenhar este papel novo. Ela não assumiu nem o papel do ERSA em que estava e nem o dele novo, que é o de articular. A DIR, em alguns lugares, ela consegue ter este papel. Em outros lugares, ela não consegue ter nenhum papel. Ela fica meio baratinada lá e não consegue articular o trabalho. A DIR tem um papel distinto e ela não consegue de fato, costurar este papel, para o qual ela foi criada. E tem gente que critica muito e fala ‘ah, porque pegaram um monte de ERSAS e formam uma DIR’ o problema, é que se criou formalmente e não se trabalhou este processo” (Luciano Junqueira – PUC/SP)

A tese de que o estado de São Paulo não conseguiu ter a presença que ele devia ter tanto em termos de coordenação da atenção à saúde quanto da coordenação do processo de gestão estadual é defendida por pesquisadores da área, e, os fatores apontados para tal situação relacionam-se, além das falhas no processo de regionalização (criação das Dires), com a confusão quanto aos papéis de estados e municípios e despreparo de recursos humanos que trabalham com a questão.

A visão acerca dessas falhas no papel do estado de reorganização do sistema de saúde é corroborada por outro técnico do CEPAM (Centro de Estudos Prefeito Faria Lima). Para Áquilas Mendes, o processo de descentralização em São Paulo, quando comparado a outras unidades da federação pode ser considerado como um dos mais atrasados, visto que ele realmente não consegue ser gestor pleno do sistema estadual de saúde. Dentre as

diversas causas apontadas é enfatizado o fortalecimento dos municípios em detrimento do papel coordenador do estado:

“...Do ponto de vista da regionalização, a ser considerado, o estado de São Paulo, é um dos estados mais atrasados. A secretaria de estado da saúde de São Paulo tem se visto obrigada a exercer este papel de regionalização, com muita dificuldade, porque isto você não constrói da noite pro dia. A rigor, você tem, hoje, um conflito de poder. Os municípios no estado de São Paulo, eles acabaram construindo mais o sistema, tendo mais do que tem no sistema. Avançaram muito mais a capacitação dos seus técnicos, que os próprios técnicos da Secretaria de Estado de Saúde.”

Para o Secretário municipal de saúde de Marília e também presidentes do COSEMS-SP (Conselho de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo) a papel do estado é ainda muito frágil em algumas regionais que não conseguem atender os requisitos de atuar com os municípios:

“Esse papel do estado, eu não estou sentindo isso, e talvez até no meu ponto de vista, uma certa fragilidade, das regiões, das regionais da Secretaria de Saúde do Estado, certo? Eu sinto regionais que não tem até competência para fazer esse papel, esse papel de condução desse processo, é um papel que exige mais do que na execução. É um papel que exige muito mais entendimento do processo, competência técnica, articulação política, visão política, de saber como é que se chega num município que está com um problema, como é que você entra num município sem ferir a autonomia, mas com firmeza, com competência, quer dizer, assim, se impondo do ponto de vista de autoridade que tem conhecimento pra ajudar o município.”

O fortalecimento do município e sua relação direta com o nível federal (Ministério da Saúde), neste contexto de implantação do SUS, é apontado também pelo Secretário Estadual de Saúde como prejudicial na definição deste novo papel do Estado de coordenador regional. É citado ainda a presença da NOAS enquanto instrumento que proporcionasse um melhor diálogo entre os entes, que entretanto está no começo e não é possível ainda verificar sua eficácia.

“... A gente tem uma deficiência muito séria que a NOAS se propôs a corrigir, mas ainda acho que não chega exatamente em um ponto, é o problema da regionalização. Porque na realidade, nos primeiros momentos quando se processou a municipalização, a destinação de recursos aos municípios, os municípios assumindo a gestão, naquele momento o que a gente fez foi dar um poder para o município sobre uma certa quantidade de dinheiro com compromissos de assistências a outros municípios muitas vezes não claramente explicitados, não documentalmente explicitados. Isso fez com que, em muitas situações, o município começasse praticamente a negar assistência aos municípios vizinhos, então a grande crítica que a gente vem fazendo, desde o começo, é que para o processo de regionalização a gente ainda está mal armado, então quando você faz agora a NOAS e você estabelece pólos e municípios que vão requerer clientela, se espera que daqui para frente a gente vá ter uma pactuação.”

De fato, como apontado pelo secretário de Marília tanto o papel do estado quanto do município no sistema de saúde é passível de confusão, uma vez que a própria legislação do setor é ambígua em alguns pontos no que diz respeito ao papel de estados e municípios da condução do sistema. Falhas essas que a NOAS começa a resolver:

“...Lei Orgânica ela, quando ela fala em regionalização, ela fala na competência dos municípios e não fala na competência do Estado. Ela fala que os municípios com e em articulação com os Estados farão o processo de regionalização. Ela não faz o contrário, coloca na competência do Estado, que o Estado fará a regionalização em articulação com os municípios. Então é interessante isso, entendeu? Apesar disso, nós achamos, e acho que está na NOAS, que o Estado, tem um papel forte na condução desse processo de regionalização, mas não no sentido de estar assumindo a execução e tal. Conduzir esse processo, eu acho que o Estado, ele tem esse papel forte, e acho que não está ocupando. Acho até que a NOB 96 a NOAS pra mim a NOB 96, já dizia isso. Estava explícita na NOB 96, lendo, que o Estado teria um papel importante na condução desse processo, mas como foi dito que não estava bem claro o papel do Estado, surgiu a NOAS, e que fica mais claro isso, mais explicitado que o Estado vai conduzir esse processo e nós não temos nada em relação a isso, mas conduzir no ponto de vista de articular com os municípios, de apoiar os municípios, de fazer equidade. Tem região do Estado que ele vai ter que apoiar mais, vai ter região que não vai precisar.”

Na análise do processo de descentralização do sistema de saúde observa-se ainda um conflito acerca de qual deve ser o papel desempenhado pelo estado e pelo município. Segunda a visão do Secretário estadual, o estado deve atuar diretamente na prestação de atendimento de alta complexidade, por entender que as unidades que prestam este tipo de serviço atendem a uma demanda regional, implicando na necessidade da atuação no nível estadual para promover essa articulação.

“... Outra coisa séria para a gente é o investimento no sentido de atendimento especializado, no sentido do atendimento hospitalar especializado. Nós consideramos isso tarefa do estado estar diferenciando hospitais próprios do estado como uma tarefa

regional mais especializada ou o estado construindo hospitais novos, eventualmente, e identificando hospitais filantrópicos, verificando Santas Casas que tenham um potencial, que tenham característica de assumir um papel regional e então o Estado entra, financia, equipa e trata de capacitar essas unidades para que elas dêem um suporte regional. Já que nós não estamos mais na assistência básica da população, nós temos que garantir essa assistência especializada, essa hierarquização e daí ter um programa grande de investimentos principalmente na área de urgência e emergência, na área da oncologia, na área da terapêutica renal substitutiva onde há um investimento grande do estado diversificando isso”.

Apesar da secretaria estadual buscar esse papel do estado regulador, ela ainda atua na prestação de serviços. Observa-se uma contradição que existe entre essa visão do estado que não concorda com a municipalização de determinados hospitais e a do município que já pensa o contrário e não está conseguindo muito dialogar.

“O prefeito foi eleito para tomar conta daqueles munícipes, ele não tem nada a ver com os outros municípios, essa é uma opinião do Secretário. Então, a gente tem um conflito sério que é a história do comando único. Do atual secretário, pode ser que outro que venha não pense isso, mas o atual secretário não acha que o Hospital das Clínicas tem que estar nas mãos do município de São Paulo, por exemplo. Ele acha que é um hospital que atende muito mais o município de São Paulo e atende até o Brasil e por isso tem que estar na mão do estado que tem uma visão regional, agora, pode ser que mude.”

(Maria José Ribeiro Linguanotto – Coordenadora da Coordenadoria de Planejamento da Saúde de São Paulo)

O município de Campinas e Marília divergem dessa visão do secretário defendendo a inclusão das unidades de alta complexidade ao sistema municipal de saúde. No caso do Hospital da Unicamp, citado abaixo, o fato de estar subordinado à secretaria estadual implica algumas complicações quanto ao encaminhamento de pacientes por estar fora da rede municipal de atendimento.

“Com exceção da Unicamp que ficou com o Estado, que na época da municipalização não deu para chegar num acordo, ainda mais com a perspectiva aí da NOAS, a idéia é que a Unicamp aí também fique sob a gestão municipal, ou pelo menos que a gente consiga um nível de interação maior. Eu sei que um paciente que está em Campinas que tenha descolamento de retina tem que ir pra São Paulo para operar porque a Unicamp não aceita. E seria o caso que a instituição está capacitada para fazer. Então é ruim, a Unicamp, não está no sistema, é lógico que está, ela produz, metade das internações que estão na cidade são feitas lá, e dessas internações que são feitas lá, metade são dos municípios de Campinas só que como esse doente chega lá, a gente não tem a menor participação na questão desse fluxo e a mesma coisa com o ambulatório de especialidade, então assim, agora vai mudar o diretor do hospital e eu estou na expectativa que venha alguém que a gente consiga conversar melhor”.

(Dra. Márcia Amaral – Secretária Adjunta da Secretaria Saúde de Campinas)

“... eu acho que a Secretaria de Estado não assume o que está previsto, tudo na legislação do SUS, realmente no espírito do SUS que é a descentralização eu sinto que a Secretaria não tem essa idéia muito clara, muito firme e realmente está descentralizando. Então um exemplo para mostrar isso é que a Secretaria resiste a colocar sob gestão dos Municípios os seus próprios hospitais. Porque eu acho que é um grande equívoco, na verdade, não está se passando esses próprios para gerência dos

Municípios. Estar passando para a gestão, porque eu acredito que, como estão nas diretrizes do SUS, se você realmente não tiver um gestor, local, articulado com outros gestores municipais sob coordenação do Estado, com uma proposta realmente firme de estar implantando o sistema municipal... Se você tirar da gestão municipal alguns prestadores de serviços que são importantes, acabam não se articulando com outros prestadores, não se articulam na política local, na política regional... Você não consegue implantar o SUS no local e na região. Então eu sinto essa intenção do estado, ele não tem essa proposta, ele tem uma proposta realmente de achar, isso é explicitado até em algumas falas do Secretário, não é uma coisa que ele esconde inclusive, é uma coisa que ele tem convicção que os serviços regionais tem que ficar sob gestão do Estado, enquanto os serviços locais deveriam ficar sob gestão do Município, mas isso não é o que está nas diretrizes do SUS, não é essa a idéia básica. Então isso aí pelo jeito cria um certo conflito. [...] O estado se opôs à municipalização do Hospital Universitário de Marília houve um empate na Bipartite e foi para o Conselho Estadual, o Conselho Estadual decidiu, pela gestão municipal, é claro, seguindo o que está proposto na NOB 96, inclusive, que o Hospital Universitário fica sob gestão do Município e não do Estado. Mas isso não ficou uma coisa tranqüila, porque o próprio Hospital Universitário, hoje, questiona isso, ele acha que com isso ele foi prejudicado, que ele acabou tendo menos recursos. Essas coisas eu acho são, eu sinto que são assim [...] muito perigosas para a implantação do SUS. [...] Então eu acho que essa diferença hoje, essas diferenças de visão do SUS que hoje tem o Estado e o COSEMS eu acho, os Secretários municipais. É uma coisa que no meu ponto de vista, atrapalha um pouco a gente estar avançando na implantação do sistema no estado de São Paulo.”

(José Enio de Servilha Duarte – Secretário de Saúde do Município de Marília e Presidente do COSEMS)

Por um lado a postura do estado, resultado da indefinição do seu papel pelos próprios técnicos e da cultura pré-existente, quando em contato com o município interfere na articulação:

“Se o estado chega num município com um papel, do ponto de vista político de saúde, que ele, o município sinta que tem um pessoal que vem ajudá-lo, que ele está com problema e vem ajudá-lo, eu acho que ele é bem recebido, agora se ele chega com uma visão burocrática, autoritária, achando que ainda, que a relação dele com o município é aquela relação que tinha antes, do centro de saúde do município ser do estado, aí realmente complica, eu acho que isso aí, ainda, essa maneira de atuar. É uma cultura que está permanente ainda e a Secretaria de Saúde não conseguiu desmontar isso ainda, então eu acho que uma grande tarefa da Secretaria de Saúde é fazer essa mudança, que essas regionais tenham essa compreensão do processo maior do papel do estado que eu acho que é importantíssimo, se o estado não tiver esse papel, o SUS fracassa, certo?”

Por outro lado, o município tem dificuldades também de assumir seu novo papel nesse processo, levando ao estado a necessidade de atuar diferentemente gerando uma maior complexidade em todo o sistema e na definição dos papéis de cada um.

“Eu também, eu sei que tem gestor municipal que ainda não tem idéia do papel dele, que ele é um gestor municipal, que nós temos municípios de médio porte aí, de porte grande que não assumiu o sistema, a gestão total, a gestão na totalidade, continua sendo um pleno da assistência básica. Então para mim incomoda muito, ver municípios aí, grandes, de 200, 300 mil habitantes na atenção básica. Porque eu coloco sempre o seguinte, esse município não assumiu, não é gestor, ele é meio gestor, porque ele na verdade não assumiu o papel dele, isso na hora em que o município de grande porte não

assume o papel de gestor, ele está dando espaço para que o Estado continue tendo até que exercer porque ele não exerceu. E com o município pequeno também, por uma certa fragilidade de entender o processo, de ordem técnica até, fica numa dependência, do Estado, maior do que o desejável. Agora, também eu acho que esse é o papel do Estado, é apoiar aqueles municípios que estão mais frágeis, que estão numa fase incipiente e deixar aquele município que já tem mais avançado, caminhar mais tranqüilo.”

(José Enio de Servilha Duarte – Secretário de Saúde do Município de Marília e Presidente do COSEMS)

A competência técnica e a postura do diretor da DIR perante sua equipe e os demais municípios da região são apontados como problemáticos em algumas DIR comprometendo o resultado das ações e das articulações entre os entes:

“... o Governador acaba indicando pessoas, porque todas as Direções Regionais, são muito indicações políticas, o que eu não tenho nada contra, só que tem que ter também uma política, mas tem que também ter um mínimo de condições técnicas, e o que aconteceu com as regiões que eu acompanhei é que foi indicado pessoas que não tinham vivência no Sistema de Saúde, experiência nenhuma, e aí é complicado. Um diretor da DIR tem hoje um papel fundamental de ser coordenador da região do ponto de vista de fazer uma articulação política, de saber dar um apoio, então tem que ser uma pessoa que tenha um compromisso político com o governo, que eu acho que é claro, mas que também tenha uma competência técnica, pra poder fazer esse papel de articular uma equipe e isso não tem acontecido. Várias indicações são pessoas que nunca tiveram experiência e de repente são levados a um cargo que exige. Então isso também é um fator que eu acho que tem criado muitos problemas e às vezes quando esse Diretor toma posições partidárias, aí fica mais complicado ainda o relacionamento com o município,

porque o prefeito é um agente político forte, um ser político forte, pega uma direção de DIR que tem um papel político, também partidário forte e é onde há divergência. Isso você imagina, isso aí é o que reflete, tem conseqüências no papel maior da DIR que é de coordenar um processo sobre articulação política de saúde numa região.”

A descentralização e a regionalização dos sistemas de saúde no estado de São Paulo vem sendo apontada como atrasada e conflituosa pelas causas apontadas anteriormente: descontinuidade no processo de formação das DIRes e o decorrente despreparo dos recursos humanos para atuar nessa nova conjuntura, e a indefinição do papel de cada ente.

Entretanto conforme será observa na análise mais específica sobre algumas DIRes o papel do estado se dá de forma diferenciada de acordo com uma série de fatores desde quantidade e tamanho de municípios até habilitação nos sistema de gestão da NOAB/96. Embora a legislação seja recente e os mecanismos ainda não totalmente consolidados em algumas regiões percebe o funcionamento do papel do estado com regulador evidenciado, neste caso, pela implantação da PPI (Programação Pactuada Integrada) na região de Marília.

“Nós íamos fazer a nossa referencia, íamos fazer a nossa PPI , quais casos viriam, quantos casos viriam, a nossa programação física e orçamentária aí no caso, mas com isso pactuado com a DIR também na condição de em três meses estar revendo, porque nós estávamos começando um processo onde nós não tínhamos dados na mão. [...] (a cidade de) Oriente tem que refazer a sua PPI, ela está refazendo, ou melhor, ela já teve uma proposta agora pra NOAS, mas a referência de Oriente, Oriente é a 6km de Pompéia, a referência de Oriente era tudo Marilia, o que é um absurdo, você ter um

parto normal e você ter que ir a 20 km ao invés de ir a seis, corre o risco de nascer dentro da ambulância mesmo, então assim, dentro da referência deles que é Marília, eles têm atendimento sim, eles estão sendo atendidos, só que é uma referência assim que ela é longe, ela seria mais pra casos terciários, agora na nova PPI, eles estão, na NOAS, nessa pactuação que a gente fez agora, no plano de regionalização eles estão pactuando mais coisas com Pompéia, então eles já vão estar pactuando raios X, também já está compensado com Pompéia. Talvez agora comece alguns conflitos com Oriente, porque Quintana já está resolvido e Oriente vai estar começando, então vai ser um novo processo com Oriente, mas eles estão tendo essa negociação, fizeram todo o plano regional que eles vão estar pactuando com um e com o outro. A região de Garça me parece que tem um processo também razoável de PPI.”

(Dra Maria Inês Guion Borges – Secretária Municipal de Saúde de Quintana)

3. O CONTROLE SOCIAL

O acompanhamento das experiências de conselho nas DIRes visitadas demonstra uma situação bastante heterogênea na situação dos Conselhos Municipais de Saúde, atribuída devido aos momentos diferentes de implantação dos SUS vivenciado por cada município.

Por um lado observam-se conselhos fortes e atuantes já consolidados em suas regiões, por outro lado, conselhos fracos sem participação popular. Paralelamente, observam-se também opiniões contrárias e favoráveis ao conselho:

“Agora efetivamente o funcionamento deles, eu acho que a grande maioria dos Municípios sabe, entende a importância do Conselho, temos Conselhos que funcionam

muito bem na região, muito bem mesmo, com efetiva legitimidade dos usuários, mas nós temos também Conselhos montados e a gente sabe, que assim, são indicações de prefeito, muito menos do que já foi, é um ou outro, mas ainda tem, e alguns Conselhos que também não funcionam como deveriam funcionar, então não tem funcionamento regular, não faz reunião todo mês, mas isso é muito pouco, eu acho que a gente avançou bastante”.

“... Acho que os conselhos estão partidarizados, não são nem ideologizados, por ser ideologizados era uma coisa até respeitável, eles são partidarizados, a sociedade não tomou conhecimento do que significa o SUS e de o que significaria a sua participação de fato nos órgãos decisórios, então eles são normalmente, não sei, em níveis municipais isso deve variar muito, um prefeito mais autoritário bota a família e os funcionários diretos como membros dos conselhos e aprova como fazia antes do SUS, e uma administração mais democrática, mas fica emperrada, então os próprios democratas, democratas do PT se recentem do emperramento que representa o conselho. A meu critério esse é uma das principais, são duas dificuldades imediatas com as quais nós temos que nos defrontar, uma é o conceito de universalidade que tem que ser discutido com o Ministério Público com judiciário, ao invés de entender que a universalidade proposta no âmbito do SUS é acesso universal a aquilo que o consenso do SUS definir que é o que tem que ser feito, por exemplo, tratamento de AIDS, tratamento de hepatite B, isso feito através de protocolos claros, definidos, concensuados, revistos a cada semestre e isso é que tem que ser universalizado. O outro é o controle social, que estão pondo a perder a figura da participação da sociedade na definição dos rumos do sistema de saúde, pela partidarização, Não é porque eu estou em um colegiado que eu tenho que por definição bater no gestor porque o gestor é de um partido que não é o meu. (José Carvalheiro – Presidente do Instituto de Saúde)

O que parece unânime é a indefinição do papel do conselho apontado por alguns secretários municipais:

“... não está muito claro qual o papel do Conselho para os próprios Conselheiros, qual é o papel dele realmente, de instância deliberativa maior de não entrar muito no operacional, não interferir, qual é o papel do executivo, qual o papel do Conselho como órgão maior de deliberação, de avaliação, de fiscalização. E eu também sinto que às vezes o próprio executivo, o próprio Prefeito e o próprio Secretario Municipal, tem uma certa prevenção, um certo receio do Conselho, que em alguns lugares realmente o Conselho vira um local de conflito político partidário”

Sendo que o papel do conselhos seria não só de fiscalizar os gastos mas os indicadores do município de uma forma geral:

“Eu acho que você tem que pensar muito, como foi, ele saiu muito forte dessa fiscalização então ele fica muito em cima dos gastos, dos gastos. Então, eu acho que eles tem que começar a pensar também numa finalidade maior disso tudo, das Secretarias, quer dizer, como é que estão os indicadores do município. Tudo bem. Como é que estão os gastos é importante, mas os gastos pra que é, quer dizer, como é que estão os indicadores, como é que está. Aí, talvez, a importância de ter um Sistema de Avaliação que seja muito transparente, e tal, que seja copiado pelo Conselho, que esse é o grande objetivo, tanto é que nós estamos criando agora, uma sala de situação que é na sala dos Conselhos que nós vamos atualizar a cada 3 meses, com todo o indicador do município, toda rede nossa, nós apresentamos alguma avaliação de alguma área, constantemente, porque eu acho que talvez esse é o papel maior do Conselho mesmo”

(José Enio de Servilha Duarte – Secretário de Saúde do Município de Marília e Presidente do COSEMS)

Algumas experiências de conselhos podem ser destacadas nos municípios de Marília, São José do Rio Preto e mais recentemente no município de São Paulo:

“Todos os Municípios que entendem isso como importante, tem feito um trabalho no Conselho, o Conselho de Marília é um exemplo a mais, vamos dizer, que chama mais a atenção, por conta até desse projeto que a gente já falou que é a faculdade a serviço da comunidade [...] Hoje o Município de Marília tem Conselhos locais, em cada área de abrangência dele, então assim, é bonito ver isso, que no Conselho de Marília, existe até a disputa entre os usuário, entre a população para participar do Conselho Municipal, porque antes disso eles tem os Conselhos locais e eles entendem o papel deles. Então, são usuários que já passaram daquela fase da participação reivindicatória, acusatória, então eles conseguem entender que a postura deles é de uma representação ativa, de busca de ganhos, coletivamente e não individual, que eles representam uma certa população, um certo pedaço do Município, por isso que ele está lá”

“O Conselho Municipal de São José do Rio Preto durante dois, três mandatos, conseguiu mostrar um trabalho efetivo de atuação social em prol do coletivo. E ele foi crescendo, avançando e criando credibilidade, então, nós somos porque nós passamos a atender pendências políticas, administrativas. Autonomia, nós temos. Nós temos nossa sede própria; nós temos funcionários; nós temos técnicos contratados e subordinados aos conselheiros; nós temos viatura e toda uma estrutura, uma infraestrutura própria nós temos orçamento próprio, 25% de todo o investimento da saúde é o orçamento do Conselho Municipal. 0,25% de todo o nosso orçamento municipal, que são 60 milhões

de reais, a questão da eleição do presidente, que passa a ser em Plenária, em nível judiciário, a gente tem o canal aberto, tanto com o Ministério Público federal e estadual nós implantamos o disque Saúde, nós temos as nossas operadoras”.

“...O conselho municipal de saúde (de São Paulo) tem nos ajudado nesse processo de formação dos conselhos distritais de saúde, eles foram eleitos, nós fomos organizando os cursos para esses conselheiros e agora em outubro nós estamos fechando 41 distritos e cada distrito eu encaminhei 10 conselheiros e estamos fechando ai em torno de 420, 430 conselheiros de distrito e tem essa capacitação sendo feita pela Faculdade de Saúde Publica. Os conselhos estão funcionando regularmente e o conselho municipal de saúde discute as questões na própria legislação, cabe ao conselho acompanhar a execução orçamentária, o planejamento quando eu disse para você a agenda municipal de saúde, ela foi aprovada pelo conselho municipal de saúde , a implantação do programa de saúde da família foi aprovado pelo conselho municipal de saúde, então todas as nossas ações estão submetidas ao conselho municipal de saúde.”

Nos municípios maiores a participação no conselho é maior, já nos municípios pequenos, os secretários de saúde afirmam que, normalmente, o prefeito é quem comanda, então, o conselho é um conselho mais de consenso do prefeito.

“... O conselho de cidade pequena é um conselho quieto, eles (os conselheiros) tem assim bastante medo de ser mandado embora, nem sempre necessário, mas medo de prefeito, medo de falar, são também menos participativos, deixam mais pro secretario. Eles tem receio, por exemplo, de chegar e pedir olha eu quero ver o extrato de fundo, eu quero ver como é que funciona esse fundo, por mais que a gente estimule, eu mesmo já puxei muito olha, eu joga pra eles, o conselho tem que

ver, o conselho tem que discutir onde é que vai poder, essa questão da Santa Casa, principalmente foi difícil de estar discutindo porque embora eles vejam que ela não está servindo, eles também não querem se comprometer.”

(Dra Maria Inês Guion Borges – Secretária Municipal de Saúde de Quintana (DIR Marília)

“Sabe o que eu acho, acho que é um pouco de timidez, um pouco de falta de saber realmente o que é o Conselho de saúde, a força que tem. Eu acho que o nosso Conselho aqui da nossa cidade, vou usar um termo que a gente usa aqui, é que nem burro, não sabe a força que tem, se soubesse a força que tem não trabalhava para os outros, então eles não sabem a força que tem o conselho de saúde. Agora ia sair um curso, não sei se vai sair, de conselheiros, eu acho que aí pode ser que esclareça um pouquinho, um pouco mais, não são todos que vão, só alguns escolhidos que se candidataram a ir e eu acho que aí sim pode ser que abra um pouco mais a mente do pessoal, o pessoal comece a conversar mais, esclarecer mais, saber o que é o Conselho. Não é o prefeito que manda, quem manda é o Conselho, o prefeito tem que pedir autorização para o Conselho para fazer as coisas e o povo não sabe disso”

(Sr Sirio Valdir Campiani – Representante dos funcionários não universitários do Centro de Saúde no Conselho Municipal de Saúde de Quintana, DIR Marília)

Já em relação ao Conselho Estadual de Saúde a visão é de que não há uma igualdade de poder entre estado e municípios e a participação popular é enviesada.

“... Agora é claro que há uma questão de peso desses dois atores Município e Estado, no início quando não há consenso estabelece a posição do estado, e acaba prevalecendo a posição do estado porque aí é uma questão de posição de força, o governo vem e pressiona e ao mesmo tempo ele não quer rachar porque não tem interesse em rachar. É

claro que o estado ele senta numa mesa de negociação com poder diferente. Em São Paulo eu vejo assim. Agora sem dúvida não é uma instância burocrática, acho que é uma instância que viabiliza vários processos de trabalho, embora nenhuma decisão de peso é tomada no Conselho Estadual de Saúde.”

(Elaine Gianotti – técnica da secretaria municipal de saúde de São Paulo)

“E o conselho Estadual eu não gosto da forma como a participação popular se dá. não sei se a forma como esta montado isso a população esta sendo representada, se aquilo esta sendo defendido é efetivamente a posição mais majoritária da sociedade ou aquilo não tem um viés de um grupo ideologicamente mais mobilizado.”

(Alberto Kanamura – Chefe de gabinete da Secretaria Estadual de Saúde)

“... Agora eu tenho uma restrição séria contra os conselhos que eu acho que eles são manipulados politicamente é muito complicado você lidar com o conselho Estadual, por exemplo, porque tem representação Bipartite, segmentos e aí fica uma coisa, fica difícil de você lidar, na realidade a população esta bem longe.”

(Maria José Ribeiro Linguanotto – Coordenadora da Coordenadoria de Planejamento da Saúde de São Paulo (CPS))

IV – ANÁLISE COMPARATIVA DAS DIRES NO ESTADO DE SÃO PAULO QUANTO À SUA POLÍTICA DE ATUAÇÃO JUNTO AOS MUNICÍPIOS

O argumento exposto no item anterior do trabalho aponta para uma série de dificuldades na organização do sistema estadual de saúde em São Paulo e os conflitos que daí decorrem. Para verificar como se configurariam tais dificuldades na prática, a pesquisa analisou comparativamente algumas DIRES no que diz respeito à sua organização e relação com os municípios da região.

No total foram visitadas cinco DIRES: São Paulo, Santo André, Campinas, Marília e São José do Rio Preto. A escolha de tais DIRES foi feita com o intuito de pegar regiões com possíveis diferenças da atuação do estado devido as características da região. A DIR de São Paulo compreende o município de São Paulo, que entrou no SUS recentemente, em 2000; a DIR de Santo André compreende 7 municípios, sendo que 6 são grandes municípios em gestão plena do sistema de saúde; a DIR de Campinas, por sua vez, compreende 42 municípios sendo que 23 estão em gestão plena e o restante em gestão plena de atenção básica; a DIR de Marília compreende 36 municípios, 8 em gestão plena e 28 em gestão da atenção básica; finalmente a DIR de São José do Rio Preto, possui 101 municípios, 3 em gestão básica e o restante em gestão da atenção básica.

As características de cada uma dessas DIRES nos leva a questionar como o estado vem atuando em diferentes contextos, um em que há uma grande quantidade de municípios sem um sistema municipal organizado (caso de São José do Rio Preto) e o que a princípio demandaria uma atuação mais direta do estado e outro contexto em que existem apenas grandes municípios com sistema municipal de atenção a saúde praticamente autônomo (como é o caso de Santo André). Um terceiro tipo de região é aquela que está em um nível intermediário englobando uma quantidade semelhante de municípios em gestão plena do sistema e gestão básica (caso de Campinas e Marília). Finalmente, é interessante verificar como está sendo o papel

do estado no relacionamento com o município de São Paulo e organização conjunta de um sistema de saúde.

A coleta de dados foi feita a partir de entrevistas a atores-chave em cada região: Diretor da Regional, Secretário de Saúde de um município em gestão plena do sistema, membro do conselho de saúde deste mesmo município, secretário de saúde de um município em gestão plena de atenção básica e um membro do conselho de saúde.

É importante ressaltar que a coleta dados não teve como objetivo avaliar os resultados dos sistema de saúde em determinada região, mas sim verificar a atuação do estado junto aos municípios e as relações de parceria e cooperação intergovernamental e inclusive conflito.

2 – DIR I: SÃO PAULO

A DIR I compreende todo o município de São Paulo, que está habilitado na gestão plena de atenção básica. A relação estado – município deste caso se dá de uma maneira bastante peculiar, pois apenas em 2001 a cidade de São Paulo ingressa novamente no SUS:

“Veja, a política de saúde aqui no município de São Paulo foi a partir de janeiro de 2001 a retomada do SUS. Esta cidade esteve no SUS na gestão da Luiza Erundina de 1988 a 1992 depois praticamente ficou oito anos fora do SUS, então ao se retomar a gestão em janeiro de 2001 teve uma série de medidas, a primeira delas foi a de fazer contato com o estado, fazer os acordos com o estado para que o município voltasse para

o SUS, nesse sentido nós encaminhamos a desativação do PAS que durou sei meses para não ter um colapso no sistema de saúde.”

Com o reingresso no SUS o município entrou para a gestão plena da atenção básica passando a receber recursos do piso da atenção básica:

“Recebemos per capita 10 reais/ano, portanto, nós somos 10 milhões de pacientes, no ano, 100 milhões e poucos divididos por doze. Nós recebemos mensal, só pro PAB, o piso da atenção básica, 8 milhões e 700/mês para a atenção básica. Aqui se trata de 31 municípios, de 31 distritos de saúde, que cada distrito de saúde responde por uma população de cerca de 300 mil habitantes, estamos entrando, agora, com um processo para assumir a gestão plena da atenção do sistema municipal. E isto pressupõe assumir uma série de responsabilidades de serviços que, hoje, o governo estadual, a secretaria estadual de saúde responde.”

A partir de 2001 a secretaria municipal de saúde de São Paulo inicia uma política de criação de distritos de saúde, dividindo a cidade em 41 regiões para organizar as ações de saúdes:

“... Tivemos uma reforma da Secretaria Municipal de saúde de uma forma ainda transitória, criamos 41 distritos de saúde, a partir dos princípios fundamentais do SUS que é a descentralização, controle social, participação social, participação na mesma definição da política e o princípio da equidade onde você implanta o programa de saúde da família em um município inteiro a partir das áreas mais excluídas, você está trabalhando com o princípio da equidade, cada diretor de distrito desses 41 diretores dos distritos, cada um escolheu a área mais excluída para iniciar a implantação do PSF

pela base em todo o município pela área mais excluída do município cria o distrito de saúde que é uma forma de administração para que você tenha um território mais adequado para o planejamento, território adequado para o planejamento pelas estruturas de medicina é algo em torno de 250.000 habitantes.

A DIR I está dividida em cinco núcleos que representam determinadas regiões do município. A relação que se estabelece entre estado e município é por meio da interação entre cada núcleo da DIR (estado) e os distritos de saúde (prefeitura) presentes em cada núcleo. O Secretário Municipal de Saúde de São Paulo aponta uma relação produtiva entre esses dois entes, em que ambos os lados tem a intenção de construir um sistema em conjunto na capital. Entretanto, essa relação vem sendo construída em conjunto visto que tudo é novo:

“... o estado tem uma diretoria regional de saúde, a DIR I que por sua vez dentro da diretoria regional de saúde tem cinco núcleos, esses núcleos nós trabalhamos com eles com absoluta consonância e articulação e criamos o que nós chamamos de câmaras técnicas entre o núcleo do estado e os nossos diretores de distritos. Então cada território de um núcleo, o município de São Paulo está dividido por cinco núcleos pelo estado, está dividido por 41 distritos nossos, então um conjunto de distritos nossos se reúne com um núcleo que corresponde ao mesmo território e aí são feitos os acordos todos para o pactuamento integrado. [...] Com o estado nós temos o tempo todo uma relação bastante produtiva, bastante adequada. Nós temos uma comissão permanente de negociação. Esta comissão foi criada para conduzir o processo de municipalização entre a diretoria da área metropolitana, o estado de São Paulo está dividido em duas grandes áreas, interior e a área metropolitana, nessa instância de negociação superior, nós pesquisamos uma forma regular para conduzir a municipalização e agora nós temos

reuniões mais espaçadas para acompanhamento desses processos, então são feitas nas câmaras técnicas e quando há alguma questão nós temos uma negociação nessa outra instância que nós chamamos de Comissão de Municipalização.”

Entretanto para uma técnica da secretaria municipal de saúde de São Paulo o desenho institucional da secretaria estadual dificulta o processo de trabalho por provocar um certo retrabalho, visto que para atuar na região metropolitana existe a Coordenadoria da região metropolitana, a DIR I e a coordenadoria de planejamento:

“... Os núcleos da Dir I no caso eles ainda estão descobrindo esse papel. Com as regionais do interior já diferente. Esse desenho da Secretaria de Estado ele desfavorece muito o processo de trabalho porque acaba tendo uma duplicidade de ações, você acaba tendo duas secretarias, com políticas muitas vezes diferentes, metropolitana e do interior, eu acho muito complicado a forma de estrutura hoje da Secretaria, você acaba duplicando tarefas, triplicando até porque você tem Grande São Paulo, Interior, você tem uma outra estrutura, tem a CPS, tem a Coordenadoria do Planejamento que não está acima dessas duas mas que consolida.”

Sobre a existência de conflitos entre estado e município o secretário ajunto de São Paulo cita a questão da municipalização da vigilância sanitária como um exemplo:

“Conflito você senta na mesa e resolve, não vou dizer que não haja conflito, lógico que há, agora, por exemplo, nós estamos negociando a questão da vigilância sanitária. A vigilância sanitária nós do município fazemos na área alimentar, o estado continua fazendo a vigilância sanitária no serviço de saúde. Então nós estamos negociando a municipalização, nós queremos municipalizar, só que o estado alega que não há

capacidade de municipalizar a vigilância como um todo, como nós estamos querendo, nós queremos assumir a responsabilidade, mas também os servidores e o equipamento existentes nessa área, aparelhos e tudo. Então esse conflito existe, nesse momento está localizado nesse ponto, agora não há guerra, a gente senta, negocia, vai pra lá, vai pra cá e vai fazendo acordo, há um espaço muito grande para a negociação.”

Pelas suas características, a DIR I apresenta algumas curiosidades acerca da construção do papel estadual. De fato esta construção tem ocorrido na prática, com a experiência da entrada do município no SUS:

“Todas as fórmulas pensadas no SUS foram para municípios pequenos. Pra você ver, nós não assumimos o Programa Saúde da Família de imediato, porque aqui existia um PSF construído, pelo governo do estado, na região leste - o Qualis. Portanto, nós, o que fizemos, nós recebemos aqueles 8 milhões e 700, que eu esqueci de falar. Nós recebemos 8 milhões e 700 e repassávamos, destes 8 milhões, 6 milhões e 800 já para o estado. Isto é inédito. Ao invés do estado passar o recurso para o município, o município é que passava para o estado, por que? Porque eles tinham um Programa Saúde da Família e nós entendíamos que nós tínhamos de fortalecer, porque nós somos gestor pleno da atenção e nós estávamos ainda construindo e não dava para a gente assumir este programa do estado, uma espécie de atenção básica, mas de imediato não. Então, nós passamos, durante um ano, parte do PAB que vinha para o município, para o estado e isto significou uma construção, uma pactuação, com o governo estadual, diferenciada, que foi inédita.”

Segundo o Secretário adjunto de saúde do município de São Paulo a questão da saúde no município de São Paulo tem que ser pensada no nível metropolitano, articulando as

idades da região. Isso já vem sendo discutido entre esses municípios, cuja a idéia é, a princípio, formar o consórcio metropolitano de saúde. Nesse processo a secretaria estadual de saúde está presente, mas o principal incentivador vem sendo o município de São Paulo.

“A questão de saúde do município de São Paulo, não se resolve no município de São Paulo, ou nós enfrentamos essa questão para a área metropolitana no mínimo ou fica muito difícil, porque? Porque os grandes hospitais do Brasil estão na cidade de São Paulo, Hospital das Clínicas, Hospital São Paulo, Santa Casa, Beneficência Portuguesa tanto os públicos quanto os privados e eles não atuam só para o município de São Paulo, eles atuam para a área metropolitana, para o estado de São Paulo, para o Brasil e eventualmente para alguns países da América Latina, Então é impossível você trabalhar a questão de saúde do município de São Paulo se não contarmos com uma articulação que acompanhe esse processo na área metropolitana e a nossa proposta vem bem nessa linha Então na realidade nós regionalizariamos a área metropolitana em quatro pedaços e cada pedaço ficaria com um grande hospital de ponta, ai esse hospital de ponta, ele estaria apoiando os outros hospitais da região, fazendo um sistema de referência contra referência e não só no tratamento de pacientes para a capacitação da força de trabalho. Então na realidade você estaria fortalecendo a função de ensino que tem esses grandes hospitais e fortalecendo esses hospitais para que ele aumentassem a sua resolutividade e fazendo uma integração entre os hospitais. [...]O município tem sido um catalisador pra isso, mas isso é uma tarefa do estado, Assim, um exemplo, pra você ter uma idéia, a questão da dengue. A dengue não respeita fronteiras, sabe o município de São Paulo não teve, só que Osasco teve e é aqui do lado, então nós fizemos, primeira semana de governo nós agitamos uma reunião da área metropolitana de combate a dengue, essa primeira reunião foi feita no palácio das indústrias, ou seja,

no gabinete da prefeita uma reunião de articulação dos municípios da área metropolitana de combate a dengue que agora esta sendo puxada pelo estado. A articulação da área metropolitana é um papel do estado, como o estado não estava fazendo esse tipo de articulação, fazendo outras coisas, mas não isso, nós estamos forçando a barra, estamos fazendo e o estado está acompanhando esse articulação da área metropolitana com os grandes hospitais.”

Sobre a política de saúde implantada no município de São Paulo, é possível perceber a presença de ações intersetoriais em todos os programa buscando reunir as diversas secretarias. A própria criação dos distritos sanitários levou em consideração essa atuação influenciando diretamente na constituição das subprefeituras conforme aponta o Secretario adjunto de saúde do município:

“... Nós temos na cidade de São Paulo uma lei municipal que divide o município em 96 distritos administrativos, são unidades para o planejamento, isso é uma lei na época da Luiza Erundina. Essa lei deveria atuar em 96 distritos administrativos e nós agregamos a esses 96 distritos por área somando a população de 250.000 habitantes, 300.000 habitantes na área da saúde e isso deu 41 distritos, a principio era exatamente isso, pensar o território intersetorialmente, e com qualidade de vida e isso foi encaminhado, foi sendo desenvolvido e aí encaminhamos o projeto para a câmara para criar as subprefeituras, foi aprovado nesse ano em julho (2002) a criação de 31 subprefeituras, então agora nós ajustamos os 41 distritos para 31 subprefeituras, agora na subprefeitura nós temos uma coordenação de saúde, uma coordenação de educação, uma coordenação de desenvolvimento social que pega toda a parte social de geração de renda, de assistência social, de cultura, lazer O segundo projeto prioritário nosso, que na verdade é uma estratégia é o programa de saúde da família, nós fizemos convênios

com 11 entidades sem fins lucrativos. Para você ter uma idéia, o Hospital Albert Einstein é nosso conveniado para implantar o programa de saúde da família, Santa Catarina, Santa Marcelina, Santa Casa, Escola Paulista de Medicina, a Faculdade de Medicina da USP, a Fundação Zerbini e assim sucessivamente, são 11 entidades sem fins lucrativos que nós fizemos um convênio e cada uma tem um território e está ajudando a implantar o programa de saúde da família conosco. O segundo projeto prioritário nosso foi implantado dessa forma, nós temos a questão da redução da mortalidade materno infantil, também são ações intersetoriais, a mudança de qualidade de vida dessas pessoas, se vai reduzir a questão da mortalidade infantil, se você trabalhar com a gravidez de risco, essa gravidez de risco pode ser biológica, você precisa identificar mulheres diabéticas, hipertensas, obesas, idosas e crianças, então essas mulheres fundamentalmente tem complicação de parto, acabam morrendo, diabético, hipertenso, obesas, crianças e idosos, a gravidez na adolescência e na idade mais avançada um pouco, essas situações sendo identificadas. Então nós chamamos de gravidez de risco, gravidez de risco biológico. A gravidez de risco biológico, o serviço de saúde da conta, agora você tem a gravidez de risco social que são famílias desestruturadas, são mulheres que usam drogas, são mulheres com dificuldades sociais das mais diferentes ordens, essas pessoas com risco social, a sociedade é que dá a resposta, então a comunidade organizada é que tem que ajudar essas famílias, mas como? O município ajuda mas a comunidade tem que ajudar e outras secretarias, ou é a secretaria de promoção social ou é a geração de empregos, ou alguma outra ação da prefeitura que é feita por outra secretaria que tem que ser articulada para dar solução para essa questões. Então eu vou mostrar para você que os nossos projetos prioritários, todos os distritos e uma boa parte deles são, dependem de, uma articulação de diretoria de distritos em ações intersetoriais. O nosso ultimo projeto, nessa seqüência, é o da violência, urgência e emergência, mas a finalidade não só trabalhar com a questão das

ambulâncias de poder resgatar os acidentados no trânsito, agredidos, mas é trabalhar a violência na forma que nós chamamos de violência oculta. Você tem a violência institucional que trata mal as pessoas, a violência doméstica com crianças e idosos, violência de gênero, então na realidade temos 3 formas de violência que elas ficam ocultas, o serviço de saúde, os servidores da área de saúde foram preparados, se eles forem preparados eles conseguem estar identificando essa situação de violência. Tem criança que aparece machucada no centro de saúde periodicamente. Nós temos uma ação muito grande com entidades sem fins lucrativos, que já estão trabalhando conosco na capacitação do trabalho com essa questão da violência tem financiamento do Ministério da Saúde para essa finalidade. Então todas essas situações são ações intersetoriais, ou seja, a saúde tem um papel específico nosso, não abrimos mão, faz parte, tem que fazer assistência médica, tem que cuidar das crianças cuidar dos adultos, mas nós sabemos que a promoção da saúde. A promoção e a proteção só vai ocorrer adequadamente quando ela estiver sendo trabalhada de uma forma intersetorial.”

3 – DIR II: SANTO ANDRÉ

A DIR II da região de Santo André é composta atualmente por 7 municípios, 6 habilitados na gestão plena do sistema e apenas 1 na gestão plena de assistência básica. Uma análise do conjunto de municípios mostra que possuem uma população considerável e contêm orçamentos de peso. Essas características da DIR II nos leva a apontar que as cidades envolvidas não dependeriam tanto do estado ou de sua prestação de serviço para oferecerem assistência médica, visto que essa dependência seria mais frequente em cidades de menor porte e com menor capacitação técnica.

No entanto, os município com maior poder, como no caso dos que fazem parte da DIR-Santo André, por possuírem maior autonomia para geração de seus próprios sistemas fragilizam a região (Grande São Paulo) como um todo, sobre a ótica da articulação política e da homogeneidade de políticas públicas. Santo André, por exemplo, tentando resolver suas dificuldades localmente, não troca informações e conhecimentos com São Caetano.

A DIR atua provendo serviços na região nas cidades menos favorecidas ou mesmo em áreas das grandes cidades nas quais existem carências. Porém, seu papel deve ser *“menos um gerente regional que manda nos municípios e ter mais um papel de apoio, de coordenação, de instrução, e, em determinados momentos de acordo com a fragilidade do município ou de algum setor do município ela entre mais forte”*. Na região de Santo André, por ser uma região muito politizada, os diretores das DIRES sempre tentaram resolver quaisquer intempéries políticas de forma pactuada. E a *“implantação e definição dos serviços a serem prestados são sempre discutidos de forma amigável e com complacência mútua”*, segundo o Coordenador da DIR-Santo André.

Não obstante, de acordo com o ex-Secretário de Saúde de Santo André, *“... eu não vejo, com satisfação, com força nessa DIR, é justamente o lado técnico. É diferentemente do interior onde a DIR mantém vamos dizer assim, um núcleo pensante e que esse núcleo pensante acaba remetendo aos municípios capacitação técnica, os municípios recorrem a DIR, para fazerem planos municipais, para fazerem projetos, para, e qualquer tipo de portaria ou coisa que sai, a DIR é sempre uma referência dos municípios no interior para poder se informarem, atualizarem e solicitarem apoio. Então aqui já não, eu acho que a nossa DIR nesse aspecto ela se esvaziou, tanto em numero de gente quanto de técnicos”*. Segundo ele, por estarem muito próximo da capital, as cidades da região

usavam a DIR-1 (São Paulo) como referência. Está sendo muito difícil acabar com essa cultura que as cidades tinham. Outro ponto observado é o fato de o estado ter perdido muitos profissionais na época da municipalização pois os municípios da região remuneraram melhor seus profissionais do que o estado.

Conselhos de Saúde

Os Conselhos Municipais da Região da DIR-Santo André são bastante atuantes e em boa parte capacitados. O Conselho Municipal de Santo André, tem sua base independente do governo o que lhe garante autenticidade em suas decisões, diferentemente do que acontece na pequenas cidades, onde os Conselhos estão atrelados ao Poder Executivo, como salientou um de nossos entrevistados.

Segundo o ex-secretário de Saúde de Santo André, o ponto fraco da participação popular na região é a falta de tempo dos representantes da população no cotidiano das ações estatais, tais como visitas periódica em postos de saúde, em Hospitais e ambulatórios. Isso porque muitos dos participantes dos conselhos têm outra profissão e não podem dedicar muito tempo às atividades do Conselho. Portanto, isso influencia nas análises feitas pelas comissões *“deveriam ser feitas com a profundidade que a gente achava que mereceria e aí eu acho que o Poder Público nas comissões ganha um espaço muito grande porque os nossos representantes (do governo) acabam ficando full time para aquela função”*.

Outra questão a salientar é a capacitação dos conselheiros. Santo André, assim como São Caetano, tem promovido cursos de capacitação para o Conselho com o objetivo de melhorar suas análises assim como dar mais propriedade às reivindicações. Porém,

“muitos Conselheiros ainda têm uma visão muito assistencialista da saúde, olham a saúde muito mais pelas suas mazelas do que pela própria política de saúde que está sendo implementada”.

Portanto, a região de Santo André não tem muitos problemas com os Conselheiros. Atualmente, ela conta com uma *“identificação muito grande nas questões macros”*. As discordâncias são concernentes às ações e/ou decisões cotidianas e no que diz respeito ao orçamento *“reclamam mais quando percebem que certos serviços não estão indo muito a contento, quando há falta de medicamentos, contratação de pessoal, na hora de fazer o orçamento, que sempre o Conselheiro, ele obviamente por ser Conselheiro da Saúde, ele sempre quer mais para a saúde”*

4 – DIR XII: CAMPINAS

A DIR XXI da região de Campinas é composta por 42 municípios variando de grande até pequeno porte. Dos 42 municípios, 23 estão habilitados na gestão plena do sistema e 19 na gestão plena de atenção básica. A discrepância, portanto, é aparente e a relação com a diretoria regional varia bastante. Enquanto para as cidades menores a DIR é considerada atuante, para Campinas ela é classificada como ausente.

Segundo a secretária adjunta da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas *“o estado está numa ausência completa, não faz falta nenhuma, não participa do financiamento, no orçamento próprio do estado, ele não tem nenhuma política de apoiar os municípios, na implementação dos projetos e isso piorou muito da década de 90 pra cá, e do ponto de vista da gestão que ele faz de serviço, é ridículo”*. É importante salientar que a cidade

de Campinas reivindica a municipalização do Hospital das Clínicas da Unicamp, fato que gera inúmeras discussões entre Estado X Município.

O grande problema, na visão da secretária está na falta de comunicação entre os entes municipais e estaduais o que pode gerar uma piora no atendimento da região: *“O estado montou sistema de co-financiamento com os hospitais, só que os hospitais estão produzindo acima do que recebem, começaram a colocar uma serie de restrições, não tem uma discussão efetiva de que se por outro lado, o que está produzindo precisa ou não precisa...”*

Porém, é muito difícil para a DIR resolver certos problemas pontuais numa região tão vasta e politizada. O papel da mesma é de suprir as necessidade de alguns serviços principalmente nas cidades menores e com uma intensidade bem menor nas cidades pólos, como Campinas. Segundo a coordenadora da DIR-Campinas, esse papel é respeitado e desempenhado com eficiência pela diretoria regional.

Portanto, os conflitos existentes entre estado e município não estão na alçada da DIR: *“...porque todos os municípios têm uma noção mais do que perfeita de que a DIR é até solidária com os municípios. A questão é que ela não tem, não tem governabilidade para mexer no assunto...”*

O Conselho Municipal de Campinas é muito atuante. O Municipal tem o mesmo tempo de existência do SUS, ou seja, 12 anos. A preocupação maior concernente aos conselhos é a capacitação e a preparação de seus participantes. Por isso, o estado (via DIR-Campinas) em parceria com o município de Campinas promoveu um curso de capacitação técnica para os conselheiros usuários da região.

Segundo a presidente do conselho municipal de Campinas, a região é muito politizada e, portanto, o conselho tem um papel importante como representante da população. Ela afirma ainda que o problema dos conselhos está nas cidades menores, que possuem conselhos incapacitados, que só criticam, ou até mesmo ausentes. Nesses conselhos que contêm pessoas desinformadas e incapacitadas para discutirem políticas públicas, os conselhos perdem pertinência e legitimidade.

5 – DIR XIV: MARÍLIA

Sobre a região de Marília:

“... nossa área de abrangência são 37 Municípios, a maioria desses Municípios são Municípios de pequena população, abaixo de 5.000 habitantes. [...] Todos os nossos Municípios, dos 37 Municípios, 8 estão habilitados na gestão plena do Sistema Municipal e o restante na gestão plena da atenção básica, então, todos os Municípios assumem a responsabilidade da atenção básica, a porta do Sistema de Saúde é a atenção básica, são as Unidades Básicas de Saúde [...] Nós somos divididos em 3 micro-regiões, então nós temos a micro-região de Adamantina que responde a 9 municípios, e a micro-região de Tupã, Adamantina são 10 e acho que Tupã 9. E a micro-região de Marília que responde pelos demais Municípios, então é, e hoje nós temos Osvaldo Cruz que faz parte da micro-região de Tupã. Mas ele está se firmando como uma micro-região, também, até em função do consórcio que ele então abrange ali, 5 Municípios. [...] Então assim, hoje nós temos, esses serviços secundários eles são todos controlados dentro de uma Central de Agendamento, é, então as pessoas chegam ao segundo nível através do encaminhamento do Serviço de Referência, são agendados previamente já,

são referenciados e agendados previamente para os serviços secundários, e para o terciário e temos também a Central de Regulação que vai estar regulando o serviço de urgência e emergência para os 37 municípios.” (Rita Maria Garrossino Bayer - Assistente Técnico de Planejamento de Ações de Saúde.-DIR Marília)

Segundo as entrevistadas, Cecília Cristina Togashi (Diretora da DIR e Rita Maria Garrossino Bayer - Assistente Técnica de Planejamento de Ações de Saúde) os municípios que compõem a Regional de Marília podem ser considerados bastante desiguais, em relação ao nível sócioeconômico:

“... têm alguns Municípios, por exemplo, que por sua arrecadação per capita ele teria capacidade financeira para assumir até um alto custo, [...] em compensação nós temos Municípios, que você sabe, nós somos o segundo em pobreza em salário, pelo levantamento do IBGE, [...] o número de famílias, de chefes de família que recebem menos de dois salários mínimos, nós estamos em segundo lugar do estado, é o Vale do Ribeira, e estamos empatados entre Prudente, Marília e Assis mais ou menos.[...] Nós estamos no corredor da fome...”

Papel do Estado no processo de descentralização – A relação da DIR com os municípios

A atual diretoria da Direção Regional de Marília aponta que os avanços observados em relação ao processo de descentralização e municipalização do Sistema Único de Saúde se devem a fatores históricos.

“eu acredito que Marília realmente tem avançado um pouco mais que as outras regiões, eu acho que a gente tem vários pontos que são, vamos dizer facilitadores, para nós enquanto região, para avançar mais, o que eu já coloquei para você, que a Regional de Saúde de Marília tem história com relação aos seus diretores e os seus gerentes...”

“[...] Sempre foram diretores da área de Saúde Pública, com formação em Saúde Pública que se dedicam a Saúde Pública, então eram pessoas que estavam aqui na direção única e exclusivamente como diretores, não tinha seu consultório, não tinha sua atividade paralela, então se dedicaram realmente para a saúde nessa Regional enquanto Diretor, acho que isso é muito importante...”

“[...] Não era uma política partidária, eu acho que a gente tem essa vantagem de nunca ter tido uma interferência muito forte, muito pesada na indicação dessas pessoas e na organização interna na Regional de Marília, isso eu acho que é um ponto positivo, né, que a gente conhece Regionais, em que o deputado Fulano de Tal, quer a cabeça do diretor, porque, aqui isso nunca ocorreu, então eu acho que a gente tem uma tradição de trabalho que tecnicamente é mais importante que o político partidário, eu acho que isso faz a diferença e fez a diferença e acho que a gente tem que citar o Dr. Enio como uma pessoa que foi diretor aqui por mais de uma vez...”

(Cecília Cristina Togashi – Diretora)

Além disso, aponta com clareza o seu papel como instância estadual na organização do sistema no âmbito regional:

“... eu acho que o papel do estado é fundamental na condução do processo de descentralização em qualquer estado, seja em São Paulo [...] mas eu acho que esse é o

papel da secretaria, estimular, dar condições para que o Município realmente assuma as suas responsabilidades, segundo o que a NOAS preconiza e acho que até investir naqueles Municípios em que têm um pouco mais de dificuldade, para que ele possa assumir essas responsabilidades. Então acho que a Secretaria tem o papel de identificar essas dificuldades, através da Regional de Saúde que está mais próximas de seus Municípios e tentar minimizar essas diferenças que a gente sabe que existe entre os Municípios, de condições gerenciais, financeiras, de serviço mesmo, e poder organizar, identificar os Municípios que potencialmente teriam capacidade para ser uma micro-região, como o Osvaldo Cruz está se destacando. A princípio a gente tinha só 3, e ele começa a se destacar como uma, mais uma micro-região em termos de organização e que a gente tem que estimular. Então eu acho que o papel da Secretaria é fundamental, só que eu acho também que a Secretaria em alguns momentos, ela tem dificuldade em tocar esse processo no estado como um todo, até pela própria dicotomização do trabalho no nível central.

“... Eu acho que é importante colocar nessa lógica de regionalização mesmo e de hierarquia, vamos dizer, dos níveis de atenção, que hoje a central de vagas ambulatorial, ela está no Município-sede que é Marília, que é uma gestão plena, mas ele iniciou o seu trabalho enquanto Regional de Saúde, foi dentro da Regional de Saúde que nós estimulamos, montamos essa central, até para melhor organizar essas referências. Eu acho que a gente tem uma maior facilidade, acho que é bom destacar, porque apesar de todos os problemas que nós temos de referência, o Hospital Universitário aqui é integrado ao SUS, ele fornece vagas para esta central, eu acho que é o único no estado, ou pelo menos o primeiro. Eu acho que os Hospitais Universitários têm uma lógica diferente de trabalho. O nosso desde o início já tentou essa integração, já trabalha junto, temos muito problema ainda a resolver, mas eu acho que isso é uma coisa boa de

se destacar. O Universitário é integrado, uma outra coisa, com relação à organização, regionalização de serviço, que também iniciou aqui na Regional e que hoje está no Município é a central de vagas psiquiátricas, de internação psiquiátrica, nós ainda temos que avançar na questão da regulação médica, mas hoje existe a central de vagas psiquiátricas. O paciente é encaminhado para o hospital mais próximo na área de saúde mental também. E a nossa Central de Regulação Médica é uma política da Secretaria de Estado, ela foi implantada em todas as regiões do Estado, algumas com maior facilidade de funcionamento e outras com maior dificuldade. Nós temos ainda que avançar nisso, mas eu acho que o papel hoje da Secretaria ou dos níveis regionais é regulador mesmo, tanto que nós passamos Central de Agendamento e etc, para o Município e ainda estamos com a Central de Regulação Médica, mas que eu acho que futuramente vá também para o Município.”

“na gestão Montoro eu acho que foi este “boom” da descentralização efetivamente do investimento em serviços, nós estamos em outra fase agora, mas esta fase de desenvolvimento de serviços foi muito importante, porque ela desenvolveu a quantidade de serviços, ou seja, montou-se serviços, descentralizou, montou-se Unidades Básicas de Saúde, deu recursos aos Municípios para que eles montassem essas unidades que seria a descentralização no nível Municipal. Marília, por exemplo, hoje, tem mais de 28 Unidades Básicas de Saúde entre saúde da família e unidade básica mesmo. O Município de Tupã tem várias unidades em todos os bairros, distritos, então eu acho que foi a época em que houve o avanço, vamos dizer, quantitativo de serviços, ainda numa lógica de funcionamento bastante complicado que eu acho que avançou um pouco, mas eu acho que foi uma época muito importante no desenvolvimento da descentralização. Passados esses anos, qual é a nossa luta hoje, nosso desafio, é incorporar qualidade de atendimento a essas unidades que hoje existem, em quantidade elas são suficientes,

vamos dizer, seria só investir em quantidade à medida em que a população cresce, um bairro cresce, mas o boom de investimento mesmo de quantidade de serviços foi desta época do início da descentralização. Hoje o grande desafio é incorporar qualidade no atendimento, dar qualidade a este atendimento, porque eu acho que em quantidade ele é suficiente.”

(Cecília Cristina Togashi – Diretora DIR-Marília)

“O acesso a ele não é difícil, ele é classificado, então você precisa agora é melhorar a qualidade.”

(Rita M. G. Bayer – Assistente Técnico de Planejamento de Ações de Saúde)

“A qualidade. O acesso, a hora que você tem a descentralização e uma quantidade suficiente de serviço, é claro que melhora o acesso, mas a gente ainda tem dificuldades, até por várias distorções no sistema, a qualidade de atendimento, interfere nessa questão do acesso.”

(Cecília Cristina Togashi – Diretora DIR-Marília)

Pode-se observar que a relação da DIR com os municípios se dá além do repasse de verbas, existe uma integração vertical através da Comissão Intergestora Regional (CIR).

“Eu acho que Comissão Intergestores Regional é a instância formalmente estabelecida para que realmente sejam discutidas as questões de saúde e decididas nesse fórum. A DIR de Marília, tem como princípio que todas as decisões, sejam elas as mais tranquilas, ou as mais conflituosas, sejam decididas na CIR, isto é um compromisso que acho que faz parte duma relação de confiança até entre os prestadores, entre os Municípios e a DIR. A gente tem prestadores que fazem parte da CIR, eu acho que é um

compromisso que a gente assumiu, e isto na medida do possível tem ocorrido. A gente tem junto a CIR, a gente sentiu necessidade de ter uma Câmara Técnica da Comissão Intergestores Regional para poder discutir mais profundamente alguns assuntos que são mais difíceis de discutir numa única reunião da CIR. Então tem um grupo de pessoas da CIR que fazem parte dessa Câmara Técnica, discutem mais profundamente o assunto, já levam uma proposta para a CIR. Então eu acho que a gente tem procurado melhorar esta participação, essas discussões na CIR, e fazer da CIR um fórum mesmo para que sejam discutidos os assuntos da saúde da região. Sejam encaminhadas as propostas, acho que a gente pode melhorar mais ainda, tem coisas ainda a fazer para melhorar, mas eu acho que é um fórum legítimo e que a gente tem, realmente tem que investir e dar importância que ele tem realmente para região.”

(Cecília Cristina Togashi – Diretora DIR Marília)

“Acho que um exemplo assim bem, que mostra esse papel que está acontecendo, é a questão de quando foi municipalizado o hospital das Clínicas, que é o nosso Hospital Universitário.”

(Rita M. G. Bayer – Assistente Técnico de Planejamento de Ações de Saúde)

“... o (hospital) Universitário nosso é o único que está na gestão municipal. [...] (a municipalização do Hospital Universitário) foi decidida na CIR, com bastante embasamento de discussões e etc, subiu, foi para bipartite, teve problemas na bipartite, porque realmente não era a política do Estado de São Paulo, e ela foi ter a sua definição, a decisão na TRIPARTITE e hoje é o único Universitário que está na gestão municipal. Eu acho que é um avanço em termos de descentralização, não vejo nenhum problema, respeito e respeitei, e a gente na época não era diretora, mas assim, a gente enquanto regional respeitou essa decisão do Estado de São Paulo de não municipalizar

e não descentralizar ou colocar na gestão municipal, mas a gente respeitou a decisão da CIR. Então, tem que ser respeitada mesmo, embora todos os componentes da CIR que eram do estado votassem contra essa decisão, a maioria que eram os gestores aprovou e foi respeitada, eu acho que a tripartite analisou esta decisão, acho que isso é importante.”

(Cecília Cristina Togashi – Diretora DIR Marília)

Além da integração através da CIR, outros foruns de discussão e integração com os municípios são utilizados:

“A gente tem alguns grupos que discutem assuntos específicos, a gente tem o Conselho gestor da urgência e emergência, onde sentam todos os hospitais que fazem parte do grupo de urgência e emergência que seriam os que têm um porte um pouco maior com UTI e etc, até para discutir como é que está essa assistência, central de regulação médica.“

(Cecília Cristina Togashi – Diretora DIR Marília)

“agora nós temos dentro de cada micro-região, uma comissão que discute os problemas da micro-região, os problemas, dificuldade que eles estão tendo na micro-região.”

”... nesse grupo senta também, um técnico da DIR, acompanha, então, nós temos 3 grupos hoje, da micro-região de Adamantina, da micro-região de Tupã e da micro-região de Marília e em cada grupo sendo um representante da DIR. Lá eles criam um em todos os Municípios e discutem as suas dificuldade e tal, e aí eles trazem isso na reunião da Câmara Técnica. Então, a Câmara Técnica acaba fazendo também uma peneira no assunto. Então, têm coisas que você já demanda, que você já encaminha, sem precisar ir para CIR, que não há necessidade de estar discutindo na CIR. Você já pode

fazer o encaminhamento, então na Câmara Técnica, esse, você já tem representante também dessa, das micro-regiões e eles trazem o que foi discutido. Aquilo que eles não puderam já estar encaminhando também, vem para Câmara Técnica e você faz essa discussão e tem coisas que você já demanda, já encaminha e tem coisas que você leva, que aí precisa de uma discussão maior, então a Câmara Técnica tem esse papel de discutir os assuntos previamente, de poder estar fazendo os encaminhamento, ou estar preparando também para ser discutido na CIR.”

(Rita M. G. Bayer – Assistente Técnico de Planejamento de Ações de Saúde)

O funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde.

“... É muito heterogênea a situação de Conselhos Municipais, obviamente que é heterogênea porque você tem Municípios diferentes, momentos diferentes de implantação do SUS, de desenvolvimento, de participação popular inclusive, eu acho que a gente avançou muito. Enquanto profissional de saúde eu tenho o maior orgulho de ter sido o pioneiro, legalmente falando foi à área pioneira na garantia de participação popular e eu acho que por obrigação nossa, enquanto profissional, temos que dar o máximo valor possível a isso, estimular e tentar implementar da melhor forma possível isso, tanto que a gente antes dessa lógica de curso de conselheiro a gente já estava fazendo e desencadeando esse curso de conselheiro. Mas anteriormente a isso, nós, enquanto regional, fizemos revisão de toda a legislação porque legalmente todos os Municípios possuem Conselhos. Fizemos uma revisão de todos, corrigimos as distorções de paridade que existiam, esse foi um trabalho que a gente fez agora nesses últimos 8 anos aqui de gestão, eu acho que assim, então, formalmente demos conta de melhorar até legalmente, que tinha um monte de Conselhos que não era paritário em participações até ruins em termos de participação, tudo bem, isso foi uma coisa que

dava para fazer no papel, vamos dizer assim. Agora efetivamente o funcionamento deles, eu acho que a grande maioria dos Municípios sabe, entende a importância do Conselho, temos Conselhos que funcionam muito bem na região, muito bem mesmo, com efetiva legitimidade dos usuários, mas nós temos também Conselhos montados e a gente sabe, que assim, são indicações de prefeito, muito menos do que já foi, é um ou outro, mas ainda tem, e alguns Conselhos que também não funcionam como deveriam funcionar, então não tem funcionamento regular, não faz reunião todo mês, mas isso é muito pouco, eu acho que a gente avançou bastante. Todos os Municípios que entendem isso como importante, tem feito um trabalho no Conselho, o Conselho de Marília é um exemplo a mais, vamos dizer, que chama mais a atenção. Então eu acho que isso é interessante, eu acho que isso é um avanço, que a gente conseguiu, Marília eu acho que hoje é o melhor Conselho que a gente tem, eu não vou, eu posso até pecar por estar citando Marília, mas nós temos o de Garça que tem um Conselho adequado que funciona muito bem, Adamantina, Osvaldo Cruz, então assim, a gente tem vários Conselhos que funcionam adequadamente até na sua representatividade, na legitimidade de seus representantes, mas a gente tem dificuldades ainda.”

“... Todas as regionais tem ouvidorias, mas anteriormente à existência da ouvidoria a gente já tinha um trabalho de investigação, de informação para todas as reclamações da população. A gente ia atrás para ver o que aconteceu, entendeu, já dava retorno para eles, então era assim vamos dizer, era a sementinha de uma ouvidoria, mas que a gente sempre valorizou essa questão da população reclamar ou, e a maior parte era, vamos dizer, entre aspas a reclamação de algum serviço. Então assim, a gente já tinha essa lógica, eu acho que a ouvidoria, a implantação das ouvidorias foi um avanço no Estado, é mais um canal que a população tem para o seu direito, para a procura dos seus direitos e eu acho que essa coisa tem avançado de uma forma bastante adequada, não

tão rapidamente quanto a gente gostaria, como todo o processo ele tem fases, é mais demorado, mas eu acho que a gente tem procurado estimular essa questão da participação.

(Cecília Cristina Togashi- Diretora)

Além disso a participação social é estimulada através da “Oficinas de Territorialização”:

“... É porque quando você ia implantar o agente comunitário e mesmo o PSF também era feito a oficina de territorialização no município, e ela envolve, não era feita somente com os funcionários, com o pessoal da saúde, ele envolvia todos os seguimentos da sociedade, procurávamos ver o máximo possível dos outros seguimentos e isso (...), ajudou nessa participação popular, ajudou a inclusive a melhorar a participação dentro dos Conselhos Municipais.”

(Rita M. G. Bayer – Assistente Técnico de Planejamento de Ações de Saúde)

6 – DIR XXII: SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

A DIR XXII da região de São José do Rio Preto engloba 101 municípios, em sua grande maioria municípios de pequeno porte, sendo que desse total, apenas 3 municípios estão habilitados na gestão Plena do Sistema. A população total da DIR XXII gira em torno de 4 milhões de pessoas.

A análise dessa DIR demonstra um outro contexto de atuação do estado. Por ser uma região com um grande número de municípios dependentes, a presença do estado se faz ainda mais necessária quer seja através da prestação direta de serviços, quer seja

articulando a rede de atendimento da região entre os municípios menores e maiores que são gestores pleno do sistema.

O diretor da DIR reconhece a diversidade dos municípios e a necessidade da atuação mais direta do estado nos municípios menores:

“Então, já temos vários municípios na gestão plena, mas eu acho que os municípios pequenos que não têm condições de manter edital e prestar serviços, não pode ter gestão plena e vai depender sempre de outros municípios para que aqueles que têm condições, facilitem para fazer consórcios regionais, então, a saúde fica mais próxima da população. Dentre estes municípios, eu acho que tem aí mais de 50%, são municípios com menos de 5 mil habitantes. São municípios pequenos. 60% têm menos de 10 mil habitantes. Nós temos aqui, em gestão plena, os dois maiores municípios, ou seja, São José do Rio Preto e Catanduva.”

O próprio diretor reconhece que há uma grande quantidade de municípios para uma única DIR, havendo uma sobrecarga de serviço para a própria estrutura da DIR em si:

“Há uma sobrecarga de serviços para os nossos funcionários, como o quadro de pessoal, aqui, ele é fixo e têm pessoas que estão se aposentando e o estado não está contratando, então, nós não temos um quadro de pessoal suficiente para atender a demanda. [...] Esta Regional deveria ser dividida em duas ou três regionais. Já existe estudo. Não é só dividir a Regional de Rio Preto em duas, mas aqui, nós temos gente de Araraquara, nós temos gente de Barretos, nós temos gente de Araçatuba, que, na minha opinião, deveria ser feita uma reestruturação dentro destas regionais, pelo fluxo de pacientes. Então, hoje, a gente tem muito bem delineado o caminho da roça desses

pacientes: onde vai, quem vai. Tanto é que nós tínhamos 98 e passamos para 101 municípios, porque aqueles pacientes tiram o registro onde estão e entra agora para nós, que você sabe que ele é de uma população e outra de Catanduva, que é da nossa regional, e ele pertencia à regional de Ribeirão Preto. De Barretos, aliás”

No que diz respeito, mais especificamente, ao relacionamento com os municípios maiores da região, os de gestão plena, o diretor da regional aponta um certo conflito nesta relação, principalmente, após a municipalização do sistema de saúde, visto que leva o município a desenvolver seus equipamentos sem necessariamente atender pacientes de municípios vizinho:

“Nós temos estes problemas com os municípios de gestão plena, porque, com gestão do estado, é mais fácil a gente estar coordenando. Agora, o município de gestão plena, quando foi feita a concessão da gestão plena para o município, estes municípios, geralmente são sede de uma região, de uma microrregião e eles sempre atenderam pacientes desta microrregião. Então, o município que não tem o seu posto, que não tem raio x, que não tem eletrocardiograma, que não tenha recursos diagnósticos dele, este município, teoricamente, vem para um município maior e quando você municipaliza a gestão, você dá um teto para este município de dinheiro, que era da DIR e este teto é para este município atender, aqueles que não tem gestão própria, dentro da mesma região. Mas quando o município opta pela gestão, ele passa, alguns, a até melhorar o atendimento, melhorar os serviços, a comprar mais equipamentos, ter mais algumas atividades, por isso, aumenta os gastos e aumenta a procura dos municípios. Eu diria que os municípios, o que eles tendem a fazer, tendem a fechar as portas para os municípios vizinhos e dar atendimento mais à sua população e isto prejudica o nosso trabalho, porque nós achamos certo, tirar para dar para o município.”

O que, a princípio, representa um certo conflito entre a DIR XXII e os municípios de gestão plena da região, se verifica de fato na realidade, quando analisamos as falas do secretário municipal da saúde de São José do Rio Preto (maior município da região) e do presidente do conselho municipal desta mesma cidade. Na visão desses dois representantes, a DIR não atua de forma efetiva na região, principalmente, com o município de Rio Preto. Eles a enxergam como mais uma estrutura burocrática e autoritária que serve apenas para criar demandas de trabalho ao invés de articular os sistemas de saúde da região, contribuindo para sobrecarregar ainda mais a rede de atendimento de São José do Rio Preto.

“... Eu sinto uma ausência muito grande do estado, em contribuir, efetivamente, com a política do município, o estado de São Paulo, você vai ver que não existe um repasse fundo a fundo regular, como própria lei orgânica da saúde prever. Então, o próprio estado de São Paulo não cumpre a legislação. Ele não repassa fundo a fundo regular, como o Fundo Nacional da Saúde. Então, ele acaba priorizando municípios, em que existe uma compatibilidade política partidária. Este é o meu ponto de vista. A DIR administra. Está sob sua abrangência 101 municípios, o que daria, em torno de 4 milhões de pessoas, 3,5 milhões, nós temos de levar em consideração, que só o município de Rio Preto são 400 mil pessoas, então, é assim, é que a cidade é uma cidade pólo . Ela é referência. Então, a gente precisa ser estimulado e incentivado com uma pactuação, em que exista esta possibilidade de, pelo menos, assumir um custo disso, e ela tem de ser esse articulador para isso.”

“Então, os prefeitos, o que eles têm feito na nossa microrregião, e isto é comprovado, é a rebocoterapia. Ou seja, ele compra um ônibus, um ônibus escolar, que é proibido, e

traz tudo para as nossas UBS daqui. Então, isto é crime. Não pode. É uma afronta e é papel da DIR educar, articular e fiscalizar para que os municípios, pelo menos, sejam capazes de atender o atendimento básico, que eu digo é o total atendimento básico, inclusive a cesta básica farmacêutica. Agora, nós temos estabelecidas alguns critérios para não haver esta evasão, porque não dá para o município de Rio Preto assumir o custo de assistência farmacêutica básica dos municípios vizinhos, porque ele tem a sua.”

“... ao mesmo tempo, que você consegue fortalecer o município-pólo para que ele possa atender - nós somos a referência – com a alta e a média complexidade, então, vai chegar uma hora que vai estrangular o atendimento, que vai parar todo o sistema.”

(Julio – Presidente do Conselho Municipal de Saúde de São José do Rio Preto)

“... A gente esta na DIR 22 que é dentro do Estado a maior DIR , 101 municípios que compõe essa DIR e, portanto nos causa uma série de dificuldades pela distancia, pela pouca tradição aqui dessa região na organização do sistema público de saúde por uma tradição da maioria dos municípios, você tem também uma característica aqui da região onde você só tem três municípios em gestão plena, a gente tem algumas sedes, a maioria dessas sedes sub-regiões, caso de Santa Fé, Votuporanga, Fernandópolis, Jales não são gestores plenos do sistema só Rio Preto, Catanduva e Potirendaba e isso de uma certa forma dificulta, sobrecarrega muito o caso do município sede aqui que é São José do Rio Preto. Até pela maioria dos municípios, a maioria são municípios pequenos ainda tem aquela visão que é muito mais fácil encher uma ambulância ou um ônibus e mandar para cá do que realmente construir um sistema de saúde municipal. [...] Um município pólo, criou se o papel de estar de uma certa forma sendo referencia para os demais municípios da região do ponto de vista do atendimento, mas também a gente é

responsável, a gente acha que é responsável por estar também contribuindo na organização e na formação do pessoal daqui da região tanto é que a gente tem trazido aqui para a região uma série de cursos de capacitação de gerente de saúde. [...] As ampliações do PSF elas estão sempre vinculadas há uma visão de distrito em uma visão de referencia com uma unidade de maior capacidade para você também não ficar aí, o PSF ele é uma estratégia importante mas a gente não pode cair nesse simplismo que ele é panacéia para tudo e você acaba na verdade criando um modelo aí paralelo com uma assistência muito simplificada que acaba resolvendo aquelas coisas que se resolvem no sistema, mas quando você tem que resolver alguma coisa que depende de tecnologia, que depende de um outro tipo de profissional acaba não ocorrendo é por isso que a gente tem sempre esse cuidado de não deixar que o PSF seja uma coisa paralela mas que seja uma coisa integrada a uma rede, integrada em um distrito, integrada.”

“ Essas estruturas que foram montadas pelo estado do ponto de vista de serem estruturas regionais de gestão e planejamento que eu acho fundamental, porque não adianta você, como eu disse, a gente esta em uma região com 101 municípios, a grande maioria sem capacidade gerencial, sem capacidade financeira para poder aí onde entra eu acho uma estrutura regional, poderia ser a DIR para fazer esse trabalho mais de coordenação, mesmo porque as coisas não se resolvem só a nível de município, e agora a DIR. Primeiro que eu acho assim, ela não tem a estrutura dela de pessoal, mesmo a estrutura dela efetiva de planejamento, de estar fomentando esse processo mais de regionalização, de interlocução entre municípios, ela acaba sendo isso, na realidade ficou resquício pela estrutura do Estado em uma divisão muito verticalizada, tem uma visão de saúde muito na lógica vamos dizer, muito pouco atenta da conta desse trabalho de assistência, o estado não teve essa tradição de ter essa interrelação com prestador de serviço foi aquela visão mais de programas, de excesso de burocratização. O estado

peça, não só o estado, o Ministério da Saúde também, quando na realidade a gente passa 70% do nosso tempo aqui tendo que cumprir uma agenda que vem de cima para baixo, preencher papel, preencher documentos, mandar relatórios, uma portaria vem hoje, amanhã vem outra portaria reformulando aquela que vem complementar, existe uma agenda não acaba fazendo esse papel que eu acho que é o papel mais mesmo de coordenar o processo regional mesmo.”

(Cacau – Secretário Municipal de Saúde de São José do Rio Preto)

Na visão do secretário municipal de São José do Rio Preto a DIR não tem condições de desempenhar esse papel de articulador regional, que seja por falta de infra-estrutura, que seja pela existência de uma cultura ainda muito autoritária e verticalizada:

“Tanto é que nosso processo de privatização da NOAS que eu acho que seria uma grande oportunidade da gente poder agir, de coordenar esse processo e fazer uma outra pactuação regional, no caso específico da nossa região a gente está super atrasado, se não fosse o município puxar o debate, a gente não teria, porque eles estavam fazendo as coisas lá com os técnicos deles, do jeito deles, respondendo aquilo que vem lá do central para cá e mandando sem nenhum diálogo mais aprofundado com os municípios e aí a gente provocou. A reunião da CIR aqui em via de regra é uma reunião uniforme, vem com uma pauta feita, o fórum sem nenhum debate, aí a gente está procurando agora, não digo que isso é culpa da DIR que as pessoas não tenham disponibilidade de fazer isso, mas é uma prática, uma tradição, uma cultura institucional que vem e ela tem muito pouca agilidade e disponibilidade de ser uma gestão mais horizontalizada, tem essa tradição mesmo mais burocrática de preencher papel do que estar tecnicamente assessorando os municípios. Então a DIR tem sido uma postura muito assim, uma postura de cobrança, mas não uma postura de realmente estar mais próxima dos

municípios no sentido de estar, volto a dizer, não é culpa das pessoas, desde que as pessoas queiram fazer isso, elas não têm nem estrutura e nem elas foram capacitadas também para ter esse novo papel de fazer essa amarração regional, embora haja muita boa vontade, a nossa relação existe um dialogo, em partidos diferentes do governo do Estado e a gente aqui no município não tem nenhum preconceito.”

“... Então eu acho essas estruturas da DIR elas precisam ser repensadas tanto do ponto de vista o seu papel, qual o papel de fato deles mesmo e que seja capacitada do ponto de vista do pessoal fazer uma reengenharia do ponto de vista da estrutura para que eles sejam de fato esse órgão de planejamento regional.”

“... O município de Rio Preto na realidade é um município que acaba absorvendo grande parte dessa demanda municipal e dessa demanda desses municípios pequenos, quer dizer, aí a DIR que devia estar de uma certa forma fazendo duas coisas que eu acho essencial: primeiro capacitando os municípios para que de fato eles dentro das suas singularidades, das suas fragilidades, mas que de fato eles construíssem o mínimo de rede básica, o mínimo de atenção à saúde e não ficasse nessa lógica de simplesmente demandando coisas para os grandes centros, eu acho que a DIR primeiro, ter um papel importante de capacitar esses municípios, agora também ela não faz isso ela não faz isso porque ela também é uma forma de elas manter esses municípios ligados politicamente a ela. Uma região de 101 municípios só três municípios em gestão plena, alguma coisa a DIR deixou de fazer para que esses municípios, como eu disse, você vai pegar um município de 5.000, 10.000 habitantes, mas aqui você tem sede regionais, Catanduva, Rio Preto, Jales, Votuporanga, Santa Fé e Fernandópolis, pelo menos esses municípios que são sedes regionais e sub-região deveriam ter gestão plena, então porque a DIR não faz isso? [...] A DIR também ela deixa de cumprir o papel que é o papel também de

fazer, de ajudar com que o município de Rio Preto que acaba sendo a maior referência, tenha maior capacidade de atendimento, aqui em Rio Preto, por exemplo, se aceitou uma municipalização, se municipalizou em 1998, se municipalizou com o teto muito abaixo do que a média histórica que a gente produzia, a gente municipalizou em R\$ 500.000 a menos no mês do que a gente produzia. Nós estamos com um déficit histórico desde a municipalização de 20% a 25%, hoje a gente esta gastando 19% do orçamento municipal com a saúde, quando na verdade a emenda constitucional diz que a gente deveria gastar até 15%, então nesse processo também de pactuação do município com o estado a DIR comeu bola, a DIR não fez o papel que é o papel dela que é de buscar os recursos que ela tem que fazer. Além disso, ela é a gestora do principal hospital regional aqui que é o Hospital de Bas que deveria estar fazendo uma gestão muito próxima com a gente aqui, mas acaba sendo uma gestão totalmente atrapalhada e também o HB acaba seguindo essa lógica da DIR de fazer, ficar lá recebendo as peruinhas, ambulâncias e os ônibus, principalmente na época de eleição isso ai aumenta e sobrecarrega o município sede.”

“Cada vez mais se repassa atribuições para a município, até se centraliza do ponto de vista gerenciamento, mas os recursos financeiros ainda são insuficientes, 45% do atendimento que a gente da aqui é de pessoas fora do município , uma parcela muito grande, invasão de outras DIRs, invasão de outros estados, porque Rio Preto é uma cidade fronteira. Nós temos um gargalo aqui que eu disse que é o ultra – som, a gente não consegue comprar o ultra –som porque o SUS paga pouco, então a gente teria que, poderíamos fazer um consórcio para comprar equipamentos de ultra-som, pagar profissional para fazer isso, aí a dificuldade, o cara quer que seja na cidade dele, enfim então a gente tem muito pouca tradição, mas se a DIR também puxasse essa discussão a gente já tentou, nós estamos ensaiando aqui fazer um consórcio para tentar solucionar

essas coisas que são gargalos, ultra-som, consulta de dermatologia, de neurologia, de ortopedia.”

Por outro lado quando analisamos o relacionamento da DIR com os municípios pequenos, percebe-se uma outra visão em relação a DIR, verifica-se que de fato ela está muito presente junto a esse municípios prestando um trabalho contínuo de assessoria. Conforme declara a Secretária Municipal de Saúde de Mirassol (município a 10 km de Rio Preto, com cerca de 10.000 habitantes):

“... Em relação a DIR, nós temos assim um relacionamento quase que diário com a DIR mesmo, é diário entendeu? Diário, ou a gente se fala por telefone ou pessoalmente, nós temos um bom relacionamento, há realização de treinamento, todos os treinamentos, ou seja, todos os treinamentos oferecidos para tudo, para TB, para hanseníase, PSF, DST – AIDS, tudo a gente faz de todos.”

“... Na época do PPI a gente sentia que estava todo mundo perdido, 101 municípios, assim bem perdidos, e o próprio pessoal da DIR estava, não era má vontade deles, eles se colocavam a disposição para ajudar, a gente ia lá, precisava e ajudava mas eles também estavam um pouco desorientados, eles mesmos falaram e algumas coisas que mudam de repente, eles recebem também as diretrizes como você falou do governo do estado no caso, e eles têm que repassar, a gente sente em algumas ocasiões que eles também não estão preparados eu não sinto falta de vontade neles, falta de comunicação, a gente se queixa as vezes da correria , por exemplo. É sempre uma coisa que tem que ter muito tempo, é muita cobrança.”

Mesmo com essas dificuldades de repassar orientações para os municípios, que se modificam a todo o momento a DIR vem buscando desempenhar seu papel de articulador

regional, se não o consegue como os municípios maiores como é o caso de Rio Preto, com Mirassol vem obtendo resultados satisfatórios:

“É. Mirassol é um município assim, especial dentro da região, pela proximidade com Rio Preto, então se você observa a série histórica a gente está tentando reverter os processos de encaminhar tudo para Rio Preto. A cirurgia do SUS ficou muito tempo sem ser feita e no fim do ano passado, a gente começou a contar de novo, fazer cirurgias eletiva do SUS aqui em Mirassol, as que tem condições, as que não tem continuam ser encaminhadas para o hospital de base mas então diminuiu muito o encaminhamento para Rio Preto do SUS.”

(Maria do Carmo Vitta – Secretária de Saúde do Município de Mirassol)

V – ESTUDO DE CASO: A IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NO ESTADO DE SÃO PAULO (SISVAN/SP)

Este item do relatório busca realizar o estudo da implantação do SISVAN no Estado de São Paulo. A escolha desse programa se deve ao fato de ser uma iniciativa que é implementada pelos municípios, mas é o estado, através da DIR, que tem a tarefa de coordenar o programa em sua região. A metodologia utilizada nesse item foi a entrevista à Coordenadora do Programa no Instituto de Saúde e a pesquisa a documentos e publicações sobre o programa.

Embora a metodologia adotada não permita fazer avaliações sobre resultados do programa, nem é esse o intuito da pesquisa, podemos afirmar que a implantação do

programa vem crescendo de forma considerável. Em 2000, ano da implantação do programa, havia cerca de 200 municípios utilizando o sistema de vigilância, já no final de 2002 havia mais de 400 municípios. Sem entrar em detalhes qualitativos, a quantidade crescente de municípios que estão implantando o SISVAN representa um resultado importante no sentido de verificar de que forma vem se desenhando a relação entre estado e municípios e, principalmente, como está o papel do estado como coordenador e articulador do sistema.

O SISVAN e outras práticas relacionadas a questão da nutrição é uma iniciativa que parte do governo federal (Ministério da Saúde), mas que entretanto é implantada pelo nível estadual.

“ ... esta política de alimentação e nutrição no Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, ela foi inserida na política nacional de saúde, isso facilitou o entendimento dos Estados com quais são as atribuições dos níveis, do nível estadual e do municipal, como é que nós podemos interagir. ”

Embora seja uma política sob responsabilidade da área da saúde requer uma ação bastante intersetorial:

“...Há uma necessidade que a saúde converse e atue junto com a Secretaria da Educação, com a Secretaria da Agricultura, com a Secretaria do Meio Ambiente, com a Secretaria de Planejamento, enfim, haveria uma necessidade de uma, de um projeto intersetorial”

No caso do estado de São Paulo, o SISVAN tem como coordenador central o Instituto de Saúde (IS) uma organização pertencente ao Governo do Estado de São Paulo, que por possuir uma estrutura desenvolvida na área de nutrição recebeu tal incumbência.

Segundo Maria Lúcia, diretora do programa, a implantação buscou ser feita de forma que agregasse todos os atores envolvidos no processo, respeitando a hierarquia. Isto é, o SISVAN vêm sendo construído por um grupo de profissionais que representam as seguintes instâncias:

- Coordenadoria de Planejamento em Saúde (CPS) – área de técnica de alimentação e nutrição e saúde da criança;
- Coordenadoria de Saúde do Interior (CSI);
- Coordenadoria da Região Metropolitana da Grande São Paulo (CRM);
- Coordenação dos Institutos de Pesquisas (CIP)
- Conselho de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo (COSEMS-SP)

“.. Vamos formar um grupo em que as pessoas que comporão esse grupo, elas estarão representando a instância na secretaria que lidam com os municípios e que elas se integrem inicialmente no nível estadual. Então nos formamos um grupo com o Instituto da Saúde que é da CIP , da Coordenação, de Institutos de Pesquisa com a Coordenadoria de Planejamento da Saúde, com a Coordenadoria de Saúde do Interior, com a Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana e Grande São Paulo, e com os COSEMS, Conselho de Secretários Municipais de Saúde que lida diretamente com os municípios, mesmo essas Coordenadorias. Então é, pessoas, representantes, representando essas instituições do nível estadual acabaram formando um grupo pra discutir a importância, teve toda uma sensibilização dessas pessoas, pra que serve o Sistema de Vigilância Nutricional, e como nós podemos trabalhar isso. Sensibilizamos

realmente com essa atuação e motivados também, envolvemos as Diretorias Regionais de Saúde e chagamos aos municípios.”

Observando esse atores verifica-se o envolvimento dos gestores municipais e estaduais neste processo, cuja a articulação principal que ocorre nesse caso é a seguinte: o SISVAN é implementado pelo município, entretanto é a DIR, a instância responsável pela articulação e sensibilização dos municípios quanto a implantação do programa. O IS descentraliza às DIR(s) o papel de regulação do sistema na sua área de atuação.

O SISVAN vêm sendo implementado desde o início de 2000 no estado de São Paulo de forma gradativa mas constante sendo que no final de 2002, cerca de 58% dos municípios desenvolvem o sistema. Entretanto, a adesão varia de acordo com a regional, enquanto algumas apresentam uma adesão de 100% por parte dos seus municípios, outras apresentam menos de 5%. Segundo Maria Lúcia isso ocorre devido a vários fatores como, o não envolvimento da regional no programa, implicando em não fazer a articulação adequada com seus municípios, outra possibilidade relaciona-se ao fato de que algumas regionais não apresentam uma estrutura adequada, quer seja por falta de recursos humanos ou materiais de atender às demandas dos municípios quanto a participação no sistema.

“... A gente observa características diferentes de atuação da DIR, tem DIR com um trabalho já há mais tempo e está trabalhando com os municípios, então você encontra uma receptividade maior, a sensibilização, tem uma facilidade maior eu acho, que a formação das equipes da DIR, a motivação, a própria direção daquela, da DIR eu acho, que é fundamental, com ela se compõe e como ela atua. Então, não é um problema, não é uma questão isolada, assim, a nutrição não, em alguns locais ela (a DIR) não

conseguiu implantar o Sistema de Vigilância Nutricional porque não houve resposta mesmo, ela não tem resposta pra outras ações, não era a Vigilância Nutricional só. Nós temos dificuldades em algumas DIR.”

Para resolver tais impasses o modelo proposto pelo SISVAN aponta alguns caminhos:

- A hierarquia de níveis governamentais é sempre respeitada, ou seja, quando um município apresenta algum problema ou está reclamando por falta de apoio da DIR, a coordenação do SISVAN, fala primeiramente com a DIR para saber mais sobre o problema para então intermediar a solução a ser encontrada entre o município e DIR:

“...Então esse respeito à hierarquia é fundamental pra que qualquer ação tenha algum tipo de sucesso e seja reconhecida, a gente não aceita, mesmo porque não acha lógico, se você quer um sucesso numa determinada ação, você tem que envolver todos os níveis do sistema, você não pode ir direto. Tivemos já várias, vários pedidos dos municípios de nos estarmos indo, resolvendo porque a própria DIR não responde, mas nós evitamos fazer isso de todas as maneiras, porque você quebra a sua interlocução com a coordenação, o que a gente faz quando os municípios reclamam, a gente colocar, fazer uma reunião com todos presentes pra eles se queixarem à DIR.”

- A reunião de vários atores na construção do sistema (citados acima) vem contribuindo para aumentar esse diálogo entre as diferentes instâncias de forma que todos se sintam parte do processo e também tenham o seu papel mais definido

“Como é que nós temos feito esta interlocução com o Estado e com os municípios, pra gente chegar nisso? Então, nos consideramos fundamental o envolvimento, de ordem ligadas à secretaria nós não podemos trabalhar em instituto de saúde sozinho, com os

municípios nem tem cabimento, nós temos que trabalhar num conjunto e que os municípios tenham uma atuação e sintam qual é realmente o objetivo desse sistema a gente procura sempre ter um interlocutor da Vigilância Nutricional no município, um interlocutor na Diretoria Regional.”

- A implantação do sistema adaptado para a realidade de cada região, não a partir de um postura de imposição de cima para baixo, mas sendo construída em conjunto com os atores locais e estaduais

“...que nós não montamos um sistema e fomos implantar, como se fosse uma coisa pronta, nós queremos sentir como é que as Diretorias Regionais de Saúde, com órgãos se comunicam com os municípios, com é que elas enxergam. E a gente ficou muito satisfeito porque eles estavam, detectaram que havia muita necessidade de melhor conhecimento nessa área, de uma sensibilização mesmo dos municípios para o Sistema de Vigilância Nutricional, porque o Ministério, por sua vez, estava repassando recursos fundo a fundo pros municípios pra eles trabalharem a questão da desnutrição, só que os municípios não estavam preparados, como eles poderiam estar respondendo ao Ministério e alocando recursos.”

- A diretora cita ainda o amplo apoio recebido por parte da CSI (interior) para desenvolver a relação com as DIR(s) do interior

“... da coordenadoria da saúde do interior que nos trabalhamos muito bem com ela, porque são municípios menores, menos complexos que têm uma unidade, então nós trabalhamos muito bem com a Coordenadoria de Saúde do Interior, que é ela que chama as diretorias.”

- Finalmente, algo que parece contribuir, de forma fundamental, para o desenvolvimento do sistema, a partir da relação entre estado e município, é a valorização do papel do estado coordenador por parte da diretoria do SISVAN

“... esse papel do estado, de estar colaborando com essa descentralização toda do sistema e dando subsídios pro município atuar com segurança, com material educativo, com discussões, com seminários, enfim, e dando também apoio e instrumentalizando o município e coordenando esse processo, o estado, ele não pode perder o seu papel de coordenador nesse processo, até pra ele fazer a vigilância. Dentro do estado de São Paulo, o que existe de desnutrição, o que existe de obesidade, o que existe de problemas cardíacos, enfim, o que existe de perfil dentro da população que a saúde pode estar atuando e melhorando essas condições, acho que é nesse sentido que nós temos trabalhado, é uma experiência muito rica.”

VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS

1- O PAPEL DO ESTADO NA POLÍTICA DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO

A análise do papel do estado na política de saúde de São Paulo demonstra a dificuldade de construir uma a cooperação intergovernamental entre estado e municípios no que diz respeito à regionalização dos serviços. É um processo lento que requer um período de aprendizagem para ambos os lados.

O item 4 deste trabalho oferece interessantes subsídios para verificar por que em determinadas regiões a DIR consegue trabalhar de forma mais eficiente com os

municípios do que em outras. Com municípios menores parece que a DIR consegue ter uma melhor articulação, pois assume uma postura de coordenação direta, já no caso de municípios maiores em gestão plena de saúde observa-se constantes insatisfações de ambos os lados. Isso pode ser atribuído ao fato de que a DIR mantém a mesma postura que adota com os municípios menores, que para os municípios maiores é vista como impositiva e autoritária.

Tal observação nos leva a sugerir que a relação da DIR com municípios maiores precisa ser revista, pois necessariamente difere do tipo de relação com municípios menores.

Entretanto, não se pode atribuir que as dificuldades na condução da política estadual de saúde se devem somente à capacidade da DIR de se articular com diferentes municípios. Outros variáveis influenciam como o processo de criação das DARES e também as pessoas que estão envolvidas nas ações.

“...Na realidade você avançou nesse tempo todo no sentido de ter uma equipe a nível regional que esta cada vez mais capacitada a cuidar das diferentes vertentes que você tem no SUS, uma das coisas que consome um tempo muito grande da direção regional de saúde é toda a contratação de serviços, todos os contratos que você faz, a auditoria, controle e avaliação, agora, tem toda uma vertente no sentido da vigilância epidemiológica, da vigilância sanitária, do combate às doenças infecciosas, o problema da vacinação, mexer com o meio ambiente e tudo mais, são outras tantas vertentes, por exemplo, a área da saúde bucal onde você vai ter também um trabalho grande de capacitação, então na realidade ao longo desse tempo você foi capacitando as DARES a cuidarem cada vez melhor dessas diferentes facetas que tem o SUS.”

“...Uma das tarefas difíceis é você manter equipes técnicas sempre bem preparadas em todas as regionais, isso é uma coisa que é difícil, você não paga uma maravilha, a gente cria prêmios de incentivos diferenciados, cria alguma coisa no sentido de você esta retendo uma equipe de trabalho, que o pessoal que faz isso faz a micro-regionalização, a pactuação entre os municípios e etc, com grande competência de tecnicidades formais, mas com uma fraca interpretação política, é como se nós fossemos uma caixa de ressonância do que manda o senhor imperador localizado em Brasília não é? Eu estou fazendo o que o mestre mandou, eu estou fazendo com competência, mas a viabilidade de que esse processo não retroceda, para mim não esta automaticamente dada porque ela é feita sem essa visão, sei lá, de um processo político, só porque o Ministério mandou eu faço cataratas, eu faço no Estado, eu faço papanicolau, que é uma contra-facção, quer dizer, porque ao mesmo tempo um esforço de municipalizar atribuindo aos municípios o papel de gestor pleno do sistema, mas ao mesmo tempo os eixos de atividades pagas a medias, porque alguém tem que pagar o resto da conta e que emanam não de uma discussão de uma gestão que de fato se assumiu, mas como uma imposição vinda de cima que tem que ser cumprida porque é para isso que tem dinheiro, enfim, eu acho que é um processo que esta andando, que a longo prazo vai dar resultado, mas que ele vai ser extremamente irregular em função do Estado em que eu estou, das micro-regiões que eu estou e de quem são os dirigentes de plano nacional, de plano estadual. Os diretores de DIR que acaba atuando de uma forma mais democrática ou mais autoritária de acordo com a micro-região que estão envolvidos e com seu estilo mais autoritário mais democrático. Eu assisti algumas reuniões quando os prefeitos foram eleitos e ainda não tinham tomado posse, o secretario fez uma reunião em cada DIR com os prefeitos eleitos, eu assisti algumas, ficou muito claro que alguns dirigentes de DIR tem um puta de um prestígio, são líderes. Em que pegam pesado nos prefeitos e nos então secretários ou os pretensos futuros secretários de

saúde dizendo claramente olha nós estamos elaborando isso, não adianta você pedir porque não tem viabilidade dos equipamentos que vocês estão solicitando e com uma aceitação, demonstrando cabalmente que eles tinham liderança na área da saúde na micro-região que estavam comandando, enquanto outros estavam muito claro que eram absolutamente desrespeitados, não tinham nenhuma viabilidade de se transformarem nas lideranças micro-regionais e construção.”.

“As duas coisas, eu acho que as duas coisas, por exemplo, um município forte como Ribeirão Preto com um secretario posicionado de um maneira praticamente autônoma fazia com que a direção regional não tivesse apoio, respaldo no município mais importante da micro-região e ficava praticamente em permanente litígio, enquanto em outros, talvez tenha um pouco a ver com isso que você falou, o poder do município, porque normalmente o poder do município esta associado a um poder intelectual e visibilidade política do secretario também, é o caso de Campinas, é o caso de Ribeirão Preto, é o caso de Santos com frequência, agora eu não sei nem quem é o secretario, eu não sei agora como esta, mas os grandes municípios eles tem um grande poder, uma larga influencia sobre os municípios vizinhos e geralmente tem uma liderança forte com o secretario, o Enio em Marilia, ele hoje não esta na DIR, mas ele é o Secretario municipal e é o presidente do COSEMS, ele é uma liderança regional fortíssima.”

(José Carvalheiro – Presidente do Instituto de Saúde)

Esses fatores citados explicam, em parte, outras dificuldades do sistema com relação aos serviços de média para alta complexidade que poderiam já estar na gerência dos municípios e que ainda estão sobre a gestão e gerência do estado na Secretaria de Estado. Não há uma discussão de onde investir, como é dividido no colegiado do Ministério, em parceria com a Bipartite.

Um outro fator relacionado é a questão financeira que acaba influenciando na política de saúde. Nesse sentido ela poderia ser utilizada sob outro enfoque, sob o enfoque de fortalecer a construção de uma política local e se, às vezes, ela não tem resolução local, regional, para isso, os critérios devem ser discutidos de forma técnica e pensada com os atores. Apoiar recursos dos impostos estaduais para fortalecer a capacidade de gestão dos sistemas municipais e, para tanto, o gestor estadual deve pensar em critérios que possam responder às necessidades de saúde das regiões, não somente pensar no município, mas fortalecer a capacidade da construção das políticas de saúde, no *locus* regional e portanto, estímulos e incentivos financeiros para que isto possa ser construído

Embora a política estadual de saúde tenha algumas dificuldades, técnicos da SMS São Paulo e da SES apontam avanços no processo.

“No restante eu acho que a Secretaria de Estado tem acertado muito tem trabalhado para isso, tem trabalhado com a regionalização, hierarquização, do sistema, está tentando fechar um processo na PPI, está com plano de regionalização. A gente teve um aumento de oferta de vários serviços sobretudo alta complexidade, aumento de leitos, nós tivemos o processo de municipalização que foi um processo muito difícil, os municípios realmente assumindo uma gestão, a maior parte deles, tem exceção mas a maior parte deles assumindo a gestão de atenção básica, adquirindo responsabilidade que é preciso ter, acho que isso é um avanço, o próprio papel dos conselhos, tanto municipais de saúde acho que cresceram nesse período também.”

2 - FEDERALISMO E O PAPEL DO ESTADO E DOS MUNICÍPIOS

A discussão do papel de estados e municípios no federalismo exhibe uma série de dilemas que são visíveis nas entrevistas coletadas. Se por um lado a autonomia dos entes federativos é considerada importante pelos entrevistados, pelo fato de que o desenvolvimento dos serviços de atendimento a saúde seriam melhores, pois o prefeito e vereadores estão mais próximos do cidadão, por outro tem que se verificar a capacidade do municípios de prestar os serviços adequadamente. Além disso, há a necessidade de um estado atuante que coordene os serviços sob uma perspectiva regional.

“O serviço tem que estar perto de quem recebe, porque é ali que vai ser dar a relação entre o prestador e de quem toma o serviço, que no caso é a população, não faz sentido o Estado continuar mantendo serviços nos município. Hoje é possível isso? Não é, porque existem municípios e município, municípios muitos frágeis, que o Estado vai ter que continuar lá por muitos anos. E outra coisa que eu vejo também é assim, hoje os próprios recursos que são transferidos, muitos recursos estão assim, carimbados, saem de lá do Ministério da Saúde com determinadas vinculações que só podem ser aplicadas naquilo. Tais como a prevenção contra a Dengue e outros programas provindos de metas do governo Federal.”

(Homero – Ex-Secretário de Saúde do Município de Santo André)

“...Então, o papel do Estado, como é que fica? Na hora que, porque exemplo, dentro dos princípios do SUS, que é o que você está estudando aí, é, o comando dos serviços, a gerência mesmo do serviço, deveria ser do município, porque? Porque é o município, as três instâncias do governo que teoricamente pelo menos, está mais próxima do cidadão, então ele teria mais condições de, as mais, as necessidades da população, então eu acho que é um grande benefício essa descentralização, porque de um lado o município teria

condições de conhecer melhor as necessidades do seu município pra poder ver onde vai pôr serviço, onde não vai pôr, onde vai construir, onde vai mudar, certo? E do outro lado você teria maior facilidade do controle social, porque se você tivesse uma população organizada, que participa aí dos fóruns públicos, você teria mais condições, o Prefeito é mais perto do município do que o Governador ou o Presidente, tá certo? Ou o Vereador teoricamente também está mais perto do município do que o Deputado Estadual ou Federal, justamente.”

Poderíamos dizer que tais dilemas se fazem presente na discussão sobre federalismo e algumas tendências podem ser apontadas no setor de saúde. Embora o papel do estado esteja ainda muito confuso, em determinados setores, principalmente no atendimento de média para a alta complexidade, percebe-se uma tendência de que o estado deve ter um papel de regulador e não prestador, com exceções.

“Os estados, hoje, estão tendo uma visão mais clara. Já está saindo um pouco desta questão do estado prestador. O estado, hoje, basicamente, só está trabalhando com alta complexidade e hospital, inclusive, em São Paulo, que era um problema grave, porque São Paulo, Capital, era uma das grandes cidades do país, que não tinha a gestão plena, que não tinha autonomia na gestão dos recursos estaduais existentes no estado. Hoje, São Paulo, já está trabalhando isto. Nesta gestão atual do PT, está trabalhando e vai trabalhar, de fato, esta gestão, porque o município vai trabalhar isto é uma relação, eu acho que a relação, ela mudou. Por quê. Porque o estado, o governo federal, de alguma maneira, ele deixou de intervir direto e esta relação está muito mediada pelo estado, mas, qual é o problema. É que o estado ainda não tem clareza de qual é o seu papel, apesar dele ter tirado, praticamente, quase toda a parte de prestação dele, mas ele

continua como prestador, ainda, na área hospitalar ou mesmo de alguma referência, de alguma complexidade.”

“...O município não tem a mesma capacidade de assumir toda a gestão. Ele não tem a capacidade de dar resolutividade para a questão hospitalar e executar o que a gente chama de especialidade.”

Hoje na municipalização o que precisa caminhar e amadurecer é a relação entre os três gestores do sistema, o Gestor Federal, o Gestor Estadual e o Gestor Municipal. Nesse sentido, é necessário que essas três esferas de governo procurem, cada vez mais, se colocarem numa estrutura horizontal e não vertical, como é tradicionalmente a hierarquia. O município é a base, o Estado é o meio e a Federação é o topo, num processo ascendente da base para o topo onde os municípios que são a base devem uma certa obediência e hierarquia ao Estado, que, por conseguinte deve uma obediência e uma hierarquia para o município.

“...eu acho que numa Federação, os entes são iguais do ponto de vista político e institucional, eles tem o mesmo grau de importância independente do seu tamanho e de sua posição, devem ser respeitados na suas instâncias e buscado nas suas autonomias e a hierarquia que deve haver, é na verdade, a hierarquia de papéis, que eu acho que aí não tem muito como não ter. O Governo Federal ele tem o papel de ter uma política macro pra Nação brasileira, ela tem as grandes metas nacionais, a mesma coisa o Estado e o município, nós temos os Sistemas de Informação que são coletados na base e tem ir até o topo. Então há que haver uma hierarquia de coleta e transferência de dados há que haver uma disciplina de todo mundo pra um não fazer a mesma coisa que o outro está fazendo, porém, isso não deve ser encarado como uma forma de domínio

entre aqueles que são detentores do orçamento federal e estadual em cima do município que é o executor da tarefa, e o que eu acabo vendo um pouco é essa dificuldade ainda principalmente de alguns Estados, de alguns Estados de não estarem assim, às vezes aceitando essa definição do novo papel do município, em que pra você executar você também tem que comandar, então o Estado ainda muitas vezes compete com o município como o executor da assistência à saúde, ele ainda tem dificuldades, por exemplo, de transferir recursos de um fundo estadual pra um fundo municipal, hora, se o município não tem capacidade porque não tem orçamento, o Estado vai fazer o serviço no território municipal, hora porque não o Estado não capacita o município e transfira recursos para o município executar? Não, agora não, porque o município ainda é muito frágil, bom tudo bem, então nesse momento o Estado está fazendo, porém, a perspectiva do Estado é um dia não estar mais ali.”

Embora não tenha sido o foco deste relatório a discussão acerca dos consórcios intermunicipais de saúde se fez presente em algumas entrevistas dentro desta perspectiva de relação entre os entes da federação.

“...O problema é que o consórcio muitas vezes ele vira uma entidade que tem mais poder do que todos os municípios juntos, ele é um prestador que acaba tendo mais poder do que os gestores, em dados municípios e que na prática as vezes gera dificuldades em colocar muito clara as regras, as vezes isso gera dificuldade.”

“...Agora o papel do Estado a meu ver ele é fundamental e insubstituível e é justamente esse papel de regulador do sistema, coordenador, prestando assessoria muitas vezes ao município, prendendo nesse processo. Porque em uma perspectiva o papel da Secretaria Estadual vai ser cada vez mais regulador, cada vez menos prestador.”

3- A NOAS NO ESTADO DE SÃO PAULO

A introdução da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) em 2001, vem no sentido de trazer à discussão e buscar mecanismos que lidem com a relação estado e municípios na organização de sistemas de saúde no nível regional. Dentre esses mecanismos destaca-se a Programação Pactuada Integrada (PPI) feita entre municípios e intermediada pela DIR para buscar soluções regionais.

“...A própria NOAS prevê um mecanismo de programação pactuada, programação da PPI para que o município que tem o recurso, que vá atender o município vizinho que não tem, agora, não é fácil organizar isso, porque a quantidade de recurso e dinheiro é sempre menor do que a quantidade de demanda que chega. A secretaria estadual de saúde tem dificuldades inclusive para definir quem são os municípios que devem atender os municípios vizinhos que é chamada a determinação do que deveria ser o município sede, sede da região. Por que? Ele vai ter o recurso para atender melhor a população, só que não tem dinheiro para fazer isso, precisa de investimento e lógico que ele espera que o Estado dê o investimento. Esse Estado tem seiscentos e quarenta e cinco municípios, mais da metade deles querem ser sede e isso é tecnicamente inviável, então essa é a dificuldade. Se a gente fizer isso só ouvindo o lado técnico, certamente apenas cem dos 645 municípios deveriam ser sede mas isso não atende a expectativa da população ou mesmo dos políticos de cada uma dessas regiões, então essa é uma questão que precisa equilibrar a questão técnica com a política.”

Além das dificuldades técnicas e políticas acerca da escolha dos municípios sede, a indefinição do papel do estado prejudica a organização dos serviços. Nesse sentido, uma

parceria mais forte entre governo federal e estado seria uma possibilidade de desenvolvimento desse processo de promover uma melhor integração no *locus* regional.

“Mas eu ainda acho que tem problemas, ainda, complicados e não foram resolvidos, porque o estado não assumiu, de fato, o seu papel de coordenador e planejador da saúde, de gestor estadual do SUS. Ele continua hoje como o que. Ele continua ainda querendo ser prestador. Mas acontece, que eu acho, que, hoje, você tem segmento que precisa ser prestador, mas tem outro segmento que não precisa, certo, e isto é um processo que, eu acho que está caminhando a hora que o Federal começa a financiar e toma o estado como parceiro e como um elemento fundamental, um ator fundamental deste processo, aí você pode saber que é importante.”

Embora haja um certo consenso da importância da NOAS como uma norma que contribui para levantar a discussão sobre a necessidade de uma melhor organização dos municípios no nível regional, existem críticas quanto à questão do financiamento. Segundo alguns entrevistados, a NOAS deveria prever um fundo, gerenciado pelo estado, que destinaria recursos para organização de serviços intermunicipais.

Essa destinação de recursos para o estado seria uma possibilidade de evitar que todo o recurso fosse destinado diretamente do governo federal para os municípios, o que segundo alguns técnicos estaduais contribui ainda mais para um sistema extremamente municipalizado, no qual o estado não tem muita função.

“...Tem uma discussão nossa muito séria com o Ministério e a NOAS não contemplou as coisas como a gente gostaria inclusive, deveria ter um fundo para estar fazendo essa alocação para equidade não sei o que, teria que ser de uma direção regional de saúde

que passaria ter um instrumento financeiro para discutir com os municípios e dizer esse é tanto, esse é tal, esse doente pode vir para cá porque aqui tem um recurso para custear isso, porque nenhum prefeito foi eleito para cuidar da população do município vizinho.”

“...Não esta tão claro nesse momento no SUS, não sei se já esteve mais claro o papel das secretarias estaduais de saúde. Eu acho que o Ministério acha que isto esta claro, não é não está claro isso daqui, só que o Ministério atribui um papel aos municípios que eu acho que não esta correto de um município ter uma reserva de recursos para atender a população de um outro município, eu acho que era mais lógico você colocar um outro ente entre os municípios para estar fazendo isso. Quer dizer, nos aspectos centrais a NOAS contribui para, por exemplo, chamar a atenção aos governos estaduais do seu papel de organizador do sistema, coordenador e tal, só a forma como esta sendo proposta que não contribuem para que se dê esse processo mais político, mais negociável.”

VII – BIBLIOGRAFIA

ABRUCIO, F. L. (2002). *Federação e Mecanismos de Cooperação Intergovernamental: O Caso Brasileiro em Perspectiva Comparada*. Relatório de Pesquisa, NPP/EAESP/FGV, São Paulo.

_____ & COSTA, Valerino Mendes F (1999). *Reforma do Estado e o Contexto Federativo Brasileiro*. Fundação Konrad Adenauer. São Paulo.

_____ (1998) “Os avanços e os dilemas do modelo pós-burocrático: a reforma da administração pública à luz da experiência internacional recente”. In BRESSER PEREIRA, L.C. & SPINK, P. (orgs.). *Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial*. Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro.

AFFONSO, R. B. A & Silva, P. L. B. *A Federação em Perspectiva*, São Paulo, Fundap, 1995.

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de. *Distritos Sanitários: concepção e organização*, volume 1. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania)

BRASIL, Ministério da Administração e Reforma do Estado. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*, Brasília, Imprensa Nacional, 1995.

BRASIL, Ministério da Saúde. *1997: Ano da Saúde no Brasil*, [mimeo], 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. *NOAS 2001 – Norma Operacional da Atenção à Saúde*, Brasília, 2001.

BRESSER PEREIRA, L. C. *A Reforma do Estado dos Anos 90: Lógica e Mecanismos de Controle*, Brasília, Cadernos MARE, 1997.

INSTITUTO DE SAÚDE. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado de São Paulo. BIS - Boletim do Instituto de Saúde, Nº 26, abril 2002

CEPAL. *Salud, equidad y transformación productiva en America Latina*, Washington, CEPAL, 1994.

COSTA, Nilson R., SILVA, Pedro L. B. & RIBEIRO, José M. A (1999) A descentralização do sistema de saúde no Brasil. RSP - Revista do Serviço Público, ano 50, nº 3, jul/set 1999.

Diário Oficial do Município de São Paulo. Ano 46, nº18. Janeiro 2001.

ELIAS, Paulo, MARQUES Rosa Maria & MENDES Áquilas. As tensões presentes no financiamento da saúde. Revista USP, São Paulo, nº51, setembro/novembro 2001

FUNDAP - Fundação do Desenvolvimento Administrativo. Descentralização no Setor da Saúde : antecedentes, dilemas atuais e perspectivas do caso brasileiro. São Paulo, 1989 (Textos para discussão, 20)

GERSCHMAN, Silvia (1995). *A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro, Fiocruz.

IBAÑEZ, N. et al. *Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo*. Revista Ciência & Saúde Coletiva 6 (2), 2001, p. 391-404.

JUNQUEIRA, L. A.P.& Inojosa, R.M. *Descentralização do Modelo de Prestação dos Serviços em Saúde em São Paulo*. Revista da Administração Pública, Rio de Janeiro, ago./out. 1990.

JUNQUEIRA, A.T.M., MENDES, A.N & CRUZ, M.C.M.T (1999) “Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado de São Paulo: Situação Atual”, Revista de Administração de Empresas, EAESP/FGV, São Paulo.

KEINERT, T. M. M. *Do Oficial ao Legítimo: O Subsistema Não-Institucional de Atenção à Saúde em São Paulo*, São Paulo, EAESP/FGV, dissertação de mestrado, mimeo, 1992.

KEINERT, T.M. & CASTRO SILVA, C. de. *Globalização, Estado Nacional e Instâncias Locais de Poder na América Latina*, Washington, Business Association of Latin American Studies - BALAS Proceedings, 1995.

KEINERT, T. M. M. & CERQUEIRA, M. B. *Inovação na Prestação de Serviços Públicos de Saúde: Experiências de Municipalização*, Santiago do Chile, XXX CLADEA's Assembly, 1995.

KEINERT, T. M. M. *Política Pública de Saúde, Inovação e o Plano de Atendimento à Saúde do Município de São Paulo*, São Paulo, Revista de Administração de Empresas, v. 37, n.3, jul/set, 1997.

KEINERT, T. M. M. *Do Estatal ao Público: Crise e Mudança de Paradigmas na Produção Técnico-Científica em Administração Pública no Brasil*, Tese de Doutorado, São Paulo, EAESP/FGV, 1998.

KEINERT, T. M. M. *Administração Pública no Brasil: Crise e mudança de paradigmas*, São Paulo, FAPESP / Annablume Editora, 2000.

MASSOLO, A (1994) Em Direção às Bases: Descentralização e Município”, Revista Espaço e Debates, n.24, NERU, SP

MAPELLI, V. *Equity and Efficiency in Italian Health Care*, Health Economics, 2, 1993.

MARQUES, R. M. *A Proteção Social e o Mundo do Trabalho*, São Paulo, EAESP/FGV, PhD Tesis, 1996.

MEDICI, A. C. *Sistema de Saúde Brasileiro, Aspectos Econômicos*. Porto Alegre: AIHCS, 1996.

MENDES, E. V. *Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde*, São Paulo, Hucitec/Abrasco, 1995.

MENDES, E. V. *Uma Agenda para a Saúde*, São Paulo, Hucitec, 1996.

MENDES, E. V. *A Organização da Saúde no Nível Local*, São Paulo, Hucitec, 1998.

MELO, Marcus André B.C. de (1996). “Crise Federativa, Guerra Fiscal e ‘Hobbesianismo social’: efeitos perversos da descentralização”. São Paulo em Perspectiva, vol. 10, n.3. São Paulo.

MEZZOMO, T. M. (1995) “Descentralización Y Democratización: Una Propuesta de Reforma Administrativa de la Alcaldía de São Paulo (1988-92)”. In GONZÁLEZ, G. & OGLIASTRI, E, (comp.). *La Gerencia Pública: Asunto Privado?* TM Editores/Ediciones Uniandes, Bogotá

Ministério da Saúde, 1995. *Avançando para a Municipalização Plena da Saúde: O que cabe ao Município*, Brasília, mimeo.

OECD. *Ministerial Symposium on the Future of Public Services*, Paris, 6 March 1996.

OLIVEIRA, A M. F. de. *Os Dilemas da Municipalização da Saúde no Contexto de uma Região Metropolitana: O Caso de Campinas*. Campinas, Instituto de Economia da Universidade de Campinas. Tese de Doutorado, 1995.

Prefeitura Municipal de Mirassol. Lei nº 2.522 de 15 de julho de 2002 – Conselho Municipal de Saúde de Mirassol

RIBEIRO, José M. & COSTA, Nilson R. *Consórcios municipais no SUS*. Brasília, IPEA, Textos para discussão nº 669, 1999.

WORLD BANK, *Poverty*, New York, Oxford University Press, 1990.

WORLD BANK, *World Bank Report 1993*. New York, Oxford University Press, 1993.

WORLD BANK, *World Bank Report 1997*. New York, Oxford University Press, 1997.

VAZ, José Carlos (2000). Consórcios Intermunicipais. In: PAULICS, Veronika (org.)
125 Dicas: idéias para a ação municipal. São Paulo, Pólis/BNDES.

SITES CONSULTADOS:

Site do Ministério da Saúde

<www.saude.gov.br>

Site da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo:

<www.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/index.asp>

Site da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo

<www.saude.sp.gov.br>

VIII. ANEXOS

ANEXO A

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS EM NÍVEL ESTADUAL

1. como se caracteriza a **política de saúde da ses**?
- 1.1- qual é o **papel** desejado para a **ses** dentro desta política?
- 1.2- qual o **papel dos municípios dentro da política da ses** (ou seja, o sus prevê autonomia municipal e mando único em cada nível de governo, como isto é possível? há riscos de fragmentação ou de conflitos entre os níveis municipal e estadual ?)
2. como se **organiza no território** o atendimento dos níveis primário, secundário e terciário internamente ao município?
3. como está a questão da **regionalização a partir da noas**?
4. como o sr(a) vê a inserção (no que se refere aos critérios utilizados para o estabelecimento das dirs) do seu município dentro da dir? como o sr(a) vê as eventuais modificações no modelo da dir com a noas?
5. há **conflitos entre diferentes entes da federação** (estado, município, união)? as **competências no sus**, segundo o(a) sr(a), são claramente estabelecidas?
6. em que aspectos a área da saúde poderia ser considerada **um exemplo de integração vertical** entre entes federativos?

7. as **cib's** e as **cir's** poderiam ser consideradas uma inovação bem sucedida, neste sentido de integração vertical entre diferentes níveis? elas funcionam efetivamente como uma mesa de negociação ou são mais um organismo burocrático-formal que apenas legitima decisões anteriormente tomadas? qual a experiência em sp?
8. como é negociada ou como é realizado o **acordo entre os gestores** (municipais, estadual, (dir's) e ministério?
9. existe sintonia entre a política de saúde estadual e o plano de trabalho da dir que é executado, em grande medida, pelos municípios? qual é a **relação entre as secretarias municipais de saúde e as dir's**?
10. qual a sua avaliação sobre a **participação popular** no sus no estado? os conselhos estaduais de saúde têm atuado efetivamente na definição de políticas, estratégias e de prioridades?
11. há mecanismos (utilizados pela ses) para amenizar ou **corrigir desigualdades entre municípios** ou entre agrupamentos de municípios (regiões internas ao esp)?
12. em que medida a questão da saúde é abordada de uma perspectiva intersetorial dentro da política proposta pela ses?

ANEXO B

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS EM NÍVEL LOCAL

1. como se caracteriza a **política de saúde da sms**?
- 1.1- qual é o **papel** desejado para a **sms** dentro desta política?
1. 2- qual o **papel dos municípios dentro da política da ses** (ou seja, o sus prevê autonomia municipal e mando único em cada nível de governo, como isto é possível? há riscos de fragmentação ou de conflitos entre os níveis municipal e estadual ?)
2. como se **organiza no território** o atendimento dos níveis primário, secundário e terciário internamente ao município?
3. no seu município, como está a questão da **regionalização a partir da noas**?
4. como o sr(a) vê a inserção (no que se refere aos critérios utilizados para o estabelecimento das dirs) do seu município dentro da dir? como o sr(a) vê as eventuais modificações no modelo da dir com a noas?
5. há **conflitos entre diferentes entes da federação** (estado, município, união)? as **competências no sus**, segundo o(a) sr(a), são claramente estabelecidas?

6. em que aspectos a área da saúde poderia ser considerada **um exemplo de integração vertical** entre entes federativos?
7. as **cib's** e as **cir's** poderiam ser consideradas uma inovação bem sucedida, neste sentido de integração vertical entre diferentes níveis? elas funcionam efetivamente como uma mesa de negociação ou são mais um organismo burocrático-formal que apenas legitima decisões anteriormente tomadas? qual a experiência em sp?
8. como é negociada ou como é realizado o **acordo entre os gestores** (municipais, estadual, (dir's) e ministério?
9. existe sintonia entre a política de saúde estadual e o plano de trabalho da dir que é executado, em grande medida, pelos municípios? qual é a **relação entre as secretarias municipais de saúde e as dir's**?
10. qual a sua avaliação sobre a **participação popular** no sus no seu município? os conselhos municipais de saúde têm atuado efetivamente na definição de políticas, estratégias e de prioridades?
11. o seu município recebe repasses de recursos do nível estadual como incentivo à implementação de diretrizes da **ses**?
12. há mecanismos (utilizados pela **ses**) para amenizar ou **corrigir desigualdades entre municípios** ou entre agrupamentos de municípios (regiões internas ao esp)?

13. em que medida a questão da saúde é abordada de uma perspectiva **intersetorial** dentro da política proposta pela sms?

ANEXO C

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS

- 1 - Luciano Junqueira – PUC-SP
- 2 - Áquilas Mendes – CEPAM – SP
- 3 - Gilberto – Conselho Municipal de Saúde de Mirassol
- 4 - Julio - Conselho Municipal de Saúde de São José do Rio Preto
Sani – Conselho Municipal de Saúde de São José do Rio Preto
- 5 - Osmar Ismael – Diretor Regional da DIR de São José do Rio Preto
- 6 - Doutora Maria do Carmo Vitta – Secretaria Municipal de Saúde de Mirassol
- 7 - Elaine Gianotti - Técnica da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo
- 8 - Alberto Hideki Kanamura - chefe de gabinete da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo
- 9 - Pedro Dimitrov - Secretário Adjunto de Saúde da cidade de São Paulo
- 10 - Cacau – Secretário Municipal de Saúde de São José do Rio Preto
- 11 - José Silva Guedes - Secretario Estadual da Saúde do Estado de São Paulo
- 12 - José da Rocha Carvalheiro – Presidente do Instituto da Saúde
- 13 - Maria Lúcia – Coordenadora do SISVAN – Instituto da Saúde
- 14 - Maria José Ribeiro Linguanotto – Coordenadora da Coordenadoria de Planejamento da Saúde de São Paulo (CPS).
- 15 - Homero Nepomucemo – Ex- Secretário Municipal de Saúde de Santo André-SP.
- 16 - Roberto Mauro Borges – Coordenador da Macro Interior
- 17 - Márcia Amaral – Secretária Adjunta da Secretaria Saúde de Campinas

18 - Cristina Togashi – Diretora da Regional de Saúde de Marília

Rita - Assistente da Diretoria Regional de Marília

19 - Enio Pinto - Secretário de Saúde do Município de Marília e Presidente do COSEMS

20 - Sirio Valdir Campiani – membro do Conselho Municipal de Saúde de Quintana, representante dos funcionários da Saúde, não universitários.

21 - Maria Inês Guion Borges – Secretária Municipal de Saúde de Quintana

22 - Maria Magnólia – Coordenadora da Macro da Grande São Paulo

1- Luciano Junqueira – PUC-SP

Silvia – Como o senhor observa a relação da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e os município.

Luciano - Com a Secretaria, ela vive, realmente, um momento de marginalidade e isto aconteceu, por aquele momento da época de Collor, que valorizou muito o município, o contrato direto, Brasília-município e isto está muito em cima da NOB 93, esta coisa aí e o estado passou à margem e o estado estava vivendo uma situação ruim. Ele não tinha uma posição muito clara, de qual era o papel dele. Alguns já tinham saído, um pouco, da prestação, mas continuavam na prestação e o Governo Federal valorizando esta relação município-Estado. Quando chega mais no governo já do Fernando Henrique, esta situação muda e se começa, então, a se envolver. O estado trabalhar. O estado neste processo de relacionamento o que tira esta dimensão do que é o estado tem um papel determinante neste processo, desculpa, o município ter uma relação município-Ministério. Então, quando começa, efetivamente, esta mudança, porque o estado começa a ter um papel, inclusive eu participei, no Ministério da Saúde, que eu trabalhei lá, na consultoria, no ano de 99 a 2000, começo de 2001, que era quando João Yunes era o Secretário de Políticas da Saúde. Eu trabalhei lá na assessoria. Eu, inclusive trabalhei na formulação do Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS. Eu montei, lá, um projeto, inclusive, quando eu estava conversando com esta senhora, que é para participar da avaliação deste projeto. Então, quando eu saí do Ministério, quando o João Yunes sai, este projeto foi implantado e este projeto o que é o de Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS e o que é o fortalecimento, é através de você ter esta proposta do seu trabalho... formatar uma gestão... aliás, formatar, não. É auxiliar o estado a redefinir o seu papel e buscar um papel que o passe, o gestor da política, trabalhando com o que. Trabalhando com planejamento, avaliação e controle. Esta é a proposta e este projeto que nós trabalhamos e que chama se assim mesmo “Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS” é um projeto, em termos de

referência, eu que montei tudo isto. Este projeto constituído era o que, era um projeto que foi concebido por nós, da Secretaria, na gestão do Yunes e implantado e quem executou... a proposta era o que contratar consultoria para viabilizar este projeto. Então, foi feita a consultoria, por exemplo, no SUS, e quem que participou: GV, GV-São Paulo era uma caminhada. Hoje está GV-São Paulo e Rio e trabalha onde. Pernambuco e Bahia. Depois tem Minas, que pega o Rio Grande do Sul e Minas, mesmo. Rio Grande do Sul, Minas, Rio de Janeiro. Depois tem outras empresas que levam..., a Boucinhas & Campos, que pegou. Tem empresa menor que pegou. Então, foi o seguinte: foram cinco regiões que trabalharam esta questão do Fortalecimento e este fortalecimento contemplava o que, em fortalecer o estado e esta relação. Efetivamente, o projeto, agora, na implantação, nem esquece. O staff trabalhou muito esta questão da relação estado-município, o fortalecimento do estado, trabalhando o estado e o que nós concebemos naquela época, de fortalecer e fortalecer esta relação, aí ficou sem, ficou muito desfigurado, tanto pela demanda do estado, entendeu, e eu acho que a proposta não era esta. A proposta era, exatamente, pensar o estado fortalecido e já prosseguir nesta relação. E isto foi o que não aconteceu. E agora, então, como é que eu vejo... eu acho que hoje os estados estão mudando esta relação. Os estados, hoje, estão tendo uma visão mais clara. Já está saindo um pouco desta questão do estado prestador. O estado, hoje, basicamente, só está trabalhando com alta complexidade e hospital, inclusive, em São Paulo, que era um problema grave, porque São Paulo, Capital, era uma das grandes cidades do país, que não tinha a plena, que não tinha autonomia na gestão dos recursos estaduais existentes no estado. Hoje, São Paulo, já está trabalhando isto. Nesta gestão atual do PT, está trabalhando e vai trabalhar, de fato, esta gestão, porque o município vai trabalhar isto e é uma relação... eu acho que a relação, ela mudou. Por quê. Porque o estado, o governo federal, de alguma maneira, ele deixou de intervir direto e esta relação está muito mediada pelo estado, mas, qual é o problema. É que o estado ainda não tem clareza de qual é o seu papel, apesar dele ter tirado, praticamente, quase toda a parte de prestação dele, mas ele continua como prestador, ainda, na área hospitalar ou mesmo de alguma referência, de alguma complexidade. E isto é de alguma maneira ruim, porque ele fica sem uma visão de qual é o seu papel neste trabalho. Mas, acontece o seguinte, que o que eu vejo hoje é que já está mais claro, nem que a prática não seja esta, mas já está mais claro que o estado tem este papel e tem uma dimensão também que não podemos uniformizar enfim, por quê. Porque o estado..., o estado não, o município não tem a mesma capacidade de assumir toda a gestão. Ele não tem a capacidade de dar resolutividade para a questão hospitalar e executar o que a gente chama de especialidade. Ele não consegue dar. E, às vezes, o que está surgindo aí e que eu acho interessante, é que, às vezes, os municípios estão articulando para dar um outro formato e o estado está sendo um dos mediadores e isto está variando muito de estado para estado. Então, eu não posso dizer pra você, hoje, que isto se realiza igualmente no Brasil inteiro. Não é verdade, mas eu posso dizer que este processo está em andamento, certo. E você tem, inclusive tem surgido alguns estados que estão criando o que eles chamam de consórcios e estes consórcios são figuras muito interessantes. E este consórcio dá conta de quê. É do município, de um conjunto de municípios especialmente existentes no estado, que se organizam para prestar assistência médica de especialidade e fazer a questão hospitalar. E nisto, de alguma

maneira, o estado está presente e o estado não está presente, como interventor. Ele está presente como articulador e eu vejo esta possibilidade muito interessante. Eu não posso dizer pra, porque isto eu não consigo tudo, ainda, é que isto está acontecendo igualmente. Não está. Eu tenho certeza de que não está, mas eu não posso dizer pra você qual é o estado que está mais avançado ou menos avançado. Por exemplo, em Minas, desfaz, praticamente, toda esta divisão e tem gente, tem pessoas que criticam muito que diz que isto é uma coisa formal. Mas o que é verdade é o seguinte, que lá, hoje, você tem, de fato, os municípios se articulando por região. Bem ou mal está acontecendo. E em São Paulo também existe isto. Então, eu vejo que é uma possibilidade que o estado comece a desempenhar um papel de articulador. Mas, acontece, ainda hoje, em São Paulo, que é onde eu conheço melhor, é que, por exemplo, a DIR criou este papel. Ela era intermediária. Mas acontece o seguinte, nesse processo de reforma, aconteceu, a DIR ficou muito fechada, então, como ela foi desformatada demais, na reforma política, que eu até participei deste programa, do início desta reforma, é que o processo foi feito de uma maneira muito formal e não teve um ritmo que possibilitasse a DIR assumir o papel do 'Ersa', que o 'Ersa', no fundo, ele era regulador e o município já prestava serviços. Então, o que aconteceu com a DIR, a DIR não conseguiu desempenhar este papel novo. Ela não assumiu nem o papel do 'Ersa', em que estava e nem o dele novo, que é o de articular. Então, aconteceu o que, hoje, e que se fala, inclusive, é que a DIR, em alguns lugares, ela consegue ter este papel. Em outros lugares, ela não consegue ter nenhum papel. Ela fica meio baratinada lá e não consegue articular o trabalho, a prestação do município. Agora, eu vejo o seguinte, eu acredito que houve um avanço, mas ele, às vezes, a gente faz muito disso, em pesquisa, e arranja um outro modelo, que a gente quer apropriar isto de uma maneira igual. E não é igual. Primeiro que o Brasil não é igual. E mesmo que apresente ele, como um estado, por exemplo, como São Paulo, a complexidade é muito distinta, dentro deste estado e você tem regiões muito ricas e consegue articular com a região de Campinas e que tem uma lógica toda diferente. E você vai para outras que não é igual. Você vai para o Vale do Ribeira e mesmo esta região do Norte Paulista, que também não é igual. Então, acontece o que. A DIR tem um papel distinto e ela não consegue de fato, costurar este papel, para o qual ela foi criada. E tem gente que critica muito e fala 'ah, porque pegaram um monte de 'ersas' e formam uma DIR'. Eu, do meu ponto de vista, isto é uma lógica importante, porque o problema que isto tudo aconteceu, como tudo no Brasil, é que se criou formalmente e não se trabalhou este processo. Como é que você muda a lógica da articulação. Como é que você muda a lógica da articulação, porque, acontece, que não adianta você querer e falar 'soma todos, estes municípios todos', se quiserem, eles vão agir só... e todo mundo está articulando. Não adianta fazer isto. Tem de criar uma dinâmica, Isto foi feito com o 'Ersa'. Foi uma coisa muito interessante e se criou um clima com o 'Ersa' e, de uma hora para a outra acabaram com o 'Ersa' e criaram a DIR e a DIR tinha de ter esta visão também de processos de criação desta articulação. Então, o município, nem sempre ele consegue ter, de fato, uma interlocução e ter um momento de articular e fazer, de fato, esta relação. Agora, só que eu acredito o seguinte: hoje, você tem uma coisa concreta. É que quem financia uma parcela significativa da atenção à saúde, ainda é Brasília, certo. E com o SUS. E eu não estou chamando o SUS de financiamento.

Não é isto. Eu acho, inclusive o SUS, para mim, é a coisa mais importante que aconteceu neste país, por mais que se piche e fale que é uma coisa horrível. Isto é mentira. Para mim o SUS, é de fato o grande avanço para a saúde, no Estado. Eu acho que o SUS, ele é um processo que foi criando e foi construindo. Você vê São Paulo, Capital, hoje, este negócio é uma inovação que está acontecendo com o PT. Você vai criando uma coisa nova em vez de... o problema não era ficar trabalhando com a assistência médica. É estar trabalhando com um processo de promoção à saúde para um país desse tamanho e com essa complexidade, você não pode pensar em assistência médica, do mesmo nível em que Brasil é um país inteiro. Nem em São Paulo você pode pensar nisso, que é uma cidade complexíssima. Por exemplo, esta coisa de... esta semana eu fui para um seminário dos agentes de saúde, no Interior de São Paulo, 'Criando uma Dinâmica'. É uma coisa incrível. Até em questão de emprego, eles falam 'nós temos emprego. Nós não tínhamos nada', inclusive quem está em São Paulo, Capital, está começando fortemente. As pessoas, contando pra você, as experiências dela em trabalhar aqui, em São Paulo, Capital, você fica admirada. Uma pessoa que me disse 'sabe sr..., eu fico... eu vou. Na minha rua, todo mundo já me conhece...' e OK 'quanto tempo você está trabalhando lá?' 'eu tenho um ano'. E a rua... e acontece o que e o que é muito interessante e não é assistência médica. Eu falei 'e o que você faz com a população?' e ela me falou 'eu converso e faço e como é que ele quer ser atendido' e eu falei 'e você não dá nada?' e ela falou 'não. Não faço nada. Só converso'. Então, você imagina que coisa interessante. Isto é uma lógica nova de atenção à saúde, porque não é a lógica da assistência médica. É a lógica da promoção à saúde e que é uma coisa que antigamente, muito antigamente se falava e que se chamava de visitador sanitário, que era outra coisa e que hoje se chama de 'agente comunitário de saúde', quer dizer, o Fulano que trabalha na perspectiva intersectorial, que até que... ele é aquela questão da especialização. Com ele, você teve o que, você fez com que o Estado, não importa em que nível está, legou, devolveu para a sociedade a sua competência de assistir à população e de atender à população nas suas necessidades de direito. E aí aconteceu o que. Agora, a própria sociedade contrata estas pessoas para elas atenderem à população. Mas acontece que o atendimento é outro, não é igual ao que era antigamente. Pega, vai lá e está lá. Agora, não. A saúde, enquanto instituição, ela passa a ter um papel distinto. Ela passa a ser articuladora de alguma coisa em que a sociedade está trabalhando. Por quê. Porque estas pessoas são contratadas para a área onde ela mora e vive. É muito interessante porquê. Você passa a ter uma lógica diferente e quem está fazendo isto. O município. É para todo o município. O município que tem de atender a população. Não é o estado. Mas o estado está financiando todo este processo. O Estado federal, o Estado estadual está financiando tudo. Ainda eu vejo, eu tenho um problema que, eu acho que passa naquele financiamento. Eu ainda vejo que o Estado ainda está um pouco à margem, tanto é verdade que, por exemplo, em São Paulo, Capital, o que aconteceu com o Maluf, não dava bola, nem para o estado e ministério, mas com o estado estava pior ainda, que o estado fez uma rede que operava uma rede por conta própria, dentro da cidade de São Paulo. Então, o que acontece. A coisa era segmentada. O município é uma coisa. Tudo segmentado. Agora, no estado, em geral isto não é verdade. No Brasil, em geral, isto não é verdade, tanto que isso é mais complexo em São Paulo, porque é uma cidade deste

tamanho e neste abandono todo, isto é um absurdo ter uma situação como esta, por isso que se dizia que o SUS tinha um problema grave, porque São Paulo não estava nem sendo ouvido. Não era de fato um trabalho do SUS, porque tinha estado oito anos no Maluf. Mas eu vejo, que hoje, nós temos uma lógica diferente. Eu acredito que neste processo, nós estamos ainda caminhando. Por quê. Porque o estado ainda não tem clareza de qual é o seu papel. Como é que ele vai 'não prestar' assistência. Como é que ele não vai ter referência. Como é que ele não vai gerenciar hospital, mas, agora, acontece o seguinte, tem regiões que o estado tem sim de estar presente. Tem regiões que o estado tem sim que estar lá fazendo assistência médica na perspectiva médico-hospitalar, porquê. Porque o município não consegue gerenciar aquilo. Não tem massa crítica. Não tem mão-de-obra qualificada. Então, o estado é o estado mesmo. Mas, hoje, você pega o que. Eu acho que hoje, com a coisa, médico de família, por exemplo, o estado, hoje, está ausente disso, de estar financiando, de ficar dando assessoria. Vai ver quem está gerenciando e trabalhando, efetivamente, com isto, é o município. Agora, tem um processo federal, mas foi um processo estadual que articulou. O PSF, para mim, era a coisa mais interessante, na linha, se você quer saber, que é articulação federal, que é uma concepção geral. O estado realiza e o município opera, entendeu. Então, você tem os três níveis articulados neste papel do PSF. Trabalhando com o PSF, que são aquelas equipes de saúde com o agente de saúde, que faz parte dessas equipes. Para aquele lugar, o agente de saúde é mais que só a equipe do PSF. Então, o que foi que eu vejo, hoje, né, pra fechar este negócio de saúde, que você perguntou primeiro. Eu vejo o seguinte, que você tem alguns projetos exemplares, como é o PSF, onde esta articulação é para você segurar bem, bem forte. Mas eu ainda acho que tem problemas, ainda, complicados e não foram resolvidos, porque o estado não assumiu, de fato, o seu papel de coordenador e planejador da saúde, de gestor estadual do SUS. Ele continua hoje como o que. Ele continua ainda querendo ser prestador. Mas acontece, que eu acho, que, hoje, você tem segmento que precisa ser prestador, mas tem outro segmento que não precisa, certo, e isto é um processo que, eu acho que está caminhando e o Ministério tem um papel importante nisto, porquê. Porque a hora em que o Ministério começa a polarizar e eles tendo o financiador do sistema, você tem um problema complicado, porque estado não tem autonomia. Agora, a hora que o Federal começa a financiar e toma o estado como parceiro e como um elemento fundamental, um ator fundamental deste processo, aí você pode saber que é importante e você pega muitos estados com trabalhos muito bons. Tem estados como o Mato Grosso do Norte. Dos que eu conheço. Poderia ter mais. É dos que eu conheço. Tem Rio Grande do Sul, o próprio Rio. São Paulo está um pouco complicado, mas, mesmo São Paulo, já começou, agora, até ter alguns processos... mas São Paulo ainda é uma coisa complicada a nível estadual. Você tem... Mato Grosso do Sul também tem uns exemplos interessantes. Goiás e vários estados que conseguiram trabalhar esta dinâmica de uma maioria diferenciada. E eu acredito no seguinte, que pra mim, é uma questão de tempo. Há um processo em formação, em formatação, inclusive esta pesquisa, este projeto de "Fortalecimento da Gestão do SUS" foi concebido para ser isto, mas eu acredito e todos os que estão aqui nesta avaliação, ele não conseguiu ser, porquê. Porque atendeu muitas demandas individuais, no estado. Porque não foram em todos os estados nacionais. Foram aqueles que selecionamos.

Selecionamos dez estados só, porque isto cria um efeito de multiplicador. Mas, eu acredito, que este efeito multiplicador não se realize ou eu nem sei até que ponto ele vai se realizar, porque algumas referências são exemplares nisto aí. Parece que Mato Grosso. Mato Grosso mesmo e Goiás. Parece que Rio Grande do Sul, estes parecem que são experiências exemplares. Já está. E por quê. Porque parecem que eram estados que queriam esta coisa pra poder realmente mudar a sua lógica e fortalecer, enquanto gestor. Não sei se te respondi, mas é por aí que eu vejo a maioria.

Silvia - Eu queria só perguntar para o senhor como é que se ficou toda esta dinâmica com a NOAS, em 2001, porque, de repente, houve uma modificação neste relacionamento, em cada município...?

Luciano - Olha, deixa eu te falar. Eu acho que, no fundo, estas... esta, a NOAS e as outras que vieram anteriores, elas não mudam muito a lógica. Elas vão no ritmo que está acontecendo. E hoje, a NOAS, no meu ponto de vista, nesta linha, eu acho que ela não representou uma mudança significativa, entendeu. Ela contribuiu. Ela fortaleceu o sistema de contribuição, mas ela não é uma linha de mudança. No meu ponto de vista, ela não introduziu mudanças. Nesta linha que você está querendo entender. Ela pode ter introduzido outras mudanças, mas, no meu ponto de vista, ela não mudou muito. Eu acho que ela introduz esta coisa algo do SUS, da questão do PSF, do orçamento e desta dinâmica, mas ela não introduz uma mudança substantiva no processo, como acontecia antes, porque, no fundo, o que já estava acontecendo é que foi formatado de uma maneira muito distinta, mas nesse processo das relações, eu acredito que ela não introduz uma grande mudança. Pode ser que isto vá acontecer, neste momento, mas eu não vejo isto como uma grande mudança, entendeu. Agora, mas eu acredito que, hoje, você tem experiências municipais exemplares e tem experiências de estado também exemplares e há esta relação. Agora você pode falar que a NOAS foi responsável. Eu não sei, porque acontece o seguinte, nós estamos trabalhando que tudo é uma questão de avaliação, pegando as normas antigas. Aí você pode levantar assim 'será que elas não determinaram esta mudança?'. Eu não sei. Têm vários fatores que explicam, inclusive a questão gerencial, porque você vê que medida os gestores estaduais, eles e os gestores federais e municipais não anteciparam uma (...). Como é que eles se consideram atores deste processo, porque, o que você tem muito é o seguinte: as pessoas vivem reclamando que não têm recursos e aqueles municípios e aqueles estados, onde assumem este papel distinto e fala, pára. Não é por aí. Você vê que tem mudanças. Você não viu agora, nesta eleição aí, tanto o Alckmin falava mal do PT, no município, tanto o PT falava mal do estado, no hospital. O que fez o secretário? 'Ah, o detalhe é que saiu agora pouco o acordo com o Governo Alckmin. Isto aí é uma bobagem eleitoreira, porque eu devo isto ao SUS'. Você viu o que ele falou, você leu isto 'eu devo isto ao SUS', porque não é esta a questão. Porque você atendeu a população de baixa renda, com a demanda e magnitude de São Paulo, se você for ficar olhando as coisas mínimas, que são problemáticas. É problemática, mas não é esta a questão. A questão é você ver como estas coisas, elas melhoram, elas

mudam a lógica, porque acontece que, às vezes, hoje você vai lá e está assim e amanhã está diferente e porquê. Porque a demanda, ela é de uma magnitude enorme e é uma coisa que se passa, que vai e vem. Que vai e vem. Então, eu vejo o seguinte: eu acho que a NOAS tem um papel importante. Ela significou, principalmente a partir de Brasília... é a lógica que Brasília que vai, mas eu não vejo que este processo tão importante, que está se vivenciando, que o SUS já vinha, no meu ponto de vista, elas vão fazer o quê. Elas vão se aperfeiçoando, mas não ocupa o que SUS concedeu, que definiu, entendeu. Eu acredito muito que todos estes... ou, então, ser o instrumento que possibilita você melhorar esta prática que aí está, aperfeiçoar, mas não é unificar a mudança desta lógica. Por exemplo, uma coisa complicada, que eu vejo no SUS é a universalidade. E porque que você vê. Será que mudou isto. Eu acho que não. Mas nós não conseguimos atingir e não sei quando é que nós vamos atingir a universalidade e a integralidade também, mas acontece o seguinte, nós estamos entrando, agora, com este PSF, o mesmo, com esta coisa do agente de saúde, tocar uma coisa importante, que eu acredito que esteja unida que é a integralidade e atendendo o seguinte: integralidade o que é. Não é atender a doença. É atender a qualidade de vida das pessoas. Eu acho que este negócio aí que mudou. É uma contribuição e uma contribuição que a saúde dá é pensar na totalidade da integralidade da atenção. A totalidade de direito para se concatenar uma qualidade de vida e que não é ela só que vai resolver saúde, enquanto política, mas é a integração das políticas – educação, saúde, habitação, renda e tudo isto – mas o que acontece com este agente de saúde, a saúde está contribuindo para dizer o seguinte: nós estamos dizendo para a população que ela têm direitos e para ela ter este direito, passa pela questão da cidadania e que não é só a saúde que vai falar. Estes são os agentes comunitários de saúde, então, este agente que a saúde está colocando na comunidade é um agente da integralidade. É um agente que dá a visão que a saúde é qualidade de vida. Saúde não é doença. E neste sentido, eu estou vendo que as pessoas caminham.

Silvia - Eu queria, então, que o senhor me falasse sobre as DIRs, que a formação não ficou muito clara, nem com a pesquisa, que aqui, no estado de São Paulo, como é que se formaram estas DIRs? Que tipo de critérios, quais os critérios que foram... que guiaram o estabelecimento destas DIRs? O senhor participou do processo?

Luciano - Não. Eu vou te falar a posição seguinte. Eu participei na formação dos Ersas. Eu trabalhei como consultor pela Fundap. Eu trabalhava na Fundap. E neste processo que... a União concedeu a ela, a Fundap como consultora trabalhou nisto e eu que coordenava este projeto. E nós pensamos o ersa, por quê. O ersa foi pensado, em cima de população e de longevidade de área e não em termos de equipamento, apesar que o modelo falava de... era o modelo que tinha e que dava no ersa, a hierarquização de equipamentos, tudo como se isto aqui fosse uma pensão. Então, nós vimos o seguinte, que havia uma multiplicidade de ersas e eu achava que nós tínhamos de pensar uma nova etapa que era pensar o papel do estado, nesta visão de estado como gestor do SUS, ele devia ser. Devia ser planejador, controle e avaliação. Avaliação e controle. Eu acho que era esta a visão do estado. Era este

o papel. Era ali que tinha de fazer alguma coisa de cobertura, aquilo que o município não conseguia espaço, eu tinha de fazer e fazer, nesta linha. Então, a gente viu o seguinte, que é este papel de você não precisar ter muitas guias. Precisava ter algumas e isto trabalhava em que visão. A visão da homogeneidade regional de acesso. Basicamente é isto, acesso de transporte de área de circulação e de equipamento. Também acesso aos serviços ou de complexidade. Então, esta questão da concepção original foi esta a que eu dei. Foi este o desenho. Começa a trabalhar com acesso, acessibilidade e equipamento. Certo. Agora, que isto, a gente trabalhou em cima disso. A gente achava que não devia ter tanta DIR. Devia ter poucas DIRs, que, no fundo, havia dito que a DIR era você pegar por região aquilo que, em cima, fizesse como concepção. Então, a DIR foi concebida assim, mas acontece que nós tínhamos um processo muito longo. Nós tínhamos, que nós tínhamos o que. Nós tínhamos as DIRs, que eram mais de setenta e nove. Era uma quantidade enorme. E a DIR, no processo original, eram quinze. Depois foi ampliando mais. Agora eu nem lembro quantas são. São vinte e poucas, agora. E aí, o que acontecia na época, o processo que nós vivemos na época, para conceder o próprio ersa. Foi um processo de debate com as pessoas que seriam envolvidas nesta dinâmica, que nós começamos a fazer isto, também com a DIR, mas isso não foi viabilizado. Nós trabalhamos um processo de criação da DIR, a Fundap e eu estava coordenador deste projeto, mas isto por questões de conjunturas internas da Secretaria, isto não foi viabilizado. Então, se fez o que, se fez uma coisa formal. Se definiu as DIRs, porque, acontece que para você mudar uma organização, uma instituição que tem uma história. Tem uma tradição. Você não muda do dia para a noite. Você não muda só por decreto. Você tem de mudar trabalhando as pessoas, que é pela proposta que a gente fazia na época, que era trabalhar as pessoas. Trabalhar as pessoas para que elas percebam e contribuam e isto no processo começou a se trabalhar, mas, de uma hora para a outra, esse negócio não ocorre, então, por isso, que eu falei que foi só formal. Então, você definiu e as pessoas passaram a implementar e não houve um processo todo só de discussão, de trabalhar junto, de treinamento, que nós fizemos na época do ersa. O ersa, vai ser esta a rede, formava grupos nos ersas e vinham pra São Paulo para serem treinados para poder saber o que era o ersa, como que se trabalhava com o ersa e acontece que, neste momento, era muito mais complicado, porque já existia esta rede. Então, você teve de fazer uma rede. Então, você tinha de estar trabalhando isto fortemente e isto não foi feito. Foi o que se começou a fazer, no início, e quando nós começamos a montar esta rede, a coisa, conjunturalmente, mudou e não aconteceu, inclusive eu tive de sair da coordenação do projeto, mas a Fundap continuou, mas acontece que não houve aquela estratégia que a gente tinha visto antes, que era uma estratégia de processo. Uma estratégia que faz com que você vá discutir e vá levando a instituição a incorporar isto. Então, hoje, a DIR ainda não é uma rede. É uma crise, ainda. A DIR não é, de fato, aquilo que as pessoas estão só lembrando o ersa. E que eu acho que não é. O ersa passou o momento do ersa. Você pensa, hoje, no estado, como gestor que vai trabalhar planejamento e vai trabalhar e trabalhar avaliação e controle e suprir algumas necessidades, e regular esta questão. Ser um órgão regulador. Você precisa ter... que se monte uma rede tão grande, certo, que é uma multiplicidade enorme, porque ela não é prestadora mais. Ela é reguladora. Ela, talvez, receba até em regulação, que ela nem tem

mais este controle, certo. Então, não precisa de tudo isto. Então, e isto pra você mudar. Pra você mudar, você precisa tem de ter alguns instrumentos de mudança, se não tiver, uma lei não é instrumento, um decreto não é instrumento. Ele ajuda, mas ele não é. Ele só... ele não faz o processo da mudança, as pessoas tem de canalizar isto, que você está trocando. E é isto sempre o que eu falo, inclusive, esta semana, eu estava discutindo só no Interior. As pessoas falam, falam e falam e eu cheguei e coloquei esta visão e uma pessoa estava lá e falou 'eu concordo com você. É isto'. Mas o E... 'não, é muito exagero. Tem muito município. Tem de ter mais DIR ...'. Eu acho que não é isto. Eu acho que, talvez, tenha muito município, mas acontece o seguinte, se você começar a achar que o estado tem de fazer um monte de coisa, aí, tudo bem, certo. Aí, tudo bem, precisa de um monte de coisa. Você não é..., se fosse assim, você teria mais coisas que você tem hoje na área federal. O que você vê, a presença no estado, do Governo Federal, no Brasil inteiro, e você não tem tantas unidades nos estados. E você tem o quê. Tem o poder de regulação e tem o poder do dinheiro que é o financiamento, certo. Enquanto que o estado também tem este papel de alguma maneira. Mas acontece é que, então não precisa você ter um monte de ersas, que, naquela época, a visão que a gente tinha da saúde e do papel do estado era outra. Não tinha, achando que o seguinte, que o Estado também podia ser prestador. Que o município era fundamental, mas o Estado tinha um poder supletivo muito forte e, hoje, é um motivo bem diferente. O Estado não precisa ter este poder. Ele tem poder supletivo onde precisa, não como geral. Então, você não precisa ter um monte de ersas. Vai ter algumas regulações de que isto faça um processo mais amplo de regulação. Agora, tem toda uma rede montada até aqui, de Santos e passa por São Paulo, que vinha mal, que tinha uma crise da não renovação. A crise do funcionário público é muito complicada, de pessoas formadas para este. Eu acho que estas coisas é mais do que você explicar só por um fator. É uma série de coisas, várias, uma conjuntura, que criou uma situação mais complicada pro estado, pra saúde, neste processo, porque, por exemplo, na experiência do ersa, você tinha todo um grupo aliado, acreditando no processo da mudança. Hoje, ainda, se tem. Mas quando o Estado não consegue assumir o seu papel de ter uma visão mais correta fica complicado e isto, em São Paulo, aconteceu e que, se não mudar agora, pode também continuar nos outros estados, que passa um pouco por aqui... pro gestor, mas eu não estou simplificando e dizendo que a gente quer só isto. Eu acredito que é um dos fatores importantes. Eu acho que é um tema. Tem vários temas. Tem recursos humanos. Tem treinamento, se eu não te pus aí, mas eu acho que este aqui, que é o foco central, porque eu vivi o processo e percebi, na época, já, que iria acontecer isto.

Silvia - E, professor, uma última pergunta, seria sobre o financiamento. Eu já li alguns artigos, que o governo do estado de São Paulo, não sei se isto acontece com outros estados, não tem uma política clara de financiamento na área da saúde. São mais aportes de recursos pontuais para determinados projetos ou equipamentos, mas não tem uma continuidade, algum processo contínuo de financiamento.

Luciano - Eu achei que você ia falar. Eu acredito... eu não sei, eu não tenho acompanhado isto com o Brasil inteiro, mas o estado de São Paulo está, realmente, problemático com relação a isto, inclusive o nosso estado não deu (...), em termos de financiamento, que o financiamento é muito mais, o que é regular, é muito mais o federal. Mas nós não podemos dizer também que não haja dinheiro na saúde no estado, entendeu, porque as pessoas, às vezes, simplificam muito. Elas falam 'ah, o estado não financia. O estado não dá...', ah, realmente, mas acontece que quando você vai ver os projetos e ações, têm recursos do estado, mas, talvez, não tenha no volume e na expectativa que você tem. Mas, de uma maneira ou de outra, a infra-estrutura da saúde, o estado financia. O fato dele ter financiado a construção de hospitais que ocorreram neste período recente e até de coisas que estão acontecendo e que foi importante o financiamento do estado. Agora, talvez, o complicado é que o estado, ele não tem, ele não injeta recursos da mesma maneira que injeta, o próprio Governo Federal, enquanto ele está ainda... via, o que a gente chama "SUS", ele injeta na assistência e não só na assistência, em toda a ajuda, o menos que pôr, ele é regular e é importante, inclusive houve uma mudança que isto vivia em crise. Hoje, isto é muito mais regular, o fluxo de recursos na área federal para os estados e municípios, do que era antigamente. E a mesma coisa com o estado, mas o estado, hoje, o volume de recursos que ele repassa não é muito significativo, mas eu acredito o seguinte que, em São Paulo, pela complexidade e pelo tamanho, é real a gente falar que isto não é o que... que não há dinheiro, sendo repassado para a saúde. Ele tem, talvez, este fluxo agora, mas você não pode esquecer da estrutura, que está sendo montada. Hoje, a quantidade de hospitais que foi construída, no ano passado é muito grande e toda o atendimento que está sendo feito. Mas é claro, que isto tem uma crítica que se faz. Eu não tenho dados para te falar 'é o ritmo foi este'. Eu não tenho, porque eu não acompanhei isto, recentemente, mas eu, pelo que eu conheço, eu acho que, ainda hoje, o Estado tem um papel importante - o Estado unidade federada - mas, ele, talvez, em São Paulo, ele não conseguiu, realmente, ter a presença, que ele devia ter, tanto em termos de financiamento, como em termos de coordenação da atenção, de coordenação do processo de gestão estadual. Eu acho que esta é a questão mais complicada que acontece aqui, hoje, inclusive que o estado que, a crítica que se faz na saúde da gestão estadual do SUS, é muito complicada, em São Paulo. Se critica muito, mas, exatamente porquê. Está certo. Eu acho que esta que é a grande questão. Agora, que falta recursos, talvez, mas eu acho que não é nesta magnitude que as pessoas dizem, mas eu acho que o problema mais complicado é que, realmente, não conseguiu articular. Não se conseguiu, nesta gestão, trabalhar com a massa crítica, no seu conjunto, que está expandido, inclusive renovar. Eu acho que este é o problema mais complicado, eu acho, na relação da gestão estadual do SUS.

2 - Maria do Carmo Meireles – CEPAM-SP

Áquilas Mendes – CEPAM - SP

Maria do Carmo - ... foi no Governo Montoro Vários consórcios foram incentivados por uma política de estado. Então, era assim, se dava equipamentos pra... planos para se

equipar o aparelho de forma regional e fazer um consórcio. Então, como este plano foi feito. O consórcio foi criado de forma e depois deixou de existir, porque não era, como eu vou dizer, porque não partiu de uma necessidade dos municípios. Então, neste contexto, eu acho que o consórcio tem de surgir e dar sustento. A concepção é de uma articulação, entre os municípios. Eu acho que o estado tem o papel de apoiar, capacitar tecnicamente. Eu acho que o estado, tem vários papéis que poderia estar fazendo, mas ele não tem, no meu modo de entender, envolver para que se criem consórcios, porque não é... porque se ele não tiver um grau de relacionamento e participação, de fato, dos municípios, ele vai existir enquanto tiver incentivo do governo do estado. Se não houver uma história, um trabalho conjunto, criar uma questão social conjunta, um planejamento conjunto e tudo o mais, o que vai acontecer, quando o estado sair, deste município e desta instituição, que eles fizeram várias experiências nesta linha, não, especificamente, no estado de São Paulo, na área da saúde, entendeu, mas em outros consórcios de produção de bloco de concreto. Então, se deu máquina para se produzir blocos de concreto, para fazer ruas, sei lá, por um período específico, depois ele passou a não existir mais, entendeu, porque não existe esta questão histórica mesmo, social e política deste trabalho conjunto e outros que existem desde a década de 70. Eles existem e funcionam com ou sem o apoio do Governo do Estado. Podem até ... seria bom que tivesse, também por uma questão de investimento. Seria super importante se tivesse, mas eles têm algo em compasso, que existe desde a década de 70 e continua lá, porque não há uma... não se costuma questionar. Agora, tem outros estados, que pediram apoio, pro Governo do estado, na área da saúde e ele fornece até hoje, é... mas porque existia, eu acho que uma base regional forte, onde prefeitos articulavam, o município, o próprio usuário do serviço de saúde já usava o município-pólo, muitas vezes como referência. Então, nestes casos, mesmo sem o apoio do Governo do estado, eles continuam existindo sem.

Silvia - Ah, entendi. Então, o Governo do estado é, assim, meio que indiferente para sucesso do consórcio.

Maria do Carmo - Não. Ele não é indiferente. Eu acho que ele deveria muito apoiar iniciativas como esta, mas desde que elas surjam do municípios e não seja uma coisa assim, eu dou uma ambulância, se você fizer o consórcio. Eu dou o trator retroescavadeira, se você fizer o consórcio. Aí, o que acontece, os municípios querem uma ambulância, querem uma pá escavadeira, mas ele fazem o consórcio porque querem receber o equipamento. Tem de partir do município a constituição e organização desse consórcio, mas o estado pode apoiar. Pode apoiar na questão financeira, dando equipamentos de... ajudar a administrar esse consórcio para que eles façam planejamento, sabe. Dentro das CTIs e tudo o mais, ele poderia estar discutindo a questão do planejamento, de como é que você trabalha. Pode estar apoiando equipamentos em que venham esta necessidade da região. Fazer com que os municípios pensem que não está indo bem o tipo de atendimento pra medicalizado. Você não está trabalhando a questão da prevenção. Então, o estado pode refletir junto, planejar, fornecer, dar apoio técnico pro município, que, muitas vezes, ele não tem. Então, eu acho que este é o papel do estado.

Maria do Carmo - É generalizar. Eu acho que têm conselhos de saúde que têm trabalhos muito efetivos, que estão acompanhando, monitorando a política, rediscutindo, dando diretrizes, que é super interessante. Agora, têm conselhos que também se assumem, periodicamente e que o... lado... o Governo acabar colocando e não tem instrumento pra questionar. Não dá pra gente generalizar, mas eu acho que é um grande avanço, a questão dos conselhos nas áreas sociais. Eu não acho que é só na área da saúde. Agora, está funcionando no estado de São Paulo. Olha, não dá pra dizer isto, até porque a última pesquisa que a gente fez foi de 98, quantos estavam funcionando, quantos não estavam, quantos tinham ata. Então, pra te dizer, especificamente hoje, eu não sei te informar se tem alguma pesquisa sobre isto, mas, uma vez, a gente fez, quantos estavam funcionando por áreas, os que tinham Regimento Interno, os que não tinham, ata..., a gente avaliou atas e tudo o mais e é isto que a gente tem, um livro de . Mas, hoje, eu não saberia te dizer mesmo, quantos foram criados, quantos estão em funcionamento, porque eu acho que quase todos do estado de São Paulo estão em funcionamento hoje. Eu acho que... todos estão funcionando? Não. Depende do município. Depende de quem está na gestão. O tipo de gestão. Eu acho que não dá pra generalizar pro estado, como um todo. Eu acho que tem avanços importantes, generalizados, eu acho que não.

(corte)

Silvia - Então, agora, no início é mais para a gente discutir um pouco sobre a política da saúde da Secretaria Estadual. Como você está vendo que ela vem se desenvolvendo..?

Áquilas - Da Secretaria Estadual de Saúde? Bom, eu acho que é importante, pelo menos as pessoas que acabam conversando, com você, sobre esta questão da saúde e vem e te fala da política estadual, eu acho que, mais recentemente, a gente tem de demarcar o papel dos governos estaduais, sobretudo de dar reforço para o papel de gestor da secretaria de estado, a partir da NOB 96. A gente não pode desconhecer que, anteriormente, a construção do SUS, ela se fez muito com o papel do estado bastante enfraquecido e isto tem uma questão histórica até do ponto de vista do papel da instância regional dos governos estaduais. Histórica que eu digo porque a idéia, nesta construção da discussão de saúde, ela foi muito levada de lado em relação ao governo federal e governo estadual. No estado de São Paulo, há uma particularidade. O SUS, no estado de São Paulo, anteriormente ao SUS, nós tivemos todo o processo aí de municipalização e descentralização, na área da saúde. Começa lá desde a Ais, nas ações integradas de saúde, em 1982, no Governo Montoro, especificamente, em São Paulo, em que há já uma tentativa de construção desde processo de descentralização e aí o papel da instância governamental exercendo esta idéia de estimular e de induzir esta descentralização, aqui, teve um grande papel no Governo Montoro, a partir de 1982. Depois nós tivemos o SUDS, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde e também puxava ou dava para o governo estadual o papel também de promotor desta descentralização. E no estado de São Paulo, se avançou muito com o SUDS, que ele é de 1987. Porém, quando a Constituição contempla o

Sistema Único de Saúde, a rigor, você tem... as diretrizes do Sistema Único de Saúde colocam a descentralização como uma das diretrizes da integralidade e da participação da comunidade. Porém, na operacionalização daqueles artigos da Constituição que foram estruturando o SUS, ficaram, especificamente, a idéia da descentralização ficou muito marcada pela força da articulação do poder das esferas do Governo que foram prestigiadas na Constituição. De um lado municípios foram agraciados com a descentralização de receitas e os estados também, porém, como o Sistema Único de Saúde é um sistema integrado e havia uma necessidade de uma articulação, em nível nacional, da política única de saúde, o Ministério da Saúde passa a exercer o papel de grande organizador desta política, através da sua forma descentralizada e acaba na regulamentação da Constituição, na Lei Orgânica da Saúde, 8080, de 90, a de 8152, de 90, acaba dando um papel muito destacado à descentralização e à forma de repasse e cria, sobretudo, os fundos de saúde, o fundo nacional, o fundo estadual e o fundo municipal. Porém, para operacionalizar estas leis orgânicas foi preciso uma normatização, através de portarias, e isto se chamou, se intitulou as Nobs, as Normas Operacionais de Base. A rigor, eu não vou comentar da NOB 91, porque ela foi uma tentativa do Governo Collor de retomar, de retomar não, de recentralizar, de mudar a lógica da questão do financiamento, sobrando para a perversidade. O financiamento é feito com base na produção: quanto mais se interna, mais recebe, quer dizer, totalmente contrário à lógica do SUS do conceito de saúde, que é produzir saúde e não produzir doença. Mas esta NOB 91, a rigor ela tenta modificar todo espírito das legislações, da Lei Federal 8080 e 8152. Mas, aí, a rigor, quando se dá o passo de construção deste sistema único, através das instâncias descentralizadas, ele se dá pelo viés do fortalecimento do município e do Governo Federal. Quando eu falo se dá, não é que ele se deu, assim, magicamente, é que nós estamos falando das relações de poderes entre diferentes esferas de governo, portanto, há conflitos. A gente não pode desconhecer que há conflitos nestas relações e estes conflitos, na prática, da construção do sistema único, eles vão ser cada vez mais claros. Estes conflitos estão exacerbados e são colocados entre as forças de disputas de poder entre o município e a União e a NOB 93 contempla uma forma de descentralização que privilegia a relação entre União e municípios, entre o Ministério e secretarias municipais de saúde. E o governo estadual, a rigor, ele não é contemplado. Ele fica sem papel claro a partir da NOB 93. E foi assim que foi andando o Sistema Único de Saúde, pela infra e a descentralização com a tônica da municipalização. Quer dizer, eu não vou contar toda a história até, mas eu acho que esta história que eu te trouxe no início, era importante resgatar, porque, a rigor, isto vai deixando que o papel de coordenação da política, em nível regional, que deve ser exercido pelo estado, ficou bastante fragilizado e, aí, eu disse que o que a gente não poderia deixar de esquecer era a inflexão da NOB 96, que a Norma Operacional de 96 tenta retomar o papel de organização regional importante do estado e não foi a troca de nada, porque, a rigor, como ele estava sem papel, era necessário retomar um processo que estava se dando pela municipalização da saúde de forma atomizada. A literatura trata muito disso. Atomizada, ou seja, cada município ia tocando e ia levando da sua forma sem a noção e a ligação com toda a idéia da integralidade do sistema, ou seja, você precisa articulação do nível regional, a regionalização e a questão federal. Eu estou falando de uma forma bem resumida. O que eu

quero dizer é que o governo do estado anteriormente à Constituição, no estado de São Paulo, que tinha um papel muito importante nesta construção, ele passa, do ponto de vista da regionalização, a ser considerado, inclusive o estado de São Paulo, a ser um dos estados mais atrasados. Então, nós vamos ver, olhando pelos olhos... até hoje, se você olhar a construção desta última Norma Operacional, que é a NOAS, Norma Operacional de Assistência à Saúde, que está tentando, de novo, somar esta idéia da regionalização e tomar o papel de articulação do *locus* regional, esta NOAS, no meu entender, tem um processo de qualificação de entrada de... pertence à esta regionalização, que depende dos estados estarem preenchendo uma série de requisitos. Para ser mais curto, vou dizer assim, é toda uma construção de um plano diretor de regionalização, uma construção de um planejamento pactuado e integrado e que o Governo do estado foi um dos últimos a poder se qualificar na NOAS. O Governo do estado de São Paulo, quer dizer, que tem vários estados, mas ele ainda não está qualificado na gestão mais, vamos dizer assim, na gestão superior, que puxa para si todo o processo de regionalização e organização destas políticas de saúde. O que eu quero dizer é que o estado de São Paulo é o gestor pleno avançado do sistema. Ele não é o gestor pleno do sistema estadual de saúde, que dá a diferença com que ele não puxa pra si toda a responsabilidade no pagamento, na ordenação, na gestão do sistema, no estado de São Paulo. Ele é gestão avançada e ele não é... foi dos primeiros a se qualificar na NOAS. Portanto, isto tem esta história aí, justamente porque ele foi perdendo o papel e ele foi tentando recuperar, via NOB 96, via NOAS, mas ainda nós estamos muito atrasados neste processo. E eu queria chamar a atenção, mais, no que diz respeito ao papel da Secretaria de Estado, que São Paulo, comparando com algumas outras Secretarias, mas mais na temática, na dimensão do financiamento, isto porque é que eu trabalho mais nesta área de financiamento da política de saúde. Na discussão de financiamento, nós temos aí uma questão importante que foi a Emenda Constitucional 29, que para que os gestores do SUS, as esferas de Governo federal, estadual e municipal, elas devem vincular, elas devem aplicar recursos nas ações de políticas de saúde, vinculadas às receitas de impostos e transferências comissionadas. Eu não vou me reter nas explicações de como é que ficou esta vinculação para o nível do Governo federal, mas eu só posso te dizer, agora de imediato, que ela é distinta do Governo estadual e municipal. Pros Governos estaduais e municipais ficou bem claro na Constituição, que estas esferas de Governo tem de vincular 12% pros estados, no mínimo, das receitas de impostos para as ações e serviços de saúde. Nos municípios, no mínimo, 15%. Município e estado que não estão aplicando este mínimo exigido pela Constituição, em 2000, terão a possibilidade de oferecer, saindo de 7% da receita de impostos e chegando, em 2004, para 12%, no caso dos estados e 15%, no caso dos municípios. Bom, porque eu disse tudo isto. Porque, a rigor, isto obrigou, no ponto de vista constitucional e legal, obrigou com que os estados alocassem recursos dos seus tesouros da suas receitas de impostos para a área da saúde. Esta exigência aconteceu, porque houve uma construção e uma falta de financiamento do setor e esta falta de financiamento fazia com que o Governo estadual, por exemplo, não acabasse colocando os serviços necessários e, portanto, o seu papel no apoio à política de saúde ficava sempre também de lado. Quando eu falo apoio, porque na Constituição federal e estadual coloca que o papel, na área da saúde, para os estados, é cooperação técnica e financeira. No que

tange o papel da Secretaria de Estado da Saúde, a questão financeira, o apoio financeiro, o que preconiza a Constituição, foi deixado muito de lado. Quando se fala em operação financeira, significa recursos do tesouro estadual, recursos, impostos, ICMS, sobretudo, aplicados nas ações e serviços de saúde e significa, inclusive também recursos transferidos aos municípios. Este papel ficou deixado de lado. E, no caso do apoio técnico, a Secretaria de Estado da Saúde, como ela ficou defasada, no que tange esta relação de disputa de poder e, sobretudo, realmente, na definição do seu papel, o que ela tem de fazer para contribuir com o sistema, a rigor, este apoio técnico também ficou defasado em nível do Governo do estado. Paralelamente a isto, na questão financeira, como havia poucos recursos, os municípios acabaram entrando com as suas receitas de impostos, portanto, os municípios começaram a ampliar a sua margem de gastos em saúde, mas era necessário que existir uma massa de recursos que não dependia só de um município. Muitas das ações de saúde, elas não se resolvem só nos limites territoriais de um município. Ela tem uma abrangência que pega, inclusive a região. Às vezes, um problema na questão de saúde, eu não tenho no município ultrassom para mamografia, mas o município do lado tem. Eu não preciso ter. Eu posso estar referenciando para o outro município, o que necessita uma articulação regional e que este papel quem deveria ser, desde então, que o Governo do estado organizando esta forma, pactuada entre os municípios. Porém, como isto não existiu até, sobretudo, mais recente nesta construção da regionalização, mais recente da NOAS pra cá, em 2001. Então, o que acontece e precisava alocar recursos, os municípios, no estado de São Paulo, foram um dos primeiros a estimular os consórcios intermunicipais de saúde, porque era uma forma de os municípios se juntarem para enfrentarem um problema comum. Então, por exemplo, falta ultrassom no meu município e no município do lado, mas o outro tem. Então, vamos nos consorciar para resolver alguns serviços que podem apoiar a área da saúde. Então, aqui é um exemplo que eu estou te dando. Então, o estado de São Paulo foi um dos primeiros a deflagrar esta questão dos consórcios municipais como uma forma de contribuir pras resoluções da saúde de caráter regional. Então, por isso, que os consórcios começaram a surgir e o estado de São Paulo, pra nós, nós, no Cepam, a instituição à qual eu sou vinculado, nós fomos um dos primeiros a pesquisar e entender sobre os consórcios municipais, intermunicipais de saúde, que aparecem na década de 80. No estado de São Paulo são oito, inicialmente, e depois ele cresce o número e passam a ser doze, enfim, você tem um trabalho nosso de 95, se eu não me engano, que eram doze consórcios intermunicipais funcionando. Mas, enfim, mas porque que eu fiz esta volta e falei de consórcio, se eu estava desviando da dimensão do financiamento. Porque, a rigor, os recursos não podiam ser só mantido pelo próprio município. Era necessário juntar sócio e município para manter a política pública de saúde, sobretudo no que tange a questão da dimensão financeira, coisa que o estado não passava recursos condizentes. Não dava este apoio e cooperação técnica. Eu acho que, primeiro ponto aqui, primeiro ponto assim, vamos dizer se a gente vai sintetizando, senão eu vou falando, falando e falando. Sintetizando, o papel da Secretaria de Estado de Saúde, na construção do sistema, ele ficou defasado no tempo. Ele vem retomando e vem retomando no aspecto da regionalização, da construção de uma pactuação entre municípios, mas por política deliberada do Governo estadual? A meu juízo, não. Por uma necessidade do sistema que exigiu a retomada do

papel da Secretaria de Estado e esta exigência foi legal a partir da NOB 96, que começa e, mas ele pega o pulso mesmo, a partir da regionalização, eu vou dizer, com a construção do planejamento pactuado integrado, que, a rigor, no estado de São Paulo, ele só vai ganhar peso com a NOAS, a partir de 2001, e, ainda hoje, nós temos problemas. Têm diversas regiões do estado de São Paulo, o famoso PPI, a famosa Pactuação Planejada e Integrada não foi construída. Se foi, foi daquele jeito muito sem se envolver. Isto não foi um processo realmente ascendente de construção com os municípios e o estado coordenando a pactuação entre eles.

No que tange a dimensão financeira, ponto dois, eu quero dizer que o Governo do estado não tem respondido ao papel exigido, a sua cooperação financeira. Bem, o Governo do estado pode enviar recursos para uma Santa Casa ou enviar recursos para um outro hospital no município, porém, o que eu estou querendo dizer não é isto. O que eu estou querendo dizer é que o papel dele de coordenar recursos para apoiar a gestão do sistema local de saúde, porque é lá que, efetivamente, acontece e apoiar significa ele ter uma política clara de distribuição, de repasses de recursos, isto não existe no Governo do Estado de São Paulo, via Secretaria do Estado de São Paulo. Eu estou te dizendo isto pra te dar... pra ficar mais claro, você já tem, hoje, treze experiências de distribuição de recursos de forma equitativa para responder as necessidades de saúde de gestão dos sistemas municipais de saúde, em três estados: Mato Grosso, Ceará e Rio Grande do Sul. São experiências de secretarias de estaduais de saúde, que passam recursos do seu tesouro municipal, ou seja, os recursos de impostos, não de transferências federal, os recursos dos impostos estaduais, passam os recursos de forma automática, fundo a fundo, do Fundo Estadual para os Fundos Municipais de Saúde, através de critérios pré-estabelecidos de alocação de recursos para fortalecer a capacidade de gestão do sistema municipal. Vou te dar um exemplo de estado, por exemplo, o estado do Rio Grande do Sul, ele repassa e é chamado, até um programa que existe e é chamado de Municipalização Solidária, que são recursos alocados do Governo estadual, que repassa através de critérios. Por exemplo, o coeficiente de mortalidade infantil, claro, que privilegiando os municípios com alta... coeficiente no sentido de estimular para que sejam rebaixados. O universo da capacidade instalada dos municípios... critério específico de priorização da saúde nos orçamentos municipais, justamente porque, no estado do Rio Grande do Sul, tem orçamento participativo e se a saúde é contemplada entre as três primeiras prioridades, tem um peso. Enfim, tem uma série de critérios e se... o número de pessoas, população acima de 65 anos e população entre 7 e 14 pra poder estimular, inclusive, políticas que atuem em saúde, nesta área. Enfim, tem lá, no estado do Rio Grande do Sul, uma série de... são sete critérios, ao todo, que eles construíram e, a partir de critérios, eles têm repassado dinheiro de uma forma global e automática. Quando eu falo global é porque é um montante pro Fundo Municipal para fortalecer a capacidade de gestão do município e, aí, o município vai usar conforme a política de saúde definida em seu plano de saúde, então, ele vai usar conforme aquelas definições, que ele mesmo, em contato com a sociedade em com o Conselho Municipal de Saúde acordou e vai alocar. Daí, o Governo estadual acaba exercendo o papel de apoio

financeiro, neste aspecto. O Governo do Mato Grosso também fez experiências neste sentido de construção de sistemas municipais. É um estado novo nesta construção, então, também tem toda uma política por aí. No Ceará você tem políticas de incentivo à construção de programas de atenção à saúde e aí tem a construção do PSF, o Programa de Saúde da Família, de Agente Comunitário da Saúde, de Apoio às Unidades Básicas de Saúde, enfim, o que eu quero dizer é que estes estados acabaram criando formas financeiras de apoiar os sistemas locais de saúde, porque o SUS, ele é ascendente. Começa formação do sistema municipal, a exigência de uma coordenação regional, que papel, no sistema, o estado deve desempenhar, não só técnico, mas, sobretudo, também financeiro, e este estado vai respondendo. E o estado de São Paulo nem sequer (...). A Secretaria Estadual de Saúde não tem esta alocação direta. A alocação que se faz é uma alocação a partir de convênios com o município, portanto, não é um recurso automático e nem global. É um convênio específico ou passa recursos pra Santa Casa ou passa recurso pro município pra apoiar em uma ação mais localizada e se é convênio, a rigor, você... é um acordo entre partes, então, depende do município e eles se acertarem. Nos outros estados, não. Você tem um critério automático sobre os critérios técnicos adotados, então, não tem esta questão, independe de mudança, por exemplo, partidária. Enfim, eu estou dizendo porque, a rigor, eu falei dois pontos: eu acho que tanto do ponto de vista técnico, o papel da Secretaria de Estado de Saúde, eles deixaram a desejar na construção. O estado de São Paulo, praticamente, ficou, em se pese que em 87, nos anos 80, tiveram dois papéis, porém, do ponto de vista de fortalecer a descentralização do sistema, acho que na década de 90, a gente poderia dizer, que houve um processo de marcha lenta, nesta construção, tanto do ponto de vista técnico quanto do ponto de vista financeiro. Como é que está hoje. Eu queria dizer que, com a NOAS, quer dizer, a Secretaria de Estado da Saúde e, sobretudo de São Paulo, tem se visto obrigada a exercer este papel de regionalização, com muita dificuldade, porque isto você não constrói da noite pro dia. A rigor, você tem, hoje, um conflito de poder. Os municípios no estado de São Paulo, eles acabaram... tendo construído mais o sistema, tendo mais do que tem no sistema. Avançaram muito mais a capacitação dos seus técnicos, que os próprios técnicos da Secretaria de Estado de Saúde. Então, a rigor, às vezes, uma DIR, que é a Direção Regional de Saúde, tem de fazer tal gestão, tal procedimento tem de ser adotado, quando os municípios dizem 'não, mas não é assim, nós não definimos assim. Aqui você está dizendo assim e não tem norma para isto.', porque é um conflito muito forte. A gente percebe que há uma... que houve um processo de desqualificação, no estado, não por não ter técnicos muito bons. Isto tem. Mas, o fato é que não acompanhou. Agora, vem retomando isto. Vem tentando puxar o atraso, vamos dizer assim, então, o Governo estadual, ele veio, nos últimos anos, mas muito mais por uma exigência legal, a meu ver. Então, eu acabei, na sua pergunta, aqui, fazendo um grande resumo. Eu tentei colocar dois grandes aspectos na dimensão técnica e na dimensão financeira e introduzir também a questão de instâncias que surgiram para ocupar este papel, um pouco, de esforço regional, foram os consórcios e, portanto, a meu ver, o consórcio não é uma nova esfera de Governo, mas sim ele veio para cumprir o papel de articulação dos municípios, de pactuação, coisa que o estado deveria estar exercendo. Quero dizer que o estado vem retomando isto e estes consórcios vêm sobretudo tendo

problemas até para se implantar. Problemas de ordem financeira, problemas de ordem, até de reconhecer o seu espaço e acho que, hoje, atualmente, o papel da Secretaria de Estado, aqui, se a gente for olhar não dá para tratá-lo como um todo, porque eu não... eu quero dizer, que não tem uma política clara do Governo estadual e da Secretaria de Estado de Saúde frente ao papel de apoio à política de saúde, no estado, mas você vai ter algumas regiões e, portanto, fica, sobretudo, uma análise mais de que regiões do estado, onde tem a coordenação regional da Secretaria estadual, até pela sua trajetória, pela relação política na região, pelo conflito político entre municípios e sei lá, acabou tendo um papel muito destacado. Então, você vai ver o comportamento diferenciado entre DIRs, Direções Regionais de Saúde no estado. É bem interessante ver isto e isto tem a ver com o próprio, a meu ver, a relação política na região e com a história de descentralização, naquela região, que, muitas vezes, a DIR acabou sendo... técnicos, que eram de municípios, foram para a DIR e acabam tendo muito a visão de municípios, então, eu não vou aqui ficar destacando qual região, mas você percebe isto claramente. Em compensação, há regiões mais atrasadas que, a rigor, ainda tem papéis muito de coronéis, termos até daquele professor, Abrucio...

Silvia - os barões da federação

Áquilas - ...os barões, né, que aborda os problemas do Governo estadual, numa questão histórica, até de peso, dos coronéis dizendo o que tem de ser feito naquela região. Isto você vai encontrar em algumas DIRs, que eu viajo muito por interiores e falo em diversas regiões, muito mais da dimensão de financiamento da política de saúde e você percebe isto claramente, o município chega e fala 'olha, mas a DIR me disse que tem de fazer isto. Eu não posso pegar o recurso e fazer isto, conforme o meu plano. Ela diz que eu tenho de executar, conforme tal, tal e tal coisa' e eu digo 'não, mas não é ela que diz, quem diz é o processo de construção local. É o plano municipal. São vocês. A DIR tem de dar o apoio técnico e financeiro. Não é ela que tem de dizer o que tem de fazer', mas isto ainda é muito forte e pra terminar, assim, esta minha explanação, eu queria te dizer que eu tenho um artigo junto com o professor Paulo Elias e a professora Rosa Marques, que saiu na Revista da USP, que foi um número especificamente sobre a saúde, que foi no final do ano passado, que a gente escreveu um artigo, embora temos escrito vários outros artigos, mas lá está dito, quer dizer, o financiamento e a política de saúde. O que eu quero dizer é que, a rigor, a política de saúde neste país, nós estamos lá e isto a gente tem reiterado, ela, no fundo, é dada pelo financiamento. O que queremos dizer com isto. É que, a rigor, a construção, os mecanismos de financiar é que acabam balizando a determinação da política de saúde. Isto a gente já percebeu no Brasil e no próprio estado de São Paulo. A rigor, a gente vê o município, que é o *locus*, que começa a construir esta política com a sociedade, a rigor, tem sido, ao longo da história da política de saúde e agora, nos anos 90, isto foi muito forte. Ou seja, esta construção, a política é dada com os recursos que acabam chegando. Para te dar o exemplo, eu diria o seguinte: o Ministério acaba criando, induzindo o que se deve fazer dentro do município. Aí, o Governo do estado também repete isto, a partir do financiamento federal. Então, isto fica muito claro com os

incentivos federais, que foram dados. Agora, para ficar mais fácil de perceber, então, por exemplo, você tem o PAB, Piso da Atenção Básica, criado em 1996, em que pesa ele ser um piso *per capita*, 10 reais, entre 10 e 18 reais pra população, então, isto é *per capita*. Você... acabou sendo criado a partir da NOB 96, a partir de 98, especificamente, incentivos. Se o município implantar o Programa de Saúde da Família, ele recebe tanto de incentivo; se ele implantar Agentes Comunitários, mais tanto; se ele implantar o Saúde Bucal, mais tanto; se ele implantar o Carências Nutricionais, mais tanto de recursos, ou seja, começou o processo de carimbar o financiamento e determinar o que ele tem de fazer lá embaixo. Lá embaixo, eu digo, lá na ponta, o município. Então, muitos prefeitos, muitos secretários de saúde começam a dizer 'bom, quanto que eu vou receber de recursos, ah, então, vamos fazer este programa' ou seja, esta indução do financiamento determinando a política de saúde e a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, particularmente, ela não acabou construindo nenhum mecanismo para tentar modificar, ou pelo menos, ser diferenciado a este processo de financiamento, de carimbar, de itens carimbados determinando a política local. A rigor, o estado de São Paulo, como citei na dimensão do financiamento pra você, ela não faz nada disso. A rigor, ela incentiva, quando muito, ela vai incentivar o seguinte: Saúde da Família, também ela vai dar incentivo ao Programa Saúde da Família, ou seja, não se dá incentivo de forma global e sistemática, como outros estados, apoiando o fortalecimento da gestão da política de saúde, que deve ser definida pelo plano municipal e pelo Conselho Municipal e, aí, o dinheiro vai ser aplicado, conforme o próprio município, assim entende. Não, é fortalecendo um programa aqui ou acolá. Então, acaba não permitindo que a política de saúde seja construída a partir das necessidades, mas sim a partir do dinheiro que tem pra ela os resultados. Neste artigo que escrevemos pra USP, a gente tem falado reiteradamente nisto e, enfim, eu acho que isto é bom se ressaltar. Portanto, sugestões.

Em nível de sugestões, eu acho que tem campo aberto, aí, importante na construção do Sistema Único de Saúde, em que... no papel da instância estadual é necessário, na dimensão do financiamento, por exemplo, defender e o próprio estado sair com uma proposta de apoiar recursos dos seus impostos estaduais para fortalecer, eu repito, a capacidade de gestão dos sistemas municipais e, para tanto, ele deve pensar em critérios que possam responder às necessidades de saúde das regiões, não somente pensar no município, mas fortalecer a capacidade da construção das políticas de saúde, no *locus* regional e portanto, estímulos e incentivos financeiros para que isto possa ser construído. Agora ele não determinar, como no estado de Minas Gerais, quando começou a sair esta onda de consórcios, o governo do estado de Minas Gerais criou um incentivo para estimular a criação de consórcios. Porém, é o seguinte, os municípios começaram a se juntar ou com um vizinho ou com o outro e 'vamos montar um consórcio, que a gente só recebe o dinheiro', então, a construção dos consórcios não foi por uma necessidade de responder a um problema, que não era não só de um município, mas de outros, por isso, o interesse comum para solucionar aquele problema. Mas sim porque tinha dinheiro e 'então, vamos nos juntar pra montar um consórcio, pra ganhar o incentivo financeiro', porque a

questão financeira acaba determinando, então, ela tem de ser utilizada sob outro enfoque, sobre o enfoque de fortalecer a construção de uma política local e se, às vezes, ela não é... não tem resolução local, regional, para isso, os critérios devem ser discutidos de forma técnica e pensada com os atores. E aí, porque não voltar a repensar aquilo que a NOB 96 deixou lá criado, porém, nunca foi implantado: o famoso Índice por Valores da Ação de Resultados, o IVR. Foi criado na NOB 96 e, depois ninguém mais falou. Ou seja, você vai passar recursos para valorizar municípios ou regiões, que responderam a resultados condizentes com saúde. Condizente significa o que, que ora foi planejado anteriormente. Tinha metas, pactos definidos, metas e, portanto, você vai contemplar com incentivos, sobretudo valorizar os que dão resultados, aqueles municípios que atingiram aquelas metas e que, aí, sim, pactuadas e construídas a partir do exercício da construção local e regional da política de saúde. Então, eu acho que uma das sugestões é trabalhar esta dimensão, específica no financiamento, no sentido de valorizar a construção da política, do Sistema Único de Saúde, a partir... ascendente, como diz a Constituição. Como diz a Lei Orgânica. De baixo pra cima, ou seja, do local, regional e pra atingir os outros níveis do sistema e não acabar passando recursos de forma a estimular um programa ou outro, que, a rigor, tem uma demanda em federal, às vezes, estadual, mas talvez não seja uma demanda do município. Quem disse que o município tem de fazer Programa de Catarata. Hoje tem incentivo específico pra quem desenvolver campanha de catarata. Muitos municípios pegavam este recurso e, vamos fazer o programa lá. Pegavam o recurso, mas não necessariamente, no município dele, o Programa de Catarata era o que era mais importante. Talvez você tem sobretudo, uma atenção a hipertensos. Enfim, bom, aí, o fato é que foram criados mais de oitenta itens, aí, tudo carimbado, nos últimos anos. Se você for olhar, o município hoje, o que ele recebe, se é gestão plena ou atenção básica, o PAB fixo e ele recebe variado, o PAB variado tudo uma série de incentivos: se ele implantar a Carência Nutricional; se ele implantar a Vigilância Epidemiológica, se ele implantar... ou seja, tudo carimbado. Nada da forma automática. Tudo contrário à construção da idéia do Fundo de Saúde lá, desde das Leis de 90, a 8000, de dezembro de 90, as Lei 8080 e 8152, da construção do SUS e depois se o município é gestão plena do sistema, ele, além de ter estes repasses, tudo de incentivos na atenção básica, na média e na alta complexidade também foram criados vários itens. Todas as campanhas e incentivos para as campanhas e foi criado também, recentemente, no ano de 2001, as ações estratégicas. Então, se ele tiver ações estratégicas como oncologia e pa, pa, pa, tudo carimbado, ou seja, nós caminhamos para uma lógica de incentivos financeiros determinando a política de saúde e aí, o papel, talvez, dos governos estaduais era tentar moldar a sua forma de financiamento, o seu papel no financiamento do setor. Mudar esta lógica. Coisa que a Secretaria de Estado não teve este papel. Esperamos que, no próximo governo, este seja o item de pauta importante para fortalecer a construção do sistema e construção de sistema não é só o apoio de poder político e técnico, da esfera federal, da esfera estadual é, sobretudo, apoio financeiro. Por isso que a gente fala que o sistema depende da capacitação de apoio financeiro em nível federal, estadual e municipal. Recursos SUS são recursos da esfera estadual, da esfera municipal e da esfera federal. Qual o recurso que vem do Governo Federal.? Veja, do governo federal tem os recursos dos impostos estaduais que devem ser

destinados à política de saúde, portanto, nós temos de pensar em como fazer isto e como implantá-lo e estimulá-lo de uma forma que fortaleça a capacidade de gestão, com a política de saúde construída a partir do local e o município também e todos os seus recursos municipais, enfim, tem um item aí a ser enfrentado.

Eu acho que eu falei demais.

Silvia - Não. Excelente. Eu só queria fazer uma última pergunta... (corte) você trabalhou na Secretaria Municipal e, dentro desse contexto e diante de toda esta explanação que você fez, como é que você observa, aí, nas suas experiências, as relações entre a secretaria estadual e secretaria municipal, em termos do município de São Paulo é bastante peculiar, pelo seu tamanho e grande volume de recursos, será que aí tem uma relação diferenciada da secretaria estadual ou não?

Aquilas - o Silvia, esta pergunta é muito boa, aliás, poderia me deixar falando mais meia hora. Eu vou tentar ser mais sintético, mas esta pergunta é boa pelo seguinte, porque toda esta informação, há que fazer várias ressalvas aqui dentro, e uma delas, eu acho que a gente precisa... o papel de construção do Sistema Único de Saúde, pensar muito a entrada e a forma diferenciada de cidades com mais de 100 mil habitantes devem ter na construção deste sistema. E quando eu falo mais de 100 mil, você fez esta pergunta de São Paulo. São Paulo tem 10 milhões e 400 mil habitantes, tanto que como ela, a cidade de São Paulo, não existe mais nenhuma no país. A cidade entrou no Sistema Único de Saúde no ano passado, então, isto é em 2001 e não faz nem um ano. Então, nós podemos dizer que você está me entrevistando agora, em 18 de novembro, 19 de novembro, portanto, nós teríamos já um ano e mais alguns meses de implantação do SUS, na cidade. E eu fui para a Secretaria Municipal de Saúde para ajudar nesta área orçamentária-financeira, mas sempre com a preocupação, que tem... esta questão do recurso, ela deve entender a lógica da política de saúde e não eu ir lá e determinar o contrário. Então, sempre a nossa sensação, enquanto economista, era pensar na questão da política de saúde e fortalecer a construção do SUS, nesta cidade. Eu estou aprendendo e muito, porque, a rigor, a dimensão dessa cidade exige todo um repensar, em vários aspectos, das próprias leis, das próprias questões que envolvem o Sistema Único de Saúde, porque, isto daqui, tem vários municípios aqui dentro. A Secretaria de Saúde, para você ter uma idéia e é importante que se fale, ela tem 32 mil funcionários. Ela é uma secretaria que, a rigor, ela quase compete com a Secretaria estadual de saúde. A cidade de São Paulo tem 15 hospitais municipais. Ela tem uma rede básica de 500 unidades, ou seja, quinhentas unidades-básicas, já estou incluindo as municipalizadas, do Governo do estado, no ano passado, portanto, ela tem uma dimensão, realmente, muito diferenciada e aqui, quando se implantou o SUS, se optou por uma implantação da construção da política de saúde que o SUS centrou e colocou o que era o processo de territorialização e, aí, foi dividida a cidade em 41 distritos e agora, com as subprefeituras, que esta cidade também tem e é a marca desse novo Governo da Gestão do PT, neste município, passou a ter 31 subprefeituras e nós já moldamos os 41 distritos às

31. Portanto, hoje, nós temos 31 distritos. É o tamanho, mais ou menos ideal, com a relação de saúde. E, aí, é o seguinte, eu poderia citar falando em vários aspectos, mas vamos falar na questão da dimensão do financiamento e um pouco da falta de construção do SUS aqui, porque isto é recente. Nós entramos, temos de fazer, entrando pela gestão plena da atenção básica, até porque do que se avaliou era muito difícil já entrar na gestão plena do sistema, que é o município ter a responsabilidade de todos os serviços de saúde, dos mais básicos aos mais complexos, dado que ele estava começando a construir, até contar que ficou oito anos fora do Sistema Único, então, que se pegue Bom Jesus dos Perdões, um município de 10 mil habitantes, aqui da região de Campinas, está muito mais avançado no SUS, do que a cidade de São Paulo. Vem há muitos anos e aqui, então, eu só tinha um ano. Então, entrou para a gestão plena da atenção básica e, aí, passamos a receber recursos contábeis do piso da atenção básica. *Per capita* de 10 reais/ano, portanto, nós somos 10 milhões de pacientes, no ano, 100 milhões e poucos divididos por doze. Nós recebemos mensal, só pro PAB, o piso da Atenção básica, 8 milhões e 700/mês para a atenção básica e uma das diretrizes da política de saúde do Governo, no PT e com o Secretário na frente, o Eduardo Jorge, foram seis programas prioritários: um deles, diretrizes essenciais, implantar o Programa Saúde da Família e a nossa meta, quando entramos no governo, era ter implantado 1.750 equipes de saúde da família, no final de 2004. Hoje nós estamos com 700 equipes implantadas, porém, pra falar em implantar equipes do Saúde da Família, que é o médico, equipe de enfermeiras, centro de enfermagem, 5 ou 6 agentes comunitários de saúde. Basicamente esta é a equipe básica. Se beneficiam todos para ter recursos. Para ter recursos, nós entramos com 70, quase 80% dos recursos dos impostos municipais e é cerca de quase 20% da transferência federal. Como este PAB, que eu acabei de citar, o PAB é o Piso da Atenção Básica, estes 8 milhões e 700, nós recebemos mensal e vai todo ele para a implantação do Saúde de Família, Programa Saúde da Família e mais os incentivos que a gente recebe do Governo federal. Incentivos pequenos, por equipe implantada, por população coberta. Porém, este incentivo é o de prêmio e ele não chega nem a 20% do Governo federal. Ele é irrisório. Enquanto em município menores, este incentivo acaba sendo uma fonte de recursos mais considerável. Então, uma das questões chaves, que dava... quando o Eduardo Jorge começou a sentir a implantação desde programa e de ver a dificuldade financeira para a implantação, até porque todo o sistema viveu uma crise na questão das finanças públicas, a grande questão é que a forma como o recurso é passado para o Programa Saúde da Família, pelo Ministério, ele contempla, ele passa 18 mil reais do PIP/ano pro Saúde da Família e nós, a cidade de São Paulo, a nossa equipe Saúde da Família/mês é 21 mil e 600/mês. Então, você veja como fica defasado. Então, uma das questões chaves era que o próprio Secretário foi muito a Brasília pra repensar as formas de financiamento que o SUS tinha deixado para a questão desse processo, repensar para municípios grandes e, sobretudo, São Paulo, porque aqui não se trata de um município. Aqui se trata de 31 municípios, de 31 distritos de saúde, que cada distrito de saúde responde por uma população de cerca de 300 mil habitantes, então, nós temos aqui 31 municípios. Então, nós temos de repensar a própria forma de financiamento. Isto pra te dar uma visão da dimensão do financiamento.

Outra questão que eu poderia dizer é que nós estamos entrando, agora, com um processo para assumir a gestão plena da atenção do sistema municipal. E isto pressupõe assumir uma série de responsabilidades de serviços que, hoje, o Governo estadual, a Secretaria estadual de saúde responde. E nós sabemos que, de uma hora para outra, o município não pode começar a responder. Nós fizemos, de um todo, um esforço de construção pactuada com o estado e isto, a rigor, não tem sido fácil. E que exige um replantar, uma forma diferenciada de fazer assumir a gestão plena, em partes, pactuando com o estado que nós vamos assumindo alguns serviços e ele vai bancando outros. Você não pode, de uma hora para a outra, passar tudo para o município. Não é possível. É que a cidade de São Paulo tem também...quase... agora me foge à cabeça, mas por volta de quase também 15 hospitais estaduais, aqui nesta cidade. E nós pegaríamos, assumindo a gestão plena do sistema, assumindo esta responsabilidade. Então, não dá. Nós estamos em um processo de construção. Nós temos de pactuar isto. Então, existe fórmulas negociadas. Todas as fórmulas pensadas no SUS foram para municípios pequenos. Eu estava falando do PAB e esqueci de citar um exemplo. Pra você ver, nós não assumimos o PSF de imediato, porque aqui existia um PSF construído, pelo Governo do estado, na região leste. O Qualis. Portanto, nós, o que fizemos, nós recebemos aqueles 8 milhões e 700, eu estou voltando à questão anterior, é que eu esqueci de falar. Nós recebemos 8 milhões e 700 e repassávamos, destes 8 milhões, 6 milhões e 800 já para o estado. Isto é inédito isto. Ao invés do estado passar o recurso para o município, o município é que passava para o estado, porquê. Porque eles tinham um Programa Saúde da Família e nós entendíamos que nós tínhamos de fortalecer, porque nós somos gestor pleno da atenção e nós estávamos ainda construindo e não dava para a gente assumir este programa do estado, uma espécie de atenção básica, mas de imediato não. Então, nós passamos, passamos, durante um ano, parte do PAB que vinha para o município, para o estado e isto significou uma construção, uma pactuação, com o Governo estadual, diferenciada, que foi inédita. Nunca um município passara dinheiro para o estado pra bancar algum programa, então, o que foi isto. Foi uma construção, foi um acordo, uma cooperação de várias áreas de controle, de repasse disso, de controles... nós controlando o estado, o estado... enfim, você está entendendo, então, exigiu, assim, um novo esforço e está exigindo de cada um deles.

Na questão da adesão da gestão plena da atenção básica, também está exigindo novas formas de repensar várias questões. Tem muita coisa que eu poderia te dizer. Nesse momento, a gente poderia até acordar o papel do co-financiamento dos hospitais, também se fez isto. Nós assinamos a gestão das unidades básicas estaduais, portanto, mas, ainda, está em processo de construção. Veja, você assumir 250 unidades, de uma hora para outra, não foi assim. Nós fizemos um cronograma pactuado com o estado, que foi repassando para a cidade. Foi meio sistemática, assim, sabe. Então, esta construção do papel estadual tem ocorrido na prática, no âmbito, com a experiência da entrada do município. Eu acho que tem sido novo para o governo estadual e tem sido novo para o próprio Ministério. Para o sistema, que teve de repensar uma série de ações. Eu citei lá a dimensão do financiamento do PSF. Mas, para eu coincidir com a minha própria fala, defendemos um

financiamento, mesmo que fosse programa, mas o financiamento integrado para financiar políticas de saúde e de planos de saúde do município. Mas para isso, a esfera estadual e a esfera municipal tem de acompanhar este plano. Tem de, inclusive, fazer parte e ajudar nesta pactuação. Então, está exigindo desafios bastante novos. Eu acho que, futuramente, vocês do Instituto de Saúde ou da Faculdade Getulio Vargas, podem fazer ou já poderiam até investigar muito a questão das novas formas ou as novas relações que estão surgindo neste processo de construção de uma cidade da dimensão de São Paulo, uma entrada no sistema de saúde, que exige do governo estadual, novas formas e novas parcerias, novas construções, que não existiam antes, no sistema. Eu acho que este é um ponto para a gente estudar. Eu mesmo, hoje, estou te dizendo muito mais, porque estou lá dentro. Então, eu já não estou com o próprio olhar do pesquisador. Eu estou sentindo que tem exigido novas formas de pactuação, conflitos novos que aparecem na mesa e isto está sendo bastante interessante. A posição do Secretário municipal é de não... nunca foi de peitar o Governo estadual e dizer que nós, município, não, porque o SUS nesta cidade São Paulo, nesta dimensão, só funcionará com o próprio apoio, com o acerto e com a pactuação com o Governo estadual, com a pactuação com o estado. Então, a rigor, com o próprio sistema. Com o Ministério também apoiando nisto. Eu posso dizer a você, que tenho deixado muitas surpresas pro Governo federal e pro Governo estadual de ter de se repensar várias formas, várias Portarias, que, aliás, acabam sendo terminadas, toda semana. Aliás há um excesso de Portarias. Eu acho que tem de ouvir mais este processo de construção em São Paulo. A nossa experiência está ligada muito nos municípios grandes. Então, buscamos em Belo Horizonte. Buscamos em Porto Alegre. Porém, são municípios que não passam de 3 milhões de habitantes e, a rigor, não tem nada como São Paulo. Foi muito difícil. É um processo meio inédito.

3- Gilberto – Conselho Municipal de Saúde de Mirassol

Silvia - Eu quero saber, na sua avaliação, como se caracteriza as políticas de saúde e para saber se está dando resultados e qual o papel esperado, por esta Secretaria, dentro destas políticas?

Gilberto - Eu não acho, como a gente já está atuando, na área da saúde, há 28 anos, aqui em Mirassol, eu acho que, no Brasil, quando surgem mudanças, parece que o Governo cobra muito rápido da gente e, às vezes, os municípios ficam com uma certa dificuldade de se organizar. Não nós, porque nós já, profissionais liberais, já somos um pouco mais organizados e quando se fala em setor público, nós temos uma certa dificuldade de funcionalidade didática para participar desses Conselhos e atuar também. E a gente notou também que há uma certa... do que eu me lembro, representando o setor público – eu faço parte desses Conselhos – que fica muito ligado à figura prefeito – para ele ainda não se deve ferir, eles estão ali para ajudar o prefeito e não se deve contrariar o prefeito. Eu acho que o Conselho é formado para vir ajudar o prefeito a comandar uma cidade e ele presta serviços e a gente tem observado, mas tem esse papel, que, com o tempo, você tem de

consolidar, mas faz parte da conscientização dos conselheiros o verdadeiro papel que eles têm nos Conselhos. Ele ainda não foi conscientizado de qual é o papel real dele e isto aí é um pouco por falta de informação, que inclusive agora, nós devemos passar por um treinamento de conselheiros e todos os Conselhos, não só o Municipal da Saúde e os outros Conselhos também. Eu participo também do Conselho de Assistência Social, também desde o início, e eles confundiam muito assistência com paternalismo e estas coisas e uma das coisas que também, que se diz na boca, no Conselho de Assistência Social, é que o setor público não conhecia o que é ser assistente social, o que é incrível, não. Como o Brasil desconhecia o que era ser assistente social. Como a gente faz parte do Lions Club e de comunidade de paróquias, a gente já tem uma ligação mais direta com as comunidades carentes. Então, a gente tem uma experiência melhor neste sentido e, graças a isto a gente passou muito pelo setor público, tanto que em Mirassol, eu fui um dos primeiros conselheiros de assistência social, embora tenha saído de uma maneira geral e hoje estou mais no juizado também. Mas tem de ter mais conscientização. Agora, o que a gente espera, em todos os Conselhos, é a questão da participação do núcleo-bairro, que seria o mais interessado nos Conselhos. Então, a gente vê uma certa dificuldade para a comunidade estar participando.

Silvia - Por que isto?

Gilberto - Eu acho, que a questão hoje, é as pessoa ser mais politizada. As informações que chegam hoje nos chegam, através da televisão, e do ensino brasileiro, é de... você defender a sua pátria. Vestir a camisa da pátria. Eu sou muito ligado, assim, sei lá, parece a própria cultura. Por isso, o estado de São Paulo, eu sou de Minas e Minas é o mais conservador e conserva a questão, a gente já estuda mais, assim, mais no sentido, conserva mais a questão do sentido da família e tudo, mas a gente observa que os conselheiros têm muito medo de atuar. E, às vezes, é muito omissos. Eles, os conselheiros, muitas vezes, criticam o setor público, mas não ajudam o setor público a resolver os problemas. Então, a gente ainda observa isto aí e acho que precisa ser mudado. Eu acho que o brasileiro, eu acho que já tem, aqui em Mirassol, Mirassol é uma cidade que tem evoluído nesse sentido, através da educação. Da parte cultural, inclusive vai ser montado um Departamento de Cultura. Mirassol também tem problemas urbanos. Hoje, eu acho que a maior violência que nós temos, hoje, nas comunidades, é faltar cultura para o nosso jovem. É ensinar a ser estudante. Mas eu acho que está caminhando bem. Eu acho que agora com...

(corte)

... hoje tem as leis, aqui, e o Conselho Tutelar, agora, a responsabilidade de cada conselheiro, eu acho que, hoje, é dentro da lei e tira um pouco da autonomia da prefeitura, que o setor público, dentro do Conselho, era cinquenta por cento e cinquenta por cento era da comunidade. Hoje, mudou. Hoje apenas vinte e cinco

por cento da área pública e passou mais responsabilidade para o lado do setor privado e setor da comunidade mesmo. Isto daí, eu acho, que vai trazer um grande benefício para o povo se conscientizar das responsabilidades que ele tem na comunidade, que o brasileiro ainda tem uma socialização, que acha que o Governo tem de resolver os problemas dele e não é por aí. O Governo é pago para orientar, em certos setores. Agora, as próprias pessoas têm de se conscientizar do que ele é e tem de resolver os seus problemas, independente do apoio que ele tenha. Tem de parar de pensar que o setor público é o pai de tudo. Ele não é. Eu acho que a nossa concepção do Brasil e desse Governo, que passou aí e que está quase terminando é que o paciente somos nós. E não é. Nós temos de ser cidadãos brasileiros e brigar por nossa pátria, porque esse negócio aí de ser muito ligado ao americano, seguindo o padrão de vida americano, esquecendo-se que nós podemos ter o nosso próprio padrão de vida. Então, é uma coisa que nós temos de passar para a comunidade, nós que temos um poder de vida melhor e de um futuro melhor, nós temos de passar isto. Qualquer população tem esse problema.

Silvia - Mas mesmo, em Mirassol, que o senhor observa melhor o funcionamento dos Conselhos?

GMira - É. Justamente. Na região de São José do Rio Preto, tem uns municípios, que, inclusive, desenvolveram melhor do que em Mirassol.

Silvia - Mesmo além de Rio Preto ?

Gilberto - É, não, aí, não. Invariavelmente, nós estamos presos a Rio Preto, mas eu acho que Mirassol tem de ter uma independência de São José Rio Preto. Mirassol tem um passado que é maior que Rio Preto, em todos os sentidos.

Gilberto - É. Muito maior que Rio Preto, embora não no tamanho de cidade, na questão da cultura e de hospitais públicos, depois, Rio Preto foi adquirindo e foi deixando Mirassol para trás, mas está na recuperação. Agora, o que os conselhos daqui, como nós, da iniciativa privada participamos, mesmo aqui na área da assistência social, na área da previdência social e na área de laboratório, desde 75. Eu tenho sediado eventos.

GMira - Então, nós atuamos, e nós, do Conselho Tutelar, temos muito contato com o setor público e setor federal e a gente pede esta informação para ele e é muito importante o que vem daqui. Mas eu acredito Mirassol está caminhando bem.

Silvia - E como que se dá, em termos de funcionamento, até o conjunto, prestadoras de serviços e os usuários?

Gilberto - A gente nota que, na verdade, eles querem mudar esta estrutura. Praticamente, nós, prestadores, nós do Conselho, temos um trabalho duplo: De falar e de prestar informações sobre o nosso trabalho e, ao mesmo tempo tendo defender os usuários também. porque eles têm medo de se manifestar. Porque, como aqui é um setor público, como eles acham, que acham que o que é de graça, e não é de graça coisa nenhuma, o governo está fugindo, eles têm medo de contradizer os médicos e contradizer o serviço e medo de que vão ser atingidos amanhã. E é simplesmente isto daí.

Silvia - Mas como que eles são escolhidos, os usuários?

Gilberto - Ah, os usuários, eles pegam nas camadas representativas da cidade. Nas associações de bairro, nos órgãos de serviços de prestadores, que têm por lá, do Lions Club, maçonaria, por aqui é isto mesmo. Mas, finalmente, tudo isto aqui é muito pouco. Eu acho ainda que o usuário participa muito poucos de todos os conselhos que se deve atuar. Eu acho que eles têm uma representação muito pequena, porque os Conselhos foram criados para que população dê opinião para ajudar o setor público, porque, senão, ele empaca. Porque hoje a política no Brasil mudou. Antigamente, o Governo mandava tudo pronto para os municípios. Hoje, não. Hoje os municípios têm de fazer os projetos e enviar para o Governo. Aí, depois se estes projetos forem aprovados, que o parceiro envolvido, manda as verbas. Então, hoje, o Governo passou até para os municípios terem criatividade e, então, em parte, eles estão tendo a dificuldade com isto daí., porque eles não estavam acostumados em passar por tudo isto daí. Já vinha tudo pronto para lá de cima para cá. Agora, não. O próprio município, pelas suas particularidades, eles têm de se modernizar e tem também de se organizar. Então, o município que se organizar melhor e tiver mais criatividade, este vai se desenvolver mais rápido, em todos os sentidos.

Silvia - Então, é assim, quando você saiu, aqui novo, no Conselho Municipal de Saúde de Mirassol, é fácil de se chegar a um consenso, porque não há tanto embate entre os usuários.

Gilberto - Mas depende da (...), porque a participação deles é muito pequena, aliás, a gente sempre luta para aqueles que vão. Geralmente quem toma mais parte do Conselho, até o momento, são quem é responsável pela a Saúde do município e até o diretor já saiu, que é o Secretário da Saúde, os funcionários que estão ligados em todos os setores da

saúde, no setor público e nós, prestadores de serviços. E nós, a gente, tem os projetos que vêm, a gente dá apoio, quando a gente nota que é bom para o município e para a população, a gente apoia todos os projetos que a Prefeitura faz. Quando a gente tem contato. Quando a gente não aprova, porque, eu acho, que tem de ser assim. Porque, muitas vezes, o que o prefeito acha que é bom, às vezes, não é para a comunidade. Às vezes, quando é com muita gente - é coisa rara - mas, às vezes, pode ser que tenha interesse de algum grupo e não é por aí. Tem de ser em benefício de toda a comunidade. Não pode priorizar apenas um setor. Tem setores que vão ser beneficiados, ao mesmo tempo, senão, eles não funcionam, né.

Silvia - Exato e como que o senhor observa a atuação da Secretaria. Têm visão, uma abertura ou, então, eles impõem mais os projetos para serem aprovados...

Gilberto - Depois que a gente observou, que eles puseram profissionais, sempre na área de enfermagem, com curso superior aí, eu acho que... com pessoas com idéias diferentes, eu acho que a coisa começou a se organizar melhor. Primeiro, tomando como base Mirassol, quando você... começou em 88 mesmo, não existia nada de saúde. Era desorganizado o setor público. Aí, à medida em que a gente foi passando eles, o setor privado é mais organizado neste sentido, a gente foi passando informações para eles e eles foram se modernizando e o Governo também cobra deles agora. E hoje, não existe diferença, setor privado e setor público, todos os dois têm de atuar na mesma direção e com a mesma capacidade, que, hoje, com estas leis federais de responsabilidade fiscal, o prefeito não pode gastar dinheiro à toa mais. Para gastar, ele tem de apresentar os recursos que ele vai usar. Então, hoje eles têm de ser gerenciados como uma empresa particular. Eu acho que, neste sentido, às vezes, eu acho que o Governo também espera isso de todos os municípios, que ele seja gerenciado como uma empresa e tem setores em que não pode haver este apadrinhamento aí, senão, o prefeito fica sobrecarregando muitas despesas, agora, e os recursos, cada vez, são menores. Pelo menos, eu estou observando isto daí.

Silvia - Mas a Secretaria, dá autonomia para os Conselhos...

Gilberto - Perfeitamente. Ela dá toda a autonomia; ela abre espaço; ela abre espaço para que você participe dos projetos que está em criação; passa pelos Conselhos; tudo que ela pretende, ela está revisando. Ela vai revisar e a gente põe uma participação nisto. É uma pena que poucas pessoas têm este contato, por falta de participação das reuniões. Agora, com formação do novo Conselho, as reuniões deverão ser mensais.

Silvia - Como que era?

Gilberto - Eram, geralmente, quando as leis ou um assunto interessava para a comunidade e a Prefeitura e tinha de ser aprovado o projeto, o Conselho se reunia. Agora,

não. Periodicamente ele vai ser reunido. Vão ser discutidos os assuntos e também criar este respeito e ajudar a fazer mais projetos para a prefeitura e conciliar com os seus recursos. Eu acho que vai ajudar bastante.

Silvia - Ah, sim. E como que está organizado, aqui no município, o atendimentos primário, secundário e terciário?

Gilberto - Do setor da saúde? Para mim, Mirassol, hoje, é um exemplo neste setor. Eu falo isto, porque já trabalho com isto há 28 anos e nosso laboratório, é um dos lugares das seis cidades de Rio Preto, é o laboratório mais antigo, que nós começamos desde o INPS/Inamps e chegamos ao SUS. A maioria, por causa de questões, a maioria desistiu. Não quiseram mais atender, em seu setor público, a Previdência Social, e nós continuamos. Então, hoje eu sou pioneiro, nesta área, aqui na região. Agora, outro prestador está pensando em voltar para o sistema, mas antes, o que atrapalhou muito a nós, foi que nós estamos congelados. Este foi o grande problema nosso, que, desde 94, nós não temos reajuste em nossa tabela de preços. É isto que tem atrasado demais e tem trazido sérias conseqüências para nós, então, muitas vezes a gente quer se aprimorar, quer se modernizar em questões de aparelhos, e nós ficamos meio parados por causa da questão de financeira e aqui é só o que nós temos. Temos é... eu tenho uma filha que também é formada na mesma área de mim, tanto é que o pessoal já está me olhando para uma especialização, para votar amanhã, quando a situação ficar melhor. Mas, hoje, o setor de saúde, isto é geral, é muito crítico, tanto que Mirassol, que neste setor é muito crítico, justamente porque, eu acho que o Governo não deu prioridade para o problema da saúde.

Silvia - Não deu?

Gilberto - Não deu. Eu acho que ele omitiu muito o problema da saúde. Como que a educação está reagindo, o setor da saúde é o setor mais crítico do Governo, hoje. Praticamente há poucos prestadores de serviços, hoje, ligados ao setor público. Em Mirassol, para você ter uma idéia, de toda a verba gasta na saúde, hoje, apenas 4% é gasto pelo setor privado. Eu acho que é muito pouco. Nós chegamos a ocupar 80% de todo o acervo da saúde e era setor privado. Hoje, o gasto, em questão financeira, apenas chega a 4%. Agora eu acho que o município gasta muito no setor. Ele gasta muito em saúde e, às vezes, o dinheiro, não é muito bem colocado, porque, em certos setores, está havendo muito gasto com funcionários e isto diminui muito os recursos com a população em si e isto, eu acho, que tem de ser mudado.

Silvia - Mas, assim, ... no nível primário e secundário, que, eu acho que são as mais e menos complexas, a Prefeitura implanta o Programa de Saúde da Família dela... no território...

Gilberto - Perfeitamente. Como já foi gravado aqui, já tem duas equipes montadas e já funcionando, inclusive, e com o resultados muito bons, porque a gente tem observado aqui, de vez em quando, vem pessoas de 70, 60 anos, que nunca entrou em um laboratório para fazer um exame de sangue. A gente tem observado, porque está aqui diretamente e como o nosso laboratório é de porte médio pra pequeno, a gente tem contato direto com estas pessoas, então, isto daí, graças ao Saúde da Família, que esta pessoa está tendo acesso à saúde primária, porque, antigamente, eles não tinham acesso. Hoje, não. Graças à Saúde da Família e graças ao convênio que a gente tem com a Secretaria da Saúde, este pessoal está com acesso também à medicina de ponta, porque aqui nós damos recursos para ele, fica o custo que ficar e antigamente ele não tinha. E, eu acho, que foi graças ao Medicina da Família. Eu acho que este plano foi uma das coisas boas desse Governo. Eu acho que depois que ele for implantado em todo o território nacional, juntamente com a Pastoral da Criança, eu acho que vai melhorar muito a questão da saúde do brasileiro, porque a análise química que eu sempre falo com vocês é a Medicina preventiva e no Brasil não é encarado como Medicina Preventiva ainda. Aqui, é usado como medicina curativa, com recursos. Através das análises químicas, nós podemos descobrir doenças, muito antes delas acontecerem e prevenir muito antes, com o detalhe de evitar internar. Mas nós não somos e sentimos hoje, que nós não temos muito apoio da parte do Governo. Eu acho que o próprio Governo teria de dar um apoio melhor nós. Eu sempre critico muito e em 88, quando foi criado o SUS, deveria ter passado isto antes para a saúde. Eu acho que, isto é opinião minha e eu não abro logo, eu acho que deveria ter passado a saúde para o Inamps, porque o Inamps é ministério de órgão federal e tinha recursos e já estava super organizado. Eu, como trabalhei no Inamps, um ano depois ficou... é uma das medicinas mais organizadas do mundo, inclusive eu critico muito o sindicalismo que não deveria ter aceitado isto daí e também acho que este Governo, se quer resolver o problema da Previdência, ele tem de voltar a dar assistência médica às pessoas que pagam INPS, se não há motivação, porque pagar só para requer aposentadoria, eu acho que isto aí não motiva funcionário a trabalhar com carteira assinada ou senão, se sujeitar à baixa remuneração só para registrar no emprego. Eu acho que o grande problema da Previdência, hoje, do enfoque, foi tirar o associado do Inamps do INPS. Foi uma grande perda para a classe trabalhadora do Brasil, porque o Governo achava que com a ampliação desses planos de saúde iria resolver o problema da saúde no Brasil e não resolveu. Os planos de saúde não dão conta do recado. Eles apenas monopolizaram, inclusive, abusaram, porque, de muitos planos criados, depois que tinha a carência, eles desapareciam do mercado. Então, um dos grandes problemas dessa revisão nossa. Um dos planos que, hoje, para nós, funciona muito bem, são os planos maiores, como a Unimed, eu acho que uma cooperativa médica. Isto aí funciona muito bem. Estes planos são planos que, realmente, ainda estão aí e com um bom trabalho. Mas teve muito planinho que surgiu apenas para explorar o usuário e só atinge um nicho da população. Agora, aliás, eu queria só usar isto. Eles planos não surtiram o efeito esperado, então, aí é que o associado era enganado.

Silvia - E o nível terciário, que é o mais complexo, aqui, em Mirassol, não tem, ainda, esta infra-estrutura?

Gilberto - Não. Não. Hoje, aqui, por causa de... o setor hospitalar nosso aqui, para esta política econômica do Governo, ele realmente teve de sair de todo o sistema hospitalar.

Silvia - Só na cidade...?

Gilberto - Não só na cidade como no Brasil todo. O setor hospitalar do Brasil, por esta... que atende pelo Sistema SUS, ele está totalmente concentrado, arrebitado e destruído. Eu acho que isto aí, o Governo ainda... e vai ser um dos grandes problemas do próximo Governo, recuperar o que foi perdido. E nos hospitais fechados, em Mirassol nós tínhamos dois hospitais...

Silvia - De grande porte...?

Gilberto - ... que atendia a população daqui. Estes hospitais vieram a fechar.

Silvia - Por falta de dinheiro?

Gilberto - Por falta de recursos financeiros e isto não foi uma questão de magnetização não. Eu acredito que foi falta de apoio do Governo. É que nós não temos financiamento de maneira nenhuma. Nós sempre convivemos com recursos próprios.

Silvia - Não tem repasse do governo estadual?

Gilberto - Não. Nunca. Eles só fazem o repasse para a área filantrópica, mas a área particular que prestar o serviço, nós não temos acesso ao que precisa. Isto aí, eu acho, que é uma grande falha do Governo atual, porque eu acho que se eles acham a gente, eu acho que a gente tinha possibilidade de desenvolver bastante e prestar um serviço melhor do que nós prestamos. A gente vai mais. É o 'amor à camisa', como diz o outro. Nós somos sobreviventes desse cenário, mas, eu acho que o sistema tem de ser repensado. Eu acho que os problemas vão ser cada vez mais complexos. São doenças novas surgindo e este setor nosso de análise química e na parte de laboratório de hospital, eu acho que ele vai ser muito solicitado daqui a pouco tempo e o Brasil, infelizmente, não está preparado para isto.

Silvia - Então, Mirassol não tem esta estrutura para dar tratamentos mais complexos?

Gilberto - Eu acredito que... como aqui também, nós temos mais facilidade do HB, que é o hospital de Rio Preto, como nós estamos a nove quilômetros, para nós, nós não temos problemas na alta complexidade.

Silvia - Então, quase automaticamente, o povo vai sendo passado para lá.

Gilberto - É. Vai para a alta complexidade, é feito no HB. Então, nós temos esta oportunidade de serviços, mas como fica mais longe, o problema se complica mais. Agora, eu acho que todo município não tinha de ser dependente de um hospital por causa do HB. Só em altas complexidades, mas eles dependem de baixa complexidade também, inclusive de CMB. Agora o HB, só de alta complexidade. Média complexidade, os municípios têm de se adequar, porque aí, os municípios têm de se adequar, porque o HB não dá assistência neste setor não. Mas eu acredito, agora, para as novas políticas do Governo, isto vai ter de mudar e não aumentar.

Silvia - Mas e a Prefeitura, a Secretaria Municipal não se pretende...? O que ela faz neste sentido.... da média complexidade?

Gilberto - Não... ela... aqui em Mirassol, eles têm se ausentado. Há várias unidades funcionando, de saúde, nos bairros, e elas têm projetos de ampliar e serem modernizadas também. Tudo no Brasil é diferenciado do setor privado. No setor público, a coisa é mais lenta. A coisa demora mais a acontecer, ainda mais agora com a responsabilidade fiscal, fica mais difícil do prefeito fazer certas coisas. Ele tem sempre de cumprir normas, verbas e tem de prestar conta de tudo, então, a coisa fica mais lenta. Mas Mirassol vem se organizando muito bem. Eu acho que se continuar no ritmo que está ela vai crescer muito, neste setor, de atendimento nos bairros. E nós temos quatro unidades funcionando muito bem. Há bastante tempo já. Duas cadastradas no Sistema Único de Saúde e agora, com o Saúde da Família, melhorou mais ainda, porque, eu acho, que mais pessoas vão ter acesso à saúde.

Gilberto - Agora, com a posse do próximo Conselho, trazendo autonomia para a cidade, eu acredito que Mirassol, dentro de pouco tempo, vai se tornar independente de Rio Preto, no setor da saúde. Vai ter uma gestão plena e o próprio município decide todos os assuntos da saúde.

Silvia - Ah, está se modificando o tipo de gestão.

Gilberto - Não, agora com as organização do Conselho, no próximo ano, deve-se buscar esta gestão plena e Mirassol já está, já tem, hoje, condições de assumir a gestão plena. Já tem condições para isto. Nós estamos, inclusive para janeiro, agora, também, de assumir a Santa Casa e a maternidade e a gente vai desenvolver muito o setor hospitalar e está

apenas se organizando a questão de burocracia, porque, praticamente, a Santa Casa de Mirassol faliu e ficou muita ação trabalhista. Então, este negócio de negociação trabalhista, depois que estiver tudo acertado, aí, depois, que estiver tudo acertado e transferir tudo para o nome dele, aí ele vai mexer no hospital, na parte estrutural, na parte de (...). Aí, que eu creio que o município vai se tornar auto-suficiente. Mas isto daí é tudo burocrático, mas Mirassol deverá ser um centro de referência, dentro de pouco tempo, no setor da saúde. Será, dará apoio para Rio Preto. Já era o projeto do SUS, em 88. Quando foi criado o SUS, Mirassol já seria uma região que daria... já seria um pólo desenvolvido. Teriam várias cidades aqui. Só que não foi para a frente porque não interesse do setor público. Naquela época, estava do, só que não foi assumido. Agora, eu tenho a impressão que já deva estar preparado para assumir esta parte.

Silvia - Mas é que aí também tem problema de recursos financeiros, que você falou um pouco antes.

Gilberto - É. Justamente, mas aí é que eu falo: eles têm de se adequar. O setor público tem de se adequar, pra depois buscar estes recursos, que, hoje, o Governo só dá recursos para o município, se o município mostrar serviço. Eu não vivo de moratória. Eu só recebo, se eu trabalhar. Se eu não trabalhar, eu não vou receber. Esta é a contrapartida. Se você atende 100 pacientes, você vai receber sobre 100 pacientes e o seu município também. As verbas não são fixas mais. Elas são variáveis. Então, daqui pra frente, quanto mais o município se organizar, é mais serviço para eles prestar, não só para a comunidade de Mirassol, como para o conjunto, mais o município crescerá e recursos vêm do Governo. Este é o projeto do Governo. E eu acredito que o município tem de se modernizar e evoluir para dar sustentação e crescer, que quanto mais... agora com a ampliação do SUS, com o cartão SUS, deve ser, se é que vai ser implantado realmente, se você está em São Paulo e é de Mirassol, São Paulo vai ter de mandar o dinheiro que usou de você aqui e repassar. E isto, hoje, através da computação, isto é fácil fazer. Aí isto deve ser. É um estímulo. Agora, o que a gente nota também é a baixa remuneração dos profissionais liberais no setor da saúde. Isto aí é um ponto que desestimula todos médicos. Na parte médica, é pior que a nossa ainda, que a tabela deles é mais defasada que a nossa ainda. Agora eu acho que a Constituição deveria ser cumprida, porque, hoje, se fosse cumprida a Constituição, hoje, o médico deveria receber o dobro e daria para receber 20 reais por consulta e não 2,70. É um absurdo, aliás, quase ninguém desconhece esta tabela e nós trabalhando, conhecendo esta tabela. É uma vergonha! Se você levar dezesseis anos para se formar em medicina e ganhar, com uma consulta, 2,70, é realmente desestimulante. Isto aí é mais tem um grupo médico... Agora, nós, nós aqui, ganhamos uma tabela um pouco diferenciada da deles, mas, mesmo assim, está defasada também. Agora, outra coisa que a gente também... eles também limitam o nosso atendimento. Nós teríamos capacidade, hoje nós temos um laboratório...

Silvia - A Secretaria.

Gilberto - ... a Secretaria da Saúde limita, através do governo estadual e federal, limita o atendimento do setor privado na saúde. Eles não... em último caso, nós atendemos na saúde. A prioridade é as prefeituras, o filantrópico, universitários e, por último, é o particular. Então, se tem uma oportunidade, é para a gente atender na boa, né. Eu chequei... o que a gente nota aí é que eles tinham de estimular mais o setor privado. E, o setor privado, nós somos mais dinâmicos. Nós somos muito mais rápidos no atender. Nós não somos burocráticos. Já tivemos empregado, que não se adaptou àquilo, ele é dispensado, o contrato. No setor público, não. Ele não pode ser mandado embora, então, muitas vezes, você fica com um empregado, funcionando, na sua unidade, sem adequação nenhuma e isto gera um sério problema, para quem está administrando a saúde, no setor público. Eu acho que os profissionais da saúde e que atuam na saúde do setor público, deveriam ser melhor qualificados. Ma isto aí, aos pouquinho, eles vão se conscientizando e vão se organizando, porque, no setor privado, nós estamos, constantemente, nos reciclando, através da Internet, através das informações que passam para nós, através de congressos e seminários, nós participamos sempre, tanto faz os profissionais liberais como até mesmo os atendentes. Todos eles são reciclados continuamente. Isto aí, acho que o setor público tem de começar a fazer, principalmente com o relacionamento entre empregado e paciente. Eu acho que isto aí é muito importante. Hoje estão preocupados com a automação e sempre esquecendo da humanização. Isto aí é uma coisa que a gente não esquece, a gente não descuida. Nós não estamos automatizados. Nós estamos humanizados, porque eu acho que isto aí é fundamental, hoje, para nós. Para a pessoa ter acesso a nós, tem de haver mais humanização, senão, o próprio usuário não confia no seu plano, em seu plano de saúde. Nisto daí, nós temos a filosofia 'sempre o paciente é mais importante para nós' e a gente tem de tratar ele com humanidade. E na medicina, em si, isto aí, hoje, se vê muito paciente como um cifrão, não como ser humano. Nós escondemos muito isto daí. Eu acho que o paciente é um ser. Quando ele chega em qualquer unidade para ser tratado, que tem outro lugar. Ele não vai ali à toa. Se ele vai, é porque precisa. Aí, ele vai lá como você vai a uma lanchonete para tomar um café para se distrair. Quando ele chega a uma unidade, qualquer tipo de unidade, ele chega, porque tem um problema que precisa ser resolvido. Então, ele tem de ser encarado, independente da classe social dele. Encarado como um ser humano. Eu acho que nisto aí, a medicina no Brasil, deixa um pouco a desejar neste sentido. O paciente precisa ser tratado com mais humanidade. Isto aí se debate muito e a gente, às vezes, é visto como um chato, né, e a gente é um pouco discriminado por disso daí. Mas, eu acho que o encaminhamento para resolver problemas de toda a parte social do Brasil, no setor de saúde, é encarar o paciente como um ser humano e com bastante humanidade e não você achar que ele é uma peça do computador e chega lá e digita e nem olha na cara dele. Aqui não. Nós usamos apenas o manual, depois que vai para o computador. Primeiro, nós orientamos os nossos funcionários que tem de olhar no olho do paciente. Ele vê com quem que ele está falando, aí, para saber se comportar. É um ser humano e, aqui, a gente fala que é o paciente que é importante. É mais importante do que nós, porque sem ele, nós não somos nada. Não adianta você ter um hospital bonito de tecnologia de ponta, se você não cuida do seu paciente. Então, o paciente, lá, é um bem que não vale nada. Então, eu acho que eles também estão

preocupados com a parte arquitetônica. E táí uma coisa que... o paciente vai lá, ele quer ver o médico na frente dele. Ele não quer ver um computador na frente dele e ele quer ser, não são aquelas coisas cheias, ele quer ver... resolver o problema que ele está passando ali, na hora. Então, isto é outra coisa que a gente debate bastante também.

Silvia - E uma outra questão aqui seria sobre o papel da diretoria regional aqui da região de Rio Preto.

Gilberto - É... a DIR 22 de Rio Preto, ela dá uma... estudada. Ela dá uma situação boa para os municípios, desde que os municípios também se interessem, porque, muitas vezes, ela marca as reuniões e, às vezes, as pessoas não comparecem. Não prestigiam. E...

Silvia - Mas as reuniões são entre...?

Gilberto - Geralmente estas reuniões são agendadas. Esta é uma parte infernal do... ainda mais do setor público. É mais do setor público as reuniões e, às vezes, eles mesmos reclamam para a gente que, muitas vezes, os que mostram boa vontade, às vezes, as próprias pessoas se desinteressam. Se a falta é dos municípios, motivar a estes funcionários-líderes a participarem, porque eu acho que as reuniões são muito importante. Traz muita coisa boa. Geralmente são pessoas muito bem esclarecidas e isto aí tem de ser feito constantemente. É uma reciclagem.

Silvia - O que que... estas reuniões são como se fosse um treinamento...?

Gilberto - Sim, um treinamento, porque, veja bem, e se discute tudo aí, o atendimento do paciente, as técnicas modernas que estão surgindo, a aplicação, a economia. Está se gastando muito material. É mais recursos humanos. Desenvolver mais da parte dos recursos humanos. A humanização do atendimento, porque, isto aí, é muito falho ainda. Isto aí, ainda, tem de melhorar bastante.

Silvia - Mas se ela pode adiantar esta parte, assim, de coordenar e assumir...

Gilberto - Perfeitamente. Ela assume este papel de coordenador. Ela assume este papel de...

Silvia - De coordenação.

Gilberto - Eu já esperava, por exemplo, a DIR de Rio Preto, ela coordena, mais ou menos, 60 ou 100 cidades, que... então, ela coordena todas essas cidades, então, tudo é direcionado a ela e uma coisa também que se falava muito no passado era

municipalização. Hoje, com as novas normas que estão sendo criadas, não se fala mais em municipalização. Fala-se em regionalização, porque eles chegaram à conclusão que tem município que não tem preparo para gerenciar o setor de saúde que é muito complexo.

Silvia - E Mirassol seria um desses ou não?

Gilberto – Não. Mirassol já está bem resolvido, neste sentido. Eu acho que Mirassol já tem em si, já seria um gerenciamento sozinho. Só o apoio de Rio Preto em ações mais complexas. Mas atendimento básico, primário, isto daí, já faria e com bastante sucesso.

Silvia - E como que é, então, só para você continuarem conseqüentemente na direção. Como que é esse espaço, em tese?

Gilberto – Eu acho que cada região defende as suas particularidades. Aí, cada uma trazendo os seus programas, a Regional teria jeito de projetar, fazer projetos. Um projeto que é bom para Mirassol, não é bom para outra cidade, porque aí demanda muito da população, a questão socioeconômica, por exemplo, da população, qual o poder aquisitivo da população, a de se medir a questão de pobreza, questão do que é e de onde se tira os recursos para a manutenção da família. Isto aí ia vindo, porque, hoje, com a criação do Verba-Família, foi muito bom. Vamos ver só a questão da saúde, porque quando se fala em saúde-Brasil, pensa que é só atendimento médico, mas saúde começa desde saneamento básico. A saúde começa aí. E eu sou de Minas, e a gente sempre cultivou muito isto daí. Eu fui formado na Federal de Minas e nós, naquela época, eu me formei em 74, nós já tínhamos um conceito muito grande de saneamento básico, naquela época já. E os mineiros são muito conservadores e nós gostamos muito de natureza e nós já um pouco o saneamento básico, porque a saúde vem da água que você bebe, do alimento que você come. A saúde vem daí. A saúde, quando chega no médico ou no hospital é que a saúde falhou. O hospital, nunca deu, seria apenas uma coisa de fazer cirurgia, coisa de urgência. Hospital seria uma coisa... um hospital, em cada cidade, seria o suficiente e não ter combinação de estrutura incapaz de manter hospitais e tem de estudar isto daí. Eu acho que com adiações do médico da família e estas unidades atuando, seriam micro-hospitais atuando nos bairros. Quando você vê que está doente, já pensa que vai morrer. Vai sofrer, então, a família ajuda muito neste sentido e o médico da família, tem esse poder, que eu fui da geração que, até hoje me fala, quando falam de médico da família, é uma equipe de quinze pessoas. Um mutirão de gente tem. Antigamente só era o médico mesmo. Hoje, melhorou bastante, porque tem enfermeira padrão. Tem auxiliar técnico em enfermagem. Tem o médico. Tem visitador sanitário. Tem tudo. Tem uma equipe montada e que faz parte. Ela tem de estudar tudo ali, como a pessoa está vivendo, inclusive está sendo muito bom para levantar o que é o Brasil. O dia que estas... o médico da família estiver funcionando com todas as equipes, aí isto vai levantar mesmo que o Brasil é um país que precisa de..., a divisão de rendas é mal feita mesmo e tem muita gente passando fome, por falta de alimentação e se dar para por em um outro lugar, estaria gastando pouca coisa

e aí chega a Pastoral da Criança. Não sei se você sabe, a Pastoral da Criança que dá os índices de mortalidade infantil no Brasil e não são os médicos que falam, que dão os índices, é a Pastoral da Criança e não tem ajuda de ninguém. Isto é um trabalho voluntário, até em sala. Ela funciona bem e não tem dinheiro, porque o dinheiro corrompe, porque a gente que trabalha em comunidade e em igreja também, isto aí, tudo é feito com doação. Não tem nada que você vá trabalhar por dinheiro. Isto aí é que é respeito.

Silvia - a DIR tem trabalha bem assim, no sentido de coordenar os trabalhos nos municípios.

Gilberto - Ah, sim. Perfeitamente. Ela tem evoluído bastante e a gente que acompanha, eu como vim do Inamps, nós fomos do Inamps, no início, quando ela foi criada, quando o SUS foi criado e as regionais foram desmembradas, ela tinha uma dificuldade. Evoluiu bastante mesmo. Por isso que eu falo que o Governo devia ver com melhores olhos o setor privado atuando na saúde. Porque, hoje, ainda tem um pouquinho para ir, porque o setor privado vai ficar com nome ainda. Eu acho que o Governo devia ver com bons olhos o setor privado... você tem de olhar a periferia dele. Hoje, o setor público, não dá conta do recado sozinho, se não tiver um parceiro do setor privado, porque plenamente ainda tem a questão da crise. O próprio brasileiro não acredita no setor público, porque você a televisão e é só corrupção, né. Mas o setor público funciona bem, só que é mal divulgado. Eu acredito que o setor público, o Governo divulga muito mal o que ele faz. Eu acho que precisava divulgar melhor o que ele faz. Ele só fala tragédia.

Silvia - Sabe, tem esta pergunta da DIR. Eu fiz para o senhor, que eu estive entrevistando o Secretário de Rio Preto. Aí, lá, na visão dele, a DIR atuaria muita mais não como coordenadora, no caso de Rio Preto. Mais cobrança. Você tem de preencher tal relatório. Ele não está vendo a DIR como esse motor de coordenar mesmo. Aí, por isso que eu te perguntei, porque, de repente, o papel dela é muito mais importante em prol dos municípios menores, que não têm esta capacidade de não fazer por si próprio isto do que no caso de Rio Preto...

Gilberto - Ah, sim. Perfeito.

Silvia - ... que já é um município maior e que já tem um outro tipo de capacidade de gerenciamento e tudo mais. O senhor acha que pode encontrar...

Gilberto - Eu convivo bastante com eles lá. As dificuldades que eles têm é justamente recursos humanos também.

Silvia - Na DIR.

Gilberto - É. O problema de Governo, hoje em dia, é que o Governo lança muitas idéias, muitas coisas, por exemplo, e cobra muito. Isto aí já vem do Governo Federal. Hoje esta questão da cobrança que o Secretário reclamou, isto aí vem desde o Governo Federal. O Governo Federal cobra muito dos estados e os estados cobram muito das regionais. Mas, às vezes, nem sempre tem uma estrutura montada já para isto. Eles pedem as coisas com uma velocidade tal, para ontem já concluir. As coisas não são feitas mais... eles não dão um espaço para ser criado mais. Eles pedem muito rápido. As mudanças são muito rápidas e, às vezes, hoje em dia, é impossível você seguir. A evolução é muito rápida disso aí, porque eles estão queimando etapas e quando se começa a queimar etapas, fica alguma coisa a desejar. E também, o que a gente observou, nestas regionais, que surgiu duas classes de funcionários: um funcionário do Estado e o funcionário de nível Federal. E, agora, piorou, que entrou o funcionário de nível municipal. Então, há choques de salários. Há choque de comandos e de chefias e, às vezes, atritos. E isto aí é uma coisa que a gente observa também, mas tem mudado bastante, com todos os cursos que eles têm se qualificado e que eles fazem, tem mudado bastante. Mas, às vezes, há um choque de comando porque misturou o setor estadual com o setor federal, todo mundo trabalhando em uma sala só. Aí, as coisas mudam de face. Então, aí, é uma coisa, assim, um falando inglês, um falando português. Ninguém vai entender nada. Então, eu acho, mas está se gerindo os problemas aos pouquinhos e também a questão aí de um respeitar o outro, a questão de hierarquia. Por isso, que eu gostava do regime militar, que a gente tinha uma certa hierarquia. Um respeitava o outro e ela hoje, às vezes, um pula hierarquia e, bem lá embaixo e quer mandar no chefe. E não é por aí. Então, a gente, mas tem mudado bastante. Agora, que até os próprios Secretários também têm de levar soluções para a DIR também. Não é só querer que a DIR vá ensinar a eles. Eles também têm de levar projetos e sugestões, porque, senão, como é que vai crescer? Se você não souber o que acontece no município, você não pode ajudar em nada.

Silvia - E o senhor tem contato com outros secretários e conselheiros de outras cidades menores da região?

Gilberto - Não. Geralmente, hoje, eu tenho estas dificuldades, como a gente trabalha, a gente gosta de ficar sempre junto com o nosso atendimento, às vezes, cria certa dificuldade em estar participando. Mas a gente, sempre tem a oportunidade, como eu participava do Lions Club de Mirassol, e, nestas convenções que a gente vai, sempre a gente encontra colegas e também como eu sou farmacêutico de ofício e também temos os nossos Conselhos, né. E a gente tem contatos, por aí, com outros colegas. Mas é ainda uma questão... uma troca de idéias muito recente ainda. Eu acredito que, no futuro, isto aí... tem de sair pelo debate, se até, hoje em dia, o brasileiro precisa conscientizar que nós somos responsáveis pela saúde. Nós devemos pensar que, hoje, trabalha-se em conjunto. Um passando informação para o outro. O Brasil, a globalização, o que é a globalização. Um passou informação para o outro e, no final, todos chegaram ao mesmo objetivo, como é que fala: eu, eu e só eu. Não. Hoje não é assim. Hoje é um sistema de parceria e tem de

ser assim. Nós, lá na nossa empresa, aqui, nós temos um instrutor aqui. Aqui não existe patrão e empregado. É uma equipe trabalhando cada um no seu setor, porque, hoje, a questão de gerenciamento, não existe chefe mais. Existe cada um no seu setor e cada tem de terminar as suas funções. O que dá errado, um ajuda o outro, porque assim funciona. Porque se ficar muito chefe e subalterno daí a coisa não funciona, porque não há motivação para o trabalho. Eu acho que isto aí também é uma coisa que tem de se criar no setor público.

Silvia - E uma pergunta básica, me veio ontem, quanto o senhor atende, aqui, da Secretaria da Saúde. Ela vive, então, basicamente, de repasse do Governo Federal?

Gilberto - Pra nós, prestadores de serviços, nós só recebemos do Governo Federal. Eu fui ver... nós tínhamos repassado por... eu sou prestador credenciado, precisa ver, somos os únicos, quase, a sermos credenciados pelo SUS, diretamente, com a Secretaria de Saúde de São Paulo e quem repassa é o Governo Federal. Mas como nós temos o credenciamento, vem diretamente de Brasília para nós, a importância. Conta direta. Não passa por outra empresa. Ela vem direto.

Gilberto - E aí ele repassa para os municípios também. Mas só que, agora, é o seguinte: os recursos são muito pequenos, porque o setor público se organizou ainda para prestar serviços. Ele tem de se conscientizar que quanto mais eles prestar serviços, mas ele vai receber. É como nós. Quanto mais, mas é que nós, às vezes, trabalhamos irritados e eles não deixam mais trabalhar à vontade. Eles limitam a gente, por causa de recursos financeiros mesmo. Agora, eu acho também, outra coisa que nos pesa muito, que, até hoje, não definiu de onde dão recursos para a saúde. Foi criado esse novo CPMF aí, mas, até hoje, não veio nada para a saúde. Nós não vimos verba nenhuma. Pelo contrário, piorou. Depois que criou este imposto aí, o dinheiro ficou mais escasso ainda, por incrível que pareça, que isto é o contado, né. Eu acho que isto é a grande falha do sistema. 'Quem vai pagar o sistema'. Até têm muitos críticos que falam. Quando eles criaram a Constituição de 88, 'que a saúde era direito de todos', só que eles esqueceram de pôr na Constituição quem ia pagar a conta, né. Está lá que todo mundo tem direito ao gratuito, só que se esqueceram de pôr na Constituição quem ia pagar a conta, que, até hoje, eles ainda não descobriram quem é que vai pagar a conta. E isto aí é a maior polêmica que tem, por isso, todos os Conselhos, quando se formam, eles não se preocupam quem que cuida do município, o financeiro, porque ninguém sabe de onde este dinheiro pode estar vindo. E isto precisa ser definido. Eu acho que com este novo governo aí tem de ver de onde vem estes recursos. Da educação, a gente sabe que uma parte da arrecadação do município que vai para a educação. Saúde é dez por cento, do município. Mas, e os outros? E o governo estadual e federal, nós não sabemos de onde vem. E de onde vão gerar estes recursos também, a saúde é cara. Não é uma coisa muito barata não. Então, tem de se descobrir quem vai pagar a conta. Eu sempre falo, isto cria e promete muita coisa para o povo e esquece quem é que vai pagar a conta, porque nós é que estamos subsidiando a saúde,

hoje. Todo o setor privado que atua na saúde, nós estamos subsidiando a saúde pública. Praticamente nós estamos carregando o Governo nas costas. Fazendo uma parte que seria dele. Eu acho que isto tem de ser mudado, porque nós já somos muito pouco, hoje, como eu poderia dizer, nós já somos apenas 4% na participação da receita da saúde, mas, daqui uns dias, não teremos mais nada. E aí, como é que fica? Aí, tá difícil, então, tem de ser mudado.

Silvia - Deixa eu ver se está faltando alguma coisa. Eu tenho, só para finalizar mesmo, como que será, analisando o seu município, quais são as maiores dificuldades, da área da saúde, e, por outro lado, quais foram os avanços também, nos últimos anos, aqui no município?

Gilberto - Certo. Eu acho que a grande dificuldade é a relação médico e setor público.

Silvia - Aqui em Mirassol.

Gilberto - É. Eu acho que pela baixa remuneração, a gente nota esses médicos meio desmotivados pelo valor financeiro que ele recebe e pelas mudanças muito bruscas que fizeram. Agora, um dos avanços que teve foi a criação da parte epidemiológica, de controle de endemias e epidemias, e que evoluiu bastante, no município. A questão do controle da dengue é uma coisa que funcionou muito bem, em Mirassol. Eu mesmo tive o azar de ter dengue, inclusive, mas de dois anos para cá foi montada uma equipe muito boa e com a ajuda da Funasa. Praticamente a dengue foi quase extinta, em Mirassol, mas conscientizar, primeiro começou com saneamento básico; veio a limpeza dos terrenos; limpar a casa de todo mundo, porque ali é que a... dengue é consequência de material depositado. Aí, depois que começou esta limpeza, cidade limpa, vocês já ouviram falando ali. A Globo sempre patrocina o Cidade Limpa. Faz mutirão de limpeza nos terrenos públicos. E a atuação de Mirassol, tem a equipe do SOS, que tinha uma atuação muito boa. muito boa. Ela tem um trabalho muito bom. Recentemente ela esteve no Rio de Janeiro, se preparando e conhecendo mais alguma coisa sobre a dengue. Tem havido bastante recurso e bastante curso, neste setor, está vindo do Governo. Eu acho que neste setor de vigilância epidemiológica, Mirassol tem evoluído bastante e, eu acho que é por aí mesmo. Agora, o setor médico está meio desmotivado. Isto aí vai ter de ser resolvido, dentro de pouco tempo, porque o médico é uma parte fundamental também, na saúde, na parte da médica, da saúde médica, precisa de uma motivação melhor para a parte dos médicos.

(corte)

Isto aí a gente nota, conversa com eles aí, só que como eles são todos funcionários públicos, hoje, eles não têm muita autonomia para reivindicar nada, pois todos eles, como são todos empregados, têm medo de falar de alguém e perder o emprego. É aquele medo,

hoje. Em plena região de Rio Preto, que se forma muito médico, aqui tem médico sobrando, se um bobear, não pode falar nada, já é substituído. Então, a relação médico e setor público, eles reclamam muito a questão de remuneração e condições de trabalho também e acredito que o município está se modernizando neste setor também. Eu acho que, dentro de pouco tempo, vai ter condições melhor do médico trabalha, que, às vezes, ele trabalha em local inadequado. Sem condições mínimas de trabalho. Não tem. Então, eu acredito que, dentro de pouco tempo, Mirassol vai melhorar neste setor também.

Silvia - Está ótimo, então, ...

4 – Julio – Conselho Municipal de Saúde de São José do Rio Preto Sani – Conselho Municipal de Saúde de São José do Rio Preto

SILVIA Como se caracteriza a política municipal de saúde e qual o papel esperado pela Secretaria Municipal de Saúde dentro dessa política?

JULIO - Quanto Rio Preto, a gente... o Conselho Municipal da Saúde e a Secretaria Municipal da Saúde tem tentado mudar o modelo de assistência, em saúde, em nosso município, com um enfoque mais para a promoção da saúde. No enfoque, atual ele não segue, impede este modelo preconizado pelo SUS. Então, nós temos feitos algumas... adotado algumas estratégia para que possamos estar mudando este modelo de assistência. Um foi o fortalecimento do Conselho Social e a descentralização do controle social; outro foi a questão de estarmos realizando concursos públicos para pode suprir aquela demanda de recursos humanos para atender a questão daquela verba, que nós estamos gestão plena e tem uma deficiência; outra questão era a de estabelecer um programa de avaliação do sistema desses funcionários. Isto também está sendo estudado e de tentar valorizar, atualizar e reciclar. Os recursos humanos existentes e também de implementar novos programas e de testar alguns programas, que já existem e que estavam resistentes e implantar novos programas. Então, basicamente, é o que e tentar realmente mudar o modelo de assistência, que o modelo atual, ele está em uma fase de transição e é um modelo que não é o ideal e nem aquele que promove saúde. Ele simplesmente é uma relação de que... de doença e tratamento. Então, fica... e isto está incorporado já culturalmente, tanto pela rede de serviços quanto pelos profissionais e, deve entrar nos processos reversos e está tentando mudar este modelo com várias estratégias.

SILVIA Certo. E como está a interação do nível estadual com a política municipal de saúde?

JULIO - Olha, particularmente falando, como presidente do Conselho Municipal da Saúde e pessoa atuante na articulação política, infelizmente eu sinto uma ausência muito grande do Estado, em contribuir, efetivamente, com a política do município, primeiro, que

eu diria, pelo momento, eu diria, por incompetência política e por não só incompetência política, porque isto acontece se eu seguir o Conselho, por ter uma e incompatibilidade política. Então, nós temos dois pontos: incompetência política e incompatibilidade política, porque isto. O nosso interlocutor do Estado não diz se pode e o partido do Estado ou do governo ou do secretário ou da própria DIR é PSDB e, tradicionalmente, é outro partido que tem a administração pública do município. Então, isto, antigamente, havia incompetência política. Hoje, eu diria que existe uma incompatibilidade política. Portanto, o que acontece. O que se percebe é que, além das nossas opções, quando ela foi pactuada, por gestão, sabia que ia participar de gestão pública de sistema, ela foi feita, como uma experiência muito grande, tanto por parte dos gestores e técnicos e os próprios técnicos e o estado subsidiaram esta transição, eles também acabaram e... não fortalecendo, melhorando esta pactuação inicial, que é pela habilitação. Então, o município já começa com um sistema, que não está totalmente organizado. Ele estava mais organizado no papel, não que denote incompetência dos técnicos e capacidade, mas a capacidade não tinha uma capacidade técnica tão estabelecida e aprofundada no sistema. Fora isto, nós pegamos todo o equipamento sucateado, não só em nível de equipamento, mas de equipamento social, tanto que foi transferido da União para o estado, para o estado transferir para o município e isto nos causou um impacto muito grande, que, agora, que a gente está tentando se recompor disso. É pegar os equipamentos sociais transferidos da Secretaria da Saúde, todo sucateado e todo destruído e de ter de lidar com uma situação, que antes nós não lidávamos que é gerenciar ser gestor de ..., no caso de recursos humanos, de esferas de governos com governos/partidos diferenciados, porque cada um tem uma política e um regimento próprio.

SANI - E, por isso, nós temos tido conflitos.

SANI - Até hoje a gente não consegue superar estes conflitos, por causa destas diferenças de uma esfera para outra.

SANI - E a DIR 22 são muito acomodados. Eles estão imparciais. Eles não dão retorno. Não assume um papel efetivo junto ao gestor municipal. A gente percebe, a meu ver, que ele é muito mais parceiro do que passou por gestão dele, que ele é a Faculdade Universitária. Então, isto é um outro ponto que, eu digo que o Estado. Ele tem nome. Tem um ponto, nós, no Brasil, o estado de São Paulo, é a única Unidade Federativa, em que tira, o que vai contra as diretrizes econômicas do Sistema Único da Saúde e da Lei Orgânica da Saúde e da própria Constituição, em que o hospital universitário não é de gestão do município. Ele é do Estado, então, a única Unidade Federativa, que tem isto é o estado de São Paulo, que tem este tipo de especificidade. E a gente percebe, claramente, quando há intervenção da DIR. Ela sempre intervém favoravelmente ao hospital universitário, que é o que está sob a sua gestão. E o município tanto é que a gente tem conversado com o Ministério Público, tanto eu, enquanto representante do Conselho e seu presidente, de estarmos tentando nos mobilizar para que, no meu entendimento, o estado

não consegue cumprir o que está na emenda constitucional – a 29 – que é a de repasse de nove por cento da Saúde. Se você paralisar o orçamento para o ano que vem com 80 milhões de reais, nove por cento são 5 milhões de reais. É muito dinheiro que, se você for fazer um levantamento, em todos os municípios dos estados brasileiros e o estado de São Paulo, você vai ver que não existe um repasse fundo a fundo regular, como própria lei orgânica da saúde prever. Então, o próprio estado de São Paulo não cumpre a legislação. Ele não... o que ele faz é convênio ou termos aditivos. Ele não repassa fundo a fundo regular, como o Fundo Nacional da Saúde. Então, ele acaba priorizando municípios, em que existe uma compatibilidade política partidária. Este é o meu ponto de vista.

SILVIA E isto, você observa não só na DIR aqui, mas, em todo o Estado?

JULIO - Eu torço... Isto eu não posso falar, por todos os municípios, porque... mas é assim, porque, por exemplo, eu posso falar o exemplo de Rio Preto, que é o que a gente vivencia. Isto já foi objeto de discussão no Conselho, tanto é que eu digo, no Fundo Municipal de Saúde, tem o que: tem o recurso do município, que repassa, com o do Fundo. O Fundo Nacional de Saúde... Agora, existe o repasse do estado, mas são termos aditivos. São convênios. Não é um repasse regular, como prevê a própria Lei Orgânica da Saúde, em nível federal, como é a próprio Código Estadual de Saúde. Então, a gente vê que tem isto aí . Ele vai contra a própria política de gestão mesmo, que se preza. Então, um estado muito... ele acaba não estimulando nada, aqui. Não existe uma política efetiva de parceria, por essa própria incompatibilidade política, né, de troca de favores. Então, se há, por exemplo, ultimamente, eu tive de intervir, junto ao Ministério Público, pela total ausência do estado, por esta incompatibilidade política. Eu percebo sempre, porque nós temos hospitais universitários, eu vou te dar o exemplo, que, daí, veio até a carta do Ministério. Eu entrei com uma ação, eu até procurei um representante público, junto ao Ministério Estadual, em que nós temos de... a DIR-22 comprou serviços de ressonância magnética, em outro município, em Catanduva. E, aí, eu disse o seguinte que estava prejudicando tanto os usuários do SUS de Rio Preto, quanto da região, ou seja, Fernandópolis, Jales, que é a 60, 100 km. Por que? Rio Preto nós temos ressonância magnética do estado, no hospital universitário e havia o que um interesse político de barganha e aquela indefinição tava prejudicando o usuário, por isso, eu entrei com uma representação no Ministério Público. Dei publicidade pro caso e o retorno foi rápido. Foi em quinze dias, porque o hospital universitário, a DIR estabeleceram e já definiram quota de Rio Preto, porque o usuário de Rio Preto vai fazer ressonância, aqui na cidade de Rio Preto, aqui no hospital universitário. Antigamente, nós tínhamos o que que nos deslocar 50 km, para fazer ressonância magnética. Então, estou exemplificando esta incompatibilidade, estas barganhas e que há necessidade da intervenção, às vezes, do próprio Secretário do município, que não tem com quem ele interagir. Ele não pode fazer monitoramento. Se ele não vê. Por isso é importante que o presidente do Conselho não é o Secretário municipal... Rio Preto é assim. É eleito pelo Conselho. Eu sou usuário. Então, eu tenho mais liberdade de fazer, em defesa o que é do usuário, porque os princípios dos SUS preconiza. Então, quando eu vejo que

isto está prejudicando, eu entro com representação... Então, é assim. Uma outra questão, que eu falo de incompatibilidade é a questão dos aparelhos auditivos. É... o aparelho auditivo, para um deficiente auditivo, ele tem direito. É constitucional. Está na lei estadual. Está na Lei 8080, na Constituição Federal. O médico indica o tratamento, avalia e solicita o aparelho. A Secretário não pode comprar porquê. Porque o Ministério, depois, já baixou uma Portaria em que precisa ter um aparelho para poder aferir este aparelho auditivo. A DIR, por sua vez, concorda e não define, com agilidade, isto. E, aí, nós ficamos o que, um ano e meio uma fila de quinhentos deficientes auditivos, esperando um uma definição do Estado. Eu entrei, na justiça, também e o que aconteceu. Desta vez, o promotor abriu uma ação civil pública contra o estado, porque as pessoas não podem deixar de ter acesso à saúde e a equipamento da saúde, em questão de que este aparelho custa US\$20 mil ou 60 mil reais. O município não tem como assumir este custo para isto, para a aquisição desse aparelho. E este aparelho existe no hospital universitário. Então, a gente quer o quê, comprar os serviços dele. Então, tem aparelho para fazer esta avaliação. Eu mando para lá. Lá aufere e a gente repassa isto. E a DIR não entendeu esse favor. Ela acha que tem de comprar o aparelho, mas nós não temos recursos. Ou a gente compra o aparelho auditivo ou, então, eu tive de intervir, de novo, contra o estado e, agora, talvez, tenha uma conta pública. Então, para você ver como o estado acaba não auxiliando, não ajudando e nem fortalecendo as políticas públicas, no âmbito do município. Eu não sei se é para todas as DIRs, mas que a nossa DIR, em especial, pessoalmente desabafando, é de um incompatibilidade e de uma incompetência absurdas.

SILVIA Então, como você falou, então, é assim: na tua avaliação, a DIR, como representante do estado, aqui na região de Rio Preto, não está atendendo, mesmo, este papel de coordenadora política. São 101 municípios que impedem que ela tenha esta articulação...

JULIO - Fica muito a desejar... Não, não. Eu diria que ela até chega a articular estes municípios. Ela promove reunião. Existe as reuniões da CIR, mas assim, quando a visão é para uma questão, assim, do que é imparcial, do que é justo, do que é bem comum do coletivo, não existe esta visão, porque é assim, é óbvio que se você for ver o que a DIR administra. Está sob sua abrangência 101 municípios, o que daria, em torno de 4 milhões de pessoas, 3,5 milhões, nós temos de levar em consideração, que só o município de Rio Preto são 400 mil pessoas, então, é assim, e que a cidade é uma cidade pólo . Ela é referência. Então, a gente precisa ser estimulado e incentivado com uma pactuação, em que exista esta possibilidade de, pelo menos, assumir um custo disso, e ele tem de ter esse articulador para isso. Então, é assim, ele acaba não articulando, eu diria assim, ele acaba não articulando a invasão que tem no nosso município um exemplo que eu te dou da ineficiência da DIR-22, é que eu falo que é invasão, que apesar do SUS ter... a universalidade de atendimento, a gente vê que, em todos os municípios, fazem na sua totalidade, uma gestão plena da questão básica. Então, o prefeito, o que ele tem feito na nossa microrregião, e isto é comprovado, é a rebocoterapia. Ou seja, ele compra um

ônibus, um ônibus escolar, que é proibido, e traz tudo para as nossas UBS daqui. Então, isto é crime. Não pode. É uma afronta e é papel da DIR educar, articular e fiscalizar para que os municípios, pelo menos, sejam capazes de atender o atendimento básico, que eu digo é o total atendimento básico, inclusive a cesta básica farmacêutica. Agora, nós temos estabelecidas alguns critérios para não haver esta evasão, porque não dá para o município de Rio Preto assumir o custo de assistência farmacêutica básica dos municípios vizinhos, porque ele tem a sua...

SANI - ... cesta básica para atender.

JULIO - ... e tem a dose certa também e existe também a questão do que é a arrecadação e o orçamento comprometido para se ter uma idéia, Rio Preto montou agora, nós estamos gastando em torno de vinte e seis por cento do orçamento com a Saúde. Nós somos um dos poucos municípios que até 2004,. E nós gastamos vinte e cinco. Então, é assim, porque o município pode voltar. Nós não deixamos ele voltar. A gente sempre nesta articulação, que deve ou manter ou até aumentar, porque não é gasto com a saúde. É investimento e com o que se investe. Então, é assim, estes pontos são os pontos negativos. Claro que a DIR tem seu pontos positivos e que acaba não tendo uma projeção grande, porque, para Rio Preto, não tenho visto, de grande impacto. Talvez tenha sido para microrregião ou para os hospitais universitários. Assim, em nível de município, não existe.

SILVIA Porque Rio Preto acaba sendo o mais prejudicado, e mais ainda para fora da DIR, a gente está fazendo uma outra pesquisa também em outras DIRs. Tem a DIR, por exemplo, de Campinas, que são... a grande maioria são grandes municípios. Então, lá, o papel do estado torna-se menos importante do que, por exemplo, numa DIR como a daqui, porque, como você falou, a maioria são pequenos e são dependentes mesmo. Então, o que a gente está observando é que, de certa forma, a DIR de Rio Preto é uma das primeiras a implantar as diretrizes estaduais, na região. Assim, um exemplo é o sisvan, quando foi uma das primeiras DIRs, que implantou. Então, eu acho que se, por um lado, ela prejudica os municípios maiores, por outro, ela consegue fazer ações que outras DIRs, com grandes municípios não conseguiu.

JULIO - ... mas, ao mesmo tempo, eu acho que ela deve, realmente, ter outros pontos positivos, mas, assim, que, ao mesmo tempo, que você consegue fortalecer o município-pólo para que ele possa perceber - nós somos a referência - com a alta e a média complexidade, então, vai chegar uma hora que vai estrangular o atendimento, que vai parar todo o sistema, porque, é claro, que a gente deve priorizar a promoção e atenção básica e a resolutividade na atenção básica...

(parada)

Então, é assim, deve ser pelos seus aspectos positivos, mas, eu acho, que são esses pontos positivos, que você colocou, porque a gente, inclusive desconhecia, porque, por exemplo, eu posso citar o exemplo, a DIR tem representante no Conselho e nunca existe, nunca há o informe para... assim, dos avanços, do que tem discutido e avançado, em nível de microrregião, como um todo, no enfoque que não importa que deixa esta possibilidade de haver. Então, eu não sei se, porque nós não... porque não cumpre ou se existe especificidade diferenciada, em que o Conselho, o presidente do Conselho e o Conselho, ele é totalmente autônomo e independente e o presidente de fato é eleito, então, talvez, ele passe isto para o secretário... e é assim, acaba não tendo comunicação efetiva, mas isto deve avançar. Eu cheguei até a participar... o diretor técnico, na última reunião, da DIR-22, porque um ponto da pauta foi a questão do hospital universitário, que eu sugeri que criasse uma comissão gestora e acabou sendo uma Comissão de Avaliação e Assistência, porquê. Porque o teto financeiro do hospital de base, que é o hospital universitário, é quase o dobro ou o triplo do município e, historicamente, na pactuação da habilitação nossa, cinquenta por cento do seu teto físico-financeiro tem de ser destinado para o que o município pretende, porque isto, já historicamente, era feito. Então, é assim, e a gente... a nossa intenção, foi com que... dê... em um primeiro momento, foi colocado que ele estava sob gestão estadual e a gente não tinha direito de fazer a doação. Aí, eu disse que não, que o Conselho conseguiu reverter e não houve resistência, porque a gente quer o quê. Acompanhar se isto está sendo revertido para o município e uma série de outras coisas e se está havendo esta aplicação na nossa região, na nossa microrregião, efetivamente, e é um equipamento de saúde importante e que está dentro do nosso território. Então, eu não posso dizer que é interferência, que aí a gente tem de entrar numa ou fazer igual Marília, eu disse “Marília entrou na justiça e tirou a gestão plena. Tirou a gestão do hospital universitário e veio para o município. É só entrar na justiça”. Então, se o problema era de não deixar a gente fiscalizar o hospital universitário, eu entraria com uma ação na justiça e traria a gestão do hospital para o município, que é o que prega a Lei Orgânica da Saúde. Então, eu acho que eles resolveram ceder e a gente acabou avançando, no município, e porque nós passamos por um momento, porque, aqui em Rio Preto, a nossa referência hospitalar..., nós temos neste período de um ano, dois, três hospitais, em um ano, fecharam, na cidade. Então, você vê, aí, é claro, que a demanda pelo hospital universitário vai aumentar e a gente precisa ter as portas abertas para nós.

SILVIA A Secretaria estadual repassa dinheiro para município para aplicar suas diretrizes na área da saúde?

JULIO - Eles repassam, por exemplo, convênios ou termos aditivos e é só, Repassam alguns recursos para compra de equipamento, que isto aí é só para aquilo ou quando surge alguma unidade para o “Saúde da Família”. Então, a gente vê que não existe um repasse, fundo a fundo regular e não deveria ser e isto só ocorre eventualmente e através tanto de convênios ou contratos ou termos aditivos.

SILVIA E'... você... já chegou a participar da CIR ?

JULIO - - Não. Ainda não. Quem participa é o secretário. O Conselho Municipal de Saúde participa só através do secretário, que é um conselheiro, é, mas nós já pensamos em começar a participar da CIR também . Eu, como presidente, participar lá, mas é que eu ainda não consegui agenda para , que é muita coisa.

SILVIA Em geral, é assim, falando mais sobre Conselho Municipal. Como funciona aqui em Rio Preto...

JULIO - Na realidade, Rio Preto, em 1998, ele por acreditar na gestão plena do sistema, aí, ele passou a ter um Conselho, em caráter deliberativo. Até então, era consultivo. Eu acho que de 98 para cá em 2001, 200, foi crescendo e tendo uma participação social mais efetiva, ganhando espaço. Hoje, o Conselho Municipal de Saúde tem uma estrutura, nem o Conselho estadual, às vezes, tem..., porque você põe o Conselho estadual em uma sala ao lado do secretário. Não tem estrutura. O Conselho mal existe. Eu posso dizer assim, porque é assim. Existia uma estrutura. Os conselhos não têm autonomia, mas é assim. O Conselho Municipal de São José do Rio Preto durante dois, três mandatos, conseguiu mostrar um trabalho efetivo de atuação social em prol do coletivo. E ele foi crescendo, avançando e criando credibilidade, então, nós somos porque nós passamos a atender pendências políticas, administrativas. Autonomia, nós temos. Nós temos nossa sede própria; nós temos funcionários; nós temos técnicos contratados e subordinados aos conselheiros; nós temos viatura e toda uma estrutura, uma infraestrutura própria e, o melhor de todos é que todos os Conselhos vêm aqui para copiar; nós temos orçamento próprio. Para Rio Preto, eu acho que todos os Conselhos Municipais, e eu acho que nem todo o estado tem que 0,25% de todo o investimento da saúde é o orçamento do Conselho Municipal. Aí pode manter sede, veículos, combustível, recursos humanos, congressos, seminários, conferências. Pode manter toda uma estrutura. Não que a gente utilize todo esse 0,25% de todo o nosso orçamento, que são 60 milhões de reais, mas que nós temos até este valor para poder usar, desde que o Conselho sempre é um constante, acompanhe, fiscalize. Ele que é o fiscal da aplicação desses recursos. Então, o primeiro passo é a independência e autonomia e aí, isto vem consolidando com a questão da eleição do presidente, que passa a ser em Plenária, na primeira... existe a conferência. Existem as Plenárias, que vão eleger os representantes do Conselho; a Conferência referenda esses conselheiros e na primeira Reunião Ordinária, desse novo Conselho. Se elege o presidente e vice , aí, as Comissões, aí, ele passa a ter a eleição de órgãos. Aí, ele passa a ter autonomia e tem todas as interações do Conselho publicadas, aqui pelo Conselho, no Diário Oficial do Município. São acatadas. Às vezes, a gente chega até a... o que a Câmara aprova para a saúde passa para a gente aprovar. A gente não aprova o que a Câmara aprovou, porque é o nosso papel também isto, aprovar o porquê aquilo não estava aprovado no nosso plano plurianual e, às vezes, a Câmara acaba sendo politqueira, então, vamos supor, esta última LDO, que foi aprovada, havia ementas para construir cinquenta e

quatro ub's, sendo que a Organização Mundial de Saúde fechou o número em torno de 40 mil habitantes por uma ub's. Nós temos já vinte e quatro, vinte e cinco, com as ub's de Saúde da Família. Então, não há necessidade. O que há necessidade é que a nossa ub's tem de ser reestruturada, mas não se tem nada de ub's e aí eles não entendem muito e a gente não aprova porque mesmo a Câmara aprovando, a gente veta, porque é o Conselho que aplica os recursos. Então, às vezes, a gente pede explicações e eles acabam entendendo, porque quem entende mais de saúde é o Conselho e acaba criando, mas não existe uma animosidade e, na relação, um clima desfavorável entre o legislativo, que é um órgão soberano, que faz as leis. Eles respeitam, porque é assim que a gente faz um trabalho sério e responsável e sempre com argumentos daquele que está na diretriz certa. A gente não favorece. Existe uma unidade básica que era para ser construída na rua tal, entendeu. A gente vai lá e orienta eles e veta e veta porquê. Por isso, sempre explicando e justificando porquê e porque não está no nosso plano plurianual. Então, e a gente também tem articulada algumas reuniões, que acompanha o Plano de Saúde da Câmara, que é para aproximar. Então, é assim, nesta gestão, em que eu sou presidente, a gente estabeleceu um canal de articulação e comunicação com o legislativo, que é a Câmara, que é a Comissão de Saúde, que é meio frágil ainda, porque tem um papel dele, político. Não político, de política. É politicagem mesmo. Mas a gente conseguiu avançar e saber. Não existe enfrentamento. Eles respeitam muito, porque, nós respeitamos muito os vereadores. Agora, em nível judiciário, a gente tem o canal aberto, tanto com o Ministério Público federal e estadual, então, eu tenho reuniões, geralmente bimestrais ou trimestrais, com o procurador da república e com o promotor de justiça da cidadania, então, a gente vai discutindo, trocando idéias do que, inclusive o próprio Ministério Público tem algumas dificuldades, em relação, à própria legislação do Sistema Único para interpretação, que é a questão sanitária. Então, o que ajuda que a gente acaba trocando figurinha e a gente acaba avançando, que o maior beneficiário de tudo isto é o cidadão, porque ele tem três papéis, em termos técnicos, da qual ele é usuário. Ele é financiador e ele é o decisor. Então, ele tem um papel super importante. A gente tenta democratizar tudo isto com o papel do Conselho Municipal da Saúde. A democratização do quê. Do conhecimento da saúde, em relação à saúde, doença. A questão do controle social, da participação social, então, este é o nosso papel.

JULIO - Sempre foi. Eu digo sempre foi, porque nós passamos, esse é meu terceiro mandato. Mas eu tenho quatro cinco secretários de saúde e o que me deu esta visão foi primeiro usar a própria sustentação que está na Lei 8080 e na 8141, que é a Comissão de Finanças e Orçamento. Então, o Conselho Municipal, tudo o que a Secretaria gasta com saúde tem de ser acompanhado pelo Conselho. Então, o secretário compra uma agulha e tem o Conselho a acompanhar aqui, em Rio Preto. Isto já é há quantos anos... três?

JULIO - Então, tudo o que se compra e tudo, o Conselho acompanha. Então, o Conselho instituiu uma comissão que eu chamo de Finanças e Orçamento, Estes

conselheiros dão plantão, segunda, terça, quarta e quinta-feiras, de uma hora, na Secretaria, em que eles têm de ter conhecimento mínimo sobre orçamento, sobre financiamento do SUS, em que e quando, conforme o setor de compras da Secretaria vai fazendo as solicitações, ele vai colocando de acordo com os recursos do fundo, se é do PAB. Se é do PAS ou se é da PPI Se é dá Aids , então, ele vai acompanhando, inclusive não permitindo que se use, utilize de forma incorreta. Ou quando não for, ele autoriza e volta a acontecer ou a gente precisar utilizar o dinheiro da vigilância sanitária, aí o Conselho referenda, que usou 25 mil reais, vamos dizer, da Vigilância Sanitária, para manutenção da ubs, emergencialmente, para isso ou aquilo, mas isto é muito pactuado. Isto é muito claro. O Secretário sabe lidar com isto, que, inclusive, isto dá mais legitimidade para ele gerir o setor, porque tudo o que ele gasta e o Conselho está junto assinando com ele, com todos os secretários, foi assim. Eu acho que isto nos possibilitou que, quando um ponto positivo além de ele ter um co-responsável nessa ordenação de perfil. Não ordenador de temas. Não somos nós, porque a gente faz um assinando de acordo ou não e, aí, a gente procura averiguar aquilo. Sempre o Conselho está acompanhando, além de ele dividir os contratos, a co-responsabilidade, os recursos foram mais bem direcionados para os propósitos que deveriam ser. E, então, assim, às vezes, a gente acabou interferindo, porque, às vezes, o Secretário Municipal de Saúde ou o Secretário do estado, ele tem de fazer algumas restrições políticas e, aí, não é ele que faz. É o Conselho que não deixou. Então, por exemplo, a gente acompanha tudo. Se você é funcionária pública e tem mais de dois vínculos, a gente não deixa, então, tenta moralizar isto. Então, o Secretário, quando ele é cobrado, ele fala 'oh, mais eu não posso nomear comissionado, porque você já tem dois vínculos públicos', aí o Conselho vai e intervém. Isto é uma forma, inclusive de acompanhar esta aplicação dos recursos públicos. Então, é assim, a gente acaba sendo um aliado. É claro que existe sempre divergências de opiniões, de idéias, mas isto é tudo discutido e aquela argumentação que for mais convincente, ela ganha e, aí, assim, a gente tem feito uma parceria importante, porque o propósito maior é sempre coletivo. A gente tem muito o que crescer. Temos muito o que nos reorganizar mais ainda, mas há estamos no caminho. Tem mais algumas coisas erradas, que têm de ser modificadas. Eu acho que é assim, a gente tem muita coisa boa para trocar com muita gente. E a gente tem muita coisa que quer aprender também. Vai ter experiências outras de outros municípios que a gente desconhece, mas, pelo pouco que a gente participa, em conferências nacionais ou estaduais ou outro tipo de instância, em que existe uma possibilidade própria, a gente percebe que a gestão está muito na frente em muita coisa. Também tem outros Conselhos que acabam vindo aqui. A gente tem filas de Minas Gerais, assim, querendo saber como que é isto e outros conselheiros. A gente intervém mesmo. A gente... teve uma coisa que eu achei diferente foi o que, desde o ano passado, não avançou, porque o próprio segmento não... foi quando o Conselho deliberou a autorizar o repasse para os hospitais universitários, que possibilitasse cirurgia para mudança de gênero que é para transsexual mudar de sexo, desde que tivesse todos os critérios estabelecidos , que é uma patologia, uma doença e que ela, que a cura desta doença e se ela... e a cura dessa doença é só a da cirurgia. Então, eu achei que é um grande avanço de Rio Preto, que tem uma cultura muito conservadora, mas eu acho um avanço muito grande. Mas eu acho que isto ocorreu de fato,

porque as próprias pessoas envolvidas cobraram na continuidade disso, mas o Conselho aprovou fazer três cirurgias por ano e com o financiamento do SUS para este tipo de patologia. Então, é assim, eu acho que puseram uma lei na Câmara e a própria Câmara, a gente reclama de algumas coisas de vereadores, a Câmara foi muito propícia, possibilitando uma lei. Nós mudamos a lei, que o presidente era eleito e que o orçamento era lei do município, o,25%. Teve todo um trabalho de articulação.

SILVIA Dos dois lados, tanto do Conselho como dos próprios vereadores da Câmara?

JULIO - Sim, sim. E, aí, eu digo sempre o seguinte, aquela frase que eu digo 'que além de cidadão ele é usuário, ele é financiador, que os nossos impostos financiam tudo, que a gente tem direito e ele é decisor, porque eu digo que mesmo um profissional de saúde, prestador de saúde ou governo, são, cidadãos brasileiros que são eleitos ou são concursados e são usuários de plano de saúde, em algum momento da sua vida. Então, ele usa sim e eu acho que a gente está conseguindo avançar nesse ponto e crescer. Eu acho que a gente tomou um caminho legal de amadurecimento. Eu acho que a democratização, que eu acho que é o nosso carro-chefe, que nós implantamos o disque Saúde, nós temos as nossas operadoras. Então, a... ele consegue ser um termômetro da saúde. Ele tem de ser implementado. Num primeiro momento, de ter uma finalidade e, aí, eu acho que tem de se identificar mais esta finalidade e ela está crescendo. É um gesto. Eu acho que um outro grande passo é a gente implementar a nossa ouvidoria. Eu acho que a nossa ouvidoria tem de ter, no meu ponto de vista, isto tem de sair de fora da Secretaria ou do Conselho, para ela mais autonomia e independência e capacidade de policiamento mesmo, que é a proposta de uma ouvidoria, de apurar os casos e punir. É porque pode com que tenha de ser justificado no avanço. Seja apurado isto, porque eu tenho um grande avanço. E uma outra questão que a democratização é a centralização efetiva é... a questão dos Conselhos locais de saúde. Nós conseguimos implantar e eleger os conselhos locais com todas as unidades do sistema de saúde do município, as unidades básicas... Agora estamos em um processo de capacitação dos Conselhos e este momento está muito difícil, porque a gente está tentando capacitar os Municipais, mas a gente também está tentando os locais e ver os pontos positivos e negativos e mais assim, que é um grande avanço você ter os Conselhos locais de Saúde. Agora o nosso grande passo, pelo menos no meu plano de gestão, é fazer com que os Conselhos locais de saúde funcionem efetivamente, porque eles fazem para que ele tenha de gerenciar e estabelecer as diretrizes de saúde dos seu território. Será que esta unidade vai funcionar? Aí, ele vê o que está faltando e que a gente vai retomar o ano que vem, assim que terminar esta capacitação. Primeiro ele tem de saber o que é concepção de saúde, doenças, cidadania, legislação do SUS, que é o que nós estamos fazendo agora. São quase 380 conselheiros locais de saúde. É muita gente. Então, é assim, a gente está nesse processo de capacitação mínima daqueles que estão interessados. A gente não vai atingir cem por cento dos locais. Então, é claro que eu não posso avaliar ainda, porque não terminou, mas é... a gente acredita que, pelo menos, quarenta por cento desses conselheiros vão ter uma capacitação mínima de concepção de saúde e doença, de

gestão, um pouquinho. Uma pincelada. Apesar que não dá para... mas eles têm de saber, de certo, alguma coisa, em uma linguagem bem simples de cidadania, que é o essencial de financiamento e, aí, sim, o próximo passo que é uma proposta minha de fazer é o de ir lá na unidade básica e ser um facilitador e colocar em prática Brasil, para o conselho municipal local. O conselho municipal reproduzir aquilo no local, pegar por região. Então, um facilitador nesta reunião para quê. Para fazer o be-a-bá mesmo. Qual o papel do Conselho local? O horário de funcionamento da ub's. A população quer este horário. Qual o melhor horário da comunidade. O que tem de ter aqui. Nós temos mais idoso, mais criança. Tem mais usuário de drogas. Tem de ter esporte e lazer. Então, é assim. E ele começar a gerenciar sobre isto, estas necessidades do que pode. Não financeira, mas o que ele pode mudar, horário de funcionamento, o ambulatório da pediatria, o ambulatório da saúde da mulher. fazer e saber sobre programas de prevenção. O que é promoção à saúde, que a pessoa não procura a unidade básica só para tratar uma doença. Ela tem de ir lá e ter... ela pode pegar preservativo; aprender a usar camisinha; ela pode ir lá fazer um exame para saber um diagnóstico precoce de câncer da próstata e o que fazer e tal. Acho que este é o papel com a segunda etapa que a gente quer tentar levar isto para o Conselho local, que ele vai sentir. Se sentir importante e atuante, que até então, ele não sabe o que discutir. Então, ele se reúne e se perde na discussão dos encaminhamentos dele.

SILVIA Agora, sim. Discuta a questão da participação, como que se dá, aqui, no Conselho, porque eu tenho observado, que em outros Conselhos é que os dois problemas principais ou as pessoas não chegam a um consenso, porque cada um tem a sua opinião e é muita gente e não consegue se chegar a isso. Ou, por outro lado, é muito apático e não gera debate nem nada. Como é que está aqui?

JULIO - Eu diria que, na minha opinião - não posso falar não - é o seguinte: eu acho que o grande desafio da lei de controle social, que é a Lei 4142, é que possibilitou a participação do usuário nas decisões do Sistema Único de Saúde, que até não tinha. Até então, quem participava daquelas decisões eram quem, o profissional de saúde, o prestador e o governo. Aí, agora, acontece o que. O Conselho Municipal de Saúde é um órgão deliberativo, que estabelece as diretrizes e as políticas de saúde. É um órgão ligado ao executivo, à secretaria municipais de saúde e, por consequência, à prefeitura municipal. É um órgão que delibera e que, oitenta por cento, do seu colegiado é usuário. É o que usa o serviço. Então, acho isso um grande avanço e a gente conseguiu aqui fazer o que fazer para ser respeitada a nossa paridade. É por isso que a gente avançou muito e que alguns conselhos, é claro que deve ter tido outros, mas o usuário começou a se destacar e, por isso, que não ficou mais apático, mas é claro que nós temos exemplos de conselheiros que são apáticos, porque, aí, é algo do ser humano. É dele. É uma característica própria da pessoa, mas um grande avanço aqui foi a atuação do usuário, o destaque do usuário, tanto que ele não faltou. É claro que o usuário teve de fazer aliança. Então, aí, o nosso maior aliado foi o profissional de saúde. Foi o próprio governo. Então, assim, e eu diria que foi o grande avanço. Nós temos o que, a atuação desses usuários. Por exemplo, eu tive o meu

exemplo, que eu sou usuário, que é assim: eu era um profissional de saúde, mas eu lembro que, na primeira reunião que eu participei, um usuário, primeiro que a gente chegou a um impasse, no Conselho, porque nenhum era doutor. Nós todos éramos iguais. Somos iguais. Eu, por exemplo, hoje sou presidente do Conselho, mas antes de ser do Conselho, a gente está acordando . Ninguém é doutor. É claro que existe algum conselheiro que não concordou com isto, mas assim, o nosso pacto foi discutido com a própria Plenária. Então, eu coloquei o seguinte: que não deveria existir esses rótulos, porque as pessoas ali estavam em situação de igualdade de decisão. É claro que algum, com mais capacidade teórica na sua área, devido à sua própria ação; algumas vindas de escolaridade, mas todos eram seres humanos que tinham esta capacidade de decidir e que pra não tentar constrangir, que se acabasse com as denominações. Na realidade fui eu mesmo que coloquei isso. Nós tínhamos somente dois doutores, no Conselho, que era o doutor H..., que é doutor em Nefrologia e o doutor J..., que é doutor em Hepatites virais, hepatite B, eu acho. O restante era médico. Eu, por exemplo, de formação, sou enfermeiro. Não sou mais enfermeiro. Sou aposentado, mas, assim mesmo, um enfermeiro pode ser doutor. Um sociólogo pode ser doutor. Qualquer pessoa de nível superior pode ser doutora em alguma coisa, sabe. Nós estabelecemos que, para que não houvesse constrangimento e para que se nivelasse um pouco mais as discussões. Para poder... porque, às vezes, a pessoa só de falar doutor já tinha medo. Então, ninguém ia ser chamado de doutor, apesar que alguns chamam ainda. Um segundo acordo foi o seguinte: que eu lembro também assim, que nós tivemos a participação de um usuário que tinha um nível um pouco melhor de escolaridade. Então, isto possibilitou que nós não temos usuário que só tem o primário e que tem o segundo grau. Que tem usuário que tem nível superior e pode ser doutor e pode ser o que for. Hoje pode ter uma pessoa inteligente, independente da escolaridade e tem algum mérito. E tem pessoas que são oradores, que ela fala e pronto e convence no argumento. Então, isto sobressaiu. Eu lembro que o Secretário da Saúde falou que quem é aquele rapaz que usa termos médicos e ele sabia usar termos médicos e, aí, depois de três reuniões que a M... falou assim, é que ele é enfermeiro de formação. Então, é assim, ele estranhou, porque, na sua concepção, usuário é uma pessoa que não entende nada de saúde. Geralmente é assim, mas nós temos pessoas que podem ter o conhecimento. É só querer. Então, eu acho que... estes usuários, que começaram a se destacar e a apresentar propostas concretas e que beneficiam o grande coletivo e que eram aprovadas sempre e argumentadas com grande propriedade foi ganhando relevância no Conselho. E aí começou o que, a haver notoriedade pública, aí, a repercussão foi na Câmara. A repercussão foi na imprensa. A imprensa não ia entrevistar o próprio Secretário. Ela ia perguntar para o conselheiro-usuário, porque ele argumentava em outro nível de detalhes. Isto acontece até hoje, aqui, em Rio Preto. É claro, tem isto de ter uma pessoa mais esperta. Tem outras pessoas. Nós temos aqui o NS. Ele é médico. Ele é usuário. Ele é aposentado também. Mas nós temos um nível de conselheiros, um pouco, que favorece. Ele já foi conselheiro nacional de saúde. Então, assim, é isto que ela está favorecendo, que existem também outros exemplos, que eu considero super positivos. Então, é isto que eu considero de relevância. Aí, e eu acho que foi crucial, foi assim: é que a administração passada, o executivo, tinha uma rivalidade com todo a mídia local, a imprensa local. É uma coisa que eu não sei te explicar

o porquê. Então, tudo o que o conselheiro-usuário – não vou dizer que era eu – falava, repercutia na imprensa e era capa no jornal e, pelo conhecimento, e eu não falava bobagem – ninguém fala bobagem e vai para o jornal – mas, assim, de conhecimento de funcionamento do SUS. Você tem de estudar muito para aprofundar o conhecimento, na lei orgânica, em matéria de coisas novas e tal. Então, aí, eu chegava e argumentava e, aí, na hora de chegada, eu ia para a imprensa e ele via que, realmente o que estava na lei era isto. Aí acabava tendo uma repercussão. Aí que eu fui ganhando notoriedade no município e, aí, também foi pelo impacto de moralização, que era uma época em que os médicos não trabalhavam e repercutiu no Brasil inteiro, que era assim. Eu lembro que a jornada para quem era contratado era só de oito, seis e quatro horas, mas eles fazia vinte minutos. Ele atendia quinze consultas igual o... de uma forma genericamente falando. Não são todos assim. Teve até Procuradoria Geral da República participando. Foi uma moralização. Aplicação correta de dinheiro público. O médico da pessoa. A moralização do servidor é trabalhar, porque aí se descobriu médicos-fantasmas. Ele era lotado aqui e morava em São Paulo. Então, tudo isto foi dando notoriedade para a questão do controle social. Repercutiu, efetivamente, quando começou a denunciar o uso e irregularidades, dando visibilidade público para este espaço e ganhando respeito, entendeu. Então, este foi todo o processo.

SANI - Na minha opinião, estas ações, que começaram há três mandatos atrás e isto começou meio com o Júlio, assim que ele entrou no Conselho... As ações dele foram o que provocou isto. Provocou o incentivo das pessoas dos outros usuários. Então, eu até entendi bem a sua pergunta, porque do que eu viajo, do que eu converso de outros conselhos é assim, reunião, não vai ninguém. Vai três ou quatro. Uma olha para a cara da outra. Aqui, vai, numa reunião do Conselho daqui, assim, com discussões astronômicas. Aquela coisa quente mesmo, mas porque eles estão acostumados e estimulados a estarem participando, quer dizer, nós somos vinte e quatro titulares e, desses vinte e quatro. Os outros vinte estão ali e aí e, eu sou representante dos trabalhadores, a gente tem aqui também uma que não tem em lugar nenhum. A gente tem um fórum de trabalhadores e a gente tira os outros votos dos representantes. Nós somos três representantes dos trabalhadores da saúde e a gente faz um foro antes da reunião do Conselho. Tem um representante de cada unidade para estar vendo com ele. Leva a pauta. Discute a pauta e discute os nossos votos e a gente vota conforme o nosso segmento..

JULIO - - É a questão da representatividade. Eles foram eleitos para representantes. Ele, o usuário.

SANI - O segmento.

JULIO - - Então, ele escuta a base para votar na pauta, que, de fato, é... e que é o correto, porque quase nenhum outro Conselho faz isto.

SANI - Nenhum Conselho faz e é uma coisa que são ações que vão estimular as pessoas. O suplente, a gente chama, o suplente participa de comissão. O suplente participa do trabalho. Você tem de ... e é aí... eu sei disso, que em vários Conselhos nem as reuniões conseguem acontecer, porque as pessoas realmente não vão. Não participam. É esta a característica.

JULIO - ... do presidente não ser o Secretário. Ela possibilita o que é aquilo. É o que é definido na pauta do conselho. É o presidente que define ou a Plenária. Então, não é mais o secretário que vem aqui e...

fim lado A

JULIO - ... A pauta é assim, do que o presidente estabelece e vai chegando, que é sempre do coletivo. Sempre é polêmico. Aí eu tenho sempre alguma coisa a apresentar para o Conselho e é algum problema de saúde da família. Então, é assim... e, aí, é o que é. Participa o que e como vai falar. Como que vai fazer. Se o conselheiro municipal não for três vezes e que a gente faz o Joguinho da Velha e falo 'olha, você está com duas faltas consecutivas, a terceira, você vai ser desligado. E liga avisando. Manda uma carta e, aí, eu chego para o secretário e falo assim 'você vai ser desligado do Conselho. Eu vou desligar o Secretário do Conselho. Ele não vai mais fazer parte'. Então, eles tomam cuidado. Aí o Secretário vai viajar, então, ele faz o que, ele manda, por escrito, que vai faltar na reunião e manda o suplente dele ir à reunião, senão, eu desligo o Secretário. O da DIR, quando era o diretor-técnico, não ia. Ele foi desligado do Conselho. Aí nomeou uma outra pessoa, o que é uma cara-de-pau danada. Ele indicou outro e aí eu avisei 'se faltar, eu desligo' e, aí, não tem direito a votar. Aí, ele não participa das deliberações do Conselho e, é assim com todo segmento. Faltou três vezes consecutivas e cinco intercaladas, a gente... eu comunico o Conselho, que é o nosso Regimento Interno, e, aí, eu publico uma Resolução, desligando o conselheiro e uma Resolução nomeando ele, o suplente. Então, ele controla. Ele não fica faltando, assim, senão, ele perde a representatividade no Conselho. Então, existe uma participação e é outra coisa que nós fizemos. Nós estimulamos. A pauta do Conselho é divulgada no Diário Oficial do Município, o que não era, enquanto eu não era o presidente-usuário e a carga só era para os conselheiros e acabou. Então, a gente publica no Diário Oficial do Município e manda para todos os conselheiros locais. Então, a reunião do Conselho tem cinquenta, sessenta pessoas. Vai estudantes de Serviço Social para aprender, porque, aí, a Faculdade quer aqueles critérios para as políticas de saúde. A Faculdade de Enfermagem manda os terceiro-anistas. Então, elas vão lá para participar e ter discussões, que... porque, aí, ele... avança e vai passando a ter enfermeiros, na categoria, como representante. Eu sou aposentado, mas é o enfermeiro que é presidente, o que é diferente. Sempre é o médico, entendeu. Então, é assim, para começar a participar, porque tudo o que vai decidir agora é com o Conselho. O Secretário recusar aquilo que o Conselho estabeleceu, agenda municipal de saúde e plano municipal, no plano plurianual. Então, é assim. Ele faz cumprir aquilo. Então, ele tem de estar muito afinado e a gente está

sempre... e esta coisa que outra... , ela arrumou um exemplo muito importante, que é a questão da legitimidade das deliberações, porque isto, até então, não era feito.

SANI - É porque se você não consulta... e a gente chegou um entendimento e é o seguinte: se a gente não consulta a... claro, quem nos elegeu, fica valendo a minha opinião. Então, aí, isto ficou meio sem sentido para a gente. Aí, ele falou não. Você faz e vê um dia antes, aí...

JULIO - ... ou interesse próprio.

SANI - ... é. Então, às vezes, eu que sou representante, à vezes, a minha opinião é uma coisa. Eu, a meu ver, votava contra aquilo lá e eles me falaram não. Aí você vota a favor. Aí tem de votar a favor, porque eu estou votando por eles e não por mim, mas é... e este tipo de coisa é o que eu acho, assim, que faz funcionar e faz a diferença. A gente luta... no total, o nosso Conselho são quarenta e oito, vinte e quatro titulares e vinte e quatro suplentes. Eu vi conselho... eu já vi conselho e não estou me lembrando agora de onde foi, que é quase noventa pessoas e não vão cinco para as reuniões. Então, é uma coisa assim, primeiro que eu acho inviável. Imagina um conselho com uma quantidade dessas de pessoas.

JULIO - E o usuário aqui, ele tem de ser usuário. Ele não pode ser profissional da saúde. Aí você fala 'ah, e você?'. Eu era. Eu me aposentei. Eu já dei até baixa no meu Corem, então, eu não trabalho mais como profissional da saúde.

SCMS - Não pode ser trabalhador da saúde e nem prestador de serviços.

JULIO - Então, assim, aí a gente policia muito. Se você for analisar no Conselho Estadual de Saúde, lá ele tem esta prática. Você vai ver lá e tem um monte de servidor público, de uma forma... e da saúde, que está como usuário e isto é ilegal. Aqui, em Rio Preto, isto nós não permitimos. Se ele é detectado, é desligado automaticamente. Não pode. A gente não permite que participe nem das Plenárias. Tanto é que a gente policia muito inclusive na nossa lei municipal e coloca que o usuário não pode, portanto, assim, não pode ser trabalhador da saúde, nem servidor público da saúde e nem prestador de serviços, porque, aí, mantém a composição paritária. Então, isto é um grande avanço.

SILVIA E ao contrário do que acontece no Conselho Municipal, mas e o Conselho Estadual

JULIO - Não. Eu acompanho algumas discussões que nós temos de... assim, em alguns representantes, em outras esferas, porque eu pertencço ao segmento dos Movimentos de Aids. Eu acho que é por isso, se você for ver, historicamente, no Brasil, o Movimento

de Aids é muito militante. Ele é muito ativo, então, eu já tenho, acho que isto que é... não é só a minha formação, o que me possibilitou isto foi toda uma formação politizada do meu movimento, que é o Movimento de Aids, tanto que nós temos acento no Conselho Nacional de Saúde também, que é o Mário e tem no Conselho estadual, mas é assim, nós temos no Conselho Estadual de Saúde, usuários que são profissionais de saúde do estado e do município. Então, isto é ilegal, inclusive eu vi algumas discussões de e-mail e eu falei “gente, é tão prático. É só você encaminhar para o promotor, porque você tem representante é isto e ele vai lá apurar e fazer cumprir a lei. Eu não tenho... eu não vou ficar discutindo ‘a roda já está inventada’. Então, acho que a pessoa não quer se expor e fica falando e não toma uma atitude concreta. Então, é isto.

SILVIA Não, mas é isto mesmo, que tem de colocar. Agora, só para finalizar, daí , quais são as maiores dificuldades, aqui, na área da saúde, no município e quais os principais avanços, nos últimos anos, que você acompanhou?

JULIO - As principais dificuldades que a gente tem tido e ainda é uma dificuldade é... eu acredito que uma política de recursos humanos, que não tem. Aumentar o repasse financeiro para que a gente tenha apoio para a gente investir mais coletivamente. A dificuldade é trabalhar, eu acho que eu diria assim, a questão cultural desse modelo de assistência, que já é uma coisa cultural e coordenada. Não é só pelos profissionais, todos. É pela população que também foi uma dificuldade, então, as principais é o financeiro, a política de recursos humanos, que não existe, que a gente está tentando implantar, que não existe nem no Brasil. Não se implantou ainda uma política de recursos humanos para a saúde. Existe algumas recomendações. Uma política mesmo, não existe. Então, é assim, uma política de saúde de RH para a saúde, a questão do modelo de assistência, a questão cultural, tanto do profissional da saúde, dos prestadores e da própria população e, eu acho também de gestão. A dificuldade de gestão não é por nosso gestor. É com os outros gestores, porque, na proposta de gestão do Sistema Único de Saúde, ela é descentralizada e lá tem a gestão plena de sistemas, quem tem de definir o que fazer é o gestor do município e o Conselho e não, por exemplo, vir estes recursos de baías, que é Pab pra isto. Pab pra aquilo. Tem de vir o repasse financeiro e o Conselho e a Secretaria Municipal de Saúde definir naquele que vai aplicar e investir efetivamente.

SANI - Nos programa que quer fazer, nos programas que o município quer fazer, o que ele está ... que normalmente vem tudo de cima e aí se faz.

JULIO - Por exemplo, a dengue, a gente recebe, claro que não é só para a dengue. É para a questão da epidemiologia, mas, por exemplo, não é um recurso grande, que é assim, claro, que, até a gente, o Conselho acaba passando, o que que eu estava falando para você é o fato dele, de gestor definir esta prioridade. Então, é assim, esta questão de gestão em que o estado, o Ministério da Saúde acaba não respeitando o gestor municipal, é coisa que a gente tem de avançar para poder implantar efetivamente o Sistema Único de Saúde,

porque, senão, ele não é descentralizado. Até que ponto ele é gestor, se ele não pode definir aquilo e se ele pode investir em outra coisa. Ele não é gestor de nada. Ele é faz de conta. Eu acho que este é um grande desafio, não só para aqui, mas para o Brasil inteiro.

JULIO - Não que a campanha não tenha seu aspecto positivo, elas até têm, mas é uma coisa, assim, que vem de cima para baixo. É claro que acaba fazendo e acontecendo, porque pressupõe que os Conselhos não são atuantes e, por consequência, os gestores fazem o que querem, mas aqueles que têm um Conselho atuante, ele está em prejuízo. Então, é assim. Agora de avanço nós temos uma participação social efetiva do Conselho Municipal de Saúde. Um grande avanço é a nossa autonomia, a nossa independência e a nossa participação na política de saúde do município mesmo, tanto no aspecto político, financeiro e administrativo e um outro grande avanço é a nossa participação nessa construção. A gente não chega... então, é assim, a gente participa no Conselho da discussão. Por exemplo, às vezes, o secretário, vou dar um exemplo, . Para o (...)TSD, para fazer o município funcionar, tinha interesses escusos, que, aí, é o vereador do outro município. É deputado que está no meio, quer garantir deslocamento de paciente, que não esteja dentro dos critérios do (...)TSD. Então, aí, o Conselho tem de participar, porque o Conselho é isento. Então, o secretário chega para o Conselho e está participando da discussão e efetivação da implantação do (...)TSD. Então, ele avança. Ele consegue avançar. Não há um entrave político, porque está alguns desses deputados, secretários ou vereador, que consegue chegar e cobrar. Ele vai falar 'oh, meu querido, o Conselho aprovou esta normatização técnica e ele acompanha e fiscaliza e eu não posso abrir exceção'.

SANI - Porque, na verdade, ficou assim, o Conselho impede que o secretário seja forçado a fazer barganhas.

JULIO - Não que ele não faça. Ele faz, em algum momento, mas faz menos. Faz bem menos.

SANI - Então, mas, aí, ele tem 'eu não posso fazer, porque o Conselho está em cima. O Conselho está de olho'.

JULIO - E não é só faz de conta. A população de Rio Preto percebe nos desdobramentos disso aí, que é o que é, o que sai na imprensa. É que sai uma Resolução no jornal. E, aí, a imprensa quer repercutir 'ah, porque o Conselho quer criar uma comissão no hospital de base'. Aí vai. Aí o Conselho entrou na justiça para garantir o aparelho auditivo 'ah, parabéns pelo trabalho de você'. Enfim, existe esta credibilidade e este respeito. Então, se o secretário fala com algum político, ele sabe que não é balela. Isto é o ponto positivo. Esta construção, que eu não diria só isto, eu diria dos programas, por exemplo, na descentralização. Então, é assim, eu acho que, pelo menos nesta gestão, que a

gente tem esta participação. Eu faço reunião com os assessores do secretário. Eles passam o que precisa. Eu passo com eles. Eu tenho de estar a par de tudo o que compete dentro da Secretaria, porque o secretário está a par de tudo, mas o presidente do Conselho pode não estar. Então, eu tenho de estar a par de tudo, porque eu sempre vou sempre participar, de algum momento. Eu quero chegar e falar 'ah, é político isto'. Você vai precisar participar. Sempre estou participando de reunião técnica. É reunião de gerente de unidade em que vai descentralizar algumas ações, porque que aí que eu falo, no SUS, nós temos os princípios do que... da universalidade do atendimento, da descentralização do serviço, da integralidade das ações, da participação social. Então, para que isso ocorra, a gente tem de participar disso efetivamente. Então, ele não quer o serviço, para você parar de descentralizar o serviço. Então, às vezes, você para e fala assim, olha, a partir de agora, camisinha, programa de saúde DST-Aids, de redução de danos, exame de prevenção de próstata vão tudo para as ub's. Vai ser descentralizado. Aí existe uma resistência, tanto dos gerentes, dos técnicos da saúde, que isto não aconteça. Então, quando é detectado que vai ter esta pressão, que não vai rolar isto, boicota de outra forma. Aí eu vou, como presidente do Conselho, que é uma política de saúde, que o Conselho vai cobrar e se o Conselho cobrar e se você não fizer lá, vai ser aquele processo. Vai ser denunciado e você pode ser punido, então, isto acaba somando. Ficando redondo. Mas já há problema. Um que eu tive de participar de redução de danos, que é esta questão de usuário de drogas injetáveis. Então, veio aí, chegaram para mim e falaram assim 'ah, J..., nós estamos com resistência do gerente'. Estão com resistência de entregar seringa para o usuário de droga. É política do município a questão redução de danos. Aí, eu virei e falei 'tudo bem'. Então, convoca uma reunião com os gerentes que eles estejam na reunião'. Aí eu vou, como presidente do Conselho. Eu chamei a coordenadora do Programa de Redução de Danos e do programa do município. Aí eu fui lá e expliquei para eles que isto já era um plano, que eles já fizeram um diretriz de saúde, que era uma política de saúde e estava no plano plurianual. Estava no plano municipal de saúde, que o Conselho quer descentralizar não é proposta do SUS e que se isto tiver de acontecer. Aí, eu coloquei que nesse programa de avaliação e no desempenho, que uma remuneração, por causa do dano do profissional vai ganhar. Eu, enquanto Conselho, tinha colocado que estas ações de prevenção, não fossem desenvolvidas, não ia ser pontuado e a pessoas não ia receber o adicional. Aí, todo mundo, aí ele explicou porque redução de danos, qual a política, porque se faz isto, não estimula às drogas; reduz os danos; diminui o índice de HIV, hepatite C; as experiências proveitosas e salvas. Aí foi super explicado aquela coisa foi ágil, mas foi assim, tranqüila e uma anterior, ninguém aceitou. Então, você vivenciou como o papel político é importante. Eu fui para uma reunião e estas críticas políticas sobre políticas de saúde podia desenvolver, aí, como o próprio serviço de saúde respeita isso, porque ele vê. Ele não vê o resultado lá na pessoa. O J... é o presidente, que representa o Conselho, que é o Conselho, que está falando aquilo. Então, tem um peso maior a gente consegue trabalhar em sintonia e consegui realizar um grande avanço, porquê. Para mudar um modelo de assistência para poder descentralizar. E, depende da atividade, vai poder realizar para uma série de coisas que a gente tem de desenvolver para poder avançar.

5 - OMAR ISMAEL - DIRETORIA REGIONAL XXII – SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Silvia – Como se caracteriza a política estadual de saúde?

OMAR - é a Política Nacional de Saúde. A Política Nacional de Saúde é uma diretriz que o Estado manda seguir, em estado tem avançado até mais do que... em apoio à diretriz nacional do Ministério de Saúde, em termos mais da parte de medicamentos, que está avançando com tudo e está distribuindo medicamentos do Dose Certa, que distribui medicamentos básicos para tratamentos para crianças, corriqueiros, aí, que ocorrem, que também avançou instituindo o programa estadual de medicamentos de saúde mental, isto junto com o Ministério e fazendo com que se fiscalizasse os custos das patologias, cujo tratamento fica muito caro, porque são implantados renais, oncológicos, e todo tipo de medicamento e o Estado passou de 60 para 160 itens de medicamentos, ampliando o leque de medicamentos oferecidos pelo Governo. E enquanto políticas de saúde, o grande avanço implantado aqui pelo Estado é o Programa Saúde da Família. O Programa Saúde da Família é uma mudança no conceito, prevenindo doenças, tanto que, no momento, até então, nós vínhamos tratando das doenças. Então, esta mudança no conceito, que está sendo tratado, no Estado de São Paulo, eu acho que é um grande avanço, que está fazendo um estudo preventivo e está no Programa Saúde da Família. Então, estas diretrizes básicas, a meu ver, estas mudanças dos conceitos, na área de saúde, de não tratar as doenças, mas prevenir as doenças, e você vem dando o tratamento adequado, dentro do óbvio, porque, de certo, você também poder dar a medicação aqui. Não adianta você passar a situação, ir ao consultório do médico, fazer o diagnóstico e, na hora de tratar, esquecer e prescrever um medicamento que não pode comprar e você parar no medicamento. O Estado dar a volta no sentido de também na parte de diagnóstico e tratamento, estar fornecendo para poder dar apoio para a população. E em linhas gerais, é preciso se dar as mãos, os que têm vigilância epidemiológica, vigilância sanitária. A municipalização das vigilâncias, toda essa descentralização, o Estado dando as linhas diretas da saúde, que vem acontecendo, mas acho que o que mais de importante, nessa política de saúde, acho que é esse Programa Saúde da Família, pela sua dedicação, e também, como eu disse a descentralização, a municipalização da saúde.

SILVIA E deste novo papel da Secretaria, o senhor observa que a Secretaria está voltando menos para a prestação direta de serviços e está deixando mais isto a cargo de outros níveis, delegando, ou isto, e regulando, ou como o senhor observa se está tendo esta modificação ou não, deste papel, de prestadora para reguladora, a Secretaria?

OMAR - A Secretaria, na municipalização, a parte de prestação de serviços fica sob controle do município. Isto está sendo feito gradualmente, no Estado. Então, já temos vários municípios na gestão plena, mas eu acho que os municípios pequenos que não têm

condições de manter edital e prestar serviços, não pode ter gestão plena e vai depender sempre de outros municípios para que aqueles que têm condições facilitem para fazer consórcios regionais, então, a saúde fica mais próxima da população e os Conselhos Municipais de Saúde, de grande importância, porque o que ele vai gerir de recursos, vai mostrar onde vai chegar o dinheiro é o Conselho e isto é muito importante. Foi um grande avanço, você ter a população participante do controle, da prevenção e do tratamento de doenças e o Estado fica como regulador e como fiscalizador das filiações.

SILVIA E agora, falando mais especificamente das Diretoria Regional de São José do Rio Preto. Ela engloba cem municípios e isto é cerca de um sexto dos municípios do Estado. Por que ela engloba uma quantidade tão grande de municípios?

OMAR Realmente o tamanho desta regional é um pouco esdrúxulo, em relação às outras regionais. Ela tem o Núcleo, que é o Núcleo de Jales, que dividi, mais ou menos, quase que ao meio, esta Regional. Dentre estes municípios, eu acho que tem aí mais de 50%, são municípios com menos de 5 mil habitantes. São municípios pequenos. 60% têm menos de 10 mil habitantes. Então, na realidade, embora seja a DIR que congrega um grande número de municípios, mas é de municípios pequenos e nós temos estrutura, tanto aqui na regional, quanto no Núcleo de estar dando assistência e fazendo o trabalho necessário dentro dos municípios. Embora, na minha opinião, está na hora de romper com conceito implantado aqui nas regionais e, de novo, segundo se comenta, na disputa política, lá na implantação, de dividir esta DIR, porque, aqui, nós viemos de seis ERSAS - escritórios regionais de saúde: a de Catanduva, Rio Preto, Votuporanga, Fernandópolis, Jales e de Aparecida e destes seis municípios, aqui deveria ter duas ou três outras regionais, mas existe uma disposição grande a de Jales e ou de Fernandópolis, de sediar uma direção regional. Acredito eu que por um problema e num momento político, que se decidiu se centralizar a regional, em São José do Rio Preto e colocou-se o Núcleo em Jales para poder estar dividindo esta tarefa de administrar tantos municípios.

SILVIA E como é que funciona a DIR. Ela coordena as funções de cada um desses 101 municípios?

OMAR - Nós temos aqui, em gestão plena, os dois maiores municípios, ou seja, São José do Rio Preto e Catanduva. Os 2 dos 98, que continuam com a direção do Estado e a função do Estado, o que nós fazemos aqui: nós temos também hospitais universitários, com vários que servem de hospital de base, hospitais que já estão enquadrados nisso, nesta gestão hospitalar, que é feita pela regional, no sentido de internação para tratamento dos doentes. Então, nós temos aí no teto dos distribuído, para estes municípios. E lá temos as microrregiões, porque os encaminhamentos que forem feitos, você já vai fazer nesta administração, além de hospitais e alinhavados, e também fazendo administração ao nível dos recursos, diagnóstico e de ambulatório. É esta a parte que é administrada pela regional, o único problema que nós temos que instituir é o do teto

limitado, que a nossa demanda, hoje, ela é maior que o teto que nós temos de manter, mas nós temos de administrar isto aí, como... e orientando, que as diretrizes coletivas, tipo “eu assino o que quero”. Lá nós não temos problema quanto a excesso de emergência. Nós criamos uma Central de Regulação Médica, onde os pacientes de urgente emergência são encaminhados diretamente por instâncias privadas e que tenha recursos e isto é muito interessante. Até então, os pacientes que vinham de hospitais ou de uma cidade que não tem gestão de atendimento, que é para antecipar o *status* para iniciar a vaga. Muitos até morriam no meio do caminho para achar a vaga que está feita. Hoje, o nível hospitalar da nossa Central de Regulação é central, dependendo do caso, encaminha para o hospital que tem melhor constante depois que ele está feito. Hoje tem casos até de pacientes de eventos de gravidade extrema que estão encaminhados para hospitais, com recursos, e que aceitam vaga, que é melhor ele ir para hospital, com recursos, e ficar numa maca do que ficar em uma cama, em hospital, sem recursos, porque lá, eles estão achando que está lá e naquele hospital que tem a cama e não tem recurso, com certeza, não vai receber visita. Esta Central de Regulação que nós temos...

SILVIA Ela fica aqui?

OMAR - Fica aqui na DIR de Rio Preto. Esta administração de recursos, que é do Ambulatório de Exames Complementares, que é o ambulatório de consultas, e que está coordenado por gestão. As vigilâncias sanitárias epidemiológicas, que, a maioria, 99% da sanitária e 100% da epidemiológica são municipalizadas. Nós fazemos a gestão de acompanhamento e de assistência destas, que tem municípios pequenos que tem uma certa dificuldade, ainda administradas pela Vigilância Sanitária e Epidemiológica, então, às vezes, que dá os recursos e que acompanha e faz o que deve ser feito e, nesse nível, de estar orientando e fazendo o que tem de fazer até que este município ande com suas próprias. Ali nós temos a central, a nossa, de recursos farmacêuticos. A própria equipe vai realizar, então, nós compramos, que até então, nós compramos, mais ou menos, 600, 700 unidades, por mês, de medicamentos de alto custo para fornecer para a nossa Regional, que tem, mais ou menos, 1,350 milhão habitantes. Mas, eu acho que fora o Dose Certa, quando você recebe estes medicamentos básicos, de 41 itens, antibióticos, anti-depressivos, estojo para diabetes, medicamento para dor, para pele e anti-inflamatório, então, estes medicamentos que nós já teríamos nos quadros do municípios, de acordo com uma produção estatística de comércio desses medicamentos. Então, nós temos bastante informação para cesta da vigilância sanitária e epidemiológica, para as internações hospitalares, as consultas e um meio de diagnóstico.

SILVIA Você falou do repasse dos recursos que nós temos. Isto, como que ocorre. É uma diretriz que vem da Secretaria Estadual ou é DIR que decidi como é que vai estar distribuindo estes recursos...?

OMAR - O recurso é feito e baseado em uma série histórica de atendimentos. Você precisa ver o que foi implantado na Regional, depois distribuir os tetos - tem prestador - baseado em uma série histórica, que vem acontecendo. Ao longo desse período foram sendo corrigidas as pequenas distorções que haviam nesta omissão, mudando o teto de um prestador para o outro. Entra um. Sai outro; melhora o serviço; amplia esse outro serviço, então, nós vamos acompanhando e vamos atualizando estes tetos, mês a mês, se necessário, mas, normalmente, são feitos anualmente. Hoje, dentro do teto da nossa Regional, que hoje está em torno de 9 milhões, vários municípios com atendimento em gestão plena, foram distribuídos, de acordo com... o Hospital de Base, por exemplo, tem um teto de 4 milhões e 200, 300 em serviço de internação, de ambulatório, exames de sangue - de exame tem distribuídos outros 4 milhões 800 para distribuir nestes órgãos prestadores na nossa Regional, fora os municípios em gestão plena, que estes já recebem diretamente do Ministério.

SILVIA Certo. E o senhor acha adequado, assim, esta divisão em tantos municípios. O senhor acha que poderia ter um divisão, que problemas têm?

OMAR - Eu acho que deveria ter uma divisão.

SILVIA Que problemas, o senhor observa atualmente?

OMAR - A sobrecarga de serviços para os nossos... como o quadro de pessoal, aqui, ele é fixo e têm pessoas que estão se aposentando e o Estado não está contratando, então, nós não temos um quadro de pessoal. Nessas horas que você chega no lugar e não vê as pessoas e tem de ter tantos coronéis, tantos majores, tantos tenentes, tantos soldados, e nós não temos este quadro. Então, o que acontece: o pessoal, como o município quer dar mais trabalho, porque tem feito... por ter um acompanhamento maior dos problemas hoje e o pessoal não está capacitado e nós temos muito trabalho, aqui no município. Ah, e outra coisa que é feita aqui. Eu como diretor, eu não tenho um fôlego para estar acompanhando diretamente, como eu gostaria de estar, esse município, as direções dos hospitais, participando do contato mais direto, porque com 101 município, se eu visitar um por dia, eu não trabalho aqui. Então, eu levo, praticamente, um ano todo para fazer estas visitas e eu não tenho condição, porque tenho de ir a São Paulo; tenho esse trabalho o interno; tenho de despachar; tenho de receber prefeitos e coordenadores de saúde, aí, via de regra, na minha opinião, esta Regional deveria ser dividida em duas ou três regionais. Já existe estudo.

SILVIA Ah, existe.

OMAR - Nós mandamos para a Secretaria, numas coisas aí de Governo, políticas de governo, então, a Secretaria está aguardando esta mudança, para o próprio do Governo,

que é para ver se a gente vai continuar a estar realizando este estudo para fazer este desmembramento. Talvez seja também regional. Não é só dividir a Regional de Rio Preto em duas, mas aqui, nós temos gente de Araraquara, nós temos gente de Barretos, nós temos gente de Araçatuba, que, na minha opinião, deveria ser feita uma reestruturação dentro destas regionais, pelo fluxo de pacientes. Então, hoje, a gente tem muito bem delineado o caminho da roça desses pacientes: onde vai, quem vai. Tanto é que nós tínhamos 98 e passamos para 101 municípios, porque aqueles pacientes tiram o registro onde estão e entra agora para nós, que você sabe que ele é de uma população e outra de Catanduva, que é da nossa regional, e ele pertencia à regional de Ribeirão Preto. De Barretos, aliás. Então, não adianta você pertencer ao hospital regional, onde você não tem o público paciente daquela regional. Então, neste mapeamento, eu já pus onde deveria ampliar a PPI, que é a Participação Programada e Integrada. Então, nós temos mapeados o serviço, os pacientes para onde vão e, neste ponto, então, eu acredito que eles deviam fazer um estudo mais amplo do que simplesmente dividir esta regional em duas.

SILVIA É. Certo. Você falou que não tem muito contato com todos os municípios.

OMAR - Direto, dificilmente.

SILVIA Mas o senhor observa que os outros secretariados municipais, desses municípios tendem a acompanhar as diretrizes da DIR ou há uma autonomia, com esta questão da municipalização, que gera até algum tipo de conflito. O senhor observa algum tipo de conflito neste sentido?

OMAR - Nós temos estes problemas com os municípios de gestão plena, porque, com gestão do estado, é mais fácil a gente estar coordenando. Agora, o município de gestão plena, quando foi feita a concessão da gestão plena para o município, estes municípios, geralmente são sede de uma região, de uma microrregião e eles sempre atenderam pacientes desta microrregião. Então, o município que não tem o seu posto, que não tem raio x, que não tem eletrocardiograma, que não tenha recursos diagnósticos dele, este município, teoricamente, vem para um município maior e quando você municipaliza a gestão, você dá um teto para este município de dinheiro, que era da DIR e este teto é para este município atender, aqueles que não tem gestão própria, dentro da mesma região. Mas quando o município opta pela gestão, ele passa, alguns, a até melhorar o atendimento, melhorar os serviços, a comprar mais equipamentos, ter mais algumas atividades, por isso, aumenta os gastos e aumenta a procura dos municípios. Eu diria que os municípios, o que eles tendem a fazer, tende a fechar as portas para os municípios vizinhos e dar atendimento mais à sua população e isto prejudica o nosso trabalho, porque nós achamos certo, para tirar para dar para o município, ele tira. Quanto mais você faz, mais você gasta e maior a procura, porque melhora o atendimento e a demanda melhora. Acho que se você melhorando, 'vamos melhorar o atendimento'. Agora a procura vai ficar... a demanda vai estar sendo atendida. Não. Quanto mais você oferece, maior a população que procura,

porque maior a resolutividade, porque acredita mais, procura mais, gasta isto mais e isto é uma roda-viva. Esta dificuldade a gente tem com os municípios de gestão plena.

SILVIA E os demais...?

OMAR - Os demais, dependendo da nossa gestão, nós temos uma reunião mensal, que se chama CIR, feita com todos os municípios da nossa regional e nessa reunião, o comparecimento dos secretários e coordenadores de saúde é maciço, logicamente vem 80, 90% deles participam e nós temos aqui, na nossa regional, as portas abertas. Estão sempre vindo aqui. Sempre pedindo orientação e nós mantemos sim... a única dificuldade que nós temos é em relação ao excesso de trabalho, mas relação ao atendimento aos municípios, principalmente a esta gestão, dessa atual, que tomou posse a dois anos, eles são muito participativos, os secretários. Nós já demos cursos de gestão. Treinamos conselheiros. É o trabalho que vem sendo realizado com o tempo e a tendência, é claro, é sempre melhorar os serviços, diminuindo os municípios também.

SILVIA Então, a gente pode falar assim, porque a gente estava analisando algumas DIRs e a gente percebeu que a de Rio Preto é uma das que mais colocam em prática as diretrizes da Secretaria Estadual. Então, a gente pode atribuir esta facilidade a esta união de municípios, que também é uma certa dependência, assim, porque tem muitos municípios pequenos.

OMAR - Exato. Claro que eles não contam o quanto você está colocando, porque se você pegar, por exemplo, tem DIR que tem seis municípios, então, São José dos Campos, de todos os que já estão em gestão plena, então, fica mais complicado você fazer gestão disso aí, porque eles acham que entendem o problema e não dependem muito do Estado. É claro que, por isso, fica mais complicado, nesses termos aí. Mas também acho que é tudo, realmente, se depender do diretor, do pessoal que está procurando um nível, em fazer o trabalho junto dos prefeitos, para esta integração. Sempre tem alguns mais complicados e outros menos, mas é assim mesmo, mas é assim mesmo que funciona.

SILVIA E agora, assim, falando mais da parte de gestão popular. Você tem verificado tanto nos conselhos municipais, quanto é nos conselhos estaduais, tem havido mesmo uma efetiva participação e estas deliberações levam em conta a opinião da população como que você está observando?

OMAR - Nos municípios maiores... a participação no conselho é maior. Rio Preto, por exemplo, tem uma participação muito grande. O Conselho muito forte. Em Catanduva, o Conselho é forte também. Municípios pequenos, normalmente, o prefeito é que comanda, então, o Conselho é um Conselho mais de consenso do prefeito. Na questão de oposição, que os prefeitos já sabem como os blocos foram feitos, saúde é um problema. Saúde não

dá voto. Saúde só dá cobrança. Então, quando você coloca a população participando destes recursos que o município tem, você tem a população mais perto de você, porque eles próprios vão levar para a população, acessível o que tem acontecido dentro desses Conselhos Municipais, dentro dos recursos da Saúde, porque ele se mostra. Coloca o povo, este povo. Faz o orçamento participativo da saúde, porque é complicado. Você nunca vai ter dinheiro para contentar a população. O Conselho, ele melhora a posição política do prefeito, quando ele é transparente mostra os recursos para onde estão sendo utilizados.

SILVIA E o Conselho Estadual, você tem alguma experiência, no Conselho?

OMAR - Do Conselho Estadual de Saúde, eu participei de poucas reuniões. Nós somos representantes do Interior, da Coordenação do Interior, que participa e eu fui a algumas reuniões, às quartas, que são as reuniões, mensalmente, mas eu não tenho muita coisa a falar.

SILVIA O Estado está dividido em duas macrorregiões: a da Capital e a da Interior. E como que se dá este relacionamento entre a DIR e a macro, porque a macro do Interior engloba, praticamente, todas as Diretorias Regionais, tirando a da Capital.

OMAR - É. As Coordenadorias Municipais do Interior é dividida em dezenove regionais e a da Capital são cinco. Cinco DIRs. Tem a Grande São Paulo e mais quatro ali da região de todas da Capital. E lá, o coordenador de saúde do Interior já tem dificuldade, de distância, de municípios pequenos, mas o coordenador de saúde da Capital também tem as suas dificuldades. Tem a superpopulação, bolsões de pobreza etc., principalmente porque no estado de São Paulo, quem geria a saúde era o município. Não eram ainda... na Gestão do Maluf, quando travaram o sistema, não era o SUS. Ainda não era municipalizado. Então, tudo isto que está sendo feito agora, depois dessa Gestão, que eu vou destacar. Nós não temos dificuldade, porque a nossa Regional, particularmente, ela resolve, além de atender as pessoas, com os dois hospitais universitários, um dos quais que é hospital de base, que é o principal que resolve tudo de a alta complexidade, que é realizar os transplantes renais, transplantes de fígado, hemodiálise, transplantes de córnea, então, é um hospital de cirurgia cardíaca, se precisar de exames pediátricos. Dificilmente... eu não me lembro da gente ter de tirar o paciente daqui da nossa Regional e para ir para uma outra com complexidade maior de resolver isto. Mas acredito que de lá mesmo e próximo, tem outras regionais que têm estas dificuldades e saem encaminhando os pacientes que não resolvem para as Coordenadorias da Capital. Então, isto daí, você deve, com sua pesquisa, estar sabendo até mais do que eu com os seus dados.

SILVIA Mas então a macro, aqui do Interior, exerce, um pouco, o papel de coordenação para a diretoria. Como isto funciona?

OMAR - Nem tanto. Nós temos coordenadorias pelo Interior, que congrega os escritórios regionais e a da Capital, que congrega cinco regionais. Qual a macro, eu não entendi a pergunta de macro.

SILVIA É por que, como a gente está pesquisando o estado de São Paulo está dividido em duas macrorregiões.

OMAR - Que é a coordenação da Capital e do Interior.

SILVIA Exato. E esta do Interior, ela tem algum tipo de relação com as DIRs do Interior, no sentido de estar coordenando, de estar fazendo trabalho conjunto?

OMAR - Tem um coordenador que é do Interior, que é o dr. Roberto Borges. Ele negocia com as coordenadorias que são da Capital e se recebe, põe pacientes. Ele transfere pacientes que estão em São José dos Campos pra aqui, para a coordenadoria de São Paulo, perto da região do ABC. Então, este intercâmbio tem de ter. Então, este trabalho é um trabalho que... a Secretaria de Saúde é uma só. Eu acho que as divisões tem de dividir trabalho, porque são divisões que têm programas de saúde diferentes. Mesmo biologicamente é diferente você pegar a população de São Paulo e a população de Rio Preto. No outro Governo, nós tivemos três Coordenadorias de Saúde no Interior. Nesse governo se optou por duas: uma da Grande São Paulo e outra do Interior. É divisão do trabalho, mas existe uma integração entre uma e outra. Existe uma divisão, uma linha divisória. Existe até uma admissão pela lei, mas os pacientes comuns, que vêm à Grande São Paulo e o Interior, eles ali inspiram, às vezes, até estão sozinhos. Não tem. Não tem relacionamento.

SILVIA Você já me falou do nível primário e secundário e terciário sobre os hospitais aqui da região, que é mais de... seguindo também a linha dos programas estaduais, Saúde da Família.

OMAR - É. Foi uma divisão de três níveis primários, que a base são os mesmos atendimentos feitos pelo PAB, que é o Plano de Atenção Básica, que é realizado pelos municípios. Qualquer município o realiza, que tem um clínico, um pediatra, então, dá, que é a versão básica da saúde. Depois, nós temos o nível secundário, que são encaminhados para as especialidades e para os hospitais que realizam as cirurgias menos complexas e daí o nível terciário, que tem muito apoio do hospital de base, que realiza todas as cirurgias de estágio complexo, as grandes cirurgias e os transplantes ou cirurgias oncológicas ou cirurgias ortopédicas complexas de grande porte, então, o sujeito também se vê caracterizado, distribuído dentro da nossa regional.

SILVIA O que eu queria de você é uma... para ver bem a sua avaliação, o que o senhor acha, assim, que mais avançou, no Estado, na área da saúde, nos últimos anos?

OMAR - Eu acho que nós avançamos em várias áreas, mas o que mede, talvez mais, o nosso avanço é a redução do índice de mortalidade infantil, o que mostra nisto vai de vigilância sanitária e epidemiológica, então, estes dados que estão aqui do índice de mortalidade, eles mostram como você evoluiu na sua saúde e nós evoluímos bastante, que quando o Governo colocou estes dados aqui, que eu posso te dar depois ou você pode pegar na Internet, como evoluiu o índice de mortalidade infantil no estado, desde a época em que iniciou o Governo Covas e agora, como era antes, mas este foi um dado de grande valia para você medir e depois os programas que se foi implantando aí, o Saúde da Família, o Dose Certa, de medicamentos de alto custo, foi fundamental e a municipalização da rede, com a revitalização da saúde, que os municípios estão assumindo. Então, foram estes os avanços, grandes avanços, que nós estamos dando o modelo de assistência, em áreas de vigilância... E tem áreas do INPS, não sei... Saúde era, como se dizer, o tratamento das doenças, mas, na realidade, não é isto. Estamos mudando o modelo. Saúde não é tratar doenças. É prevenir doenças.

(corte)

Omar- ... uma base integral, que é para onde foi encaminhado o paciente, depois de se ver este primeiro recurso. Pode usar o recurso, se é de nível primário, secundário ou terciário e o PDR, que o Plano de Regionalização de Distribuição, vamos dizer de capacitação do município com equipamento, para ir direto da NOAS, que é a norma de assistência a saúde que está sendo implantada progressivamente e que tem trabalhado muito intensamente isto daí e não é fácil. Não é fácil, principalmente porque você tem de aí gestão do Estado, gestão plena e para nós que estamos já voltando... e um programa em que ele não é único. Estou tendo problemas nos municípios que estão disputando poderes e você tem de uma dificuldade muito grande e acho que é um empecilho, que os aspectos não estão evoluindo mais, que é o teto financeiro. Então, você... tem um caminho, mas você precisa de dinheiro para equipar as unidades e os municípios. O município tem condições de fazer, por exemplo, ultrassom, mas não tem aparelho de ultrassom, porque precisa comprar e ele não tem recursos. O município que tem de fazer fisioterapia, mas não tem instalação de equipamento que precisa. Então, tudo isto está mapeado, na nossa região. Temos um quadro todo. O que tem de ser investido, o teto de quanto vai gastar para equipar e quanto vai gastar para dar o atendimento e aí, tem estes recursos. O estado de São Paulo ainda não tem ainda recursos suficientes pra fazer isto, mas depende do Ministério. E o Ministério da Saúde tem uma coisa muito interessante, que ele distribui o dinheiro de acordo com a população per capita e o mesmo dinheiro que vem aqui de quem mora no estado de São Paulo, é o mesmo dinheiro que vai para o Amazonas; que vai para o Acre; que vai para o Piauí; que vai para o Pará; que vai para a Bahia. Só que, aquilo que eu disse, quanto mais você investe, mais você melhora os serviços, mais você gasta, mais você aumenta a

procura de atenção, o estado de São Paulo também faz parte da federação. Não é um estado fechado, de portas fechadas e a procura de serviços, dos outros estados, já está muito grande. Às vezes vem gente do Pará, do Amazonas e fazemos procedimentos que lá não se faz. Então, você gasta mais. Hemodiálise. O que nós temos para São Paulo é uma coisa fantástica. Vem pessoal de outro estado fazer hemodiálise aqui no estado de São Paulo. Tudo isto gera mais despesas, ma na hora de dividir o bolo do Ministério, vem per capita e não por prestação de serviços e é onde o estado de São Paulo fica defasado no crédito. A gente teria, o estado de São Paulo teria de receber mais dinheiro do Ministério para poder cobrir as despesas pelos serviços de alta complexidade. E é esta divisão que a gente tem de discutir. Passar os dados do Nordeste e do Norte e mostrar que lá sobra dinheiro da saúde, porque eles fazem muito pouco. Alta complexidade custa caro. Você faz transplante, não é só o transplante, porque tem medicamento que você tem de usar para evitar rejeição, que custam mais dois transplantes ou três e isto tudo onera o Estado. Então, a meu ver, esta grande dificuldade é do estado. São Paulo está sempre sendo penalizado, porque é um estado rico, mas que tem de policiar o lado dos custos. Vamos ver se o próprio Governo corrige isto.

6 - Doutora Maria do Carmo Vitta – Secretaria Municipal de Saúde de Mirassol

SILVIA - Então Doutora Maria do Carmo eu queria primeiramente que a senhora falasse quais são as atividades desenvolvidas pelo departamento de saúde de Mirassol.

M – Atividades?

SILVIA - A política de saúde.

M – Bom, nós temos em relação ao atendimento para todas as unidades básicas de saúde tendo um posto de saúde central que é o CS2 “Centro de saúde 2”, temos uma unidade básica de saúde em um bairro chamado Cohab 1 que é o centro habitacional 1, temos uma unidade básica de saúde em um bairro chamado Aeroporto e na Santa Rita e Cohab 3 nós temos 2 unidades de PSF “ Programa de Saúde da Família” e tem uma UBS em Groelândia que é uma cidadezinha perto de Mirassol que tem 800 habitantes é uma cidade bem pequena que é distrito de Mirassol, além disso, por exemplo, nos postos de saúde, nas unidades básicas de saúde o que a gente atende é o atendimento básico, existem algumas especialidades Neurologia, Ortopedia, Otorrino, Cirurgia Vascular, Urologia, Dermatologia, Oftalmo e dentro das áreas básicas tem Clinico Geral, ah! Cardiologia, Cirurgião geral, Clinico geral e Pediatra e nas unidades básicas de saúde a gente desenvolve todos os programas, hospital da criança, saúde do adolescente, saúde da mulher, hipertensão, diabetes, tuberculose, tabagismo, todos os programas, DST – AIDS, tem de gestantes entendeu? Tem todos os programas.

SILVIA - E dentro da atuação desse departamento.

SILVIA - Como a senhora analisa a relação com a diretoria regional? Como ela influencia, como que ela atua, como é que ocorre essa interface entre o departamento de saúde de Mirassol e as diretorias regionais.

M – Só voltando um pouquinho atrás que eu me esqueci de falar, o Prosad que é o programa de saúde do adolescente a gente esta atualmente fazendo reforma em uma casa, vai ser destinado ao segmento do adolescente, vai estar com Ginecologista, com Psicólogo, nós temos também que eu esqueci de falar, nós temos Psicólogo, Terapeuta ocupacional, temos um Psiquiatra, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo e está em construção uma farmácia central e nós vamos tirar a medicação...das unidades para ter um controle melhor, dá para fazer economia dos remédios, porque tem muito paciente que vai no postinho depois volta tarde e pega a mesma medicação, então a gente esta procurando melhorar várias coisas da saúde, mas em relação a DIR, nós temos assim um relacionamento quase que diário com a DIR mesmo, é diário entendeu? Diário, ou a gente se fala por telefone ou pessoalmente, nós temos um bom relacionamento, em questão a relação há treinamento, todos os treinamentos, ou seja, todos os treinamentos oferecidos para tudo, para TB, para hanseníase, PSF, DST – AIDS, tudo a gente faz de todos, não vou eu pessoalmente fazer porque tenho muitas atividades, mas sempre tem alguns representantes meus, todas as unidades básicas, em todas as unidades nós temos uma enfermeira, no centro de saúde hoje nós temos 12 enfermeiras e tem uma médica que é coordenadora de todos os programas e ela também participa das reuniões ou uma enfermeira participa, sempre tem alguém participando e eu acho que não falta nenhum treinamento à nenhuma reunião, nosso relacionamento, assim, nosso entrosamento é bom, claro que tem alguns problemas, a gente sempre se queixa que as coisas são feitas tudo de ultima hora assim, avisa aonde e a tarde quer fazer outro é tudo meio corrido sempre, mas nosso relacionamento é bom, não temos assim, meu primeiro ano que foi em 2001 dessa nova gestão a gente até se queixava que tinha reunião de mais, mas eu acho que mudou muita coisa, como era uma transição, um novo Governo, então várias coisas também mudaram na organização que a DIR quer então a gente não deixa de participar de nada, mas temos um bom relacionamento, inclusive agora nós vamos ter o nosso novo conselho esta sendo composto e depois vai ter um treinamento para conselheiros que vai ser feito aqui em Mirassol, então Mirassol vai sediar esse curso de capacitação, eu acho que nós temos um bom relacionamento.

SILVIA - Há algum tipo de conflito nesse relacionamento?

M – Ocorre.

M - A gente sempre acompanhava, a gente assim procura, como é que eu vou te falar, nós não estamos assim submissas, por exemplo, essa idéia da farmácia central, se perdia muito dinheiro, tinha que descentralizar, mas nós fizemos, nós fizemos o farmacêutico conversou com o pessoal da farmácia, da farmacêutica da DIR, aí as vezes acabava ocorrendo conflitos e nós estamos construindo a idéia em conjunto, cada unidade com um farmacêutico, é proibido encontrar uma unidade que venda remédios sem farmacêutico, então teria que contratar um farmacêutico para

cada unidade e não comporta, então a gente prefere ter uma farmácia central, ter 1 farmacêutico ou 2 a gente vai cadastrar todos os pacientes a gente vai ter um controle melhor, então alguma coisa a gente tenta, a gente não faz a revelia da DIR, não faz, não foge das normas, a gente também tenta criar tudo dentro do possível, não é totalmente submisso mas também, por exemplo, ano passado em Mirassol teve 1669 casos de dengue, esse ano a gente criou um tipo diferente de trabalho a partir do fim do ano, final de 2001, novembro, acho que começamos dia 15 de novembro, depois do dia 15 de novembro, nós criamos um programa novo, assim, uma forma de trabalhar nova que esta sendo até citada em reuniões, um projeto que deu certo, tudo com a supervisão da DIR então a gente não tem atrito, mas também a gente cria algumas coisas que passa também pelo crivo da DIR, a gente sempre esta em contato, a gente não tem atrito não, atrito por exemplo, na época do PPI a gente sentia que estava todo mundo perdido, 101 municípios, assim bem perdidos, e o próprio pessoal da DIR estava, não era má vontade deles, eles se colocavam a disposição para ajudar, a gente ia lá, precisava e ajudava mas eles também estavam um pouco desorientados, eles mesmos falaram e algumas coisas que mudam de repente, eles recebem também as diretrizes como você falou do governo do Estado no caso, e eles têm que repassar, a gente sente em algumas ocasiões que eles também não estão preparados eu não sinto falta de vontade neles, falta de comunicação, a gente se queixa as vezes da correria , por exemplo. É sempre uma coisa que tem que ter muito tempo, é muita cobrança, o pessoal que pensa disso uma forma geral que pensa nisso, mas realmente há muita cobrança e muita cobrança sim, as vezes a gente não tem condições de entender o que eles querem, as coisas são meio jogadas, algumas situações, mas tem boa vontade, eu acho que tem um trabalho sério, mas de uma forma geral se você me perguntar de uma forma geral a gente manda bem assim, nosso relacionamento é bom e não estamos afastados não, é quase que diário o relacionamento. Fala no telefone ou vai lá quando a gente não entende alguma coisa ou vai eu ou vai a Lurdes, ou vai a Mara que é uma enfermeira da gente de uma forma geral o relacionamento é bom .

SILVIA - E a senhora participa dessas reuniões da CIR?

M – Olha, eu participei de algumas reuniões da CIR mas é o que eu estou te falando, sempre vai alguém representar, eu acho que a gente nunca faltou a nenhuma.

SILVIA - E dessas reuniões que a senhora participou, a senhora verificou que é um espaço aberto mesmo, de troca de idéias

L - Agora quanto a participação a gente ouve lá e tal, faz o que eles pedem, agora tem cidades que participa que assim, como se diz, sugere as coisas. É bem assim, como eles tem comunicação eles aceitam sugestões, é bem aberto, eu percebi isso.

M – Tem dia que é mais produtiva, tem uns que só passam informação mesmo.

L – E o medo de perder verbas, perder cotas de exame, consultas, fazer uma divisão e de repente algum município sair prejudicado aí gera mais discussão na PPI

M – Uma coisa que nós não conseguimos fazer, foi aumentar a cota de exames, mas nós estamos tentando.

SILVIA - É uma negociação né...

M – É. Mirassol é um município assim, especial dentro da região, pela proximidade com Rio Peto, então se você observa a série histórica a gente está tentando reverter os processos de encaminhar tudo para Rio Preto por exemplo, a gente teve um problema com a Santa Casa que quase fechou e agora está sendo gerenciada por uma outra equipe e esta aumentando o número de internações e cirurgias, está tendo um bom movimento, inclusive o prefeito está repassando verba mensal para o pronto socorro que é responsabilidade da Prefeitura em outras administrações não existia esse repasse e não é no repasse regular, o prefeito as vezes abre uma verba e depois não dá mais nada, agora esse não ele está passando uma verba mensalmente, então está tendo condições de apesar das dívidas que a Santa Casa tem, devagar esta melhorando o atendimento e tudo, e a gente tem procurado atender pequenas cirurgias, fazer no CS2 anteriormente estava assim, bem precário mesmo, bem limitada, o atendimento esta bem limitado por exemplo, cirurgia do SUS ficou muito tempo sem ser feita e no fim do ano passado, a gente começou a contar de novo, fazer cirurgias eletiva do SUS aqui em Mirassol as que tem condições as que não tem continuam ser encaminhadas para o hospital de base mas então diminuiu muito o encaminhamento para Rio Preto do SUS diminuiu bastante, nós estamos tentando segurar dentro das nossas limitações o máximo possível aqui , sempre respeitando as nossas possibilidades, mas a gente tem tentado melhorar a cada dia que passa , então a gente continua com o número de exames, um número reduzido de Raio-X , cota mensal, mas eu acho que conforme a gente vai aumentando a produção esse caminho vai crescendo e aumentando o número de cotas.

SILVIA - Eu queria fazer só mais uma perguntinha que é sobre avaliação de vocês, também sobre o funcionamento do conselho municipal de saúde aqui de Mirassol.

M – Bom, nós fomos até cobrados porque no ano passada nós fizemos só duas reuniões do conselho municipal, a gente teve um problema na composição do conselho, o conselho municipal do ano passado foi constituído de acordo ainda com as normas antigas e depois que já estava feito, composto, o pessoal da DIR entrou em contato, já tinha entrado em contato antes foi falha de comunicação mesmo, e ai a gente recebeu a autorização, o Dr. Osmar deixou que funcionasse daquele jeito, até que passasse na câmara e fosse aprovado o projeto de lei do novo conselho municipal e esse ano está acabando de fazer a composição regular de acordo com a nova lei, mas mesmo assim, esse ano já tivemos seis reuniões e existe uma participação com frequência até que boa dá quórum para fazer reuniões, mas eu acho que agora vai haver uma participação maior, mudou o prefeito, mudou o secretario da saúde, o secretário anterior tinha 7 anos na diretoria.

M – É uma transição mesmo de conhecimentos dos problemas, de uma forma global de como você vai pegando por setores, os problemas assim por setores, e agora vai ser a capacitação dos conselheiros, é agora no fim de outubro.

M – Também é a primeira vez em que se faz isso, o pessoal vai entender o que é o conselho, qual a função dele no conselho, qual a força do conselho e a gente pretende em 2003 agora criar os conselhos locais acho fundamental você pega o problema da região. Eu acho que está melhorando, está fazendo uma administração séria, tentando corrigir eventuais falhas que foi um problema no passado, mas esse ano a gente vai, vai não, já está certo, já está tudo resolvido.

7 - Elaine Gianotti - Técnica da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

SILVIA Como se caracteriza as políticas de saúde da Secretaria Estadual e qual seria o papel desejado para a Secretaria dentro dessa política?

E - Vou colocar a minha opinião. A Secretaria de Estado em Saúde é lógico que nesse processo de implantação da NOAS ela tem trabalhado nesse sentido de tentar fazer formar os módulos de saúde, regionalizar, hierarquizar os serviços e tem trabalhado em consonância com os propósitos da NOAS e com as diretrizes do Ministério da Saúde e do SUS, porém com algumas diferenças ao meu ver, uma dificuldade que eu acho que tem condição da Secretaria de Estado hoje é com relação à diretriz que é básica para a implantação da NOAS que é do comando único de prestadores. Com relação à Secretaria do comando único acho que a posição do Secretário que está lançando agora está com uma posição muito clara inclusive liberando todo um processo junto ao CONAR lá no Ministério da Saúde contra esta questão do comando único principalmente com relação aos grandes prestadores, grandes estados que tem uma relevância regional. Então o SUS acho que é dificuldade num município como São Paulo com essa possibilidade de interferência nesse processo dada à dimensão isso acho que acaba tendo problemas. Não sei como isso vai ficar na prática na hora que o Estado se qualificar pela NOAS e os agentes começarem a se habilitar, mas enfim acho que é uma dificuldade que a gente tem dada essa posição e uma outra questão também com relação aos serviços mais de média para alta complexidade poderiam já estar na gerência dos municípios e que ainda estão sobre a gestão e gerência do Estado Quanto a municipalização todos os grandes prestadores ainda continuaram mesmo nos municípios com o sistema ainda continuaram sobre a gestão e gerência do Estado, quer dizer, foi uma dificuldade e uma outra questão é com relação a financiamento, é sempre bom, está certo que o governo tem um programa sério de financiamento a nível federal e de nível estadual também. Eu acho que embora o estado aplique o recurso previsto em Lei há uma séria discussão sobre a transparência na

priorização desses recursos como aplicar, com que critérios, assim como é um problema na Secretaria de Estado na relação com aos seus municípios. Não há uma discussão de onde investir, como é dividido no colegiado do Ministério para isso, em parceria Bipartite . Eu acho que esses dois pontos são os principais de dificuldade. No restante eu acho que a Secretaria de Estado tem acertado muito tem trabalhado para isso, tem trabalhado com a regionalização, hierarquização, do sistema, está tentando fechar um processo na CPI, está com plano de regionalização acho que tudo isso está encaminhado.

SILVIA - E nesse papel da Secretaria Estadual você vê. mais como uma prestadora de serviço ou ela está assumindo um papel mais regulador? E se está tendo essa mudança como está sendo?

E - Foi uma beleza , foi feita uma transição, a Secretaria de Estado viveu um momento de crise nos primeiros anos de gestão para enfrentar esse novo papel, deixar de ser prestador e aprender a ser gestor enfim o que lhe cabe ainda como papel dessa inserção no contexto do SUS. Tivemos dificuldades no início na Secretaria de Estado de descobrir esse novo papel e alguns chefes se até se apegando na gerência de alguns serviços, como todo mundo sabia fazer outro, pelo menos aqui eu sei, então se apega na gerência de um ou outro serviço que tinha e tinham dificuldade de municipalizar por conta disso também. Acho que a Secretaria evoluiu bastante nesse período hoje tem aí uma gerência que está se organizando melhor o próprio sistema de regulação embora regule só as urgências não faça uma regulação de maior exigência, mas de qualquer forma está começando a descobrir esse novo papel mais particularmente no interior do que na Grande São Paulo. Na Grande São Paulo a dificuldade é maior. Tem vários fatores, a característica, primeiro são Municípios maiores , mais populosos, tem serviços de maior complexidade e ainda na vontade, tem gente que fala que o ônus de gerenciar serviços, seja grande , então quando você gasta sua energia gerenciando serviços, você não tem energia para fazer as outras funções e particularmente aqui no Município de São Paulo, O Município de São Paulo ele entrou no SUS em março do ano passado com a gestão plena de Atenção Básica , durante todo o ano passado foi negociado o processo de municipalização da rede, municipalizar a rede de São Paulo, nós tomamos, no interior são 200 unidades básicas de saúde, mais ambulatórios, alguns ambulatórios de especialidades, enfim, então é uma coisa de fôlego a gente fez isso no ano passado, no decorrer do ano com um cronograma de implantação então a gente sente que os Núcleos da Dir I no caso eles ainda estão descobrindo esse papel, com as regionais do interior já diferente de tempos atrás, já tinham entregue a rede, já estavam procurando esse papel de gestão e tal, e a parte aqui, a regional do estado aqui na cidade até o ano passado eles gerenciavam unidade básica de saúde e então até por uma questão de fôlego você não consegue, acho que o papel atrasou aí por oito anos por conta da implantação do PAS no Município, aquela responsabilidade no município mesmo, nas gestões anteriores e isso atrasou todo o processo. Então eu vejo no Núcleo ainda está engatinhando nesse processo de gestão e também fica mais complicado você tem prestadores de grande porte que nem a própria DIR, não é nem na DIR né , um prestador como a USP, a Unifesp, Beneficência Portuguesa são grandes prestadores que

quem faz a gestão as vezes não é a gerência é o Gabinete do Secretário, muitas vezes até, complicado mesmo.

SILVIA Com relação a delegação da prestação de serviço para Entidades sem Fins Lucrativos. Qual seria a relação dessa delegação com a municipalização, ou seja, porque o Estado optou por delegar e não optou pela municipalização nesse caso? Pretende-se uma municipalização posterior ou vai ficar mesmo sob a responsabilidade do governo Estadual e também em relação a essa questão dos Consórcios. Qual seria o papel da Secretaria Estadual em relação aos Consórcios?

E - Bom, primeiro em relação as OSS a melhor pessoa para responder esta pergunta é o próprio Guedes, sem dúvida. Eu acho que tem uma posição política clara, tinha uma decisão que nem era dele próprio, era uma decisão do governo mesmo de investir nos hospitais, diagnóstico de falta de leitos, alguns hospitais foram iniciados em gestões anteriores, abandonadas e então teve uma decisão política do governo de concluir estas obras e optou-se por esta forma de gerência através de organizações sociais. Porque que não municipalizou-se? Pelo mesmo motivo que não é política desse governo municipalizar hospitais, tem que ter uma política, inclusive eles investiram pesado, grande parte do tesouro estadual, do orçamento estadual foi investido nisso, então uma forma que me parece ser até bem interessante de gerência, eles fizeram por metas, os hospitais tinham metas a serem atingidas e eles são remunerados a partir do cumprimento ou não dessas metas. Era uma forma até interessante de gerenciar os hospitais. Agora como é que ficam esses hospitais com uma municipalização, no caso o município virar pleno do sistema, eu acho que certamente uma forma que os outros hospitais que não são OSS considera como se fossem hospitais próprios do Estado, quer dizer, o Estado é dono de uma organização social mas tem hospitais públicos estaduais e ao meu ver não está na agenda municipalizar esses hospitais, acho que o que se pensa até para tentar dar alguma resposta à questão do comando único que a NOAS prevê, o que se pensa é alguma coisa do co-financiamento que a gente tem alguma coisa parecida com as OSS que você tem metas a serem atingidas, não fica na dependência de quem faturou ou deixou de faturar unicamente. Lá se faz uma avaliação de quem faturou mas nada no sentido de atingir ou não as metas e esses hospitais eles continuam sobre a gerência do Estado, agora a gestão tem que ser municipal. E não tem muito o que discutir. Está na NOAS é a posição do Ministério hoje pelo menos, o ano que vem pode ser outra mas hoje a regra do jogo é essa, município com gestão plena do sistema, a gestão passa a ser municipal. A gerência continua sendo do Estado e acho que não tem a intenção de municipalizar, Qual a diferença disso? No caso, por exemplo, um hospital, vou citar um exemplo bem prático, o Hospital Vila Alpina inaugurado ha pouco tempo, gerenciado pelo estado, nós estamos tendo uma dificuldade muito grande na discussão do papel desse hospital naquela região, o distrito, a

própria secretaria tem tentado conversar que serviços tem que ter, que papel, isso é fazer gestão do hospital, que caráter você quer ter nesse hospital, que papel ele vai ter no sistema, colocar numa central de vagas, enfim, você poder auditar, isso é papel de gestor, isso acho que uma hora ou outra vai ter que ficar para o município, agora a gerência eu acho que vai continuar sendo do Estado, através das organizações sociais ou não.

SILVIA - E com relação aos consórcios?

E - Até quando eu estive lá o papel da secretaria não é de estimular consórcio, não tem sido de estimular. Os Consórcios que apareceram mais no interior até, não tenho conhecimento de nenhum consórcio aqui na região metropolitana. Os que tem no interior é por iniciativa própria das realidades próprias regionais, acho que não há um reforço um incentivo nessa questão de consórcio.

SILVIA - Você imagina porque seria isso de não incentivar o consórcio?

E - As vezes eles geram dificuldades, tivemos algumas experiências, embora teoricamente eram municípios muito pequenos você poderia estar abrindo consórcio até para eles se comporem. O problema é que o consórcio muitas vezes ele vira uma entidade que tem mais poder do que todos os municípios juntos, ele é um prestador que acaba tendo mais poder do que os gestores, em dados municípios e que na prática as vezes gera dificuldades em colocar muito clara as regras, as vezes isso gera dificuldade, acho que um pouco por isso.

SILVIA Qual seria o papel dos municípios dentro da política estadual. Como isso criaria um conflito se a secretaria tem esse papel de coordenação entre os municípios mas por outro lado os municípios também tem essa autonomia. Você vê aqui em São Paulo esse tipo de conflito ou não?

E - O conflito acontece desde que começou esse projeto de implantação do SUS. A autonomia Municipal é garantida constitucionalmente, não é nem o município que preconiza isso, é garantia constitucional. Agora o papel do Estado a meu ver ele é fundamental e insubstituível e é justamente esse papel de regulador do sistema, coordenador, prestando assessoria muitas vezes ao município. Agora o limite é muito tênue até que ponto essa assessoria ou esse controle não interfere na autonomia municipal, ele é muito tênue, eu acho que varia de município para município.

SILVIA - Mas você vê na secretaria um pouco isso dela estar atuando como coordenadora dos municípios?

E - Eu acho que esse papel é o que ela tem aprendido a fazer durante esses anos, acho que hoje ela esta melhor do que estava ha alguns anos atrás, aprendendo nesse processo e como eu falei antes a área metropolitana ela tem mais dificuldade do que o interior.

SILVIA - Como se organiza o atendimento nos níveis primário, secundário e terciário internamente no Estado de São Paulo?

E - Está organizado como está previsto no sistema de saúde, o primário atenção básica está na gestão do município, acho que somente 2 municípios que não estão nesse tipo de gestão, secundário especial ainda tem serviços de complexidade secundária sob gestão do Estado é uma dificuldade, nem vou entrar na alta complexidade que poderia até se ajustar, mesmo serviço de média complexidade acho que está no limite pelo o que escreve a NOAS, a própria NOB 96 já falava isso a necessidade de sentar com o município na média e alta complexidade. Agora o papel do Estado é um pouco você estar justamente tendo um diagnóstico da situação no âmbito do território, do Estado e tentar comandar a cidade da melhor forma possível, tanto através da compra de serviço como através de uma avaliação do limite até do não credenciamento de serviços no município em que você já percebe que há um excesso de oferta de determinada, esse papel regulador é do estado e é só dele, ninguém mais pode.

SILVIA - Agora sobre as DIRE's. Quais foram os critérios utilizados para o estabelecimento das DIRE's . Antes eram os ERSAS – Escritórios Regionais de Saúde. Na mudança dos ERSAS para DIRE's no que se avançou?

E - Olha, nesse momento eu não estava na secretaria então não participei disso diretamente, agora tiveram uma soma de critérios, critérios de dados populacional, epidemiológica, geográfica, estradas e não dá para não dizer que critérios políticos mesmo, você tem uma DIR como São José do Rio Preto com cem municípios aquilo lá era uma política de um determinado momento, agora ele está pegando o respaldo de um diretor que queria um acúmulo de poder, sem dúvida, que não há critério técnico que sustente uma regional com cem municípios, por menor que seja, então fica aí uma soma fatores.

SILVIA - E em relação ao ERSAS

E - O que acabou foi somando aos ERSAS, na época se tinha acabou se somando, alguns ficou difícil tirar , ele ficou funcionando como Núcleo Regional e dentro da própria DIR, manteve lá uma equipe mínima no Núcleo Regional, mas foi mais uma agregação.

E - O porque de se agregar, justamente porque é um processo de municipalização. Municipalizando a rede, você não precisaria ter tanto, a lógica era essa, não precisaria de tanta estrutura administrativa, quem sabe enxugar a máquina, a idéia era um pouco isso.

SILVIA - Houve modificações na regionalização a partir da NOAS, é recomendado que as modificações no modelo das DIR's ou não e porque?

E - A gente até quando eu estava no Estado a gente orientava sim poderia na configuração do plano de normalização você poderia propor um município sair

de uma regional ir noutra , tem propostas nesse sentido. A única coisa que a gente tem até pela função tempo, para viabilizar, não ter mudança no número de regionais, hoje só tem 24 regionais.

SILVIA - Sobre a modificação a partir da NOAS

E - O único senão que a gente colocou foi: não criar uma DIR a mais porque isso é lei, daí você precisaria de uma lei do governador, daí precisaria passar na Assembléia, enfim era uma coisa mais complicada e o tempo não dava conta disso até porque não é só essa questão de ter 24, 23, 26 o importante era tentar readequar e foi reaberto. Agora, há uma dificuldade grande das equipes regionais de imaginar um município sair dali para outro ou mesmo incorporar um município de outra porque o olhar é meio viciado porque ele é naquela região com aqueles municípios. Isso foi claramente aberto essa possibilidade de migrar um município de uma região para outra, de acordo com critérios de acesso, epidemiológico, qualquer critério técnico e no entanto acho que nós tivemos três propostas de município mudar de um lugar para outro.

SILVIA - Agora em relação às macro regiões, quais foram os critérios Uma macro região da grande São Paulo e uma do Interior é adequado?

E - Não acho. A minha opinião pessoal esse desenho da Secretaria de Estado ele desfavorece muito processo de trabalho porque acaba tendo uma duplicidade de ações, você acaba tendo duas secretarias, com políticas muitas vezes diferentes, metropolitana e do interior, eu acho muito complicado a forma de estrutura hoje da Secretaria, você acaba duplicando tarefas, triplicando até porque você tem Grande São Paulo, Interior, você tem uma outra estrutura, tem a CPS, tem a Coordenadoria do Planejamento que não está acima dessas duas mas que consolida a secretaria então você acaba triplicando muitos processos de trabalho, você tem aqui no Interior, tem na Grande São Paulo depois tem uma outra para juntar.

SILVIA - E quem teria levado a fazer essa divisão em duas macro regiões

E - Não sei te dizer isso. Quando chega na Secretaria já está neste desenho feito.

SILVIA - Na sua observação o que mais avançou na área da saúde aqui no Estado de São Paulo nos últimos anos?

E - Acho que a gente teve um aumento de oferta de vários serviços sobretudo alta complexidade, aumento de leitos, nós tivemos o processo de municipalização que foi um processo muito difícil, os municípios realmente assumindo uma gestão, a maior parte deles, tem exceção mas a maior parte deles assumindo a gestão de atenção básica, adquirindo responsabilidade que é preciso ter, acho que isso é um avanço, o próprio papel dos conselhos, tanto municipais de saúde acho que cresceram nesse período também, a forma de financiamento através dos últimos anos, nos últimos 15 anos, 20 anos, sem dúvida houve um avanço enorme pelo fato do desmanche do INAMPS mudando a lógica do sistema único de saúde de precisar de carteira de trabalho para

ter acesso ao serviço de saúde, nesses últimos anos mais recentes, criou –se a forma de financiamento, Fundo a Fundo, novo convênio com Estados e Municípios foi um avanço grande e agora mais recentemente a forma per capta, não é por produção entra no mérito mas esta forma de financiamento per capta para a atenção básica acho que foi um grande avanço. Acho que é isso, os critérios de municipalização, os municípios assumindo mais responsabilidade.

SILVIA - Você observa algum tipo de competição entre as duas macrorregiões?

E - Sem dúvida. Os mesmos serviços, tem que ter uma equipe de uap. Tem uma equipe de uap aqui, tem uma equipe de uap ali. Tem uma saúde da mulher aqui, tem uma saúde da mulher ali, então sem dúvida que há uma competição no processo de trabalho, a própria relação com o convênio é diferente, todo o interior, existe uma prática na bipartite que é todo mês há uma discussão de teto, transferência de teto, abri um serviço aqui, abri outro lá ou tira do estado e vai para município ou tira do município e vai para o estado ou entre municípios e todo mês acontece. E se você for analisar a data da bipartite você vai ver que todos as mudanças de teto 90% se deram no interior, a minoria, não cheguei a contabilizar isso mas, é muito maior a do interior e acho que é da política mesmo que teve na Grande São Paulo nesse período e no interior diferentemente. No interior tinha vários processos inclusive de tirar dinheiro do próprio estado e colocar no teto municipal por conta dos serviços que foram municipalizados, na Grande São Paulo não não fazia essa discussão acho que por causa do trabalho diferente mesmo, você acaba tendo duas Secretarias, por mais que tente unificar você acaba tendo duas secretarias.

SILVIA - Em relação as comissões intergestoras Bipartite. Elas podem ser consideradas uma inovação bem sucedida no sentido de uma integração vertical, elas funcionam efetivamente como uma mesa de negociação ou foi mais um organismo burocrático?

E - Eu acho que teve avanço. Um avanço grande, eles fizeram um colegiado de decisão que é a Comissão Intergestora Bipartite, sem dúvida tiveram um avanço, a garantia de sentar numa mesma mesa todo mês Secretários de Estado e sua equipe, Secretário Municipal de Saúde eleito pelo governo, para decidir as questões importantes do SUS. Sem dúvida foi um avanço, avanço do jeito que está hoje discutir de uma forma melhor de cumprir, de uma forma democrática. Agora é claro que há uma questão de peso desses dois atores Município e Estado, no início quando não há consenso estabelece a posição do estado embora seja, me lembro de uma única vez da posição do cargo prevalecer, uma única vez que foi quando o Dr. Enio queria municipalizar o Hospital Universitário de Marília e o Estado foi contra e ele apelou para o Conselho Estadual, foi para o Tripartite e conseguiu reverter esse processo, foi a única vez. Das outras vezes, geralmente não há consenso é quando tem dinheiro envolvido, ou seja, o Município querendo aumento de teto o Estado não podendo dar este aumento ou o Ministério deu um aumento geral para o chefe de Estado e cabe a Bipartite definir como vai distribuir esse aumento. Uma parte fica para o Estado e a outra parte é dividida entre os Municípios, normalmente tem dificuldades e acaba prevalecendo a posição do Estado porque aí é uma questão de posição de força, o Governo vem e pressiona e ao mesmo tempo ele não quer rachar porque não tem interesse em rachar. É claro que o Estado ele senta numa mesa de negociação

com poder diferente. Em São Paulo eu vejo assim. Agora sem dúvida não é uma instância burocrática, acho que é uma instância que viabiliza vários processos de trabalho, vários processos não só de municipalização, você tem técnicas a seguir não só políticas, técnicas são discutidas, a Bipartite mesmo começou a se organizar através de câmaras técnicas, grupos do Município e do Estado para decidir determinados assuntos e levam a posição dessa câmara para a Bipartite em geral acho que tem avanço. E o que pese essa a realidade não tem muito como mudar isso, independente de quem estiver no poder acho que vai ser sempre essa..

SILVIA - Existe sintonia entre a política de saúde municipal e o plano de trabalho da DIR ser executada pelos municípios. Qual a relação entre as Secretarias Municipais de Saúde e as DIR's

E - Depende muito. Tem algumas DIREs que trabalham como a gente estava falando a pouco, tentando a autonomia municipal mas exercendo esse papel de assessoria, de regulador. e tal. Agora tem DIR que não tem necessidade de assumir esse papel, de forma alguma. Tem DIR bem avançado e tem DIR bem menos avançada.

SILVIA - Sobre a participação popular. Qual a sua avaliação sobre a participação popular no Estado de São Paulo, os conselhos municipais de saúde tem atuado efetivamente nas políticas, estratégicas e de prioridade e quando o conselho estadual faz sua participação efetiva?

E - Com relação ao Conselho Estadual embora ele se reúna, tem suas pautas e tal, agora nenhuma decisão de peso é tomada no Conselho Estadual de Saúde. Não é nem levado. As vezes é levado na Bipartite, a Bipartite em geral as questões são levadas na Bipartite. No Conselho nem sempre, é respeitada estância deliberativa. Com relação aos municípios acho que varia muito. Cada Município tem o Conselho que merece(risos). Eu não tenho essa avaliação dos Conselhos Municipais no âmbito do Estado. Eu não sei.

SILVIA - Aqui em São Paulo você teria mais...

Aqui há resistência mas se leva as discussões, agora uma relação tranqüila não. Uma relação pesada, com reuniões pesadas, muito debatidas, há uma relação, um jogo de poder muito forte, uma coisa difícil. Você ter a fragilidade, ter uma agenda para cumprir de decisões e ao mesmo tempo tem que estar o tempo todo, como mantê-los debatido com o Conselho, acho que é uma coisa difícil. Agora aqui no Município as questões importantes elas são levadas para o Conselho. No Estado muitas vezes não são levadas.

SILVIA - A Secretaria Estadual utiliza repasse de recursos como incentivo da implantação de suas diretrizes?

E - No Estado? Não é política de financiamento do Estado. A política de financiamento da Secretaria de Estado ela é ou através do seu próprio, ou seja, investir na sua rede essa forma de

investimento ou através de medicamentos, a secretaria investe bastante em medicamentos, tem o programa “dose certa” através de medicamento da FURP que existe um envio para todos municípios, o próprio custo com o funcionalismo municipalizado, é muito mais em espécie do que em dinheiro. Não há política deste governo repassar dinheiro do tesouro para atendimento estadual de saúde. Não tem, nunca teve. Pode dar a um prestador a Santa Casa mas não, ou é em espécie ou é através de seus prestadores.

SILVIA - No âmbito da própria secretaria estadual eles teriam mecanismos para amenizar desigualdade entre municípios ou entre agrupamento de municípios?

E - O mecanismo já está dado, é a PPI, é um mecanismo muito bom para você fazer, os critérios já estão dados pela PPI, e agora não é fácil é um jogo de força tirar de um para por no outro não é fácil é jogo de cintura, possibilidade política de viabilizar o instrumento está dado na CPI.

SILVIA - Tanto no âmbito municipal quanto estadual, em que medida a questão da saúde é abordada numa perspectiva intersetorial dentro da política de saúde

E - Na Secretaria de Estado eu não tenho muita essa vivência eu posso falar mais pelo município. No Município o próprio projetos da subprefeitura tem uma abordagem intersetorial, antes mesmo de ser aprovado o projeto da subprefeitura, os nossos distritos já estavam trabalhando no fórum do governo local senta o administrador regional que hoje é subprefeito, com as regionais administração, bem-estar, saúde, educação que estão sempre em caráter intersetorial. A gente tem trabalhado nesse sentido. O PSF é um caminho para isso, falando um pouco da Secretaria do Estado, através do Qualis quase propiciou algumas ações interssetoriais por parte da Secretaria, mais de nível local propiciou através do diagnóstico que tinha a ação dos agentes comunitários que muitas vezes propunha uma parceria forte para viabilizar alguma ação num clube ou numa praça ou mesmo no saneamento, lixo acho que fizeram várias abordagens nesse sentido. No Município acho que através do governo local ou subprefeituras.

SILVIA - Você falou aquela hora dos avanços, como você vê como desafios mesmo para política de saúde aqui no estado principalmente depois da NOAS.

E - O desafio maior era tirar do papel e viabilizar mesmo. Quer dizer você promover a equidade, é um desafio constante que se tem em qualquer governo você tentar aplicar a equidade e as dificuldades que se tem sobre isso, fazer uma PPI de verdade, uma PPI que envolva não só os recursos federais, mas uma PPI que envolva recursos de orçamentos do estado e dos municípios, aí seria o ideal, você pega todo o dinheiro que vai para a saúde e faz a programação contando com esses recursos, então eu acho que seria importante eu acredito nisso como uma diretriz, agora tem uma clareza de que não é uma coisa que você vai implementar em um ano ou dois, demoramos três a quatro anos para conseguir uma lei complementar, eu acho que é coisa para uma década para conseguir mesmo implementar, o Estado esta desqualificado, estão se reabilitando para implantar na sua complexidade como ela esta prevista é uma década.

SILVIA E o Estado e as características do Estado e a presença de uma cidade tão grande quanto São Paulo isso prevê alguma dificuldade?

E - Eu acho você implementar qualquer coisa em um município com essas dimensões é sempre difícil, o PSF mesmo a gente esta lutando aí para conseguir penetrar, 9% de cobertura em uma população de 10.000,000, tudo é muito grande em São Paulo, você fala em municipalizar a rede são 200 unidades, um projeto simples de treinamento que a gente quer dar para gerentes de unidades para 500 pessoas, tudo é grande, uma pessoa por unidade tão tudo é muito difícil, acaba, mas essa é a realidade da Grande São Paulo.

8 - Alberto Hideki Kanamura, chefe de gabinete da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo.

SILVIA - Como se caracteriza a política de saúde da Secretaria Estadual e qual seria o papel desejado para a Secretaria dentro dessa política?

A - Essa pergunta tem que ser respondida pelo secretário, porque eu dizer qual é a política, eventualmente não vai refletir o que o secretário imagina como política de saúde, a política de saúde do Estado basicamente é cumprir a política do sistema único de saúde que é emanado do Ministério e combinado entre todos os secretários dentro de um negócio chamado Conselho nacional do secretários de saúde - conass.

SILVIA - Como que é a Secretaria, como ela esta se colocando diante de todas essas modificações a partir da implantação do SUS, essa questão da descentralização, eu quero saber que papel ela esta atuando? Assim, um papel mais de prestadora de serviços ou indo mais para a regulação mesmo como é no caso da OSS, como está sendo feita essa passagem.

A - Veja bem, o papel da Secretaria do Estado é ser um dos elementos do processo de gestão, projeto de gestão hoje é privativo, o Estado tem um papel de reorganizar a gestão dentro do estado de São Paulo, nós estamos em um processo de descentralização que está descrito na NOAS e cabe então ao secretário que é o estadual de transferir, organizar a transferência de responsabilidades que era do Estado para os municípios, nos municípios em que essa habilitação foi concedida e continuar exercendo o papel também de prestador nos locais onde isso é necessário, o papel preponderante do Estado é o papel de gestor, de regulação e de buscar de alguma forma os recursos sejam parcimoniosa e adequadamente distribuídos, então ela, ainda assim em alguns setores particularmente nas regiões metropolitanas a gente acha que o papel do Estado também é de prestação de serviço, porque nós não temos fronteiras, um individuo que mora no bairro A e pertence ao município B a gente não pode impedir que ele atravesse a fronteira e que seja atendido no bairro B do município A e particularmente isso acontece quando você tem esse fenômeno de conurbação você não tem limite disso, então é muito natural que alguém que more nas redondezas dessas cidades e que não pertençam eventualmente ao município de São Paulo que eles se dirijam ao município de São Paulo, é uma realidade, então

na região metropolitana a gente acha que o Estado tem um papel fundamental de não só de regular, mas também de suprir as necessidades de ofertas e serviços, os quais determinados municípios não tem condições de oferecer.

SILVIA - E dentro desse papel da Secretaria de exercer um papel mais de coordenação dos municípios e a questão da municipalização que prevê o mando único nos níveis de governo, autonomia, isso o senhor vê que de certa forma gera algum tipo de conflito?

A – Sim. Eu acho que gera um certo tipo de conflito.

SILVIA - E como reflete isso no Estado?

A – Isso esta sendo discutido dentro da bipartite não é uma coisa simples, a municipalização não é simplesmente dizer para o município, olha estou te passando o dinheiro, estou te passando para isso, se você for levar isso a ferro e fogo porque a quantidade de recursos é sempre insuficiente a quantidade de demandas, então se eu for levar a ferro e fogo e dizer não, eu vou realizar aquilo que o recurso tem, certamente eu vou desassistir a parcela da população que invade o meu município ou que invade a minha área de atuação e isso é uma coisa que não pode acontecer, a população não tem cabimento de morar em uma cidade mais pobre que outra, cabe então ao Estado esse papel de conciliar isso, isso o Estado tem feito através da discussão, a própria NOAS prevê um mecanismo de programação pactuada, programação da PPI para que o município que tem o recurso, que vá atender o município vizinho que não tem, agora, não é fácil organizar isso, porque a quantidade de recurso e dinheiro é sempre menor do que a quantidade de demanda que chega.

SILVIA - Isso então estaria em um processo bem inicial do Estado?

A – Estamos em um projeto inicial, nós estamos com dificuldades inclusive para definir quem são os municípios que devem atender os municípios vizinhos que é chamada a determinação do que deveria ser o município sede, sede da região.

SILVIA - A dificuldade seria por que....

A – Pela vontade do município, ele quer ser município sede, porque? Ele vai ter o recurso para atender melhor a população, só que não tem dinheiro para fazer isso, precisa de investimento e lógico que ele espera que o Estado de o investimento, a união de esse investimento, porque você sabe que a quantidade de recursos que o Estado ou a união tem para o investimento é inferior a quantidade de prefeituras que desejam ter, quer dizer, um município que tem um aparelho de raio X e não tem ultra-som para ele ser sede ele precisa das duas coisas, então, olha eu quero, eu tenho o raio X, eu quero que você me arranje o dinheiro para comprar o ultra-som, aí você pergunta assim, mas qual é o tamanho da população que você vai atender na região? Ele vai dizer, eu vou chutar um numero, 2000 pessoas, não cabe um ultra-som dentro das normas ministeriais, para que esse aparelho de ultra-som atinja uma quantidade mínima para que ele

seja economicamente viável, você ter dez ou quinze mil pessoas, praticamente terá de ficar ocioso, e na medida que ele fica ocioso eu tenho que pagar pessoal, eu tenho que pagar local, energia e tudo isso, se você fizer a conta, cada ultra-som realizado por uma maquina em uma região muito pequena, vai ter um recurso muito maior que reembolsado pelo sistema e aí certamente o prefeito vai ficar frustrado porque ele vai dizer, olha eu tenho o ultra-som mas eu não consigo operar, porque o custeio disso é muito caro, o reembolso não vai servir para cobrir o gasto, então isso é uma contradição, eu quero oferecer, eu quero que cada município tenha a sua rede de oferta de serviço, mas é preciso imaginar que isso seja minimamente equilibrado do ponto de vista do dinheiro, vai ser remunerado por aquele, então o nosso risco é em uma municipalização mal planejada que você tenha aí uma série de equipamentos ociosos.

SILVIA - E tem uma questão política né.

A – Esse Estado tem seiscentos e quarenta e cinco municípios, mais da metade deles querem ser sede e isso é tecnicamente inviável, então essa é a dificuldade.

SILVIA - E como vocês estão vendo uma solução?

A – Nós estamos discutindo e evidentemente tem a questão política, mas de alguma forma se a gente fizer isso só ouvindo o lado técnico, certamente apenas cem dos 645 municípios deveriam ser sede mas isso não atende a expectativa da população ou mesmo dos políticos de cada uma dessas regiões, então essa é uma questão que precisa equilibrar a questão técnica com a política.

SILVIA - E com relação a delegação da prestação de serviços para entidades sem fins lucrativos, as OSS, por que se optou por isso e não pela municipalização desses equipamentos, tem que ficar sobre o poder do Estado

A – Não. Veja, o grande problema é o financiamento, como é que eu financio um hospital público? Uma parte hoje é do proprietário do hospital que tem que colocar seja município seja estado, no caso a União está fora mas se o hospital é de propriedade do Estado cabe ao Estado suprir uma parte do financiamento dela, porque? É impossível eu fazer um hospital ser autofinanciado só por aquilo que o sistema paga. Se o SUS remunerasse o suficiente ou adequado para cobrir o custo, certamente qualquer gestor, seja municipal, estadual ou particular, estaria disposto a operar um hospital já que a remuneração supri minhas necessidades, acontece que isso não é verdade, a quantidade de recurso, o pagamento pelo serviço prestado é quase sempre inferior ao que custa então quando o Estado planta um hospital em uma nova unidade ele pode entregar o município? Pode. Só que ele tem que entregar também com dinheiro, como é que eu vou entregar um hospital com dinheiro faço a gestão eu, eu me acho competente, agora, se o município quiser fazer a gestão municipal ok, ele faz a gestão do hospital e o déficit que o hospital vai gerar será pago pelo município, agora os municípios na média não agüentam, até determinados procedimentos que foram municipalizados, eu vou falar de um procedimento que eu sei viável, então nós municipalizamos aquilo que estava na mão do Estado, olha, passa para o município, o sistema de diálise começou a criar um déficit porque a remuneração não era o

suficiente para pagar o sistema, aí os municípios começaram a devolver para o Estado, olha eu não quero, isso da prejuízo, então essa é a dificuldade, agora, porque você optou por OSS e não municipal? Poderia ter optado por outro modelo, então esse Estado optou por criar um modelo de gestão que fosse feita por uma entidade que tivesse experiência na área, que pudesse comprovadamente dizer, olha, eu tenho competência, porque? Porque o Estado tinha uma dificuldade de fazer o gerenciamento desses hospitais em função basicamente de duas coisas existe legislação que impede de aumentar o meu quadro de pessoal, a lei Camata diz o seguinte, eu não posso gastar mais de sessenta médicos dentro do orçamento em pessoal para você ter uma idéia nesse estado aqui seriam colocados treze hospitais que nós inauguramos nesse ano, nos últimos seis anos, isso significa pelo menos mil e quinhentas pessoas para serem contratadas, o Estado não tinha mais como admitir essas pessoas, então essa é uma razão porque se optou – por passar o gerenciamento desses hospitais para terceiro que não fosse o Estado, podia ser uma cooperativa optou-se por OSS até para designar entidades de finalidade filantrópica que não fazem da assistência médica um negócio e que pudessem assumir o gerenciamento desse hospital e receber do Estado o dinheiro para fazer o hospital funcionar, então esses hospitais hoje são orçamentados, é do orçamento do Estado que é pago isso e com isso você resolve o problema do financiamento de entidades filantrópicas , por exemplo as Santas Casas, que fazem o gerenciamento dos seus próprios hospitais e presta serviços ao SUS, eles ganha dinheiro com o SUS? Não. Eles tem déficit operacional que de alguma forma é subsidiado pelo estado, não tem mágica, agora, muitas das santa casa do interior conseguem melhor sobrevida porque eles têm uma demanda de doentes de outra natureza, há pagamento e com isso eles conseguem equilibrar um pouquinho melhor dessa forma, mas na média as Santas Casas que só trabalham com o SUS não conseguem equilibrar as gestões.

SILVIA - E em relação aos consórcios?

A – Isso é uma coisa que a gente incentiva exatamente para que quando um município sozinho ele não tem quantidade suficiente de população para receber, um equipamento, um aparelho de tomografia, por exemplo, não tem cabimento para um município sozinho que tem cinco, dez mil habitantes ter, nós não somos um país rico para ter recurso disponível dessa natureza ocioso, então você tem que juntar os municípios vizinhos para que todos possam usufruir desse equipamento, então isso é uma coisa que tem que ser incentivada é uma coisa que sempre deve ser pensada quando você precisa organizar a assistência na região, e nessa região você não tem demanda suficiente e não tem dinheiro suficiente para um município sozinho dizer, olha deixa que eu banco essa necessidade não tem sido uma coisa fácil também, porque o interrelacionamento entre municípios, porque eu vou colocar um tomógrafo que nós todos pagamos no município A, eu quero no município B, eu sou prefeito do município B.

SILVIA Entre os próprios municípios...

A – É lógico o prefeito que é encarregado de assistir a sua população, se ele esta empenhado dentro de um consórcio é lógico ele tem que ceder também um pouco, mas na medida do possível ele queria que esse recurso estivesse mais perto dele, e é assim, a participação desse

dinheiro também não é uma coisa fácil ou a divisão das responsabilidades também não é fácil, é um condomínio, você mora em apartamento?

SILVIA - Moro.

A – Isso, em apartamento não acontece aquelas brigas todos os anos para saber como vai dividir as responsabilidades? Aí sempre vai ter aquele velhinho que vai dizer assim “eu moro nesse apartamento há quinze anos, eu não tenho filhos, então eu sou contra colocar playground”, isso acontece também na discussão entre os municípios, se eu tenho um município que já tem ultra-som, para que eu vou me cotizar para comprar um ultra-som com o município vizinho?

SILVIA - E para mediar esses conflitos a Secretaria tem atuado de alguma forma?

A – Tem, a Secretaria enquanto função dentro da mesma ação, inclusive ela não é só mediadora, ela é a responsável para fazer a gestão da saúde para a região, de alguma forma ela deve atuar na discussão, por exemplo a CIR existe em cada região uma discussão intermunicipal para que isso se de com a maior racionalidade possível, a questão toda é financeira, ok nós entramos em acordo que vamos colocar o aparelho de tomografia, raio X em determinado local, então, desde que não seja eu que pague a conta, então se o Estado pagar a conta eu estou de acordo, essa é uma utilização muito comum, o Estado acaba entrando na conciliação dos interesses na região, mas para quem quiser ser chamado à pagar a conta, faz parte não só desse poder, faz parte do poder da Secretaria

SILVIA - Só para eu saber assim, como se tem organizado os atendimentos em níveis primários, secundários e terciários aqui no Estado de São Paulo?

A – No Estado de São Paulo todos os municípios estão habilitados para fazer a assistência básica, então eles recebem o piso da para realizar particularmente, eles recebem em cotas e pela saúde da família, não são todos os municípios que aderiram ao programa de saúde da família, nos municípios mais pobres o Estado também tem contribuído tem entrado com dinheiro no sentido de financiar o programa de saúde da família, ele é pago pelo município, mas ele recebe uma parte da união, então quando eu digo, eu quero fazer programa da família, então ta bom, você monta uma equipe e a união paga mais ou menos um terço do custo da equipe, agora, em alguns municípios ele não tem dinheiro para pagar os dois terços, então nesses municípios mais fracos que não conseguem aderir ao programa de saúde da família então o Estado tem pago com um terço ou dois terços dessa cota, mas o programa é de responsabilidade de alguma forma todo o Estado esta combinando para assumir o programa da família, já assumiram a assistência básica nós temos problema ainda na oferta de exames complementares a outra coisa é quando o médico prescreve um exame, onde é que vai fazer esse exame o piso da básica esta previsto alguns anos muito rudimentares e isso não é suficiente, o médico diz, olha com isso eu não consigo, não é só glicemia, urina um e teste de gravidez precisa de um pouquinho mais e quando ele precisa de alguma coisa a mais ele entra já em uma parte onde o município não recebe recursos, raio x não esta coberto pelo chamado piso de atenção básica, então ele encaminha isso para alguém fazer e

como essa combinação de quem faz não está combinado, então ainda estamos em uma fase de dificuldade para dizer quem é que fica de fazer o exame de ultra-som para aquele município, mas vamos caminhando, quer dizer, com a definição do que é município sede, se nós tivermos condições de que esses municípios se aparelhem para suprir necessidades, devemos então na questão da assistência básica ir melhorando aos poucos.

SILVIA - Agora é em relação a formação das diretorias regionais. Quais foram os critérios estabelecidos das DIRs

A – Aí eu não sei, eu sou novo aqui, não sei os critérios, certamente foram critérios técnicos e políticos.

SILVIA - Porque antes eram as ERSAS, escritórios de saúde.

A – Veja bem, independe do nome, na realidade são nomes diferentes para a mesma coisa.

SILVIA - Não muda muita coisa então?

A – Não, as responsabilidades das antigas regionais é que a quantidade de escritórios regionais era muito maior e a quantidade de DIR é menor, são vinte e quatro DIRs mas basicamente ele tem que em nome do secretário coordenar atividades de assistência naquela região e as nossas direções tem aí mais de quarenta, cinquenta, mais de cem municípios, na medida em que se transferiu para o município a responsabilidade da assistência básica, hoje o Estado não faz a gestão das unidades básicas de saúde, então de alguma forma a DIR está deixando o seu papel de produtor de serviço e está fazendo mais a regulação, então hoje os nossos Diretores Regionais não tem sobre sua responsabilidade as unidades básicas e tem ainda alguns hospitais no interior que estão subordinados às DIRs mas a sede aqui, a coordenação, na grande São Paulo, o município de São Paulo foi a um ano municipalizado, estão completando a municipalização, agora, só agora foi passado por São Paulo, as últimas coisas que foram passadas foram o programa de saúde da família, tem quatro meses que foi passado e os hospitais da grande São Paulo, desses treze hospitais, doze estão em São Paulo, são os hospitais entregues às OSS, ainda estão subordinados à coordenação de São Paulo e não às regionais embora as secretarias regionais tenham o papel de articular a ação com assistentes hospitalares nas regiões onde isso está implantado.

SILVIA - E das macro – regiões? Que são a grande São Paulo e interior, você saberia os critérios que levaram essa divisão?

A – Basicamente a divisão leva em consideração a região metropolitana de São Paulo que é a divisão administrativa e essa então passou de uma coordenação, chamada a coordenação da grande São Paulo e o restante está na coordenação de saúde do interior, duas grandes divisões.

SILVIA - Mas é adequado assim? Porque uma engloba um monte de municípios diferentes e outra engloba uma cidade tão grande com uma população tão grande, isso não gera alguma diferença, algum tipo de competição?

A – Não. O problema não é esse, o problema é a complexidade da gestão no sistema de saúde em uma metrópole como São Paulo é uma coisa complicada, então para que essa gestão passe de forma mais eficaz, mais eficiente, talvez a gente devesse dividir a grande São Paulo em um dois ou três pedaços subdividi – lá, nós temos uma população muito grande, os trinta e sete milhões de habitantes do Estado, praticamente metade esta na grande São Paulo da mesma forma e por essa densidade populacional a gente não consegue na atual estrutura administrar bem isso, então eu subdividiria, no interior eu acho que as regionais dão conta das suas regiões dentro do papel de regulação, na grande São Paulo que eu acho que é o problema, aí na grande São Paulo tudo bem, no interior de alguma forma você consegue definir mais claramente os fluxos perante as estradas o que é município pólo de atração, na grande São Paulo você tem dificuldade, então eu analisando, a região do ABC é uma região bem caracterizada, já a região de Guarulhos e Mogi das cruces, eu não consigo enxergar Mogi das Cruzes como parte dessa metrópole, Guarulhos sim nós estamos colados o ABC também, então ele mais ou menos que se comporta como essa coisa chamada a grande de São Paulo, já Mogi das Cruzes me parece um pouquinho distante, assim como aqui para o sul quando você vai para Miracatu, Miracatu esta fora, tem algumas cidades próximas como Itapeverica da Serra que estão dentro da grande São Paulo mas perde características de grande São Paulo, eles não são cidades, já Barueri e Osasco estão dentro desta parte urbana chamada São Paulo, você não consegue ver mais onde fica a fronteira, então eu acho que a nossa divisão tem que levar em consideração de que tenha que dividir isso.

SILVIA - Na sua avaliação o que mais se avançou na área de saúde no Estado de São Paulo nos últimos oito anos?

A – Eu acho assim, se expandiu de forma importante a oferta de leitos públicos, alias isso foi como resposta a retração que houve em um passado recente dos hospitais privados que prestavam serviços ao SUS e saíram do sistema, então de alguma forma a implantação dos leitos do Estado foi quase que uma substituição e porque faz parte da política do próprio SUS dar preferência para os leitos públicos e depois filantrópicos e só então se não houver capacidade, se não houver suficiência esses leitos chamados públicos daí você compra do setor privado essa é a lógica, o que eu acho importante foi o Estado ter podido oferecer aí entre quatro mil, quase cinco mil leitos a mais e na grande São Paulo, no interior de alguma forma as entidades filantrópicas dão conta da assistência hospitalar e na grande São Paulo era a região mais carente do ponto de vista hospitalar, eu acho que a descentralização bate como uma coisa boa que aconteceu, conseguiu levar a idéia de que a saúde da família que devia ser perseguida, nós ainda não cobrimos todas as necessidades mas estamos caminhando para isso, eu acho que a questão da vigilância epidemiológica vacinação é uma coisa que esta equacionado, no nível de cobertura é muito bom e tem alguns fatores que comprometem que é o caso da dengue, mas que isso não depende única e exclusivamente das ações de saúde e responsabilidade do Estado, acho que a dengue é uma coisa que tem que ser discutida um pouquinho mais com a sociedade como

um todo senão não vamos conseguir sair dessa epidemia, então, a descentralização estava acontecendo mas não acontece na velocidade que eventualmente gostaria que acontecesse, agora, falta dinheiro, eu acho que essas campanhas do tipo da catarata eu acho que foi uma coisa importante eu acho que conseguiu tirar uma demanda reprimida de forma importante, existe ainda idosos com catarata? Sim. Mas se compararmos os números atuais com os números de seis anos atrás eles são muito diferentes, a ação do Estado no sentido de incentivar no sentido de que fizesse cirurgias de catarata como prioridade estratégica, eu acho que surgiu o efeito desejável, ainda temos muito o que fazer, mas eu acho que o sistema tem uma orientação de como caminhar.

SILVIA - Em relação as comissões intergestores bipartite isso também na sua avaliação, o senhor vê que elas realmente estão funcionando, esta tendo uma renovação bem sucedida no que diz respeito a integração entre diferentes níveis de governo, elas realmente funcionam como uma mesa de negociação ou é só mais um organismo formal, burocrático?

A – Não. Eu acho que nós não aprendemos a lidar ainda com essa coisa de forma adequada, mas eu acho que é um mecanismo importante sim de negociação, tem tudo aí um viés político de quem representa particularmente nos municípios, nós não teríamos como colocar nessa mesma negociação bipartite todos os municípios, então quem é que participa? São os municípios que de alguma forma tem capacidade de articulação, eles representam os outros, não é uma, não é uma reunião com seiscentos e quarenta e cinco municípios, eles têm representações, mas a gente não aprendeu a lidar com isso, mas de alguma forma eu acho que estamos caminhando, acho isso importante sim, imagina a (tripartite), são cinco mil e quinhentos municípios no Brasil a representação disso é adequada lá em Brasília na (bipartite)? Acho que não. Já nos Estados é mais fácil, a quantidade de estados é bem menor e como existe uma organização chamado Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, eles conseguem, é possível reunir vinte e seis secretários e discutir e negociar com o Ministério, mas seria muito difícil uma representação dos cinco mil e quinhentos municípios ai nível da bipartite mas estão lá representados.

SILVIA - E com relação a sua avaliação com relação a participação (popular) no SUS no Estado de São Paulo que os Conselhos Municipais tem entrado efetivamente no estabelecimento de prioridades?

A – Eu desconheço.

SILVIA - E o Conselho Estadual?

A – E o conselho Estadual eu não gosto da forma como a participação popular se dá.

SILVIA - Porque?

A – Porque a participação, não sei se a forma como esta montado isso a população esta sendo representada, se aquilo esta sendo defendido é efetivamente a posição mais majoritária da

sociedade ou aquilo não tem um viés de um grupo ideologicamente mais mobilizado, então eu vou dar um exemplo, no Conselho Estadual de Saúde os membros que representam a comunidade votaram contra a OSS e para mim é tem um viés ideológico é um grupo que defende como ideologia que saúde precisa ser totalmente estatal, esse grupo por exemplo defende a idéia que saúde só pode ser feito, só deveria ser feito por funcionários públicos é um grupo que nem aceita a autarquia tanto assim que no Conselho municipal de Saúde de São Paulo não foi sem dificuldades que foi aprovado a lei que criou as autarquias municipais, não foi uma coisa fácil, teve muito trabalho de articulação, muito convencimento, porque os representantes da sociedade que estavam lá certamente representam o interesse de não votar a favor da autarquização da saúde no município, você chegou a acompanhar isso?

SILVIA - Não.

A – Se fosse deixar que um conselho municipal de saúde decidisse certamente a autarquização não seria aprovada.

SILVIA - e no caso das OSS também?

A – Também.

SILVIA - Então isso poderia supor então...

A – Agora a pergunta é se essa posição contra as OSS ou contra a autarquização representa o interesse da sociedade, esse é o meu questionamento a minha duvida.

SILVIA - Mas então assim, nesse caso pode ser que o Conselho Estadual no caso não teria tanto influenciando as opções da Secretaria Estadual porque a participação da popular seria meio enviesada.

A – Não. O Conselho Estadual tem um papel, mas eu acho que esse papel não é exercido de uma forma, a palavra não é adequada mas, ela não atua de forma à colaborar, freqüentemente é no sentido ao contrario.

SILVIA - De oposição mesmo.

A – De oposição.

SILVIA - E assim, não sei se o senhor vai saber é mais para ver como se tem dado a relação entre as secretarias municipais e as diretorias regionais, se esta vendo uma sintonia, algum tipo de conflito.

A – Sim. Veja, na média nós não temos conflitos, acho que os diretores regionais exercem o papel de gestor estadual, quer dizer, eles têm a delegação do gestor estadual para negociar e

conciliar os interesses da região e de alguma forma esse papel vem sendo feito, vem sendo cumprido adequadamente, não vejo grandes conflitos não, nós temos talvez mal resolvido as regiões onde você tem um município sede, município pólo muito forte de alguma forma talvez isso acabe criando um desbalanço nas discussões, então esse é o cuidado que se deve tomar dentro dos conselhos intergestores mas não há grandes conflitos não.

SILVIA - Agora em relação a distribuição de recursos financeiros, a secretaria ela utiliza um repasse para o município como incentivo à implementação de suas diretrizes ou não? Como que se dá essa distribuição?

A – Eu não sei como se dá a distribuição o que tem é assim, toda vez, como é que isso acontece? O município tem a necessidade de ser organizado então é colocado isso na forma de uma solicitação, essa solicitação pode vir ou pela via ou pela administração regional e chegar até a secretaria ou ir ao governo, secretaria e nós sempre consultamos a regional, mas enfim, as demandas dos municípios passam sempre pela análise do diretor regional e o diretor regional negocia isso no gabinete ou no nível da coordenação, na grande São Paulo e interior no sentido de se tecnicamente aquilo é viável, se aquilo passou pelas instâncias que deveria passar e se aprovado o recurso é dado, então a quantidade de recursos solicitado é muito maior do que efetivamente foi dado, mas isso se faz sempre dentro de um projeto, o município tem que apresentar um projeto, ainda temos muitos municípios em São Paulo que não tem condições de fazer uma gestão local, então o principal elemento de gestão acaba sendo o prestador de serviços, da casa local, então frequentemente os políticos da região devem, é claro pedem para a prefeitura seja atendida, a prefeitura já tem muita tarefa tentando fazer o gerenciamento da sua rede de assistência básica, então existe toda uma discussão política no sentido de que regiões é que devem merecer mais atenção do Estado, articulado com a questão de pólo desenvolvimento, regiões que não tem hospitais do Estado estatais, isso também é levado em consideração, a gente acha que cada região deveria ter pelo menos uma referência pública de grande porte, a gente consegue perceber as coisas através das demandas que chegam na forma de papéis que a gente é obrigado a ler, então com isso você tem uma noção do que esta acontecendo ou desse aparelhinho preto, então a minha avaliação não é uma avaliação objetiva, eu não pego a listagem de todos os municípios e todas as coisas e verifico objetivamente um a um o que esta acontecendo, então a minha percepção é a seguinte, se um determinado município me liga quatro vezes de alguma forma ele tem um peso na minha avaliação diferente de um município que nunca ligou, uma coisa que eu não falei, esse negócio de medicamento e dose certa, o medicamento hoje, nós temos três tipos de coisa, na verdade são cinco problemas dos quais três é que tem um peso diferente a chamada medicamentos básicos que nesse Estado aqui é chamada de dose certa em que a idéia é uma lista de quarenta a cinquenta medicamentos ser distribuídos para todos os municípios, para quem precisa dos medicamentos mais usuais de analgésicos de uso comum, então esse é o programa que teve um impacto importante no Estado porque esse era um programa que quem produz é o Estado e o Estado da para o município distribuir, então o prefeito tem muito interesse em que esses remédios chegue na hora certa como tinha sido combinado e nós tivemos pequenos atrasos porque esse programa é um programa que cresceu vertiginosamente nos últimos anos de alguma forma ele vem assim exponencialmente, cada ano

multiplica, dobra de um ano para outro, depois ele vai crescendo um pouquinho menos mas enfim, saindo de uma situação em noventa e cinco onde esse remédio quase não chegava para uma situação onde a gente hoje atende todos os municípios do Estado e na minha avaliação devemos estar atendendo cerca de dez milhões de pessoas, então quando o remédio não chega na data que foi combinada o sujeito liga para cá, pega no telefone e diz que não chegou e a gente é obrigado a ligar para saber como esta essa coisa, então a gente aqui pelo telefone tem uma avaliação de como é que esse programa anda, primeiro se telefona porque é importante e esse programa deve estar fazendo diferença porque se não estivesse fazendo diferença na falta, mas de vez em quando você ter uma situação de falta é importante até para você variar, porque se fosse um programa que não tivesse nenhum sentido, certamente faltando ou não faltando ninguém se preocuparia em perguntar, olha, quando é que chega? Então para mim isso é uma boa, eu tenho uma boa avaliação, uma avaliação positiva em relação ao programa porque o prefeito se importa com a precisão da chegada do medicamento e eu tenho idéia por essas crises de quanto é abrangente, esse programa na medida que eu recebo gente de municípios de porte de Fartura ou de Diadema e aparentemente na minha avaliação esse programa chega da mesma forma em todos os municípios, outro programa é o chamado medicamento de alto custo, então esse eu conheço menos, esse esta diretamente subordinado aqui esse é o programa do Ministério da Saúde mas que nesse Estado aqui a gente acaba atendendo muito mais porque a gente acaba atendendo demandas de outros estados, porque esse Estado sempre foi pioneiro em colocar a situação da população alguns medicamentos mais caros antes ainda do Ministério isso faz com que os doentes de poucos estados sejam atraídos para cá só para buscar um remédio, eu estou falando de remédios muito caros, esse programa ter cerca de cem medicamentos, temos cerca de quarenta mil pessoas no Estado que custa a bagatela de dezoito milhões por mês.

SILVIA - E esse recurso é do Governo Federal?

A – O Governo Federal paga, hoje nós temos um déficit porque a tabela que o Ministério paga é inferior ao que custa, então eu consigo comprar por cem o remédio e o Ministério me reembolsa oitenta, segundo, o Ministério tem protocolo, aquilo que estiver fora do protocolo, o medicamento que estiver sendo usado fora do protocolo ela não reembolsa mas nós temos uma série de, na medida em que esse Estado tem alguns centros avançados, esse hospital aqui do nosso lado acaba prescrevendo medicamentos fora do protocolo e são indicados? No protocolo do Ministério serve para tratar a rejeição dos transplantados mas como anti-inflamatório ele é bom, por exemplo, só que o Ministério até então não permitia que isso fosse prescrito mas há muito tempo o pessoal desse hospital prescreve, então isso não é reembolsado logo essa diferença, porque é fornecido, então essa diferença não é pago pelo Governo Federal, então quando eu digo dezoito milhões, a nossa conta é alguma coisa em torno de dezoito, dezenove milhões o Ministério reembolsa dezesseis, eu tenho um déficit de três milhões por mês e por fim o terceiro grupo de medicamentos, são os medicamentos oncológicos e esse é o Estado que mais gasta com medicamentos oncológicos, só que esse não é um medicamento distribuído, ele é dado dentro das unidades hospitalares, ele também tem um protocolo muito rígido, ele não é reembolsado o medicamento, mas é reembolsado o tratamento mais medicamento, é como se fosse um AIH só que é ambulatorial, ele é remunerado por um pacote onde você paga todos os

medicamentos oncológicos mais seringa, agulha e este é um programa que eu não tenho idéia de quanto custa porque isso é pago diretamente lá nas cotas de Brasília isso não passa por nós mas também é uma pequena fortuna.

SILVIA - E esses remédios são distribuídos por todos os municípios?

A – Não. Os pequenos municípios nem tem condições de distribuir eles não fazem o tratamento, só em algumas doenças que são concentradas em cinco seis lugares só no Estado, então geralmente são Centros Universitários por exemplo temos uma doença que atinge trezentas crianças no Estado dessas nós temos certeza que uma parte não são moradores do Estado de São Paulo, são da fronteira, as chamadas invasões, quer dizer, quem mora no sul de Minas Gerais dessa fronteira é atendida em Ribeirão Preto só que esse grupo de doentes precisam de cerca de trinta medicamentos muitos específicos dos quais dez são específicos para o tratamento da doença e eles são descansados em pólos que é Ribeirão Preto, Rio Preto, São Paulo que é paulista HC, Campinas e Botucatu só.

SILVIA - Marília...

A – Marília não participa, vai para Rio Preto, porque não tem especialistas na área, já a ciclosporina, por exemplo, na capital é distribuído, no HC tem um ponto de e no interior fica na Dir, em Campinas fica dentro da Unicamp a Dir compra e faz o controle

9 - PEDRO DIMITROV - SECRETÁRIO ADJUNTO DE SAÚDE DA CIDADE DE SÃO PAULO

SILVIA - Na sua avaliação como se caracterizaria a política de saúde da Secretaria Municipal e qual o papel esperado pela Secretaria aqui no município dentro dessa política?

D – Veja, a política aqui no município de São Paulo foi a partir de janeiro de 2001 a retomada do SUS, esta cidade teve no SUS na gestão da Luiza Erundina de 1988 a 1992 depois praticamente ficou oito anos fora do SUS, então ao se retomar a gestão em janeiro de 2001 teve uma série de medidas, a primeira delas foi a de fazer contato com o Estado, fazer os acordos com o Estado para que o município voltasse para o SUS, nesse sentido nós encaminhamos a desativação do PAS que durou sei meses para não ter um colapso no sistema de saúde, tivemos uma reforma da Secretaria Municipal de saúde de uma forma ainda transitória, criamos 41 distritos de saúde, foi feita a municipalização das unidades básicas de saúde que também durou quase um ano essa municipalização, foram praticamente 211 unidades municipalizadas entre centros de saúde e ambulatórios segmental e algumas unidades do programa de saúde da família que é o QUALIS. Foi inaugurado o PSF que estava sendo gerenciado na cidade de São Paulo pelo Estado que foi municipalizado também,

então somando tudo isso deu em torno de 211 unidades estaduais que foram municipalizadas, então com o encerramento do PAS, a retomada do SUS, com a reforma da Secretaria reestruturando a Secretaria, criando 41 distritos, municipalizando as unidades, criando a autarquia para o gerenciamento dos hospitais e definindo como uma estratégia fundamental de construção do SUS na cidade de São Paulo o programa de saúde da família, nós estamos basicamente trabalhando com os princípios fundamentais do SUS que é a descentralização, controle social, participação social, participação na mesma definição da política e o controle social e o princípio da equidade onde você implanta o programa de saúde da família em um município inteiro a partir das áreas mais excluídas, você está trabalhando com o princípio da equidade, cada diretor de distrito desses 41 diretores dos distritos, cada um escolheu a área mais excluída para iniciar a implantação do PSF pela base em todo o município pela área mais excluída do município, porque a exclusão na cidade de São Paulo frente ao Rio de Janeiro, nós não temos aqui o morro e a favela, aqui nós temos a favela ao lado do Morumbi ao lado dos prédios de auto luxo, então na realidade o PSF começou a brotar de todo um município nas áreas mais excluídas e a perspectiva disso é você implantar o SUS adequadamente, quer dizer, implanta-lo com o princípio da descentralização, da hierarquização, da participação social e fundando também com o princípio da equidade.

SILVIA - Eu estava lendo no site da Secretaria sobre a distritalização e essa proposta ela se assemelha com a regionalização que propõe criação DIRs mais ou menos para criar regiões que vão ter uma certa autonomia?

D – Veja, é diferente, um pouco diferente, porque na realidade na cidade de São Paulo tem dez milhões de habitantes e aí você cria o distrito de saúde que é uma forma de administração para que você tenha um território mais adequado para o planejamento, território adequado para o planejamento pelas (estruturas de medicina) é algo em torno de 250.000 habitantes, você teria um bom território para o planejamento na área de saúde, o que ocorre em outras regiões onde não é uma cidade como São Paulo, são municípios que se juntam para criar uma região de saúde, aí é como se fosse um consórcio de municípios, mas são autônomos, eles são autônomos, fazem um acordo para ter uma regionalização, aqui não. Aqui na realidade eles também vão ser autônomos, mas eles são do mesmo município, têm a mesma coordenação que o Secretário, então nessa outra situação os secretários municipais de saúde são totalmente autônomos, não tem quem os comande ,ou seja assim, é um acordo entre eles, nesse caso não, nós não abrimos mão da direção da saúde no município como um todo, então tem uma autonomia porém esta vinculado em uma direção única a nível de município.

SILVIA - E como se organiza o atendimento primário, secundário e terciário aqui no município?

D – Essa é uma questão ainda difícil em São Paulo porque nós entramos na gestão plena da assistência básica, porque nós não temos problemas do sistema de saúde como um todo, nessa

modalidade de gestão prevista pela norma operacional nós apenas ficamos com as unidades básicas de saúde, as unidades, os ambulatórios e especialidades permanecem com o Estado, o Estado tem um território do município de São Paulo uma diretoria regional de saúde, a DIR I que por sua vez dentro da diretoria regional de saúde tem (cinco) núcleos, esses núcleos nós trabalhamos com eles com absoluta consonância e articulação e criamos o que nós chamamos de câmaras técnicas entre o núcleo do Estado e os nossos diretores de distritos, então cada território de um núcleo, o município de São Paulo esta dividido por cinco núcleos pelo Estado, esta dividido por 41 distritos nossos, então um conjunto de distritos nossos se reúne com um núcleo que corresponde do mesmo território e aí são feitos os acordos todos para o (pactuamento integrado), então nós temos o programa de saúde da família temos as unidades dos estados que nós municipalizamos, então fazemos o entendimento com os ambulatórios especializados do Estado, o que há ainda de dificuldade com o Estado nessa questão é que o Estado em alguns anos atrás para reduzir as filas nos ambulatórios especializados, ele criou um sistema de marcação de consulta por telefone e a marcação de consulta por telefone é uma marcação que não respeita regionalização nenhuma, uma pessoa que quer marcar uma consulta de cardiologia, ele liga e onde houver uma vaga para cardiologia ele encaixa, pode ser em Santo Amaro ou pode ser na zona leste em um ambulatório especializado do Estado, então isso dificulta a regionalização, então esse tipo de entendimento ainda esta uma negociação com o Estado para que possa ser superado.

SILVIA - Mas o senhor esta sentindo que há essa abertura?

D – Sim. Com o Estado nós temos o tempo todo uma relação bastante produtiva, bastante adequada.

SILVIA - E a capital ela engloba a DIR Iné? E assim também, o plano de tanto da prefeitura quanto da DIR são ...

D – São trabalhados juntos no sistema e na técnica são cinco núcleos, cinco núcleos que constituem nosso sistema e técnica e nós temos uma comissão permanente de negociação, comissão foi criada de municipalização entre a diretora da área metropolitana, o estado de São Paulo esta dividido em duas grandes áreas, interior e a área metropolitana, então a diretora a doutora Iracema da área metropolitana com a diretora da Dir I que é a doutora Eliana e nós aqui do gabinete que é eu Pedro Dimitrov, Osvaldo Domingos e Paulo Capucio representamos a Secretaria Municipal de Saúde nessa instância de negociação superior, nós pesquisamos de uma forma regular para conduzir a municipalização e agora nós temos reuniões mais espaçadas para acompanhamento desses processos, então são feitas nas câmaras técnicas e quando há alguma questão como essa, por exemplo, de uma marcação de consulta que é por telefone que é com o município todo e em um momento o município vai ao metropolitana, então essa negociação não consegue ser resolvida no âmbito do núcleo porque ela vai para o município como um todo para a área metropolitana, então nós temos uma negociação nessa outra instancia que nós chamamos de Comissão de Municipalização para fazer o entendimento nesse patamar, então ela também tem ocorrido conforme regulamento, por exemplo, nós fizemos a municipalização da rede básica

e depois continuo a conversa nos ambulatórios segmentares, o ambulatório segmental é um ambulatório especializado com numero reduzido e pequenos e é especializados, então nós tivemos a possibilidades de estar municipalizando os ambulatórios enquanto os outros grandes ambulatórios vieram da previdência que foram estadualizados, Várzea do Carmo, Maria Zélia são grandes ambulatórios, esses ainda não foram municipalizados e devem ser municipalizados junto com um patamar acima que é junto com os hospitais, para entrar na gestão plena do sistema.

SILVIA - Então na capital a gente pode afirmar que há realmente esse trabalho em conjunto?

D – Sim, seguramente.

SILVIA - Porque em outros estados a gente observou que as vezes dá certos conflitos, o município quer ter muita autonomia em questão do SUS e tudo mais e o estado perde um pouco desse papel de coordenação dos municípios.

D – Veja, conflitos sempre existem, uma coisa é conflitos outra coisa é guerra declarada. Conflito você senta na mesa e resolve, não vou dizer que não haja conflito, lógico que há, agora, por exemplo, nós estamos negociando a questão da vigilância sanitária. A vigilância sanitária nós do município fazemos na área alimentar, o estado continua fazendo a vigilância sanitária no serviço de saúde. Então nós estamos negociando a municipalização, nós queremos municipalizar, só que o estado alega que se eles municipalizasse a vigilância como um todo, como nós estamos querendo, nós queremos assumir a responsabilidade, mas também os servidores e o equipamento existentes nessa área, aparelhos e tudo. O estado alega que se ele fizer essa municipalização dessa forma ele ficaria sem instrumentos para poder continuar vigiando e fiscalizando seus próprios hospitais a alguma coisa especifica do estado. Bom mas nós não vamos criar uma outra figura paralela para fazer vigilância em serviço de saúde, se ela já existe nesse momento, está sob o controle do estado, mas na municipalização poder passar a responsabilidade e também os recursos existentes na área, então esse conflito existe, nesse momento está localizado nesse ponto, agora não há guerra, a gente senta, negocia, vai pra lá, vai pra cá e vai fazendo acordo, há um espaço muito grande para a negociação.

SILVIA - E uma curiosidade eu vi uma entrevista do Secretário Eduardo Jorge que ele fala uma idéia sobre um consórcio metropolitano da saúde .

D – Essa questão é uma questão que nós colocamos desde o primeiro dia no governo, eu sou professor de planejamento há trinta anos, então, antes de entrar no governo já colocava isso, na campanha nós já colocávamos isso, e a questão de saúde do município de São Paulo, não se resolve no município de São Paulo, ou nós enfrentamos essa questão para a área metropolitana no mínimo ou fica muito difícil, porque? Porque os grandes hospitais do Brasil estão na cidade de São Paulo, Hospital das Clínicas, Hospital São Paulo, Santa Casa, são grandes hospitais, são grandes hospitais, Beneficência Portuguesa tanto os públicos quanto os privados e eles não atuam só para o município de São Paulo, eles atuam para a área metropolitana, para o Estado de

São Paulo, para o Brasil e eventualmente para alguns países da América Latina, então é impossível você trabalhar a questão de saúde do município de São Paulo se não contarmos com um articulação que acompanhe esse processo na área metropolitana e a nossa proposta vem bem nessa linha. Nós temos feito reuniões com os outros hospitais e que nós temos pelo menos quatro grandes hospitais aqui na cidade de São Paulo que seriam pontas do sistema que seriam, o Hospital das Clínicas, Santa Marcelina, Santa Casa e Hospital São Paulo. Cada hospital desse estaria trabalhando, já trabalha essa questão na área das urgências e emergências que é o sistema de resgate, eles já trabalham como hospitais de ponta e a nossa proposta, que isso fosse ampliado, não fosse só por urgência e emergência, mas eles fossem assumindo as outras atividades também como um sistema de educação permanente. Então na realidade nós regionalizaríamos a área metropolitana em quatro pedaços e cada pedaço ficaria com um grande hospital de ponta, ai esse hospital de ponta, ele estaria apoiando os outros hospitais da região, fazendo um sistema de referência contra referência e não só no tratamento de pacientes para a .capacitação da força de trabalho. Então na realidade você estaria fortalecendo a função de ensino que tem esses grandes hospitais e fortalecendo esses hospitais para que ele aumentasse a sua resolutividade e fazendo uma integração entre os hospitais e poderiam fechar uma clínica e um hospital e reforçar uma clinica de um outro hospital, então você poderia também hospitais intermediários, fazendo esse tipo de acerto de especialidades ,você tem os que são mais fortes em neurologia, o mais forte em cirurgia os especializados em ortopedia, o outro sei lá o que em pediatria, então você poderia estar pensando o sistema como um todo, com as especialidades, e isso de um forma negociada, conversada, e isso é um projeto pra dez anos, quinze anos, não é uma coisa que se faça assim de um dia pra outro porque são muito complexos, então precisa ter muita paciência pra poder estar articulando esse tipo de sistema.

SILVIA - Mas está se encaminhando?

D – O sistema esta, essa discussão esta em andamento a gente tem feito reuniões periódicas pra conversar sobre isso.

SILVIA - E a Secretaria Estadual esta participando?

D – É obvio que a Secretaria Estadual esta participando, como um, uma, vamos dizer assim um catalisador o município tem sido um catalisador pra isso, mas isso é uma tarefa do Estado, Assim, um exemplo, pra você ter uma idéia , a questão da Dengue, a dengue não respeita fronteiras, sabe o município de São Paulo não teve só que Osasco teve e é aqui do lado, então nós fizemos, primeira semana de governo nós agitamos uma reunião da área metropolitana de combate a dengue, essa primeira reunião foi feita no palácio das indústrias, ou seja, no gabinete da prefeita, no prédio da prefeita, nós convidamos os secretários municipais de outros municípios para fazer essa reunião, fizemos a reunião, foi um sucesso total, conseguimos a SUSEM após a reunião nós dissemos, agora isso aqui é tarefa do Estado, porque nós fizemos essa porque achamos fundamental e a (Susem) assumiu, ontem nós fizemos uma reunião exatamente a quarta, quinta reunião desse tipo, uma reunião de articulação dos municípios da área metropolitana de combate a dengue que agora esta sendo puxada pelo estado, mas com o

município forçar com que essas reuniões pudessem ocorrer, então a minha visão é essa que a área metropolitana é uma responsabilidade, a articulação da área metropolitana é um papel do Estado, como o Estado não estava fazendo esse tipo de articulação, fazendo outras coisas mas não esse, nós estamos forçando a barra, estamos fazendo e o estado esta acompanhando esse articulação da área metropolitana com os grandes hospitais.

SILVIA - Em uma pesquisa uma pergunta foi sobre a abordagem intersetorial das políticas propostas da Secretaria Municipal e eu estava vendo na questão de distrito que a região ela visa englobar diversas iniciativas de como que esta acontecendo esse movimento de intersectorialidade

D – Sim. Esta acontecendo no caso de São Paulo é muito interessante mereceria acompanhamento nós temos 41 distritos de saúde nos primeiros 25 dias de governo comemoração da cidade, 25 de janeiro de 2001 nós publicamos no diário oficial a divisão da cidade em 41 distritos e com a perspectiva, nós temos na cidade de São Paulo uma lei municipal que divide o município em 96 distritos administrativos, são unidades para o planejamento, isso é uma lei na época da Luiza Erundina feita pela Aldaíza, ela era vereadora. Essa lei deveria atuar em 96 distritos administrativos e todos os dados extra físicos podem ser pensados nós agregamos a esses 96 distritos por área somando a população de 250.000 habitantes, 300.000 habitantes de quatro em quatro anos na área da saúde e isso deu 41 distritos, a principio era exatamente isso pensar o território intersectorialmente, pensado e com qualidade de vida, qualquer coisa para melhorar a qualidade de vida e isso foi encaminhado foi sendo desenvolvido e aí encaminhamos o projeto dele para a câmara para criar as subprefeituras, foi aprovado nesse ano em julho a criação de 31 subprefeituras, então agora nós atacamos os 41 distritos para 31 subprefeituras, isso teve que fazer ajustes nos territórios, pequenos ajustes, na maior parte nós acertamos e aí com esses ajustes nós criamos alguns distritos novos uma sede em outro bairro, então nós criamos alguns distritos novos e fechamos alguns, então estamos agora com 39 distritos, então hoje nós temos 39 distritos de saúde e 31 subprefeituras, porque? Porque tem algumas subprefeituras que ficaram com um numero grande de habitantes, 600.000 habitantes, então a subprefeitura com 600.000 habitantes, 300 e 300, nós temos dois distritos e com isso nós ficamos com 39 distritos e 31 subprefeituras e a perspectiva é exatamente a intersectorialidade porque agora na subprefeitura nós temos uma coordenação de saúde, uma coordenação de educação, uma coordenação de desenvolvimento social que pega toda a parte social de geração de renda, de assistência social, de cultura, lazer, todo esse desenvolvimento social em uma área de desenvolvimento urbana a intervenção no meio físico, áreas administrativas, então essas coordenações você vai ter um subprefeito com coordenações setoriais desse tipo e ele vai estar gerenciando para aquele território menor, então aí você tem realmente a possibilidade de estar fazendo uma atividade intersectorial, esse é o caminho para a organização administrativa para que a intersectorialidade se de, a outra coisa que nós fizemos é que feito o diagnóstico do município de São Paulo nós aprovamos uma agenda municipal de saúde que vem da Agenda Nacional do Conselho Nacional de Saúde, Conselho Estadual de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, são agendas de saúde uma adaptação para cada realidade, essa agenda municipal de saúde nós temos 14 compromissos sociais, desses 14 compromissos sociais que são as prioridades nós

estabelecemos 6 projetos prioritários, esses projetos prioritários então, todos os distritos devem desenvolver ações em relação a esses projetos prioritários, então um primeiro projeto é a mudança de comportamento dos servidores em relação aos cidadãos que procuram serviços que nós chamamos de acolhimento e o acolhimento é uma mudança de postura do poder público em relação aos cidadãos que procuram esses serviços. Então você pode resolver o problema da pessoa, precisa ouvi-lo, você precisa trata-lo bem, porque ele é o camarada que paga imposto por tempo de serviço, ou seja, servidor público paga para atender adequadamente o público, então é todo um trabalho de mudança de postura. Nós temos o apoio de várias instituições sem fins lucrativos que trabalham com a questão da paz, da justiça, essa questão das relações humanas, estão ajudando nesse processo, então esse é um projeto prioritário que começou na saúde, a prefeita gostou e isso virou um projeto da prefeitura a mudança de postura do servidor com relação ao cidadão. O segundo projeto prioritário nosso, que na verdade é uma estratégia é o programa de saúde da família, nós fizemos convênios com 11 entidades sem fins lucrativos, para você ter uma idéia, o Hospital Albert Einstein é nosso conveniado para implantar o programa de saúde da família, Santa Catarina, Santa Marcelina, Santa Casa, Escola Paulista de Medicina, UNIFESP, a Faculdade de Medicina da USP, a Fundação Zerbini e assim sucessivamente, são 11 entidades sem fins lucrativos que nós fizemos um convenio e cada uma tem um território e esta ajudando a implantar o programa de saúde da família conosco, junto com os distritos de saúde. É diferente do QUALIS, antes o Estado dava um dinheiro para a Zerbini e ela implantava o programa de saúde da família, aqui não, aqui nós implantamos o programa de saúde da família, ou seja, poder público município, diretores de distrito, conduz o processo do programa de saúde da família com o apoio dessas entidades sem fins lucrativos para poder contratar o pessoal, os agentes comunitários, eventualmente médicos e enfermeiros, mas, mais agentes comunitários tem que ser contratados porque o morador do local geral. Bom, então eu estou dizendo então, o segundo projeto prioritário nosso foi implantado dessa forma, nós temos a questão da redução da mortalidade materno infantil também são ações intersetoriais, a mudança de qualidade de vida dessas pessoas, se vai reduzir a questão da mortalidade infantil, se você trabalhar com a gravidez de risco, essa gravidez de risco pode ser biológica, você precisa identificar mulheres diabéticas, hipertensas, obesas, idosas e crianças, então essas mulheres fundamentalmente tem complicação de parto, acabam morrendo, diabético, hipertenso, obesas, crianças e idosos, a gravidez na adolescência e na idade mais avançada um pouco, essas situações sendo identificadas, então nós chamamos de gravidez de risco, gravidez de risco biológico. A gravidez de risco biológico, o serviço de saúde da conta, agora você tem a gravidez de risco social que são famílias desestruturadas, são mulheres que usam drogas, são mulheres com dificuldades sociais das mais diferentes ordens, essas pessoas com risco social, a sociedade é que dá a resposta, então a comunidade organizada é que tem que ajudar essas famílias, mas como? O município ajuda mas a comunidade tem que ajudar e outras secretarias, ou é a secretaria de promoção social ou é a geração de empregos, ou alguma outra ação da prefeitura que é feito por outra secretaria que tem que ser articulada para dar solução para essas questões, então eu vou mostrar para você que os nossos projetos prioritários, todos os distritos e uma boa parte deles são, dependem de uma articulação de diretoria de distritos em ações intersetoriais, o outro é Dengue, Dengue não tem nem discussão, é armação intersetorial é intervenção no meio ambiente, ou você elimina os criadouros de Aeds ou você não combate dengue, a outra é a

questão do álcool e drogas e saúde mental, é a mesma coisa ou você faz uma integração com esporte e lazer, cultura, para tirar o adolescente da bebida no final de semana ou nós vamos continuar tendo como primeira causa de óbitos como nós temos hoje a primeira causa de óbitos do sexo masculino na cidade de São Paulo é o homicídio e a segunda causa de mortalidade em geral na cidade de São Paulo e são sempre jovens ou a gente tira os jovens do álcool e da droga, ou a gente não interfere nisso, e tirar o jovem do álcool e da droga não é o serviço médico que tira, é a cultura o lazer, o esporte é outra atividade que você possa tirar o jovem dessa situação, então é uma ação intersetorial, depois nós temos o nosso ultimo projeto, nessa seqüência é o da violência, urgência e emergência mas a finalidade não só trabalha com a questão das ambulâncias de poder resgatar os acidentados no transito, agredidos juntos mas é trabalhar a violência na forma que nós chamamos de violência oculta, você tem a violência institucional que tratam mal as pessoas, a violência domestica com crianças e idosos, violência de gênero, então na realidade temos 3 formas de violência que elas ficam ocultas, o serviço de saúde, os servidores da área de saúde foram preparados, se eles forem preparados eles conseguem estar identificando essa situação de violência. Tem criança que aparece machucada no centro de saúde periodicamente, isso fosse identificado ai tem que ser trabalhado a família ai é a mesma história, nós temos uma ação muito grande com entidades sem fins lucrativos, que já estão trabalhando conosco na capacitação do trabalho com essa questão da violência tem financiamento do Ministério da Saúde para essa finalidade. Então todas essas situações são ações interssetoriais, ou seja, a saúde tem um papel especifico nosso, não abrimos mão, faz parte, tem que fazer assistência médica, tem que cuidar das crianças cuidar dos adultos, das mulheres, tem que cuidar das mulheres mas nós sabemos que a promoção da saúde. A promoção e a proteção só vai ocorrer adequadamente quando ela estiver sendo trabalhada de uma forma interssetorial.

SILVIA - Uma outra questão seria sobre o Conselho Municipal de Saúde. Na sua avaliação ele tem realmente funcionado as decisões tomadas, refletem também na participação popular e também sob o distrito, eu vi num site que tem controle do hospital e como que esta funcionando.

D - Estou muito tranqüilo porque o Eduardo Jorge, tanto o Eduardo como eu, como as pessoas que estão na Secretaria, nós trabalhamos com movimento popular desde no meu caso, mais de 30 anos, na época da ditadura, na época da repressão a gente fazia trabalho com a população da periferia, então para a gente esta tranqüilo. No período de Maluf e Pitta aqui no Estado de São Paulo como a de saúde estava completamente desestruturada com o negocio do PAS nós fizemos um trabalho muito grande com a população da periferia com a emenda parlamentar do Eduardo Jorge, orçamento da união do Ministério da Saúde em que ele destinou um recurso para capacitação de conselheiros populares de saúde, foi feito um trabalho junto a Faculdade de Saúde Publica, que eu coordenei esse projeto, esse projeto contratou em torno de 15 professores da Faculdade de Saúde Pública e alguns outros de outras escolas FM da USP e de fora, 15 pessoas comprometidas com a visão mais democrática e que desenvolveram cursos de 32 horas para o movimento popular de saúde na periferia onde teve ocorrido uma eleição de conselhos populares de saúde onde foram eleitos 50 conselhos populares de saúde e nós demos cursos para todos esses conselhos, os professores iam na periferia para dar conselhos, o programa foi

coordenado por mim na Faculdade de Saúde Pública e os professores iam na periferia, quer dizer, na realidade nós criamos uma coordenação que nós chamávamos de uma coordenação de discente que era liderança e movimento popular e uma coordenação docente uma reunião de professores e aí nós tínhamos reuniões regulares e a coordenação discente ou seja movimento popular nos trazia a demanda e nós a locávamos professores para esses cursos, então nós temos 50 cursos na fase inicial e depois com o dinheiro que foi aplicado em uma conta enquanto ele vai sendo gasto, demorou 2 anos esse projeto, então deu para fazer mais 6 cursos, então nós demos mais 56 cursos para mais de 1.000 pessoas na periferia sobre saúde e sobre participação social e controle social foram 56 cursos para o movimento popular da periferia de São Paulo, o Eduardo ainda era Deputado e fez uma segunda emenda parlamentar com a mesma finalidade com menor recurso e isso também foi aprovado aí ele saiu de Deputado foi ser Secretário e nós usamos essa emenda parlamentar agora não mais trará cursos para o movimento popular, para o conselho popular de saúde, mas para os conselhos distritais de saúde. Quando nós chegamos aqui no município, criamos os distritos e criamos as condições de eleição dos conselhos distritais de saúde por portaria uma determinação e todos os conselhos municipais de saúde, todos os distritos tivessem conselhos distritais de saúde, isso era cópia de uma lei que estava tramitando na Câmara de Carlos Neder, ele tinha feito uma proposta na Câmara Municipal de uma lei criando conselhos distritais de saúde e nós por uma portaria já implantamos, nos antecipamos a esta lei criando os conselhos distritais de saúde, eles foram eleitos, em uma medida em que eles foram sendo eleitos, nós fomos organizando os cursos para esses conselheiros e agora em outubro nós estamos fechando 41 distritos e cada distrito eu encaminhei 10 conselheiros e estamos fechando aí em torno de 420, 430 conselheiros de distrito e tem essa capacitação sendo feita pela Faculdade de Saúde Pública e aí o curso deixou de ser lá na periferia, mas os conselheiros se deslocaram até a Faculdade de Saúde Pública também para conhecer a faculdade, conhecer o ambiente, como são conselheiros distritais de saúde já tem uma visão maior da cidade é bom para o setor público e que conheça mais serviços por aí, então o curso foi dado na Faculdade de Saúde Pública, eu também coordenei esse projeto estou fechando agora em outubro os cursos para os 41 conselhos distritais de saúde. O conselho municipal de saúde tem nos ajudado nesse processo as vezes eles ficam meio inseguros achando que os conselhos distritais vão assumir o papel deles, mas isso está superado, não há nenhum conflito em relação a esta questão, o conselho municipal de saúde, assim como a Câmara municipal de saúde, é impossível um vereador de São Paulo conhecer São Paulo como um todo, isso é um absurdo, então nós dependemos, possamos a vir a ter Câmaras de Subprefeituras, está ali na câmara municipal não foi aprovado o conselho de representantes na subprefeitura, porque na realidade nós temos 31 subprefeituras, se nós tivéssemos 50 vereadores distritais, sem remuneração, você poderia eleger essas pessoas por lista partidária por vários processos e avançar na democracia você teria aí 31 subprefeituras com 50 vereadores cada uma, o que dá 1.500 vereadores cuidando da cidade e você tem aí 60 vereadores na câmara pra (...) dos outros então 1.500 seguramente estaríamos vendo melhor a cidade do que 50 e não estariam competindo com os vereadores, ao contrário, estariam aprofundando a visão dos vereadores no nível local que é o que acontece com os nossos conselhos distritais de saúde porque não há nenhum problema, os conselhos estão funcionando regularmente e o conselho municipal de saúde discutem as questões na própria legislação, cabe ao conselho acompanhar a execução

orçamentária, o planejamento quando eu disse para você a agenda municipal de saúde, ela foi aprovada pelo conselho municipal de saúde, a implantação do programa de saúde da família foi aprovado pelo conselho municipal de saúde, então todas as nossas ações estão submetidas ao conselho municipal de saúde e são aprovadas as vezes pede mais um prazo para avaliar melhor, para ver como é que estão as coisas pede 15 dias de prazo para ler os documentos mas a gente tem tido um relacionamento muito construtivo com todos, sempre há um ou outro conselheiro que não consegue entender o processo, não consegue se localizar muito bem, não consegue perceber que não é função dele cuidar da administração, quem cuida da administração é quem assumiu a administração, o conselho municipal de saúde não vai olhar as férias dos funcionários, ou o cumprimento ou não da jornada de trabalho, eles podem olhar pode até no conselho denunciar coisas, agora ele não vai ter a função gerencial ou gestora, esta é função da administração, alguns conselheiros ainda confundem um pouco esse tipo de papel, agora minoria absoluta.

SILVIA O Município recebe repasse da Secretaria Estadual no sentido de incentivar cada Município de determinadas políticas isso acontece ou não?

D – Em relação ao Estado você já supõe um relacionamento pessoal, político muito bom e uma finalidade financeira muito ruim. Porque? O que ocorreu foi o seguinte: à medida que o Município saiu do SUS nas duas gestões passadas, os recursos que nós recebíamos, que o Município recebia na época da Luiza Erundina deixou de vir para o Município, saiu do curso, na hora que esse recurso deixa de vir para o Município ele vem para o Estado, na hora que o Estado recebe esse recurso ele tem que aplicar esse recurso, não vai ficar com aquilo parado. Então o que ocorreu: esse recurso foi redistribuído entre os hospitais, então os nossos 15 hospitais, no caso hospital do servidor público municipal, os nossos 14 hospitais que recebiam dinheiro do SUS deixaram de receber dinheiro do SUS porque esse dinheiro do SUS foi para o Estado, na hora que esse dinheiro foi para o Estado ele deveria ser redistribuído para outros hospitais, foi para a Santa Casa, Beneficência Portuguesa, foi para o Santa Marcelina, então o dinheiro foi redistribuído e o Estado tem um teto a nossa parcela desse teto foi redistribuída para outros hospitais, como nós voltamos para o SUS, o teto precisa pagar e o Estado não consegue ampliar este teto. Então nós retomamos os hospitais do PAS estamos tocando os hospitais com o nosso dinheiro, não tem teto para que o SUS possa estar passando dinheiro para a gente. Depois de muita briga conseguimos um dinheiro muito pequeno. Se fosse para ficar legal, se nós fossemos recorrer à Justiça nós poderíamos colocar o Estado numa situação delicada porque ele teria que cortar dinheiro da iniciativa privada para bancar o setor público. Pelo SUS, você tem que pagar primeiro o hospital público e depois o hospital privado sem fim lucrativo e depois hospital privado com fins lucrativos. Então o Estado está pagando os hospitais privados sem fins lucrativos antes de pagar os hospitais públicos municipais, então nós teremos o direito de esperar o teto só que nós também não queremos estar fechando a Santa Casa, também não queremos fechar o Hospital Beneficência Portuguesa, não tem nenhum sentido, então nós ficamos num impasse, estamos nesse impasse. Agora depois de um ano de negociação, recebemos até um pouquinho, fizemos um acordo, passaram algum recurso para a gente passa um pouquinho mas é absolutamente muito pouco. Para poder ampliar isso nós fizemos uma

pressão junto ao Estado e Município, junto ao Governo Federal para ampliar o teto, para aumentar este teto de São Paulo para que o Município pudesse receber e só agora depois de 1 ano e oito meses é que nós estamos com a perspectiva de aumentar esse teto e passarmos a receber o recurso federal. Até uma negociação em comum acordo entre o Estado e o Município para pressionar o Governo Federal para que ele ampliasse esse teto, a Prefeita esteve há 15 dias atrás em Brasília exatamente para poder negociar isso com o Ministro da Saúde mostrando dados e tudo e que tínhamos direito de receber a ampliação um pouco do teto. Nós estamos chamando uma gestão compartilhada entre Estado e União nos hospitais no nosso caso é a mesma coisa um co-financiamento chamado aqui, o financiamento do Estado e da União para gerir os hospitais do estado financiamento entre a União e o Município para poder tocar nossos hospitais. Não é nenhuma produção. Não nenhum pagamento por produção é um pagamento de valor global que nós ajuda a gerenciar os hospitais pois hoje eles estão totalmente ligados ao nosso próprio orçamento e o nosso orçamento já, nosso gasto com saúde no Município de São Paulo já está em 15%, 16%, nós colocamos aí mais despesa com inativos isso vai para 17, 18%, então nós já estamos gastando os 15% condicionais que deveriam ser daqui 2 anos que é a média condicional da Lei. Não dá para muito mais, o Município de São Paulo tem 31% na Educação, tem 15% com Saúde, mais do que 15% com Saúde, 13% de juro da dívida, só esses três pagamentos já dá mais de 50% do 16% da receita e aí você tem o que: 42% para todas as outras Secretarias e todas as outras ações, então não há mais margem de ampliação dentro do orçamento. Agora não é justo que nós ficamos tocando aqui 15 hospitais com o dinheiro de um governo só (tesouro municipal), é fundamental que a união e o estado passem a repassar mais recursos para o município mesmo porque quem tem margem para ampliar e investir em saúde é a esfera estadual, a esfera estadual não chegou nos 12% e ela poderia estar necessariamente ampliando também sua margem para se aproximar de 12% e o Município deveria estar recebendo mais recursos da esfera estadual, nós recebemos muito pouco da esfera estadual, nós recebemos um pouco mais da esfera nacional. Se nós pudéssemos ter o recurso federal, estadual para tocar os nossos hospitais, o dinheiro do tesouro poderia estar nos ajudando a ampliar mais o programa de saúde da família que é nossa tarefa principal da assistência básica. Nosso projeto de saúde da família que é atingir 60% da população da cidade de São Paulo, 6 milhões de pessoas cobertas pelo programa de saúde da família em 4 anos isso significa nós termos que estar implantando 1760 equipes da família, 800 esse ano, 700 no ano que vem e mais um quebradinho no outro ano, no último ano, nós não vamos atender essa meta por falta de recursos, neste ano nós não vamos atender 800 equipes talvez chegue em torno de seiscentas equipes porque nós estamos com déficit e esse déficit é um dinheiro federal que não vem para os nossos hospitais. Assim que vier o dinheiro federal para os nossos hospitais nós vamos ter força orçamentária para ampliar o programa de saúde da família que é fundamental para a cidade de São Paulo.

10 - Cacau – Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto

SILVIA - Como se caracteriza a política da Secretaria Municipal e qual o papel desempenhado pela Secretaria dentro dessa política?

CACAU - Bom, em primeiro lugar Rio Preto ele é um município que esta em gestão plena do sistema de saúde desde 1998 em um processo de municipalização que foi feito aqui meio que nas pressas e a gente assumiu a gestão, eu assumi a Secretaria de Saúde com o novo governo a partir de janeiro de 2001, então a gente herdou uma estrutura muito precária do ponto de vista organizacional, do ponto de vista pessoal e com uma série de atribuições de responsabilidades enormes, a gente esta na DIR 22 que é dentro do Estado a maior DIR , 101 municípios que compõe essa DIR e, portanto nos causa uma série de dificuldades pela distancia, pela pouca tradição aqui dessa região na organização do sistema público de saúde por uma tradição da maioria dos municípios, você tem também uma característica aqui da região onde você só tem três municípios em gestão plena, a gente tem algumas sedes, a maioria dessas sedes sub-regiões, caso de Santa Fé, Votuporanga, Fernandópolis, Jales não são gestores plenos do sistema só Rio Preto, Catanduva e Potirendaba e isso de uma certa forma dificulta, sobrecarrega muito o caso do município sede aqui que é São José do Rio Preto até pela maioria dos municípios, a maioria são municípios pequenos ainda tem aquela visão que é muito mais fácil encher uma ambulância ou um ônibus e mandar para cá do que realmente construir um sistema de saúde municipal, agora eu acho fundamental, então nós tratamos nesse um ano e dez meses que esta à frente da Secretaria de tentar um pouco se pactuar o processo de municipalização, desde de estar definindo melhor os fluxos, encaminhamento para cá, definir cotas, exames e consultas especializadas, estabelecer um fórum permanente de discussão com os outros municípios coisa que não existia, então eu vejo que o papel da Secretaria é um papel fundamental daqui no caso do município de Rio Preto pela posição de ser um município sério, de um município pólo, criou se o papel de estar de uma certa forma sendo referencia para os demais municípios da região do ponto de vista do atendimento, mas também a gente é responsável, a gente acha que é responsável por estar também contribuindo na organização e na formação do pessoal daqui da região tanto é que a gente tem trazido aqui para a região uma série de cursos de capacitação de gerente de saúde, agora mesmo a gente esta com, a gente trouxe aqui o convenio com que a gente esta envolvendo outros municípios, sendo o criador não só da assistência, mas também de poder estar fazendo esse papel de formação mesmo de gestores municipais na área da saúde, então eu acho importante, não só a importância de organizar o sistema do ponto de vista da assistência, mas também de colocar o município a serviço da capacitação e da formação de gestores municipais, ou seja, senão tiver esse equilíbrio vai ficar muito difícil à gente tocar.

SILVIA - E como são organizados o atendimento nos níveis primário, secundário e terciário aqui na região?

CACAU - Então a Secretaria Municipal de Saúde ela tem hoje 15 unidades básicas de saúde e tem 7 unidades de programa de saúde da família, além disso, a gente tem um ambulatório de referencia que a gente herdou do processo de municipalização que é o NGA Assistência que quando a gente assumiu nós também descentralizamos esse ambulatório de referencia, hoje a gente dividiu o ambulatório de referencia com as consultas especializadas, a gente montou em um outro lugar para ter hospital dia para fazer cirurgia ambulatorial e fazer diagnósticos por imagens e também descentralizamos um centro de reabilitação que funcionava, porque hoje nós temos basicamente três unidades próprias de referencia além disso nós temos um pronto socorro que é um pronto socorro central municipal, mas nós temos, nós já herdamos dentro dessas 15 unidades básicas de saúde e 7 PSF nós temos 6 unidades que funcionam 24 horas, fora isso a gente tem aqui do ponto de vista do atendimento hospitalar nós não temos nenhum hospital público, todos os prestadores de serviço são privados, dos principais os dois principais são filantrópicos que é a Santa Casa e o Meu Lar além disso nós temos convênios com os outros hospitais, também o Centro Portuguesa e o hospital alfa e você tem o hospital universitário ligado a faculdade de medicina que foi estadualizado, que é o hospital de base que tem a maior capacidade de atendimento, mas esse também é outro problema do município porque não esta sobre a gestão municipal, ele esta sobre a gestão estadual, então basicamente a gente tem esses dois sistemas paralelos, quer dizer, o maior hospital de referencia do ponto de vista da média complexidade e alta é o hospital universitário, ele é o hospital de base, ele esta na gestão estadual e aí na verdade, então no ponto de vista da área física é essa a estrutura que a gente tem além das outras estruturas responsáveis, da vigilância sanitária, controle de zoonoses, vigilância epidemiológica que estava muito secundarizado que também a gente deu, procurou dar uma estruturada nesse processo. Bom, a rede básica de saúde ela funciona hoje desde o ponto de vista de atender a demandas espontâneas como uma demanda gerenciada, são os programas aí já tradicionais na área de saúde publica que são os programas por idade a questão do programa de saúde da criança, da saúde da mulher, programas que são de riscos patologias, hipertensos, diabéticos e também nós fiscalizamos a rede, hoje nós distribuimos a cidade em 4 pólos aonde a gente tem sempre as unidades básicas e uma unidade na Policlínica com maiores estruturas, com maior capacidade do pessoal centralizando em um pólo de saúde desses, dividimos a cidade em 4 regiões, nós também tivemos uma postura em dar mais densidade não só tecnológica para as UBS mas também de capacidade gerencial, a rede não tinha nenhum nível de autonomia gerencial local quando, a gente assumiu e hoje toda unidade tem um gerente local, um pessoal que é responsável pelo planejamento, pela gestão das unidades básicas, isso foi muito importante na melhoria da qualidade de serviço, nós também estamos dentro da lógica de descentralizar algumas especialidades que nós estamos também utilizando na rede e esse é o perfil de profissional que a gente acaba tendo, a maioria dos clínicos são especialistas, então a gente também esta reorganizando o atendimento para que ele além de fazer clinica geral, alguns dos seus horários de atendimento ele possa ser referencia na especialidade dele para esse distrito evitando assim que a população se concentre em uma NGA ou acaba caindo em um hospital escola, nós quando assumimos nós tínhamos dois programas de saúde da família, nós esse ano a gente ampliou para mais cinco, mas a gente tem essa visão também do programa de saúde da família ele é uma estratégia fundamental de mudança no modelo, mas ele tem que estar de uma forma muito referencial, ele pode ter um projeto paralelo, mas ele tem que estar interligado com

a rede, ele tem que estar referenciado nessa Policlínica Regional criando um sistema paralelo com aquele que já existe, as ampliações do PSF elas estão sempre vinculadas há uma visão de distrito em uma visão de referencia com uma unidade de maior capacidade para você também não ficar aí, o PSF ele é uma estratégia importante mas a gente não pode cair nesse simplismo que ele é panacéia para tudo e você acaba na verdade criando um modelo aí paralelo com uma assistência muito simplificada que acaba resolvendo aquelas coisas que se resolvem no sistema mas quando você tem que resolver alguma coisa que depende de tecnologia, que depende de um outro tipo de profissional acaba não ocorrendo é por isso que a gente tem sempre esse cuidado de não deixar que o PSF seja uma coisa paralela mas que seja uma coisa integrada a uma rede, integrada em um distrito, integrada com a Policlínica, então é isso, tem algumas coisas ainda que nós estamos, que avançamos muito pouco, na área de plano de saúde bucal a gente ainda tem um modelo muito, a gente herdou o modelo tradicional de ter um consultório odontológico fixo na unidade e os outros consultórios que estão dentro da escola, por falta de fôlego a gente ainda não conseguiu introduzir esse modelo para trazer também Policlínica, fazer, avançar mais profissionais, mais consultórios, de poder fazer um modelo diferente desse do dentista trabalhar solitário no seu consultório, então estamos tentando mudar esse modelo, outra área que a gente avançou muito pouco ainda é na área de saúde mental, a gente conseguiu montar um centro de apoio psicossocial num bairro e agora estamos inaugurando outro, mas ainda na área de saúde mental através de um serviço de emergência psiquiátrica de um ambulatório de saúde mental que é aquele ambulatório tradicional que vem do Estado e também você tem um hospital psiquiátrico ainda dentro daquela lógica de não ter um hospital dia então é um área também que a gente, até porque como a gente assumiu a Secretaria no primeiro ano enfrentou uma epidemia de dengue, a rede estava toda desestruturada, desabastecida, então nós passamos um ano e meio cuidando das coisas aí mais emergenciais. Então a gente conseguiu estruturar bem melhor a rede, mas essas áreas de estratégias de saúde bucal e saúde mental ainda a gente não fez nenhuma intervenção do ponto de vista de mudar esse modelo que é o que a gente está pretendendo fazer a partir do ano que vem.

SILVIA - E agora assim, falando do município dentro da DIR, dentre essas atividades que você citou como é que vocês se colocam, vocês estão atuando de acordo com a DIR ou vocês procuram uma política própria, até que ponto tem algum tipo de conflito entre as diretrizes estabelecidas pelas DIR e as diretrizes municipais?

CACAU - Então veja bem, nesses dois anos, quer dizer, eu acho assim que essas estruturas que foram montadas pelo Estado do ponto de vista de serem estruturas regionais de gestão e planejamento que eu acho fundamental, porque não adianta você, como eu disse a gente está em uma região com 101 municípios, a grande maioria sem capacidade gerencial, sem capacidade financeira para poder aí onde entra eu acho uma estrutura regional, poderia ser a DIR para fazer esse trabalho mais de coordenação, mesmo porque as coisas não se resolvem só a nível de município e agora a DIR, primeiro que eu acho assim, ela não tem a estrutura dela de pessoal, mesmo a estrutura dela efetiva de planejamento, de estar fomentando esse processo mais de regionalização, de interlocução entre municípios, ela acaba sendo isso, na realidade ficou resquício pela estrutura do Estado em uma divisão muito verticalizada, tem uma visão de saúde

muito na lógica vamos dizer, muito pouco atenta da conta desse trabalho de assistência, o Estado não teve essa tradição de ter essa interrelação com prestador de serviço foi aquela visão mais de programas de ...da questão de excesso de burocratização, o estado ela peca, não só o Estado, o Ministério da saúde também, quando na realidade a gente passa 70% do nosso tempo aqui tendo que cumprir uma agenda que vem de cima para baixo, preencher papel, preencher documentos, mandar relatórios, uma portaria vem hoje, amanhã vem outra portaria reformulando aquela que vem complementar, existe uma agenda não acaba fazendo esse papel que eu acho que é o papel mais mesmo de coordenar o processo regional mesmo.

SILVIA - Isso pela sua experiência pela DIR ?

CACAU - Tanto é que nosso processo de privatização da NOAS que eu acho que seria uma grande oportunidade da gente poder agir, de coordenar esse processo e fazer uma outra pactuação regional, no caso específico da nossa região a gente está super atrasado, se não fosse o município puxar o debate, a gente não teria, porque eles estavam fazendo as coisas lá com os técnicos deles, do jeito deles, respondendo aquilo que vem lá do central para cá e mandando sem nenhum diálogo mais aprofundado com os municípios e aí a gente provocou, a reunião da CIR aqui em via de regra é uma reunião uniforme, vem com uma pauta feita, o fórum sem nenhum debate, aí a gente está procurando agora, não digo que isso é culpa da DIR que as pessoas não tenham disponibilidade de fazer isso, mas é uma prática, uma tradição, uma cultura institucional que vem e ela tem muito pouca agilidade e disponibilidade de ser uma gestão mais horizontalizada, tem essa tradição mesmo mais burocrática de preencher papel do que estar tecnicamente assessorando os municípios para que os municípios de fato, quando a gente dificuldade aqui no entendimento, na municipalização, para treinar gente para a unidade de avaliação e controle, uma série de coisas, então a DIR tem sido uma postura muito assim, uma postura de cobrança, tem uma visão vertical, cobra, mas não uma postura de realmente estar mais próxima dos municípios no sentido de estar, volto a dizer, não é culpa das pessoas, desde que as pessoas queiram fazer isso, elas não têm nem estrutura e nem elas foram capacitadas também para ter esse novo papel de fazer essa amarração regional, embora haja muita boa vontade, a nossa relação existe um diálogo, em partidos diferentes do governo do Estado e a gente aqui no município não tem nenhum preconceito, não é por falta de diálogos, não é isso, a gente aliás assim, a gente tem tido uma relação nesses dois anos muito amigável, de buscar parcerias, de trazer o pessoal da DIR junto com a gente, mas é uma questão que eu acho que é uma estrutura que está, que precisa ser mudada, precisa ser outra lógica, na verdade municipalizou gente que não quis municipalizar tudo lá para dentro e você não renovou o perfil desse profissional, os métodos de trabalho em questão de uma nova realidade aonde o município agora tem que ter autonomia de gestão, mas claro dentro dessa ligação regional, então, mas é claro que isso também gerou muita ciúmeira, muita gente que estava no Estado perdeu um pouco o poder, isso nem sempre é uma coisa muito bem trabalhada, elaborada, então eu acho essas estruturas da DIR elas precisam ser repensadas tanto do ponto de vista o seu papel, qual o papel de fato deles mesmo e que seja capacitada do ponto de vista do pessoal fazer uma reengenharia do ponto de vista da estrutura para que eles sejam de fato esse órgão de

planejamento, de amarração regional e que deixe os municípios, não fique de uma certa forma sobrecarregando o município com coisas que vem de cima para baixo que não leva a nada.

SILVIA - Isso você fala assim, da sua experiência aqui na Dir em outras DIRES?

CACAU - Eu, além de ser Secretario de Saúde eu participo das reuniões do COSEMS Conselho Estadual dos Secretários Municipal de Saúde e isso é uma queixa meio geral.

SILVIA - Porque a gente esta fazendo essa pesquisa em outras regiões do estado e até o momento o que a gente tem observado é que o conflito existe com municípios de grande porte, aí a partir de, por exemplo, na DIR de Santo André que são todos grandes municípios de gestão plena aí a DIRES chega a ter um papel menos importante mas no caso de municípios muito pequeno a situação muda de figura e aqui na Dir de Rio Preto seja diferente.

CACAU - Mas aí a dificuldade é o seguinte, o que acaba acontecendo? Acaba acontecendo que eu o município de Rio Preto na realidade é um município que acaba absorvendo grande parte dessa demanda municipal e dessa demanda desses municípios pequenos, quer dizer, aí a DIR que devia estar de uma certa forma fazendo duas coisas que eu acho essencial: primeiro capacitando os municípios para que de fato eles dentro da sua, do seu contingenciamento, dentro das suas singularidades, das suas fragilidades, mas que de fato eles construíssem o mínimo de rede básica, o mínimo de atenção à saúde e não ficasse nessa lógica de simplesmente demandando coisas para os grandes centros, eu acho que a DIR primeiro, ter um papel importante de capacitar esses municípios, agora também ela não faz isso ela não faz isso porque ela também é uma forma de elas manter esses municípios ligados politicamente a ela, porque fica resolvendo, dando jeitinho, aí tal município, o prefeito pediu, o deputado fulano de tal, então fica essa relação muito de não deixar, de segurar até que esses municípios criem-se, alcem vãos próprios, então esses municípios acabam tendo e aí a DIR, quer dizer, tem essa relação de ficar pegando no pé, segurando, para que esses municípios fiquem numa relação muito grande de dependência, porque assim, seria interessante em uma região de 101 municípios só três municípios em gestão plena, alguma coisa a DIR deixou de fazer para que esses municípios, como eu disse, você vai pegar um município de 5.000, 10.000 habitantes, mas aqui você tem sede regionais, Catanduva, Rio Preto, Jales, Votuporanga, Santa Fé e Fernandópolis, pelo menos esses municípios que são sedes regionais e sub-região deveriam ter gestão plena, então porque a DIR não faz isso? Porque não incentiva essa coisa Porque também é interessante manter esses municípios politicamente ligados a ela, nisso aí eu vejo, a DIR esta deixando de cumprir seu papel e exigir ao mesmo tempo, capacitar esses municípios para que eles assumam dentro do seu nível de complexidade, maior gestão do sistema e fique cada vez nessa dependência, ficando nessa dependência isso facilita o jogo político, aí eu acho que complica, porque aí vira jogo político partidário mesmo de amarração e por outro lado, quer dizer, a DIR também ela deixa de cumprir o papel que é o papel também de fazer, de ajudar com que o município de Rio Preto que acaba sendo a maior referencia, tenha maior capacidade de atendimento, aqui em Rio Preto, por exemplo, se aceitou uma municipalização, se municipalizou em 1998, se municipalizou com o teto muito abaixo do que a média histórica que a gente produzia, a gente

municipalizou em R\$ 500.000 a menos no mês do que a gente produzia que aí de uma certa forma também é um risco o próprio Ministério da Saúde se você pegar a gestão municipal aqui desde 1998 você vai ver, entre aquilo que a gente recebe e aquilo que a gente produz de teto, há uma defasagem, nós estamos produzindo 122% a mais do que o nosso teto que é de R\$ 1.940.000 reais mês e nós produzimos R\$ 2.370.000, nós estamos com um déficit histórico desde a municipalização de 20% a 25% a menos do que a gente deveria receber, quer dizer, quem acaba sendo sobrecarregado por isso é o orçamento do próprio município, hoje a gente esta gastando 19% do orçamento municipal com a saúde, quando na verdade a emenda constitucional diz que a gente deveria gastar até 15%, então nesse processo também de pactuação do município com o Estado a DIR comeu bola, porque na verdade nós estamos diferentemente de outras regiões, você pega a região de Campinas, por exemplo, o município tem um teto maior do que aquilo que ele produz e uma outra série de regiões, só que aqui na nossa região nós municipalizamos com um déficit de R\$ 500.000, na época a gente não estava no governo era outro secretário, mas a DIR não fez o papel que é o papel dela que é de buscar os recursos que ela tem que fazer além disso ela é a gestora do principal hospital regional aqui que é o HB que deveria estar fazendo uma gestão muito próxima com a gente aqui, mas acaba sendo uma gestão totalmente atrapada e também o HB acaba seguindo essa lógica da DIR de fazer, ficar lá recebendo as peruinhas, ambulâncias e os ônibus, principalmente na época de eleição isso aí aumenta, então quando se tem uma DIR como a nossa em que a maioria do município é pequeno, médio e pequeno porte, você tem essa outra dificuldade, dificuldade da DIR também não incentivar com que esses municípios que se capacitem para uma gestão melhor e não só a gestão da função básica, que acaba também não fazendo, então sobrecarrega o município sede.

SILVIA - E assim, falando um pouco da participação, você já me falou da participação popular e tudo mais você já me falou que a CIR não funciona muito, muito assim como um (fórum) de debates de articulações entre os diferentes atores...

CACAU - Mais passar informe e serviços e tarefas cobra prazos, cobra, é muito pouco porque poderia ser um espaço importante de formação dos gestores nos hospitais e um espaço importante de discussão de questões que diz respeito à região na área de saúde, de referência de fluxo, de financiamento e uma serie de coisas, mas a pauta na grande maioria das vezes predomina o informe e passar tarefas e cobrar se cumpriu o prazo se não cumpriu o prazo do que uma reunião de fato de planejamento, de avaliação.

SILVIA - E agora sobre o conselho municipal. O senhor acha que na sua avaliação está funcionando, da participação popular?

CACAU - O conselho aqui está funcionando muito legal, nesse um ano e meio a gente, nós tivemos o processo de eleição onde todas as unidades básicas de saúde nossa tem conselhos locais de saúde, nós ficamos basicamente um ano fazendo assembleias em cada unidade, assembleias, assim, muito participativas, em lugares com 300 a 400 pessoas, então elegemos os conselhos locais, fizemos assembleias ...

SILVIA - Esses conselhos locais são ...

CACAU - São para discutir a unidade, cada UBS tem o seu conselho local, 50% de participação da comunidade e 50% participação dos profissionais que trabalham na unidade e o conselho municipal também, esse ano, pela primeira vez na história dessa secretaria o presidente do conselho foi eleito, não é o secretário, é uma pessoa representante do usuário, mantém suas reuniões basicamente reuniões (ordinárias), toda segunda e quarta do mês, acho que todo mês tem reunião extraordinária, o conselho agora pela primeira vez na história, também no ano passado, nós fizemos uma conferência municipal que participaram 600 pessoas e nos anos passados no máximo, 30, 35 pessoas, que elegiam o conselho ali entre os mesmos teve uma participação de 600 pessoas antes da conferência, nós tivemos pré conferências por setor, teve muitos profissionais e prestadores de serviço, mas o pessoal dos conselhos locais, então nós começamos há 20 dias um processo de capacitação dos conselheiros locais de saúde, a gente tem 230 conselheiros locais de saúde passando por um processo de capacitação, conteúdo, dinâmica ou processos pedagógicos, todo ele foi discutido pelo conselho municipal de saúde, o conselho aqui tem uma ação, nós criamos outros canais, inauguramos uma sede própria para o conselho municipal de saúde, estabelecemos uma linha que é o disque saúde, uma linha direta da população com o conselho municipal, que é do disque saúde, que é um 0800, está na sede do conselho municipal, criamos no conselho municipal uma ouvidoria que não tinha, uma assessoria jurídica, então estamos num processo muito rico, outra coisa assim que eu acho, acho uma das coisas ricas que a gente tem na secretaria é esse processo da participação, do controle social, está caminhando.

SILVIA - Agora sim, falando um pouco sobre os recursos financeiros, ainda a respeito à DIR, eu não sei se ela pode, a secretaria estadual faz repasse para o município?

CACAU - Não. Só faz repasse em espécie, por exemplo, medicamentos na área de saúde mental, medicamentos na linha dos medicamentos (básicos) de saúde e mesmo assim falha, atrasa, tem mês que não chega o medicamento, aí a gente tem que correr atrás é como eu disse, hoje nós temos um orçamento para o município na área de saúde, um repasse de 1.940.000 reais do Ministério da Saúde, quando na verdade hoje no mínimo deveria estar 2.400.000 reais, segundo o próprio Ministério, que a gente espera que isso seja resolvido aí com a NOAS, e mais em torno de 2.300.000 do orçamento próprio do município hoje, o município gastava em 2000, gastava 9, 10%, no ano passado, nós gastamos 18% do orçamento municipal de saúde e esse ano nós já estamos aí em 19%, o prefeito quer me matar e o orçamento do ano que vem, 72.000.000 para a área da saúde, e é um orçamento insuficiente do que a gente estaria pelo nosso planejamento aqui, para poder investir, porque nós herdamos uma rede muito sucateada, estrutura predial nossa muito ruim, reformar, ampliar, construir nem tanto, a gente precisa de 3 regiões na cidade que precisaria estar investindo e construir unidade básica, que a cidade também cresceu e investimentos na área de pessoal, que o pessoal está muito insuficiente para a nossa capacidade, mas é isso, o recurso é insuficiente, é também uma coisa que a gente, não é só de Rio Preto, eu estive conversando com outros secretários de saúde, cada vez mais se repassa atribuições para o município, até se centraliza do ponto de vista gerenciamento, mas os recursos

financeiros ainda são insuficientes, que cada vez mais o município está tendo que arcar com o custeio que deveria ser o custeio do Estado e do município, do Estado e da federação, porque hoje, basicamente quase, isso varia de hospital para hospital, mas 45% do atendimento que a gente da aqui é de pessoas fora do município, uma parcela muito grande, invasão de outras DIRs, invasão de outros Estados, porque Rio Preto é uma cidade fronteira, estamos aqui pertinho de Minas, estamos pertinho de Goiânia, pertinho de Mato Grosso do Sul, é um centro médico tecnológico, é um dos maiores centros de transplante renal, transplante de fígado e cirurgia cardíaca, então essa cidade, a gente acaba atendendo muita demanda de outros Estados, por essa situação, ser uma cidade fronteira, e nós não estamos recebendo por parte do Estado e por parte da Federação nenhum recurso extra em função disso e como eu disse, e municipalizamos aquilo que estava com defasagem séria do ponto de vista financeiro, o que têm nos causado muita apreensão.

SILVIA - O que vocês têm buscado como soluções ...

CACAU - Bom, nos casos de solução a gente tem feito sugestões na Bipartite, na reunião, no estado e agora com a NOAS a gente esta tentando repactuar isso e agora com a próprio reconhecimento do Ministério da Saúde, nós já tivemos no Ministério da Saúde no ano passado contando essa situação, com esse documento oficial do Ministério da Saúde ele mesmo reconhece essa defasagem, a gente esta buscando, nós temos uma agenda como o Ministério para poder resolver esse déficit financeiro, além de tentar mas a gente também tem a certeza de que precisa melhorar a gestão, precisa melhorar o gerenciamento, eliminar desperdício eu acho que o SUS ele tem um sistema de financiamento muito perverso, ele remunera muito bem alta complexidade e da recursos fechados para isso, eu acho que isso é grande, vamos dizer, grande engodo do SUS fala que o município é o gestor, mas ele vem com o dinheiro marcado, você economizar na alta complexidade que é o que todo mundo quer fazer, TRS, transplante, quimioterapia e tudo mais, eu não posso investir em (atenção) básica e continua a atenção básica defasada hoje, o teto da atenção básica congelado, mais 4 anos, não tem nenhum recurso extra, o que vem é uma miséria, só para quem faz PSF eu acho também que é um outro absurdo, se eu quiser fazer PSF, quer dizer, se o Conselho decide que não faço questão básica só através do PSF 15 unidades básicas de saúde, então eu posso fazer tudo o que a atenção básica tem que fazer com outro modelo, não preciso fazer PSF, mas aí o Estado, o Governo Federal vem com essa lorota que só tem recurso extra se fazer PSF, mesmo assim uma equipe PSF custa 20.000 reais e o governo federal me repassa 2.000 reais, então primeiro que a gente tem fazer mesmo uma gestão, uma discussão política não só, eu acho nas estâncias de poder e mudar isso, quer dizer, não da para ter esse modelo que fica eternamente priorizando quem tem lobby, que são os grandes, industria farmacêutica, fornecedores de próteses, os grandes laboratórios, enquanto que a atenção básica e a média complexidade, baixa complexidade é o grande gargalo do SUS, porque ninguém quer fazer, o SUS não remunera e a gente como gestor não tem muita autonomia de economizar, porque eu poderia economizar muito com a alta complexidade, só que eu não posso pegar esse dinheiro e colocar em outra, então o dinheiro é pouco? É pouco. Mas se a gente desse mais liberdade de gerenciar esses recursos, com certeza o impacto, a deficiência, os recursos seriam muito melhor.

SILVIA - Aí você quer dizer liberdade do município?

CACAU - Claro. O município tem que prestar conta, para isso ele tem o conselho e o fundo que ele esta diminuindo mortalidade infantil, que ele esta cumprindo meta, aumentando cobertura, agora a forma como é, e para isso, quer dizer, ele esta com os indicadores de saúde legal, mas agora o cara me amarra dizendo que eu tenho que gastar tanto com a alta complexidade, onde eu sei que eu posso economizar um monte de coisa em alta complexidade, para investir em atenção básica eu vou ter muito mais impacto dos indicadores de saúde, só que o dinheiro vem todo amarrado, então eu acho que o município tem que ser auditado tem que ser cobrado sim, mas tem que ter de fato autonomia gerencial, de poder direcionar os recursos em função de um perfil de morbidade, das prioridades, do quadro sanitário local e como eu disse, ele é perverso do ponto de vista do financiamento, porque ele prioriza a alta complexidade, prioriza porque? Porque lá em cima quem define são os grandes lobbies da industria farmacêutica, da industria de equipamentos, dos grandes grupos médicos que detêm essa tecnologia e aí a atenção básica, a média e a baixa complexidade esta congelada, ninguém quer fazer isso, a gente tem uma puta dificuldade de negociar com o hospital, não tem hospital público, tem que comprar serviços, só que ninguém quer fazer média e baixa complexidade, só quer fazer a alta porque o SUS remunera adequadamente e agora nós estamos com uma primeira experiência, porque nós herdamos aqui contratos com os hospitais de seis anos, isso é um absurdo, quer dizer, como é que você faz um contrato de seis anos, o perfil de morbidade, quem comprou hoje não tem que necessariamente comprar o ano que vem, o perfil de morbidade da população muda, aí hoje nós estamos renovando todos os contratos, fazemos contratos de um ano e cada ano a gente renova, cada contrato desse com o hospital tem um núcleo gestor desse hospital formado por gente do conselho e gente da secretaria e representação do hospital, nós estamos com uma primeira experiência com a Santa Casa de um convenio global, então a gente não esta mais fazendo contratos por procedimento, mas estamos definindo um AIH média para poder equilibrar essa coisa da alta com a média porque senão os caras só querem saber de alta complexidade, se ele quer fazer a alta complexidade ele vai ter que atender a baixa e a média e o jeito da gente resolver isso, a gente esta alimentando essa estratégia do convenio global, de pactuar com convenio global com uma AIH média que possibilite o hospital de fazer procedimentos que o SUS não remunera adequadamente e que é o grande gargalo da população, como é que você vai fazer ultra-som sendo que o SUS paga 7 reais por ultra-som, ninguém quer fazer.

SILVIA - Assim, uma curiosidade. Você vê a possibilidade de se implantar um consórcio nessa região ou não?

CACAU - Isso seria um outro papel da DIR, eu acho que essa experiência do consórcio, pelo menos do que eu conheço de outros lugares ela pode ser interessante, embora a tradição no Brasil disso é muito pouca, primeiro que os municípios são extremamente bairristas, para você fazer um consórcio isso depende da aprovação da câmara, depende de uma série de coisas e na verdade é difícil interromper com essa tradição, você vai fazer um consórcio, por exemplo, nós temos um gargalo aqui que eu disse que é o ultra – som, a gente não consegue comprar o ultra –

som porque o SUS paga pouco, então a gente teria que, poderíamos fazer um consórcio para comprar equipamentos de ultra-som, pagar profissional para fazer isso, aí a dificuldade, o cara quer que seja na cidade dele, enfim então a gente tem muito pouca tradição, mas se a DIR também puxasse essa discussão a gente já tentou, nós estamos ensaiando aqui fazer um consórcio para tentar solucionar essas coisas que são gargalos, ultra-som, consulta de dermatologista, de neurologia, de ortopedia, então não dá, porque tem um outro problema, quer dizer, a gente herdou esses profissionais do Estado e da federação, quando aposenta, é o município que tem que contratar outro com o seu próprio orçamento, o governo federal não te repassa o recurso para esses profissionais que vão se aposentando, cada vez mais vai te sobrecarregando o município e talvez o consórcio poderia ser uma solução para isso

11 - JOSÉ SILVA GUEDES - SECRETARIO ESTADUAL DA SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO

T – A primeira questão então seria relativa a política de saúde da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo nesse contexto de municipalização, qual seria a política de saúde em termos mais gerais e qual o papel da Secretaria Estadual de Saúde nesta política que é a política do SUS em termos mais gerais?

J – Veja. Qual é a política? É de acelerar, garantir a implantação do sistema único de saúde, acho que esta é a síntese do que você pode, então, que passos você dá que atitudes práticas que você tem para viabilizar isso, talvez, não sei se é esse o contexto que te interessa, então, por exemplo, em 1994 quando a gente ia começar o governo a gente tinha dois problemas, um deles era a necessidade de um ajuste financeiro, tinha feito uma crise financeira brutal no Estado e a perspectiva é até que no primeiro mês do exercício de 1995 não houvesse dinheiro em caixa para pagar a folha do funcionalismo como se paga todo mês por volta do quinto dia útil, então ela foi dividida em quatro, cinco parcelas para poder ser contemplada, então isso era uma das coisas, outra coisa é que a Secretaria depois de 1990 quando você teve a lei orgânica da saúde, ela ainda não tinha sofrido nenhuma alteração da sua organização para responder a um processo de implantação do SUS e o que a gente queria dizer com isso? Nós ainda tínhamos em dezembro de 1994, 65 escritórios regionais de saúde e nós já naquele momento tirando a capital e mais dois municípios, em todos os outros você já tinha passado a rede básica para a gerência dos municípios, então a secretaria, no interior só tinha um centro de saúde em Guararema, tinha um outro em Santa.....alguma coisa assim, então na grande maioria você não gerenciava nada nos municípios, você tinha alguns ambulatórios especializados, gerenciava alguns laboratórios, então nós não precisávamos em nossa avaliação de 65 escritórios regionais de saúde que existiam quando a gente tinha um braço administrativo em cada município, então naquele momento a gente organizou 24 direções regionais de saúde porque nós já tínhamos em mente, nós já tínhamos uma prática de municipalização que iria ser incrementada, no sentido de que os municípios

fossem cada vez mais assumindo uma gestão mais completa das ações de saúde, um outro exemplo disso, naquele momento na mudança que a gente fez no início de 1995, nós deixamos a capital, embora com dez milhões de habitantes, com uma única direção regional de saúde e a idéia era que a gente embora tivesse dividido a capital em cinco núcleos administrativos, ela teria uma unidade de informações para quando a gente procedesse à municipalização a gente realmente tivesse um único ente se relacionando com o município e não diversas regionais se relacionando com o município em um processo de regionalização, então isso ao mesmo tempo contemplava duas coisas, uma delas, caminhar, sinalizar que você não era mais administrador de rede básica e tal e que você podia ter uma estrutura mais enxuta e ao mesmo tempo que essa estrutura podia ser mais enxuta, nós íamos economizar recursos, então quando você sai de 65 escritórios regionais para 24 direções regionais, você economiza 800 cargos de confiança e isso dentro de um enxugamento importante.

T – Os critérios é uma das minhas questões mais adiante, mas já vou aproveitar para colocar. Os critérios utilizados para o estabelecimento dessas DIRES, que são 24 DIRES, quais foram os critérios e o senhor colocou que eles, as DIRES responderiam mais adequadamente a municipalização, então qual seria esse papel da DIR em relação ao papel do ERSA, o diferencial?

J - Na realidade a gente tentou somar ersas e tentar estabelecer uma regionalização com alguma congruência com alguma racionalidade em termos de fluxos, então você tinha interesses em manter uma certa, o problema da comunicação entre os municípios, para a DIR poder circular pelos seus municípios, o problema da referencia de clientela de um município para um núcleo mais central da DIR e tal, tudo isso era pensado,alguma racionalidade no sistema de transporte até que você tenha de comunicação e volume disso aí você tentou somar os Ersas que você tinha na área geográfica, você falou outra coisa...

T – Não ficou muito claro para mim em que medida as DIRES avançam em relação as ERSAS como o senhor colocou para responder, mas adequadamente o processo de municipalização.

J – Não estou dizendo que eu, o processo de municipalização não é empurrado ou desempurrado por você ter uma DIR desse ou daquele jeito, você tem uma decisão da Secretaria de que você vai estimular os municípios de uma forma crescente a assumirem e cuidar da sua população, daí se você trabalha com ersas ou se você trabalha com DIR é a mesma coisa, você estaria dando uma diretriz para a DIR ou a ERSAS de que nós queremos avançar a municipalização, então você vai encontrar alguns estados brasileiros onde você tem um município em gestão plena, porque você vai encontrar São Paulo, pelo menos até agora se eu não me engano, 161 municípios em gestão plena, isso dependeu não é do fato de ter DIR ou ter ERSAS, mas depender do trabalho, da linha da Secretaria de estimular que os municípios se estruturassem da DIR apoiar o município para se preparar, tentar capacitar os municípios para isso, veja, uma

outra coisa que mostra, que trabalha nessa direção é o trabalho da Secretaria no sentido de capacitar os gestores municipais, então como isso é feito? Isso é feito envolvendo tal conselho de secretários municipais, envolvendo inicialmente a faculdade de saúde pública e a própria Secretaria para criar logo no início de 1995 um curso de gestores municipais, para que eles entendessem o que é umo que é a tarefa de um município tem que fazer e eram cursos de 80 horas que a gente deu para os gestores municipais e cerca de 400 gestores fizeram um curso naquele primeiro momento, então a rigor o que a gente traçou como competência da DIR, ela ta fazendo planejamento, ela ta fazendo avaliação, o controle, auditoria, tem uma área de administração, uma área de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica, uma interlocução na área de saúde bucal, saúde mental, AIDS, por exemplo, é uma outra área, onde no geral você tem sempre interlocução, então a rigor a tarefa da regional é apoiar os municípios a irem assumindo o seu papel de organizar rede básica, de dividir essa rede básica, capacitar esse pessoal, veja, quando a gente começou a implantar a assistência farmacêutica, foi que se implantou um programa que recebeu o nome de dose certa, a gente não trabalhou a coisa por DIR, o processo a gente trabalhou as DORES todas pegando municípios até um determinado tamanho de população, a gente começou com municípios que tinha menos de 30.000 habitantes, até 30.000 habitantes, porque? Porque a gente tinha dinheiro para fornecer medicamentos de graça, talvez para esses era uma população de cinco milhões de habitantes aque estava retomando a sua capacidade de produção, podia produzir este quantitativo com segurança, então você selecionou naquele momento inicial 38 produtos que aproduzia que garantia para essa gente, então você partiu para pegar em cada DIR os municípios com essa população e montar o sistema de treinamento, então se criou um seminário de implantações.....farmacêuticos, durava 2 dias eu acho, você reunia os prefeitos, secretários, depois tinha o treinamento onde você discutia como você armazena o medicamento, como é que se vê prazo de validade, como é que você trata determinados grupos de patologias, então entrava o problema respiratório, as diarreias, desidratação, hipertensão, diabetes e não sei o que, então era um outro momento onde a DIR pelo seu farmacêutico atuava junto aos municípios no sentido de capacitar para, os farmacêuticos que não fosse uma distribuição simples de medicamento, mas fosse alguma coisa tecnicamente controlada para estar garantindo qualidade, então era uma outra, e isso explica um pouco como é que a DIR estava atuando junto aos municípios.

T – A relação entre as secretarias municipais e as DORES, seria um exemplo disso, que de maneira geral é harmônica ou existem conflitos, porque o município é...

J – Acho que de maneira geral ela se da bem, quando você discute com os municípios, umas das brincadeiras que a gente faz com eles de vez em quando, é que eles discutem muito o nosso teto, o nosso dinheiro e o nosso não sei o que, aí a gente diz “olha gente, também existe alguma coisa técnica, também existe uma coisa de cobertura vacinal, conhecer como é que é a mortalidade infantil de cada um, como é que estão trabalhando, não é tudo apenas saber se o teto para contratar serviços é adequado ou não é adequado, mas eu acho que o trabalho é muito bom, especialmente, a gente fez muito sucesso quando a DIR começou a trabalhar tecnicamente com o município, quando você faz uma reunião da Comissão intergestores regional e você vai

discutir os fluxos e não sei o que, freqüentemente você fica muito preso ao problema da distribuição de recursos financeiros, agora quando você parte para o município para mostrar “olha você vai ter essa lista de medicamentos, como é que ele vai ser usado, que cuidado você tem, que farmacêutico vai usar isso”, quer dizer, você entra em uma outra linha onde você faz um trabalho técnico de apoio, isso eu acho que é muito mais tranquilo para produzir.

T – Aí em relação a CIR e a CIB, elas poderiam ser consideradas uma inovação bem sucedida pensando em um espaço para ter um integração vertical entre os diferentes níveis de (federação) no caso município e Estado? Porque uma das críticas que se faz ao modelo federativo brasileiro é que não existem instancias intermediárias, por exemplo, como na Alemanha, supra municipais e intra-estaduais, no caso o Sr. consideraria que estas instancias funcionam efetivamente como uma mesa de negociação, poderia até ser uma experiência, poderia ser extrapolada da área da saúde para outras áreas para tentar criar espaços...

J – Acho que funciona como mesa de negociação, mas não exatamente a (CIB) que se reúne uma vez por mês e que põe sete pessoas de um lado, sete pessoas de outro lado para ver esse tipo de coisa, se você não tiver uma câmara técnica como foi criada posteriormente que trabalha os assuntos, se você não tiver grupo técnico de Estado e município batalhando, amadurecendo as coisas, não é essa reunião mensal da (CIB) que você resolve coisas, você em geral leva para a reunião da (CIB) um assunto que já foi amadurecido, tem um consenso para você bater o martelo para dizer “gente, é isso mesmo, ta tudo certo?”, então na realidade você tem que ter um trabalho extra comissão, quer dizer, um braço desta comissão, que são comissões técnicas, câmaras técnicas que o pessoal tem chamado para aprofundar o assunto, na realidade a gente tem uma deficiência muito séria que a NOAS começou a se propor a corrigir, mas ainda, acho que não chega exatamente em um ponto, é o problema da regionalização. Porque na realidade, nos primeiros momentos quando se processou municipalização, destinação de recursos dos municípios, os municípios assumindo a gestão chamada de início sem perda da saúde na realidade naquele momento o que a gente fez foi dar um poder para o município sobre uma certa quantidade de dinheiro com compromissos de assistências a outros municípios muitas vezes não claramente explicitados, não documentalmente explicitados, isso fez com que muitas situações o município começasse praticamente a negar assistência aos municípios vizinhos, então a grande crítica que a gente vem fazendo desde o começo é que para o processo de regionalização a gente ainda esta mal armado, então quando você faz agora a NOAS e você estabelece pólos e municípios que vão requerir clientela, se espera que daqui para a frente a gente vai ter uma pactuação (escrita) dos compromissos da garantia de assistência a população, então na realidade essa regionalização ela é fundamental se você quiser garantir (equidade) e essa (equidade) alguma coisa que até hoje ou o Estado tenta fazer ou as nossas DARES assumem a batalha dessa (equidade) ou o município menor fica realmente menos contemplado no conjunto da assistência, eu acho que essa é uma das nossas fases do processo, a gente levou uma idéia de municipalização no sentido de independência, de respeito ao município, mas a gente (desrespeita) os outros municípios.

T – Que não tem capacidade...

J – Que não puderam assumir a gestão plena.

T – Perfeito. Esse é um dos pontos do nosso projeto justamente, como trabalhar essa questão da equidade, a questão das diferenças intra-estaduais e....

T – O senhor estava falando sobre a NOAS, sobre os avanços da NOAS na questão da regionalização.

J – Então, tem uma discussão nossa muito séria com o Ministério e a NOAS não contemplou as coisas como a gente gostaria inclusive, eu acho que quando você identifica hoje o município, hoje o município esta em gestão plena, ele tem recursos alocados a ele, no fundo diretamente para contratar serviços para a sua própria população e para população de municípios vizinhos que vão utilizá-los, então uma das discussões na NOAS é que, por exemplo, tem um município em gestão plena e ele vai continuar recebendo recursos, só que na nossa avaliação, ele deveria receber recursos para sua população, o município não deveria estar recebendo recursos para gastar com vizinhos, que deveria ter um fundo para estar fazendo essa alocação para equidade não sei o que, teria que ser de uma direção regional de saúde que passaria ter um instrumento financeiro para discutir com os municípios e dizer esse é tanto, esse é tal, esse doente pode vim para cá porque aqui tem um recurso para custear isso, porque nenhum prefeito foi eleito para cuidar da população do município vizinho ta certo? Então na realidade se diz não, ou estabelece um fundo onde você tem dinheiro para o próprio município e dinheiro para gastar com os outros e os outros vão fazer um acordo de garantia de acesso e isso não é muito adequado à gente acha.

T – A secretaria Estadual de Saúde fica relativamente excluída desse processo? Sem ter esse recurso indo diretamente para o município tanto para o senhor quanto....

J – Sim. Então na realidade você vai gerir, fazer a gestão de um recurso que é destinado aos municípios que não estão em gestão plena, então tem prestadoras de serviços em varias cidades que não estão em gestão plena e esse recurso vai ser gerenciado pela nossa direção regional, mas eu acho isso uma perda dentro da formulação da NOAS, ela começou com uma idéia e na realidade caminhou concentrando um recurso na mão do município que eu acho que pode ser complicado daí para frente.

T – E no caso o mecanismo de consórcios o senhor acha que não resolveria esse problema?

J – Olha, os consórcios são coisas que acontecem e dão certo quando os municípios querem resolver algum problema, quando alguém propõe para os municípios, faça um consórcio para resolver essas coisas, veja, o consórcio implica em uma lei em cada uma das câmaras municipais para fazer aquilo, é preciso que haja um acordo disso e na realidade não é disso que se trata, porque eu estou falando é que você põe o recurso em um município que vai ser usado para pessoas, cliente de outros municípios, então isso não da consórcio, isso é um dinheiro na mão de um município com poder de gastar e reservando espaço então o que o Ministério tentou garantir,

eu acho que é bobagem, que é chamada comando único, é um comando único onde um prestador só vai ser contratado por um município, quer dizer, bobagem, o município contrata digamos lá, 70% da capacidade de um determinado hospital e a direção regional de saúde assumi o contrato com esse hospital parta os outros 30% restantes que vão ser destinados a um município como um todo, então esses municípios tem uma relação com o estado que não tem interesses outros aqui em jogo nesse momento, ele não tem interesse em fazer economia e deixar economias entende? E na realidade você ta fazendo um município assumir uma preocupação, um cuidado com a saúde de gente de outro município.

T – Que seria o papel da Secretaria...

J – O Estado poderia estar fazendo isso com vantagem, com certeza.

T – Quer dizer que não esta tão claro nesse momento no SUS, não sei se já esteve mais claro o papel das secretarias estaduais de saúde?

J – Ta claro, eu acho que esta muito claro, eu acho que o Ministério acha que isto esta claro, não é não claro isso daqui, só que o Ministério atribui um papel aos municípios que eu acho que não esta correto de um município ter uma reserva de recursos para atender a população de um outro município, eu acho que era mais lógico você colocar um outro ente que é entre aspas...entre os municípios para estar fazendo isso.

T – Voltando um pouquinho em relação a NOAS. Essa estrutura de diretorias regionais de saúde ela seria mantida? Ela esta adequada a essa estrutura?

J – Sim. Veja, uma coisa que se fala é estrutura da DIR, que ela tem os técnicos, que ela tem diferentes assuntos que ela trata e uma outra coisa é o problema da abrangência geográfica de cada uma de suas direções regionais ta certo?

T – Que eventualmente vai ter que ser adequada...

J – Você de repente tem alguma coisa no município no pólo e de uma DIR para a outra precisa ser equacionada, mas aí não existe em nenhum lugar do mundo uma divisão regional perfeita, uma divisão regional é sempre uma coisa arbitrária que você faz seguindo alguns critérios e a realidade, na realidade vai mostrar que sempre tem um município que acha que teria mais vantagens de estar se referindo a uma DIR e não a outra e ao longo desses anos, desses quase 8 anos, vários municípios criaram proposta de mudar de DIR e isso foi aceito, até porque ao longo do tempo o equipamento que esta disponível no território, ele muda, então de repente aumenta a concentração de equipamentos de uma determinada cidade e isso facilita um fluxo diferente do que foi inicialmente previsto ta certo? Então de repente você pega uma DIR toda desenhadinha e alguém vai lá e agora pusemos um chifre na DIR, tem dois municípios que estão colocados lá em cima porque? Porque nenhum outro município aqui instalou mais um serviço.

T – No caso da experiência no Estado de São Paulo você estava colocando no início os principais avanços, esse ajuste fiscal financeiro que foi feito e o próprio redesenho da estrutura regional. O senhor gostaria de acrescentar mais alguma coisa em relação aos principais avanços nos últimos anos.

J – Veja, na realidade você avançou nesse tempo todo no sentido de ter uma equipe a nível regional que esta cada vez mais capacitada a cuidar das diferentes vertentes que você tem no SUS, uma das coisas que consome um tempo muito grande da direção regional de saúde é toda a contratação de serviços, todos os contratos que você faz, a auditoria, controle e avaliação, agora, tem toda uma vertente no sentido da vigilância epidemiológica, da vigilância sanitária, do combate às doenças infecciosas, o problema da vacinação, mexer com o meio ambiente e tudo mais, são outras tantas vertentes, por exemplo, a área da saúde bucal onde você vai ter também um trabalho grande de capacitação, então na realidade ao longo desse tempo você foi capacitando as DARES a cuidarem cada vez melhor dessas diferentes facetas que tem o SUS, porque no começo dos tempos você não tinha uma equipe capaz de mexer com epidemiologia, com meio ambiente, com contratação de serviços, com controle, só com o tempo que isso se monta.

T – Isso gera algum tipo de conflito, por exemplo, com uma DIR mais capacitada, mais preparada e o município também mais autônomo, mais empoderado como o pessoal fala, com mais poder, mais autonomia, mais reforços?

J – O problema que você tem, você coloca o plano de preparo das equipes que estão nas DARES e que estão nos municípios ta certo? Ao longo do tempo com o processo de municipalização uma grande quantidade de pessoas que trabalharam na secretaria estadual foram trabalhar nos municípios, então de repente os municípios em algumas situações remunera melhor um grupo de pessoas que estavam antes no Estado, então você tem que estar correndo o tempo inteiro no sentido de manter equipes adequadamente treinadas...

T – Existe um intercâmbio.

J – Não. Não vamos dizer que é um intercâmbio e nem que é um conflito....natureza de um processo onde os municípios implantaram serviços, eles geralmente vão buscar pessoas que já estão prontas para tocar aquele serviço, isso é natural, isso é o que vai dar mais velocidade e tudo mais, então com frequência essas pessoas eram oriundas da estrutura do Estado, como o Estado enxugou a sua estrutura, uma parte desse pessoal vai trabalhar nos municípios sem que você tenha entre aspas grande prejuízo para a estrutura do Estado, mas ao longo do tempo você tem municípios reunindo um grupo técnico com uma capacitação às vezes aparentemente maior do que a regional que esta cuidando deles.

T – E aí não há problema? A regional...

J – Aí você tem é que capacitar a sua regional, você tem que cada vez mais, por isso que você tem uma coordenação não é isso? Que vai tentando ver como é que ela melhora o gabarito técnico de todas as nossas regionais.

T – E em termos de desafios. Quais seriam os pontos que ainda demandam maior cuidado no caso do Estado de São Paulo? Quais os desafios para os próximos anos?

J – Na realidade uma coisa é uma das tarefas difíceis é você manter equipes técnicas sempre bem preparadas em todas as regionais, isso é uma coisa que é difícil, você não paga uma maravilha, a gente cria prêmios de incentivos diferenciados, cria alguma coisa no sentido de você esta retendo uma equipe de trabalho, então um desafio é como manter grupos capacitados, como manter essas equipes ao longo do tempo, outro problema sério, não sei se você esta tocando nisso é todo o problema de investimentos, porque você consegue ter uma rede básica para atender essa população hoje muito mais ampla do que ela foi no passado, em geral ela esta mais equipada e etc e tal, mas ela não é exatamente tão resolutiva quanto à gente gostaria que fosse, você tem que tentar trabalhar junto aos municípios para ver se melhora essa resolutividade delas e uma das coisas que a gente fez e ajudou nisso, por exemplo, é um programa de assistência farmacêutica garantindo com regularidade uma linha padronizada de medicamentos, porque senão não adianta você estar oferecendo consulta médica se essa população não tem acesso aos medicamentos, outra coisa séria para a gente é investimento no sentido de atendimento especializado, no sentido do atendimento hospitalar especializado que nós consideramos isso tarefa do Estado estar ou diferenciando hospitais próprios do Estado com uma tarefa regional mais especializada ou o Estado construindo hospitais novos eventualmente e identificando hospitais filantrópicos, verificando Santas Casas que tenham um potencial, que tenham característica de assumir um papel regional e então o Estado entra, financia, equipa e trata de capacitar essas unidades para que elas dêem em um suporte regional, já que nós não estamos mais na assistência básica da população, nós temos que garantir essa assistência especializada, essa hierarquização e daí ter um programa grande de investimentos principalmente na área de urgência e emergência, na área da oncologia, na área da terapêutica renal substitutiva onde há um investimento grande do Estado diversificando isso, uma outra coisa é o problema de como o pessoa chama hoje de regulação médica, quer dizer, como é que se harmoniza os fluxos de referencia, de toda a referencia nos municípios para as cidades sede ou para pólo onde exista essa capacitação e esse é um trabalho que depende de conhecimento técnico, depende de liderança da direção regional junto com os municípios e com os prestadores de serviço para estabelecer isso, se você pegar hoje uma regional, por exemplo, como Ribeirão Preto, dos 25 municípios da região, hoje a clientela vai em direção a cidade de Ribeirão, quer por Hospitais Filantrópicos, quer o Hospital Universitário que esta lá para atendimento especializado, ela sai com hora marcada, com local marcado, então aquela clássica ambulância terapia de ir pegar um cliente em outra cidade e jogar na porta de um hospital, esta coisa começa a acabar, quando você trabalha aqui, por exemplo, assistência ao parto, quando você trabalha urgência e emergência, quando você trabalha saúde bucal ou atendimento oncológico, isto é uma coisa extremamente importante, então na área da saúde dental hoje, não se interna um cliente em um hospital privado se ele não passou antes por um serviço publico de atendimento, então

aquela internação exagerada que se fazia em saúde mental isso deixou de existir, porque você tem sempre um serviço público, tem uma regional que é consultada para dizer onde existe vaga para internar um determinado doente, e é uma coisa para você estar garantindo, UTI, queimados e etc e tal, então essa regulação médica é um desafio importante que cabe ao estado assumir e que eu acho que, bem é heterogêneo um grau de desenvolvimento e ele é crescente.

T – Então a gente entraria em uma segunda parte, acho que questões mais relacionadas à regionalização, estruturação já estão bem colocadas que seria em relação a uma das mudanças do papel das secretarias estaduais que seria justamente essa de ficar com um papel mais regulador e deixar um pouco a prestação direta dos serviços, então no caso de São Paulo, a gente sabe que é um dos estados que avançou aí na questão da parceria com organizações do terceiro setor com as organizações sociais. Então como seria esse processo no estado de São Paulo? Realmente essa delegação da prestação de serviços ou parceria como esta sendo chamado representa um avanço em relação à provisão direta pelo Estado?

J – Precisa pegar assim, uma coisa é planejamento, intenção, outra coisa são circunstâncias que propiciam acontecer ta certo? Então o time que esta na Secretaria hoje, parte do pessoal que esta na Secretaria conhece assistências por entidades filantrópicas. Há muito tempo o grupo valoriza muito o trabalho feito por essas entidades, tanto que a gente considera que a rede filantrópica que cobre o SUS, que da retaguarda hospitalar para o SUS, na realidade a gente chama de uma rede pública não estatal, já que ela atende sobre os critérios que permite a totalidade da população de recorrer a aquele serviço, bom, essa é uma coisa, é uma crença, conhecimento de como isso funciona, outra coisa foi uma circunstancia de a gente ter encontrado em um numero muito grande de construções inacabadas e teríamos chances de entregar em um prazo curto, uma quantidade muito grande de hospitais, muito grande para as tradições de governos de entregar os hospitais, então de repente nós tínhamos chances de durante o prazo de governo entregarmos 15 hospitais, isso da mais de 3.500 leitos novos, uma outra circunstancia nesse momento era a lei (Camata) que limitava quanto dos recursos do orçamento você poderia usar para pagamento de recursos humanos e o Estado estava no limite superior do que ele podia estar gastando e abrir 15 hospitais significa contratar cerca de 15.000 pessoas de uma secretaria que já tinha 80.000 pessoas e em alguns momentos chegava a discutir a necessidade de enxugar a máquina do Estado, já que com o processo de municipalização inclusive a secretaria ficou inchada em alguns de seus componentes, bom, então surgiu a perspectiva concreta de que a gente teria hospitais prontos para serem entregue a população e isso era uma situação excelente para que a gente pudesse testar o modelo que vinha sendo (pensado), você tinha uma lei do Estado, nós tínhamos o código de saúde e nesse código de saúde um dos artigos vedava que serviços públicos pudessem ser gerenciados por entidades privadas, nossa intenção era em relação à lei que estava para ser homologada era que a gente mudasse esta relação que a gente dissesse, não pode ser gerenciado por entidades privadas, lucrativas ou coisa assim, deixando uma brecha para que entidades filantrópicas pudessem fazer esse papel, mas isso não tinha brecha no momento como aquele que o código estava sendo aprovado, então se aprovou uma lei no ano de 1998 que fazia uma exceção em relação a chamadas organizações sociais que vão poder dirigir os hospitais novos esta lei não se aplica, então a gente teve chance de estar identificando entidades

filantrópicas que existe a mais de 5 anos, que tem equipamento próprio de saúde, que, portanto nós poderíamos avaliar como é o desempenho dessas entidades, qual é o grau de compromisso que eles têm com clientela e população etc e tal e indicar dentre essas entidades aquelas que dirigiam os hospitais, então a gente começou desenvolvendo para isso um instrumento de relação entre o Estado e uma entidade filantrópica, esse instrumento era um contrato de gestão diferente do contrato habitual que a gente tinha no SUS quando a gente contratava tantos leitos de hospital etc e tal, então na realidade a gente passou de um contrato que detalhava que resultados de saúde, assistência de saúde a gente queria obter, quantas internações em clínica, quantas de cirurgia que era uma taxa de mortalidade no máximo tanto, taxa de infecção hospitalar deve haver uma avaliação mensal pelos usuários avaliando os cuidados médicos, de enfermagem, comida, limpeza e não sei mais o que, então se criou um contrato de gestão que é detalhado e que permite a gente cobrar mensalmente se esta sendo cumprido aquilo que nós encomendamos, então a rigor a gente separou duas coisas basicamente, de uma coisa é a função de prestação de serviço e outra coisa função de contratação de serviço para servir a população, então de início era um grupo do gabinete do secretário que tomava conta disso quando você tinha um, dois, três, quatro hospitais e no final a gente criou uma coordenação, uma coordenadoria que, chamada coordenadoria de contratação de serviços que se especializou em propor um contrato de gestão, avaliar esse contrato de gestão, então foi evolução desse contrato dessa avaliação, isso já tem, foi implantado em 1998, já vai para quase 5 anos, a gente conseguiu um aprimoramento do contrato de gestão que nos permite inclusive ter um orçamento mais correto, mas ajustado a aquilo que a gente quer, então esta sendo um experiência muito boa, então como é que funciona a entidade parceira do Estado? Ela recebe um recurso que é destinado ela a prestar um serviço que esta medido, que esta encomendado, ela contrata pessoal, ela contrata exames, ela contrata serviços, ela que contrata tudo que é necessário para prestar o serviço à população e o Estado tem uma comissão que analisa cada um dos hospitais, existe uma comissão com elementos da assembléia, com elementos do Conselho Estadual de Saúde mais gente indicada pela Secretaria que acompanha como é que esse processo corre, então a gente consegue ter um rendimento maior do que nos hospitais da administração direta a gente consegue ter um orçamento parecido, mas tem um rendimento maior que nos permite mostrar uma economia, não é a economia que a gente buscava. Ele esta tentando buscar a eficiência, e eficiência que para o hospital da administração direta, uma das coisas difíceis para ele é, por exemplo, a administração do recurso humano, então de repente eu tenho alguém, uma equipe que se desliga do hospital no meio da semana e essa equipe tinha um plantão.....eu tenho que buscar rapidamente alguém que vai ser substituto naquele momento e se eu não tiver gente concursada esperando para ser chamada, eu faço um concurso, quer dizer, a gente leva muito tempo para substituir pessoal no Estado e tal, uma organização social dessas não tem nenhum problema, ela busca alguém que tenha o perfil necessário, paga, substitui, ela não depende de prazos, de concurso e nada disso, freqüentemente ela compra mais barato, porque o fato de fazer licitação com todas as regras não garante para a gente que vá comprar mais barato, quer dizer, na medida que o Estado te obriga a ter toda a transparência e toda a lisura quando eles vão para uma licitação, quem vai vender para o Estado tem toda a liberdade de fazer todos os cartéis etc, etc e tal, uma das coisas que você faz de vez em quando é anular uma licitação porque você acha que os preços não estão de acordo e você sempre corre o risco de ficar estrangulado nos

prazos que você tem para estar fazendo as coisas, então eu acho que essa hoje sem dúvida, eu acho que é a maior experiência que a gente tem e que existe, eu acho dos vários países em tamanho da experiência, ou seja, nós estamos apresentando esse tipo de experiência no começo desse ano na Espanha no encontro de consultores de saúde, consultores do Banco Mundial, do BID e não sei mais quem e tal que anualmente fazem um encontro para ver inovações em administração de saúde e nenhum país tem uma experiência de ter tantos hospitais...

T – Málaga? Me conte.

J – Exato, então você encontra na Espanha experiência de alguns hospitais, em Portugal e em alguns outros países mais a oportunidade de ter uma quantidade de hospitais como essa que nós temos seguido de agora quase cinco anos, ela realmente tem muita pouca gente capaz de ter feito esse mesmo tipo de, na nossa avaliação isso caminha bem, agora uma das coisas que eu acho, uma das coisas que nos ajuda nisso é que embora seja uma experiência numericamente, aparentemente grande, quase 4.000 leitos, são 15 hospitais, a rigor nós estamos falando de um Estado com 37.000.000 de habitantes, falando de centenas de hospitais, falamos de uma quantidade de entidades filantrópicas que da para dentre elas ser capaz de selecionar e te dar em , então umas das coisas que fazia parte das intenções do Governo, que ao mesmo tempo que você.....esse parceiro pudesse estar também fazendo ensino na área da saúde, então quando você vê as entidades que estão administrando hospitais, você vai encontrar Santa Marcelina que é uma entidade que tem uma enorme experiência o maior hospital privado que a gente tem na zona leste e que assumiu um hospital em Itaim e posteriormente um hospital e Itaquaquecetuba, fica a 4km um do outro, depois a gente trabalhou com Sanatórinhos, uma entidade que tem mais de 80 anos de tradição em assistência e que assumiu um hospital em Carapicuíba e depois um hospital em Itapevi, Congregação de Santa Catarina um hospital aí da paulista, mas o hospital da paulista não é a experiência filantrópica dessa entidade, essa entidade tem uma rede de hospitais no rio e em outros estados, por exemplo, o hospital Santa Catarina do Estado de São Paulo é um dos hospitais que arrecada dinheiro para a rede filantrópica que eles dirigem e eles gostariam de ter em São Paulo uma cara filantrópica também além daquela, tanto que eles são uma das coisas que vocês sabem, além disso, mas é que os hospitais novos atendem 100% SUS, eles não recebem nenhum outro recurso de convênios ou qualquer outra,.....Estado, eles apresentam fatura para o SUS e no primeiro momento a gente pegava a fatura do SUS e completava com o dinheiro do Tesouro, mas de um ano a gente prefere transferir para eles o dinheiro do tesouro e o dinheiro que eles arrecadam ou faturam para o SUS, vem para o fundo estadual de saúde ta certo? Então não vai direto ao hospital, o hospital da mesma forma 100% financiado pelo Estado, só que o que ele produz de receita vai para o fundo estadual, então, por exemplo, no caso do Santa Catarina, então eles assumiram uma cara que é filantrópica, que é de um hospital que atende 100% SUS e que é um hospital de....., a Santa Casa de São Paulo é um hospital de enorme tradição, mas que tem uma faculdade de medicina, a Faculdade de Medicina de Santo Amaro que tinha um hospital pequeno para fazer ensino e que passou a ter agora um hospital de bom porte para somar a aquilo que ela tinha, Escola Paulista de Medicina que assumiu dois hospitais, um em Pirajussara e um em Diadema, a Faculdade de Medicina lá do ABC, sediada em Santo André que não tinha

um hospital escola para poder trabalhar em São Bernardo, lá no ABC alguns hospitais que passa pelo hospital de 350 leitos, a Unicamp assumiu um hospital na cidade de Sumaré, então é mais um, a gente assinou um convenio agora com a Faculdade de Medicina de Botucatu com a Unesp para assumir o hospital de Bauru, quer dizer, são quase 400 leitos e Sapopemba é um hospital que na cidade que vai ser assumido pela Medicina da USP aqui pelo pessoal do HC, então na realidade você esta ao mesmo tempo que tentando garantir qualidade na assistência que vai oferecer, você está oferecendo condições para melhorar o ensino de medicina , ensino de assistência à saúde que cada uma dessas faculdades passam aqui do campo de prática, para residentes, para estudantes que realmente é importante para o SUS como recurso humano que a gente vai ter, então eu acho uma experiência interessante, agora uma coisa que eu sempre faço questão de dizer, nós não temos nenhuma queixa de nossos gerentes dos hospitais próprios da administração direta, nossos hospitais estão bem, eles trabalham bem, agora o que nós alertamos é a dificuldade que a legislação cria para o trabalho deles, então quando nós estávamos cuidando da aprovação da lei na Assembléia havia um grupo de diretores de hospitais que não gostavam da lei que a gente estava tentando aprovar, é porque eles achavam que a administração direta era mais pura do que isso que queria ser colocado, eu acho que é simples, sei lá, tradição. Mas uma vez aprovada a lei, começado o processo de assistência a gente tem uma insistência dos diretores para que agente conseguisse uma lei que permitisse flexibilizar a administração dos hospitais.....para que a gente pudesse criar uma coisa que facilitasse a eles a administração do recurso humano, o sistema de compras,nosso pessoal trabalha bem, não tem nada contra funcionário público, administração direta para dirigir hospitais, Agora, eles tem mais dificuldades de ter um (enterramento) legal que a gente tem.

T – Estrutural do serviço público não é?

J – Da legislação.

T – Certo. Só, acho que foi muito bem colocado, eu só queria assim frisar um pouquinho mais esse aspecto dos critérios para a escolha desses parceiros, quando o senhor fala “parceiros sérios que também.....” foram utilizados critérios mais, vamos dizer assim, subjetivos ou intuitivos ou isso foi definido, o que seria um parceiro sério?

J – Você tem uma centena de entidades que estão por aí e na realidade você tem uma medida já que essas entidades todas trabalham para o SUS, tem (ligações) com o SUS, nós temos um conjunto de dados e qual o desempenho, quer dizer, eu tenho dados muitos objetivos de como trabalha o Hospital da Paulista, como é que trabalha a Santa Casa, como é que trabalha a

T – Desempenho no caso?

J – Sim. Chances de ter desempenho.

T – Ou seja, dados quantitativos? Melhor qualidade no atendimento, baixa faixa de infecção hospitalar.

J – Sim, exatamente, que é o que você busca em um contrato que você estabelece.

T – Que é uma das questões que as pessoas levantam também, ou seja, quais os critérios para a escolha desses e não de outros e a outra, qual seria o interesse por parte deles, que o senhor também colocou alguns, ou seja, um quer ter mais, enfim, ampliar o seu hospital para fazer ensino, um quer ter uma cara mais filantrópica enfim.

J – Veja, uma outra coisa que as pessoas demoram a reconhecer, não sei se essa é a expressão certa é que existem entidades que estão vocacionadas a trabalhar e prestar serviços e tem entidades que tem história, tem 200 anos, tem 80 anos de história, 200, 300, 400 anos de história e foram entidades criadas no sentido de prestar serviço à comunidade, então qual é o interesse deles em prestar serviços à comunidade? Nós tivemos sexta feira visitando o Hospital de Guarulhos, assinando um termo de recursos para que eles possam abrir o hospital já agora no fim desse mês, uma entidade que se chama Jesus José Maria é uma maternidade construída por entidades com esse nome e que é de procuradores do Estado, ex – procuradores do Estado, maçons que vinham construindo um hospital para a tarefa deles de oferecer uma maternidade em uma cidade e eles foram ajudados por nós a acabar o hospital vinham há vinte anos fazendo churrasco, etc. precisavam de 1.500.000 para acabar a obra tinha dinheiro do.....empréstimo do Ministério da Saúde, foi destinado o dinheiro para eles fazerem todo o equipamento e na hora H eles disseram, olha nós não queremos atender convênios, hospitais privados, nem nada, queremos trabalhar 100% SUS, eles já estavam vendo a experiência, bom organização social para nós é o seguinte, é uma entidade externa e que se propõe a dirigir um hospital do Estado, não entidade que nem o seu hospital e que vaio que o estado pode é avaliando necessidades, ajudar essa entidade que quer trabalhar exclusivamente para o SUS a compor seu orçamento naquilo que vem do faturamento e mais o que ela precisa para realmente sobreviver, então é exemplo de uma entidade que esta aí afim de servir a população.

T – Isso seria, por exemplo, diferenciar relação assim, uma terceirização ou uma privatização pura e simples...

J – O Estado não assumiu nenhum momento a idéia de privatizar os hospitais, ao mesmo tempo que nós estávamos fazendo essa discussão o Rio de Janeiro fez uma licitação para entregar a gerencia de seus hospitais inclusive os já antigos para entidades, inclusive de caráter lucrativos, ta errado, não é um processo adequado

T – Terceirização pura e simples, como na Bahia também né?

J – Na Bahia também que entrou em uma coisa dessa.

T – Para empresa.

J – Isso não tem sentido, nós tínhamos uma fileira de hospitais para entregar, hospitais cujo a construção tava parada bastante tempo, hospitais sendo aguardados há muito tempo, então não tinha sentido de repente ao invés de entregar 100% para a população, para uso da população, eu entregar meia boca para, quando a gente em 1995, no segundo semestre de 1995 o Governo apresentou um plano de desestatização, concessões, privatizações e parcerias, isso foi um projeto que o governo lançou, porque? Porque se de repente a gente tinha hotéis em instancias e o Estado não queria gerenciar hotéis, então ele privatizou, desestatizou e tal, tinha estradas que ele queria trabalhar no regime de concessão, ter uma concessão por vinte anos, o sujeito cobra o famoso pedágio, mas ele tem um compromisso não só de manutenção da estrada que ele esta recebendo mais dependendo dos lugares de duplicação, de construir uma nova pista, então, por exemplo, a Imigrantes, a segunda pista da Imigrantes custa zero para o Governo do Estado, ela custa para quem esta pagando pedágio e uso dela e tal, mas isso é uma concessão, depois de vinte anos essa pista é do Estado e pronto, então no campo dos hospitais dizia que a gente queria primeiro uma parceria, a gente queria que os hospitais continuassem próprios do Estado, quando houve essa reunião no palácio teve uma sessão geral lá naquele auditório para apresentar a proposta e em seguida no mezanino do palácio em uma série de salas, cada sala era reservada para um dos temas, então tinha uma sala reservada para a saúde e foi a sala que recebeu maior numero de visitantes interessados em discutir, então era assim, planos de saúde, fundos de pensão, entidades privadas de várias naturezas e eles vinham durante muito tempo com uma proposta que era assim, o Governo do Estado, naquele inicio desgraçado sem dinheiro, não tem dinheiro para acabar essas obras dos hospitais que estão aí, ta bom. Mas então a entidade fundo de pensão de fulano de tal se propõe a terminar o hospital, equipar e durante 10, 15, 20 anos variava as propostas ele utiliza oferecendo 30% de leitos para o SUS e depois desse tempo devolve o hospital, isso não é proposta que nos interessa, quer dizer, quando você pega o hospital de Itaim Paulista, quem planejou o hospital de Itaim Paulista naquele lugar, eu era secretário do município de São Paulo quando o Covas era prefeito e isso era em 1984 entende? Então na realidade nós estávamos quando foi para 1998 nós tínhamos 14 anos depois a população curtindo que ia ter um hospital que já há 14 anos ela necessitava dele, imagina se eu chegar e dizer, tudo bem, mas agora só metade é ou um terço, então nenhum momento o Estado pensou em privatizar saúde.

T – Porque as vantagens em relação a privatização no caso...

J – Não tem nenhum interesse.

T – Não é uma área privatizável?

J – Para nós essa área não é privatizável na medida em que nós temos uma carência de recursos para atender o SUS, quer dizer, estavam faltando leitos, estava faltando uma série de outras coisas, então não tem sentido eu estar privatizando, eu aceitar da iniciativa privada uma oferta de leitos dela, tudo bem se ela a iniciativa privada tiver que construir, se tivesse que investir e

oferecer é o que você faz contratando leitos na Santa Casa, daqui ali e não sei o que, agora você pegar alguma coisa que era patrimônio público e construir.....do Estado, como se faltava algum dinheiro para acabar você permitir que eles acabassem, mas usufríssem uma parcela grande não é realmente não é uma proposta, depois de uns três a quatro meses ninguém mais nos procurou, os interesses realmente não batiam.

T – O senhor destacou muito esses aspectos mais, vamos dizer assim, circunstancial.

J – Sim. Uma coisa assim sei lá, digamos assim, uma crença que nós tínhamos em que a administração, a rede de hospitais públicos não estatais essa rede precisa ser preservada, mantida, ela funciona, ela dá resultado, agora uma outra coisa, se nós não tivéssemos esses hospitais todos para entregar para a população, nós provavelmente iríamos estar experimentando isso em um ou dois hospitais se a gente iria conseguir fazer, é muito complicado imaginar você adotar esse modelo com um hospital antigo, que já tem funcionários, que já está funcionando, que já tem direitos adquiridos, uma série de coisas muito complicadas de você mexer, o que a gente acha é que vale a pena pensar nisso, vale a pena pensar como a gente pode preservando direitos, respeito aos funcionários, como é que você pode equacionar este tipo de coisa, a gente não conseguiu até agora ter uma formulação para isso, então a gente em uma circunstância que era assim, vamos poder a curto prazo entregar uma quantidade grande de leitos, vamos poder, portanto.....a prefeitura de São Paulo teve uma chance semelhante, mas ela não mudou, quando ela acabou com o PAS, ao acabar com o PAS tendo 13 hospitais na cidade de São Paulo, grande parte desses hospitais ocupados por pessoas que pertenciam às cooperativas, ela tinha a chance certamente de acabar com os contratos com cooperativas, de remanejar o quantitativo do pessoal que ela tinha, porque ela teve que chamar mais 10.000 pessoas para esses hospitais e ela teve uma oportunidade de pelo menos identificar algum desses hospitais para fazer um processo semelhante.

T – O Governo municipal está fazendo alguma iniciativa nesse sentido que eu não sei bem, mas me disseram que eles estão começando também com algum tipo de iniciativa.

J – Eu acho que é alguma coisa que vale a pena.

T – Mas voltando para esta questão circunstancial, após a entrega desses 15, no caso, o senhor veria uma perspectiva de se continuar com esse projeto com eventuais novos hospitais.

J – Veja, vai depender de como a gente decida outros investimentos, por exemplo, nós estamos terminando, entregando agora mais 180 leitos em São José dos Campos, mas é uma Santa Casa, quer dizer, ela já é, nós estamos ajudando os terceiros a prestar mais serviços para o SUS e em Araçatuba, havia um esqueleto para ser terminado, agora era uma coisa muito ruim era um hospital velho, foi desapropriado pelo Quercia a muito tempo atrás, é uma coisa difícil de ser aproveitada, a gente decidiu não terminar aquele hospital de Araçatuba e o governador está querendo esse ano aumentar 100 leitos da Santa Casa de Araçatuba, então lá eu já tenho gerência, entidades já filantrópicas para tocar. Nós estamos fazendo um hospital novo em

Francisco Morato, então esse, eventualmente é um hospital que dá para pensar em estar oferecendo alguns cerca de 100 leitos, temos um hospital de mais de 200 leitos que vai entrar em Mogi, mas esse hospital, ele existe, ele não é um hospital inteiro, ele tem um grande Pronto Socorro, um grande Ambulatório e tal e nunca foi feito o andar de internações, então isso está sendo feito agora, mas eu já tenho um embrião de um hospital lá então nesse momento, a gente não está com outras coisas em pré (lançamento), e uma das idéias do Estado, é se possível em regiões você identificar entidades onde vale a pena você investir para ampliar

T – Então quer dizer que a idéia seria pelo menos embrionariamente continuar com esse processo?

J – Sim, eu acho que vale a pena, deu certo.

T – Em relação a essa questão da delegação da prestação de serviços para entidades sem lucrativos, a relação disso com a municipalização, por exemplo, não existiria possibilidade de se municipalizar eventualmente, passar para municípios alguns desses hospitais?

J – Desde que o município resolvesse assumir o financiamento, concorda comigo? Porque senão fica muito fácil, senão fica muito fácil dizer que você fez uma enorme, absorveu uma área enorme rede no município.

T – Mais existe essa possibilidade de, por exemplo, de se municipalizar no futuro? Porque em tese isso seria prestação de serviços que teriam potencial para serem municipalizados e o Estado ficaria mais na regulação em tese?

J – Ou o Estado realmente se mantém em um bom contratador de serviços também.

T – Nessa parte seria especializados.

J – Eu acho que muita água vai rolar dessa discussão da municipalização de equipamentos mais pesados, você vai ter que primeiro avaliar inclusive o seguinte, será o município X hoje mais capacitado de tomar conta disso do que o Estado?

T – Mas, pelas preposições do SUS? Pelos princípios do SUS?

J – Princípios do SUS é uma coisa, constatações e verificações são outra coisa não é verdade? A gente não gasta dinheiro só com princípios, a gente gasta dinheiro e constata aquilo que acontece.

T – Ou seja, realmente esse aspecto da municipalização precisa ser um pouco rediscutido ambos aspectos porque sei lá, se pegar uma visão municipalista, strito senso, o pessoal todo poderoso município, os municipalistas...

J – Eu acho que isso é um desvio que a gente teve, certo, eu acho que a gente tem que ficar atento, quem estuda os sistemas internacionais, etc. costuma dizer a seguinte coisa, o sistema Canadense que é considerado hoje muito bom, a cerca de 30, 33, 34 anos sei lá, ele sofreu três grandes mudanças. Nós estamos com 12 anos de SUS, eu acho que nós estamos precisando rever o que nós vamos fazer.

T – Na Itália também, ficou na reforma, insistindo um pouco nesse aspecto, no caso de, existe algum tipo de conflito ou de cooperação entre a Secretaria Estadual de Saúde que no caso é a responsável pela prestação de serviço, que é na verdade, prestasse a uma outra entidade parceira, a Secretaria Estadual de Saúde é a responsável por esses serviços prestados? E a Secretaria Municipal, por exemplo, onde essa organização, seu estado de saúde se localiza?

J – Quando você, hoje, por exemplo, vai entrar em funcionamento, hospital de Bauru, então a direção regional de Bauru com mais alguns aspectos de outras direções ou outras DARES, toda operação do interior que discutiu o que o hospital de Bauru vai oferecer para a população. Quem diz isso, não é a faculdade de medicina, é fazer o (gerenciamento), então num hospital estar lá sediado em Bauru, ele não é para atender a cidade de Bauru é um hospital com porte regional, não posso agregar este hospital para a cidade de Bauru, que, aliás, não assumiu nem a gestão plena naquele município, então quando eu pego, por exemplo, o hospital de Itaquaquecetuba, ele é um hospital regional, qual era o problema quando a gente estava em funcionamento em pré-funcionamento o Hospital de Itaquaquecetuba. A prefeitura de Itaquaquecetuba ameaçava fechar o seu Pronto Socorro porque para que ia ter um hospital do Estado, para que a prefeitura ia gastar dinheiro em alguma coisa, se ela podia usufruir do hospital que estava lá, então foi um tempo quente durante alguns meses para mostrar que aquele hospital era regional que ele não era daquela cidade, se ele for daquela cidade ta bom, então o prefeito vai ter que bancar o custeio daquilo, se ele hospital tem o caráter regional, então veja, o hospital de Sumaré está dirigido pela UNICAMP, ele é de novo um hospital regional, então ele tem cotas inclusive de utilização. Se você pegar aqui Diadema, quando puser em funcionamento, cada município vizinho ligado a Diadema tinha uma cota de não poder fazer tantas tomografias, vamos poder mandar tantos doentes então nessas circunstâncias eu acho que não é adequado dizer: Diadema toma conta desse hospital e atende os seus vizinhos também, agora na cidade de São Paulo, que afinal de contas vão ser 5 na cidade de São Paulo e não sei mais o que, eu acho que nesse momento, não sei, se a prefeitura de São Paulo gostaria de financiar este hospital.

T – E no futuro isso pode ser...

J – Tudo bem mais, o financiamento da saúde é de fato tripartite: federal, estadual, municipal, o Estado financia, mas não precisa gerenciar, bom, mas nós estamos trabalhando hoje com um modelo gerencial diferente daquilo que está aí, um modelo gerencial que eu não sei se é aceito pelo governo municipal, então não dá pra pensar nisso que você diga não, acho que dá pra entregar a gestão disso para o município de São Paulo. Quando pega o hospital da Vila Alpina é essa é uma das discussões que já deu no hospital da Vila Alpina, o hospital da Vila Alpina não é pra atender o distrito de Vila Alpina, ela está complementando a assistência de Vila Prudente, de Sapopemba e não sei o que, então lá naquele pedaço, então eu não posso querer que o distrito, quem dirige o distrito de saúde de Vila Alpina diga o que o hospital tem que fazer, aquele hospital vai ter uma abrangência maior, vamos conversar com alguns distritos municipais, então por isso tem um núcleo de saúde do Estado que é uma abrangência muito maior do que a de um distrito e ficar discutindo aquilo, é claro que nessas horas você tem uma certa, uma certa disputa que se faz a nível regional de base e tal região.

T – Porque em uma perspectiva de se assumir o papel da Secretaria Estadual vai ser cada vez mais regulador, cada vez menos prestador e uma perspectiva de distrito senso teria que repassar, em tese para os municípios.

J – Teria, desde que você diga os municípios estão em condições de dar uma boa gestão disso.

T – E em relação a esse mesmo modelo de parceria, com organizações sociais, quais seriam os pontos que eventualmente não foram solucionados adequadamente? Desafios, desvantagens do modelo?

J – Não sei te dizer. Essa é uma coisa que normalmente quando você for conversar com o Márcio, com a coordenação te coloca uma coisa aí de ...

T – É que existe uma preocupação muito grande com a questão do controle do uso dos recursos públicos e da qualidade, tem uma linha assim, de um pessoal que têm crítica desse sentido, por exemplo, crítica limites do próprio contrato de gestão tem...

J -

T – Uma vantagem, mais que o contrato de gestão garante ele tem uma abordagem mais técnica, (tecnocrático), ou seja, você especifica lá algumas coisas.

J – Ele aborda questões técnicas e (tecnocráticos) para abordar o que no contrato de gestão?

T – É, por exemplo, isso foi bastante colocado ...

J – Fala de controle social?

T – É, controle social, mas, por exemplo, antes o senhor citou, ganhos e produtividades, não foi exatamente estes os termos que o senhor usou, mas é mais ou menos isso, quer dizer, como garantir que quem vai se apropriar desses ganhos e produtividades vai ser o Estado e não a organização ou pelo menos isso vai ser ...

J – Sim, mas é uma entidade não lucrativa, é uma entidade não lucrativa, ela assume com a gente o compromisso de prestar um determinado serviço da maneira que a gente avalia (nos contando) você tem um sistema de custos que foi implantado nesses hospitais para nos dizer o que, que custa mais, aqui ou ali, porque esse medo que eles vão levar vantagem? Isso é medo mesmo.

T – É um dos métodos que as pessoas têm como crítica.

J – Sim, mas é que as pessoas colocam como crítica uma porção de coisas disputam o terceiro turno da eleição, isso é disputa de terceiro turno de eleição. Porque nós vamos deixar eles fazer aqui, nós não teríamos implantado nada disso se a gente dependesse de uma discussão direta com determinados alas do movimento popular, não teria se implantado na cidade de São Paulo, Programa de Saúde da Família se a gente dependesse de determinada ala do movimento popular, então esse programa é absolutamente bem sucedido, bem avaliado pela população, mas de repente ela tem um governo que está em um determinado partido. Hoje na cidade de São Paulo, a prefeitura de São Paulo segue quase o mesmo modelo que a gente vinha fazendo, contratando entidades, para que essas entidades façam isso. Será que melhorou o controle social dos dias de hoje? É o mesmo que de um outro momento? Existe um patrulhamento desse tipo de coisas, está claro? E evidentemente, tudo bem é legítimo e tal, nós tivemos três audiências públicas antes dessa lei ser aprovada, é a lei com mais audiências públicas teve em nossas assembleias, nós fizemos no começo desse ano, uma grande reunião em assembleias, onde as pessoas dos municípios foram convidadas a aparecer para discutir com representantes do Conselho Estadual de Saúde e da Comissão de Saúde da Assembleia, então de repente, foram ouvidos conselhos municipais de saúde, dos secretários municipais de saúde, como é o relacionamento desses municípios com a entidade que está dirigindo ou a direção do hospital regional que eles têm, que é no caso Itapeverica da Serra tem um pessoal sério trabalhando, ele cobre fundamentalmente 4 municípios perto do hospital e um dos 4 conselhos municipais de saúde estavam lá com seus representantes dizendo como participam deste tipo de coisa, então tem uma coisa, e aí é uma questão de, sei lá, opção de determinados partidos e não de outros partidos, trata-se do conselho gestor. O conselho gestor é um modelo petista, o conselho gestor não é um modelo psdebista entende? Então não dá para argumentar muito logicamente algumas coisas porque para algumas pessoas têm que existir

conselho gestor, se não existir conselho gestor, mas a direção do hospital no caso, consegue trabalhar por esse modelo, senão ele tem um embrólho no seu trabalho.

T – Definir custos e estabelecer metas, parâmetros de produção e controlar qualidade de saúde é uma questão bem complicada, é resultado o senhor acredita que nesse modelo foi equacionado de uma forma satisfatória ou que o contrato de gestão coloca metas ...

J – Você conhece os contratos de gestão que são feitos com os hospitais públicos?

T – Não.

J – Não, porque eles não são feitos. Você acha que os hospitais públicos estão cumprindo exatamente com o máximo que eles poderiam estar fazendo para a população ?

T – Ah, os públicos, não. Os públicos não. Então é justamente nesse sentido, porque, por exemplo, na Bahia o pessoal que está assumindo os hospitais na Bahia são 12 se eu não me engano, é o pessoal que está vindo do pólo petroquímico, são empresários, são pessoas com visão bem empresarial e eles dizem que a margem para ganhos de produtividade é de no mínimo 500%, que eles têm condições de aumentando a eficiência, melhorando os procedimentos e tal, de serem esses ganhos de produtividade e a crítica que se faz lá é que justamente isso vai ser apropriado no caso da Bahia, pelas empresas.

J – Tudo bem, nós estamos trabalhando um outro modelo onde à gente busca uma outra entidade que a gente conhece que tem tradição de prestar serviços, a gente faz uma encomenda, o que a gente acha é que a gente está aprimorando a encomenda que está fazendo.

T – Quer dizer, a preocupação central seria que esses ganhos fossem reinvestidos na própria entidade?

J – Sim, que a rigor ela não tem ganho, a rigor ela recebe um dinheiro orçado e ela vai gastando dinheiro orçado, então chego o momento que as avaliações, que a gente tem não vou passar para vocês mais uma parcela.

T – É, se ela estiver ganhando em produtividade, ela vai ter um resultado positivo, ela vai ter um , entre aspas, (excedente).

J – Mas é que ela não está ganhando por cada operação que ela faz, se ela fizer mais operações ela vai ganhar tanto,..... porque o primeiro contrato feito rezava o seguinte, existe uma tabela do SUS, então o hospital apresenta uma fatura da produção que ele tem e o custo dele é maior, então o que faltar para atingir o custo total a gente banca. Bom isso levava a que tipo de risco? Que os hospitais começassem até para emulação uns com os outros, a tratar de faturar melhor para dizer, eu estou precisando de menos recurso, eu sou mais eficiente nisso daqui, mas eu não quero que eles busquem no atendimento aquilo que dá mais rendimento no SUS, eu quero que ele opere uma porção de banalidades que o SUS paga mal, é esse atendimento que eu quero que ele faça, não outro atendimento. Ta certo? Então a gente diz, não, nós estamos interessados em pagar o total que o hospital custe, é isso que gente quer pagar, o hospital custa isso e é isso que vai ser pago e daí a gente passou a ter, diante da medida que hoje você tem 13 já funcionando e você tem um sistema de custo em que eles todos homogeneamente informam e tal você consegue mensalmente compará-los e você consegue perguntar porque que aconteceu que de repente está diferente, eu acho que o segredo é você ter um mecanismo de controle, então veja, hoje como é que eles recebem, eles recebem 90% do que está estimado do orçamento, dividido duas (versas), então agora, a cada 3 meses você faz uma avaliação, então todo mês você avalia, o quantitativo de serviço que ele tem que fazer e tal, de 3 em 3 meses você avalia as metas de qualidade que ele deveria atingir, satisfação de usuário não sei o que lá, e atingiu todas essas metas, então ele recebe aqueles 10% de diferença por ter atingido o orçamento total, se ele não me cumpriu esses lances de qualidade, ai se diz, olha companheiro o seu dinheiro está aqui reservado para que você chegue naquilo que a gente está querendo, então na realidade, você tem um, a idéia do central é que a gente tenha um acompanhamento constante, ta certo.

T – Os dados dessas entidades, eles são públicos?

J – Sim. Eles estão ai a disposição.

T - empresa obviamente no caso ...

J – Não mais uma empresa se você, eu não sei como é, eu nunca vi nada da Bahia do que você está falando, mas se você contrata uma empresa pra fazer o serviço, você obriga essa empresa a te dar não há razão para não ter informação.

T – Você quer fazer alguma pergunta?

SILVIA - Na exposição de motivos da ...

J – Da lei.

SILVIA - O governador falava em uma concorrência e uma competição entre as entidades, colocando do jeito que o senhor está colocando, elas não tem essa competição, seria assim, uma coisa que foi conversado?

J – Eu não lembro dessa introdução da lei, mas eu acho que isso é uma besteira, eu não tenho interesse em competição delas, porque eu tenho medida do desempenho delas, quer dizer, não é porque elas compitam que eu vou gastar menos, vou isso, vou aquilo. A nossa idéia é que a gente controle os gastos, controle os custos e você ajuste a cada ano o orçamento.

T – Pois é, mas aí nessa linha não fica tipo, a gente poderia fazer uma coisa parecida com o monopólio, alguma coisa dessas entidades , ou seja, enfim , são estas, está estabelecido, porque...

J – São estas que nesse momento, porque são esses os hospitais que eu tenho, se eu tiver outros hospitais, eu vou dizer bom, quais são as entidades que se candidatam a estar gerenciando, e eu vou selecionar as entidades que estão candidatas a gerenciar.

T – E caso o desempenho de alguma não seja equivalente as demais, não vai ter esse percentual que é de incentivo de 10% no primeiro momento e depois não vai vim

J – Sim, se eu tiver uma entidade dessas, entre aspas “fracassando” no processo, eu tenho todos os elementos pra dizer, não vou renovar, etc e qualquer coisa não é o que aconteceu até agora, veja, quando aquelas coisas que eu te disse, é uma experiência com números bastante grandes, mas para a quantidade de entidades filantrópicas que nós temos no nosso contrato, a experiência é pequena na realidade, me diz o meu colega de Goiás (Copertino) Secretário Estadual de Goiás, e ele então teria interesses em aplicar em um determinado hospital da cidade, não sei o que, para ter mais, onde é que eu vou buscar entidades gerenciais lá em Goiás, entidades para gerenciar com essa tradição de Santa Catarina, Marcelina, e lá eu não tenho esses ...

T – Isso é muito interessante.

J – Eu acho que a gente tem uma multiplicidade de entidades aqui que nos permitiu partir para isso.

T – Em condições né.

J – Aquilo que eu falei de circunstância, uma coisa é ter um monte de esqueletos para entregar para a população, tem uma lei (camata) que não sei o que, nós acreditamos que esses hospitais trabalham seriamente, então isso tudo somado leva você a propor uma lei que cabe isso, bem é só pegar como eles estão fazendo entendeu, que os hospitais são, os hospitais vivem batalhando aí para ter hospitais de amigos da criança , hospitais de maternidade segura, avaliados pelos usuários do SUS, então o de Diadema é um dos 3 melhores do Estado, o Sumaré, é um dos 10 melhores do Brasil, esses são os resultados desses hospitais, entende? Esses hospitais todos estão inovando, por exemplo, em parto humanizado, um serviço de campo de aprendizado para os outros hospitais virem aí a aprender, porque na realidade é um bruto sucesso, a gente fala isso com muito orgulho.

T – No caso mais do que os do Estado, mais do que os que são ...

J – Eu estou dizendo, veja, cada maternal Leonor Mendes de Barros, ta, é primeiro hospital a ser qualificado pela APM com aquele selo de Doutor Hospitalar, ele é maternidade segura agora ele é amigo da criança e tal, ta certo, é um hospital nosso da administração direta, ta certo, então ele tem nada contra administração direta, eu estou te dando resultado, serviços, como é que eles funcionam, eu acho que eles estão muito bem, então eu tenho outros hospitais...

12 - José da Rocha Carneiro – Presidente do Instituto da Saúde

T – Bom a primeira questão é sobre a política de saúde da Secretaria Estadual, qual seria o papel da Secretaria dentro dessa política, que obviamente é a política do SUS e mais especificamente, seriam sub-questões, mas eu já vou colocar, a questão da municipalização e do novo papel da Secretaria tendo em vista a municipalização. A Secretaria atuaria ainda como prestadora de serviços ou assumiria um papel mais de regulação? Então a pergunta esta sendo formulada aqui, tendo em vista a sua posição da Coordenadoria dos Institutos de Pesquisa no caso, não sei que medida afeta essa questão na municipalização, afeta atuação da CIP.

J – É difícil eliminar as minhas camisetas, quer dizer, a rigor, o fato de eu ser coordenador da CIP não elimina que eu seja também membro do Conselho Estadual de Saúde e da CIB-Comissão Intergestora Bipartite que é onde as coisas se dão, então é um pouco com esse viés que eu analiso isso, por outro lado a Coordenação dos Institutos de Pesquisa pela composição nas instituições que são coordenadas, ela implica, o que deveria ser uma coordenação de ciência e tecnologia, pesquisa na Secretaria, mas também a coordenação de instituições responsáveis pelo desenvolvimento de programas e alguns programas de grandes relevâncias como o programa de AIDS, que é um programa de grande visibilidade nacional e internacional e o

programa de AIDS de São Paulo é no país o melhor de todos, o programa.....derivados de componentes e derivados, programas como o de tuberculose, hanseníase enfim, além de ter toda a vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária subordinada a essa coordenação, que se as outras atividades também se municipalizam, mas especialmente essa, você tem que ter uma concreta missão de municipalização que é a própria definição do sistema único de saúde e da transferência dessas ações, epidemiologia, controles de doenças e de vigilância sanitária para os municípios, então eu sinteticamente diria que isso é um processo que inevitavelmente nós vamos assistir nas articulações no meu modo de entender não vão ser uniformes, pelo menos a curto prazo nem a médio prazo no país inteiro, que vai haver diferenças muito grandes entre diversos estados e em particular vou falar do Estado de São Paulo, mesmo no estado de São Paulo, esse processo vai ser um processo irregular, basta ver o que aconteceu nesse ultimo ano, nesses quase dois últimos anos na cidade de São Paulo, que é a maior cidade do país, do governo anterior ao atual governo municipal estava inteiramente fora do SUS e fez com que o SUS no Município de São Paulo fosse executado diretamente pelas ações do nível estadual que tinha uma ampla rede de unidades, a rede básica de unidades, o próprio Programa de Saúde da Família era vinculação direta com o Estado e que agora esta sendo um longo, árduo e difícil processo de transferência, transferências foram feitas, o município dava o suporte da rede.....esta com dificuldades de operacionalizar e isso tem feito com que o Estado que preserva uma assistência secundária e terciária, ambulatórios especializados e hospitais conserva ações diretas que se ampliaram no ultimo período, especialmente na grande São Paulo pela construção de um monte de novos hospitais sobre a forma de organizações sociais, mas ligadas a nível estadual e não ao nível municipal, como isso esta em um processo de começo eu diria que nós vamos ter um período muito longo ainda em que o nível estadual se convença de que ele tem que assumir o seu verdadeiro papel, que é o papel intermédio entre o nível Federal e os níveis micro – regionais e municipais de fazer apenas um papel de coordenação e de assistência técnica e ser só o executor de ações diretas em caráter excepcional, então eu acho que em síntese, eu acho que é um processo e ele vai ter velocidades diferentes nos diversos estados e mesmo em um estado com a nossa complexidade, ele vai ter velocidades diferentes nas diversas micro-regiões, a idéia da NOAS é uma idéia interessante, mas ela esta com uma operacionalização complicada, essas entrevistas são anônimas né? Depois vocês vão fazer uma edição, eu acho que o pessoal que faz isso faz a micro-regionalização, a pactuação entre os municípios e etc, etc, etc, com grande competência de tecnicidades formais, mas com uma fraca interpretação política, é como se nós fossemos uma caixa de ressonância do que manda o senhor imperador localizado em Brasília não é? Eu estou fazendo o que o mestre mandou, eu estou fazendo com competência, mas a viabilidade de que esse processo não retroceda, para mim não esta automaticamente dada porque ela é feita sem essa visão, sei lá, de um processo político, só porque o Ministério mandou eu faço cataratas, eu faço no Estado, eu faço papanicolau, que é uma contra-facção, quer dizer, porque ao mesmo tempo um esforço de municipalizar atribuindo aos municípios o papel de gestor pleno do sistema, mas ao mesmo tempo os eixos de atividades pagas a meias, porque alguém tem que pagar o resto da conta e que emanam não de uma discussão de uma gestão que de fato se assumiu, mas como uma imposição vinda de cima que tem que ser cumprida porque é para isso que tem dinheiro, enfim, eu acho que é um processo que esta andando, que a longo prazo vai dar resultado, mas que ele vai ser extremamente irregular em função do Estado em

que eu estou, das micro-regiões que eu estou e de quem são os dirigentes de plano nacional, de plano estadual.

T – Certo. Bom, então o papel do Estado seria, do nível estadual seria mais de regulação.

J – Seria mais de regulação e de, de regulação, exatamente. De ser o local onde você propicia as pactuações, através dos seus instrumentos, Conselho Estadual de Saúde, intergestores bipartite, através de um setor de planejamento forte, uma redução dos poderes de ação direta que não é o que a realidade nos mostra, eu acho que no futuro se as coisas marcharem como se espera, as coordenadorias que prestam serviços em um nível estadual vão diminuir de importância e vai aumentar a importância do setor de planejamento e da Coordenação dos Institutos de Pesquisa onde estão os programas e onde estão à capacidade e a inteligência do sistema, não é porque eu sou Coordenador da CIP, mas eu acho que é uma falta de espaço momentâneo, os meus sucessores seguramente serão dirigentes de grande prestígio, como o futuro coordenador de planejamento terá que ser uma pessoa de grande prestígio, terá de ser um bruto de um técnico e é onde se dá isso que eu falei, as tecnicidades eles dominam plenamente, mas sem uma tradução política.

T – Quer dizer, nessa questão da NOAS digamos assim, esse aspecto mais técnico seria um documento bem formulado e etc, mais em nível Federal do Ministério da Saúde que de certa forma entre aspas é meio que, vamos dizer assim, imposto nos estados?

J – Não, ele é re-trabalhado.

T – Nos estados.

J – A nível dos estados, mas ele é meio toque de caixa, porque é uma imposição de nível central de que você tem prazos para fazer, se você pensar isso como um processo que é lento e demorado, você não pode impor acesso político dessa natureza em uma construção social, fazê-la através de prazos fechados burocraticamente, eu exijo que você se assuma como gestor de uma....., é a mesma brincadeira, até dia 20 do mês que vem, isso é uma brincadeira.

T – Quer dizer, nos aspectos centrais a NOAS contribuem para, por exemplo, chamar a atenção aos governos estaduais do seu papel de organizador do sistema, coordenador e tal, só a forma como esta sendo proposta que não contribuem para que se dê esse processo mais político, mais negociável e tal, seria isso? porque de maneira geral as secretarias estaduais estão um pouco, vamos dizer assim, em dúvida quanto ao seu papel, existe uma certa indefinição, até porque é um processo como o senhor falou, porque elas tradicionalmente prestaram serviços e agora estão passando isso para os municípios.

J – No caso da Secretaria de Saúde de São Paulo essa complexidade é maior, porque nós somos um tradicional prestador de serviços, a maior rede existente no país era a rede paulista, a Coordenação de Saúde da Comunidade tinha toda a rede de centros de saúde do Estado de São

Paulo, era pelo menos um em cada município, muitos municípios tinham dois, três, tinha os distritos orçamentários com todo o seu aparato de epidemiologia e planejamento para a rede própria e as regionais, eram cinco, seis só, isso se transformou em DIR que são 25, antes foram essas 50 e não sei quanto, agora DIR que são 25 que ficam com uma fraca centralização, quer dizer, é uma coisa curiosa que eu estou dizendo que é meio contraditória, mas eu aceito as imposições que vem de cima sem re-elaborá-las politicamente, sem me confrontar politicamente com o poder central, mas ao mesmo tempo eu repasso para os diretores de DIR que acaba atuando de uma forma mais democrática ou mais autoritária de acordo com a micro-região que estão envolvidos e com seu estilo mais autoritário mais democrático, o que os municípios se queixam é que foi feito um artificialismo nesses lugares, porque os municípios, as CIR (Comissões Intergestores Regionais), deve ter sido muito irregular a maneira de eles atuarem.

T – Aí por uma questão justamente papel das DARES que é uma das questões que eu tinha aqui que estava mais adiante, mas enfim, a questão era sobre a existência de sintonia ou de conflitos entre a política estadual de saúde e as políticas dos vários municípios. Qual seria a relação entre as secretarias municipais de saúde e as DARES.

J – Eu acho que em alguns casos existe, eu tenho pouco contato com dirigentes de DIR e tenho mais contato com os dirigentes do Conselho de Secretários Municipais, alguns se queixam, então eu presumo que tem coisas muito irregulares, eu assisti algumas reuniões quando os prefeitos foram eleitos e ainda não tinham tomado posse, o secretario fez uma reunião em cada DIR com os prefeitos eleitos, eu assisti algumas, ficou muito claro que alguns dirigentes de DIR tem um puta de um prestígio, são líderes. Em que pegam pesado nos prefeitos e nos então secretários ou os pretensos futuros secretários de saúde dizendo claramente olha nós estamos elaborando isso, não adianta você pedir porque não tem viabilidade dos equipamentos que vocês estão solicitando e com uma aceitação, demonstrando cabalmente que eles tinham liderança na área da saúde na micro-região que estavam comandando, enquanto outros estavam muito claro que eram absolutamente desrespeitados, não tinham nenhuma viabilidade de se transformarem nas lideranças micro-regionais e construção...

T – Isso teria a ver com a existência de municípios mais ou menos fortes naquela DIR ou não necessariamente?

J – As duas coisas, eu acho que as duas coisas, por exemplo, um município forte como Ribeirão Preto com um secretario posicionado de uma maneira praticamente autônoma fazia com que a direção regional não tivesse apoio, respaldo no município mais importante da micro-região e ficava praticamente em permanente litígio, enquanto em outros, talvez tenha um pouco a ver com isso que você falou, o poder do município, porque normalmente o poder do município esta associado a um poder intelectual e visibilidade política do secretario também, é o caso de Campinas, é o caso de Ribeirão Preto, é o caso de Santos com frequência, agora eu não sei nem quem é o secretario, o secretario já foi (Davi Capistrano) em Santos, o secretario já foi (Cláudio.....) eu não sei agora como esta, mas os grandes municípios eles tem um grande poder, uma larga influencia sobre os municípios vizinhos e geralmente tem uma liderança forte

com o secretário, o Enio em Marília, ele hoje não está na DIR, mas ele é o Secretário municipal e é o presidente do COSEMS, ele é uma liderança regional fortíssima.

T – Quer dizer que essas lideranças elas se sobreporiam a DIR no caso de você ter uma...

J – Existe uma certa, não vou dizer promiscuidade, existe um certo trânsito entre essas duas estâncias, é o caso do Enio que já foi da secretaria e que é secretário municipal, caso do (TARECO) que era o diretor de DIR, hoje é coordenador do interior e já foi secretário municipal de saúde.

T – A gente entrevistou ele na segunda feira.

J – Enfim, existe um trânsito entre essas lideranças e eu acho que nelas repousa a possibilidade de você fazer uma construção micro-regional.

T – Quer dizer que por esse raciocínio a gente poderia concluir que realmente a municipalização como esta colocada no SUS, ela de certa forma, exagerando um pouquinho, ela meio que exclui um pouco o nível estadual e conseqüentemente as diretorias regionais de saúde. Porque a ênfase está no município, se o município for forte, com uma liderança, etc, etc.

J – Não haveria de todo, porque os mecanismos de repasse financeiro que foram inventados, eles não têm outra finalidade a não ser essa de fazer o controle pelo órgão mais sensível do corpo humano que é o bolso e a bolsa né? São dois. Então com isso você acaba fazendo com que os níveis intermediários, ela acabe desempenhando um papel saliente, dependendo da maneira com que os estados e os municípios evoluam para o tipo de gestão.

T – Mas os recursos já são passados diretamente?

J – Nem todos, você tem determinadas pactuações que fazem com que os recursos que deveriam ser repassados fundo a fundo municipalmente ficam reclusos a nível estadual ou porque os municípios não se habilitaram, é o caso do município de São Paulo, por exemplo, que os recursos que deveriam vir per capita, fundo a fundo do município de São Paulo antes deles entrarem no SUS ficavam na secretaria do Estado que por isso tinha uma rede própria no município de São Paulo.

T – Mas se eles estiverem habilitados, tiverem condições aí o nível estadual perde um pouco...

J – Mesmo assim o nível estadual detém algumas coisas, eu acho, tenho quase certeza, que acontece no que é repassado para a compra de medicamentos, que os municípios preferem que o Estado centralize isso e distribua os medicamentos produzidos pela.....ou outras que podem adquirir ao invés de você pulverizar esse dinheiro pelos municípios que ia ter que fazer licitações que seria muito mais...

T – Várias pequenas...

J – Não teria como poder de barganha de competição tão grande quanto o Estado.

T – Nesse ponto que a gente esta falando da questão micro-regional mesmo, eu teria aqui uma questão sobre os consórcios, que seriam um agrupamento...

J – É, isso eu tenho pouca experiência, o que eu conheci mais de perto, já faz tanto tempo que eu não sei como é que vigência que ele tem que é o de Penápoles onde a gente andou metido durante um certo tempo, que ele pegava municípios vizinhos e que tinham dificuldades, eu acho que a NOAS, eu não sei se ela esta revertendo em um numero maior de consórcios ou não, mas na medida em que você define pólos, cidades pólos e em medida que você faz essas definições, você tem que definir uma pactuação de como é que vão fluir os recursos que é o principal problema, porque ninguém aceita ter redução, embora a distribuição tanto entre os estados quanto em cada estado tem entre os municípios tem que ser revisto se você não tiver dinheiro novo vai ser difícil você convencer um que esta recebendo mais, que recebe como se estivesse atendendo uma micro-região inteira e só esta atendendo seus munícipes, mas esta recebendo porque tem o equipamento mais sofisticado e teoricamente deveria atender outros, estabelece barreiras, mecanismos de contenção os que vêm de fora, mas acaba recebendo pelos outros, fazer com que esses municípios perca em termos de repasse é quase impossível, teria que ter dinheiro novo para você fazer uma pactuação mais...

T – E esse seria um possível papel do nível estadual? Garantir com que esse que esta recebendo os recursos faça esse atendimento. Porque nos modelos de consórcios aí, a experiência de Penápoles e pelo que eu conheço a experiência de São Paulo de maneira geral, é um modelo mais, vamos dizer assim, municipalista, são municípios que se agrupam de uma forma mais autônoma e tal. Na experiência do Paraná e na experiência do Mato Grosso que a gente já pesquisou, tem claramente uma participação do nível estadual, quer dizer, os consórcios estão formados por incentivo do nível estadual e o nível estadual participa ativamente...

J – Você esta falando de consórcios mesmo, intermunicipal.

T – Isso, consórcio intermunicipal, mas no caso do Paraná e do Mato Grosso o Governo do Estado também tem uma participação.

J – Que no fundo a idéia da NOAS, eu não sei como isso vai impactar nos lugares, São Paulo que eu saiba hoje tem poucos consórcios, não sei em lugares como Paraná, Santa Catarina e você esta falando de Mato Grosso também, mas Santa Catarina e Paraná eu sabia que eles tinham uma política agressiva de formações de consórcios, é possível que isso facilite a implantação da NOAS, eles já estão consorciados. Eles já fizeram antes que a NOAS aparecesse à negociação de quem faz o que e como é que você partilha os dinheiros.

T – Mas no caso, na sua visão, o consórcio seria basicamente uma iniciativa de municípios, partindo de municípios que se agrupam sem a participação do nível estadual ou seria salutar, interessante que o nível estadual participasse?

J – Eu acho que deveria que o nível estadual estar envolvido e aí eu não vejo grandes diferenças entre o que se poderia se fazer no consórcio e que se poderiam consorciar os municípios em torno da NOAS, dessa organização, de, como se chama Módulo, o que eu não sei é se os municípios tem constitucionalmente por leis orgânicas poder de fazer isso com facilidades. Eu não sei, isso realmente, eu confesso minha ignorância, como é que o nível municipal se dá a possibilidade de fora do âmbito do SUS você deslocar recursos do orçamento municipal, por exemplo, para investir em um pró para o município vizinho, fora do âmbito do SUS, porque se no âmbito do SUS eu fiz a NOAS e cheguei à conclusão que na micro-região tal tem que fazer um grande hospital de sei lá de Ortopedia, eu pactuo e com recursos que vem por dentro do que.....ou um empréstimo especial do Banco Mundial seja lá como for, eu defino a nível Federal e ou nível estadual envolvido que esse novo equipamento vai estar instalado em tal lugar, mas atingindo sei lá, a área de influencia daquele modulo, agora eu não sei se montando um consórcio unido pelo SUS, portanto, no caso específico seria essa organização dada pela NOAS se é fácil eu sendo prefeito de Araraquara investir em São Carlos com recursos do meu orçamento fiscal eu tenho que passar pela Câmara Municipal tem que pedir autorização, não sei, isso eu realmente confesso.

T – A Carminha fez um estudo que saiu em um livro que o pessoal o Peter publicou que ela compara essas alternativas bem feitinhas, agência, consórcio, rede, consórcio pacto, tem o consórcio pessoa jurídica de direito plênario.

J – Ah...bom, então você vê que eu não estou longe de pelo menos de ao confessar a minha ignorância de perceber que há uma complexidade grande por traz disso.

T – Ela fez um estudo bem interessante.

J – Eu não quero dar uma de Genuíno que ontem demonstrou claramente que não sabe porra nenhuma do que é administração pública desse país, apesar de ser deputado há 20 anos, eu fiquei impressionado de perceber que eu só pelo fato de ser velho no sistema publico, enfim, a gente acaba aprendendo, agora um cara que é parlamentar a 20 anos não saber as diferenças assim, elementares entre essas coisas para mim é, enfim, eu pelo menos tenho a intuição de que isso é de uma puta complexidade.

T – Eu tenho esse texto em arquivo digital porque eu peguei na internet, eu posso até passar.

J – É, me passa, eu não vou ler de imediato, mas pelo menos eu fico com ...

T – Tem uma tabela comparativa e aí vai colocando formato jurídico, esse é assim, esse é assim, esse é assim, dinheiro, pessoal, como é que se contrata...

J – É o que acontece com as campanhas de vacinação, por exemplo, que os municípios não tem como pagar os seus funcionários para que eles trabalhem nas campanhas de vacinação, então o Estado é que acaba pagando as tais das etapas, a gente faz as campanhas de vacinação, quando era o Estado que fazia, eram nossos funcionários que a gente pagava, agora que são funcionários dos municípios porque eles foram municipalizados, nós continuamos pagando, porque o município não tem legalmente poder interno de fazer esses pagamentos.

T – Mas voltando a essa questão anterior do consórcio, que no âmbito do SUS era possível pactuar para investir nos municípios vizinhos. De acordo com essa afirmação a gente poderia entender que o SUS realmente avança no sentido de uma certa cooperação intergovernamental em relação a outras áreas?

J – Eu acho que sim, até porque com a emenda 29, na hora que você define a obrigatoriedade de aplicação de recursos do orçamento fiscal dos três níveis, você faz na realidade um fundo único, você faz um caixa para esse dinheiro que flui por conta dessa emenda constitucional, pelo menos nesse, ele estará livre para ter uma definição que possivelmente independe, eu tenho a liberdade de fazer uma organização social, pegar um.....do Estado, fazer uma organização social instalada em um lugar que fique acoplado ao NOAS, ao modulo daquela região, embora seja uma organização social das irmãs Marcelinas pagam pelo SUS e com uma complementação do orçamento fiscal do Estado ou do próprio SUS.....emprestado com uma contribuição do Estado.

T – As organizações sociais no caso estas, são doze que a Secretaria do Estado de São Paulo já esta administrando né, a prestação dos serviços que são delegados a essas organizações sociais seriam uma espécie de uma, vamos dizer assim, uma fase nesse processo de passagem mais para os municípios ou seria uma alternativa?

J – Eu diria que é uma tendência. Eu não sei se você viu o resultado do (DELF) que o (IPEA) fez, eu fui um dos membros do painel, foram 150, eles pegaram entres gestores, professores universitários, lideranças políticas, lideranças populares, uma das coisas que mais me impactaram, que quando eu recebi o primeiro, foram duas rodadas no DELF, na primeira rodada eu fiquei impactado em entender o que eles queriam dizer com uma questão, na hora que eu entendi, eu respondi de uma maneira que acabou se confirmando, não foi nem para a segunda rodada que era assim, que previsão que você tem para os próximos 10 anos? Não é o que você gostaria que acontecesse, por estar inserido e conhecer eles pediram que a gente fizesse um esforço de tirar os anseios, as vontades, o sentido ideológico de como você gostaria que fosse, então uma das coisas interessantes que apareceu e que na hora que eu entendi eu passei a, eu respondi de uma maneira que acabou sendo a maneira hegemônica de responder, é a separação das diversas missões dentro do SUS, a regulatória que obrigatoriamente fica nas mãos do Estado, de financiamento de um lado, mas de outro lado a de prestação, de prestação de serviços e foi mais ou menos unânime que a linha de tendência é que o Estado conserve o seu poder regulatório financiador e planejamento, mas que transfira a execução para outras instancias, eu

acho que isso é uma, e o Estado no sentido de qualquer nível de governo e eu acho que as organizações sociais nesse sentido não são uma etapa intermédia em que eu estou simplesmente fazendo assim porque me é cômodo agora, mas depois tentando, acho que não, acho que é uma tendência que até o PT esta assumindo como uma tendência que apesar de eles relutarem, eles estão vendo que..

T – Na prefeitura inclusive eles estão começando a fazer isso, quer dizer, em São Paulo é típico...

J – Até na prefeitura de Ribeirão Preto, o prefeito de Ribeirão Preto é o coordenador da campanha do Lula, até na prefeitura de Ribeirão Preto, o curioso é que na câmara municipal de Ribeirão Preto ao propor uma organização social a liderança do PT usou os argumentos do PSDB na Assembléia Legislativa na Câmara Federal e a líder do PSDB que é uma moça da televisão usou os argumentos do PT, então foi uma coisa curiosa, eu quando peguei aquilo eu falei, poxa isso aqui, eu tenho até hoje, qualquer debate que tenha o Conselho Estadual de Saúde eu exibo a folha de São Paulo caderno Ribeirão onde esta as posições inteiramente contraditórias, o PSDB pela sua liderança contra as organizações sociais com os argumentos do PT e o PT é a favor do argumentos PSDB.

T – É interessante, na Bahia o pessoal que é mais critico a qualquer delegação, como na Bahia eles estão passando para as empresas, privatizando não, porque é uma delegação de qualquer maneira, mas estão delegando não para organizações sociais, mas para empresas, a prestação de serviços, com contrato de gestão com tudo só que é empresa, então lá os críticos dizem assim, deveria ser organização social, se fosse organização social seria muito melhor, então lá ao ideal seria organização social, aqui em São Paulo já tem algumas dificuldades, o pessoal é critico as organizações sociais, mas nesse caso especifico das organizações sociais, porque o Estado optou por delegar gestão desses serviços para organizações sociais e não optou por municipalizar? Existe essa possibilidade de municipalização?

J – Não, porque é pior, quer dizer, qual é a necessidade? O que esta na raiz dessa, além de responsabilidade fiscal e Lei Camata, esse país é um país curioso, ele inventa figurinos e depois inventa as maneiras de fugir do figurino do alfaiate, quer dizer, você engessa a administração pública estabelecendo um teto máximo para pagamento pessoal, mas não impede que você faça o serviço de pessoal por transferência para serviço de terceiros, especialmente pessoas jurídicas, portanto a terceirização acaba sendo uma maneira, os defensores intransigentes de que o Estado exerça isso tudo....tem razão, seria preferível talvez funcionários bem treinados, que tenham os benefícios sociais pagos em dia, para não acontecer o que acontece com muita freqüência, você contrata uma terceirizada e aí você tem que responder muitas vezes pelo fato de que eles não recolhem benefícios sociais e a ação não vai contra eles, vai também contra você, porque no fundo eles estão prestando serviços para o Estado, eu acho que as organizações sociais elas na verdade representaram uma maneira de contornar as dificuldades, na área da saúde eu estou falando, em um setor onde a mão-de-obra é intensivo, você tem fundamentalmente mão-de-obra, na hora que você estabelece um teto do orçamento e faz isso sem fazer distinção, quer dizer,

uma secretaria como a nossa ou a educação ou a segurança pública que são baseadas em homens, gente, pessoas, fica do mesmo jeito que energia elétrica não sei o que, que possivelmente poderia ter até um limite menor do que 60% de pagamento com o pessoal, eu acho que isso nas origens é isto e eu não vejo como outra maneira, eu não morro de amores pelo terceiro setor, mas eu acho que é uma solução que acaba dando certo se ela for conduzida com seriedade, ela não esta presa, ela no fundo ela fica tendo que responder ao tribunal de contas também, porque se eu tenho que responder ao tribunal de contas porque eu estou te contratando, você também no fundo, a responsabilidade acaba sendo minha, se alguém for ferrado sou eu, mas no fundo a própria organização social esta sujeita a fiscalização do tribunal de contas.

T – Mais controles do que uma empresa.

J – Mais, claro.

T – Mas menos que o Estado, do que o poder público.

J – Menos que o poder público, mas na medida que o poder público é rigorosamente controlado e ao repassar recursos com a organização social, ela por tabela, ela só tem mais facilidades em contratação, licitações que ela pode fazer em uma compra direta, ela previa, ela agiliza esses procedimentos todos.

T – Mas a minha pergunta era mais em relação ao nível de governo, por exemplo, porque o Estado fazer essa terceirização para as organizações sociais, que alias é chamada de parceria oficialmente, fazer essa parceria com organizações sociais, nesse momento não seria possível repassar isso aos municípios?

J – Eu acho que não, porque os municípios tem a mesma dificuldade que o Estado, eles não tem como ampliar o seu quadro de pagamento de pessoal, eles não tem geralmente, possibilidades de pagar preços de mercado, coisa que as organizações sociais pagam, o próprio programa de saúde da família, na medida em que na época que eles estavam com a Secretaria do Estado e foi passado para a fundação Zerbini você tinha contratações a níveis de contratação de salários de mercado, imagina isso no serviço publico municipal, porque eu não sei como é que a prefeitura esta trabalhando essa questão, porque na medida em que o Qualis foi repassado do Estado para Prefeitura Municipal, eu não sei se eles mandaram todo mundo embora ou se eles estão pagando os salários diferenciados como era no tempo que isso estava na mão do Estado, se eles mantiveram essa triangulação com fundações de direito privado, essa fundações, as organizações sociais, etc, etc. Menos, por exemplo, o hospital de Sumaré e esse agora de Bauru, porque um é com a Unicamp e outro com a Unesp e aí eles vão ser organizações diferentes, não vão ser organizações sociais que um Sanatório com as Irmãs Marcelina.

T – Mas no caso em relação a essas funções dos vários níveis da federação, se o nível estadual ficaria mais na regulação em termos de uma perspectiva futura, essa delegação para as

organizações sociais seria então ou uma parte do processo num primeiro momento ou ela ficaria...

J – Ta certo. Nesse sentido pode ser que isso seja uma tendência de que no futuro elas continuem como organizações sociais, mas vinculadas a um nível municipal, isso sim. Mas regredir, retroagir, sendo uma administração direta, eu acho aí que é quase inevitável que continue do jeito que esta.

T – Quais seriam os principais avanços que o senhor destacaria na

LADO B

T – Os principais avanços no Estado de São Paulo na gestão da saúde e aí depois os pontos que demandam ainda um maior cuidado por parte da Secretaria Estadual da Saúde de uma maneira...

J - Os principais avanços e aí eu vou dizer uma coisa que me é uma coisa tão característica que vai acabar me identificando, foi ter assumido com o principal programa de saúde coletiva, dar assistência medica as pessoas, parece um paradoxo né? Mas o principal programa de saúde coletiva desse Estado é a assistência médica individual as pessoas.

T – Que seria o (QUALIS)?

J – Que seria toda essa organização de estabelecer, de como é que se da o repasse para a municipalização, como é que você estabelece os municípios de nível de gestão, como é que eles recebem, que tipo de atividades eles tem que executar, mas com uma ótica muito de assistência medica, ou seja, foi feito um bruta de um esforço de organizar a assistência medica, então eu diria que a assistência médica ela avançou muito no seu processo organizativo no interior do SUS.

T – Que seriam as dificuldades?

J – Seria tudo, desde a rede de serviços básicos já municipalizados, mas recebendo recursos por transferências fundo a fundo, por repasses especiais, por suplementações com orçamento do Estado para que se faça fundamentalmente aquilo que a população mais reivindica que é ser assistido medicamente, é a medicalização mesmo, é a organização da assistência médica no interior do SUS e eu acho que o principal problema é que com isso se colocou em um papel a relevância relativa os tradicionais programas de saúde coletiva que sempre foram, foi à força da Secretaria do Estado.

T – Mas eles estão sendo assumidos pelos municípios agora, prioritariamente. Atenção básica, programas preventivos, pelo desenho do SUS seria isso? Minimamente o município tem que assumir a atenção básica?

J – Em partes. A própria vacinação é as duras penas que se mantém as coberturas necessárias, aí você tem dificuldades do problema da Tuberculose, dificuldades no programa de hanseníase, dificuldades no programa de controle da raiva, dificuldade no programa de Endemia, o próprio fato da PPI que é maneira de partilhar os recursos para a epidemiologia e controle de doenças que é a PPI e a SED que é o dinheiro para as ações coletivas, só no ano passado que foi dada alguma visibilidade, que ela passou a ter um dinheiro definido, claro, quer dizer, eu acho que o principal avanço foi ter “Inampizado” o principal avanço foi ter feito com competência aquilo que o INAMPS não fazia, porque o INAMPS era parcial, para quem tem carteira assinada, era todo centralizado, quer dizer, foi uma bruta transformação, foi um grande avanço na municipalização do INAMPS ,digamos assim, é uma interpretação que eles não gostam de ouvir. Primeira vez que eu disse isso em publico na presença do Guedes ele ficou meio assim comigo, logo que eu assumi que eu disse em público, que achava que o principal programa de saúde coletivo dessa Secretaria e dessa administração do SUS no momento no Brasil inteiro, não é a assistência médica individual, é a organização da assistência medica, o que não é pouco, a missão de organizar municipalizando o INAMPS é um negócio que se perseguiu durante décadas

T – Diferença entre assistência médica individual e organizar a assistência médica?

J – Organiza-la, eu acho que, claro a assistência médica individual é uma relação medico paciente, agora, organiza-la é um programa coletivo.

T – Ta. E o que seria organizar a assistência medica desculpando minha ignorância?

J – É fazer com que essas coisas, fazer toda essa parafernália de technicalidades e no pessoal do planejamento da Secretaria e dos municípios conseguem fazer com muita competência, quando é que você vai me dar, qual que é meu teto, quanto é que eu recebo per capta, qual que é o extrateto, tudo isso esta relacionado com o atendimento medico individual as pessoas, ou seja, com organização, eu estou organizando.

T – Mas esta organizando também a assistência básica junto com isso, não esta só..

J – Mas a assistência básica não deixa de ser uma assistência medica, eu estou mantendo daquilo que era tradição da rede básica de saúde, mal e mal os programas de Imunização, pergunta para a Malu como é que se executam hoje no âmbito dos municípios os programas que tem a ver com essas coisas. Estou com a razão ou não estou com razão?

T - Você tem que montar essa coordenação no Estado e assumir esse papel.

J – E aí você para fazer com que outros programas que não sejam relacionados com a assistência médica se executem, você tem que carimbar os recursos, você tem que proibir os municípios de utilizarem o dinheiro de vacinação de cachorro de qualquer outra coisa, porque senão eles deixam de vacinar cachorro sumariamente.

T – É um papel de regulação isso?

J - É um papel de regulação. Uma mulher que fala: penso ser a Malu – Quando você retira o recurso, quando você retira uma linha do programa como aconteceu com o Bolsa Alimentação todo um trabalho que a Secretaria faz do Estado ele fica comprometido porque o recurso que é retirado uma política estadual diferente da do Ministério que traz complicações, não consegue obrigar os municípios e os recursos para isso.

T – Mas aí desculpe minha ignorância, eu não sou uma expert em SUS, mas aí a questão da municipalização, quer dizer da autonomia do município, do mando único, tal, ela fica meio vamos dizer assim como a moçadinha fala, embaçada , para não dizer, porque em tese o município teria que autonomamente aplicar esses recursos e etc.

J - Mas não consegue. Quando o Serra vai com uma determinação de fazer catarata de fazer não sei o que, o recurso vem, por mais que eu diga que eu não tenho nenhum, o cara com catarata no meu município tem, se vire.

T – Isso é uma questão interessante essa gestão por programas verticalizados é uma questão interessante porque na verdade você está quebrando, esses recursos poderiam ir para uma gestão , digamos assim, horizontalizadas, universalidade, etc, etc. A hora que faz um programa é meio, me lembra um pouco o negócio do pacote mínimo, é como se fossem pequenos pacotes mínimos.

J - Não tem grande diferença . Agora eles fazem por categoria, nem sei como é M1, M2, média média, média alta, média não sei o que, para cada uma eles falam de M1, M2 , M não sei o que , é quanto eu passo para os municípios em função da classificação que eu fiz deles e qual é a sua capacidade instalada de executar, aí eu tenho um elenco, um rol de ações que é a cesta básica.

T – São pequenos pacotes mínimos.

J – São pequenos pacotes mínimos, são prioridades.

J – Porque eu digo, você é M1, você é esse mesmo atenção básica, mas a Malu é M2, ela tem a cesta básica, mas ela tem mais e aí eu passo mais recursos para lá do que para cá.

T – Porque esses programas, essas campanhas é isso, o Ministério pega um dinheiro e diz ó, eu vou investir nisso, vamos dizer assim, é contraria a lógica da universalização em tese, porque é programa focado, focado em populações específicas.

J – Focalizado, sem duvida.

T – Focalizado, é a estratégia da focalização disfarçada, mas tudo bem. Bom,. Aqui já são questões mais gerais, mas enfim. Qual sua avaliação sobre a participação popular no SUS no Estado de São Paulo? Os conselhos municipais de saúde tem atuado efetivamente na definição de políticas estratégicas e de prioridades?

J – Acho que não, acho que os conselhos estão partidarizados, não são nem ideologizados, por ser ideologizados era uma coisa até respeitável, eles são partidarizados, a sociedade não tomou conhecimento do que significa o SUS e de o que significaria a sua participação de fato nos órgãos decisórios, então eles são normalmente, não sei, em níveis municipais isso deve variar muito, um prefeito mais autoritário bota a família e os funcionários diretos como membros dos conselhos e aprova como fazia antes do SUS, e uma administração mais democrática, mas fica emperrada, então os próprios democratas, democratas do PT se recentem do emperramento que representa o conselho, a meu critério esse é uma das principais, são duas dificuldades imediatas com as quais nós temos que nos defrontar, uma é o conceito de universalidade que tem que ser discutido com o Ministério Público com judiciário, porque eles estão entendendo que universalidade para o que der na telha de qualquer cara que tenha CRM, então qualquer cara que tenha um registro de médico, na visão de um juiz tem tanto poder quanto um comitê de especialistas que faz o consenso nacional de como é que as coisas têm que ser feitas, então ao invés de entender que a universalidade proposta no âmbito do SUS é acesso universal a aquilo que o consenso do SUS definir que é o que tem que ser feito, por exemplo, tratamento de AIDS, tratamento de hepatite B, tratamento de hepatite C, isso feito através de protocolos claros, definidos, concensuados, revistos a cada semestre e isso é que tem que ser universalizado, promotores e juizes entendem que universal é o que me da na telha, se eu quiser óleo de Lorenzo eu determino ao secretario, o cavalheiro, pegar um receituário meu para dar o meu CRM e receitar óleo de Lorenzo o juiz manda comprar o ou coisas desse tipo, então eu acho que são dois temas que eu acho que são essenciais, os outros eu acho que estão andando, bem ou mal estão andando, com dificuldades, o outro é o controle social, que chama contra-facção, quer dizer, estão pondo a perder a figura da participação da sociedade na definição dos rumos do sistema de saúde, pela partidarização, é o que esta acontecendo hoje na campanha do PT, quer dizer, como o PT tem propostas muito parecidas com a do PSDB, eles têm que dizer que esta tudo uma merda, que esta tudo errado e quando o Armínio Fraga vem e diz que eles estão pondo fogo e estão pondo medo no mundo, ele esta pensando nos mercados, globalizar, eu estou pensando no SUS, eles criticam tanto o SUS, porque eles não estão gerindo o SUS, esta tudo tão errado que eu já tenho dito para eles varias vezes, vocês são contra o SUS e eles ficam putos da vida comigo, vocês são contra o SUS, ao não aceitar que as coisas estão avançando, que eu estou melhorando, é porque eu estou em um colegiado que eu tenho que por definição bater no gestor porque o gestor é de um partido que não é o meu, agora eles acabam aprendendo tanto a bater que acabam batendo no Eduardo Jorge.

T – É, aqui tinha uma questão complementar que de certa forma já falamos, que o senhor acha que a resposta seria a questão de financiamento, segundo as suas colocações, se há mecanismos para amenizar ou corrigir desigualdades entre municípios ou entre agrupamentos de municípios internos ao Estado de São Paulo, porque um dos argumentos...

J – Eu acho que se não houver dinheiro novo não há, só se houver dinheiro novo, porque senão tiver dinheiro novo e dinheiro substancial, eu não consigo convencer ninguém a reduzir o seu.

T – Mas por essa lógica o Estado voltaria a ser um escritório meio passador de recursos, para poder fazer a regulação ele teria que ter o dinheiro? Se o Ministério passar o dinheiro direto para os municípios, então ele não vai conseguir...

J – O Ministério jamais vai conseguir que eles pactuem se eles não tiverem um ente intermediário ou regulador.

13 - Maria Lúcia – Coordenadora do SISVAN – Instituto da Saúde

R Então, a pergunta é essa, né a questão, como é que nós temos trabalhado pra fazer esta interlocução do Estado com município..... o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, dentro do sistema que vocês colocam aí, do SUS, e que tem que se fazer um relacionamento muito intenso entre, definindo bem os papéis do nível do Estado, do Nível municipal, algumas coisas caminham de uma forma mais integrada dentro da própria secretaria, vamos dizer assim, mais definida, porque vem de uma discussão toda do Ministério, com recursos do Ministério, que são repassadas até fundo a fundo pros municípios e o Estado nesses últimos anos, acho que tem tido uma evolução nesse sentido, de estar redefinindo seu papel como um órgão técnico, como uma assessoria técnica, como um coordenador desse processo junto aos municípios, é essa mesma a função do Estado e a descentralização, a municipalização, ela é necessária mesmo, a gente tem tido grandes avanços nesses sentidos, eu acho que os outros Estados devem ser (reportados) a isso, claro que não (sem) dificuldades, porque o Estado, ele tem uma das grandes, o problema do Estado eu acho, é a própria questão dos recursos humanos, tanto em quantidade com em qualidade que você discuta uma proposta política que dê conta dessa passagem, então outros recursos humanos acabam, profissionais acabam tendo um pouco que correr atrás de uma formação diferente, de postura diferente pra fazer essa interlocução, isso tem sido apontado em vários momentos dessa interlocução, várias gestões do Sistema de Saúde, elas estão um pouco distantes, elas não estão integradas, então o que nós procuramos fazer, eu vou me reportar um pouco na minha área específica, eu sou diretora do Instituto de Saúde que lida com a, não é com a nutrição, lida com várias áreas de conhecimento que tenha muito a ver com o Sistema de Saúde, com educação, política pública é uma avaliação de políticas públicas, mesmo neste sentido em vários segmentos, com pesquisadores e, o Instituto de Saúde tem esse papel, desde que ele foi criado já em 69 ele acaba reproduzindo esse papel dentro do Sistema Único de avaliador de políticas públicas, então quando se fala em nutrição o que o Instituto de Saúde na

verdade, está coordenando esse processo de Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, pela questão de ausência desses recursos humanos nesta área que discutam esse processo de nutrição, então a nutrição dentro do sistema como ele era antes, era sempre colocada como ações de saúde paralelas às ações direcionadas às crianças, então a gente procurou entender, como é que essas ações chegavam então a nutrição sempre foi colocada no paralelo porque se entendia nutrição, geralmente se definiam uma política de nutrição, tanto no Ministério quanto no Estado, quanto nas prefeituras como uma medida de melhorar as condições nutricionais dando alimento, essa é uma questão mais assistencialista e não de você entender o que estava acontecendo dentro do sistema em questão de nutrição, quais eram os agravos nutricionais existentes, quais era o perfil epidemiológico existentes no sistema pra você atuar. Então como sempre foi colocado a desnutrição como está sendo agora colocado no próximo governo, como enfoque central, os programas sempre foram dirigidos pra, não é nem corrigir, mas melhorar com a distribuição de um leite para crianças, sempre foi um enfoque quase central na distribuição do leite, para crianças até 2 anos de idade, incentivo ao aleitamento materno que também, sempre se via como um programa paralelo do Ministério, do Estado e nessa atual conjuntura houve uma evolução muito grande, um amadurecimento até, uma evolução dos conhecimentos de nutrição, uma evolução do conhecimento do perfil epidemiológico da população, as tendências nos problemas nutricionais e uma definição muito, mais, melhor em função de toda a história, uma política de alimentação e nutrição, já essa política de alimentação e nutrição, ela era, (refletida) do Estado e municípios porque, ela não estava dentro do Ministério da Saúde, ela era um órgão especial do Instituto Nacional da Alimentação e Nutrição que não conseguia fazer uma interlocução, muito forte e necessária com o Ministério, então ela seguia esses programas paralelos e isso se refletia em todos os níveis hierárquicos, em todos os níveis de atuação. Bom, com toda essa evolução e uma política de alimentação e nutrição que se direciona a garantir a população uma segurança alimentar e nutricional, então ela abrange não só a saúde mais diferentes setores, mais ela é conduzida pelo setor saúde, pela própria história do setor saúde estar muito mais (discutido) em que as, ações pra se melhorar o (padrão).. epidemiológico, relacionado à nutrição e saúde é ... Sistema de Saúde, esta política de alimentação e nutrição no Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, ela foi inserida na política nacional de saúde, isso facilitou o entendimento dos Estados com quais são as atribuições dos níveis, do nível estadual e do municipal, como é que nós podemos interagir. Então ela deixa de se apenas uma política de distribuição de cestas básicas, de leite, de produtos, e ela passa a ter um compromisso com uma agenda de saúde não só pra crianças, essa é política nacional que está direcionada, ela passa a ser um conjunto de ações na área de saúde e de nutrição que visa melhoria de estado nutricional e saúde não são da criança e gestante, como tem sido há 50 anos esse choque mais procurando também atender, atingir as populações mais idosos, e de adultos no sentido também de estar melhorando, o que foi, o que está acontecendo nesses últimos 30 anos. A população idosa está sendo cada vez maior, proporcionalmente é que se espera, então,....idades mais avançadas até, e trazendo conseqüências importantes, a questão epidemiológica agora, populacional se volta pra questão do câncer, pra questão das doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão, etc, e isso a nutrição entra com um componente muito importante pra melhorar esse quadro, pra dar, pra promover uma melhor qualidade de vida, enfim, então a nutrição adquiriu um aspecto muito importante, isso é um fato ela se estendeu, a política de nutrição, ela se tornou mais abrangente

pela própria história da nutrição neste país, nos últimos em todos os países. Bom, no Brasil especialmente o Sistema Único de Saúde, permitiu que se pensasse na nutrição de uma forma mais integrada e o Instituto de Saúde acabou assumindo isso, porque temos um grupo de nutrição a muitos anos estudando políticas públicas e não temos essa mesma crítica dos profissionais fora do Instituto de Saúde seria necessário a gente ter mais pessoas, uma maior quantidade de recursos humanos voltados pra saúde coletiva, especialmente na área de nutrição pra gente dar conta disso. Como o Instituto de Saúde tem como função básica não só avaliar as políticas públicas e pesquisar nesse sentido trazendo subsídios pra novas políticas, pra melhoria do quadro e tem também a formação de recursos humanos e tem assessoria e consultoria na...básica. assessoria, consultoria, colaborando com o Sistema de Saúde, nós assumimos o papel de estarmos provocando na verdade a implantação desse Sistema de Vigilância Nutricional no Estado, porque não era uma das prioridades do governo na verdade, a secretaria da saúde tem procurado, é, tem procurado, assim, tem se dirigido mais pra dar conta da assistência, a questão da promoção de saúde, de prevenção da saúde coletiva de agravo na saúde coletiva tem sido trabalhado, tem sido trabalhada mais pela coordenadoria, a Coordenação dos Institutos de Pesquisa e Instituto de Saúde têm feito inúmeras, tem dado inúmeras contribuições, pra provocar esse, essa demanda, pra provocar na verdade uma necessidade dentro da secretaria e pra apontar qual que é a contribuição que a secretaria, que o Estado pode estar dando pros municípios, então ela tem que estar respondendo, no momento em que a política nacional de alimentação e nutrição que é o SISVAN né, se insere na política nacional de saúde e começa a repassar recursos, recursos diretamente fundo a fundo pros municípios pra poder começar a mexer com a questão da desnutrição em primeiro lugar, eles, essa política coloca como um pré-requisito a existência de um Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, o que seria isso? Na sua conceituação, ele deveria ter um sistema que abrangesse todos os setores, o que é importante para se ter segurança alimentar? Há uma necessidade que a saúde converse e atue junto com a Secretaria da Educação, com a Secretaria da Agricultura, com a Secretaria do Meio Ambiente, com a Secretaria de Planejamento, enfim, haveria uma necessidade de uma, de um projeto intersetorial que atendesse as questões da nutrição como uma, mais pra você chegar até isso, você tem que começar a trabalhar e conhecer, conhecer quais são os problemas na verdade que a população do Estado de São Paulo tem, relacionados a nutrição, alimentação e nutrição? Então, o setor de saúde é um local ótimo pra que você, pelo menos tenha um perfil dessa população que está buscando sistemas e, quais são os principais agravos que você pode começar a trabalhar. Como a saúde é, atinge, atua em 565 municípios, com unidades básicas de saúde, outras unidades, ou mesmo hospitais, como é que você vai traçar esse perfil? Pra traçar esse perfil e você ter um quadro mais próximo, você teria que colocar alguns indicadores e montar esse sistema pra toda a população que busca esse sistema e você ter periodicamente uma análise de que, qual população é essa que está buscando esse sistema. São obesos? São crianças anêmicas? São gestantes? Ou é tudo isso, ou tem algum outro, pra traçar esse perfil é que a gente começou a implantar um Sistema de Vigilância Nutricional que é o que a gente chama este daí né, mais ele não, ele está (completo) ele está começando, temos um caminho muito grande a percorrer, mas nos avançamos nesse sentido buscando exatamente isso o que vocês estão querendo medir um pouco. Como é que nós temos feito esta interlocução com o Estado e com os municípios, pra gente chegar nisso? Então, nos consideramos fundamental o envolvimento, de ordem ligadas à

secretaria nós não podemos trabalhar em instituto de saúde sozinho, com os municípios nem tem cabimento, nós temos que trabalhar num conjunto e que os municípios tenham uma atuação e sintam qual é realmente o objetivo desse sistema, e como eles podem atuar e como que eles se reportam, e como eles podem agir, não é só o diagnóstico, não adianta eles saberem que tem 10%, 4% de desnutridos se eles não sabem o que fazer com estes desnutridos, ou se eles não tem essa resposta rápida pra que eles possam atuar. Então esse sistema não é uma coisa muito simples, como não tem sido as outras também, que a gente está implantando, mais é um processo que ele avançou bastante, porque? Se antes nos precisávamos montar esse sistema, e não é de agora, eu acho que com a política de nutrição e saúde com o SUS, e isso tem favorecendo muito essa, essa nosso, chegar nessa.. conhecendo melhor a nossa população, atuando pra melhorar a qualidade de atendimento, o que nós prepusermos aos secretários e Estados da saúde? Vamos formar um grupo em que as pessoas quem (comporão) esse grupo, elas estarão representando a instância na secretaria que lidam com os municípios e que elas se integrem inicialmente no nível estadual. Então nos formamos um grupo com o Instituto da Saúde que é da CIP , da Coordenação, de Institutos de Pesquisa com a coordenadoria do planejamento da saúde com a Coordenadoria de Saúde do Interior, com a Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana e Grande São Paulo, e com os COSEMS, Conselho de Secretários Municipais de Saúde que lida diretamente com os municípios, mesmo essas Coordenadorias. Então é, pessoas, representantes, representando essas instituições do nível estadual acabaram formando um grupo pra discutir a importância, teve toda uma sensibilização dessas pessoas, pra que serve o Sistema de Vigilância Nutricional, e como nós podemos trabalhar isso? Sensibilizamos realmente com essa atuação e motivados também, envolvemos as Diretorias Regionais de Saúde e chagamos aos municípios, implantando, o que? Chamamos as Diretorias Regionais, tivemos toda uma apresentação no processo de sensibilização pra que elas nos ajudasse a montar um sistema, que nós não montamos um sistema e fomos implantar, como se fosse uma coisa pronta, nós queremos sentir como é que as Diretorias Regionais de Saúde, com órgãos se comunicam com os municípios, com é que elas enxergam. E a gente ficou muito satisfeito porque eles estavam, detectaram que havia muita necessidade de melhor conhecimento nessa área, de uma sensibilização mesmo dos municípios para o Sistema de Vigilância Nutricional, porque o Ministério, por sua vez, estava repassando recursos fundo a fundo pros municípios pra eles trabalharem a questão da desnutrição, só que os municípios não estavam preparados, como eles poderiam estar respondendo ao Ministério e alocando recursos. Este dinheiro que era repassado era pra comprar leite e óleo, e tinha um outro recurso adicional, que era pra preparar material educativo e começar a trabalhar a questão da desnutrição. Então era esse programinha que se propunha, que se chamava Incentivo ao combate das Carências Nutricionais, mais os municípios não sabiam quantos, quantas crianças desnutridas eles tinham, eles tinham um estudo que mostrava uma tendência e uma hipótese que naquele município que devia ter 20, 30, 100 crianças dependendo do tamanho do município e a, esses estudos transversais que são feitos periodicamente, pra se avaliar, mas concretamente o que significava desnutrição, quais eram os critérios pra se avaliar o estado nutricional, qual era o instrumento principalmente pra eles poderem estar utilizando, pra ter uma uniformidade até de conceitos e de perfil desemprego, não sei quanto por cento, .. mesmo critério, mesmo padrão de referência, então o que nos fizemos foi isto, discutir essa forma de atuação com o Estado, no grupo, se

envolveu as Coordenadorias, se envolveu Diretorias Regionais e as Diretorias Regionais trouxeram os municípios, trouxeram dúvidas em relação, como nós poderíamos caminhar nesse sentido e aí nós fizemos um software, um aplicativo aqui em São Paulo, com a participação das diretorias regionais, o indicador que a gente, mínimo que a gente tem que usar é o que o Ministério de define que é peso pra idade da criança, se ela é adequada, não é adequada tudo isso a gente discutiu com as Diretorias Regionais e chamou os municípios e fizemos esse aplicativo e envolvemos os municípios pra eles entenderem qual seria o fluxo e os dados, porque não interessa só a informação ser coletada, ela tem que ser coletada por alguém que entende o que está fazendo, a importância dele estar pesando direito aquela criança e pra que vai servir aquilo, e ele ter o retorno. Olha das minhas crianças nessa unidade de saúde, 4% delas são desnutridas, bom, então o que eu faço com estas crianças que você não espera que sejam? Porque você não espera que sejam, se você achar até 3%, até você considera esperado, mas a partir de 4% você já pode ficar preocupado que tem alguma coisa de desnutrição naquele município. E como é que você trabalha isso? Então os dados, nós montamos com os municípios e a (DIR) todo o fluxo que dá, eles passam pelas Diretorias Regionais e eles vêm aqui pro instituto, nós trabalhamos os dados, então o programinha já retorna a própria, hoje em dia, o próprio município, ele consolida seus dados, ele já sabe, ele tem como, já verificar qual é a prevalência de desnutrição naquele, nas unidades onde ele implantou esse sistema, se ele implantou em todas as unidades e está trabalhando em conjunto com todas, então ele sabe e consegue ver qual unidade de acordo com a região ou que está trabalhando melhor com a questão e ele sempre acaba dando alguma, algum respaldo do que fazer, do tipo de ação, material nós temos, (no caso) material, então assim, o que a, o objetivo que vocês estão fazendo nesse trabalho, assim, é como que nós temos trabalhado essa questão, ela não é uma questão muito simples, de você juntar município, Diretoria, Regional, Coordenadoria, Institutos de Saúde em um trabalho conjunto, mas é necessário, vejo um caminho que você tem um sucesso do que você faz, claro que isso tudo pode ser feito dentro de uma política, dentro da própria Secretaria da Saúde, na definição de suas prioridades de colocar a saúde da criança como um todo, de trabalhar a saúde da criança com um todo porque no momento nós estamos trabalhando só criança, então na saúde as criança entraria nesse contexto todo, entraria mortalidade infantil, entraria a imunização, entraria a saúde mental, entraria nutrição, enfim, aleitamento materno, é um componente que a gente deveria estar trabalhando junto com tudo e fazendo um trabalho mais integrado até das equipes, mais a gente entende que isso é um processo, estamos trabalhando cada um, um pouco segmentado mais a proposta é a integração mesmo, pra que o próprio município lá na ponta, ele veja a criança, é uma criança com várias ações, ele consiga estar atuando em conjunto, isso nós não alcançamos ainda, mais, acho que a tendência é essa, a tendência é pra que a gente melhore realmente a qualidade de vida da criança, e nutrição também vai atingir o adulto, atingindo a gestante é, enfim, nosso sistema, se nós conseguimos aprofundar, estamos neste momento agora, introduzindo altura pra idade, que é o nosso indicador precisamos introduzir um, planejando não é nem planejando aqui no núcleo de informática, o Ernesto que é o nosso programador ele já está estudando uma fórmula de cálculo, porque é um trabalho enorme que você tem pra formar um aplicativo, o cálculo do índice de massa corporal que vai servir pra avaliar o desnutrido ou o estado nutricional, o estado nutricional, a situação nutricional do adulto e até de adolescentes, isso você vai trabalhar não só

com desnutrição mais com obesidade e introduzir um outro elemento que seria a hemoglobina pra crianças, você sabe que problemas de anemia é muito, é muito freqüente na nossa população e hoje a gente tem que fazer .. porque quando você mostra a dimensão do problema pra um determinado município, você motiva o município a estar atuando, quais são as ações necessárias para que você diminua o problema ou atenda com maior segurança. Acho que é esse o papel do Estado, de estar colaborando com essa descentralização toda do sistema e dando subsídios pro município atuar com segurança, com material educativo, com discussões, com seminários, enfim, e dando também apoio e instrumentalizando o município e coordenando esse processo, o Estado, ele não pode perder o seu papel de coordenador nesse processo, até pra ele fazer a vigilância. Dentro do Estado de São Paulo, o que existe de desnutrição, o que existe de obesidade, o que existe de problemas cardíacos, enfim, o que existe de perfil dentro da população que a saúde pode estar atuando e melhorando essas condições, acho que é nesse sentido que nós temos trabalhado, é uma experiência muito rica...

SILVIA - E é bem recente a implantação?

CACAU - Recente, muito recente, se fala em Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional desde a década de 70, alguns países tentaram montar, mas não é uma coisa simples é muito complexo, mesmo porque envolve uma decisão política importante. No Brasil se buscou fazer um Sistema de Vigilância Nutricional em 84, 85, mais no nordeste com recursos do Banco Mundial, bom, então se você tem o recurso, você faz mais é num setor, você não tem um Sistema de Vigilância no Município, no Estado, é complexo, então ele só voltou com força no Brasil depois do Sistema Único de Saúde, que desmembrou uma possibilidade de você estar integrando as ações de saúde de estar retornando com perfil nutricional do que está acontecendo até pra questionar se você dá alimento ou se você , que tipo de atuação você tem, se dá leite, se não dá leite, o que faz com as crianças dos municípios e se existe a desnutrição, em que grandeza ela existe e o que pode ser feito, se existe um município que tem mais desnutrição, você pode ter uma política mais direcionada pra aquele município e o outro não, está bem, tudo depende desse diagnóstico e de um acompanhamento porque não adianta ter um diagnóstico que estabelece uma periodicidade pra você fazer uma análise em cima desse diagnóstico, que a gente ainda não estabeleceu porque a montagem desse sistema e o retorno nós temos, é recente, nós começamos a montar esse sistema praticamente em janeiro de 2000 e nos conseguimos implantar esse sistema em 442 municípios.

SILVIA - O sistema, o município é que implanta e a DIR tem o papel mais de sensibilizar os municípios da região né?

CACAU - Exatamente.

SILVIA - Observando essas experiências, porque você acha que uma DIR consegue sensibilizar um maior numero de municípios que outras? Você acha que...

CACAU - É, eu acho que a questão é...

SILVIA - Porque há um empenho maior que a DIR ou será que há um relacionamento da DIR melhor com os municípios?

CACAU - As duas coisas, eu acho que, é, a gente observa características diferentes de atuação da DIR, a gente.. tem municípios mais formadas, multiprofissionais até e que tem um trabalho já, há mais tempo e está trabalhando com os municípios, (tem) trabalho mais dirigido com os municípios, então você encontra uma receptividade maior, a sensibilização, ela é mais fácil de ser entendida e até já contam com uma necessidade, a questão da nutrição, a questão dos problemas nutricionais, a questão da criança, a questão do adulto, (então) tem uma facilidade maior eu acho, que a formação das equipes da DIR, a motivação, a própria direção daquela, da DIR eu acho, que é fundamental, com ela se compõe e como ela atua. Então, não é um problema, não é uma questão isolada, assim, a nutrição não, em alguns locais ela não conseguiu implantar o Sistema de Vigilância Nutricional porque não houve resposta mesmo, ela não tem resposta pra outras ações, não era a Vigilância Nutricional só. Nós temos dificuldades em algumas DIR, a DIR, de Taubaté, eu não sei identificar qual é o problema, mas na maior parte, a DIR 1, por exemplo, é o município de São Paulo, aí é uma questão de tempo também, começaram a introduzir o Sistema Único de Saúde faz quase 2 anos, mas nós estamos sendo solicitados, não pela equipe, mais pelo Secretário Municipal já, Eduardo Jorge, já pediu pra que a gente enviasse uma proposta pra ele que ele está interessado em implantar no município de São Paulo. E seria super interessante, São Paulo é uma cidade. aí eu tenho problemas muito complexos, pra nós é um desafio fazer isso, pra gente, está um pouco acanhado de estar fazendo essa proposta, porque as eleições aconteceram recentemente e a gente nem sabe o que acontece em janeiro pra gente estar assumindo um compromisso. Então, nós estamos dando um tempo, mas achamos fundamental estarmos implantando esse município de São Paulo, com a experiência que a gente acabou adquirindo, mas neste próprio grupo, pelo menos nessa constituição não... talvez não as mesmas pessoas, mas algumas, até as mesmas que tem até uma trajetória, mas por representações, porque a gente trabalha nesse sentido, Nós jamais fomos, sempre evitamos esse contato direto com o município, sempre esse (conceito) por meio da coordenadoria da (CIR), da coordenadoria da saúde do interior que nos trabalhamos muito bem com ela, porque são municípios menores, menos complexos que têm uma unidade, então nós trabalhamos muito bem com a Coordenadoria de Saúde do Interior, que é ela que chama as diretorias. Então esse respeito à hierarquia é fundamental pra que qualquer ação tenha algum tipo de sucesso e seja reconhecida, a gente não aceita, mesmo porque não acha lógico, se você quer um sucesso numa determinada ação, você tem que envolver todos os níveis do sistema, você não pode ir direto. Tivemos já várias, vários pedidos dos municípios de nos estarmos indo, resolvendo porque a própria DIR não responde, mas nós evitamos fazer isso de todas as maneiras, porque você quebra a sua interlocução com a coordenação, o que a gente faz quando os municípios reclamam, a gente colocar, fazer uma reunião com todos presentes pra eles se queixarem á DIR, e não se queixarem ao setor de saúde, ou a esse grupo, porque se tem algum, alguma interrupção na relação do Estado com o município isso não vai ser resolvido com o Sistema de Vigilância Nutricional, seguramente na é só essa (confusão) que está acontecendo. Então, vamos sentar e ver o que está acontecendo, a gente já faz esse tipo de reunião, não pra

provocação mesmo, mas acaba sendo de provocação, porque os municípios acabam vindo e reclamando que a DIR não encaminha os dados. Porque a DIR não encaminha os dados? Então, a gente faz assim, quando a gente faz esse, o mapa está sendo, tem a Vigilância Nutricional e aí você faz os exemplos, e diz, óh o município não tem nada, a DIR, a sua DIR vai ficar em branco, eu acho que é um relatório também, que a gente também tem essa preocupação de você estar mandando relatório pra Diretoria Regional e ela, observando, como é que está a dela em relação à dos outros, até pra motivar a questão da discussão de integração, não aparecer,.. Diretorias Regionais no Sistema de Vigilância Nutricional caminhando e as outras em branco. Então a gente não quer, e a gente discute muito isso, mas essa relação, ela não é simples, ela exige um trabalho de, e esforço, exige, porque há uma ansiedade de quem está lidando com os dados de ah, eu, de reclamar, de eu vou ligar e pedir e fazer, porque a DIR não manda, não, respeitando as hierarquias, nos discutimos no grupo qual é a melhor conduta, pra que não quebre, pra que as pessoas sintam segurança de que nos não estamos trabalhando num grupo em que todo mundo, todos, todos os níveis têm importância, tem a sua importância dentro do sistema, se na tiver essa conscientização não dá os dados e não chegarem, a gente tem que denunciar de alguma forma e de que jeito que a gente faz? Então, vamos pôr todo mundo junto e as coisas vão aparecer, nós não vamos denunciar só por denunciar, então, tem um município, até que o dado não apareceu. Como não apareceu? Eu mando todo mês. Onde está? Parou na DIR. A DIR está aí? Está. Então, porque parou? Não, é porque a gente trocou a pessoa da informática e eu acho que a pessoa da informática. Porque tem muito essa questão de mudanças que, é um não passa pro outro, então é muito dinâmico esse processo, não são sempre as mesmas pessoas, a gente procura sempre ter um interlocutor da Vigilância Nutricional no município, um interlocutor na Diretoria Regional e eles, são esses os interlocutores, mais muitas vezes muda, ou muda alguém dos sistema de informática e você não está sabendo e ele recebe aqueles dados, então ele tem que ser, tem que trabalhar, permanentemente trabalhar.

SILVIA - E tem recurso destinado aos municípios??

CACAU - Ah tem.

SILVIA - E com que é feito?

CACAU - Tem recursos, pro município não, tem recursos é, nesse fundo que era do ICCN e que até agora em Dezembro, os municípios que tinham o Incentivo de Combate as Carências Nutricionais, recebiam, gora outra proposta do Programa Bolsa Alimentação, e aí..segue meio a reboque, o que nos temos procurado trabalhar no Estado de São Paulo é mostrar a importância de você ter o diagnóstico e seguimento dessa população e os problemas que existem pra atuar independente do programa, mas ele não é tão independente porque é o programa que dá o recurso. Então num determinado momento foi o ICCN que deu, transferia fundo a fundo pros municípios e eles tinham que fazer relatório pro Ministério, tinham que fazer avaliação e a gente colaborava com tudo isso, desde que eles tinham um Sistema de Vigilância Nutricional e que eles vão conscientizando, pra que serve essa Vigilância Nutricional. De repente, muda pro Programa Bolsa Alimentação, aí já fez todo um treinamento, uma discussão, um fluxo, todos os

processos de, processos de ICCN que era a política anterior, eles eram analisados por este grupo, não o grupo todo, a gente designou duas ou três pessoas pra analisar, porque eles tinham que ter um plano, isso é uma exigência do Ministério e não nossa, e isso, para Câmara Técnica, da Câmara Técnica pra BIPARTITE a BIPARTITE pra TRIPARTITE e aprovava o programa de Incentivo ao Combate de Carência Nutricional pra aquele município, e a gente acessava que ele tinha um Sistema de Vigilância Nutricional, mais eles não tinham, nós começamos a implantar, então era um pré-requisito, eles não tinham mais estavam implantando e a gente dava esse apoio, fazendo esse aplicativo. No momento em que entra o Programa Bolsa Alimentação muda, e você têm que atuar também, todos os níveis óh, está mudando, o que isso significa, em ganhos e perdas, o Programa Bolsa Alimentação, ele é totalmente diferente, porque não passa, ele não repassa dinheiro pra fundação, ele repassa o dinheiro pra mãe, pra mulher diretamente, é aquele programa social do governo, que é o Bolsa Escola, Bolsa alimentação. O que nós discutimos como grupo da secretaria, Instituto de Saúde nessa coordenação e discutindo com o Ministério e com as Diretorias Regionais, o que significava pra nós a entrada do Programa Bolsa Alimentação no Setor Saúde. Se em determinado momento foi muito claro pra todos, a gente procurou deixar claro que o importante era você ter o diagnóstico e saber quem é que você ia atender no Programa Bolsa Alimentação, na hora de você (provocar)..crianças, que família que você...SUS ela estando na saúde, ela tinha que ter não só o critério que é colocado pela Bolsa Alimentação, da família receber menos que 90 reais por mês, mais a criança ser desnutrida, porque você não vai poder atender toda a população que ganha menos que 90 reais, então, como está na saúde? Quem é a criança desnutrida? Que além do pai, da família ganhar mal e não ter como sobreviver, a criança já está em risco nutricional, não era nem desnutrida, é risco nutricional, e aí (viam) um esforço grande dos municípios entenderem essa proposta pra estar, estar fazendo o cadastro de quem vai.... com esses critérios, e não é uma coisa simples porque teria que estar com a Vigilância Nutricional montada, coisa que não existe nos outros Estados, informatizado, momento nenhum, no Paraná você tem um acompanhamento mais, mais é tudo manual e é uma coisa que está sendo feita a 10, 15 anos, é, por um grupo separado do Sistema de Saúde, é, Estado de São Paulo, nós avançamos muito, nós procuramos sempre estar integrados as Coordenadorias, as Diretorias Regionais porque (tendo) hierarquia e os profissionais e as outras ações de saúde. E aí é complexo, é complexo porque você tem que garantir a Vigilância Nutricional e ao mesmo tempo tem que ter o repasse pra aquela mãe que está recebendo menos de 90 reais e você tem que sensibilizar os municípios pra eles não esquecerem da Vigilância Nutricional. Porque como não é, não tem sido possível, eles estão tentando, tem até um software que esta sendo testado em alguns municípios do Brasil, pra controle dessa Bolsa Alimentação, com Sistema de Vigilância Nutricional, mas é, não foi implantado e a Bolsa, o Programa da Bolsa Alimentação começou, então, com é que você faz esse controle? É que só quem tem Vigilância Nutricional e como a gente tem, a nós, quisemos amarrar muito isso, conversando com o Secretario, tudo bem, (e aí) na saúde topa garantir que a vigilância nutricional, o sistema continua como pré-requisito? Por ele tudo bem, ele acha ótimo, só que é muito difícil quando não vem uma diretriz muito segura do Ministério, porque não pode... porque eles não tem instrumentos, com é que eles (controlam) que aquela criança desnutrida se eles não tem o sistema? Então, ficou uma dificuldade incrível de se cadastrar, de cadastramento, primeiro que num Sistema de Saúde você não tem profissionais que consigam

separar e buscar, e buscar não era nem, não era.. tem que buscar as famílias que ganham menos de 90 reais, nós não temos profissionais pra fazer isso. Então como é que você cadastra essas crianças? Pra São Paulo a única ação que a gente deu pra todos os municípios era pegar.... que a gente tem.. de crianças já diagnosticadas com risco nutricional é (serviço) prioritário pra Bolsa Alimentação e em torno dessas ir buscar, mas, pesar antes e identificar a situação nutricional porque já tinha um esquema montado, agora pra quem não tem o esquema montado, nós nos dispusemos a estar ajudando a montar o programa que é feito pela Internet, o município, ele acessa a, o instituto de saúde e ele tem as orientações de como ele implementar o software, aí ele começa a fazer, sempre com a orientação da Diretoria Regional, dos nossos interlocutores, está repassando essas informações e ajudando a montar. Então você tem um canal direto com as Diretorias Regionais e a gente está, tanto que nós estendemos, nós estávamos em dezembro com 240 municípios e nós estamos com 440, quase dobramos, porque, é, a necessidade de você ter o cadastro pra você direcionar e o Ministério como não tinha como exigir isso dos Estados porque se pensou nesse programa mas que ele seria implantado num prazo mais longo, no foi preparado isso, então o que eles fazem? Eles começaram a pegar as listas das crianças que recebiam Bolsa Escola, que é um cadastro, eles fizeram um cadastro, eles chamam de CAD UNICO que é um cadastro dos programas sociais, então as mesmas crianças que recebem Bolsa Alimentação, também recebem, recebem Auxílio Gás , também tem mais um outro que eles introduziram, então ficou, ficou um cadastro único, das mesmas famílias, agora, o que nós, não, nos esforçamos muito este ano, é que nos não queríamos desvincular do Sistema de Vigilância Nutricional que a Bolsa alimentação exige uma, um complemento de uma agenda de saúde, então nos temos que buscar, não é época da escola, pode até ser, época, mas será que essa, é realmente aquela que não tem acesso? É buscar quem não tem acesso é que o mais complicado, se você já tem você tem os números de Bolsa X, mas você tem metade desse X, que você já identificou como criança com risco nutricional e que as famílias recebem menos de 90, é, 90 reais mensais, você já tem uma parte que você já começa a repassar recursos pra essa mãe, diretamente, e o restante você tem que buscar na comunidade e em municípios pequenos, não é complicado, basta você deixar bem claro essas, essas, esses critérios e chamar, porque até pra nós é gratificante, quando a comunidade se junta e eles vão procurar as Unidades de Saúde, aí você tem uma complementação, não é só a mãe receber aquele dinheiro, mas ela está inserida num Sistema de Saúde, que a coisa mais difícil, é você buscar os menos favorecidos pra questão do atendimento no sistema. Então, era uma forma de buscar e é o que nos estamos tentando fazer, com muitas dificuldades, e, enfim, eu acho que a gente tem trabalhado nesse sentido de integrar, implantar o Sistema de Vigilância Nutricional integrado ao Sistema Único de Saúde, respeitando as hierarquias e procurando integrar ações, não funcionar isoladamente com mais um Programa da Nutrição, não é um programa da nutrição, tanto que a gente aceitou o desafio do Dr. Guedes de organizar um Simpósio da Saúde da Criança, e muitas pessoas me perguntaram, mas porque o Instituto de Saúde vai organizar um Simpósio da Saúde da Criança e não é o planejamento que organiza!! Porque você aceitou esse desafio!! Porque eu aceitei, porque eu acho que nos temos é que realmente fazer isso, é buscar, conversar, é uma oportunidade da gente repetir as dificuldades e a, e as conquistas que foram feitas, todas as ações da saúde, é a imunização, é a mortalidade infantil, é a saúde mental, é a saúde ... o que a gente está fazendo pra criança como um todo, não só a saúde, é buscar o que a educação está fazendo, o que os

(municípios) está fazendo, o que o esporte e turismo está fazendo, o que a cultura está fazendo, e com essa, eu acho que é uma política estadual,.. da criança, não é a Vigilância Nutricional, a Vigilância Nutricional é um complemento, que se a gente mostrou que é possível, ela não ficou como uma prioridade do Estado, ela não ficou, e a gente nem achava que ia ficar, mais no momento em que você abre essa oportunidade dos municípios, da.. trabalharem com indicadores e conhecerem a sua população na vigilância Nutricional, e integrar, assim, é uma resposta muito gratificante, porque eles começam a enxergar, já enxergaram, espero, muitas equipes enxergaram, mas, elas começam a enxergar que o Estado também está começando a enxergar esta inter-relação e que facilita os canais, facilita uma ação mais abrangente, do problema, dos problemas que ocorre com as crianças e espero que atinja o adulto também.

14 - Maria José Ribeiro Linguanotto – Coordenadora da Coordenadoria de Planejamento da Saúde de São Paulo (CPS).

Rodrigo: A primeira coisa que eu gostaria de saber é o que vocês fazem, o que o CPS realmente faz, qual o papel dele?

Mazé: O CPS é uma coordenadora de planejamento e ligada a essa coordenadoria tem várias diretorias, tem uma diretoria de informações que é a CIS “Centro de Informação de Saúde”, tem uma diretoria de controle e avaliação, tem uma auditoria e uma de programas de modo geral, da criança, da mulher, do idoso, mental, (bucal), tudo isso está ligado ao CPS e também esta ligado ao CPS o programa de saúde da família e a Secretaria Executiva de Informática que cuida mais da parte de Infraestrutura da Informação e o CPS ele tenta, ao mesmo tempo em que ele é uma assessoria do gabinete do secretario ele é um articulador entre duas coordenações e esses programas que eu estou te falando. A Secretaria tem duas grandes coordenações, uma que é a coordenação da região metropolitana e a outra que é a coordenação do interior que da mais ou menos metade da população para cada um, só que a metropolitana lida com 39 municípios e a do interior com 600 municípios. A coordenadoria da região metropolitana tem cinco diretorias regionais e do interior tem 19 diretorias e o CPS tenta (plantar) uma cara da Secretaria para que todas as coordenações tenham realidades distintas, a realidade daqui de São Paulo é uma a do interior é outra bem diferente, então a gente tenta articular, trabalhar em conjunto com essas duas coordenações e dando para ela uma cara de Secretaria mesmo.

Rodrigo: Outro ponto, a visão que vocês têm hoje da Secretaria de Saúde é como uma reguladora ou hoje ela presta muito serviço também?

Mazé: A Secretaria ainda presta muitos serviços porque a gente teve um atraso grande na municipalização no Município de São Paulo, ele ficou praticamente oito anos fora do SUS, resolveram implantar o PAS e aí ficou praticamente fora, então a Secretaria ela tem muitos serviços aqui na região metropolitana principalmente no município de São Paulo.

Rodrigo: Mas a tendência é que ela fique mais como reguladora ou não?

Mazé: **A tendência é que ela fique mais como reguladora. Agora a gente tem uma preocupação de passar para os municípios esses grandes hospitais que se constituem em referencia estadual e até nacional como o caso, por exemplo, do INCOR, do HC. Essa é uma preocupação que o secretário tem de estar deixando esses grandes hospitais na mão dos municípios, mas com o plano, com a NOAS que tem termo de compromisso a gente acha que dá para ajustar, mas essa é uma preocupação do secretário tem que grandes hospitais caíam na mão de municípios que só olha para si. O prefeito foi eleito para tomar conta daqueles municípios, ele não tem nada a ver com os outros municípios, essa é uma opinião do Secretário.**

Rodrigo: Em relação aos Consórcios.

Mazé: A gente tem consórcios, mas não temos experiências muito boas com consórcio não. Teve um Consórcio no Vale do Ribeira, mas esse consórcio a secretaria praticamente banca tudo repassa e um recurso grande para eles. Tem um consórcio em Penápoles que eu sei que continua, mas a gente não tem estimulado a formação de Consórcios, não faz parte da política da Secretaria.

Rodrigo: Mas porque?

Mazé: Não sei exatamente explicar o porque, eu sei que a gente não tem estimulado, a do Vale do Ribeira eu sei que é assim: é um consórcio, mas na realidade quem paga é o Estado, quem injeta dinheiro naquilo lá é o Estado para tocar um hospital que é um hospital estadual que esta sobre gestão desse consórcio e tem a de Penápoles que eu nem sei se esta funcionando, não é uma política da Secretaria o incentivo ao consórcio.

Rodrigo: E a partir da NOAS o que mudou realmente, o que modificou na política, na organização?

Mazé: A gente não pode dizer se mudou alguma coisa, a gente só esta trabalhando em sentido de implementar a NOAS, uma coisa assim que foi feita que eu acho que foi em função da NOAS que é legal foi a avaliação de equipe, a gente avaliou os 171 municípios plenos, nós fizemos

uma equipe de mais de cem pessoas que foram para os Municípios e fizeram uma avaliação de cada um desses municípios em todos os itens não só pela NOAS como a gente introduziu questões visando medir se estava melhorando a qualidade de serviço e assim é um produto da NOAS que eu acho que foi muito legal, mas a gente ainda não conseguiu mudar muita coisa com a NOAS eu acho que a gente está trabalhando no sentido de implantar, mas ainda não sentiu o efeito dessa mudança, porque ainda não implantamos.

Rodrigo: Há muitos conflitos entre o Estado e o Município?

Mazé: Então, a gente tem um conflito sério que é a história do Comando Único.

Rodrigo: O que seria isso?

Mazé: É o seguinte, o município ele é pela NOAS tem uma interpretação de que o município é gestor de todo o serviço que tem em seu território e inclusive serviços como eu já te falei de grande porte como o HC, INCOR, serviços estaduais de níveis secundários e terciários e por enquanto nós não estamos ainda esse conflito, mas vejo que vai ser um problema daqui para frente, eu acho que a hora que eu conseguir fechar a PPI e a hora que a gente começar a realmente implantar a questão do comando único vai parecer muito forte.

Rodrigo: A PPI seria o que?

Mazé: Programação Pactuada Integrada onde há toda uma divisão dos recursos, então vai ter uma coluna que vai ter o recurso para o município atender sua própria população e o recurso para atender a população dos vizinhos, então é isso que a gente está fazendo agora, está pactuando cada um desses itens e cada um dos grupos de procedimentos, internação, a hora que a gente fechar isso aí nós vamos começar a ter outros problemas, um desses problemas é a questão do comando único porque a Secretaria não concorda de estar passando esses grandes hospitais para o município.

Rodrigo: Não?

Mazé: Do atual Secretário, pode ser que outro que venham não pense isso, mas o atual secretário ele não acha que o HC tem que estar nas mãos do município de São Paulo, por exemplo.

Rodrigo: Ele não quer...

Mazé: Ele acha que é um hospital que atende muito mais o município de São Paulo e atende até o Brasil e por isso tem que estar na mão do Estado que tem uma visão regional, agora pode ser que mude.

Rodrigo: E mudou muita coisa com a mudança da Prefeitura?

Mazé: A prefeitura ela se habilitou na questão básica, foi uma das coisas que ela fez nos primeiros atos do Secretário foi à habilitação da atenção básica e já foram municipalizadas e a Secretaria até 2000 tinha unidades básicas sobre sua gerência, isso já foi municipalizado e a última coisa que foi municipalizada foi o programa de saúde da família, como não tinha, o município era contra o SUS, estava de costas para o SUS a Secretaria teve que implantar o programa de saúde da família e ela fez isso e aí a gente tinha muita dificuldade de passar isso para a prefeitura, mas finalmente nós conseguimos acho que em maio desse ano passou isso pela prefeitura, então mudou nesse sentido.

Rodrigo: O PAS prejudicou o Estado...

Mazé: O PAS prejudicou muito porque pelo o que eu sei os funcionários da prefeitura não sabem nem o que é SUS, para eles é uma sigla assim, os funcionários de carreira que ficaram lá entendeu? Você tem que fazer todo um trabalho de capacitação para eles se situarem onde é que eles estão e essa história do PAS a prefeitura nem sabia o que era SUS, ficava de costas mesmo e agora com a vinda do Eduardo Jorge que é uma pessoa que participa de todas as lutas dos sanitaristas, ele mudou isso rapidamente, pelo menos tentou, mas eu acho que a prefeitura ainda tem muitos problemas principalmente com a atenção básica, não está funcionando ainda e está caindo muita coisa nos hospitais estaduais.

Rodrigo: Sobra muito ainda para o Estado ou leva bastante...

Mazé: É, porque o Estado tem grandes hospitais, então onera muito os hospitais que se queixam como a prefeitura, como a rede básica não funciona vai cair tudo nos hospitais e coisa que não deveriam estar indo para os hospitais poderiam ter sido resolvidos na rede básica, essa é uma queixa que os hospitais tem.

Rodrigo: Quais os desafios para os próximos anos da Secretaria?

Mazé: O desafio é esse mesmo é implantar a NOAS, essa questão do comando único. Primeiro vamos fechar a PPI e depois vamos ver o que vamos fazer com o tal do comando único uma coisa de cada vez, não vou pensar em tudo agora senão não sai do lugar, então vamos fazendo por partes.

Rodrigo: Sobre as DIRES, como que foram os critérios para estabelecer...

Mazé: Olha, as diretorias regionais na realidade foram estabelecidas em 1995 e eu não participei desse processo, eu não sei exatamente quais foram os critérios para dividir essas regionais, realmente eu não consigo te ajudar nessa parte, eu não sei quais foram os critérios, quando eu

cheguei na Secretaria já estava dividida, eu sei de algumas brigas que tiveram, por exemplo, (Araraquara) e São Carlos, brigas regionais, são rivais e aí São Carlos queria que a sede fosse lá, agora eu acho que a gente cometeu uma série de enganos nessa divisão que eu acho que deveria ser revista, por exemplo, o município de São Paulo ele é uma regional só e ele é muito grande, deveria ser no mínimo três regionais. Algumas coisas que a gente precisa rever, algumas regionais tem de ser desfeitas, outras criadas, mas isso eu acho que é uma coisa para o próximo Governo que deveria estar revendo.

Rodrigo: Você acha que o fato de ter uma só prejudica muito?

Mazé: O Município de São Paulo? É uma DIR muita pesada, não prejudica o atendimento, prejudica o processamento das coisas.

Rodrigo: A administração.

Mazé: A administração e o gerenciamento porque é tudo assim: a gente fica esperando a DIR 1 acabou, aí espera de um, espera de outro, se fossem três eu acho que seria mais interessante.

Rodrigo: Quanto tempo a senhora trabalha aqui na Secretaria de Saúde?

Mazé: Eu sou funcionária de carreira, eu trabalho aqui desde 1972.

Rodrigo: E melhorou muito de lá para cá?

Mazé: Ah...sim, sem duvida, melhorou bastante em vários aspectos, tudo melhorou não só a Secretaria, a Secretaria, pelo menos ela se programou para ficar mais enxuta, mais ágil, mas eu acho que ainda tem alguns ajustes a serem feitos, principalmente nessas questões de divisão regional e coisas assim que dá para você achar que está funcionando bem, no interior, por exemplo, quando chegou, dividiu, eram cinco macro-regiões e ficou uma só, uma coordenação só.

Rodrigo: Onde é a coordenação do interior?

Mazé: No quinto andar do outro prédio.

Rodrigo: E como é negociado o acordo, por exemplo, entre a prefeitura, o Estado, um hospital vai para um município, como que é o processo disso?

Mazé: Primeiro essa discussão começa nas regionais porque o diretor regional é responsável por articular aquele município da região dele, aí a proposta vem para a coordenação do interior e depois ela vai até o gabinete do secretário, ela vem subindo dessa forma, agora para passar mesmo aí muitas vezes vem com a comissão Bipartite quando tem algum conflito, você sabe o que é comissão Bipartite?

Rodrigo: Não.

Mazé: A Comissão Bipartite é uma comissão onde senta de um lado os secretários municipais e do outro pessoal da secretaria, ela funciona com 7 secretarias municipais e 7 representantes do Estado, não tem nenhum presidente e o Secretario de Saúde do Estado tem o mesmo voto, o voto dele vale o mesmo que qualquer outro e a gente procura trabalhar sempre por consenso, então quando tem algum problema a gente forma um grupo para discutir o problema e procura trabalhar com consenso, é na função Bipartite que passam todos os tetos dos municípios, os tetos financeiros dos municípios, a preferência de teto passa para a Bipartite e a Comissão Bipartite tem uma câmara técnica que é onde o pessoal senta e discute e já leva para a reunião para a comissão que é uma vez por mês a coisa mais ou menos acertada, antes a gente não fazia isso, era um inferno, maior pau, maior briga, mas agora a gente faz e eu acho uma boa solução, porque o pau come na câmara técnica, aí a gente já leva tudo mais ou menos acertado.

Rodrigo: Quem propõe, normalmente as mudanças da municipalização é o Estado?

Mazé: Não. Na realidade quem propõe é mais o Ministério, por exemplo, a NOAS que é a norma operacional da assistência ela foi discutida Tripartite, ela foi discutida com o Ministério, com os representantes do Estado e representantes dos municípios, então foi a Tripartite, sentaram os três e discutiram isso até saiu um documento, saiu um documento aí com uma serie de erros, saiu outro documento, mas tudo se discutiram entre os três, representação dos três lideres: Federal, Estadual, Municipal.

Rodrigo: Não sei se você tem dados, mas com relação à participação popular no SUS...

Mazé: Você tem o tal do controle social e aí essa participação se da mais no conselho estadual e nos conselhos municipais. Com a 9/96 tiveram que criar esses conselhos, quem não tinha criado não podia se habilitar é um dos principais requisitos, então a participação popular se da mais através dos conselhos, agora eu tenho uma restrição séria contra os conselhos que eu acho que eles são manipulados politicamente é muito complicado você lidar com o conselho Estadual, por exemplo, porque tem representação Bipartite, segmentos e aí fica uma coisa, fica difícil de você lidar, na realidade a população esta bem longe.

Rodrigo: Politizados.

Mazé: É muito politizado. Eu acho um horror, o Ministério tomou algumas iniciativas nesse sentido na hora que ele manda a carta, ele pegou as internações de determinadas patologias e mandou carta para as pessoas dizer o que tinha achado, você tem também, aí você teve um retorno, muitas vezes a pessoa tinha sido atendida pelo SUS, tinha pagado atendimentos, aí esse hospital é obrigado a ressarcir esses atendimentos, outra coisa também é a avaliação que o Ministério também implantou que é o programa nacional de avaliação do serviço de saúde, é o PINAR, que você tem que avaliar não só o hospital, mas também a opinião do usuário, o que ele

acha daquele hospital, de um modo geral a opinião é boa e eu para mim o grande problema do SUS é o acesso a ele, a hora que você entra a coisa funciona bem o difícil é entrar, mas na hora que você entra as coisas funcionam bem.

Rodrigo: E a Secretaria ela repassa algum recurso para os municípios, algum incentivo?

Mazé: Ela repassa algumas coisas para alguns municípios em específico, não é política da Secretaria repassar recurso todo mês para o município ou percentual aceitável, essa não é a política da Secretaria, ela repassa através de convenio, não é Fundo a Fundo ela repassa o recurso para os municípios e para as Santas Casas também, as entidades filantrópicas, mas não como uma política, como um recurso que o município tem direito a ter todo o mês, não faz parte.

Rodrigo: Isso é esporádico então?

Mazé: É. Quando há uma necessidade, quando é detectada uma necessidade geralmente isso começa também na regional e vem até o secretário, aí é feito um convenio que repassa os recursos para os municípios, mas não é uma política da Secretaria investir nos municípios dessa forma, ela preferiu investir em hospitais que tem um caráter regional que atende toda uma região do que ficar repassando recursos para município.

Rodrigo: A gente falou que para corrigir as desigualdades entre os municípios, o que a Secretaria faz...

Mazé: Então, a gente trabalha com o índice de responsabilidade social do Estado de São Paulo, ele pega vários indicadores e classifica os municípios de acordo com esses indicadores, então você tem os municípios que são pólos, municípios grandes, municípios economicamente dinâmicos e de baixo desenvolvimento social, municípios saudáveis e de baixo desenvolvimento econômico, de baixo desenvolvimento econômico, mas o social está melhorando e de baixo desenvolvimento econômico e social e a gente procura classificar os municípios de acordo com esse índice e trabalhar tendo isso em mente que você sabe que aquele município é pobre e a população dele está mal, a gente usa isso para embasar o trabalho da gente, agora não tem nenhuma, tem uma coisa importante que a gente fez que foi a questão de implantar a saúde da família com um aporte dos recursos do Estado baseado, então nós pegamos as regiões mais pobres do Estado e para essas regiões a gente deu um incentivo para implantar a equipe de saúde da família além do incentivo que vem do Ministério, então não pegamos o Pontal de Paranapanema que era uma região extremamente carente com os assentamentos, pegamos o Vale do Ribeira todo e depois partiu para o Vale do Paraíba, aí foi uma tentativa de se compensar essas regiões mais pobres no sentido de estar recebendo algum recurso mais sistemático da Secretaria.

Rodrigo: E o que a senhora está achando aí do Governo do Covas, do Geraldo?

Mazé: Eu trabalho nesse Governo, como vou dizer que não concordo? Eu acho que tem muita coisa para se fazer ainda, eu acho que fez muita coisa, esse Governo fez, botou para funcionar 13 novos hospitais e isso não é fácil de fazer, são 13 novos hospitais que estão espalhados na sua grande maioria em São Paulo na região metropolitana e você tem o programa dose certa que distribui medicamento em todos os municípios do Estado gratuitamente e eu acho que tem uma série de coisas muito positivas no governo de Geraldo/Covas, mas eu acho que ainda tem muita coisa a ser feita, porque a saúde é uma coisa, é um buraco sem fundo, você tem a pressão da incorporação de tecnologia o tempo todo, as indústrias farmacêuticas e de equipamentos que não param de produzir coisas novas e não tem recurso para tudo isso, eu não sei qual vai ser o fim disso, até onde vamos chegar com o SUS que dá direito a todo mundo ter acesso a tudo, porque é muita coisa, a indústria farmacêutica é muito dinheiro, eles não param de inventar, a gente está agora com um programa sendo implantado pelo ministério de medicamento de Alzheimer e a indústria está fazendo propaganda na televisão, passe já no seu posto de saúde, o Estado agora está fornecendo medicamentos de Alzheimer, nós não conseguimos nem comprar ainda e se o Estado de São Paulo não conseguiu comprar ainda para os outros ficam bem mais difícil, mas já está fazendo propaganda na televisão, isso é coisa que colocou na televisão que é uma forma de pressionar a Secretaria a adquirir os medicamentos. É um buraco sem fundo, essa parte de medicamentos, corporação e tecnologia, a hora que você acha que todo mundo tem direito a tudo pelo SUS e a idéia do SUS é essa, eu acho que chega uma hora que fica muito difícil, não tem dinheiro para tudo isso, por mais que tenha emenda.....que tenha essas coisas você não consegue os recursos que é muito dinheiro e a pressão da indústria farmacêutica é pesada, eles jogam pesado mesmo.

15 - Dr. Homero Nepomuceno – Ex- Secretário Municipal de Saúde de Santo André-SP.

Rodrigo: Para começar eu queria saber primeiro em que grau se encontra a municipalização daqui de Santo André?

Dr.Homero: Bom, a municipalização de Santo André, ela se encontra, eu acho que como todas as outras, dentro da NOB 96. Santo André é um município em Gestão Plena Sistema, conseguiu se habilitar como Gestão Plena e segue assim até agora quando vai pleitear aí, quando for aberto os pleitos pra habilitação na nova Norma Operacional aí na NOAS, mas no momento a municipalização aqui se encontra dentro da NOB 96 como Gestão Plena do Sistema de Saúde.

Rodrigo: Existe algum ainda, algum serviço que o Estado ainda provê ou, aqui dentro do município...

Dr.Homero: É, aqui em Santo André, o Estado tem um serviço de hemodiálise, que ele é estadual, que hoje ele faz mais ou menos 60% das diálises dos municípios de Santo André, porque os outros 40, é serviço municipal, então o Serviço Estadual tem a hemodiálise, que foi

um problema numa certa época com todos os municípios que não agüentavam os custos crescentes dos serviços de diálise, então a grande maioria dos municípios, mesmo em Gestões Plena, devolveu a diálise pro Estado, Santo André foi um dos municípios que devolveu parcialmente, a gente, ficamos ainda com uma parcela significativa ainda, em torno de 40%, mas os outros 60 nós devolvemos pro Estado, teve municípios que devolveu tudo.

Rodrigo: Vocês têm intenção de, de...

Dr.Homero: De devolver? Mais?

Rodrigo: Não, de devolver não, até por, fazer parte da DIR?

Dr.Homero: Não, de resgatar o serviço? Com certeza, principalmente agora com a nova reorganização do sistema aí da NOAS, Santo André pretende se habilitar na Gestão Plena da NOAS, então, segundo a NOAS, se você habilita o município nessa forma de Gestão Plena do Sistema Municipal, você tem que ter todo os serviços sob o seu comando, sob Gestão Única Municipal, porém há que se equacionar o problema da transferência de recursos, que foi o que motivou a maioria dos municípios a devolver pro Estado. Então em um sistema equacionado não tem motivo nenhum pro município ficar sem o serviço.

Rodrigo: Mas Santo André recebe recursos diretamente do...

Dr.Homero: Do Fundo Nacional.

Rodrigo: Do Fundo Nacional, não passa pelo Estado, por exemplo?

Dr.Homero: Não, não passa, não passa pelo Estado, não passa, o problema é que o crescimento da diálise, o custo dos novos pacientes que entram é maior do que a recomposição de teto, entendeu? Então o que acontece, você não tem uma garantia de recomposição de teto na mesma rapidez com que o serviço aumenta de volume, então o que acontecia com a diálise em particular? Mas também acontece com outros alto custo, você vai pegando o dinheiro de outras áreas pra poder cobrir a fatura do prestador da diálise, o Governo Estadual, acabou criando, por exemplo, algumas formas de financiamento do alto custo, através das (APACS) do fundo estratégicos e tal, isso deu uma amenizada mas não resolve totalmente o problema, então o que me parece, é que o Estado que tem um orçamento maior, tem mais capacidade de absorver esse crescimento vegetativo, e negociar com mais calma com o Ministério uma recomposição de teto, os municípios, como o orçamento é menor, qualquer aumento de custo muito rápido faz com que desequilibra o Orçamento Municipal. Então esse era um problema, e o Estado ficou com esse serviço, com a diálise, e a pergunta que a gente fazia na época e faz até agora é, se o Estado aceitou de volta, e ele resolveu pagar, porque ele não transferiu dinheiro pro município continuar pagando? É a pergunta que todo mundo fazia, bom, eu quero continuar com o serviço só que eu não estou agüentando o aumento de custo, então a gente queria uma complementação do Estado pra continuar pagando.

Rodrigo: E o Estado não quis dar essa complementação.

Dr.Homero: Não quis dar, não, falou não, ou vocês devolvem que eu pago, ou complementação não tem, era um entendimento da Secretaria Estadual de Saúde e então foi uma crise na época dos municípios porque a gente achava que começar a devolver serviço ia contra a lógica do SUS, porque como pode, o município é Gestão Plena mas tem serviço que ainda está sob a Gestão Estadual, mas, eu acho que aí o que falou mais alto era assim, você não poderia tirar dinheiro do PAB, do Piso da Atenção Básica pra pagar diálise, que era o que estava acontecendo, e aqui em Santo André, a gente acabou fazendo uma situação mix, que a gente falou bom, mas também ficar sem nada, ficar tudo na mão do Estado pra nós é complicado porque nós temos um município de porte médio pelo menos.

Rodrigo: E aí vocês acabaram ficando com os 40%.

Dr.Homero: É, aí nós mantivemos um prestador com a gente que era um contrato próprio do município e devolvemos só o que era contrato sub-rogado do Estado. Então a gente conseguiu manter um, 40% ainda na mão do município e o resto a gente devolveu pro Estado, esse é uma coisa, o outro serviço que ainda está mantido a nível do Estado é o Hospital Estadual de Santo André que é uma OS, uma Organização Social, que foi inaugurada agora há uns oito meses mais ou menos, 10 meses no máximo, e que está sob Gestão do Estado ainda não se tem claro qual é a definição da, do papel do Estado na gestão dessas OS.

Rodrigo: E o município não faz nenhuma ingerência?

Dr.Homero: Não, no momento não.

Rodrigo: Nesse hospital...

Dr.Homero: Nesse Hospital Estadual não, nenhum município eu acho que faz gestão em nenhuma OS que o Estado abriu, esse é um ponto que está pra ser discutido, me parece que politicamente o Estado não abre mão da gerência desses serviços.

Rodrigo: É que ele mantém alguns hospitais regionais do Estado?

Dr.Homero: É, e então isso é um ponto de discussão ainda na implementação da NOAS, se você for no pé da letra da norma, é, esses serviços teriam que vim pro município caso o município se habilite na Gestão Plena do Sistema Municipal, porque a NOAS é clara a esse respeito do Comando Único a nível municipal se o município é Gestão Plena, porém, como toda norma sempre tem as suas exceções, me parece que o Estado está negociando aí um, uma saída aí, uma janelinha, uma válvula de escape pra esses hospitais continuarem sobre gestão do Estado, mesmo o município se habilitando na Gestão Plena da NOAS.

Rodrigo: Faz tempo que você trabalha aqui ou não, na prefeitura?

Dr.Homero: Na prefeitura eu já, eu estou já desde 1989, mas aqui na Gestão do Sistema eu estou desde 97.

Rodrigo: Houve muito conflito na época da municipalização, dessa descentralização do Estado e município ou não?

Dr.Homero: Não. Não houve conflito nenhum, na verdade o Estado, principalmente na NOB 93 e na NOB 96, ele tinha uma política de realmente, incentivar o município de aderir à municipalização, eles, acabavam incentivando e os municípios que não estavam se habilitando era os que estavam sofrendo pressão pra se habilitarem. Então não houve, houve até pelo contrário, houve um incentivo por parte da Direção Regional e da própria Secretaria Estadual pra que os municípios se habilitassem na época na NOB 93 e depois na 96.

Rodrigo: E hoje, como é que é, qual é a relação, como é a relação do município com a DIR aqui de Santo André? Eles são atuantes não são?

Dr.Homero: Olha, se você for ver aqui na região do ABC, os municípios, eles têm um peso muito grande, eles são municípios fortes, um peso grande, São Bernardo, Santo André, São Caetano, mesmo Mauá e Diadema, são orçamentos, são municípios quem têm um peso de orçamento grande, tem sistemas municipais estruturados e isso leva com que esses municípios tenham uma dependência menos da DIR, do que a gente vê, por exemplo, no interior, no interior os municípios estão mais frágeis, menores, dependem às vezes de um município pólo, como no caso Ribeirão Preto, São José do Rio Preto, que tem 40, 50 municípios pequenos...

Rodrigo: Não, lá é enorme.

Dr.Homero: Então você vê que nesses locais a DIR exerce um papel muito grande, tanto do ponto de vista econômico quanto de assistência técnica, de auxílio técnico a esses municípios pequenos, aqui na verdade não, os municípios muitas vezes, tem um maior poder, na grande maioria das vezes do que a própria DIR, então isso de uma certa forma cria condições do município de gerir o seu próprio sistema, mas por um outro lado também fragiliza a região do ponto de vista de se articular melhor, globalmente, porque também aí há uma competição entre os municípios, cada município acaba tendo, se voltando muito pra dentro de si, querendo resolver os seus problemas localmente, não fazendo muita troca, assim, de serviços, e acaba tendo aí um, uma dificuldade nesse aspecto e a DIR por seu lado, ela acaba não capitaneando essa Organização Regional, porque muitas vezes o município não vê na DIR, a legitimidade de fazer essa política...

Rodrigo: Homogênea...

Dr.Homero: É, de organizar e articular os municípios, o que também é um pouco aí a nova definição do que é o papel da DIR, nessa nova concepção da NOAS, então aqui no ABC, como a DIR não tem poder de execução de serviço, tem pouca coisa, apesar que agora tem o hospital estadual, eles têm a orto de prótese na mão deles, os medicamentos de alto custo, alguns serviços de diálise, mas isso não é o suficiente pra eles amarrarem os municípios.

Rodrigo: Digamos assim, em termos de política homogênea a DIR não consegue, realizar isso suficiente a promover uma política homogênea em todos os municípios. É difícil esse papel para ela?

Dr.Homero: Olha, aí tem uma questão de caráter de papel da DIR, mesmo no interior, aonde ela até consegue fazer isso, por poder político, por poder econômico, por o Estado ter uma representação muito grande, diferentemente daqui, eu acho correto a DIR ter esse papel, esse papel ele deve ser delegado a CIR, onde que você tem o Estado e os municípios fazendo a discussão da política regional, eu acho que assim, os municípios não devem ficar sobre a tutela da DIR, sobre a direção do Estado como ente superior e que emana a política para os municípios cumprirem. Então eu acho que é assim, na definição do papel da DIR, eu acho que assim, a DIR, ela tem que ter capacitação técnica de ser um catalisador, um indutor, ela tem que prover os municípios, vamos dizer assim, ela tem que prover os municípios de algumas diretrizes mais gerais que foram tiradas dessas reuniões da CIR, atuar tecnicamente em alguns setores aonde um ou outro município se mostre mais frágil, porque também nem todos os municípios aqui da DIR que são iguais, por exemplo, você tem Rio Grande da Serra que é um município pequeno, então cabe a DIR, aí dar um suporte técnico maior a Rio Grande da Serra, Ribeirão Pires, ou mesmo Santo André, tem áreas que o nosso município ainda carece de capacitação técnica e que o Estado detém, por exemplo, um know-how como é o caso da Vigilância Sanitária, onde o Estado atua com maior desenvoltura há muitos anos, você tem alguns laboratórios como o Adolf Lutz, a (SUCEM), no controle de endemias. Então assim, eu acho que a DIR, acabaria fazendo esse tipo de trabalho, organizando aí a questão do alto custo, do, das referências regionais, procurando fazer o papel de mediador entre um município como serviço mais forte ou outro que tem um serviço mais frágil e vice e versa né, então um dos grandes,umas das grandes tentativas da própria NOAS, é restabelecer esse papel da DIR, ele é menos um Gerente Regional que manda nos municípios e mais um papel de apoio de, coordenação de instrução e em determinados momentos de acordo com a fragilidade do município ou de algum setor do município ela entre mais forte.

Rodrigo: E isso aqui na região, por exemplo, ela consegue ser?

Dr.Homero: Não, eu vejo que assim, a DIR, aqui tem dois tipos de coisas que eu considero, é primeiro, por ela não influir muito na questão dos serviços, tradicionalmente ela sempre teve um papel mais político e articulador, porque como ela nunca mandou muito nos municípios, e nem os municípios nunca obedeceram muito ela.

Rodrigo: Mais autônomo os municípios.

Dr.Homero: É, então ela também, por um lado não é como no interior, que ela mantém alguns municípios na rédea curta, então aqui os próprios diretores da DIR, até pra sobreviver politicamente, sempre fizeram esse papel de colocar em torno deles os municípios pra negociar numa mesa, então esse é o lado, vamos dizer assim, bom dessa historia porque a DIR aqui nunca realmente quis ser tutora de município nenhum, sempre procurou lidar politicamente como os municípios, pegando as diferenças, as divergências, fazendo esse papel que é um papel interessante da DIR fazer.

Rodrigo: E faz bem feito?

Dr.Homero: Eu acho que sim, faz, de acordo com a realidade da nossa região eu acho que faz, independente de partidos políticos, de posições ideológicas, eu acho que existe um, uma harmonia de interesses que não são iguais, mas tem se mantido discussões em bom nível dentro da CIR, mesmo agora com esses dois Hospitais Estaduais né, de Diadema e de Santo André, a DIR tem se portado de uma maneira bastante solidária com os com os municípios na execução dos serviços na definição dos serviços que vão estar sendo implementados nessa (gestão) do Estado, eu acho que faz. Agora o outro lado que eu não vejo, com satisfação, com força nessa DIR, é justamente o lado técnico, é, diferentemente do interior onde a DIR mantém vamos dizer assim, um núcleo pensante e que esse núcleo pensante acaba remetendo aos municípios capacitação técnica, os municípios recorrem a DIR, para fazerem planos municipais, para fazerem projetos, pra, e qualquer tipo de portaria ou coisa que sai, a DIR é sempre uma referência dos municípios no interior pra poder se informarem, atualizarem e solicitarem apoio, eu... Então aqui já não, eu acho que a nossa DIR nesse aspecto ela se esvaziou, tanto de numero de gente quanto de técnicos. Os municípios absorveram muitas pessoas da DIR, por conta das municipalizações, quando os municípios aqui se municipalizaram na época da NOB 93 e depois da 96, puxou muita gente do Estado, muita mesmo, se você for hoje nos vários municípios, inclusive em funções de gerência, em funções de direção dos municípios tem muita gente que tem vínculo estadual, na verdade uma boa parte dos profissionais do Estado na época, foi quem entrou nos municípios para promoverem a municipalização, então acabou de uma certa forma esvaziando a DIR, e outra, era a questão salarial, os municípios pagam um salário muito mais atrativo do que o Estado aqui, então puxou muito técnico do Estado para o município, e uma outra coisa que eu vejo é a proximidade com a capital, então isso também remete os nossos municípios, por exemplo, com uma relação muito grande com a DIR 1, até a pouco tempo uma boa parte das nossas referências estavam na DIR 1, então a gente não acabava não negociando com a DIR 2, acabava negociando direto na DIR 1.

Rodrigo: Em São Paulo.

Dr.Homero: Em São Paulo, então essa proximidade também da capital faz com que a região do Grande ABC também se volte muito pra São Paulo, aí é Hospital São Paulo, o HC, os tradicionais mesmo prestadores de serviços ambulatoriais pesados, oncologia, cardiologia, hemodinâmica, a gente acabava tendo uma relação muito estreita com São Paulo e acho que

diferentemente do interior aonde o município se relacionava com a DIR local e a DIR local se relacionava com a DIR 1 ou com a Coordenadoria da Grande São Paulo.

Rodrigo: Direto, direto.

Dr.Homero: Aqui a gente acabava tendo um canal direto pela proximidade e pelo conhecimento, porque como as pessoas moram por aqui, trabalham por aqui, vivem aqui, conhecem, conhecem o diretor da DIR 1. Então isso acabava enfraquecendo muito o papel de interlocução da nossa regional.

Rodrigo: Acontece ainda hoje em dia?

Dr.Homero: Hoje em dia o próprio Estado já disciplinou mais isso, mas é, você sabe que é difícil acabar com uma cultura, que não acaba só com portarias e normas, então ainda acontece, mas menos, a própria cidade de São Paulo tem cortado as nossas referências e devolvido pra cá, não é mais aqui, agora vocês tem referência na sua região, então isso tem diminuído.

Rodrigo: Agora um pouco falando sobre participação popular, hoje os Conselhos Municipais são eficientes, tem um papel importante, são capacitadas as pessoas? Um panorama assim daqui de Santo André.

Dr.Homero: Olha o Conselho Municipal de Santo André, pelo que eu conheço de todos os Conselhos, ele é um Conselho atuante, porque assim ele se reúne periodicamente, as reuniões sempre têm quorum, há uma participação efetiva não só da parte dos prestadores de serviço, quanto da população, as Conferências Municipais são realizadas também periodicamente, inclusive esse ano, foi um ano de realização de conferência e de renovação no Conselho, eu acho que nesse aspecto o Conselho é atuante. Santo André é um município politizado, o poder público tem uma baixa capacidade e influenciar na escolha dos Conselheiros da População e do Sindicato e das Associações que fazem parte do Conselho Municipal, porque eu tenho visto principalmente no interior uma, assim, quase que um (monoteísmo) muito grande do Poder Executivo na indicação de membros do Conselho por parte da comunidade, porque o Poder Executivo é muito gemônico no município pequeno, então isso faz com que o Conselho acabe ficando muito governista, São André já não, aqui a sociedade ela é plural, ela é politizada, então as Associações, os Sindicatos, a comunidade ela não aceita esse direcionamento do Poder Executivo, então eles acabam tendo um grau de organização que eu considero independente do Poder Público que estiver hoje na administração, e isso é bom.

Rodrigo: E eles participam das comissões e da...?

Dr.Homero: É, aí assim, já participação, fora reuniões e conferências, eu acho que aí é um ponto fraco, porque eu acho que assim, o Poder Público e os Sindicatos, algumas coisas assim, as Associações e as Universidades que fazem parte, têm mais facilidade colocar os seus representantes para participar do cotidiano, Comissão de Finanças, Comissão de Políticas

Públicas, Comissão de Recursos Humanos, uma Comissão que tira para fiscalizar os Serviços de Saúde, pra visitar unidades, e tal, a comunidade, as pessoas que são representantes da população, muitas vezes eles têm outro trabalho, trabalham, são empregados aqui ou ali, precisam de se sustentar, ganhar dinheiro, sustentar a sua família, não estão, não são pagos pra ficar o dia inteiro pra ficar correndo atrás do ver o que está acontecendo. Então você tem esse aspecto que aí você, as comissões elas não caminham como deveriam caminhar, não analisam as coisas, e não fazem os relatórios que deveriam ser feitos com a profundidade que a gente achava que mereceria e aí eu acho que o Poder Público nas comissões ganham um espaço muito grande, porque os nossos, as pessoas indicadas elas acabam ficando full time pra aquela função, e o outro aspecto é também o próprio grau de preparação desses Conselheiros, a gente tem promovido cursos de capacitação, o próprio Estado junto com os municípios têm dado cursos de capacitação pra Conselheiros e isso tem melhorado o próprio entendimento dos Conselheiros da questão do Sistema de Saúde, porém ainda é uma coisa muito frágil, os Conselheiros ainda tem uma visão assim, muito assistencialista da saúde, olham a saúde muito mais pelas suas mazelas do que pela própria política de saúde que está sendo implementada. Mas falando aqui pelo nosso município, desde que a gente assumiu eu acho que o Conselho Municipal tem dado muita dor de cabeça pra gente, então..

Rodrigo: E isso é bom ou ruim?

Dr.Homero: Eu acredito que isso é um grau de medir se o Conselho é atuante ou não, se o Conselho não dá muita dor de cabeça para o Poder Executivo é um mal sinal.

Rodrigo: Mas na hora de, por exemplo, de vocês tomarem alguma decisão, alguma política (de costume), esse Conselho é consultado?

Dr.Homero: Não é, sempre o Conselho é consultado, porque é até por lei, determinadas coisas você não consegue encaminhar pra instâncias superiores se não tiver em ata a aprovação do Conselho, a própria questão da habilitação, da, dos Convênios com o Governo do Estado, com o Governo Federal, relatórios de gestão, quadro de médicos, plano municipal de saúde, isso tudo tem que ser aprovado e constar em ata pra poder ser aceito pelas instâncias superiores aí do SUS. Agora, nos momentos assim de necessidade política, o Conselho tem sempre voltado junto com o Poder Executivo, porque eu acho que nas questões mais macro a gestão que está hoje ela tem uma identificação muito grande com os Conselheiros, então a administração hoje que está Santo André, ela tem assim uma articulação bastante grande com o movimento popular, com as reivindicações da comunidade, pra própria, com o próprio entendimento do que deva ser o SUS, o papel do município, as políticas de saúde municipal. Então nas questões de fundo, nós não temos problemas grandes com os Conselheiros, o que eu falei que nós temos problemas é assim naquela, no miúdo do dia a dia, nas coisas que acontecem, de serviços que não estão indo muito a contento na pauta de alguns produtos, medicamentos, contratação de pessoal, na hora de fazer o orçamento, que sempre o Conselheiro, ele obviamente por ser Conselheiro da Saúde ele sempre quer mais para a saúde e a gente dentro do Poder Executivo, a gente tem outras Secretarias, então nem tudo o que a gente leva pro Conselho em termos de orçamento é o que a

gente gostaria de levar, mas aí a gente faz parte de um Governo e aí a gente também tem que se acertar internamente e depois discutir isso lá no Conselho. Então é aí que nós temos divergências, agora naquilo que é o caminho que o SUS tem que trilhar nós não temos divergências com os nossos Conselheiros pelo menos com a grande maioria no aspecto político a gente não tem grandes divergências não.

Rodrigo: O que o senhor acha que é ainda um grande desafio, a respeito até da municipalização, o que falta ser feito?

Dr. Homero: Olha, em saúde sempre vai faltar mais a ser feito do que o que já foi feito, porque as necessidades elas vão surgindo, vão aparecendo, quando você resolve uma coisa você já tem uma outra pra resolver, então nesse aspecto você vai ter sempre tarefas a serem cumpridas, porem, o que eu vejo hoje na municipalização que precisa caminhar e amadurecer é um pouco a relação entre os três gestores do sistema, o Gestor Federal, o Gestor Estadual e o Gestor Municipal, eu acho que é necessário que essas três esferas de governo, elas procurem cada vez mais se colocarem numa função horizontal e não vertical, como é tradicionalmente a hierarquia nesse país. O município é a base, o Estado é o meio e a Federação é o topo, num processo ascendente da base para o topo onde os municípios que são a base devem uma certa obediência e hierarquia ao Estado, que, por conseguinte deve uma obediência e uma hierarquia para o município, eu acho que numa Federação, os entes são iguais do ponto de vista político e institucional, eles tem o mesmo grau de importância independente do seu tamanho e de sua posição, devem ser respeitados na suas instâncias e buscado nas suas autonomias e a hierarquia que deve haver, é na verdade, a hierarquia de papéis, que eu acho que aí não tem muito como não ter, o Governo Federal ele tem o papel de ter uma política macro pra Nação brasileira, ela tem as grandes metas nacionais, a mesma coisa o Estado e o município, nós temos os Sistemas de Informação que são coletados na base e tem ir até o topo. Então há que haver uma hierarquia de coleta e transferência de dados há que haver uma disciplina de todo mundo pra um não fazer a mesma coisa que o outro está fazendo, porém, isso não deve ser encarado como uma forma de domínio entre aqueles que são detentores do orçamento federal e estadual em cima do município que é o executor da tarefa, e o que eu acabo vendo um pouco é essa dificuldade ainda principalmente de alguns Estados, de alguns Estados de não estarem assim, às vezes aceitando essa definição do novo papel do município, em que pra você executar você também tem que comandar, então o Estado ainda muitas vezes compete com o município como o executor da assistência à saúde, ele ainda tem dificuldades, por exemplo, de transferir recursos de um fundo estadual pra um fundo municipal, hora, se o município não tem capacidade porque não tem orçamento, o Estado vai fazer o serviço no território municipal, hora porque não o Estado não capacita o município e transfira recursos pro município executar. Não, agora não, porque o município ainda é muito frágil, bom tudo bem, então nesse momento o Estado está fazendo, porém, a perspectiva do Estado é um dia não estar mais ali.

Rodrigo: Não estar prestando.

Dr.Homero: É, não estar prestando, e sim ficando de uma outra tarefa que não aquela, que na verdade a gente depende que o serviço tem que estar perto de quem recebe, porque é ali que vai ser dar a relação entre o prestador e de quem toma o serviço, que no caso é a população, não faz sentido o Estado continuar mantendo serviços nos municípios. Hoje é possível isso? Não é, porque existem municípios e município, municípios muitos frágeis, que o Estado vai ter que continuar lá por muitos anos. E outra coisa que eu vejo também é assim, hoje os próprios recursos que são transferidos, muitos recursos estão assim, carimbados, saem de lá do Ministério da Saúde com determinadas vinculações que só podem ser aplicadas naquilo.

Rodrigo: Não tem como re-alocar esses recursos.

Dr.Homero: É, e aí sim, a realidade do Brasil não é igual em todo lugar, então você vê determinadas doenças, por exemplo, do caráter endêmico e epidêmico, vamos dizer, por exemplo, assim, a Dengue aqui na região do Grande ABC, ela é um problema, tem que ser combatida, tem que ser monitorada, não pode abaixar a guarda senão daqui a pouco nós estamos aqui igual no interior do Estado de São Paulo ou no Litoral. Porém, por exemplo, aqui nós temos uma, um problema muito sério, que é, por exemplo, a questão da Meningite, que se você for ver, mata muito mais do que a Dengue, e de repente você não tem a mesma linha de crédito que você tem pra combater a Dengue aqui na região, gasta-se muito mais dinheiro com a Dengue aqui do que, por exemplo, com a Meningite e com a Leptospirose, e que matam muito mais do que a Dengue, aqui é uma região que dá grandes enchentes, tem época do ano sempre, o ABC está sempre nos noticiários aí, então morre um monte de gente de Leptospirose, só que os recursos que vem pra essas duas coisas são mínimo, agora os recursos que tem pra Dengue é enorme. Agora, isso é feito em cima do que? Há uma política nacional de Combate a Dengue, os municípios daqui entraram nela e ganharam dinheiro, não existe um dinheiro que venha para o município combater as suas endemias e as suas epidemias de acordo com sua realidade municipal e regional e aí esse recurso vai ser aplicado de acordo com as realidades epidemiológicas da região. Não, não é assim, é, você tem dinheiro pra Dengue. Mas a Dengue não é um problema pra mim. Bom, então você não tem nada.

Rodrigo: E você não recebe dinheiro.

Dr.Homero: É você recebe aquele piso da Vigilância Sanitária e Epidemiológica e com aquilo lá você se vira, e assim, outras coisas, existe uma série de recursos que ele vem em cima de rubricas, rubricas. Então eu acho que é assim, que cada vez mais, a gente tem que procurar ter a transferência de recurso fundo a fundo, e os municípios serem controlados pelo seu Plano Municipal de Saúde, pelo seu quadro de metas, pelo seu relatório de gestão, pelo cumprimento das coisas que ele se propôs e de acordo com a realidade epidemiológica de cada local, eu acho que buscar esta forma como horizonte é o que está faltando. Porque na verdade, tem dois aspectos, quanto você faz a política de transferência fundo a fundo, que é o que o Ministério diz, porque eu não faço isso com todo o recurso? Estou indo, estou melhorando, estou aumentando, mas não faço isso porque? Porque eu quero garantir determinadas coisas, de repente eu transfiro o dinheiro pro município e ele não faz nada e a coisa piora, é, é o lado ruim.

Rodrigo: Tem que balancear isso.

Dr.Homero: É, então eu vinculo determinadas receitas que eu tenho a garantia que aquilo só vai ser aplicado naquilo, é o lado bom da historia, e por um outro lado, que é o que eu já expliquei, que é o lado ruim, o que é? Você com isso pode estar prejudicando determinados municípios que aqueles problemas, pra ele, não é o que está na pauta dele, e ele acaba ficando sem recursos pra aplicar em coisa que ele precisava ser aplicado, e acaba não aplicando porque você não tem nenhuma rubrica pra aquele tipo de problema. Saúde da Família é um exemplo, quem adere ao Programa de Saúde da Família ganha incentivo, pô legal, então todo mundo vai ter que fazer Saúde da Família? E se eu tenho uma estratégia no meu município que não passa pelo Programa de Saúde da Família? Pelo menos como projeto hegemônico do meu município de Atenção Básica. Eu não ganho nenhum incentivo pra fazer o meu programa de Atenção Básica? Ah não, o Ministério só dá incentivo pra quem for pro Saúde da Família, quem não for pro Saúde da Família não ganha incentivo nenhum. Entendeu com o que é? Então o SUS vai (tolher) um município que tem uma outra estratégia pra Atenção Básica que não Saúde da Família porque ele vai falar bom eu vou nessa pro Saúde da Família, porque aí eu vou ganhar um incentivo. Então você induz determinadas coisas, que não sei se é totalmente correto, então eu acho que assim, buscar uma política de transferência de recursos fundo a fundo cada vez mais e cada vez menos você manter recursos vinculados, obviamente algum sempre vai ter, você tem por exemplo, a questão da AIDS aí, então, agora isso daí são as exceções dentro de uma regra e não o contrario, a exceção hoje é a transferência fundo a fundo e não, porque cada coisa que o Ministério cria, ele cria um recurso vinculado e hoje você tem, se você pegar, se você pegar a conta do Fundo Municipal de Saúde, ela tem umas 5,6 contas, é o PABI que entra numa conta, é o média e alta complexidade que entra em outra conta, é um fundo estratégico que entra aqui, é a hemodiálise que entra ali, a oncologia que entra lá, é a AIDS que não sei o que, é a Dengue. Então se você for pegar um estrato da conta corrente do fundo é uma cacetada de conta, eu acho que isso é um problema que eu acho que tem que ser equacionado. E pra finalizar, eu acho que outra que outra questão é o seguinte, os recursos da saúde, no meu modo de ver, eles são recursos originários dos impostos, de contribuições de todos os brasileiros, a grande maioria arrecadado pela União, uma parte arrecadado pelo Estado, outra parte arrecadado pelo município. Hoje se tem a idéia de que assim, o dinheiro que vem da Federação para o município é dinheiro do Governo Federal, o Governo Federal fala, ah o Governo Federal investe tanto. Não, eu acho que é assim, essa é uma questão ideológica no meu modo de ver, porque assim, esse dinheiro ele não é Federal, não é do Governo Federal, ele é um dinheiro da Nação, é um dinheiro da Nação Brasileira, portanto, o Governo Federal não faz mais do que a obrigação dele, constitucional inclusive de transferi-lo para o município, não é favor nenhum essa transferência pro município. Só que o que acontece aqui no Brasil, é que assim, o município acaba achando que graças a Deus que o Governo Federal me dá esse dinheiro, porque se ele não me desse eu tava ferrado e o Governo Federal acha que assim, não, eu estou dando dinheiro para o município. Então essa relação de poder, ela permeia toda uma serie de atitudes que depois, então quando na verdade não é assim que é pra tratar os entes da Federação, o Governo Federal ele

deveria dizer assim, eu por ser Governo Federal, eu arrecado esse dinheiro que vem dos impostos e esse dinheiro que está arrecadado, esse recurso, que é um recurso gerado pela Nação Brasileira e que está sob minha guarda, está sob minha guarda e responsabilidade, eu vou transferi-lo para os outros entes da Federação custear as Ações de Saúde. É um direito dos Estados e dos municípios receber a devolução desse dinheiro, não é favor nenhum que o Governo Federal faz, e por não ser um dinheiro Federal, e por não ser um dinheiro do Governo Federal, é que eu acho que o Governo Federal não tem que ter esse tipo de controle que ele acaba querendo ter. Lógico, o Governo Federal tem que fiscalizar se o município não está desviando dinheiro, pega dinheiro pra saúde e fica fazendo, investindo em outro setor, como a gente costuma ver aí, por aí, óbvio, corrupção, desvio de recurso, isso tem que ser combatido, não é verdade? Através do Tribunal de Contas, das Câmaras, do Ministério Público e do próprio Ministério da Saúde com a sua Auditoria, então é óbvio que o Governo Federal tem que zelar pelo dinheiro que ele transfere, isso uma coisa, agora, ele transferir o dinheiro achando que o dinheiro é dele, então o município faz o que quer com o dinheiro, porque o dinheiro é meu senão eu não te dou. Ele não tem esse poder de ficar segurando o dinheiro do município porque o dinheiro não é Federal, então isso tem que melhorar também. E tanto do Estado e do município quanto da Federação, eu acho que essa é uma coisa que tem que melhorar, porque o município tem que ser tratado como ente da Federação de primeira classe e não como ente da Federação de terceira categoria que eu acho que ainda acontece.

Rodrigo: Vocês se sentem subordinados?

Dr.Homero: Muito subordinados, até pela própria história do Governo brasileiro que sempre foi muito centralizador o Poder Federal sempre teve um peso muito grande e o Estadual também e o município sempre foi um, a parte mais frágil desse elo da Federação, e eu acho que isso tem que ser resgatado, melhorado, para que os municípios possam cumprir o seu papel.

Rodrigo: É, você precisa ir...

Dr.Homero: Não eu tenho mais um tempo ainda, se você tiver mais pergunta ainda dá tempo.

Rodrigo: A partir da NOAS, a NOAS é um pouco mais recente. Mudou muita coisa?

Dr.Homero: Olha, ainda não deu pra gente sentir a NOAS, que ainda os municípios não se habilitaram totalmente na NOAS, a gente acabou de encaminhar o pleito aí de habilitação do PABI ampliado, mas não vai mudar muito o que é hoje. Então, a gente tem uma expectativa positiva com a NOAS no sentido de organizar melhor a nossa assistência, porque diferentemente das NOB, porque as NOB, elas tiveram um papel muito mais de descentralização de papéis, política, normatização política, institucional, definição de papéis de municípios, criação da municipalização, delegação de responsabilidade, criação de instancias, conselhos, as próprias CIR, e as CIPAS, e tal foi tudo sendo criando nesse processo das NOB. Então, a definição da estrutura organizacional e política, ela se deu muito mais na NOB, nas NOB, e as próprias portarias que foram sendo editadas nesse principio. A NOAS, no meu modo de ver, ela tenta

agora dar um caráter muito mais de organização da assistência e dar um ajuste fino no papel dos municípios nesse processo de prestação de serviços, criando referências, criando pactos que a NOB não previa, então muita gente municipalizou e fechou serviços pra região. Ah eu municipalizei, e agora o serviço é meu e eu não vou prestar por meu vizinho. Isso aconteceu muito, você deve ter ouvido nas suas andanças.

Rodrigo: O Cartão SUS é uma inovação da, também da NOAS?.

Dr.Homero: Não, o Cartão SUS, ele já vem antes, eu acho que a NOAS aposta no Cartão para poder se viabilizar, ele aposta no Cartão pra ter um instrumento de controle de regulação da clientela, porque um dos grandes problemas hoje é sabe da onde a pessoa vem, o cara pra ser atendido ele mente o endereço, porque ele acha que o outro município não vai atendê-lo se ele falar que mora do lado. Então, a NOAS aposta nisso, mas o cartão vem antes, então a grande expectativa da NOAS, é que ela consiga , na medida em que você vai assinar os pactos, não eu sou referência de você pra isso, então assino um pacto e isso fica mais acordado entre os Gestores, quem é referência de quem e tal. Então há uma expectativa grande na NOAS, nessa , nesse aspecto do próprio Estado remodelar o seu papel, a própria DIR ganhar um tipo novo de papel com a introdução da NOAS, que nós já conversamos a respeito disso, aí clareia o papel da DIR nessa historia toda, tem que vencer essa resistência principalmente aqui no Estado de São Paulo, que é, que são, o Estado abrir mão dos serviços que estão no seu controle hoje, os próprios Hospitais Universitários também ele tem que chegar em um bom termo quanto ao município que é o Gestor Municipal, se ele estiver na Gestão Plena, ele tem que tomar conta de tudo, e a, e o financiamento dos serviços ele tem que ser Tripartite. Não dá pro Estado também, ah, então você fica com os Universitários e o dinheiro que eu dava, agora eu paro de dar já que você que assumiu, pô ai não dá, isso, aí não dá pra brincar. Se o Estado hoje financia parte dos serviços que hoje estão sob a sua gestão, se ela passar pro município, o Estado tem que manter também essa fonte de financiamento porque senão o município não tem como suprir então é uma questão que tem que ser discutida. E eu acho que aí, uma coisa que a NOAS não tem como resolver, é o problema da oferta e da demanda, eu acho que isso não resolve com a organização da NOAS, mesmo criando fluxos, referências, criando estratégias de encaminhamento, de demanda, assinando pacto, é fato que hoje,principalmente em algumas áreas você tem carência de demanda, de recursos pra demanda existentes, então mesmo você estabelecendo pactos previstos na NOAS, vai ficar, a fila continua, a demora pra determinados procedimentos continuam e isso vai continuar sendo um problema, não se resolve com portarias e com normas a falta de vagas em hospitais , a demora pra determinados procedimentos e exames, enfim, eu acho que isso a NOAS, vai tentar disciplinar, conhecer melhor, enfim. Mas , há quem tenha a expectativa de que com a NOAS se organize o sistema e acabe não faltando mais vagas, que os leitos estando disponíveis, porque é só uma questão de você ajustar, porque hoje está tudo bagunçado, ninguém sabe quem é referência de quem, os munícipes vão direto aqui e ali, enfim, aonde ele é atendido ele vai.

Rodrigo: Você acha que após a organização...

Dr.Homero: Eu acho que assim, você melhora, você disciplina alguma coisa, porém, você vai continuar tendo a pressão em cima dos gestores, porque existe uma demanda que você não consegue atender, essa é que é a verdade. Você tem uma demanda de ultra-som, que se você não tomar cuidado, hoje, apesar de hoje, o ultra-som obstétrico, se você não tomar cuidado, ela vai fazer o ultra-som depois que ela ganhar o nenê, ela chega lá pra marcar, ela está no sexto mês, marca com três meses o ultra-som...

Rodrigo: Três meses.

Dr.Homero: Ela vai ter o nenê, vai fazer o ultra-som do nenê e não dela grávida, e isso a NOAS não conserta, de maneira nenhuma. Então quem tem essa expectativa, no meu modo de ver, está tendo uma expectativa equivocada a respeito da implantação da norma, Ela tenta organizar a assistência, com essa organização, você pode melhorar, até racionalizar melhor o uso dos setores dos serviços que estão por aí, e poder até a médio e longo prazo implementar determinados serviços que hoje você tem uma carência maior? Sim. Porém , ela não redenção do SUS , de maneira nenhuma, eu acho até que se não equacionar essa questão dos papeis, as transferências de recursos, da transferência de capacitação técnica, de apoio, os municípios podem estar assumindo uma maior carga de responsabilidade sem ter a contrapartida técnica e financeira de gerenciar o que eles necessitam, e aí a gente pode ter problemas em determinados municípios, principalmente em municípios menores.

Rodrigo: É, não tem aquela estrutura que tem em Santo André, São Paulo.

Dr.Homero: Exatamente, porque os municípios, eles são muito (dísparos).

Rodrigo: Certo, eu acho que deu pra falar de bastante coisa. Muito obrigado Dr.Homero.

16 - Roberto Mauro Borges – Coordenador da Macro Interior

Rodrigo: Para começar, eu queria saber um pouco do papel, aqui, da Secretaria Estadual da Saúde.

Roberto: - Olha, é meio complicado. Você tem a Secretaria, hoje, não mais, não a Secretaria do Estado de São Paulo, a Secretaria, de uma forma geral, nós vamos fazer. Ela não tem mais aquele papel operacional de ponta, onde você tomava conta do Centro de Saúde, onde você tomava conta do raio-X e do laboratório. Não é mais isto. É que hoje é impossível você imaginar o Estado de São Paulo, hoje, com 30 milhões, quase, de habitantes, com 645 municípios, impossível. A Coordenação do Interior, nós temos 609 municípios nas mãos. É impossível saber se lá, em Ilha Solteira, o doutor trabalhou ou não trabalhou hoje. É impossível eu saber se lá tem remédio ou não tem remédio. É impossível. E como era com a Constituição de 88. Se você pegar a Lei Orgânica de Saúde de 90, realmente, a nossa missão hoje é muito mais de regular e hoje, elas são macro mesmo, de macro políticas de saúde, no tempo em que o Estado, em 24 regiões de saúde, onde a gente tem um alinhamento superior de orientar, subsidiar, pactuar, ou seja, fazer uma pactuação das políticas de

saúde locais e aí você fazer com o macro e o Estado. Evidentemente a macropolítica da Regional de saúde local, da DIR, ela não é a somatória das políticas dos municípios, como o Estado, a sua política maior não é a somatória das DIRs. Não pode ser isto. Isto não é matemática. Você tem peculiaridades. Têm certas coisas que acontecer, onde o Estado tem desvios de ponto de vista, porque não é este o seu valor. Você tem de pensar. Nós somos o ser pensante. Não é que somos mais do que eles não, mas é pensar. A gente não faz. Em algumas coisas, sim. A gente faz. Por exemplo, nas Regionais, é que o Estado tem de assumir. Um exemplo bastante simples, eu acho, você pega um oficial de clínicas, porque isto é para o Estado e porque não é nem do estado de São Paulo. Ele é do Brasil. É uma outra conversa.

Rodrigo: Quando o município quer pegar o processo para ele, por exemplo...

Roberto: É. Existem várias coisas...

Rodrigo: Eu já ouvi falar isto.

Roberto: É, mas não dá pra pensar nisto. Você esquece... Você pega a Unicamp, por exemplo. Não é a mesma coisa. Você pega o Hospital de Clínicas de Ribeirão Preto. São critérios regionais. Não são nem regionais, nem vice-regionais, mas são políticas regionais do país.

Rodrigo: Mas você tem de ganhar outra...

Roberto: São tendências de outra coisa. Mas é missão do Estado tocar nisto tudo, é claro, vendo e discutindo com os locais. Eu acho que é isto daí.

Rodrigo: Agora, está havendo muito conflito na municipalização, em São Paulo ou em outras...

Roberto: Não. O que você tem, eu acho que isto é relativamente normal. A rotulação da coisa nova. Se você for pensar o SUS, se você pegar, a Constituição de 88 tem catorze anos. Se você for pegar a Lei Orgânica, tem doze anos. É um adolescente. Ainda ninguém sabe como vai cuidar bem deles, mas você tem... e isto é esperado, locais em que a municipalização avançou bastante, onde você tem uma coisa muito séria, muito firme e locais onde ainda não engatou, mas, para mim, é irreversível. A coisa mais séria que este país já teve, assim, de equipamento, montado para uma área de saúde. Você tem algo, que é saúde e o sinônimo, que é a participação popular. Eu detesto o nome controle. Detesto este nome. Por quê. Porque a partir do momento que você participa, você controla. Você vai ficar na “controlose burra” e não é assim. Os Conselhos Municipais de Saúde, alguns muito avançados. Outros, pouco avançados, não têm critérios. Isto faz parte do caminhar da democracia. O importante não é ter pedras. O importante é você saber sair com as pedras. Tirar as pedras e não jogar nos outros. Eu acho que desenhar o lance é muito grande. Você tem, por exemplo, se você pegar a Capital de São Paulo, a municipalização aqui tem, de um lado, um avanço muito grande e, hoje, eu acho que ela está meio parada. Ela vem meio capenga, meio complicada, porquê. Porque

você é muito grande. Ela tem... então, você pega um município... ele, em Lei Complementar, por exemplo, duzentos e não sei quantos, der certo. Você usa como mira. E desses duzentos e não sei quantos, você praticamente não tem equipe lá, porque uma mostra de erros é uma coisa que não deve ser feita. É preciso fazer concurso pra isto. Qualquer idéia é com o promotor da família. É no local. Então, você pega aqui em São Paulo – eu vou exagerar porque eu não conheço muito bem a Capital – alguns de Itaquera. Pode ser alguém de Saúde e da Lapa. Não dá. Passa o ano e não concluiu, porque tem esta história de distância e não é assim. Você tem municípios aí... eu vi um município, há questão de uns dez ou quinze dias, que se chama Anhandeara – conhece? – e, inclusive dois novos oficiais da família, e eles têm uma música, que eles fizeram para o programa e que eles estão cantando, ou seja, eles são a população. Quando você faz concurso, você corre este risco. Alguém de não sei aonde e está vindo não sei para onde. Um erro numérico e está conseguindo aqui esta aderência, só por isso.

Rodrigo: Por que... teve concurso?

Roberto: Não teve. Teve concurso, assim, foi a do bairro ser eleito e o bairro elegeu sua gente. ‘Ah, porque, que nem...’, não é relativo. Você consegue isto aí, com certa competência, onde tem. A área é restrita.

Rodrigo: Mas só que não é viável. Fica difícil... do tamanho de São Paulo.

Roberto: Pois é. E eu não sou daqui. Eu vou cutucando e eu acho que você consegue fazer isto sim. Eu vinha falando muito de participação participativo. Se ele acha que é orçamento e porque participativo, imagina você não pegar Anhandeara, que tem 11 mil habitantes. Um prédio de São Paulo deve ter 11 mil habitantes. Você pega este prédio e faz uma reunião do Condomínio e elege o seu agente de saúde. Não é complicado. É trabalhoso. A cidade de Marília, vamos lá. Não é uma cidade pequena. Tem 180 mil habitantes. Os agentes do bairro são do bairro. Não fez concurso. O bairro escolheu os seus agentes. Concurso emperra, mas uma eleição... Uma eleição mesmo. É o caso. É muito interessante até ser feita. Sujeita a erro? Sujeita a erros. Não tem problemas.

Rodrigo: Que critérios foram utilizados pra definir, o concurso?

Roberto: Entra tudo. Não adianta falar que não entra tudo. Se você for medir com algum critério geográfico, com tantos valores de dúvidas ou outros que são geográficos, procurando vir as áreas administrativas já existentes do nosso espaço e, é claro, você sempre tem influência política em toda e qualquer decisão que o Estado faz. Mas, fundamentalmente, foi um critério geográfico e vendo regiões de saúde previamente conhecidas, até por motivos étnicos. O que não foi por motivos éticos, foi por um motivo só.

Rodrigo: E houve uma melhora nesta situação?

Roberto: Eu não tenho dúvidas. Eu não tenho dúvidas. Eu acho que depois de oito anos, a gente pode falar, com tranquilidade, que a decisão das DIRs foi uma coisa importante. Como no Estado, mas que não tem mais a função de, como eu disse no começo, de fazer, então, os gestos, naquele momento, tinham de existir, os distritos tinham de existir, porque o Centro de Saúde, lá na ponta, era o Estado, então, o jeito era ir ali pertinho, para ver como é que está e vamos embora. A nossa função lá, como disse era macro e mesmo e regional. E você tinha as reuniões da firma e dos Conselhos de Defesa locais. Você tinha, ali, uma diminuição de 64 milhões para 24 mil. Você novamente tem uma economia de pessoal, mas não somente isto. Você racionalizou o serviço. Você tem uma visão, um pouco melhor, regional. A gente tem regiões aí, regiões das duas vias. Hoje eu não tenho dúvida de dizer que, depois de oito anos de experiência, tem alguma DIR nossa que talvez precisa ser até dividida, que acabou ficando muito grande ou esteja em forma. Pode ser que esteja em forma. Eu não tenho a bola mágica. Por exemplo, a de Rio Preto. A de Rio Preto tem 101 municípios.

Rodrigo: E é um trecho pequeno.

Roberto: Muito. Setenta e cinco por cento dele, em menos de 10.000 hectares. Então, eu não tenho dúvida de que a de Rio Preto é uma DIR que, provavelmente, terá de ser sub-dividida, até porque, aí você tem de ver a outra parte, a própria política também, da Região, já percebeu isto. E não adianta, a nossa vida é política. Ela pode ser politiqueira.

Rodrigo: E a partir NOAS, eu acho que em 2001...

Roberto: É. 2001 que foi a NOAS. E a acaba sendo a NOAS uma nova norma operacional. Ela, eu acho que é um grande avanço. Não acho que ela está muito rápida ou muito devagar. Ela tem um tempo. Saúde, não adianta. A bolinha mágica é que, no mundo de hoje, ela também é dois mais dois. Então, dois mais dois é aprox. quatro. Pode ser quatro e meio. Pode ser três e meio. Não existe isto daí. E há uma coisa importante também que é a PPI. Para uma ação particular bem integrada, que é o grande avanço. Evidentemente vai faltar dinheiro. Não tenham a menor dúvida. Na saúde, o cobertor sempre é curto. Sempre causa dissabor. Sempre, principalmente em um país como o nosso, onde você tem aí, por exemplo, doses, por cabeça, há anos, que é tráfico. Eu acho que, aí eu me coloco no meio, nós, da Saúde, fazemos milagre com este dinheiro. Se você tiver um plano de saúde - não sei se você tem - um plano de saúde, hoje ele tem... ao redor de... ele cobra ao redor de 100/150 reais mês. E, isto aí a gente trabalha há anos. Plano de saúde não te dá ressonância. O SUS dá; O plano de saúde não te dá remédio. O SUS dá; O plano de saúde não te dá dentista. O SUS dá; o plano de saúde não te paga a psiquiatria. O SUS trata. Ou seja, Aids, hansen, então, qual o melhor plano de saúde do mundo? Não tenho a menor dúvida, com defeitos, é claro, mas aprimorando, onde você coloca e a gente compara o nosso sistema com Cuba, aí o que eles falam 'ah, é um país comunista'. Tá bom, então, e o Canadá. É um país capitalista, semelhante ao nosso. O sistema é bom. Falta dinheiro, de forma que precisa mais dinheiro. Sempre precisa mais dinheiro, mas nós temos de racionalizar um pouco do dinheiro que temos.

Rodrigo: Está sendo bem gerido nestes oito anos aí do Alckmin...

Roberto: Eu não tenho dúvidas. Porque, pelo âmbito de saúde, ele não depende do governador. Ele depende do sistema. Ele é nacional. Eu acho que o Governo Mário Covas e o Governo Alckmin, sem sombra de dúvida, deram um implemento para a saúde. Nunca se fez tanto em saúde, neste Estado, como se fez nestes oito anos. Aos paulistanos, fica muito fácil quando eu falo. Só de hospitais, nós fizemos treze hospitais novos. Isto equivale, aprox. 3 a 4 mil leitos novos. Se você pegar o Dose Certa, programa. Se você for pegar o Gestão de Bairros, programa. Se você for pegar programas de urgência e emergência, tivemos avanços fantásticos na saúde. Nunca se fez tanto. Tem muito o que fazer? Temos. Sempre temos o que fazer.

Rodrigo: O PAS prejudicou bastante?

Roberto: O PAS foi a maior desgraça que aconteceu aqui neste pedaço desta cidade. Eu, nesta época, não estava aqui em São Paulo. Eu sou do interior. Eu sou de Pompéia. Marília pertence à grande Pompéia. Se você prestar um pouco atenção, hoje, a administração do PT, em São Paulo, ela não é o PAS, mas ela está dando as coisas para as empreiteiras tocarem. Então, eu acho que tem de pensar um pouco nisto.

Rodrigo: E os consórcios?

Roberto: Eu acho que eles são muito bons. A gente tem alguns consórcios e eram muito sérios e tem muitos consórcios que é uma porcaria.

Rodrigo: E quais eram esses consórcios?

Roberto: Não, só para você ter uma idéia, o Consórcio Penápolis, que é o mais famoso que nós temos, ele teve grandes picos e depois ele desceu e hoje eles estavam em um patamar bastante razoável. Este aqui, por exemplo, é um consórcio lá em Osvaldo Cruz, já está funcionando a bastante tempo, com bastante atividade. O consórcio um pouco diferente é o do Vale do Ribeira, mas ele também tem bastante... é conhecido como experiência do Estado. Ele tem muito dinheiro neste consórcio. Neste consórcio a gente não põe dinheiro.

Rodrigo: E isto soa como uma crítica até que alguns consórcios se instalam e que...

Roberto: Só no Vale do Ribeira.

Rodrigo: Só o Vale do Ribeira?

Roberto: Mesmo porque o Vale da Ribeira é diferente. Primeiro é uma região complicada, difícil, que não tem praticamente equipamento de saúde nenhum. Tem um hospital nosso lá. O Hospital Itaquera Sul é do Estado. Hoje a gente não tem terra para tocar os hospitais. É uma encheção direta. Então, fez-se um consórcio município local, onde os municípios tocam estes hospitais, mas os funcionários são nossos. A gente põe dinheiro, mas nos outros consórcios, eu acho até que tem muito pouco dinheiro. A gente ajuda pontualmente alguns deles, mas poderíamos utilizar melhor. Eu ouvi que aquela região lá em cima tem muito consórcio que controla relativamente bem.

Rodrigo: Como vocês garantem a equidade?

Roberto: Olha, a equidade nossa é um pouco mais difícil, porque a gente gasta um dinheiro muito grande, mas muito grande, por exemplo, aqui é o meu quadrilátero. Mas muito grande, ou seja, aqui nesta área. Ah, mas, e o Interior. Eu sou do Interior. E o meu povo do Interior também usa hospital. Também usa este quadrilátero aqui. É aqui que a gente tem feito ganhar alguma distribuição de verba, por exemplo. Todo ano o Estado dá um dinheiro. Estes são um do Estado - são nossos grandes parceiros – que é proporcional àquilo que ela atende. Quem atende mais, recebe mais. Não é uma grande fortuna, mas é um bom dinheiro. A gente sempre ajuda, na medida do possível, com equipamento e custeio, principalmente as Santas Casas. Somente as Santas Casas, mas também aos municípios, quando são de Centro de Saúde, em alguns locais, reformas de centros de saúde, em alguns locais, reformas de entidades, que você pega uma coisa, assim, que passa muito despercebida, por exemplo, diálise. O Estado banca um dinheiro grande de diálise. Você faz.. Você consegue fazer, mas o que é que a gente tem. Em alguns locais falta, por exemplo, um hospital estadual. Você tem o Pariquera Sul. Ribeirão Preto tem o HC. Marília tem o HC, mas quando você sobe um pouquinho, já não tem nenhum do Estado, não é verdade. Quando você desce aí, passando o Centro, em Taubaté, não tem postos do Estado naquela região.

Rodrigo: Eu sou da área. Não tem nenhum.

Roberto: Você é de lá. Daí você vê que eu não estou falando bobagem, que ali não tem postos do Estado. Talvez fosse necessidade disso, fazer isto. Aí, quando você vem para Sorocaba, você tem já a PUC, o conjunto de Sorocaba, ou seja, de uma forma geral, a gente atua no estado, no que diz isto daí. Mas, hoje, ele está engatinhando, em alguns locais, inclusive, eu acho que perdeu o filtro. Algumas dívidas, logo que a gente assumiu, inclusive em Marília, fica assim, ‘pô, e agora o que eu vou fazer. Eu vou perder o meu emprego. Não tenho o que fazer’. É uma angústia freudiana. Uma angústia freudiana. ‘Eu perdi a minha parte’, que não é isto. Hoje, eu acho, que a discussão do Estado é muito mais séria do que a da dívida.

Rodrigo: É reguladora.

Roberto: É isto. Algo assim e tente a complicar. É muito fácil você chegar e ficar dando dinheiro. Põe médico e vou embora. Está tendo de pensar e pensar é mais difícil.

Rodrigo: E os acordos, Prefeitura x Estado?

Roberto: Flui com muita tranquilidade. O Governo Covas e o do Governo Geraldo, por princípio, não pergunta quem está do outro lado. Não pergunta a torcida partidária. Isto até é uma briga interna, o meu partido... é, porque seria a administração PT São Paulo. Nós ajudamos em tudo que foi possível. Você mora aqui. Passamos do problema do parto e tem um caminho inteiro para isto. Inteiro. Ou seja, não entendo porque a gente tem, por princípio, que do outro lado tem gente. Do outro lado tem povo e eu vim ao cargo e foi pra isto que o nosso Governo foi eleito. Cuidar disso.

Rodrigo: Fale um pouco sobre a participação popular. Como é que é?

Roberto: Isto. Eu acho assim: Saúde é o grande exemplo de participação popular. Eu passo por uma figura de linguagem que eu aprendi e que é assim: quando você faz os Conselhos Municipais de Saúde, no início, é o dedo que aponta. São os Conselhos... Eu fui Secretário Municipal de Saúde e trato com os conselheiros 'você é culpado. Você é culpado'. O coitado do secretário se explode. É tudo culpa dele. Aí este Conselho cresce. Este Conselho avança. Daí, ele passa para a fase que, eu digo, que 'é o dedinho invasivo'. É o reivindicatório, 'eu quero isto. Eu quero isto' e já não te acusa mais. E depois, a terceira fase, que é a grande evolução, de mãos dadas 'nós precisamos disso e nós fazemos isto' e eu tenho, no estado, do primeiro ao último nível. E tem também, o talvez chamado nível zero, que são aqueles 'muito ruins', que não fazem nada e não querem saber de nada e nem fedem, mas isto não tem importância. Eu acho que não tem importância. Você tem os conselhos municipais. Você tem o conselho estadual e você tem o conselho nacional. Você tem uma coisa, que eu acho e eu muito me orgulho disso que eu fui um dos caras idealizadores disso, que é a CIR, que é o primário lá, que são os municípios se reunindo juntos com a DIR e não é paritário.

Rodrigo: E isto está bem sucedido?

Entr. – Muito. Todas as DIRs têm a sua CIR, que funciona todo mês e a gente escuta estas coisas também. Melhor ou pior. Não importa, mas você tem todo mês, nas 19 DIRs do Interior. Eu não bato pé nas da Capital, nas 19, você tem reunião da CIR, que é a Comissão de Gestores Regionais. Isto, em lugar nenhum do país tem. O país tem a bipartite, que não sei se você conhece bem esta coisa.

Rodrigo: Não. Não conheço não.

Roberto: Ela é paritária e tem o Conselho Estadual de Saúde, que também é paritário.

Rodrigo: E a CIP, seria o quê?

Roberto: Isto é CIP. É bipartite. Então, são sete secretários municipais e sete estado. Um órgão muito mais técnico. O Conselho já é um órgão muito mais político, que ali são, tanto que na ABIP não tem “povo”. É secretário com o estado. É estado com estado. É estado municipal com estado estadual e a parte política. E, lá embaixo, a gente fez a CIR, que é o Conselho Intergestores Regional, que é o diretor mais um ou dois da DIR, Adolfo Lutz, se tiver e o Hospital do Cliente, se tiver e todos os secretários municipais, então, ela não é paritário. Eu digo assim, quem manda, de verdade, se você pensar em votos, são os municípios. Por exemplo, de onde eu vim, de Marília, são trinta e sete municípios. Eram cinco do estado e trinta e sete secretários municipais. Se for para a cota, acabou a brincadeira. É 37 a 5, sempre. Isto nunca aconteceu. Discutíamos, brigávamos, xingávamos a mãe do outro, mas chegávamos a algum canto. Esta evolução política eu acho que evoluiu muito.

Rodrigo: Está em pleno funcionamento...?

Roberto: Pleno funcionamento há muitos anos. Está a praticamente oito anos já funcionando sem problemas.

Rodrigo: Com problemas?

Roberto: Com problemas, claro. Com dificuldades? Com dificuldades. A nossa democracia é jovem. Nós elegemos presidente direto há muito pouco tempo, não é verdade. Vai ser o terceiro presidente direto que nós vamos eleger. O quarto. O Brasil nunca teve uma sucessão de presidentes, de um passar a faixa para o outro de como a gente está tendo agora. Isto é um avanço democrático que a gente não está acostumada.

Rodrigo: E o que falta, só para acabar aqui. O que falta fazer ainda?

Roberto: Uma ‘porrada de coisa’. Para mim, se você me pedir para resumir – eu detesto resumir – eu já observei que eu sou prolífico. É a gente fazer, de verdade, a implantação do SUS. De verdade se este SUS funciona. De verdade, dar nome às funções, quer dizer, de verdade, a PPI funciona. Pra isto funcionar, tem de haver um despojamento. Eu, enquanto secretário municipal de cidade grande, tenho de entender que o meu irmãozinho precisa de mim. Eu não posso ficar se ele vai me pagar ou não. Eu tenho de atendê-lo e brigarmos juntos para recebermos o dinheiro. Ao você ter isto daí acontecendo, porque teve um grande problema me aconteceu. Quando você fez estas regionalizações, o município cede o que depender, na hora de você repor dinheiro nele, ‘não, este dinheiro é meu. Eu quero que se foda’. É curto mesmo. Então, o irmãozinho que se de mal, meu. Você quer vir aqui, então, me paga 10 doses, então, que eu estou jantando, tá. Isto aconteceu de verdade. Pôs no porteiro. Não pode. Por isso tem de haver uma pactuação.

Rodrigo: Um comando integrado principalmente.

Roberto: Isto e entender assim, que a gente está passando um momento difícil para todos e a gente tem uma população a cuidar. Não fazer caridade. Não fazer medicina de pobre para pobre. O Plus não é isto. O Plus de medicina decente, onde em que menos preciso tem de ganhar mais. Nós somos diferentes de advogado. Advogado fala de igualdade. Nós falamos de equidade. É bem diferente. Eu previ isto no decorrer aí das discussões com os juízes. Para juiz, todos são iguais perante a lei. Nós somos diferentes sempre e para serem tratados diferentes, se não a gente não está fazendo decentemente uma política social.

17 - Dra. Márcia Amaral – Secretária Adjunta da Secretaria Saúde de Campinas

Rodrigo: A primeira coisa que eu queria saber é, hoje, qual seria o papel da Secretaria Municipal?

Márcia: Então, o município de Campinas ele é gestor desde 96. Ele foi um dos poucos municípios que acho que se habilitaram na antiga gestão semiplena, então, a partir daí ele se habilitou na gestão plena em 98. Com exceção da Unicamp que ficou com o Estado, que na época da municipalização não deu para chegar num acordo, ainda mais com a perspectiva aí da NOAS, a idéia é que a Unicamp aí também fique sob a gestão municipal, ou pelo menos que a gente consiga um nível de interação maior. Então a experiência do município de (compor) sistemas, de olhar não só para rede própria que é grande, tem Hospital Municipal e de fazer a gestão dos outros serviços, dos outros convênios e contratos, ela já tem um acúmulo interessante, não é digamos uma novidade entendeu, em questão de gestão. Até o conselho nacional está tomando a experiência da gente, as modalidades de convênio que a gente tem, está tomando experiência da gente pra propor como uma norma pro SUS, agora do ponto de vista de o que é novidade, a NOAS pra nós, o que ela traria de novidade é muito mais com a novidade do SUS como um todo, pra você conseguir estabelecer melhores fluxos. A conversa com o hospital Universitário é muito difícil e o hospital da PUC que é um hospital Universitário, ele é, está na gestão municipal, mas o Hospital das Clinicas que é o da Unicamp é muito difícil, a gente consegue, pronto socorro, um bom sistema de urgência e emergência até tem. Eles desempenham um papel que a gente consegue até ver e direcionar, agora no resto é muito difícil, eles têm uma dinâmica própria.

Rodrigo: Então a intenção de vocês é municipalizar o Hospital das clinicas?

Márcia: Então, a NOAS o torna obrigatório agora de qualquer maneira. Isso não está acontecendo, mas tem que acontecer. O gestor deve ser único, então tem que ter alguma pactuação diferente. Então, eu acho que essa, eu acho que esse é um calcanhar de Aquiles, porque a NOAS, a gente conseguiu grandes avanços, nós incorporamos usuários no acompanhamento dos convênios no nível do centro de saúde, nos temos conselhos locais, então

a participação, o controle social, está incorporada, estamos, tentamos fazer uma gestão participativa, os serviços estão numa linha de hierarquização. então os princípios do SUS é, eu acho que Campinas é um município que avançou muito na implementação, porque o papel do gesto não é outro, a não ser a implementação do SUS.

Rodrigo: Como é que é hoje a relação, por exemplo, com as DIR`S?

Márcia: Então, eu até já fui diretora da DIR...

Rodrigo: Aqui de Campinas?

Márcia: É, eu fui em 97 e 98 e nesse momento o Estado está numa ausência completa, não faz falta nenhuma, não participa do financiamento, o orçamento próprio do Estado, ele não tem nenhuma política de apoiar os municípios, na implementação dos projetos e isso piorou muito da década de 90 pra cá, e do ponto de vista da gestão que ele faz de serviço, é ridículo. Isso que a gente não consegue com a Unicamp, a DIR não tem autonomia. Quem toma iniciativa é o município, é uma discussão. Estive ontem na reunião da secretaria de saúde da região, numa discussão super dispolitizada, falas técnicas, e o Estado também não ajuda, como ele não conversa direito com o Ministério também não ajuda na interface com o Ministério. Está muito ruim, muito ruim, tem que ter uma reformulação muito, eu acho, o Estado tem um papel importante de você, de ser mesmo articulador, porque mesmo nós que somos município pólo, o município não tem toda capacidade de olhar a região não é, ele tem seus próprios interesses, tende a voltar o olhar pro próprio umbigo, então o Estado tem que fazer esse papel de regulador.

Rodrigo: O Estado está ausente na regulação então?

Márcia: Olha, digamos que sim, quando estoura uma crise, eu estou falando da região de Campinas, há pouco tempo teve uma crise em Bragança Paulista. Existe um hospital Universitário e começou a entrar em dificuldade financeira grave, e fechou o atendimento, porque não se conseguiu, do ponto de vista do SUS, teve prejuízo, porque ele perderam uma porção de serviços e o que o Estado fez foi meio que abrir o município, fazer o município assumir um pronto atendimento, mas teve uma restrição de casos complexos, mas e ficou por isso mesmo, o HC da Unicamp, ele está, o Estado montou sistema de co-financiamento com os hospitais, só que os hospitais estão produzindo acima do que recebem, começaram a colocar uma serie de restrições, não tem uma discussão efetiva de que se por outro lado, o que está produzindo precisa ou não precisa. Eu sei que um paciente que está em Campinas que tenha descolamento de retina tem que ir pra São Paulo para operar porque a Unicamp não aceita. E seria o caso que a instituição está capacitada para fazer. Então é ruim, a Unicamp, não está no sistema, é lógico que está, ela produz, metade das internações que estão na cidade são feitas lá, e dessas internações que são feitas lá, metade são dos munícipes de Campinas só que como esse doente chega lá, a gente não tem a menor participação na questão desse fluxo e a mesma coisa com o ambulatório de especialidade, então assim, agora vai mudar o diretor do hospital e eu estou na expectativa que venha alguém que a gente consiga conversar melhor.

Rodrigo: Que serviços eles oferecem?

Márcia: Eles oferecem de primeiro, eles produzem umas 40 mil consultas por mês, ele oferecem pro município 200 consultas novas por mês, então nos, com os nossos serviços próprios e um pouco da PUC, a gente oferece 15 mil consultas, primeira consulta no mês e eles dão 200 pra gente, então é ridículo e não tem, não se fosse uma, só pra região dos centros de saúde que estão ali, em volta, quer dizer é muito difícil.

Rodrigo: O que deve ser feito daqui frente? Municipalizar o Hospital?

Márcia: Então, eu, a proposta que até eu coloquei na reunião do Rio para gente discutir em janeiro, que nem é uma proposta nova, primeiro a gente montar um conselho gestor da unicamp, e com a participação dos municípios, pelo menos com a participação das cidades pólos, que a gente tem vários pólos aqui na região e pra discutir essas coisas de como é que vai fazer o fluxo e a outra eu acho que até o próprio Estado tem que mudar, eu acho que, eu não sei quem vai ser secretario, mas eu acho que os municípios têm que ter um papel nessa questão.

Rodrigo: Mas atualmente há muito conflito entre municípios e o Estado?

Márcia: Conflito não, até porque todos os municípios têm uma noção mais do que perfeita de que a DIR é até solidária com os municípios. A questão é que ela não tem, não tem governabilidade para mexer no assunto, entendeu.

Rodrigo: E em relação aos conselhos municipais, a participação dos conselhos está sendo suficiente?

Márcia: Então, o conselho municipal de Campinas, ele tem já, ele tem a idade do SUS, ele tem 12 anos, então e, é bastante interessante, o presidente é um usuário hoje, o presidente é eleito, não é mais, a primeira lei, a primeira forma da lei era um secretario municipal que era o presidente, hoje não, hoje tem eleição, tem uma renovação, uma coisa interessante, porque durante muitos anos, os representantes eram sempre os mesmos, tem uma ampliação bastante grande, a gente funciona aqui com 5 conselhos distritais, um em casa distrito de saúde e um conselho municipal, esse conselho distrital, ele também possibilita uma proximidade maior, porque num município grande, só o conselho municipal, nem sempre dá pra você, dá pra você ter uma representatividade do ponto de vista de compreender, de ser usuário, nenhuma questão que envolva recursos financeiros é feito, tomada, nenhuma decisão é tomada sem passar pelo conselho, nenhuma diretriz nova..

Rodrigo: Os outros usuários estão capacitados hoje no conselho?

Márcia: É obvio que tem algumas coisas que a gente tenta traduzir em miúdos, mas, primeiro tem algumas pessoas que são militantes há muitos anos, a outra coisa é com essa capilarização,

que tem conselho distrital depois conselho local, é a discussão da política fica mais palpável para o usuário entendeu, então é lógico que ainda tem algumas pessoas que parecem que estão no direito e tal, mas eu acho que aconteceu muito isso.

Rodrigo: As Comissão estão sendo eficientes? (CIR, CIB)

Márcia: Eu acho que é um fato bem interessante o daqui, é claro que ela é eficiente na medida em que os gestores ocupam o seu papel político, e que a DIR também, se você tem uma DIR que faz mais uma pauta burocrática, e você tem um conjunto de secretários que também se submetem a uma pauta burocrática, aí o funcionamento se torna precário. Tornar aquele espaço em um espaço de discussão de política e de mediação dos outros níveis de gestão, inclusive tem um momento na pauta da CIR, eu sei disso porque quando eu era diretora, a gente monta isso, que é um espaço para informações do convenio, do conselho de secretários municipais e de representantes informar os outros e tal, então eu acho que o espaço é super interessante, para gente contribuir o próprio plano de saúde foi muito interessante.

Rodrigo: As DIRES hoje, elas fazem avaliação dos municípios que as constituem. Eu cheguei a ir à macro de São Paulo e lá eles fizeram avaliação dos municípios envolvidos e agora eles avaliam a atuação dos municípios. Existe esse tipo de avaliação por parte da DIR-Campinas?

Márcia: É que isso aí é agenda nacional entendeu, não é uma criação do Estado, o Estado transformou uma agenda em agenda nacional, mas ela continua sendo burocrática porque avalia, aí vem assim, é, sei lá, da parte da vigilância sanitária, da vigilância sanitária epidemiológica até que teve uma ação do Estado, interessante, então tenha lá, uma meta que o município tenha, que ele se propôs pra alcançar e não alcançou, então isso..... reprogramar, mais no geral, tirando a parte das vigilâncias, se você pegar a questão da mortalidade infantil, mortalidade materna, é do controle de hipertensos, enfim, é, isso, aí, não tem intervenção do Estado, intervenção no sentido de promover mudanças né, aí está muito, a secretaria de saúde está muito sem projeto técnico.

Rodrigo: Existe algum repasse financeiro?

Márcia: Não, nenhum, faz de vez em quando para algum hospital, se você conseguir via governador, via deputado, e normalmente rola a margem do município, é, e um tanto de medicamento, mas a gente está fazendo um estudo da região metropolitana, sobre saúde, é sempre assim, 40 % do recurso vem do Ministério, 56 vem do município e os 4 bem do Estado.

Rodrigo: Qual é a avaliação que a senhora faz aí do governo, (por exemplo), do Covas?

Márcia: Então, eu acho muito ruim, a primeira gestão que foi quando eu participei, eu peguei os dois últimos anos, foi uma época que tinha espaços para formulação de projetos, foi quando a gente fez esses projetos. Porque diretor de DIR é um cargo muito político, não tem competência nenhuma pra exercer o seu papel, mas era indicado.

Rodrigo: Era assim, ou é assim?

Márcia: Ainda é.

Rodrigo: Ainda é?

Rodrigo: Então, a gente pode dizer que a municipalização aqui em Campinas está praticamente, vamos dizer, terminada, o processo de municipalização só falta a Unicamp talvez ...

Márcia: É, tem alguns serviços menores que na época, tem algumas hemodiálises que estão com o, mais isso, do ponto de vista da gestão, pra nós não muda nada, porque a vigilância sanitária, já é nossa e a avaliação e controle, nós temos várias, então do ponto de vista da natureza da complexidade não muda nada, o Goldrine que é aquele hospital de câncer infantil, que é um hospital pequeno, e também agrega dificuldade técnica pra fazer gestão, e a Unicamp que sempre é um desafio né. Agora do ponto de vista da gestão, a gente avançou bastante, agora da municipalização ainda ela está com muita coisa para ser feita. A própria mudança do modelo da gestão da saúde da família que a gente está fazendo, ainda não temos o (cartão) do SUS implantado, tem muita coisa.

Rodrigo: E essa municipalização é boa pelo menos?

Márcia: É fundamental.

Rodrigo: Em que sentido?

Márcia: Eu acho que primeiro é que você se aprofunda não é, imagina, os contratos, já tem o serviço aqui municipalizando, responsável está lá em Brasília, então é muito complicado, então o fato de estar na mão do município e de permitir um controle social, porque o controle social, ele obriga também o usuário nos cobra em determinado sentido, então eu acho que e bom para o cidadão do município é melhor e para o gestor, a medida em que é cobrado, ele também tem mais instrumentos para tomar atitude. Agora em contra partida, o tanto de responsabilidade que é colocado no pólo do município e em (DIRES) é alto. Esse é o outro lado, normalmente a saúde, atualmente a gente está passando por situações difíceis porque aqui o nível de gasto dentro do orçamento e as outras áreas passam, a gente já está virando um incomodo entendeu? Então você passa por dificuldades de conseguir recursos, a gente gasta em torno de 17% do orçamento sem, se a gente não considerar pessoal inativo, senão vai para 22% do orçamento, não dá pra gastar menos do que isso.

Rodrigo: E acerca dos consórcios?

MÁRCIA: Consórcios aqui não tem não, na região. Eu sei porque, os municípios aqui da região metropolitana são grandes, são vários municípios. Teve uma tentativa em Americana, para isso foi em 97, ele até tentou criar mais não rolou.

Rodrigo: O Estado está ausente aqui na região?

Márcia: Então, aqui é pior, porque na medida em que nós temos muita autonomia, porque o Estado ele precisa ser bom pra gente, sentir a diferença entendeu? Lá no municípioinho de sei lá, Tuiuti, que tem 5 mil habitantes, se você perguntar isso, eles vão achar que o Estado está bárbaro, porque manda remédio pra ele, tal, entendeu?

Rodrigo: As cidades da região plenas são o que, a de Campinas somente?

Márcia: Não, são um monte.

Rodrigo: Um monte?

Márcia: Na época que eu estava na DIR eram 36 municípios, e eu acho que a gente fez uns 22, eram 38 acho que a gente fez uns 20 plenos de assistência, plenos da assistência, do sistema. Dos que tinham Hospital, só não entraram, alguns não quiseram ser plenos do sistema, eram pouquíssimos.

Rodrigo: Porque isso?

Márcia: Porque tinha hospitais falidos, filantrópicos. Por exemplo, de Pedreira, de Socorro, mas daqui, Cosmópolis, de Indaiatuba, Paulínia, Valinhos, Vinhedo, Itupeva, Jundiá, Campinas, Americana, Santa Bárbara, Bragança, Bragança não, porque Bragança, porque não pegou universidade, não. Bragança ficou plena sem universidade, pegou a Santa Casa, a grande maioria foi de gestão plena de hospital e isso foi uma coisa de convencimento também que a gente fez, fizeram reunião...quando sobraram prefeitos que não queriam, aí fizemos uma reunião só com eles, tentando convencer, aí sobrou Águas de Lindóia, Serra Negra, essas coisas também no ponto de vista de assistência não tem muito impasse, mas o resto foi tudo municipalizado.

Rodrigo: Acho que é isso então. Obrigado Dra.Márcia.

18 - Cristina Togashi – Diretora da Regional de Saúde de Marília

Rita - Assistente da Diretoria Regional de Marília

CRISTINA – E sou Cristina, sou enfermeira, estou como Diretora da Regional de Saúde há, dois anos Rita, um ano e meio?

RITA- Dois

CRISTINA - Dois anos, é estou no Sistema de Saúde, na Secretaria de Saúde há 17 anos e estou assumindo essa direção aqui há alguns, dois anos.

RITA – Eu sou Rita, eu sou Educadora em Saúde Pública, estou assistente a 5 anos.

P- Há quantos anos a senhora está...

RITA - Estou na saúde há 26 anos.

P- Eu queria que vocês me falassem um pouco das características de política de saúde da Secretaria Estadual, pode ser bem do ponto de vista de vocês, como vocês sentem, a relação aí de vocês DIR com o nível mais central, como é que são passadas as diretrizes de política do nível central para vocês e como é que vocês entendem essa política e tentam ter as atuações aqui na região.

CRISTINA – Eu acho que a política de saúde da Secretaria, basicamente, ela devia ser uma retaguarda para gente enquanto DIR na implementação do SUS. Eu acho que a gente está há alguns anos tentando implantar o SUS, nós tivemos, temos vários avanços, mas ainda temos muito a fazer, e a Secretaria tem esse papel básico de assessoria e de definir os papéis e diretrizes de trabalho. Eu acho que a gente, neste momento, fica uma situação difícil para gente frente ao Município com esta mudança de governo, mas acho que até agora a gente tentou pelo menos ser essa retaguarda, também para os Municípios, então a Secretaria teria um papel de capacitar algumas áreas específicas. Acho que tem muita diferença em áreas dentro da Secretaria do nível central, políticas vamos dizer diferente, então, por exemplo, a Vigilância Epidemiológica e Sanitária investe bastante na capacitação e o planejamento não investe da forma que poderia investir ou deveria investir. Acho que a gente tem uma deficiência nesta área, então assim, eu estou dando como exemplo, porque eu acho que assim, tem algumas áreas na Secretaria que realmente prima para capacitar seus profissionais, e acho que isso é importante na hora que a gente enquanto DIR assume o papel de assessor junto ao Município. Eu acho que essa é uma dificuldade que a gente tem para executar mais adequadamente o nosso papel, junto ao Município que eu acho que falta um pouco de capacitação, o papel da Secretaria mudou, bastante eu acho que nesses últimos anos, inclusive eu acho que com a NOAS aí que é a nova norma que rege toda essa questão, e acho que a Secretaria tem esse papel de capacitar os técnicos, outra coisa que eu acho que não mudou e acho que é por aí mesmo a Secretaria tem o papel de estar gerindo aí algumas áreas específicas e estratégicas do Estado como o sangue, é uma área também que funciona adequadamente, eu acho que tem uma política bem estruturada. Então em algumas áreas específicas a gente sabe que tem uma estrutura melhor, eu acho que a gente avançou bastante na Saúde Mental, o Estado fez o seu papel, de estar estimulando, descentralizando os serviços, fazendo capacitação, implantando os medicamentos desta área de Saúde Mental, garantindo medicamento. A Secretaria também puxou um processo da

implantação dos protocolos de hipertensão e diabetes no Estado. Eu acho que foi, é papel nosso mesmo, então algumas áreas a gente consegue dar conta melhor. A saúde da família teve uma importância também grande nesse governo, da gente incentivar, capacitar essas equipes, embora a gente tenha muita dificuldade com isso, que a gente tem pouca gente na DIR atualmente, não temos política de reposição de RH. Então trabalhamos com as pessoas que já, que tem, se aposentam, se sai, a gente fica sem ninguém, mas eu acho que a gente tenta da melhor forma possível seguir as diretrizes maiores da Secretaria nessa relação, tem uma visão, que cada região ou cada Regional tem uma característica diferente, algumas tem maior facilidade e outras não para implantar ou para levar esse processo, acho que Marília tradicionalmente tem uma boa relação junto aos Municípios, todos os Diretores daqui tinham formação específica na área de Saúde Pública de muitos anos já. Eu acho que isso é importante.

TEREZA - Em termos de linha de mando, é, a política do SUS, prevê uma autonomia municipal, você sente que existe assim um risco de fragmentação entre a política do nível Municipal e do Estadual? Quer dizer, como é que se dá essa migração de mando?

CRISTINA – É, eu acho que a gente passa por um processo, a questão da descentralização dos serviços, eu acho que a gente avançou muito, hoje, os Municípios que estão na gestão plena, eu não tenho dúvida que é um avanço, eu acho que eles têm dificuldades diferentes, fizeram esse processo diferente em cada Município, cada um com sua característica, mas eu acho que esse é o caminho, com todas as dificuldades que a gente possa encontrar nesse processo, nós temos por obrigação de estimular e tentar corrigir, avaliar e tentar corrigir o que tem acontecido para ter algum problema, para que isso ocorra de forma mais adequada, mas eu acho que esse é o caminho, acho que o risco de fragmentação até pode existir em algumas áreas existe, mas eu acho que a gente tem que fazer o enfrentamento, e tem que buscar a descentralização efetiva, eu acho que esse é um papel importante que o Estado tem na hora de assessorar o Município, de dar condições para que ele possa fazer essa descentralização de maneira mais adequada.

TEREZA - Na região existe algum serviço do tipo Organização Social, já tem algum Consórcio Intermunicipal formado?

CRISTINA – Nós tivemos um consórcio há alguns anos atrás, eu acho que, eu não lembro, não vou saber dizer há quantos anos, que foi montado na época com 4 Municípios pequenos, 3 ou 4 Municípios pequenos para tocar um hospital, era um Consórcio Intermunicipal de Saúde, foi o nosso primeiro, acho que praticamente quase que o primeiro no Estado até, foi um dos primeiros, foi uma época que foi estimulado bastante a questão do consórcio, ele funcionou por algum tempo, mas acho que não por ser consórcio, ele não avançou, até por conta de ser um serviço hospitalar no Município muito pequeno, ele teve problemas de sustentação financeira, ele acabou, ele acabou, o consórcio não, nós não temos mais esse consórcio, ele existe ainda legalmente, mas ele só existe para poder acertar as questões jurídicas, legais e financeiras...

TEREZA - E a DIR teve algum papel no sentido...

CRISTINA – Importantíssimo. Foi a DIR que articulou toda essa questão do consórcio, deu assessoria, praticamente a DIR construiu junto esse consórcio, nesses Municípios, esse consórcio realmente foi montado junto com a DIR, que na época não era DIR eu acho que era ERSA ainda né, mas a regional de saúde teve um papel fundamental no desenvolvimento, na implantação desse consórcio, na época.

TEREZA - Com a organização social...

CRISTINA – Hoje nós temos um outro consórcio nos Municípios, mas é área ambulatorial, só que é um consórcio que hoje, ainda não está integrado ao SUS, então a gente precisa agora com a pactuação com a PPI, com a NOAS, a gente vai tentar ver se a gente consegue integrar esse consórcio ao SUS e que ele faça parte do serviço, mas por enquanto não, e temos também 9 Municípios ou 10 Municípios pequenos que estão se organizando para montar um consórcio.

TEREZA - E vocês têm incentivado, estimulado essa associação.

CRISTINA – Eles têm se reunido para discutir essa possibilidade em função até da NOAS para dar conta de alguns serviços ambulatoriais que a gente tem problema de referência, alguns nós de sistema, mas nós ainda não temos, operacionalmente falando, ainda não tem montado, esse consórcio, mas estão em discussão, estão com vontade de montar esse consórcio, e a gente tem uma dificuldade de orientação porque a gente também não tem muita experiência.

TEREZA - Em termos de regulação vocês têm algum papel mais ativo, mais direto nesse consórcio que existiu, esse do hospital?

CRISTINA – Do hospital?

TEREZA - É.

CRISTINA – Olha, eu acho que a gente na época teve um papel importante, a gente trabalhava junto com eles, foi uma época bastante promissora inclusive da descentralização, praticamente tudo que acontecia nesse consórcio a gente participava junto mesmo, eu acho que mais no final da existência desse consórcio é que a gente teve mais problemas em função da questão financeira, alguns Municípios já não conseguiam mais a sua cota de colaboração, o Estado continuou bancando o que lhe era de, vamos dizer combinado, mas realmente e depois eu acho que não era está a prioridade do Município, na verdade o município precisava realmente investir na atenção básica e não na atenção a doença, mas sim à saúde.

TEREZA - O Estado entrou então com a parte de financiamento?

CRISTINA - Entrou.

TEREZA - Diretamente então...

CRISTINA – Entrou equipamentos, recurso financeiro de custeio, basicamente ele financiou, o Município entrou com o recurso para manutenção desse hospital, o resto foi o Estado, com a Secretaria de Estado que realmente montou e bancou esse consórcio, e acho que para época foi um avanço, ele teve um papel importante em determinada época, mas depois ele realmente teve um problema financeiro e realmente era quase que impossível manter, obviamente que se fosse uma Santa Casa de Município pequeno como hoje nós temos, seria mais difícil, vamos dizer fechá-la, mas como era um consórcio basicamente mantido pelo Setor Público, eles tiveram o bom senso de perceber e avaliarmos juntos que realmente não tinha como manter aberto, financeiramente inviável, pela complexidade, era muito baixo a resolutividade do serviço, ele serviu para uma época onde você pregava a descentralização realmente, ele teve um papel, mas posteriormente eu acho que realmente ele fechou, como hoje tem muitas Santas Casas pequenas que não têm sustentabilidade financeira e deveriam também fechar.

TEREZA - Bom em termos de organização social, nós ainda não temos nada aqui no interior né, mais Grande São Paulo e São Paulo mesmo né?

CRISTINA – Nós temos uma OSIP que foi montada, não sei se, o OSIP é uma Organização Social.

TEREZA - Sei me fala, me conta aí o que é.

CRISTINA – Eu não vou saber dizer para você o que é um OSIP porque a gente é muito recente.

TEREZA - É aqui na região de Marília?

CRISTINA – Não, é na região, é na faculdade de medicina.

TEREZA - A ta.

CRISTINA - Eles montaram uma OSIP com o objetivo de ter uma maior facilidade de captação de recurso, principalmente para capacitação de pessoal.

TEREZA - OSIP, é O-C-I-P?

CRISTINA – É O-S.

TEREZA - O-S né.

TEREZA - Agora eu queria que você me falasse um pouco da organização do território dos níveis primário, secundário e terciário, aqui na região.

RITA – Assim, dos é...

TEREZA - Nível primário, secundário e terciário, como é que se organiza?

RITA – Bom, nós temos, nossa área de abrangência são 37 Municípios, a maioria desses Municípios são Municípios de pequena população, abaixo de 5.000 habitantes, é, todos os nossos Municípios, dos 37 Municípios, 8 estão habilitados na gestão plena do Sistema Municipal e o restante na gestão da atenção básica, então é, todos os Municípios assumem a responsabilidade da atenção básica, a porta do Sistema de Saúde é a atenção básica, são as Unidades Básicas de Saúde, e aí nós temos depois a rede secundária, dos hospitais de porte secundário e os ambulatórios de especialidades, é em alguns Municípios então que são referência, para esse, pros Municípios, nós somos divididos em 3 micro-regiões, então nós temos a micro-região de Adamantina que responde a 9 municípios, é a micro-região de Tupã que responde...

CRISTINA – Não, são dez.

RITA – Adamantina são 10 e acho que Tupã 9 né. E a micro-região de Marília que responde pelos demais Municípios, então é, e hoje nós temos Osvaldo Cruz que faz parte da micro-região de Tupã, mas ele...

CRISTINA – De Adamantina.

RITA – De Adamantina? Mas ele está é, ele está se firmando como uma micro-região também até em função do consórcio que ele então abrange ali, 5 Municípios, então hoje aquelas referências para Adamantina, então hoje também ela está se dividindo com Osvaldo Cruz, até em função do consórcio, então assim, é, aí hoje nós temos, esses serviços secundários eles são todos controlados dentro de uma Central de Agendamento. Então as pessoas chegam ao segundo nível através do encaminhamento do Serviço de Referência, são agendados previamente já, são referenciados e agendados previamente pros serviços secundários, e pro terciário e temos também a Central de Regulação que vão estar regulando o serviço de urgência e emergência pros 37 municípios.

CRISTINA – Eu acho que é importante colocar nessa lógica de regionalização mesmo e de hierarquia, vamos dizer, dos níveis de atenção, que hoje a central de vagas ambulatorial ela está no Município-sede que é Marília, que é uma gestão plena, mas ele iniciou o seu trabalho enquanto Regional de Saúde, foi dentro da Regional de Saúde que nós estimulamos, montamos essa central, até para melhor organizar essas referências. Eu acho que a gente tem uma maior facilidade, acho que é bom destacar, porque apesar de todos os problemas que nós temos de referência, o Hospital Universitário aqui é integrado ao SUS, ele fornece vagas para esta central, eu acho que é o único no Estado, ou pelo menos o primeiro. Eu acho que os Hospitais

Universitários têm uma lógica diferente de trabalho. O nosso desde o início já tentou essa integração, já trabalha junto, temos muito problema ainda a resolver, mas eu acho que isso é uma coisa boa de se destacar. O Universitário é integrado, uma outra coisa, com relação à organização, regionalização de serviço, que também iniciou aqui na Regional e que hoje está no Município é a central de vagas psiquiátricas, de internação psiquiátrica, nós ainda temos que avançar na questão da regulação médica, mas hoje existe a central de vagas psiquiátricas. O paciente é encaminhado para o hospital mais próximo na área de saúde mental também. E a nossa Central de Regulação Médica é uma política da Secretaria de Estado, ela foi implantada em todas as regiões do Estado, algumas com maior facilidade de funcionamento e outras com maior dificuldade. Nós temos ainda que avançar nisso, mas eu acho que o papel hoje da Secretaria ou dos níveis regionais é regulador mesmo, tanto que nós passamos Central de Agendamento e etc, para o Município e ainda estamos com a Central de Regulação Médica, mas que eu acho que futuramente vá também para o Município.

TEREZA - Bom, vocês já falaram um pouquinho, mas eu queria que vocês me contasse um pouco mais, o que vocês acham, como que vocês vêem, o que vocês destacariam na proposta de modelo de gestão da Secretaria, que caracteriza a participação ativa do nível estadual na descentralização.

CRISTINA – A gente falou um pouco na pergunta anterior, mas eu acho que o papel do Estado é fundamental na condução do processo de descentralização em qualquer Estado, seja em São Paulo... mas eu acho que esse é o papel da secretaria, estimular, dar condições para que o Município realmente assuma as suas responsabilidades, segundo o que a NOAS preconiza e acho que até investir naqueles Municípios em que têm um pouco maior dificuldade, para que ele possa assumir essas responsabilidades. Então acho que a Secretaria tem o papel de identificar essas dificuldades na via, através da Regional de Saúde que está mais próximas de seus Municípios e tentar minimizar essas diferenças que a gente sabe que existe entre os Municípios, de condições gerenciais, financeiras, de serviço mesmo, e poder organizar, identificar os Municípios que potencialmente teriam capacidade para ser uma micro-região, como o Osvaldo Cruz está se destacando. A princípio a gente tinha só 3, e ele começa a se destacar como uma, mais uma micro-região em termos de organização e que a gente tem que estimular. Então eu acho que o papel da Secretaria é fundamental, só que eu acho também que a Secretaria em alguns momentos, ela tem dificuldade em tocar esse processo no Estado como um todo, até pela própria dicotomização do trabalho no nível central. Umas das críticas, pessoal, eu não estou nem colocando como diretora, mas é uma crítica enquanto Profissional de Saúde, essa divisão de trabalho, muito clara, que a gente até brinca que são os feudos, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, separado, agora nós temos mais uma área da Secretaria que tem um papel importante que é a CPS que tudo tem ocorrido ali. Eu acho que até de uma maneira equivocada, porque eu tenho as Coordenações de Saúde do Interior e Grande São Paulo, onde operacionalmente deveriam estar ocorrendo às coisas, e hoje a gente recebe muito mais informações, ou, não seriam ordens, mas assim, coisas para gente fazer, direto do CPS, que é uma coisa que a gente sempre criticou a nível Ministerial de mandar as coisas direto para o município, com a gente, tem ocorrido isso. Isso é uma crítica pessoal, não é uma crítica á

Secretaria, mas eu acho que isso é uma coisa que dificulta o trabalho, você não ter um mando único na Secretaria, que hoje tem ocorrido isso, que eu sinto isso.

RITA – Tem que ter uma integração maior dentro da Secretaria, para isso se refletir na Regional, se refletir nos Municípios, agora eu acho que isso também é um reflexo do próprio Ministério, que ainda, que tem um papel completamente diferente hoje, mas ele acaba também ainda fazendo esses contatos diretos, independente, assim às vezes, às vezes passando por cima do Estado, passando por cima das Regionais de Saúde também, então eu acho...

CRISTINA – Eu acho que a nossa Regional que tem um vínculo até bom com os Municípios, a gente realmente se sente muito constrangido até em alguns momentos dos Município receber algumas coisas, a gente não sabe, ele liga para nós, nós não estamos sabendo, então essas coisas, direto, vínculo com o Município, eu não acho ruim, desde que fale olha, estamos encaminhando para Municípios tal coisa, não que isso, talvez burocraticamente falando ele vai cortar o caminho, vai direto né, mas assim eu acho que a gente tem que minimamente saber, senão não tem razão da gente existir enquanto regional.

TEREZA - Bom, eu queria que vocês falassem um pouco especificamente de Marília, como é que vocês percebem, que tipo de avanços vocês perceberam, dentro dessa política toda de descentralização, tudo que a gente falou até agora em termos de avanços, avanços e desafios, já vamos colocar junto.

CRISTINA – Problema tem bastante resolver. Eu acho que Marília, eu estou em Marília como Profissional de Saúde há 12 anos, mas eu acredito que Marília realmente tem avançado um pouco mais que as outras regiões, eu acho que a gente tem vários pontos que são, vamos dizer facilitadores, para nós enquanto região, para avançar mais, o que eu já coloquei para você, que a Regional de Saúde de Marília tem história com relação aos seus diretores e os seus gerentes...

RITA – Foi isso que eu falei.

CRISTINA – Sempre foram diretores da área de Saúde Pública, com formação em Saúde Pública que se dedicam a Saúde Pública, então eram pessoas que estavam aqui na direção única e exclusivamente como diretores, não tinha seu consultório, não tinha sua atividade paralela, então se dedicaram realmente para a saúde nessa Regional enquanto Diretor, acho que isso é muito importante...

RITA – Não era uma pura indicação política né .

CRISTINA – Não era uma política partidária, eu acho que a gente tem essa vantagem de nunca ter tido uma interferência muito forte, muito pesada na indicação dessas pessoas e na organização interna na Regional de Marília, isso eu acho que é um ponto positivo, né, que a

gente conhece Regionais, em que o deputado Fulano de Tal, quer a cabeça do diretor, porque, aqui isso nunca ocorreu, então eu acho que a gente tem uma tradição de trabalho que tecnicamente é mais importante que o político partidário, eu acho que isso faz a diferença e fez a diferença e acho que a gente tem que citar o Dr. Enio como uma pessoa que foi diretor aqui por mais de uma vez, e que...

RITA – Foi Secretário Adjunto de Estado né.

CRISTINA – Foi Secretário Adjunto, então assim, ele teve um papel importante nesse, nessa característica da região de Marília. Agora um ponto facilitador que nós temos, nós temos uma Faculdade de Medicina que...

RITA – É envolvida.

CRISTINA – É envolvida, é integrada, ela senta para discutir conosco as questões de saúde, ela tem acento na nossa Comissão de Intergestores que antigamente era um outro nome, mas já existia nessa região, e a gente tem um outro hospital de porte maior, e tem alguns hospitais menores, de porte um pouco secundário que também estão integrados, trabalham junto conosco e temos Municípios que investiram em saúde, em ambulatorios, na saúde, na atenção básica, e acho que assim, talvez tenha sido uma característica do Estado, eu vou colocar nome porque eu vou lembrar só por nome de Governador, mas na gestão Montoro eu acho que foi este “boom” da descentralização efetivamente do investimento em serviços, nós estamos em outra fase agora, mas esta fase de desenvolvimento de serviços foi muito importante, porque ela desenvolveu a quantidade de serviços, ou seja, montou-se serviços, descentralizou, montou-se Unidades Básicas de Saúde, deu recursos aos Municípios para que eles montassem essas unidades que seria a descentralização no nível Municipal. Marília, por exemplo, hoje, tem mais de 28 Unidades Básicas de Saúde entre saúde da família e unidade básica mesmo. O Município de Tupã tem várias unidades em todos os bairros, distritos, então eu acho que foi a época em que houve o avanço, vamos dizer, quantitativo de serviços, ainda numa lógica de funcionamento bastante complicado que eu acho que avançou um pouco, mas eu acho que foi uma época muito importante no desenvolvimento da descentralização. Passados esses anos, qual é a nossa luta hoje, nosso desafio, é incorporar qualidade de atendimento a essas unidades que hoje existem, em quantidade elas são suficientes, vamos dizer, seria só investir em quantidade à medida em que a população cresce, um bairro cresce, mas o boom de investimento mesmo de quantidade de serviços foi desta época do início da descentralização. Hoje o grande desafio é incorporar qualidade no atendimento, dar qualidade a este atendimento, porque eu acho que em quantidade ele é suficiente.

RITA – O acesso a ele não é difícil, ele é classificado, então você precisa agora é melhorar a qualidade.

CRISTINA – A qualidade. O acesso à hora que você tem a descentralização e uma quantidade suficiente de serviço, é claro que melhora o acesso, mas a gente ainda tem dificuldades, até por varias distorções no sistema, a qualidade de atendimento, interfere nessa questão do acesso.

TEREZA - E efetivamente vocês têm feito alguma coisa para ajudar os municípios nessa melhor qualificação dos serviços, vocês têm atuado diretamente nesse sentido? Eu sei que vocês têm já destacado isso, vocês sabem que isto está ocorrendo, agora em termos de atuação, só uma pergunta de curiosidade ta, assim se vocês tem atuado diretamente?

CRISTINA – Olha, formalmente, vamos dizer, as coisas que estão sendo oferecidas seriam os cursos de capacitação de gestores até em parceria com a Secretaria, Ministério , já foram nesses pelo menos 8 anos para cá, já foram feitos 3 ou 4, a gente capacita...

RITA – E até com iniciativa antes nossa mesmo, antes...

CRISTINA – Nossa, antes de ter essas iniciativas ...

RITA - Antes de ter essas iniciativas do ministério já houve a uma iniciativa da própria DIR..

CRISTINA - Nós fizemos a capacitação de ... , que é do Ministério que hoje ainda existe.

RITA – É, mas juntos aos Municípios também né, anterior à DIR de Marília sempre se preocupou com os novos gestores Municipais de estar fazendo uma capacitação, de estar, e aí então tem a, hoje através do curso de gestores, junto com o Ministério e a Secretaria de Estado em parceria aqui com a faculdade também né.

CRISTINA – Antes disso, de ter os cursos de conselheiros, a gente também já desenvolvia isso nos Municípios, , de Conselhos municipais, a gente acha que o papel de conselheiro municipal é muito importante que a gente tem que estimular para que ele funcione adequadamente, temos muitos problemas ainda, mas acho que a gente avançou. E com relação à capacitação atualmente, a grande capacitação é dentro do PSF da saúde da família, então a maioria das capacitações, se dão dentro da saúde da família, fora isso a gente de rotina tem capacitação de ACD que nós temos dentistas capacitados para fazer o curso para atendente de consultório dentário, técnico dentário, então tem várias áreas que talvez a gente até se esqueça mas, a gente se preocupou com a questão de capacitação, eu não vou nem citar as rotineiras que dentro da Vigilância Epidemiologia e Sanitária, eles têm já um cronograma, vamos dizer assim, de capacitações e fora esse cronograma formal, pontualmente os Municípios apontam alguma dificuldade e a gente busca estar suprindo ou tentando minimizar esse problema com capacitação. Fora essas comuns e normais que são já da rotina, e a gente acha que é por aí, que não dá para trabalhar sem capacitação. Só que a gente enquanto Regional sente falta da capacitação para nós enquanto profissionais da Regional, porque a gente acaba fazendo as coisas muito no esforço de cada um, na disposição das pessoas, mas que formalmente a gente não tem

tido capacitação enquanto profissional, a gente não tem tido né Rita. É que a gente é teimoso, a gente vai atrás a gente.

TEREZA - Aliás, nós estamos aqui, a pesquisa veio para Marília por isso, quer dizer, o trabalho de vocês é bastaste conhecido lá fora, então a gente acaba chegando para conhecer esse trabalho. Porque como você disse, eu sou da Secretaria, mas a gente fica num feudo também, a própria Secretaria,...

CRISTINA – Eu esqueci que o instituto sai de outro feudo, são todos os feudos hoje do Dr.
.....

TEREZA - São vários, eu acho que é mais distante...

CRISTINA – Mais feudos...

RITA – Mais feudos

CRISTINA – Que a gente até esquece que...

RITA – Que é secretaria.

TEREZA - Agora eu queria que vocês falassem um pouco se vocês percebem que ...

LADO B

CRISTINA – O conflito até em alguns momentos saudáveis para que a gente repense, ações, atitudes e mude, não vejo o conflito como uma coisa negativa, eu acho que existe conflito sim, em alguns momentos. Eu acho que o Ministério da Saúde acaba tomando atitudes que seriam de competência do nível Estadual ou até mesmo Municipal. Por sua vez o Estado também em alguns momentos tem algumas atitudes que interferem diretamente nos Municípios que hoje eu acho que estão mais organizados enquanto COSEMS, enquanto CONASEMS, os Municípios estão organizados, então acho que hoje, eles não tem mais uma postura muito passiva, porque as coisas estão acontecendo no Município e a descentralização é para acontecer no Município. Então eu acho que existe conflito, eu acho que o Estado e o Ministério não querem perder poderes, assim como o Município quer assumir algumas questões que dão poder a ele, mas eu acho que o conflito é basicamente financeiro, a disputa pelo financeiro. Eu acho que o poder está aí, questão do recurso financeiro mesmo, então você tem Município brigando por mais recursos, o Estado segura daqui, o Ministério segura de lá, solta alguma coisinha direto do Ministério, valoriza algumas, então assim, o conflito existe, mas eu acho que o maior conflito hoje é de competência mesmo de ações, de atividades que existe dentro dos níveis mas em função de questão econômica. É o poder mesmo que é disputado, mas eu acho que é saudável faz parte que ninguém quer perder poder. Eu participei, agora uma experiência pessoal minha, na época que foi estadualizado o INAMPS é uma coisa horrorosa, o que aconteceu, foi uma coisa muito ruim

em termos de desgaste pessoal, profissional. As pessoas são resistentes a mudanças, mas eu acho que foi positivo, acho que a gente passa por essas fases, é natural mas tem que ser feito, então eu acho que conflito sempre vai existir na hora em que você está descentralizando algumas questões ou algumas ações e que você vai perder poder, eu acho que um exemplo típico é quando nós repassamos a nossa central de vagas, tanto psiquiátricas como a central de vagas de ambulatórios para o Município. Os funcionários se sentiram realmente assim, invadidos que eles tiveram perdas, que aquilo era deles, então é sempre um conflito. Mas eu acho que é um conflito positivo, hoje por exemplo, depois de alguns anos, isso já está aceito, já está assumido.

RITA – E quando também com a habilitação dos Municípios na gestão plena, então às vezes você se vê querendo fazer coisas ou determinar coisas que já não é mais da sua competência é do Gestor Municipal. Então aqui na DIR a gente sempre se policiava, espera um pouquinho, hoje minha relação é outra, não é esse, esse não é o nosso papel, nós não podemos chegar e falar isto, vou fazer isto, nós temos que conversar com o gestor e tal, e você vai se policiando e assim, você vai entendendo o seu papel...

CRISTINA – Vai se adaptando.

RITA – Vai se adaptando, e até acho que isso é mais fácil porque a gente depende de toda essa descentralização e essa municipalização, então quando você começa a perder esse poder, eu acho que é natural ter esses conflitos como a Cristina colocou, mas por você acreditar isso e depender, aí você também acaba...

CRISTINA - Superando.

RITA - Superando, e assim, e estabelecendo uma parceria realmente com o gestor, com o Município.

TEREZA - Muito bom, é, eu queria que vocês falassem um pouco da CIB e da CIR, essas comissões têm sido apontadas como exemplo de integração vertical. Vocês vêem a CIB e a CIR como realmente um (fundo) da integração vertical, que não é, é realmente uma mesa de negociação ou é mais um organismo burocrático formal? Pelo que vocês falaram não, mas eu queria que vocês falassem mais especificamente.

CRISTINA – Eu acho que a gente enquanto DIR a gente tem mais, vamos dizer, liberdade e maior conhecimento em relação a CIR que é a Comissão Intergestores Regional, a gente sabe o que acontece, sabe como é que funciona a BIPARTITE, mas nós não participamos da BIPARTITE, a gente sabe o que ocorre, é informado, mas assim, a gente tem maior liberdade, mais facilidade para falar do nível regional.

TEREZA - Ok.

CRISTINA – Eu acho que Comissão Intergestores Regional é a instância formalmente estabelecida para que realmente sejam discutidas as questões de saúde e decididas nesse fórum. A DIR de Marília, tem como princípio que todas as decisões, sejam elas as mais tranquilas, ou as mais conflituosas, sejam decididas na CIR, isto é um compromisso que acho que faz parte duma relação de confiança até entre os prestadores, entre os Municípios e a DIR. A gente tem prestadores que fazem parte da CIR, eu acho que é um compromisso que a gente assumiu, e isto na medida do possível tem ocorrido. A gente tem junto a CIR, a gente sentiu necessidade de ter uma Câmara Técnica da Comissão Intergestores Regional para poder discutir mais aprofundadamente alguns assuntos que são mais difíceis de discutir numa única reunião da CIR. Então tem um grupo de pessoas da CIR que fazem parte dessa Câmara Técnica, discutem mais aprofundadamente o assunto, já levam uma proposta para a CIR. Então eu acho que a gente tem procurado melhorar esta participação, essas discussões na CIR, e fazer da CIR um fórum mesmo para que sejam discutidos os assuntos da saúde da região. Sejam encaminhadas as propostas, acho que a gente pode melhorar mais ainda, tem coisas ainda a fazer para melhorar, mas eu acho que é um fórum legítimo e que a gente tem, realmente tem que investir e dar importância que ele tem realmente para região.

RITA – Acho que um exemplo assim bem, , que mostra esse papel que está acontecendo, é a questão de quando foi municipalizado o hospital das que é o nosso Hospital Universitário.

CRISTINA – Ah sim, nós esquecemos de falar, eu esqueci né Rita, o Universitário nosso é o único que está na gestão municipal.

RITA – Não você falou.

CRISTINA - Eu falei, eu falei?

RITA – E aí assim...

CRISTINA – Conta.

RITA – Aí quando foi pro Hospital Universitário ir para gestão municipal, não era uma...

CRISTINA – Política dessa Secretaria.

RITA – Política da Secretaria de Saúde do Estado, mas isso foi discutido na CIR, foi votado na CIR, e foi respeitado essa decisão, mesmo sendo uma, no momento era contrário à vontade ou a

CRISTINA – Política da secretaria.

RITA – Política da Secretaria de Estado.

CRISTINA – Vale lembrar que ela chegou na TRIPARTITE né Rita.

RITA – É.

CRISTINA – Que ela foi decidida na CIR, com bastante embasamento de discussões e etc, subiu, foi para BIPARTITE, teve problemas na BIPARTITE, porque realmente não era a política do Estado de São Paulo, e ela foi ter a sua definição, a decisão na TRIPARTITE e hoje é o único Universitário que está na gestão municipal. Eu acho que é um avanço em termos de descentralização, não vejo nenhum problema, respeito e respeitei, e a gente na época não era diretora, mas assim, a gente enquanto regional respeitou essa decisão do Estado de São Paulo de não municipalizar e não descentralizar ou colocar na gestão municipal, mas a gente respeitou a decisão da CIR. Então, tem que ser respeitada mesmo, embora todos os componentes da CIR que eram do Estado votassem contra essa decisão, a maioria que eram os gestores aprovou e foi respeitada, eu acho que a TRIPARTITE analisou esta decisão, acho que isso é importante.

TEREZA - Interessante. É, vocês podem apontar um outro aspecto que vocês dêem como exemplo de integração vertical além da CIR? Acontece algum outro fórum de integração vertical?

CRISTINA – A gente tem alguns grupos né Rita que discutem assuntos específicos, a gente tem o Conselho gestor da urgência e emergência, onde sentam todos os hospitais que fazem parte do grupo de urgência e emergência que seriam os que têm um porte um pouco maior como UTI e etc, até para discutir como é que está essa assistência, central de regulação médica. O que mais a gente tem? Em termos de comissões ou formalmente estabelecidas nós temos essas duas.

RITA – Câmara Técnica.

CRISTINA – Câmara Técnica, o Conselho gestor do...

TEREZA - Me fala um pouco da Câmara Técnica. O que é essa Câmara Técnica?

RITA – A Câmara Técnica ela é, foi tirada dentro da CIR, então é um grupo, ela tem representantes dos Municípios e representantes da DIR, então a gente discute um, algum assunto que precisa de mais detalhamento, de uma maior discussão para você chegar a uma conclusão e para você poder apresentar na CIR, até porque na CIR às vezes você temde você, então a gente já faz essa discussão previamente e aí na Câmara Técnica você já leva para CIR com uma proposta, agora nós temos dentro de casa micro-região, uma comissão que discute os problemas da micro-região, os problemas, dificuldade que eles estão tendo na micro-região, nesse...

CRISTINA – Esse é informal, mas a gente...

RITA - É, então esse grupo, ele, nesse grupo senta também, um técnico da DIR acompanha, então nós temos 3 grupos hoje, da micro-região de Adamantina, da micro-região de Tupã e da micro-região de Marília e em cada grupo sendo um representante da DIR. Lá eles criam um em todos os Municípios e discutem as suas dificuldade e tal, e aí eles trazem isso na reunião da Câmara Técnica. Então, a Câmara Técnica acaba fazendo também uma, peneirar um pouco o assunto. Então, têm coisas que você já demanda, que você já encaminha, sem precisar ir para CIR, que não há necessidade de estar discutindo na CIR. Você já pode fazer o encaminhamento, então na Câmara Técnica, esse, você já tem representante também dessa, da micro-regiões e eles trazem o que foi discutido. Aquilo que eles não puderam já estar encaminhando também, vem para Câmara Técnica e você faz essa discussão e tem coisas que você já demanda, já encaminha e tem coisas que você leva para ser realmente, que aí precisa de uma discussão maior, então a Câmara Técnica tem esse papel de discutir os assuntos previamente, de poder estar fazendo os encaminhamento, ou estar preparando também para ser discutido na CIR.

TEREZA - Ok. Agora assim, me fala mais especificamente como é que são realizados os acordos entre os gestores dos três níveis.

CRISTINA – Federal e Estadual.

TEREZA - Federal, Estadual e Municipal.

CRISTINA – Eu vou ter um pouco de dificuldade de...

TEREZA - Tudo bem.

CRISTINA – É que assim, a gente tem mais facilidade, está mais próximo de negociar ou fazer acordo com o município né.

TEREZA - Ta então vocês podem falar como é que é essa negociação.

CRISTINA – Agora de um nível Estadual e Federal, eu acho que isso ocorre na CIB em nível Estadual, que é o que a gente pelo menos, não participa, mas a gente fica ciente, sabe do que ocorreu na CIB e acho que esta é a instância de negociação do nível Estadual, eu acho que pelo que eu sinto a BIPARTITE hoje ela tem uma participação efetiva dos Municípios na condução dos assuntos, a Secretaria participa junto dos Municípios de uma forma até bastante, às vezes pacíficas, às vezes conflituosas em alguns assuntos, mas eu acho que o importante é que a BIPARTITE discuta com o, entre os seus pares aí, sei lá, o Estado e o Município, e chegue em um acordo, eu acho que a BIPARTITE realmente deve ser o fórum desta discussão, apesar da gente saber que algumas decisões quem decide é o Conselho Estadual dependendo do assunto o Conselho Estadual é que avaliza ou não, mas acho que a BIPARTITE é onde a discussão ocorre, os acordos ocorrem.

TEREZA - Então voltando para CIR, como é que é feito especificamente o acordo?

CRISTINA – Olha, eu vou falar, sério, sinceramente a gente não tem grandes conflitos no nível regional, porque como a gente discute os assuntos anteriormente, vai conhecendo a posição de cada Município, então quando a gente, a CIR, na verdade ele é quase que um fórum para validar uma decisão, porque você já discutiu na micro-região, já discutiu na Câmara Técnica, então a hora que chega na CIR paraticamente valida né, uma decisão. Você vê alguma coisa.

RITA – Não. Eu acho que o fórum de negociação realmente depois, é, hoje para nós intergestores é a CIR mesmo.

CRISTINA – É a CIR.

TEREZA - Bom, e a relação com as Secretarias Municipais de Saúde e a DIR? Quer dizer, é, como é que é essa sintonia entre a política de saúde do Estado com os Municípios, porque quem executa é a vocês são os intermediários, a DIR, recebe do nível central e, quer dizer, vai para os Municípios, como é que é essa relação agora de cima para baixo?

CRISTINA – O geral, a gente enquanto instância Regional tem uma relação próxima ao Município, principalmente àqueles que ainda são da gestão básica, os plenos obviamente têm uma autonomia maior, dependem um pouco menos da nossa estrutura regional, mas a gente sempre teve uma relação muito próxima aos Municípios. O que nos dificulta e até no nível regional é um problema, são as demandas rotineiras, vindas que você tem tanto do Ministério como do Estado, com prazos, data, dia para entregar, isso assim, tanto a regional como o Município tem problema. Então, assim, o Município reclama, por exemplo, reclama para DIR que tem muita coisa, que a DIR está mandando muita demanda para eles realizarem com prazo e etc, mas na verdade, a DIR reproduz uma lógica que vem tanto do Ministério como da Secretaria de Estado, com data para entregar, com papel, um monte de papel e eu acho que os Municípios têm razão com relação a isso. Eu acho que a gente precisa ter uma estratégia para minimizar essa demanda formal existente, burocrática pesada, porque é pesada, e eu acho que os Municípios reclamam com razão, é muita coisa ainda, muito papel, e a gente também sofre esta questão, de ... mas no geral eu acho que a relação é muito, tranqüila, é boa é próxima dos Municípios.

RITA – Acho que os Municípios assim, é, dentro do que é proposto nacionalmente, de saúde que o Estado, assim, incentiva, junto aos Municípios, eles já..... incorporam, a gente num, você tem Municípios que ele tem, uma estrutura melhor, vamos pegar o Município de Marília, depende menos da DIR, porque ele tem uma estrutura maior, ele, e as pessoas que estão dentro da Secretaria de Saúde do Município de Marília são pessoas que são do serviço público, assim, que tem uma historia dentro do serviço público. Todos passaram, a grande maioria, as pessoas de comando passaram pela Regional de Saúde, às vezes até pela Secretaria de Estado num nível central. Então, eu acho que ele têm uma estrutura melhor, mas a política de saúde ela, a que é definida para o Brasil, definida para o Estado, ela é, vamos supor assim, é estimulada, compreendida e aceita e incorporada por todos os Municípios, a gente não tem essa dificuldade. Você tem hoje o PSF, é um incentivo, uma estratégia incentivada pelo Ministério da

Saúde e até em função da questão do recurso, é, incentivo financeiramente, então a Secretaria da Saúde também incorporou isso, incentiva e a DIR também e os Municípios. Agora, aquilo, se você tem um Município que ele tem uma proposta ou ele já desenvolve uma estratégia de mudança de modelo sem ser PSF, ele também tem toda a liberdade e o incentivo da DIR de estar desenvolvendo isso.

CRISTINA – É que nós não vamos falar de exceção, mas de vez em quando tem umas coisas malucas aí, projetos que o Ministério manda direto pro Município e aí o Município vem habituado com a rotina, vamos dizer, tudo que eu faço eu entrego primeiro na regional e ela que, ela que encaminha, e às vezes cai que algumas coisas que a gente nem sabe de onde vem. Aí vamos correr atrás do prejuízo, olha tem, aí alguém depois de muito tempo que você já perdeu quase o dia inteiro para descobrir o que é, olha é um projeto do Ministério que ele propôs pros Municípios, quer dizer, Então assim, eu acho que em alguns momentos, eu enquanto Diretora me sinto desrespeitada enquanto nível regional com essas atitudes diretas com o Município, eu não tenho nada contra, eu acho que se estiver essa política tudo bem, mas que a gente seja minimamente comunicado de que algo foi encaminhado para os municípios ao qual você é responsável, minimamente isso.

RITA – É hoje esta sendo realizado uma reunião aqui em Marília...

CRISTINA – Da FUNASA.

RITA – Da FUNASA...

CRISTINA – Que é o feudo aqui do Ministério.

RITA – E que aí assim, as pessoas começaram, é encaminharam um fax...

CRISTINA - Direto dos Municípios.

RITA – Eles mandaram um ofício para alguns Municípios chamando para essa reunião, aí foi encaminhado para Marília, Município de Marília a resposta dos Municípios aderindo, indicando uma pessoa para a reunião, aí o Município a quem chegou, lá não sabia o que era, mandou para DIR, a DIR não sabia o que era, aí eu liguei para um Município nosso porque tem de outras DIR inclusive, liguei para um Município nosso, falei óh você esta mandando um fax assim, assim, do que se trata? Aí ele falou, não, eu estou respondendo um ofício da FUNASA que vai ter uma reunião aí dia 17, e tal não sei quê, não sei quê, né. E aí o Dr Enio depois falou, não, eles me mandaram um ofício me pedindo a sala emprestada eu também não sei do que se trata.

CRISTINA – E é uma loucura né, hoje está acontecendo isso aqui.

TEREZA - Bom, em termos de participação popular no SUS. Os Conselhos Municipais de Saúde têm atuado realmente? Como é que funcionam os Conselhos, aqui na região?

CRISTINA - Olha, é muito heterogênea a situação de Conselhos Municipais, obviamente que é heterogênea porque você tem Municípios diferentes, momentos diferentes de implantação do SUS, de desenvolvimento, de participação popular inclusive, eu acho que a gente avançou muito. Enquanto profissional de saúde eu tenho o maior orgulho de ter sido o pioneiro legalmente falando foi à área pioneira na garantia de participação popular e eu acho que por obrigação nossa, enquanto profissional, temos que dar o máximo valor possível a isso, estimular e tentar implementar da melhor forma possível isso, tanto que a gente antes dessa lógica de curso de conselheiro a gente já estava fazendo e desencadeando esse curso de conselheiro. Mas anteriormente a isso, nós, enquanto regional, fizemos revisão de toda a legislação porque legalmente todos os Municípios possuem Conselhos. Fizemos uma revisão de todos, corrigimos as distorções de paridade que existiam, esse foi um trabalho que a gente fez agora nesses últimos 8 anos aqui de gestão, eu acho que assim, então, formalmente demos conta de melhorar até legalmente, que tinha um monte de Conselhos que não era paritário em participações até ruins em termos de participação, tudo bem, isso foi uma coisa que dava para fazer no papel, vamos dizer assim. Agora efetivamente o funcionamento deles, eu acho que a grande maioria dos Municípios sabe, entende a importância do Conselho, temos Conselhos que funcionam muito bem na região, muito bem mesmo, com efetiva legitimidade dos usuários, mas nós temos também Conselhos montados e a gente sabe, que assim, são indicações de prefeito, muito menos do que já foi, é um ou outro, mas ainda tem, e alguns Conselhos que também não funcionam como deveriam funcionar, então não tem funcionamento regular, não faz reunião todo mês, mas isso é muito pouco, eu acho que a gente avançou bastante. Todos os Municípios que entendem isso como importante, tem feito um trabalho no Conselho, o Conselho de Marília é um exemplo a mais, vamos dizer, que chama mais a atenção, por conta até desse projeto que a gente já falou para você que é a faculdade. Tem junto, o Projeto Uni, junto com a faculdade, serviço à comunidade. Então, nesses 10 anos aí de Projeto Uni, eles tiveram todo um projeto de capacitação, de desenvolvimento, da participação da comunidade, e hoje o Município de Marília tem Conselhos locais, em cada área de abrangência dele, então assim, existe até uma, é bonito ver isso, que o Conselho de Marília, existe até a disputa entre os usuário, entre a população para participar do Conselho Municipal, porque antes disso eles tem os Conselhos locais e eles entendem o papel deles. Então, são usuários que já passaram daquela fase da participação reivindicatória, acusatória, então eles conseguem entender que a postura deles é de uma representação ativa, de busca de ganhos, coletivamente e não individual, que eles representam uma certa população, um certo pedaço do Município, por isso que ele está lá. Então eu acho que isso é interessante, eu acho que isso é um avanço, que a gente conseguiu, Marília eu acho que hoje é o melhor Conselho que a gente tem, eu não vou, eu posso até pecar por estar citando Marília, mas nós temos o de Garça que tem um Conselho adequado que funciona muito bem, Adamantina, Osvaldo Cruz, então assim, a gente tem vários Conselhos que funcionam adequadamente até na sua representatividade, na legitimidade de seus representantes, mas a gente tem dificuldades ainda.

RITA – Eu acho que uma coisa que ajudou

CRISTINA - Pompéia é bom.

RITA – É, esse entendimento e a participação social, foram as Oficinas de Territorialização.

CRISTINA – É.

RITA – É porque quando você ia implantar o agente comunitário e mesmo o PSF também era feito a oficina de territorialização no município, e ela envolve, não era feita somente com os funcionários, com o pessoal da saúde, ele envolvia todos os seguimentos da sociedade, procurávamos ver o máximo possível dos outros seguimentos e isso então faz um é, ajudou nessa participação popular, ajudou a inclusive a melhorar a participação dentro dos Conselhos Municipais.

CRISTINA – E uma outra lógica que antes mesmo, que eu acho que foi um avanço da implantação das ouvidorias do Estado, todas as regionais tem ouvidorias, mas anteriormente à existência da ouvidoria a gente já tinha um trabalho de investigação, de informação para todas as reclamações da população. A gente ia atrás para ver o que aconteceu, entendeu, já dava retorno para eles, então era assim vamos dizer, era a sementinha de uma ouvidoria, mas que a gente sempre valorizou essa questão da população reclamar ou, e a maior parte era, vamos dizer, entre aspas a reclamação de algum serviço, de alguma, então assim, a gente já tinha essa lógica, eu acho que a ouvidoria, a implantação das ouvidorias foi um avanço no Estado, é mais um canal que a população tem para o seu direito, para a procura dos seus direitos e eu acho que essa coisa tem avançado de uma forma bastante adequada, não tão rapidamente quanto a gente gostaria, como todo o processo ele tem fases, é mais demorado, mas eu acho que a gente tem procurado estimular essa questão da participação.

TEREZA - Em termo de repasse de recursos dos Municípios, o nível central utiliza esses repasses para implementar algum tipo de diretriz para os Municípios? Vocês fazem alguma, algum tipo de distribuição...

CRISTINA – Olha.

TEREZA - Desses recursos em CIR?

CRISTINA – Decidido em CIR a gente tem, vamos dizer, um protocolo de prioridades de investimento enquanto DIR Marília, então, por exemplo, talvez a Rita lembre porque ela que redigiu, mas a primeira prioridade de investimento na nossa visão de regional, seriam, aquilo que for para implementar a atenção básica, tudo aquilo que for para implementar a atenção básica e prioritariamente nos Municípios que estavam implantando o PSF. Tá, então, para ele reorganizar a sua atenção básica, então tudo que fosse recurso para essa finalidade ela teria prioridade vamos dizer assim, para os Municípios. Em segundo lugar, investir, se fosse em atenção secundária e nos hospitais de referência secundária, não no hospital que tem só para ele mesmo, nos hospitais que vão fazer uma referência para determinados Municípios e assim, aí

seria uma escala vamos dizer, que a gente fez enquanto regional para investimento em saúde, infelizmente a gente sabe que nem sempre isso não foi respeitado, muito recurso sai até, vamos dizer, independente da nossa vontade, que a gente...

RITA – Em critérios...

CRISTINA – Em critérios que nem sempre são respeitados dentro da regional, isso eu acho que existe, já melhorou muito, mas ainda existe.

RITA – Mas eu acho que é assim, hoje a secretaria, ela não atende um, vamos dizer, um pedido que é considerado esdrúxulo, vamos dizer assim, muito fora da necessidade...

CRISTINA – Como já ocorreu anteriormente.

RITA – Já ocorreu anteriormente...

CRISTINA – Há alguns anos atrás.

RITA – Há alguns anos atrás, de repente comprava os equipamentos, distribuía ...

CRISTINA – Não sabia nem se tinha capacidade em RH.

RITA – Entre os Municípios, não sabia se tinha capacidade, se ia ter, como a gente (andou) remanejando posteriormente muitos equipamentos que estavam parados, ultra-som e outras coisas, parados na unidade que não tinha capacidade de uso então você acabou remanejando, essas coisas não acontecem, e às vezes até um Município faz uma solicitação, porque todas as solicitações, independente da via, ela acaba passando...

CRISTINA – Ela passa por regional.

RITA - Para ter um parecer nosso, ai assim, é, então aí você então vai fazer então uma informação, então se é uma solicitação que não é uma prioridade da DIR, que não... então você , você faz essa... presta esta informação. Então, hoje você até tenta, às vezes essa prioridade estabelecida às vezes não é respeitada, mas você não tem mais aquela, aquela...

CRISTINA – Distorção.

RITA - Completamente malucas, então eu acho que....

CRISTINA – Eu acho que importante também com relação a recurso que obviamente que vai ser de toda essa lógica de critérios, seria o investimento em áreas, vamos dizer, tipo, sangue, por exemplo, que o Estado tem como uma prioridade de manter qualidade e etc.. Então, por exemplo, a gente teve alguns investimentos específicos para UTI Neonatal, para maternidade,

para melhor atendimento ao parto, então essas coisas realmente eu acho que são, independente da nossa prioridade que não, teoricamente não seria a primeira, mas que eu acho que é importante eles têm feito. Então por exemplo, uma das coisas que não saiu recurso financeiro, mas deve sair, tem que sair, que é urgente seria, os investimentos da área de queimados, agora falando na questão da assistência hospitalar, nós temos RH, mas a estrutura física é muito inadequada, e é uma prioridade do Estado investir nisso, é um projeto deles.

RITA – E nós só temos essa referência...

CRISTINA – Nós só temos essa referência.

RITA – Então é uma prioridade de investimento.

CRISTINA – E ela é uma referência não só para DIR de Marília, mas para outras DIR ao lado, Assis, por exemplo, que se utiliza dessa referência, então tem algumas coisas que são prioridades vamos dizer, Estaduais e até Federais no investimento e isso você tem que respeitar.

RITA – E acaba sendo nossa também, acaba sendo nossa também da regional.

CRISTINA – E assim, eu acho que o trâmite dessa solicitação eu acho que...

DIR – FITA NUMERO 2

TEREZA - Mecanismos para amenizar ou corrigir desigualdades entre Municípios ou entre agrupamentos de Municípios?

CRISTINA – Obviamente que existem mecanismos sim, mas eu acho que é uma questão de prioridade e postura política da Secretaria de fazer isso, hoje, por exemplo, no meu entendimento, eu teria que fazer um investimento maior ou até dar recurso, mesmo financeiro, até de custeio, para determinados Municípios que tem uma arrecadação per capita ínfima, que mesmo colocando 15% na saúde não dá conta da atenção básica. E acho que essa situação hoje, ela não é levada em conta. Então, têm alguns Municípios, por exemplo, que por sua arrecadação per capita ela teria capacidade financeira para assumir até um alto custo, vamos dizer assim, como exemplo né, os dois extremos, em compensação nós temos Municípios, que você sabe, nós somos o segundo em pobreza em salário, pelo levantamento do IBGE, abaixo... o número de famílias, de chefes de família que recebem menos de dois salários mínimos, nós estamos em segundo lugar do Estado, é a Vale do Ribeira, e estamos empatados entre Prudente, Marília e Assis mais ou menos.

RITA – Nós estamos no corredor da fome...

CRISTINA – No corredor da fome, então realmente...

RITA – Essa, você depois que passou Marília e Tupã...

CRISTINA – Tupã, já vem o...

RITA – Você entra naquela região de Osvaldo Cruz e Adamantina, você entra no corredor da fome.

CRISTINA – Então eu acho que essa diferenciação deveria ser levada em conta, da capacidade do Município de investir, tem Município que a renda per capita, se ele colocar 20% na saúde ele não consegue dar conta da Atenção Básica, então este Município deve ser investido, aquele que tem uma capacidade, não que ele não deva receber, porque obviamente eu tenho que ter uma política equânime, mas a equidade se dá dessa forma, eu vou dar mais pro Município que precisa mais daquele recurso, que ele tem uma capacidade pequena de investimento, é um Município pobre, não tem arrecadação, mesmo ele investindo muito em percentual do seu recurso ele não consegue dar conta. Então eu acho que a gente tem que fazer essa diferenciação ou deveria, mas ela não é feita, pelo menos nesse momento eu não vejo que esteja sendo feita desta forma.

TEREZA - Agora, é, vocês acham que existe uma abordagem de uma perspectiva intersetorial na saúde, dentro da política da Secretaria Estadual?

CRISTINA – Formalmente, hoje, acho que a parceria que a gente, parceria não, na verdade trabalho intersetorial com a educação que a gente tem, que é formal, quer dizer, tem um programa, todo mundo participa, os Municípios estão integrados nesse programa e etc, etc.

TEREZA - Fala um pouquinho desse programa então. Como é, o que é, como é que vocês atuam?

CRISTINA – Bom, esse programa, eu não vou saber dizer data, essas coisas, mas assim, já é um programa que a Secretaria de Saúde tem em conjunto com a Educação, ele começou, iniciou com a finalidade de realmente fazer algum trabalho educativo junto às escolas, acho que era, é Saber Saúde que chama hoje. Então vendo esse programa a gente tem implantado outros, outros assuntos que não são, vamos dizer, oficialmente da Secretaria, então essa é uma área que a gente trabalha juntos, na DIR Marília, nós já implantamos junto com esse pessoal o nosso protocolo de redução de fatores de risco para doenças crônicas que é uma... nós fomos pioneiros aqui em Marília, foi um grupo de pessoas que montou esse trabalho, hoje já está disseminado no Estado como um todo. Mas nós já usamos uma certa estrutura de parceria que já existia entre Educação e Saúde, então assim, formalmente é esse o trabalho que a gente tem intersetorial, mas eu acho que assim, no nível regional a gente tem um pouco maior facilidade, de facilidade, mais facilidade para trabalhar com outros setores do que o nível Estadual, eu acho que o nível Estadual é mais complicado de trabalhar intersetorialmente e eu não tenho dúvida que o Município tenha essa facilidade, trabalha. Pode trabalhar intersetorialmente, não é ainda um

trabalho que ocorra, acho que está ocorrendo esse trabalho intersetorial basicamente onde as pessoas, os Municípios que assumiram o PSF né Rita.

RITA – Era isso que eu ia falar, eu acho que o grande incentivador e o PSF...

CRISTINA – É o PSF, que ele, é, é impossível não trabalhar intersetorialmente a hora que você monta o Programa de Saúde da Família, né então eu acho que essa é...

RITA – E dentro da capacitação você enfoca muito isso, que em saúde você não trabalha sozinho, você não resolve sozinho, que você tem que estar, os outros setores tem que estar envolvido, e, então eu acho que...

CRISTINA – Esse trabalho é claro com o PSF.

RITA – Ele ainda não é ...

CRISTINA – Adequado.

RITA – Adequado, não é efetivo, assim não é o ideal, mas ele, é (insistente), mas ele existe...

CRISTINA – E onde ocorre, basicamente, é isso no PSF mesmo.

RITA – E em alguns Municípios mais intensamente, em outros nem tanto, e você tem às vezes em alguns momentos mais assim, que nem a questão da Dengue acaba envolvendo mais os setores.

CRISTINA – Pontualmente, mas mesmo nessa integração, essa, não é nem integração, esse, trabalho intersetorial, trabalho com outras áreas, ela acaba ocorrendo muito mais no nível Municipal do que no Estadual.

RITA – Ah sim, muito mais.

CRISTINA – Então assim, eu acho que a Secretaria no nível Central é difícil, muito mais difícil, o nível Regional tem essa dificuldade e o nível Municipal, apesar das dificuldades ele tem mais facilidade de fazer esse trabalho, mas eu acho que é uma coisa, uma área que nós enquanto Regional temos que procurar fazer é o trabalho intersetorial, eu acho que é uma falha ainda, tem um buraco aí que a gente pode estar procurando outras, tem outros, outras Secretarias que tem trabalhos até em relação à saúde que a gente desconhece ou até conhece, mas fica distante, não soma, então eu acho que o trabalho intersetorial é isso, é você somar possibilidades, oportunidades para pode desenvolver um trabalho de melhor qualidade, mais efetivo, mas a gente tem dificuldade.

TEREZA - Bom, agora eu queria passar mais para questão da regionalização. Eu não sei se vocês vivenciaram essa passagem do ERSAs para DIR, essa divisão, quais foram os critérios, se vocês acham que avançou passar de ERSAs para DIR, como e que vocês vêem essa regionalização do Estado de São Paulo em DIR, de ERSAs para DIR?

CRISTINA – Eu acho que fez, faz parte do processo, os ERSAs tiveram um trabalho fundamental que foi o início da efetiva descentralização, do aumento de serviços nos Municípios, que foi a época do Montoro, do governo Montoro, naquele momento era muito importante que existissem os ERSAs que eram instâncias mais próximas dos Municípios, vamos dizer, geograficamente, por isso que teve esse aumento de números de Regionais, mas na verdade a maior parte dos antigos ERSAs já funcionavam como Distritos Sanitários, que eram ligados a uma Regional de Saúde. Então, Marília, por exemplo, sempre foi Regional, mas ele tinha, Distrito de Tupã, Distrito de Assis, Distrito de Ourinhos...

RITA – E o Distrito de Marília .

CRISTINA – Né, que, e o Distrito de Marília, então na verdade, eles transformaram esses Distritos, pelo menos aqui na região, viraram Regionais que seriam uma...

RITA – Os ERSAs.

CRISTINA – Que eram os ERSAs. Que eram instâncias com mais autonomia para poder tomar conta daquele pedaço menor, vamos dizer, e acho que para época foi adequado, porque para eu fazer todo o investimento que foi feito naquela época de descentralização, construção de unidade, capacitação de gente, eu acho que foi uma época bastante promissora em termos de descentralização e de investimento na saúde. Então eu acho que era, foi necessário, eu acho que , foi o que eu falei para você, hoje a gente está numa outra fase de papel Regional onde eu não tenho mais a necessidade de construir unidades da forma que foi naquela época de implantar serviços eles já existem. Eu só vou investir na medida em que a população está crescendo e mudando as prioridades, mas assim, hoje nós temos um papel muito mais de assessoria, capacitação, um papel regulador do sistema, articulador das referências e contra-referências aí na região, garantir essa referência, do que propriamente você, o papel que os antigos ERSAs tiveram, que na verdade eles conduziam os Municípios naquele momento inicial da descentralização. Assim, se é adequado ou não, eu não sei te dizer, eu não tenho essa avaliação tão aprofundada, na minha visão eu acho que a época dos ERSAs ele teve um papel importante sim, teve sim, eu acho que agora, o término dos ERSAs, vamos dizer, acabaram-se os ERSAs e viraram Regionais, eu acredito que com a evolução isso ia acontecer mesmo, não tinha o porquê eu manter uma estrutura com muitos funcionários, muitas áreas se eu hoje já tenho definida essa, a Política de Saúde, os Municípios já tem, assumem sua Atenção Básica, o que eu tenho que incorporar é qualidade nisso e para isso eu não tenho que ter 60 Regionais.

RITA – E você, hoje o seu trabalho Regional, o Estado ele não é o prestador de...

CRISTINA – Prestador de serviço.

RITA – Grande prestador de serviço, então ele tem um papel muito mais de articulador, de amenizador, de assessoria aos Municípios, então eu acho que é, não havia necessidade dessa estrutura tão grande em função do novo papel dele também, um novo papel.

TEREZA - Em termos de é, do estabelecimento das macro-regiões, como é que vocês vêm a macro do interior, vocês acham que essa divisão tão grande de macro-região da Grande São Paulo e uma no interior, é adequado, não, como que é a visão de vocês?

CRISTINA – Eu vivi um pouco né, não muito, não como diretor nem nada, mas assim, quando a gente tinha os ERSAS, ficava quase impossível você ter um, uma macro interior, do interior, (eles não se sentem) escritórios regionais, então assim, é muito complicado você gerenciar isso, na quantidade de Regionais, a quantidade de coisas para você gerenciar. Então, realmente para a época eu também acho que foi adequado eles dividirem em macro-regiões, eram 5 se não me engano, até pelo grande volume de Regionais que existiam na época. Agora você fica imaginando enquanto Secretaria, se eu não divido em macro como é que eu dou conta, de todo mês catar 60 Regiões para consolidar algumas informações, é muito complicado, então eu acho que para época ele foi adequado nesse sentido, porque você tinha 60 ERSAS, hoje eu tenho 24 ERSAS, Direções Regionais, então obviamente que eles dividiram Grande São Paulo e interior. Grande São Paulo é totalmente diferente as características deles, o interior, embora seja tudo interior, cada um, cada regional tem uma peculiaridade, tem diferenças, mas eu acho que dá para gente sentar pelo menos para discutir esses assuntos juntos, não tem essa diferença. Olha antigamente por macro né, uma macro está desta forma, outra macro, né, hoje não tem esse sentido de ter muito mais que, são 19 Direções no interior e 5 na Grande São Paulo, então hoje você fazer reunião como 19 Regionais é mais tranquilo do que fazer com 60, mas elas têm características diferentes.

TEREZA - E agora com a NOAS, vocês estão vislumbrando algum tipo de modificação na regionalização, na divisão dessas regiões? Aqui em Marília vocês vislumbram algum tipo de modificação na regionalização?

CRISTINA – Nós trabalhamos na NOAS da forma que a gente tem hoje as referências estabelecidas, nós não mudamos nada, nós continuamos sendo Regional de Marília que faz referência para tal, tal, tal região inclusive a gente tem referências fora da região. Assis, por exemplo, é um grande usuário da nossa região em termos de saúde, principalmente nas questões mais complexas, nas coisas de alta complexidade e algumas coisas muito pontuais para Prudente, mas assim, nós fizemos, construímos o nosso projeto aí o nosso plano de investimento pelo (Diretor) da NOAS em cima do que hoje funciona.

TEREZA - E vocês acham que isso funciona. Que vocês não vêem necessidade de modificação é isso?

CRISTINA – Eu não tenho isso muito claro comigo, porque assim, geograficamente...

RITA – No principio não.

CRISTINA – No principio não, vai continuar desse jeito. Geograficamente, obviamente que a nossa área era mais adequada quando era composta pelo Distrito, antigo Distrito de Assis, Ourinhos e Tupã, é uma área geograficamente mais adequada, vamos dizer, hoje a gente tem o antigo Distrito de Tupã, de Marília e Adamantina. Adamantina já fica um pouco mais longe para nós aqui, e ela pertencia a Regional de Prudente, que geograficamente é mais próximo de Prudente mesmo. Mas assim, não cabe a nós ficar discutindo isso, eu acho que é uma questão do Município sentir isso aí.

RITA – Agora, era isso que eu ia falar, agora os Municípios mesmo os Distritos mesmo estando mais distantes que antes vamos supor, estava a 50Km e hoje ele está a 100, ele ainda prefere essa referência, ele ainda prefere

CRISTINA – Entendeu, então eu acho que nós temos que respeitar até o Município nesse momento.

RITA – Porque já houve até um Município que é Irapuru, que ele é muito próximo de Dracema, então ele solicitou para

CRISTINA – Transferência.

RITA – Para Prudente. Só que aí, assim foi até a mudança de Prefeito, e o outro Prefeito até não... o que assumiu não queria, e na época houve, até assim, uma tentativa do movimento daquela micro-região está é, e os municípios não aceitaram os municípios preferem a referência, essa divisão.

CRISTINA – Agora assim, administrativamente nós temos problema com essa divisão, então nós começamos com 34 Municípios na DIR, sai um entra outro, ficamos com 36, eu não lembro, sei que hoje estamos com 37.

RITA – Não, saiu ficamos com trinta e , nós tínhamos trinta e.....

CRISTINA – Saiu o Florida, Flora (micro) lá no.....

RITA – 35, a não, saiu 4 lá, ta certo..

CRISTINA - Vários, mas assim hoje.....

RITA – Eu nem lembrava disso que nem é do meu tempo aqui.

CRISTINA – 37 Municípios. Eu tenho 3 Municípios que recentemente, esse ano vieram para minha DIR que era da DIR de Bauru, Guarani, Guarantã e Ubirajara, ta, então assim, aquele, aquela ponta que era o antigo, pertenciam a antiga Regional de Prudente, então todas as, papeis, documentos, etc, referente a pessoal eu tenho que ir para Prudente, esses 3 Municípios que vieram da DIR de Bauru, agora eu tenho que ir para Bauru, então assim, todo mês eu tenho que colocar o carro duas vezes para Prudente, duas vezes para Bauru para poder dar conta desses Municípios pequenos que vieram e eu tenho que burocraticamente entregar o papel lá e pegar, então assim a Região Administrativa não bate com a Região de Saúde que não bate com a Região de Contadoria, que não bate com a outra Região de não sei das quantas.

RITA – É nós usamos de 3 Procuradorias, de 3 Fazendas , 3

CRISTINA – É muito complicado, é muito difícil, eu acho que essa coisa, ela tem que se dar de uma forma mais, mais igual dentro do Estado, pelo menos mais racional, senão assim só o, imagine o meu gasto, duas vezes por mês para Prudente, duas vezes por mês para Bauru, estou gastando diária, combustível, etc para poder dar conta dessas coisas que poderiam administrativamente serem resolvidas, mas você sabe, trabalhar com a Secretaria de Fazenda, com contadoria, com, onde mais o pessoal faz, de pagamento lá, é...

RITA – Corregedoria não.

CRISTINA – Ah não sei, só sei, mas assim é uma loucura.

RITA – Não, Tribunal de Contas.

CRISTINA – Tribunal de Contas, é tudo, tudo é, região diferente, porque eles mudam as regiões de saúde e o resto vai ficando onde era né...

TEREZA - Sei.

CRISTINA – Não muda a outra referência, então esta é uma necessidade que eu vejo, de você adequar para não ter gasto, racionalizar isso.

RITA – Administrativamente.

CRISTINA – Administrativamente.

TEREZA - Ta certo, e em termos de, da implantação realmente, implementação da regionalização segundo a NOAS, como é que vocês estão avaliando aqui na região?

CRISTINA – Bom, nós não tivemos muitas...

RITA – Dificuldades.

CRISTINA – Dificuldades porque é...

RITA – Já teve um processo.

CRISTINA – Anteriormente a NOAS a gente já tinha feito um processo de regionalização, talvez uma das poucas regiões que conseguiu fazer.

RITA – Nós fizemos a Programação Pactuada...

CRISTINA – Fizemos a Programação Pactuada Integrada....

RITA – Em 97.

CRISTINA – Mas vamos dizer minuciosamente a parte de internação e parte hospitalar da qual a gente dispunha de mais informações por Município, a parte ambulatorial a gente também fez, mas a gente na época, a gente não dispunha de tanta informação por Município como a gente tinha da parte de internação, mas a gente fez toda a pactuação inclusive de, física, financeira, então a gente já tinha feito esse trabalho. Com, a NOAS na verdade ela só consolida uma situação já existente, corrige algumas distorções, faz pequenos ajustes, igual a gente falou de Osvaldo Cruz que está começando a ser uma micro-região, incorpora algum serviço que não tinha e que veio, então assim, a gente fez pequenos ajustes.

RITA – Eu acho que agora, assim, que na época que nós fizemos a Programação Pactuada, nós fizemos ao nível Regional, a gente não consegui fazer ao nível Estadual, então você acaba, aquilo que você precisa extra DIR ...

CRISTINA – Não tem.

RITA – Você acaba mesmo tendo que fazer na base da amizade, do favor, da negociação, você não tem aquela coisa formal, aquela referência formal que você então já teria um fluxo normal, então eu acho que agora isso vai, a NOAS vai propiciar isso .

CRISTINA – Ela tem que garantir as referências formais que, de serviço a gente não tem aqui.

RITA – Não tem na nossa região.

TEREZA - Agora vocês percebem que a Secretaria no nível central está estimulando essa regionalização ou ainda é uma coisa muito incipiente, que não é uma política realmente do nível central?

CRISTINA – Não sei te responder. Eu sei que nós no nível Regional acreditamos nisso, estamos trabalhando e assim, querendo que isto se efetive o mais rápido possível até por questões financeiras de certas distorções que hoje ocorre. Não que a NOAS resolva, mas eu acho que ela vai dar uma cara um pouco menos injusta na divisão do recurso financeiro, que é pouco, mas eu acho que a gente tem que evitar distorções, e mais, eu acho que a NOAS, ela é um avanço na hora que os Municípios estão se apropriando deste processo né, porque a gente passa por um processo mesmo demorado, quando a gente fez a outra PPI, os Municípios não eram plenos, não tinham ainda, não estavam habilitados nesta forma de gestão, Então a DIR que tocou todo esse processo, conduziu mais próximo ali, quase que fazendo junto com o Município. Agora a NOAS não. A NOAS, cada Município está levantando as suas, as suas características, as suas necessidades, o que ele quer, onde ele quer que seja feito esse serviço, e eu acho que isso é muito bom, para o Município. Acho que para o desenvolvimento da região nossa. Mas eu acho que a NOAS tem que ser efetivada o mais breve possível. Acho até que os Municípios têm pressionado a Secretaria no sentido de ir mais rápido nesse processo. Mais, eu não sei te dizer, eu acho que a Secretaria... seria uma incoerência dizer que não está com vontade de implantar, eu acho que não, eu acho até que tem a questão da interferência do momento político de mudança de governo e etc que pode realmente interferir, mas não acho que ela não esteja com vontade de implantar, ela tem que ter esse papel porque inclusive participou na elaboração de toda essa questão da NOAS. Agora eu acho que tem que deixar registrado, mas São Paulo tem problema com o Ministério da Saúde, ou o Ministério tem com São Paulo, eu acho que a história do ovo e da galinha, eu não sei, e isso aí é nítido, a gente sabe que existe isto, pelo menos ouve falar muito. Não consigo concretamente te dizer, olha acontece isso e isso, mas a gente, é constante essa fala das pessoas que são do nível central, não sei se realmente existe, mas assim, no nível regional a gente procura trabalhar, vamos dizer, dentro das possibilidades que temos, sem deixar muito que essas questões centrais de Secretaria e brigas de Ministério deixem interferir pelo menos no desenvolvimento do nosso trabalho aqui junto com os Municípios.

RITA – É que tem DIR que caminha mais rápido, até caminham mais rápido que outras e isso acaba refletindo a nível de Estado também né, então.

TEREZA - Bom, vocês gostariam de acrescentar mais alguma coisa, mais algum ponto que vocês gostariam de destacar, ressaltar?

CRISTINA – Não sei, eu acho que é importante colocar que a gente tecnicamente, vamos dizer, a DIR, pelo menos nesses últimos anos, tentou implantar programas nos Municípios que efetivamente fiquem, que sejam adequados, apropriados pela população, pelo Município, eu acho que essa, fantástico, uma coisa muito, que eu acho que tem que ser destacado essa questão do protocolo de acompanhamento das doenças crônicas, a Secretaria garantiu medicamento, que foi uma conquista. Este programa que é conjunto, faz parte desse grande programa da DIR que é Redução de Fatores de Risco e trabalhar nas escolas, nas empresas, e eu acho que a gente tem que trabalhar buscando esta integração, esse trabalho intersetorial e não só dentro do próprio serviço, que esta sempre foi uma lógica nossa. Trabalhar e sempre olhar no próprio umbigo, eu

acho que hoje a lógica de trabalho só se efetiva se você tiver trabalhando com outras áreas, com outros setores, somando iniciativas que outras instituições, seja em ONG, seja em comunidade, você somar, incentivar essas, pelo menos ter conhecimento e incentivar e talvez até trazer como experiência para ser disseminada. Eu acho que hoje o papel, o grande papel da gente acho que é estimular ações da Atenção Básica. Eu acho que muito já se investiu em área de Assistência Hospitalar, já se investiu em doença, eu acho que nós da saúde temos que investir na saúde e não em doença, embora a maior parte das pessoas ou dos, serviços de saúde sempre briguem para investir em algum, algumas áreas que, na hora que você vai ver... pô eu investi em doença, eu tenho que investir em saúde. Acho que a gente avançou bastante em Saúde Mental que é uma coisa importante, mas assim, eu acho que no geral mesmo a gente tem esse papel de assessoria, de regulação, de harmonização, de articulação regional e que não é fácil, eu acho que é um papel bastante difícil, e a única coisa que eu acho que a gente precisa é que a gente seja melhor capacitado para esse novo papel, que a gente deixou de ser prestador, passou para ser, todo esse papel que eu coloquei e a gente não foi preparado para isso, as equipes das Regionais. Fora a questão que a gente não tem reposição de pessoal, a gente trabalha com uma dificuldade grande em termos de números de pessoas.

RITA – Até porque ainda, nós temos uma unidade...

CRISTINA – Nós temos ainda uma Unidade de Saúde.

RITA – Que é um grupo de gestão assistencial na área de especialidades que fica aqui em Marília que ele ainda é do Estado e você tem uma dificuldade muito grande de reposição de pessoal.

CRISTINA – Ele está ainda no, acho que vale, cabe, fazer esse comentário, talvez o Doutor ainda até tenha feito. Só não foi municipalizado porque pela NOAS, obrigatoriamente ele deveria estar municipalizado, por questões salariais, porque, hoje o Funcionário Público Estadual, que está em Unidade Estadual não municipalizada, ele recebe o prêmio incentivo, e o prêmio incentivo embora seja prêmio, ele vira salário, a hora que vira salário ninguém vai querer perder, e municipalizando ele perde esse emprego, é o que...

RITA – E até porque em alguns casos tem perda de 50% de seu salário.

CRISTINA – Isso inviabilizou a municipalização da unidade, agora eu espero que proximamente tenha, tem, tem uma saída para que isso, porque isso não pode ser um motivo de emperrar todo um processo de descentralização, então eu acho que tem que ter medidas cabíveis caso a caso. Eu espero que sim, espero que a gente implante a NOAS rapidamente, eu acho que essa é nossa grande (morte) aí desses nossos últimos meses aí, da gente trabalhar em cima disso.

TEREZA - Bom, eu queria agradecer e parabenizar pelo trabalho de vocês aí, muito bom.

CRISTINA – Tem muito problema viu, eu fico até com medo quando o povo fala bem de Marília, eu falo meu Deus, se eles falam bem de Marília como é que será que deve ser em outro lugar.

19 - Enio Pinto - Secretário de Saúde do Município de Marília e Presidente do COSEMS

Tereza: Bom, Dr. Enio, eu gostaria de saber, então, em termos de política de saúde como é que o senhor caracterizaria a política de saúde aqui em Marília?

ENIO: A política de saúde de Marília é a política do SUS.

Tereza: Política do SUS

ENIO: Em termos de saúde, depois nos temos uma proposta de saúde que já foi consagrada na constituição de 1988 e que vem de um grande movimento da chamada reforma sanitária, eu acho que como proposta de um esquema de saúde eu acho que o SUS contempla as necessidades do país em termos de saúde, sistema de único saúde e nós estamos tentando aplicar aqui no Município de Marília os princípios do SUS. Então não tem nada, nenhuma novidade aqui que não seja as propostas do SUS agora que não estão sendo, ainda não estamos no processo de implantação, certo? Mas o norte nosso, as nossas diretrizes maiores são o SUS.

TEREZA: O senhor poderia falar um pouquinho mais do papel da Secretaria dentro dessa política?

ENIO: Nesse sentido a Secretaria Municipal de Saúde, nessas diretrizes e nessas propostas do SUS, ela procura assumir seu papel de gestor municipal, em todos os aspectos, como responsável pela política de saúde

do Município, como executor na área básica, nós temos uma presença forte na área básica e na área média e alta complexidade mesmo, nós não temos serviços próprios. Nós somos gestores, nós temos convênios, prestadores e mais, que Marília é praticamente, filantrópico e universitário.

TEREZA: É, eu já tive dando uma olhada aí.

ENIO: Mas nós procuramos assumir plenamente o papel de gestor municipal que está previsto na Constituição, na Lei Orgânica e nas NOBS, com uma certa dificuldade que isso às vezes não é a diretriz de outras instâncias do governo mas nós procuramos assumir esse papel que inclusive nós estamos no sistema pleno de saúde, o sistema pleno de saúde municipal que é quando o gestor municipal assume todas as titularidades em nível local.

TEREZA: E dentro da política da Secretaria Estadual qual tem sido o papel dos Municípios ou mais especificamente...

ENIO: Uma opinião minha, eu acho que a Secretaria de Estado não assume o que está previsto, tudo na legislação do SUS, realmente no espírito do SUS que é a descentralização eu sinto que a Secretaria não tem essa idéia muito clara, muito firme e realmente está descentralizando. Então, um exemplo, muito... para mostrar isso é que a Secretaria resiste a colocar sob gestão dos Municípios os seus próprios. O Hospital Universitário. Seus próprios. Porque eu acho é que um grande equívoco na verdade não estar se passando esses próprios para gerência dos Municípios. Estar passando para a gestão, porque eu acredito que como está nas diretrizes do SUS, se você realmente não tiver um gestor, local, articulado com outros gestores municipais sob coordenação do Estado, com uma proposta realmente firme de estar implantando o sistema municipal, se você tirar da gestão municipal alguns prestadores de serviços que são importantes que acabam não se articulando com outros prestadores, não se articulam na política local, na política regional, você não consegue implantar o SUS. No local e na região. Então eu sinto essa intenção do Estado, ela não tem essa proposta, ela tem uma proposta realmente de achar, isso é explicitado até em algumas fala do Secretário, não é uma coisa que ele esconde inclusive, é uma coisa que ele tem

convicção que os serviços regionais tem que ficar sob gestão do Estado enquanto os serviços locais deveriam ficar sob gestão do Município mas isso não é o que está nas diretrizes do SUS, não é essa a idéia básica. Então isso aí, pelo jeito, cria um certo conflito, não um grande conflito mas...

Mas uma competição entre...

Uma competição e que acho que isso tem atrapalhado e tem realmente avançado na implantação do SUS no Estado, aqui inclusive para eu assumir a gestão do Hospital Universitário, eu tive que realmente ir (ininteligível) do Estado se opôs , houve um empate na Bipartite e foi para o Conselho Estadual, o Conselho Estadual decidiu, pela, é claro, seguindo o que está proposto na NOB 96 inclusive, que o Hospital Universitário fica sob gestão do Município e não do Estado. Mas isso não fica uma coisa tranquila porque o próprio Hospital Universitário hoje questiona isso, ele acha que com isso ele foi prejudicado, que ele acabou tendo menos recursos, essas coisas eu acho são, eu sinto que são assim, palavras muito perigosas para a implantação SUS. Porque fica no meio do caminho e podendo até radicalizar a implantação, mesmo, que está previsto até como na pior das hipóteses como uma experiência. Olha não deu certo, podemos até rever esta discussão. Então, eu acho que essa diferença, hoje, essa diferenças de visão do SUS que hoje tem o Estado e o COSEMES eu acho, os Secretários municipais é uma coisa que no meu ponto de vista atrapalha um pouco a gente estar avançando na implantação do sistema no Estado de São Paulo.

TEREZA: Agora eu estou fazendo mais perguntas como o senhor como Secretário Municipal e depois eu queria que o senhor falasse mais como presidente do COSEMS. Aqui em Marília como é que o senhor organiza no território o atendimento dos níveis primário, secundário e terciário dentro do Município?

ENIO: Eu acho que aqui nós organizamos bem o sistema. Nós temos dificuldades, claro até pelo próprio volume de recursos que nós temos que é insuficiente, ainda, apesar de toda a Emenda Constitucional 29, nós temos ainda insuficiência de recurso, o Município está gastando já mais de 15% do seu orçamento e até pelas dificuldades, nós conseguimos organizar o sistema razoavelmente, de maneira razoável para o Município. A experiência que nós temos é histórico, nós não começamos agora. Uma história que começou em 82 com a criação de uma rede básica, de uma articulação com o Hospital Universitário, é uma coisa que também vem de décadas, uma integração muito boa do Hospital Universitário com a rede integração ensino/serviço também que vem de décadas então por uma série de motivos nós temos hoje um sistema bem organizado em Marília, assim no ponto de vista, nós temos uma rede básica bem estruturada, essa rede básica foi complementada nos últimos 3 anos pelo Programa de Saúde da Família, nós temos uma rede básica bem construída, temos trabalhado muito essa rede básica, tanto a unidade básica como a saúde da família no sentido de estabelecer vínculos com a população... fortes, trabalhar com território de saúde na linha de vigilantes da saúde, assistência integral, isso é uma coisa que a gente vem trabalhando há muitos anos também, não é coisa de hoje. Nesses últimos seis anos a gente aprofundou isso aí. Temos uma rede de hospitais boa também, com uma série de

dificuldades em termos de... Precisava de mais investimento. Equipamentos obsoletos que acabaram nesse processo e não foram repostos, equipamento... Mas é uma rede boa também, nós temos tanto hospitais filantrópicos como universitário, então hoje praticamente nós damos conta, a saída de pacientes pelo SUS para os outros locais, para outras regiões é muito pequena, hoje está em torno de 3% de âmbito para fora. Então, nós damos conta de atender os municípios e temos uma vinda de pacientes da região para cá em torno de 30 e poucos %. Então, o Sistema de Saúde que eu acho que está dando conta para o Município, razoável, é claro que temos que ter mais investimento, nós temos limitação na média, principalmente na média complexidade então eu acho que nós temos um sistema de saúde, eu não vou dizer bom, porque eu sou meio, eu acho que tem muito que melhorar ainda mas eu acho que em relação a outras regiões do país, do estado nós conseguimos montar um sistema de saúde na linha preconizado pelo Sistema Único de Saúde, participação da comunidade inclusive, os conselhos funcionando. Nós procuramos atender todo os princípios básicos do sistema de saúde aqui em Marília, com referência, contra referência, com integração com o ensino, então nós procuramos atender os princípios básicos e acho que estamos conseguindo, agora tem muito que alcançar ainda por uma série de motivos, de razões.

TEREZA: Vocês tem um sistema de avaliação do sistema de ...

ENIO: Temos. Temos uma área de informações na... que produz informações, acabamos de criar uma sala de situação numa área que nós temos aqui onde se reúne o Conselho Municipal. Nós estamos trabalhando bastante o sistema, claro tem um sistema de avaliação já do Sistema Único de Saúde, os pactos de avaliação da atenção básica, a PPI da epidemiologia, tem a agenda municipal, certo, mas nós temos um sistema de avaliação básico, das coisas, dos indicadores básicos, nós temos, e isso é uma coisa que nós temos acompanhado com bastante atenção, entendeu, que é fundamental pro texto de avaliação.

TEREZA: E o que o senhor considera que ainda continua um grande desafio pra secretaria?

ENIO: Olha, nós temos avançado muito, na atenção básica, nos indicadores. Tem melhorado os indicadores na área infantil, esses clássicos que nós temos, nós temos melhorado, nós temos hoje um... Quer dizer, nos principais programas, implantados, programa da mulher, programa da criança, hipertensão, diabetes, avançamos bastante. No sistema, eu acho que o grande problema que nós temos é a referência, certo, principalmente em algumas áreas de média complexidade, nós não temos recursos inclusive pra dar realmente uma resposta para a população, o que a população hoje mais reclama aqui nas nossas avaliações é a referência, certo? Nós articulamos bastante a rede básica, a referência, nós temos a central de regulação, principalmente da média complexidade, marcação, nós temos a central no município, nós temos aqui na região duas centrais, nós temos a central de eletiva vamos dizer, no município e tem uma central de urgência e emergência na DIR, que foi um programa que a Secretaria montou, e eu não quis inclusive, acho que no meu ponto de vista dentro dos princípios da Lei Orgânica da NOB essa central tem que ficar no município também, mas em função de falta de recurso e como o Estado investiu, e ela é uma central cara porque ela envolve médico 24 horas, então acabou fazendo um

acordo e ela fica com a DIR, urgência e emergência. E nós trouxemos para o município a central de internações eletivas e de especialidades. Então esta nós temos aqui no município, e eu acho que tem que ter um apoio muito maior do Estado, Federal para essas centrais em termos de informatização, entendeu? Nós temos um sistema também de informatização dessas centrais, não é um sistema muito avançado não, mas temos, então nós temos uma grande dificuldade hoje dessa área de referência, temos trabalhado com protocolo inclusive pra racionalizar mais esses pedidos, e nós sabemos também que essas solicitações de referência nem têm sempre uma lógica dentro da necessidade, e muito mais às vezes por outros fatores. Então, nós temos procurado trabalhar com protocolo, principalmente naqueles programas básicos, por exemplo da mulher, da gestante, programa da hipertensão, mas, eu acho que essa é a área que nós temos que avançar agora, e provavelmente vai aparecer alguma pergunta disso mais pra frente, aí então que seria a regionalização.

TEREZA: Isso, bom, o senhor já falou um pouquinho em relação às competências entre, os diferentes entes da Federação, mas o senhor acha que existe conflito entre os entes da Federação, Estado, Município e União ?

ENIO: É, eu acho que na União, existe menos conflito, até porque eles estão mais longe e São Paulo nunca teve uma interferência muito grande do Governo Federal, eu não sinto em relação ao Governo Federal, ao Ministério da saúde algum conflito, o conflito que nós temos hoje com o Ministério federal e o Ministério de saúde é esse exagero de portarias, saindo muito, em quantidade muito grande, que deixa o município meio assim, atropelados por esse processo e com dificuldade de acompanhar uma portaria que muda a outra. É assim, mas o Ministério, pela distância, inclusive, não tem tido. Nós temos tido mais conflito, com essa questão do Estado em relação a essa... Como, eu acho que eu já coloquei na primeira questão, eu acho que foi na primeira, em relação a essa visão que o Estado tem, da saúde hoje, que é um pouco de que o processo de regionalização tem que ser mais do Estado. Nós concordamos que tem que ser uma condução pelo Estado, se bem que na Lei Orgânica, a gente vai ver a Lei Orgânica ela, quando ela fala em regionalização, ela fala na competência dos municípios e não fala na competência do Estado, ela fala que os municípios com e em articulação com os Estados farão o processo de regionalização. Ela não faz o contrário, coloca na competência do Estado, que o Estado fará a regionalização em articulação com os municípios, então é interessante isso entendeu? Apesar disso, nós achamos, e acho que está na NOAS, que o Estado, tem um papel forte na condução desse processo de regionalização, mas não no sentido de estar assumindo a execução e tal. Conduzir esse processo, eu acho que o Estado, ele tem esse papel forte, e acho que não está ocupando. Acho até que a NOB 96, a NOAS, pra mim a NOB 96, já dizia isso. Eu nunca... Eu achei que isso estava na NOB 96, já, entendeu? Estava explícita na NOB 96, lendo, que o Estado teria um papel importante na condução desse processo, mas como foi dito que o Estado... Não estava bem claro o papel do Estado, surgiu a NOAS, e que fica mais claro isso, mais explicitado que o Estado vai conduzir esse processo e nós não temos nada em relação a isso, mas conduzir no ponto de vista de articular com os municípios, de apoiar os municípios, de fazer equidade, tem região do Estado que ele vai ter que apoiar mais. Vai ter região que não vai precisar. Quer dizer, esse papel do Estado, eu não estou sentindo isso, e talvez até no meu ponto de vista, há

uma certa fragilidade, das regiões, das regionais da Secretaria de Saúde do Estado, certo? Eu sinto regionais que não tem até competência para fazer esse papel, esse papel de condução desse processo. É um papel que exige mais do que na execução, é um papel que exige muito mais entendimento do processo, competência técnica, articulação política, visão política, de saber como é que se chega num município que está com um problema, como é que você entra num município sem ferir a autonomia, mas com firmeza, com competência, quer dizer, assim, se impondo do ponto de vista de autoridade que tem conhecimento pra ajudar o município. Eu coloco muito, desde da época em que eu era diretor do ERSA, que estava começando esse processo, eu dizia o seguinte pro pessoal que trabalhava comigo na época do ERSA. Olha, na nossa tendência é diminuir o nosso trabalho do ponto de vista de execução, a idéia é que a gente diminua, enxugue, vamos supor, que fica uma cidade mais enxuta. Agora duas coisas: nós não podemos abrir mão, de informações, que isso é fundamental e uma competência técnica nossa pra estar chegando nos municípios, nós seríamos como se fosse grandes consultores, e consultor você só chama se você acredita nele, entendeu?. Se eu chego num município com um papel de... É, assim... Não... Às vezes, do ponto de vista político de saúde, que o município sinta que tem um pessoal que vem ajudá-lo, que ele está com problema e vem ajudá-lo, eu acho que ele é bem recebido. Agora se ele chega com uma visão burocrática, autoritária, achando que, ainda, que a relação dele com o município é aquela relação que tinha antes, do centro de saúde do município ser do Estado, aí realmente complica, eu acho que isso aí, ainda, essa maneira de atuar que os municípios ainda...

TEREZA: É uma cultura...

ENIO: Antiga, é uma cultura que está permanente ainda e o Secretaria de saúde não conseguiu desmontar isso ainda, então eu acho que uma grande tarefa da Secretaria de saúde é fazer essa mudança, que essas regionais tenham essa compreensão do processo maior do papel do Estado que eu acho que é importantíssimo, se o Estado não tiver esse papel o SUS fracassa, certo? Eu acho que, por isso, nós não temos... Estamos muito preocupados da Secretaria estar ocupando o espaço. Então nós não temos... Nós queremos que a Secretaria do Estado ocupe o seu espaço, que tome conta, agora o espaço da Secretaria não é competir com o município na execução.

TEREZA: Agora a gente percebe que alguns passos com o SUS a gente tem dado, e na questão da integração vertical o senhor acredita que tem alguma coisa na saúde que o senhor aponte como melhora, é uma integração vertical?

ENIO: É, eu acho que já, não eu acho que o, eu acho que apesar do que eu estou, colocando avançou bastante, eu que acompanho a Secretaria há muito tempo, avançou bastante, entendeu? Até porque o município ocupou espaço, entendeu? E o espaço dos Gestores Municipais cresceu muito nesses últimos anos. Você tinha, há 20 anos você não tinha Gestor Municipal, hoje você tem em todos os municípios, você tem um responsável e o Estado não vai mais lá pra responder pras coisas locais, eu acho que avançou muito entendeu, esse processo, mas eu acho que seria menos, teria menos conflitos e avançaria mais, se o Estado entendesse mais esse novo papel dele, certo? Mas eu acho que há uma integração, apesar de tudo eu acho que o próprio SUS leva

a essa integração, os princípios entendeu? Eu sempre digo, seria meio que por gravidade, meio por, seria meio por inércia, como o SUS acaba levando a isso, só que não é uma coisa que você, conduz, com....

TEREZA: Consciência.

ENIO: Consciente entendeu? Do problema, vai um pouco no processo de inércia da implantação do SUS, isso acaba avançando, mas poderia avançar mais e com menos conflito se tivesse mais clareza, principalmente do Gestor Estadual, tá bom? E aí, só complementando essa idéia, eu, vamos... Gestor Estadual, ao Gestor Municipal, eu acho que tem também muito Gestor Municipal que não assume esse papel. Eu também... Eu sei que tem Gestor Municipal que ainda não tem idéia do papel dele, que ele é um Gestor Municipal... Que nós temos municípios de médio porte aí, de porte grande que não assumiu o sistema, a gestão total, na totalidade. Continua sendo um Pleno da Assistência Básica. Então, para mim incomoda muito, ver municípios ai grandes de 200, 300 mil habitantes na atenção básica, porque eu coloco sempre o seguinte: esse município não assumiu, não é gestor, ele é... Ele é meio gestor, porque ele na verdade não assumiu o papel dele, isso na hora do município de grande porte, não assume o papel dele de gestor, ele está dando espaço para que o Estado continue tendo até que exercer porque ele não exerceu, e com o município pequeno também, por uma certa fragilidade de entender o processo, de ordem técnica até, fica numa dependência do Estado maior do que o desejável. Agora, também eu acho que esse é o papel do Estado, é apoiar aqueles municípios que estão mais frágeis, estão numa fase incipiente e deixar aquele município que tem mais, que já tem mais avançado caminhar mais tranquilo, e às vezes você vê o Estado tratando iguais, de maneira igualmente desiguais, aí ele atua no município que está já mais avançado que tem um quadro técnico melhor ele procura entrar e atrapalhando... que aí cria o conflito.

TEREZA: Esse é o caso de Marília?

ENIO: É, Marília, é, aqui nós temos um bom relacionamento com a DIR, aqui nós temos um bom relacionamento, em algumas áreas temos tido um pouco de conflito desse tipo, em algumas coisas pontuais, a gente tem um pouco, mas a gente acaba se entendendo, mas nessa linha aí, agora a DIR não entende que quer fazer execução num município, então a gente nessa hora, a gente realmente de uma maneira muito educada não permite. E de repente um município pequeno que está precisando de um apoio maior de lá, tem município que tem que ir lá, sentar junto, fazer junto, até para ensinar e não pra substituir, então eu acho que esse papel do Estado, acho que é uma coisa importante que ele tem que ter clareza, aonde ele acompanha, avalia, e diz olha, vocês, estão... Precisa corrigir aqui, e aonde ele tem que ir lá mesmo e ficar junto até pra você poder estar, implantando. O município de Marília, ele tem uma Secretaria, tem uma relação muito boa com a faculdade, eu tenho bons técnicos na Secretaria, tenho até da faculdade que estão à disposição, então eu tenho realmente um quadro técnico que eu não preciso de algumas coisas da DIR, do ponto de vista de estar executando, mas eu gostaria, eu acho que, eu gostaria não, eu acho que é fundamental que a DIR me acompanhe, me avalie, me sinalize, aonde tem um problema, e assim eventualmente, eles podem até me apoiar mesmo, olha tal área não tem

gente, nessa área, porque tem vários programas que eu estou ainda atrasado, nós não temos, tem programas ainda que estamos começando a fazer, tipo Saúde do Trabalhador, mas aí eu preciso também do apoio bem qualificado também, eu preciso de gente que tenha mais experiência do que o pessoal que trabalha comigo, que também não vai, então eu acho, essa é a avaliação que eu acho, então pra terminar, eu acho que o município também tem problema nesse processo, eu acho que tem região no município que até se acomoda um pouco com essa situação do Estado estar mais presente e não assume o seu papel de Gestor Municipal.

TEREZA: E, quanto a CIBS, e a CIRS, como é que tem sido a experiência de vocês? Ela tem sido realmente uma mesa de negociação ou é só um organismo burocrático formal?

ENIO: Olha, ela tem sido, a nossa CIR pelo menos, a gente tem reuniões mensais, tem uma participação grande nos municípios, eu às vezes participando da CIR, que eu participo de todas as CIRS, raramente eu não vou, ela avançou bastante. Eu acho que é uma discussão, é um local que, a DIR... Agora, às vezes a gente sente um pouco que na relação ainda, quando eu estou no meio da reunião e eu lembro das reuniões que eu fazia há 20 anos atrás, como Diretor de Departamento ou então como Diretor de ERSAs, dos municípios da região, entendeu? Os Secretários da região, então é uma relação meio da hierarquia mas eu acho que está mudando, está avançando, eu acho que vai ter que rever, agora a Bipartite, eu acho que a instância é o que tem funcionado melhor no ponto de vista de parceria, porque realmente ela tem um questionamento hoje sobre isso porque ela é paritária, mas de um lado você tem um secretário com 7 subordinados ou 6 subordinados, ou você tem 7 Secretários Municipais de Saúde que não acontece em São Paulo, mas tem Estado que racha nos Secretários e só basta rachar que desequilibra, mas eu acho que a Bipartite tem trabalhado. Tem sido uma mesa de negociação boa, de discussão, de conflito, mas de avanço entendeu? Criando até um ciúme, um pouco, do Conselho Estadual, que às vezes a gente fica meio enciumado com a Bipartite, porque acha que a Bipartite está atuando mais rápido, se bem que eu estive com o pessoal do conselho, olha, a Bipartite, é operacional, ela não é de decisão deliberativa maior, maior é o Conselho Estadual, a Bipartite é uma instância de operacionalização das decisões que já foram tomadas, mas eu acho que a Bipartite tem funcionado bem, do ponto de vista de ter se reunido regularmente todo mês.

TEREZA: A PPI tem funcionado?

ENIO: A PPI? Por enquanto não. Está em andamento há 3 anos.

TEREZA: Bom, a gente estava falando da CIB e da CIR, eu queria que o senhor falasse um pouquinho dos acordos, como é realizado os acordos entre os Gestores Municipal, Estadual e no Estadual no caso eu acho que é a DIR né, e o Ministério?

ENIO: Você fala em termos do Ministério também?

TEREZA: Isso..

ENIO: O Ministério tem a Tripartite, né?.

TEREZA: Na Tripartite.

ENIO: É eu acho que tem havido porque oh, eu acho que tanto a Bipartite, como a Tripartite, que eu tenho acompanhado esses dois pólos, eu acho que tem havido bons (ininteligível) no possível, tem havido muito acordo, muita discussão, muito acordo, às vezes o Ministério atropela um pouco, ou bastante até algumas decisões, e quando envolve recursos, o Ministério chega, coloca é x, é um exemplo clássico é o do PABA né? Quando estávamos discutindo qual seria o valor PABI ampliada, nós estávamos pedindo pelo menos um real e tal, e de repente vem o Secretario Executivo do Ministério e fala, olha, é 50 centavos e ponto, e não tem discussão. Então quando não envolve recursos, a gente tem feito boas discussões, o Ministério as vezes, até faz propostas e volta, e Bipartite também, na Bipartite também, nós temos tido também, na exceção de uma outra situação que já houve de problema de relacionamento, mas a maior parte das reuniões, das discussões, tem havido discussão, tem havido acordo, tanto em relação ao Estado, e também em relação ao Governo Federal.

TEREZA: Bom a gente estava falando de CIB, de CIR, de negociação entre Gestores e eu queria que o senhor falasse especificamente da sintonia entre a política de saúde do Estado e o plano de trabalho da DIR que é executado pelos municípios. Como é que é essa relação do município com a DIR?

ENIO: Veja bem, eu acho que a relação da DIR, ela reproduz um pouco essa relação da Secretaria de Saúde com os municípios, então como se existe algumas divergências, divisão no processo, a gente acaba sempre nas Regionais, porque eu trabalhei na Secretaria de Saúde do Estado, no nível central, a gente sente muito isso, quer dizer, as regiões reproduzem aquilo que o nível central pensa, e as vezes até de uma maneira pior até, e um conflito que é do nível central acaba ficando maior em nível regional, porque a pessoa interpreta as vezes, então a (CPV) mais fácil de discutir a nível central até do que a nível regional, porque o nível central entende esse, algumas coisas e negocia, flexibiliza, enquanto a regional é mais cumpridor de ordens e diz, não! É assim! Porque o Ministério tal falou e não tem discussão, então eu sinto que as vezes, aí depende de região também, tem DIR e tem DIR, nós sabemos que tem DIR que tem uma integração muito boa, muito simples de entender processos e tem DIR que tem uma maneira muito ruim e aquele que eu acho que interpreta ou porque acha mesmo também que o município de alguma maneira tem uma hierarquia em relação à Secretaria ou tem um papel de cumprir de ordens ou porque acha isso mesmo entendeu? Ou porque também às vezes eu acho que o que está acontecendo também é essa... Não tem muito claro o papel do Estado, dos Estados, das Secretarias. Isso, apareceu muito documento dizendo que o nível Federal estava com o papel bem definido e o nível municipal e o papel do nível Estadual não estava definido. Eu nunca achei isso, se você vir as Leis Orgânicas e tal, está claro o papel do Estado só que eu acho que é o papel mais difícil de assumir, então como eu coloquei na anterior, ele implica em conhecimento, em visão do processo até emocional, até, do processo, saber que eu estou perdendo algumas coisas, mas estou ganhando outras porque a perda geralmente é, isso faz parte

de existir vários processos desses, por exemplo, desmontar o INANPS, por exemplo, que é um processo complicado e emocional inclusive. Então eu acho que um pouco também de assim não saber meio qual o papel da Secretaria se reflete nas regiões também, então onde você tem uma Direção Regional que não tem muita idéia do processo e ainda nessa situação, então aí, cria, em algumas regiões, conflitos com os municípios, a região especificamente aqui de Marília, como eu trabalhei na própria região, é um pessoal que tem uma visão boa de processo, eu não tive grandes conflitos não, aqui na região, mas eu acho que isso é uma coisa que esse relacionamento das Regionais com os municípios reflete um pouco esse quadro maior, que é o Estado de ainda não ter encontrado o seu espaço no SUS, entendeu? Mas eu acho que está caminhando.

LADO B – continuação

...São cargos fortes de indicação política, eu acho que o cargo de indicação política mais forte que tenha na Secretaria de Estado, talvez seja do Secretário, eu acho que nas Regionais até mais que os Secretários, que o Secretário às vezes, o Governador acaba indicando pessoas, porque todas as Direções Regionais, são muito indicações políticas, o que eu não tenho nada contra, só que tem que ter também um... uma política, mas tem que também ter um mínimo de condições técnicas, e o que aconteceu com as regiões que eu acompanhei é que foi indicado pessoas que não tinham vivência no Sistema de Saúde, experiência nenhuma, e aí é complicado, você, aí que eu coloquei na primeira fase, na pergunta anterior, quer dizer, um Diretor da DIR tem hoje um papel fundamental de ser coordenador da região do ponto de vista de saber uma articulação política de saber dar um apoio, então tem que ser uma pessoa que tenha um compromisso político com o governo, que eu acho que é claro, mas que também tenha uma competência técnica, pra poder fazer esse papel de articular uma equipe e isso não tem acontecido, assim, várias indicações são pessoas que nunca tiveram experiência e de repente são levados a um cargo que exige. Então isso também é um fator que eu acho que tem criado muitos problemas e as vezes quando esse Diretor toma posições partidárias ainda, aí fica mais complicado ainda o relacionamento com o município, porque o prefeito é um agente político forte, um ser político forte, pega uma direção de DIR que tem um papel político, também partidário forte e é onde há divergência. Isso você imagina, isso aí o que reflete, tem conseqüências no papel maior da DIR que é de coordenar um processo sobre articulação política de saúde numa região.

TEREZA: Certo.

ENIO: Como resolver isso eu não sei... é indicação política, mas tem que ter o mínimo de exigências técnicas, dominar coisas básicas pra ele ser realmente uma liderança na região, uma liderança respeitada, não porque ele é um diretor, mas porque ele é uma pessoa vista com uma liderança, que tenha... E que os municípios vejam que ele é uma pessoa que vai ajudá-lo nesse processo difícil de implantação do SUS local.

TEREZA: Em termos de controle social, como é que está, como é que o senhor avalia a participação popular...

ENIO: É nós estamos...

TEREZA: Em Marília?

ENIO: Nós estamos começando esse processo, é um processo, vamos dizer... Eu acho que o SUS foi pioneiro nessa área, criou desde a construção que está lá, a participação da comunidade, na constituição. Depois veio a lei 8.142, estabeleceu realmente o que é isso, criou os Conselhos, eu acho que é um processo importante que está avançando mas ainda, eu acho que, eu acho que não está havendo, não está muito claro qual o papel do Conselho para os próprios Conselheiros. Qual é o papel dele realmente, de instância deliberativa maior, de não entrar muito no operacional, não interferir. Qual é o papel do executivo, qual o papel do conselho como órgão maior de deliberação, de avaliação, de fiscalização. E eu também sinto que às vezes o próprio executivo, o próprio Prefeito e o próprio Secretário Municipal, tem uma certa prevenção, um certo receio, assim, do Conselho, que em alguns lugares realmente o Conselho vira um local de conflito de... político partidário. Então, mas eu acho que de maneira geral está avançando esse processo, aqui em Marília nós temos o Conselho Municipal desde 93 eu acho, o nosso Conselho. Desde o início, ele se reúne regularmente, é um processo de indicação democrática, é um dilema que a ingerência do Executivo nessa indicação de usuários, ele é paritário, se reúne regularmente, e está procurando atingir o seu objetivo. Você pergunta para mim e olha, ele funciona talvez o espírito maior da totalidade que ele existe? Eu acho que ainda não, eu acho que ele, o Conselho até precisa ter mais conhecimento, nós tivemos agora, fizemos já um, na administração, no Conselho passado, nós fizemos uma capacitação de Conselheiro pelo próprio município, que era um projeto UNI que nós temos aqui, um projeto com a faculdade, que é um projeto interessante, que tem um componente da comunidade e fizemos, e agora estamos aguardando essa capacitação que vai ocorrer em todo o Estado, pelo Ministério, é um projeto do Ministério, e é a UNICAMP que está fazendo. Então, eu acho que isso é importante também, essa capacitação dos Conselheiros para eles entenderem qual é o papel dele, pra não ter conflito, porque conflito sempre vai ter porque faz parte, mas pelo menos, conflitos que avancem e não conflitos que fiquem situações de mais desgaste, de mais de acusações com as outras instâncias do que realmente uma coisa que avance. Eu acho que o Conselho tem que pensar muito, como foi, ele saiu muito forte dessa descentralização, então ele fica muito em cima dos gastos, dos gastos. Então, eu acho que eles tem que começar a pensar também numa finalidade maior das Secretarias, que nessa avaliação, quer dizer como é que estão os indicadores do município. Tudo bem. Como é que estão os gastos, é importante, mas os gastos para quê? É, quer dizer, como é que estão os indicadores, como é que estão. Aí, talvez, a importância de ter um Sistema de Avaliação que seja muito transparente e tal, que seja copiado pelo Conselho, que esse é o grande objetivo, tanto é que nós estamos criando agora, uma sala de situação, que é na sala dos Conselhos, que nós vamos atualizar a cada 3 meses, com todo o indicador do município, uma coisa que eu acho que é uma situação inédita pra colocar na sala que vai ficar muito evidente, e nada (*ininteligível*) toda rede nossa, nós apresentamos alguma avaliação de alguma área, constantemente, porque eu acho que talvez esse é o papel maior do Conselho mesmo entendeu?

Então eu acho que isso é uma coisa importante, agora também não é culpa do Conselho, quando a gente não leva essas coisas para o Conselho. Ele fica no mais evidente, que são os gastos, ele fica em cima dos gastos, agora o gasto é... o gasto é meio... o objetivo maior nosso é cumprir as metas de melhorar a situação de saúde da população, e tal, então essa discussão, está conseguindo? Não está conseguindo? Está conseguindo um porquê. Eu acho que isso que eu sinto que nós ainda não entramos, e eu como participo do Conselho Estadual de Saúde, eu sinto isso no Conselho Estadual também. Então eu trabalho nessa lógica, nessa ótica de avaliação maior, e aí acaba discutindo muita coisa que não é tão... que é importante mas não leva, esse papel que é um papel, que o Conselho cumpra esse papel maior dele, que é realmente das diretrizes, é avaliar o que está acontecendo no Estado, por que avança em algumas áreas, por que não avança, por que nós temos problemas nas médias complexidades. Então é isso, eu acho que o Conselho está caminhando mas não encontrou esse papel dele ainda entendeu?

TEREZA: Bom, voltando um pouquinho pro nível estadual novamente, é, o município recebe repasses de recursos do nível estadual como incentivo assim, específico a implementação de diretrizes da Secretaria Estadual?

ENIO: Não, eu acho que, o que, eu acho que o Estado hoje, essa é uma crítica que a gente faz ao Estado também, ele está muito em cima do que? Quer dizer, então nós temos recursos do Estado e município? Temos. Inclusive, às vezes, que preciso até levantar esse dado, para mostrar que nós temos esse recurso do Estado, porque eu não gosto de dizer, olha, o Estado não aplica no município, por que? Porque ficou, para o Estado aplicar nos municípios, são os famosos TAs, Termos Aditivos, então todo mundo fica atrás desses Termos Aditivos, que é o dinheiro que o Estado coloca no município.

TEREZA: Um a mais...

ENIO: Um Termo Aditivo, ou pra fazer um investimento pra fazer, então o sonho dos municípios é conseguir o tal de TA, e a Secretaria passou a trabalhar em cima do TA também, mas sem uma programação maior, em função de reivindicações até políticas as vezes, indicação específica, eu acho que essa é uma crítica que eu faço as Secretarias antigas, nossa idéia é que você trabalhasse em termos como o Ministério trabalha... Tipo um PAB, tipo (*ininteligível*)

Social das Famílias que eles fizeram pra algumas regiões do Estado, as regiões de assentamento, mas não fizeram para todos, então nós não temos hoje no Estado um política como tem o Rio Grande do Sul, por exemplo, uma política de... clara que incentiva os municípios em função de parâmetros e indicações e tal. Então, hoje nós temos, no Estado... Nós temos de duas maneiras: é através dos seus próprios. Nesse sentido, Marília, eu vou dizer que Marília é privilegiada, no sentido que ela recebe do hospital universitário que está estatizado. Então, o Estado coloca um recurso mensal aqui porque o hospital é do Estado, não é propriamente da saúde, é Ciência e Tecnologia. Então, esse é um dinheiro do Estado que entra aqui, e eu tenho por cálculo, por iniciativa minha, tentando calcular quanto que é esse recurso, quanto que fica para o município, que como é um recurso para um Hospital Regional, e também enfoca ensino eu tenho procurado tirar o que é existencial do ensino, existencial, quanto que é, pra chegar, eu tenho feito esses cálculos, pra chegar, qual é o gasto hoje do município, do próprio município do Estado, Federal. O Federal é o mais claro pra fazer, porque o repasse é tranqüilo, você está na Internet, você sabe quanto que o Federal... tirar o que é do município e o que é de fora, na área de internação é fácil, na área ambulatorial você tem que fazer estimativa, mas é fácil. O que o município gasta também é tranqüilo. Nós temos o Estado. Agora o que o Estado gasta, é difícil você conseguir até por causa dessa maneira dele, que ele está trabalhando. Então ele tem o próprio dele, como eu falei, que é o Hospital Universitário, e aí tem o orçamento do Estado, do Governo, do Tesouro, e eu procuro tirar disso quanto que é, e tem um ambulatório, um ambulatório de especialidades o NGA do Estado. Ainda no município, que eu ainda não... eu assumi a minha gestão mas não assumi a minha gerência, por causa da política do Estado, desse prêmio de incentivo, ele inviabilizou você assumir essas unidades, que é uma coisa complicada. Então está assim, hoje eu sou gerente, então a gente procura também calcular quanto que o Estado gasta e quanto isso reflete para o município, mas é um gasto que ele tem porque tem um próprio aqui... E é um processo também que ele está diminuindo, quer dizer, de extinção, que à medida em que o pessoal sai desse hospital de especialidade, não é repostado, eventualmente vem alguém transferido e tal mas não é uma política do Estado de repor pessoal nessas unidades. Então, isso aí é uma coisa, então eu digo, que regiões que tem isso são mais privilegiadas, regiões que não tem nem um próprio de Estado, você não tem uma política clara de incentivo ao município. Pode eventualmente sair um TA, outro TA, e também tem, eu acho que o programa que a Secretaria tem de mais claro de incentivo ao município é o Dose Certa, o Dose Certa é um recurso que vai para todos os municípios, quer dizer, tem recursos federal do Dose Certa que nós abrimos mão do dinheiro que viria para o município, federal, para medicamento, nós abrimos mão para colocar no fundo estadual de saúde para você ajudar no programa do Dose Certa. Então, o Dose Certa deu uma parte do próprio Estado e tem uma parte do dinheiro Federal.

TEREZA: Federal.

Esse é um programa que está dando, que está indo bem, eu acho que o município tem recebido regularmente, eventualmente teve um outro atraso, então esse talvez seria um programa do Estado que tenha mais clareza para o município. Mesmo assim o Estado precisaria até, eu acho que aí, pensando no lugar deles, em informar regularmente o município quanto de recurso ele passa para o município em função desse programa, até pra ficar claro que tem um recurso

envolvido nisso. Acho que esse Dose Certa é um programa claro, ele gasta com os próprios deles, e aí como ele não tem próprio de maneira homogênea no Estado ele gasta mais em uma região do que na outra, por exemplo, em Assis você tem um Hospital Regional, então com clareza você tem mais recurso, você pega Ourinhos já não tem, então, eventualmente, hoje, Assis está tendo vantagem em relação à Ourinhos, então você tem um hospital do Estado lá, o Hospital Regional do Estado, mas você não tem em Ourinhos. Para ter um exemplo como isso não está tendo equidade, e a gente espera que no próximo governo que realmente essa atenção fique mais clara, esse papel, por exemplo, aonde eu não tenho recursos próprios, no caso, eu complemento de uma outra maneira, com recursos próprios do Tesouro, do Estado, mas de uma maneira transparente que você possa acompanhar. Então hoje através de TAs que são aleatórios, que você não sabe qual que é a lógica, às vezes é uma lógica realmente necessária, às vezes é uma lógica política, então essa é uma crítica que a gente faria da maneira como o Estado hoje está apoiando os municípios.

TEREZA: É a nossa, seguinte aqui, pergunta seguinte é em relação à correção de desigualdades entre os municípios, né, então...

ENIO: Então, eu acho que na verdade, não está havendo, porque o Estado não tem isso daí, ele dá o Dose Certa igual para todo mundo, então é um (*ininteligível*) investe com próprios em região com (*ininteligível*), então ele tem um Hospital das Clínicas em Marília, tem um Hospital regional em Assis, tem um pequeno hospital em Prudente, mas não tem nada em Araçatuba, então é uma coisa... não é... eu acho que isso aí é uma coisa, é uma área que precisaria estar... Nós estamos esperando que o próximo governo discuta, avalie um pouco isso daí e faça uma política de, mais de equidade em relação aos municípios. Eu não posso nem reclamar porque Marília, nesse sentido, está sendo privilegiado, mas agora falando como Presidente do Conselho das Secretarias Municipais, nós gostaríamos de uma política mais clara da Secretaria em relação a isso, essa... Sair da política de TAs, que são os Termos Aditivos e partir para uma política realmente de equidade, de incentivo aos municípios com parâmetros inclusive de acompanhamento, como o que eu tenho visto, que eu tenho acompanhado, o Rio Grande do Sul, por exemplo, fez essa política, que se chama, se eu não me engano, solidariedade, tem um nome esse programa, Solidariedade, alguma coisa assim, aos municípios.

TEREZA: Bom, mudando um pouquinho de assunto, é, em que medida a questão da saúde é abordada de uma perspectiva intersetorial dentro da política de saúde da Secretaria Municipal?

Aqui?

Ou não.

Aqui em Marília, nós não temos uma política, assim, bem estabelecida em nível intersetorial em nível de Governo Municipal, ou uma Secretaria que articula isso, mas por uma série de razões. Como o município hoje ele dá muito apoio em áreas sociais, fundamentalmente à Educação, à Saúde e ao Bem Estar Social, então a gente acaba se integrando, quer dizer, à medida em que a

educação, por exemplo, tem uma política forte de expansão, tem uma rede grande de escolas EMEFs de escolas EMEIs, de escolas, de pré-escola, agora entrou forte também na política de EMEI, EMEFs do Ensino Básico, é um município que gasta muito em recursos de saúde, na educação, e também vários municípios básicos estão fazendo isso, ou por causa da emenda constitucional, da vinculação do Ministro da Educação, mas, por exemplo, você não tem vinculação de recurso para pré-escola/escola. Você tem para ensino básico, e o município tem investimento grande em ensino básico. A gente tem um número de crianças muito grande matriculadas, então na hora em que acontece isso, facilita toda essa integração nossa com a educação, porque essas crianças, freqüentando escola, sendo alimentadas, sendo acompanhadas, isso é um trabalho importante pra nós e nós temos uma boa articulação com a educação nesse sentido e também nós temos um programa muito forte no bem estar social que são as casas dos Pequenos Cidadãos. Então são várias, que trabalha com adolescentes, nós temos 900 adolescentes, principalmente com famílias mais, com salário baixo, com problemas, e essas crianças, ficam parte nessas escolas, parte nessas casas, tem um programa de Ensino Profissionalizante. Então pra nós esses programas está sendo a mudança do nosso trabalho do ponto de vista de promoção de saúde e de prevenção, nessas casas do pequeno cidadão nós trabalhamos muito com DST/AIDS. Até nós, parte dos recursos nossos para DST/AIDS, nós compramos equipamento de áudio visual pra colocar nessas casas, para fazer um Programa de Educação. Então acaba tendo uma integração boa do ponto de vista de, isso é uma coisa que acontece naturalmente entre os municípios que é difícil quando você é do nível estadual, mas com o município é uma coisa meio natural, e essa, esse trabalho intersetorial, mesmo quando você tem um município com uma ênfase grande na área social. Agora onde eu estou tendo realmente o tal intersetorial acontecer de uma maneira mais forte, assim, uma coisa mais básica mesmo, é o Saúde da Família, o Saúde da Família. Eu vejo a saúde, por exemplo, dando conta de ver problema de saneamento, quer dizer, uma criança fora da escola o pessoal, o agente comunitário de saúde identifica. Vai à escola para procurar matricular, procura, as escolas, a integração naquela região da escola é mais forte, é mais nítido, essa integração, principalmente da diretora da escola com o pessoal da equipe da Saúde da Família, é muito boa, que toda escola vê que o pessoal apóia, então eu acho, eu tenho sentido muito essa integração intersetorial muito forte no nível local principalmente na área de Saúde da Família. Aí é coisa não é a integração do Secretário Municipal com a Secretaria da Educação, fica uma coisa meio de cúpula, mesmo nível, mesmo local, fica uma coisa meio de cúpula, como acontece nos Estados também, os secretários de Saúde se integram bem com o Ministério da Educação no nível estadual mas e lá em baixo nas redes, aí a coisa é mais difícil, então eu vejo essa integração muito forte no nível local. É uma experiência boa de Saúde da Família para mostrar isso para nós, então na área de cultura o pessoal dos agentes comunitários, acaba identificando alguns grupos de cultura e o pessoal da cultura vem ajudar a organizar coral, organizar, uma série de coisas, que está acontecendo (*ininteligível*) da criança, vários (*ininteligível*) da família fizeram eventos com a criança, levaram a criança pra passear com o apoio (*ininteligível*) de Secretarias. Então eu acho que esse intersetorial, ele acaba acontecendo mais naturalmente em nível local, em nível municipal, eu estou sentindo agora mais ainda quando você tem um integração, quando você tem um serviço de proteção básica melhor, tipo o Saúde da Família, então é isso que eu gostaria de colocar. Então o intersetorial que eu vejo a falar há anos, falar, falar, mas o difícil é

acontecer. Eu vejo que no nível local e no nível municipal é o lugar mais fácil pra acontecer isso e uma atenção básica, um vínculo com a população forte e tal acontece mais ainda, porque o Agente Comunitário de saúde percebe o problema das áreas e traz esse problema forte, de uma maneira que você não pode ignorar, te pressiona pra você estar pressionando outras secretarias inclusive pra resolver problemas que às vezes estão a décadas naquela região também.

Certo, bom, agora a gente queria entrar mais especificamente na questão da regionalização. Eu não sei se o senhor prefere falar primeiro como Secretário ou primeiro como, como Presidente do COSEMS, mas eu queria ter uma idéia assim, como está no município, a questão da regionalização, porque nós viemos aqui porque tivemos a notícia de que aqui a região já tem uma regionalização bastante, mais avançada do que em outros lugares e também uma avaliação como presidente da COSEMS, do COSEMS o senhor deve ter mais informações, mais dados. Como é que está o avanço aí dessa regionalização a partir da NOAS?

Eu acho que, Marília, a região de Marília por uma serie de fatores, ela acabou avançando mais nesse processo de regionalização porque ele já existia na verdade. Eu acho que no interior, com exceção de, quanto mais próximo de São Paulo, mais complicado, como é que está o papel dos municípios, prestadores desse processo, se você pega muito perto de São Paulo, o que acontece? Pega Vale do Paraíba, se você tem uma pouca oferta na Prefeitura de Paraíba o pessoal vai pra São Paulo, mas não vai pra São Paulo pactuado, encaminhado, vai por conta, então na hora que você vai partir para essa discussão e Grande São Paulo também, na hora que você pega o ABC ou pega a região de Osasco, ele vai para São Paulo, vai para o Hospital das Clínicas, vai para Hospital São Paulo, vai para Santa Casa, e por conta, e você não tem um processo mais discutido anteriormente de encaminhamento, praticamente nunca houve esse tipo de discussão na Grande São Paulo entendeu? No interior pela própria organização dos municípios pela própria história, já existe esse processo. Quer dizer, Marília, é um pólo regional há décadas. Então nós temos aqui o Hospital das Clínicas, tem uma Santa Casa forte e tal, então esse processo, quando entrou a NOB 96, nós chegamos a fazer uma PPI aqui na região, não foi aquela PPI, uma PPI que pegou mais a área hospitalar que você tem mais conhecimento de procedência do paciente, a área ambulatorial você não tem tanto (*conhecimento*), mas fizemos um, eu até digo assim, fizemos um arremedo da PPI, não fizemos uma PPI no sentido, mas fizemos. Sentamos, a DIR fez um trabalho importante na época de estar chamando os municípios, não tinha um software informatizado mas deu pra fazer e foi bem interessante, nossa sala de reuniões encheu-se de quadros, que foi feito na mão mesmo, quem encaminhava para quem e tal. Então nós fizemos esse processo, por isso que eu acho que diminui um pouco os problemas de encaminhamento. Eu Marília, seria um município que teria menos possibilidades, porque na verdade eu não preciso de um outro município da região, eu sou um pólo de referência e a minha referência quando eu tenho que encaminhar seria para fora da região, seria para São Paulo, alguma coisa por exemplo, um transplante para Campinas, alguma coisa para Ribeirão Preto, eu tenho uma evasão de 3% só de (*ininteligível*) de cidades e tenho uma invasão entre aspas aí de 30%, no total de municípios hoje, de todos os prestadores, 30% vem de fora, e eu encaminho 3%. Então nesse sentido, a gente fica... Essa pergunta tem que ser feita mais para o município da região, como é que ele está sentindo. Porque é ele que sofre esse problema da

regionalização, então se ele está indo bem ele tem acesso. Então os municípios reclamam, na reunião de CIR inclusive aparece essa discussão, nós temos uma central, mas até que não aparece tão forte assim, agora a grande parte das reclamações dos municípios é muito em função da insuficiência de recursos, porque aquilo que ele reclama que não consegue atendimento eu também não consigo. Quer dizer, a mesma reclamação que ele faz pra mim, a Unidade Básica faz pra mim também, quer dizer, a Unidade Básica fala, ah eu não consigo atendimento na área de oftalmologia, e o município da região também fala a mesma coisa. Então, até eu comento, olha, é a mesma reclamação que nós temos em nossa rede básica que não consegue atendimento em alguns procedimentos. Então, esse (*problema*), nós tivemos aqui. Conseguimos fazer um mínimo de uma discussão, que é claro aqui, de quem faz parto, para quem, o parto de referência onde que é, é Hospital das Clínicas em tal lugar. Então, nesse sentido houve um avanço grande, não só em Marília como em algumas outras regiões do Estado, fizeram também esse processo.

TEREZA: Independente da implantação da NOAS?

ENIO: É, porque na verdade isso foi feito no processo da NOB 96. É o que eu coloco, que é o seguinte, a regionalização estava na NOB 96, ela não avançou por uma série de, primeiro porque a PPI era um instrumento forte para isso, e ninguém deu bola pra PPI, nem o Ministério da Saúde. A Secretaria de São Paulo tentou fazer um processo de PPI, até encomendou um software para ser feito. Esse software demorou dois anos para sair. Quando saiu, saiu com um monte de problemas. Por isso que eu digo, nós fizemos isso aqui na mão, foi feito num quadro, até numa região menor também é mais fácil fazer isso daí. Então na verdade, apesar de estar presente na NOB 96, a idéia da implantação está lá, e a PPI está lá também, a PPI apareceu na NOB 96 que eu acho que foi um grande avanço, a NOB 96 foi um grande avanço. A NOB 96 teve um avanço interessante, que foi o per capita da base, literalmente a gente teve per capita, e a PPI foi um grande avanço da NOB, só que ninguém deu bola para a PPI, o Ministério inclusive não deu bola para a PPI. Sem PPI como é que você vai fazer regionalização? Então foi na base da série histórica, se eu recebo na base da série histórica sem nenhuma pactuação. No nosso caso aqui foi sem nenhuma pactuação. Na mesma região que você fez, municípios-pólos da região, ou sede de região, recebeu o recurso de série histórica sem nenhuma discussão de pactuação. Quer dizer, isso aí vinha vindo e colocaram no teto dele aquele recurso, sem discussão. Quer dizer, não ficou claro o que era para ele, e o que era para região, a hora que você aperta o custo fica mais escasso porque está acontecendo por uma série de motivos que estão constituídos no processo, ele acaba tentando se preservar mais no dele. E aí criou aquela frase célebre aí, que eu sou contra, que eu questiono, que o município fechou as portas, o município-sede. E eu acho que isso é perigoso, perigoso para quem fala tanto do Estado quanto do município, porque isso aí, é uma coisa, se for verdade isso, você mata uma essência da NOB, do SUS, da descentralização. Eu acho que isso aí é uma coisa perigosa, e acho que se o município fez isso, ele fez muito em função de que não houve nenhuma pactuação anterior. Então, houve uma falha do Ministério, do Estado de não conduzir esse processo de regionalização. Na época, o município estava muito mais preocupado em se habilitar na NOB 96, em entrar no sistema. Então houve um processo meio rápido, que eu acho que era importante fazer esse processo para habilitar os municípios. Não se discutiu, passou ao largo da discussão da regionalização, da PPI,

e aí você criou uma série... E aí eu acho que ficou claro para mim, quando o Ministério propôs a regionalização que seria... depois passou a se chamar NOAS, que é necessário fazer essa discussão, retomar essa discussão, retomar a PPI. É o que nós estamos fazendo agora, nós estamos fazendo desde 2000 isso. Nós estamos em 2002, agora, nós estamos há mais de 2 anos já que nós estamos nessa questão da NOAS, e isso mostra a dificuldade de se avançar nesse processo. Isso não é fácil não, mas eu acho que é um processo que nós temos que enfrentar de maneira mais firme, porque ou a gente passa, avança esse obstáculo aí, ou nós vamos estar comprometendo a implantação do SUS.

O senhor percebe no Estado de São Paulo alguma estratégia, explícita, específica para a implantação dessa regionalização?

É, eu acho que tiveram alguns Estados que você até colocou, por exemplo o Ceará, talvez tivesse uma experiência anterior de regionalização, houve algumas coisas no passado que facilitou esse processo. Então foi, eu acho que foi um dos primeiros Estados que se habilitou na NOB, na NOAS e parece que vai ser o primeiro Estado que vai habilitar uma microrregião, porque para mim, enquanto não habilitar uma microrregião não implantou a NOAS. Porque habilitar um Estado é uma coisa, como a NOAS é forte, o papel regional da regionalização... Então, enquanto você não habilitar um microrregião, eu acho que parece que estão habilitando uma microrregião da região do Ceará e parece que de Mato Grosso também, onde avançou mais. Então tiveram vários Estados que, por uma série de motivos, avançaram mais, e tiveram outros Estados que não avançaram, até por opção política de Governador e tal, que não quer saber. É opção de Estado que tem muitos conflitos e tal, e tem outros Estados, por exemplo, São Paulo que não avançou, não foi na velocidade que nós gostaríamos, mas também não tem uma política clara de ser contra a NOAS e a PPI, não tem. Mas também não tem uma posição, prioritária, firme, olha isso aqui é prioritário e passa isso para toda máquina da Secretaria, porque como eu coloquei numa (*pergunta*) anterior, a máquina vai muito em cima do que o nível central sinaliza. Então precisa dizer, olha, isso é prioritário, tem ser feito, é importante e faz todo um processo de discussão sobre isso, avança. Agora se o Estado coloca, olha, é... isso aqui é importante, e tal mas , sem muita ênfase, a tendência no nível, à medida em que vai descendo a estrutura da Secretaria, a coisa fica menos prioritária, e eu acho que isso aconteceu muito. Tanto é que se não fechar as PPIS regionais, a coisa não acontece na velocidade que nós gostaríamos. O pessoal pede mais prazo e está pedindo mais prazo faz dois anos, ou porque realmente é um processo complexo, demorou para o software sair, quando saiu, saiu com vários defeitos, você fazia, dava problemas e você tinha que fazer outra vez. Então se não tiver muita fé nesse processo, muito entendimento, que é um processo importante, ele vai muito lento, e é o que está acontecendo com São Paulo. Ele está num nível, num ritmo muito lento, tanto é que nós estamos aí terminando o ano, nós esperamos fechar o processo da PPI Estadual agora em novembro, não sei se vão conseguir fazer. Então eu sinto que, a Secretaria não tem uma posição assim, de não queremos fazer, mas também não tem uma posição mais firme, mais clara, que realmente é um processo e passa isso para a estrutura da Secretaria, porque se uma região atrasa, complica tudo, porque o processo tem que ser meio homogêneo. Então nós estamos prorrogando o prazo faz dois anos, e estamos aí, mas estamos numa fase final desse processo, que eu considero a

primeira fase, e até tenho colocado em nível de Secretário Municipal, houve também resistência do Secretário Municipal de Saúde, de fazer esse processo, de não entender muito bem esse processo, achar que como não tinha mais recurso, não adiantava entrar no processo. Essa discussão mexe com o relacionamento do município com os prestadores e isso é um equilíbrio meio instável, porque como as tabelas nossas, não são as melhores de pagarem procedimentos, então na hora que você vai mexer em alguma coisa um prestador “briga” com o outro prestador. Então esse é um processo complicado também porque é com os municípios e prestadores, e a NOAS cria, levanta esse problema, como eu disse, tira muito esqueleto que estava no armário aí. Você tira esse esqueleto do armário da NOAS, esse sistema de regionalização, tira muitos problemas que estão aí. Pagamento de... fora, o a mais da tabela que o município faz essa prática e aparece isso. Então, acho que esse é um processo realmente complicado e que nós estamos com dificuldade de estar implementando. Mas eu acho que nós, principalmente em termos de COSEMS, nós procuramos avançar. Eu acho que essa região nossa aqui, (*ininteligível*), ela é mais fácil nesse sentido. Acho até que se a gente conseguir fechar uma PPI estadual, a nossa região vai ser uma das primeiras que a gente qualifica na NOAS, e acho que não vai ser um processo também homogêneo, na hora em que você fechar a PPI estadual, você vai avançar mais em algumas regiões e vai demorar mais em outras, porque, como eu te falei aparecem problemas. Então eu acho que fechar uma microrregião, uma região como é a região da Grande São Paulo eu acho complicadíssimo...

ENIO: Eu só acho que essa terminação do COSEMS é tentar fechar essa primeira fase, estabelecer a PPI Estadual, o PDF, o PDI, o PDI mais na área da média complexidade para em seguida desencadear a segunda fase, que eu acho que é a fase mais rica da discussão. Mas que também não vai ser homogênea que é você discutir por região e micro região, aí também eu acho que vai ficar muito claro nessa fase também a importância da DIR, do nível regional da DIR conduzir esse processo e onde você tem uma DIR com problema vai ter mais dificuldades de avançar esse processo. Mas, eu acho que fica mais claro hoje medir essas dificuldades, então a gente fala que tem região melhor, região pior, mas ninguém, da própria maneira que está hoje ninguém mede isso, ninguém fica preocupado, quais as conseqüências disso. A hora que eu fizer essa discussão mesmo para implantar a regionalização por região e fechar que fica claro: você vai se habilitar, vai ter mais X de recursos na região. Aí eu acho que vai ficar claro aonde você tem fragilidades tanto do município quanto do componente do gestor estadual e aí vamos ter que entrar nisso, tanto a secretaria do Estado como o

COSEMS. Como eu tenho muitas regiões, discutir NOAS com Conselhos Municipais, aí que eu percebo, primeiro, que tem gente que não leu a NOAS, até quando começou a ficar complicado para ler mesmo, não é fácil ler mesmo a NOAS e às vezes não teve coisas básicas e às vezes por não entender coisas básicas, é contra. E eu mostro para eles principalmente para um município pequeno, um município de interesse que os maiores interessados são eles, porque hoje eles não têm garantia do atendimento para eles. Então, isso é uma proposta que diz, olha, você vai saber quanto você vai ter de recurso para a básica, para a média complexidade e alta complexidade. Você vai dizer onde colocar esses recursos e você vai poder acompanhar a execução desse recurso, coisa que não tem essa facilidade hoje, pela maneira que nós fizemos a regionalização na NOB96. Então, na região ainda, o município tem idéia mais ou menos do que ele tem... Município... região que não tem idéia. Tem hora que eu coloco uma proposta dessa e eu fico surpreso do município não estar pressionando a gente para apressar esse processo, ele é até contra, ela fica esperando o que? O que vai aparecer? Qual a outra coisa que vai aparecer para dar conta? Porque aí na verdade eu sinto que ele não entendeu a proposta e também não sinto que o nível regional da secretaria, talvez também não entenda da NOAS, se preocupou em passar, porque isso é o papel da secretaria regional, discutir a NOAS com os municípios da região. Agora nós do COSEMS estamos tentando fazer isso, mas não temos perna para fazer isso no Estado inteiro, então eu fui em várias regiões para discutir NOAS... Preciso ir em outras ainda para discutir, principalmente quando aparecer a discussão por região mesmo, eu vou estar mais presente, até para ir mostrar alguns aspectos que não são compreendidos entendeu? E que são coisas importantes de avanço entendeu? O problema de como é que vai inserir o próprio de Estado na NOAS da região, que é uma coisa importante para ser feito, que ele não vai ser gerenciado pelo município, nem pode ser, deveria tentar sob a coordenação das CIRs, da avaliação, ele está prestando serviço, está como o Municipal do Estado,

(*ininteligível*) ele não tem nem compromisso nem com a região nem com a regional (*ininteligível*) ele não tem compromisso nem com a região e nem com a coordenação (*ininteligível*) nível estadual e nem com o secretário, e nem com o governador, ele é ele certo? Nós temos que inserir o hospital próprio do Estado em um compromisso regional, quer dizer, quem ele vai atender, se deixar de atender, qual é a consequência disso, que hoje ele atende, se ele não atende se não tem nenhuma consequência. O município fica reclamando... Então, você não tem nenhum instrumento para cobrar isso, para acompanhar esse processo e a NOAS dá esses instrumentos. A inserção do hospital próprio na NOAS para nós de São Paulo foi ótima, veio a calhar, porque o teto dele não fica em um nível do município, não vai ser colocado o teto municipal, ele vai ter um teto próprio, mas construído pelo conjunto dos municípios da região. Quem ele vai atender, é construído o teto dele e esse teto vai ser repassado para ele em parcelas de doze avos, mas sob controle do município-sede e se ele não cumprir aquilo que ele se comprometeu a atender os municípios da região, você pode bloquear o pagamento dele. Você vai ter um instrumento de controle entendeu? Que hoje não tem, hoje um hospital universitário, hospital próprio pára de fazer, por qualquer motivo, e fica por isso mesmo e o município que se vire ou assume uma Santa Casa da região, então isso é uma coisa que a gente espera que com a NOAS em São Paulo se fique mais claro a inserção dos hospitais próprios e universitários, principalmente os universitários também no sistema de saúde regional e estadual.

TEREZA: Bom, o senhor disse que essa região talvez seja a primeira região...

ENIO: Eu espero, porque nós temos tudo, se fechar uma PPI estadual.

TEREZA: Já tem um processo desencadeado, avançado...

ENIO: Rapidinho fechar uma proposta de regionalização, porque já está desenhado já, não tem grandes mudanças...

TEREZA: O que foi levado em consideração para fazer esse desenho dessa região?

ENIO: A história já entendeu? Quer dizer, você já sabe que Tupã encaminha para Marília, que a região de Tupã encaminha para Tupã, que Bastos encaminha para Tupã. Isso mais ou menos já está acordado já, já está pactuado, nós temos uma pactuação já, eu acho que com a NOAS vai ficar mais claro em termo de parâmetros. Eu acho que a (*ininteligível*) que é o mínimo da média passa a ter um parâmetro, um passe per capita...vai saber o que ele tem, eu acho que vai ficar mais, essa PPI que nós temos feito, foi feito há um tempo atrás ela vai ficar melhor, ela vai ficar mais clara, vai ficar com um parâmetro melhor, mais nítido do que foi feito na época, então eu acho que na região nossa tem tudo para fechar rapidamente se realmente estiver o Estado já em condições de entrar na NOAS.

TEREZA: E essa regionalização muda alguma coisa em relação à DIR?

ENIO: Não. A mudança sabe qual é? Vai ficar mais claro o recurso de quem é quem para acompanhar esse processo, eu como pólo regional fico tranquilo, porque também é complicado você dizer que você fica com o dinheiro do município e pode até ser que fique menos, porque às vezes não tem um processo muito claro de acompanhamento e às vezes você não fica, pelo contrário, você tem um gasto maior com a região aqui em Marília, certo? Que prejudicando em parte a população de Marília, então eu acho que isso aí vai ficar mais claro na NOAS, o que o município quer do Estado, isso não vai ser um processo... é fácil falar... Vamos ter que ganhar experiência. Por quê? Também não pode ser muito rígido. Você tem X daquele mês, e daquele mês gastou X, de repente você pode ser que um município gastou mais naquele mês e em compensação outro gastou menos é uma compensação, então essa mais ou menos tem que ser feito em um período, mas essa experiência ninguém tem, então vamos ter que ter essa experiência, nós temos que começar esse processo para ganhar experiência, também não pode ser rígido, o município tem X aqui e oh...naquele mês não gastou devolve para o município...

TEREZA: Tem que gastar?

ENIO: Não, vai ser um processo de avaliação em um período e o município eventualmente, olha, ele internou menos, então ele pode diminuir a proposta de internação aqui e esse recurso voltar para ele. Mas não pode ser uma coisa em um curto período de tempo, vai ter um período, mas eu acho que é uma experiência essa e aí vem o papel importante do Estado desse processo. O Estado pode ajudar esse processo e pode complicar. Por exemplo, começar a sinalizar para alguns municípios que está perdendo dinheiro com esse processo e ele pode ajudar, eu acho que vai ser outro teste também de uma enorme importância na hora que começar isso se o Estado, se o pessoal da secretaria entendeu bem esse processo, porque aí eu acho que vai ser o papel forte do Estado de intermediar esse processo, conduzir esse processo de uma maneira harmônica, como é que você acompanha isso e não de um maneira de querer tirar dinheiro do município sem uma clareza, sem um fundamento para isso porque, é claro, outra coisa também, essa pactuação que vamos fazer agora não é eterna. Ela pode mudar, aí precisa ver qual o período. A

NOAS fala em mudar a cada seis meses ou a cada três meses. De repente isso não pode ser uma mudança por período, porque o prestador às vezes tem compromisso também que não pode ter um investimento e daqui a seis meses falar para ele, aguarda, também não quero mais, como é que faz isso? Isso eu acho que é a grande dúvida, os grandes problemas, como disse há pouco tempo, tem um poeta que diz o seguinte, que os problemas da nossa solução, entendeu? Nós temos grandes soluções que é o problema da NOAS e tal, então vai aparecer uma série de problemas em relação a isso. Agora, nós temos que ter conhecimentos desse processo para ver como é que você resolve esses problemas sem retrocesso. (*Quando*) Alguém começar a fazer a regionalização vão aparecer muitos problemas que eu acho que nós vamos ter que... Mas isso, equacionando isso em função das diretrizes maiores do SUS, sem proposta, por exemplo, de olha, não deu certo, vamos voltar atrás, porque a regional fica com o Estado, que é a proposta mais cartesiana que tem. Quer dizer, o que é regional fica estadual. Para mim, por exemplo, tudo que é relativo à população do município, desde o básico até... Outra proposta, não...alta complexidade fica com o Estado, fica direto. Para mim, é assim, por exemplo, para eu ser gestor eu tenho que ter sob a minha gestão desde a promoção, da prevenção e do básico até o transplante, quer dizer, eu não posso abrir mão disso para os meus munícipes, eu acho que o município pequeno também não pode abrir. Só que o município pequeno, aquilo que é de alta complexidade não está no município dele, mas ele tem que ter controle sobre isso. Eu sei que está em tal lugar, mas eu sei que está em tal lugar e eu sei o que está acontecendo. Essa, eu acho que é a grande proposta da regionalização, que eu acho que é importante, agora todo mundo tem que saber disso mais ou menos para poder acompanhar sem grandes conflitos e aí o Estado pode diminuir os conflitos ou pode aumentar da maneira que ele entender esse processo e abordar esse processo na hora que ele estiver sendo executado, eu espero que seja a partir do ano que vem.

TEREZA: Quer dizer, a NOAS realmente vai ser um salto qualitativo em termos de região, essa história da DIR que é uma região administrativa na verdade.

Agora, há muitos procedimentos, por exemplo, vai ter uma abrangência acima da DIR, da região administrativa de saúde do Estado. Aí está previsto na NOAS também, de repente isso já... Não vai ser só... Vai ser feito em Marília como em outras regiões também como, por exemplo, transplante, vai ter alguns transplantes que vão ser feitos em São Paulo para o estado inteiro. Então, isso também está previsto, não é uma coisa estanque não... É um processo, acho que pode inclusive esse processo da NOAS levar à mudança do desenho das regiões de saúde que o Estado tem hoje. De repente você pode estar desmembrando alguma região, juntando com outra, tem vários municípios da região de Bauru que tem que passar por Marília, passaram três municípios, só que não foi em um processo muito discutido, eu acho que tem que esperar um pouco, acontecer esse processo de regionalização, do PDR, você pega um município que no PDR (*ininteligível*) ele ficaria tudo com um pólo de região que não é da região dele. Isso está mostrando que tem que redesenhar isso, tem que fazer um novo desenho. Eu acho que tem que talvez até o Estado, conforme avançar o processo, vai ter que fazer um novo desenho, uma nova discussão da sua regionalização do próprio Estado. Eu acho que nós temos que ter regiões, eu falo que nem é da secretaria, regiões SUS. Não é uma região da secretaria é região SUS, do SUS

e não da instância estadual, e a instância estadual vai ter núcleos regionais para dar conta desse processo.

TEREZA: A NOAS prevê inclusive uma cooperação, uma integração interestadual.

ENIO: É, que é uma coisa também óbvia entendeu? Se eventualmente, mas tem que ser uma coisa pactuada, não pode ser como hoje, que o sul de Minas veio para Ribeirão Preto por conta, mas você fala, não pode! O que aconteceu aqui nessa região? Está havendo invasão do norte do Paraná, eu segurei, certo? Se vocês atenderem é problema de vocês, se mentir o endereço tudo bem, mas se vocês estão coniventes com essa mentira e eu descobrir eu não pago. E nós começamos... O que nós temos no sistema básico, agora nós começamos a detectar algumas coisas de mudança. Então nós fechamos bem. Então, o nosso compromisso da nossa PPI foi com a Região de Marília e alguns procedimentos para a região de Assis, ou de Assis ou de Ourinhos. Fora isso, nós não temos compromisso. Eu não tenho recurso para isso. Vem um paciente de fora para cá, ele vem e o recurso é nosso, eu estou prejudicando inclusive a população da região de Marília, mas isso aí pelo o que eu vejo em discussão em outro nível, não ficou claro, porque outras regiões continuam tendo invasão. O gestor municipal aceita, o prestador aceita como se fosse a coisa mais natural do mundo e eu tenho colocado que não pode e eu acho que a NOAS vai talvez clarear mais isso, certo? Quer vir de outra região? Tudo bem, traga o dinheiro junto, pactuado certo? Não pode ser uma coisa ou porque o prestador ou porque o município da região deixa vir ou porque o usuário quer vir ou porque o prestador aceita até achando que isso aí vai aumentar o teto dele, isso é uma coisa inâmpiana, porque nós precisamos realmente acabar na NOAS, está presente ainda pela maneira que foi feita a pactuação... na NOB, permitiu isso. Que é por série histórica. Na série histórica estava a invasão de outros estados, só que está na hora de rediscutir isso, que agora é a hora e agora é na NOAS. Então se vier, por exemplo, alguém do norte do Paraná e quiser vir para Marília tudo bem, não temos nada contra, mas tem que ser pactuado...

TEREZA: Você falou em uma modificação, uma eventual modificação que vai haver da regionalização, quer dizer, ...

ENIO: Eu acho que nesse processo agora, nada é imutável. Quer dizer, não pode mexer, mas é o processo, eu acho que não deve ter grandes mudanças, eventualmente alguns serviços no município... Um município monta aquele serviço... Eu acho que uma coisa forte da NOAS, também que a gente espera que o Estado assuma esse papel principalmente na alta complexidade, é você não deixar pulverizar serviços. Foi o grande problema, em termos aí entendeu? Depois que você começa a disseminar a tomografia, ressonância magnética, hemodiálise, UTI neonatal, então esta muito... NOAS porque o Ministério (*ininteligível*) conduz esse processo para não deixar, porque a tendência às vezes por posições políticas, até porque você não tem um plano diretor de regionalização, nada disso, começa a pulverizar a criar serviços que você sabe que difícil a manutenção. Então, a gente espera que aí o Estado tem que ter esse papel forte, o Ministério, principalmente o Estado que está mais próximo de você. Realmente ter um PDR que seja seguido e isso aí em cima do PDR... um PDI, um investimento

realmente em cima de uma regionalização, em cima de uma PPI e o investimento que seja feito hoje também, feito meio que aleatoriamente de acordo com pressões políticas. Você não tem nenhum plano regional, não tem nada, de repente sai equipamento para a região que não precisa, aquilo que precisa não sai, por variáveis, por motivos não técnicos vamos dizer, não realmente em função de um processo de regionalização. A gente espera que esse processo de PDR, PDI seja uma coisa que o Estado assuma, porque eu sempre coloco, não só o secretário do Estado de saúde, mas também o governador, o governador tem que ter conhecimento disso, que existe um plano diretor de regionalização, como é que é. Então, quando for uma região a gente sabe... para às vezes não atender demandas que se contrariam um processo de regionalização. E também que isso seja passado para os prefeitos da região. Eu acho que esse é um papel importante do Estado, assim o Estado estar tornando claro todo esse processo de regionalização que nós vamos estar tentando implantar, porque nós temos poucos recursos, não podemos dar ao luxo de gastar mal os recursos que nós temos, e hoje com certeza nós estamos gastando mal, nós estamos comprando equipamentos para a região que não tem condições de utilizar e que não só o investimento é perdido e depois tem a manutenção disso. Isso começa desde o raio-X simples, às vezes até equipamentos sofisticados, eu acho que isso é uma coisa que a gente tem esperança de ter essa regionalização melhor.

TEREZA: Bom, da minha parte da pesquisa eu acho que estamos satisfeitos, o senhor gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

Acho que não, eu acabei falando tudo aquilo que eu achava importante estar falando.

20 - Sirio Valdir Campiani – membro do Conselho Municipal de Saúde de Quintana, representante dos funcionários da Saúde, não universitários.

S – Eu sou Sírio de Campiani, eu sou conselheiro há um ano, eu acho que há um ano e eu represento os funcionários em nível não universitário eu sou o titular e eu tenho a minha suplente que é uma outra funcionária também. É com S.

TEREZA - Tudo bem Sírio, eu queria que, você disse que está a um ano?

S – É, eu acho que é há mais ou menos um ano a um ano e pouquinho se não me engano.

TEREZA - Então eu só queria que você me contasse um pouco do que você sabe ta, como foi formado esse conselho, quem são os outros membros, como foram escolhidos, como é que você foi escolhido, o processo de escolha dos membros do conselho.

S – Bom, eu não vou contar, como foi escolhido, como foi formado o conselho, eu não posso dar muita opinião porque o conselho, na hora que eu entrei o conselho já estava formado e eu fui escolhido através dos funcionários do centro de saúde na área em que eu trabalho, e eles que me elegeram, eles que me colocaram lá, certo? Agora os conselheiros daqui, como a cidade é muito

pequena a gente conhece por nomes, é amizade que a gente tem , e pelo que eu sei eles foram escolhidos pela mesma forma que eu fui. Foram votados, certo? Tanto na Santa Casa como na Agricultura, todos foram votados . E eu sinto que precisava ter mais participação dos conselheiros que não tem.

TEREZA - Como que é essa participação que você espera que tenha e que não tem?

S – Porque, a nossa presidente, a Dr^a Marines, leva, o... vamos pôr assim, ela leva o prato pronto para gente, certo, a gente só mastiga, para você tentar entender, então, aí ela, tem aprovação do conselho, sim ou não, mas o conselho é muito parado. Ele não age, ele não dá muita opinião, certo? Como ela leva tudo pronto, então fica muito fácil para nós. Então, vamos aprovar, certo? Que nem o da PPI foi praticamente ela que fez tudo, certo? E levou para gente, então não teve... É, eles são muito, como é que eu vou dizer, reprimido, não é reprimido.

TEREZA - Eles são autoritários?

S – Não. Não eles não, ai meu Jesus com o é que eu posso dizer?

TEREZA - Vocês gostariam de participar...

S – Não, não eu gostaria que o conselho participasse mais, entendeu? Que eles participassem, os membros dos conselhos participassem, mas eles não participam, não vai, não vão à prefeitura ver se... Como é que está sendo aplicado o dinheiro que eu acho muito errado, certo? Quando vem o dinheiro para saúde a Dr^a leva tudo explicado para nós, bonitinho, no aonde vai ser gasto, como vai ser gasto, no que vai ser gasto, certo? Então já leva e, só que a gente, não vão lá fiscalizar, eu sou um deles que, uma que a minha atividade não tem jeito que eu corro o dia todo, eu sou o motorista de um centro de saúde então eu saio de manhã e volto à tarde. E eu sei dentro do conselho que eles não vão atrás disso, eles esperam tudo pela presidente, tudo pela Dr^a Marines, então eles esperam que ela resolva tudo e o conselho não vai muito atrás disso e a única coisa que fica no conselho é aprovar sim ou não, é o que a gente está fazendo ultimamente.

TEREZA - E existiu alguma, algum episódio, alguma sessão em que, digamos assim, era esperado que o conselho aprovasse e vocês não aprovaram, houve algum conflito, alguma briga entre vocês pela não aprovação de alguma coisa?

S – Olha, não, que eu saiba até hoje o que ela apresentou, que a presidente apresentou foi tudo aprovado porque a gente conhece a capacidade dela e foi tudo aprovado, brigas, discussões dentro do Conselho há, porque tem gente que não quer, tem gente que não aprova, tem gente que aprova, então é tudo democraticamente resolvido, a maioria vence certo? Então quando a maioria aprova é aprovado, até hoje pelo o que eu saiba nunca foi rejeitado nada.

TEREZA - Você lembra de algum caso assim, que ficou marcante de alguém ou um grupo de representantes de conselheiros que não queriam aprovar alguma coisa ou colocou em discussão alguma coisa?

S – Olha, o único episódio que eu me lembro assim que ficou mais discutido, era de um prefeito que foi participar de uma reunião com a gente e, o prefeito ia até nós e não nós íamos até ele, aí foi discutido que o conselheiro José Trinca, se eu não me engano, ele queria que nós fossemos até o prefeito, eu falei não, é mais fácil o prefeito vir até nós é ele que é interessado, ele que tem que vir atrás do Conselho e não o Conselho ir atrás dele, aí discutiu ali e foi à votação qual seria o que seria decidido, e ficou decidido a idéia que eu dei, foi aprovado a que seria mais viável, o prefeito até hoje não foi ainda.....

TEREZA - Bom, você já falou um pouco que você gostaria que o Conselho fosse mais atuante, mais participativo, mas eu queria que você falasse um pouco mais da atuação do Conselho, quer dizer, o Conselho tem atuado efetivamente?

S – Não, o Conselho quando é convocado, antigamente mandava ofício, reunião tal dia né, agora não, agora ficou decidido que toda segunda feira de cada mês tem reunião do Conselho. Eu, faz duas reuniões que não vou por causa das minhas atividades. Quanto à participação do Conselho é que nem eu te falei, eles são muito parados, eu não me conformo de um negócio desse, não sei se eu sou muito agitado.

TEREZA - Você como representante, como é que você leva as questões do pessoal que você representa? E os outros como é que eles fazem? Tem um representante...

S – É, tem um representante da agricultura, eles não levam, aí que está o problema, eles não levam, tem representante da comunidade, ela vai e fica quieta. Quem fala mais é o representante da Santa Casa que é o senhor José Trinca, que é um senhor já que mexe com o Conselho há muitos anos, durante muito tempo, faz parte do Conselho da irmandade da Santa Casa também, é um senhor bem inteligente, bem culto e que está sempre por dentro da saúde, mas o representante da Casa da Lavoura não fala, o representante da comunidade, do bairro, não fala certo? E têm outros, são vários representantes, são 24 conselheiros e fica mudo e eu não me conformo com um trem desse.

TEREZA - Na sua opinião o que você acha que acontece? Por que essas pessoas não falam, porque não levam?

S – Sabe o que eu acho, acho que é um pouco de timidez, um pouco de falta de saber realmente o que é o Conselho de saúde, a força que tem. Eu acho que o nosso Conselho aqui da nossa cidade, vou usar um termo que a gente usa aqui, é que nem burro, não sabe a força que tem, se soubesse a força que tem não trabalhava para os outros, então eles não sabem a força que tem o Conselho de saúde. A gente que está mais por dentro da área da saúde aqui, que eu converso muito com a doutora, me esclareceu muitas coisas que eu não sabia também e também não sei tudo, sei muito pouco, no Conselho você faz muito mais coisas e eu acho que eles não tem essa noção ainda. Agora ia sair um curso, não sei se vai sair, de conselheiros, eu acho que aí pode ser que esclareça um pouquinho, um pouco mais, não são todos que vão, só alguns escolhidos que se candidataram a ir e eu acho que aí sim pode ser que abra um pouco mais a mente do pessoal, o pessoal começa a conversar mais, esclarecer mais, saber o que é o Conselho, pelo o que eu sei o Conselho tem uma força muito grande dentro da prefeitura, dentro da cidade, o Conselho faz e desfaz, o Conselho não quer que o dinheiro seja gasto aqui, quer que o dinheiro seja gasto ali, o dinheiro é gasto ali, me corrija se eu estiver errado, não é o prefeito que manda, quem manda é o Conselho, o prefeito tem que pedir autorização para o Conselho para fazer as coisas e o povo não sabe disso, se sabe não age, eu acho que se sabe não age, tem que ter mais participação, falar mais, eles falam muito pouco ou eu que falo demais também, não sei.

TEREZA - Do que você já viveu dentro do Conselho, como você acha que é a política de saúde da Secretaria Municipal aqui de Quintana?

S – Eu sou suspeito de falar.

TEREZA - Mas fale.

S – Porque eu acho que a nossa administração na área de saúde aqui é excelente, depois que a nossa secretária de saúde, secretaria de saúde entrou, doutora Maria Ines, ela revolucionou a saúde aqui em Quintana que é uma maravilha.

TEREZA - Como era e o que você acha que foi a revolução, me fala concretamente o que foi?

S – Era o seguinte, o pessoal vinha em um centro de saúde, porque antigamente era só um, pegava a receita e pegava o remédio, era isso, não tinha remédio no centro de saúde, eles iam lá na prefeitura o prefeito liberava para comprar na farmácia era isso, isso era saúde certo? Não tinha uma atividade, não tinha exercícios, não tinha programa de saúde da família, não tinha agente comunitário, não tinha nada disso. Agora não, agora o povo está tomando consciência que a saúde não é só comprar o remédio e tomar, tem que caminhar, tem que andar tem que fazer esportes tem que ter higiene e isso foi implantado graças ao PSF. Que as agentes vão, esclarece tudo e antigamente não tinha nada disso. Antigamente era que nem eu falei, era pegar

o remédio e tomar o remédio. Agora não, agora o pessoal está tendo mais consciência disso, tanto é que antigamente eu ficava no centro de saúde, você ia lá as cinco horas da manhã, ficava até uma ou duas, três horas da tarde para ser atendido. Você vê hoje aqui, onze e pouco, dez e meia não tinha mais ninguém aqui e tinha bem pouca gente, apesar que esse posto aqui, ele tem menos movimento que o outro lá de baixo, que o outro lá de baixo tem um pouco mais de movimento que pega a parte mais pobre da cidade, então eles tem um pouco mais de movimento, mas também mudou totalmente.

TEREZA - E você que é motorista e anda muito por aí pela cidade, você percebe que a saúde da população melhorou?

S – Eu percebo, eu acho que melhorou, eu acho que tinha gente que vivia reclamando, que vivia em farmácia, tinha nego que ia no posto de saúde antigamente todo o dia. Agora não, agora aprenderam, o povo aprendeu a ter um pouco de consciência, um pouco de higiene, um pouco de limpeza, um pouco de exercício, um pouco de tudo, então aí foi melhorando e a doutora... Tanto é que ela está aqui faz acho que seis anos, sete anos, um negócio assim, se ela não fosse uma boa profissional já teria ido para a rua e ela que mudou tudo isso devagar, lutando, porque tem muita coisa ainda para ser feita, mas a gente vai indo de devagarzinho vai conseguindo.

TEREZA - O que você acha que ainda tem para ser feito?

S – Olha, o que tem para ser feito, tem conscientizar mais o povo, mais os políticos. Esses dias eu brinquei com a doutora, eu falei, doutora, a senhora precisava se candidatar à prefeita na próxima eleição. Ela disse, por que? Porque só um médico da prefeitura entende o que é saúde, porque os governantes pelo menos aqui da nossa cidade não sabe o que é saúde não. Eles acham que saúde é que nem aquele esquema que eu falei para você antes, era comprar remédio e dar remédio, comprar remédio e dar remédio, aí é saúde, nem vereadores aqui e nem prefeito, nenhum deles sabem o que é saúde e eles não procuram entrar em contato com o pessoal da saúde para pelo menos ter a consciência, pequena, mas a consciência do que é saúde, certo? Então, não tem e precisa olha, de mais consciência deles, precisa de uma secretaria para nós, não tem.

TEREZA - O que é secretaria para nós?

S – Um espaço físico para a Secretaria, se você vir onde é a nossa Secretaria, você fica abismada, você fica horrorizada.

TEREZA - A Secretaria de Saúde?

S – De saúde, a Secretaria, é onde fica a secretaria de saúde, é um espaço físico para nós, não tem (*ininteligível*) fica tudo empilhado os papéis, os papéis todos empilhados e tal, tenta ter organização, mas no espaço que tem não tem condições. A gente fala com o prefeito entra por aqui e sai por aqui. Então não adianta nada e o que mais precisa? Atividade física nós temos,

temos o controle, tem controle de pressão, controle de diabetes, eu acho que na parte de médico e de coisa está bom, eu acho que é por aí e procurar sempre ir melhorando, só conscientizar (*ininteligível*) só isso mais nada. Eu acho isso, eu acho que tem que ter um pouquinho mais de consciência tanto dos vereadores como do prefeito.

TEREZA - E como você acha que a gente melhoraria essa conscientização tanto da população como dos políticos?

S – (*ininteligível*)

TEREZA - Me explica melhor, o que é puxando eles para...

S – Eu não sei se já teve, procurar fazer palestras com eles de ensinar o que é saúde, certo? Não só o prefeito, os vereadores, puxar eles, explicar para eles, fazer eles participarem mais, eles participam muito pouco da coisa, para eles é só a reunião lá, uma seção a cada 15 dias e só, mais nada. Não adianta um e nem outro, é todos, todos. Chamar eles para a reunião de Conselho, não sei talvez seria uma delas, fazer eles participarem um pouco mais das atividades do município, que também ninguém faz nada, tanto eles quanto o prefeito, para eles terem uma consciência, se eles chegassem, tem um cartaz aqui na frente, não sei se a senhora ou você, você tem a mesma idade do que eu, não sei se você viu, aqui na frente tem um cartaz de como fazer saúde, eu acho que se eles tivessem um pouco mais de consciência, lessem um cartaz desse e o colocasse em prática seria bem melhor, eles teriam bem mais consciência do que é saúde e eu acho que é isso, tem que chamar eles para participar mais, aí eu não sei se seria a questão de ter a secretária de saúde ver o... Ou município, os conselheiros estar fazendo isso, então teria que ter um, nós da saúde chamar o pessoal que não é da saúde para eles terem consciência do que é saúde, eu acho que era isso que tinha que fazer.

TEREZA - Você acha que tem pouca integração entre a saúde e os outros setores?

S – Isso, eu acho que tem, porque os outros setores não dão valor para a saúde, eles não dão, não adianta nem dizer, nem fiscal, partindo do trabalho da prefeitura, partindo do lixo até o prefeito, que é o cargo maior que tem, nenhum deles dá valor para a saúde. Eles acham que saúde é coisa secundária, eles preferem tapar um buraco, preferem trabalhar na estrada. Arrumar uma estrada do que tapar um buraco aqui na cidade, que uma criança pode cair e quebrar uma perna. Eles acham que isso não é saúde, se uma criança cair e quebrar uma perna, não quebrou a perna, vai engessar. Eles não sabem que dali sai dinheiro da saúde, que gasta dinheiro da saúde. Então, eles preferem arrumar estrada, sítio, gastar com óleo diesel, levar nego para casamento, para batizado, melhor coisa do que investir aqui dentro. Então eles não tem consciência, eu acho que o dia que entrar alguém que tenha um pouquinho de consciência eu acho que melhora, não só aqui como aí para cima também, que não é só aqui não.

TEREZA - E você acha que o Conselho tem um papel também de mudar essa consciência?

S – Eu acho.

TEREZA - Como seria essa...

S – Eu acho, é que nem eu te falei, o Conselho devia chamar não todos, lógico que não, mas de vez em quando chamar um representante, o prefeito ou o vice-prefeito, um vereador, presidente da câmara, fiscal da prefeitura, agente da comunidade a gente tem, tem da comunidade dos bairros, da agricultura e tal, não ali da parte onde que... A gente depende, porque a gente depende da prefeitura, tudo passa pela prefeitura, tudo passa pelo prefeito. Então, a gente tinha que colocar eles dentro do Conselho para eles terem uma consciência um pouco mais de consciência do que é.

TEREZA - E você já fez essa proposta dentro do Conselho?

S – Não, surgiu a idéia agora, agora que surgiu a idéia de chamar eles, os vereadores, chamar o prefeito, para eles terem um pouco mais de consciência, porque eles realmente não sabem. Não é só eles, não vou dizer que é só o prefeito, porque eu não tenho afinidades com ele, mas os outros que eu tinha afinidade também era a mesma coisa (*ininteligível*) o barco foi rolando, foi rolando, foi rolando e está rolando até hoje e é desse jeito que está indo. Eu acho que se os chamassem e os conscientizassem, eu acho que seria o melhor.

TEREZA - O Conselho está sabendo dessa nova proposta da NOAS? O que vocês estão achando dessa nova proposta, dessa regionalização, a mudança de referência contra referência?

S – Que eu saiba no Conselho, todo mundo entendeu, só que ainda não está muito bem definido e tem gente que não concorda... Ele não concorda porque, bom, ele não concorda com nada também.

TEREZA - Ele tem algum argumento?

S – Tem... do presidente (*da república*), o problema dele é particular, ele não gosta do presidente. Então, tudo que o presidente apresenta ele é contra, o problema dele é político. Ele é político, ele acha que tudo... Você vai lá no planalto, no palácio, fala com um deputado amigo dele ou um outro deputado amigo dele e é resolvido. Então, o problema dele é outro. A gente entendeu que vai ser bom para o município. Sem isso também o município não vai ter nada, vai descentralizar um pouquinho, vai tirar e vai mandar para a cidade maior, que tem mais condições. O município não tem condições de arcar com raios-X, de arcar com ultrassom. Nosso município é pequenininho. Então, a gente entendeu que a gente depende dos maiores para sobreviver e tem que ser assim e só ele que não entendeu. O resto todo mundo entendeu, só ele que não concordou, não concorda e não vai concordar nunca, não tem jeito. Aquele não vai concordar nunca, do que eu estou lembrado só ele não concordou, que discordou da NOAS e

coisa e tal, que acha que não é assim, ele acha que o PSDB que está fazendo estas coisas, que não é o governo ele acha que é o PSDB que está fazendo isso, tanto é que ele falou que se implantar um negócio desse aqui na cidade o PSDB nunca mais vai ter um voto aqui na cidade, não tem condições de um negócio desse (*ininteligível*) muito radical. Eu estou aqui para falar do Conselho e não meter o pau nos outros.

TEREZA - Mas no geral, você acha que o Conselho está aprovando...

S – Está aprovando, está consciente, está esperando sair certinho, mas a doutora nos expôs que quando saiu o negócio da NOAS... Tem o pessoal da DIR explicar para a gente o que era a NOAS, como é que ia ser, não foi ela que explicou para nós, ela colocou para nós, ela falou que viria um pessoal capacitado para explicar para a gente, apesar que eu acho que não é muito capacitado para isso, então vem o pessoal da DIR com capacidade de explicar para o Conselho. Explicou certinho e bonitinho e o único ali foi o cidadão, não concordou com nada, não aprova nada, não quer saber de nada, ele é contra, só ele o resto eu acho que entendeu tudinho.

TEREZA - Bom Sírio, no mais era isso que eu gostaria de saber como funciona, como é que é, eu acho que os Conselho vão ter essa dificuldade mesmo, é um processo que o brasileiro não esta acostumado a participar.

S – Então, uma vez a doutora falou para mim... É tudo muito parado Sírio, mas eu falei, doutora? Foi que nem eu falei, a senhora leva o prato pronto e a gente só degusta, só come, é fácil para a gente, é aprovar ou não aprovar, a senhora explica certinho, bonitinho e a gente vê que é para o bem do município, lógico que vai aprovar, não vai aprovar? Ela falou, é. Aí ela começou a não levar o prato tão pronto e aí ficou assim, parado... Não participa, eu acho que tem que ter mais participação ou eu que falo demais.

TEREZA - Bom Sírio, você gostaria de falar mais alguma coisa, algum outro ponto que você gostaria de acrescentar?

S – Não, eu acho que desabafei, eu acho que desabafei só isso, eu acho que é coisas, é que nem você falou, eu não coloquei no Conselho, que eu deveria colocar no Conselho, que eu vou colocar na próxima reunião e vamos ver o que o Conselho vai resolver, essa entrevista vai ter mais conselheiros?

TEREZA - Aqui de Quintana não, eu vou entrevistar um conselheiro de Marília, que foram os dois municípios escolhidos, um município grande Marília e um pequeno que foi Quintana, então um conselheiro de um município pequeno e um conselheiro de um município grande

21 - MARIA INÊS GUION BORGES – SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE QUINTANA

M – Meu nome é Maria Inês Guion Borges, eu tenho formação médica, sou Pediatra e no momento exerço aqui em Quintana o cargo de Secretária Municipal de Saúde, Gestor de Saúde.

TEREZA - Eu queria que você me falasse um pouco das políticas de saúde aqui do município, essa relação que o município tem dentro da política da Secretaria Estadual, que me falasse um pouco das políticas.

M – Bom, nós aqui adotamos no município como política de saúde, hoje, o modelo de atendimento dentro do PSF, estamos trabalhando dentro da NOAS, das propostas da NOAS, tentando desenvolver as propostas da NOAS e trabalhando em cima da PPI, nós estamos tentando fazer um processo dentro da PPI que realmente facilite o acesso do paciente aos vários tipos de atendimento, a atenção básica, média, alta complexidade e tudo.

TEREZA - E dentro da política do Estado da Secretaria Estadual? Tem um risco de fragmentação, de conflito entre o municipal e o estadual?

M – Então, nós aqui não. Em pequeno município não, a gente não sente isso, porque nós trabalhamos muito junto com o Estado, quando eu falo Estado é que é representado pela direção regional de saúde, Então, nós trabalhamos muito juntos e a direção regional de saúde pelo menos a nossa aqui de Marília, ela nos dá bastante apoio, bastante orientação, trabalha conosco a questão da PPI, facilitando esse processo de referência contra referência, serviços, ofertas e falta e não oferta de serviços. Nós temos dificuldades, algumas, mas sempre tentamos resolver e temos o apoio junto com a DIR, Então, a gente não sente muita dificuldade com relação ao Estado, muito pelo contrário, aqui nós sentimos que a gente tem apoio, qualquer dificuldade que nós temos, nós discutimos conjuntamente e resolvemos conjuntamente, Então, eu não vejo fragmentação...

TEREZA - E como é essa organização aqui no município em termos de atendimento dos níveis primário, secundário e terciário?

M – Bom, no nível primário nós fazemos aqui, atenção básica e, aí modéstia à parte, eu acho que ela é razoavelmente bem feita, porque vai muito pouco encaminhamento para a cidade vizinha, Então, assim, a atenção básica é feita como eu falei dentro do modelo do PSF, nós temos duas equipes do PSF, cada uma hoje com o seu espaço próprio, cada uma conta com um médico que aqui cumpre as oito horas, talvez por isso tem o sistema dê... O programa até dê um resultado bom, Então, nós temos um médico, temos uma enfermeira, duas ou três auxiliares de saúde, depende, nós temos três para cada unidade, depende de época de férias, trabalham, mas são três para cada unidade e seis agentes comunitários para também cada equipe, temos uma equipe de

saúde bucal, uma só para as duas equipes de PSF, aí tem a Dentista e a auxiliar a ACD- auxiliar de cirurgião dentista, e nós temos algumas complementações, temos uma dentista que esta mais voltada para atendimento de especialidade, ela faz prótese e canal. Temos uma outra dentista que trabalha mais com escola fundamental, Então, ela tem todo seu atendimento todo centrado dentro, principalmente da parte preventiva nessa escola fundamental, embora as outras escolas também tenham um atendimento com os procedimentos coletivos. E nós temos uma Psiquiatra que dá apoio uma vez por semana, é só um dia por semana para as duas equipes. Temos uma Psicóloga com carga horária de vinte horas semanais. Temos uma fonoaudióloga que também supri vinte horas semanais e uma Fisioterapeuta também de vinte horas semanais e mais uma assistente social que nesse momento está de licença gestante, Então, nós temos esses apoios também ao PSF. O básico no município é isso. Nós tínhamos aqui uma Santa Casa que ela perdeu um pouco a sua finalidade de Santa Casa. Então, mediante essa mudança de modelo, de atendimento, esse acompanhamento do paciente, várias coisas que aconteceram no município nesses últimos quatro a seis anos, por exemplo, tratamento de água, fluoretação de água, o trabalho mesmo do PSF do casa a casa, nós conseguimos acabar com internações que antes se faziam e hoje não existe mais, tipo desidratação, diarreia, várias pneumonias, gripes e resfriados. Então, a Santa Casa aqui ela se servia mais a isso, então tinha, tem dia que tinha assim, dez crianças internadas com soro e isso acabou, Então, acabou a finalidade da Santa Casa. Então, ela não tem também um médico, hoje nós temos uma médica residente na cidade o outro médico do PSF não é residente, é muito difícil você segurar o médico morador aqui, é bastante difícil, um município pequeno próximo de um município grande onde tem várias universidades, então você não consegue fixar o profissional aqui. Então também não tinha para a Santa Casa, também não tinha uma profissional que morasse no município, que pudesse estar tocando isso aí e também a questão financeira para o município, estar pagando duas enfermeiras do PSF mais uma enfermeira para a Santa Casa, é uma coisa complicada. Foi aí que a PPI nos ajudou bastante, porque nós fizemos referência para o município vizinho dos casos que seriam realmente para internação, casos mais complicados, atendimento secundário, Então, nós fizemos referência, isso já tem uns quatro anos, antes, bem antes da PPI para o município de Pompéia que dista daqui uns doze quilômetros mais ou menos, acho que são doze quilômetros. E aqui em Quintana ficou assim mais para caso de internação social, Então, vou citar, por exemplo, nós temos uma criança que trazia problemas respiratórios de repetição cujo a mãe é alcoólatra e os familiares também e então não dava para você medicar essa criança em casa, porque os pais iriam dormir, iriam beber, e iria ficar sem a medicação, Então, ela ficou mais para esses casos sociais e as vezes algum caso para observação que aí de repente iria para um município vizinho também, tipo uma dor abdominal, uma apendicite, ela vai para um município vizinho, então ficou direcionada mais para isso. Finalmente nem para isso, porque isso passou a ser um ou outro caso, porque até caso de observação acabou sendo feita na unidade do PSF. Hoje nós fazemos um leito de observação, aqui é um leito de observação. Então, nós fazemos um leito de observação no PSF e acabou perdendo isso também. Nós aí implantamos na Santa Casa para aproveitar o prédio o leito-dia geriátrico e naquele momento que era o inicio do PSF, quando nós fizemos o leito-dia geriátrico, nós tínhamos muitos idosos que moravam sozinhos, que não conseguiam tomar medicamento, eram semi-dependentes, tinham problemas de higiene, de problemas de alimentação. Então, nós conseguimos implantar esse leito geriátrico e eles vinham para esse prédio da Santa Casa e

ficavam das sete da manhã até as sete da noite e tinham os cuidados de medicamento, higiene, atendimento fisioterapêutico, psicológico, fonoaudiológico, tinha um atendimento integral. Só que também assim, esses idosos ou as famílias foram aos poucos assumindo, porque foi se fazendo um trabalho. Alguns faleceram também já e também houve uma redução desses pacientes também e nesse momento agora ultimamente, a mais de seis meses a Santa Casa não tinha nenhuma internação, nenhum leito-dia geriátrico, o município está fazendo um movimento para uma casa de idosos que faria o papel praticamente do leito-dia geriátrico, já está sendo, é o grupo os espíritas, da comunidade espírita, então eles já estão com isso bem em andamento, documentação pronta, tudo, já adequando espaços, então isso também a Santa Casa já não teria tanto essa finalidade também e o gasto é grande, porque ela mantinha a lavanderia, cozinheira, auxiliar de serviço tem que ser mais de uma, período de vinte e quatro horas, auxiliar de enfermagem para o dia e para a noite e estava com problemas, porque não tinha uma enfermeira, não tinha um médico, enfermeira vinte e quatro horas e um médico e não há condições financeiras do município estar fazendo, assumindo isso e também não há necessidade com esse processo de regionalização, onde você vai estar dando um atendimento de qualidade para o paciente, melhor do que a daqui, otimizando recursos, tecnologia que aqui não tem, nós tínhamos um raio-X portátil que quebrou e não se concertou. Então, se ficasse internada aqui, a tecnologia zero, então assim, hoje nós estamos dando um outro direcionamento para o prédio, não vai mais ter internação. Nós vamos estar usando esse prédio para um terceiro turno, então acabou o horário do PSF, nós vamos ter um atendimento de mais quatro horas que seria o terceiro turno, que vai ser estudado ainda, vai ser planejado, se vai ser só um pronto atendimento ou se nós vamos desenvolver alguns programas para aqueles pacientes que trabalham durante o dia e não podem frequentar a unidade. Então, isso aí está em processo de planejamento. Encerramos as internações no dia vinte e três, encerramos amanhã, amanhã fechamos as internações, dia vinte e três? Então é hoje, você está vindo aqui no dia que isso se encerra. Nós estamos encerrando as internações, nós tínhamos um laboratório que funcionava também dentro dessa Santa Casa que estava até terceirizada para Tupã, completamente inadequado dentro da NOAS, então dentro da PPI que nós já fizemos, nós já tínhamos referenciado para Pompéia que é o nosso fluxo. Nós saímos de Pompéia, Pompéia não resolve nós vamos a Marília para o terciário. Então, aí você otimiza combustível e carro com o mesmo veículo você transporta paciente que vai para as duas esferas tanto para tudo, o raios-X já ia para Pompéia, então vai para o raios-X que vai para o laboratório, apesar que o laboratório nós vamos fazer sala de coleta e vamos ter a sala de coleta, a coleta é feita aqui e a gente só manda os exames e de Pompéia a Marília, então já faz o caminho, então nós ficamos aqui primário, secundário e terciário e esse laboratório também está sendo acertado, a partir do dia vinte e cinco que fecha o boletim já, é referenciado para Pompéia e era o que tinha dentro da Santa Casa ainda funcionando era esse laboratório, lógico que nós vamos ganhar em qualidade também, em tecnologia também, porque o de Pompéia é muito melhor equipado. O nosso inclusive está sucateado e o que está terceirizado aqui, ele não vai deixar o material aqui, então a gente já adequou. Nós tínhamos exames que eram feitos aqui, exames que eram encaminhados para Tupã, porque o laboratório era de Tupã. Agora não, agora vai ficar mais organizado, vão ser encaminhados todos para Pompéia e o que não é de Pompéia para Marília e vamos estar utilizando esse prédio assim, para fazer um terceiro turno, para fazer um leito de observação nesse terceiro turno, talvez estar

usando para trabalhos comunitários, estar adequando a área administrativa que está sem espaço também.

TEREZA - Anteriormente a Santa Casa estava sendo gerida, gerenciada por quem? A própria..

M – A irmandade.

TEREZA - Vocês não entraram em conflito com essa irmandade para haver esse fechamento? Que em uma cidade a gente já observa exatamente essa dificuldade.

M – Não, houve conflito sim e isso está sendo trabalhado assim há bastante tempo. O primeiro trabalho foi o PSF, porque o PSF sozinho mostrou, vamos dizer assim, a utilidade que ela teria, o PSF desativou a Santa Casa, nós dizemos. O PSF, saneamento, porque foi feito nesses últimos seis anos, iniciou há cerca de cinco anos o tratamento da água que a gente tem análise periódica e tudo mais, foi a Sabesp que entrou inclusive no município. Com a entrada da Sabesp melhorou muito a questão de saneamento e esgoto. Nós tínhamos problemas de esgotos, os canos nossos aqui estavam todos com problemas, havia contaminação de subsolo. Tudo e isso ajudou também a diminuir internação e mais o PSF, o PSF diminuiu a internação um monte, não só por conta do trabalho preventivo, mas também por conta do acompanhamento mais próximo dos pacientes e do acompanhamento domiciliar, quando eu cheguei aqui em Quintana, as coisas era assim, tão diferentes. Eu trabalhava, o centro de saúde é onde hoje é o setor de Fisioterapia ao lado da Santa Casa, então o dia inteiro eu via ambulância entrando com paciente com AVC, o dia inteiro, ou ele vinha para a Santa Casa para tomar soro, era para isso que a Santa Casa servia, para tomar soro ou ele vinha para Fisioterapia, ou era soro ou era a condução que tinha que levar esse paciente para a Fisioterapia. Hoje se nós temos um paciente acamado, com AVC ou outro tipo de acamado, o tratamento todo é feito em casa. Por exemplo, o pós cirúrgico, tem o curativo do pós cirúrgico, ele não vai mais para a porta do hospital, ele é feito em casa, cesárea, a mãe é logo visitada quando ela chega do hospital, tem curativo? Tem feito em casa ou enfermeira ou auxiliar de enfermagem faz em casa, então assim, esvaziou completamente. O PSF esvaziou a Santa Casa, aí as pessoas começaram a ver, nós já discutíamos antes essa questão de que o que internava aqui não seriam casos para internação, mas os médicos internavam, então você não poderia contestar, mas aos poucos tanto a questão do saneamento básico quanto à questão do PSF esvaziou esse tipo de internação e era encaminhado para a nossa Santa Casa. Continuaram a ter os partos que sempre foram em um município referência, quando eu cheguei aqui era Tupã e depois eu mudei a referência para Pompéia, por várias questões, até pela facilidade de proximidade e depois por ser caminho já para Marília, facilita porque o nosso terciário já é de Marília, o atendimento em Pompéia é muito bom, questão também de contato nosso, porque não é só a questão de você ter referência, não é só você ter a referência, mas você tem que ter um contato com a referência e eu sou de Pompéia e eu trabalhei lá muito tempo, eu era do corpo clínico ainda sou da Santa Casa de Pompéia. Então assim, o contato era muito próximo, então eu tinha uma gestante que ela foi para uma avaliação e o obstetra não atendeu, a enfermeira viu e dispensou, bom se é em um lugar que eu não conheço, não tenho acesso, eu posso até falar, até ligar, mas é diferente. Lá não, lá eu chego, eu converso, eu chamo o corpo clínico, olha o que

aconteceu, olha porque essa paciente veio, vamos estar acertando, vamos estar melhorando o nosso atendimento. Então, nós temos esse intercâmbio aí que é bastante fácil, então nós mudamos a referência e mudando também, nós podemos acompanhar mais de perto os casos, do que eles estavam sendo internados realmente, porque as vezes ia para Tupã voltava com uma receita e você não sabia o que era. Pompéia a gente sabe, vai visitar, a agente comunitária vai visitar. Tupã, não tinha combustível para visitar e nem carro disponível, mas Pompéia é pertinho, dez minutos você vai, a agente comunitária visita a gestante dentro do hospital, antes de ela vir para casa. Então você tem assim, você tem mais na mão o paciente, você abraça mais o paciente e aí o que nós vimos? Que os casos que estavam indo para Pompéia eram parto que realmente tinha que ir para a referência e cirurgias, é o que mais vai, então assim, nós fazemos, nós temos cirurgião lá que faz gastro. Hoje, por exemplo, nós poderíamos até estar mandando colicistecmia para Marília, mas nós não mandamos, vai para Pompéia, nós temos lá ortopedia, então a ortopedia é feito lá e seria mais isso, parte ortopédica, trauma e cirurgias e partos.

TEREZA - Como é que foi essa mudança de referência foi tranqüila, quer dizer, a recepção de Pompéia, porque afinal de contas a grande queixa dos grandes municípios, é que eu preciso atender aqueles municípios pequenos, eu tenho gastos com esses municípios, como é que foi essa receptividade de Quintana entrando em Pompéia?

M – É, eu acho que foi um pouquinho na imposição sabe? Mas assim, em uma imposição que você é responsável e que você sabe que vai dar certo e que se não der certo você vai ter que trabalhar para dar certo em prol do paciente.

TEREZA - Isso foi discutido em termos de PPI mesmo na mesa de negociação?

M – Foi, foi discutido, foi discutido com a DIR, foi discutido na CIR, nós fizemos em CIR, mas foi assim, nós empurramos um pouquinho, a gente deu uma empurradinha, não é assim, aquela imposição vai ser assim e acabou, mas assim, a gente deu uma direcionada e Pompéia sempre quis atender Quintana, então eu me lembro do diretor clinico de Pompéia, quando Quintana fez referência para Tupã, que eu nem estava aqui na época, era outra secretária, eles vieram até conversar em Quintana, não gostaram, não ficaram satisfeitos, porque Pompéia sempre atendeu muitos pacientes de Quintana. Bastante. Só que assim, a visão do médico naquela época, ele atenderia Quintana, atenderia o SUS, o começo do SUS, porque antes eram os indigentes de Quintana, assim como tinha os indigentes ou os trabalhadores rurais, que também os rurais não tinham carteirinha assinada e junto com esses viriam os outros, os particulares e eram particulares mesmo ou poucos INPS que naquela época era INPS, então o interesse era assim, no particular e no INPS e aí atenderia os outros. Agora quando eu fui fazer essa transferência já era SUS e, assim eu sempre fui uma batalhadora do SUS, eu estava brigando pelo SUS e já tinha aquela questão também do hospital já financeiramente não estar assim tão bem por conta de que a tabela do SUS não era essas coisas. Agora tem um outro fator aí também que é o seguinte, antes você poderia fazer, antes se fazia mesmo algumas... Como vamos dizer aí... subversões, não sei se é o termo, de corrupção, então você fazia um procedimento, colocava outro, fazia uma cobrança por fora. Só que assim, quando eu fui fazer essa referência comigo não funciona assim,

é SUS é SUS, não vai me cobrar por fora, porque se me cobrar por fora vou estar em cima, o procedimento é esse, talvez o procedimento não visse, porque eu não fazia auditoria, mas a cobrança sim e o atendimento também. Atendimento igual para todos e isso pesou um pouquinho, porque eles sabem a minha forma de trabalho, isso aí então pesou um pouco e nesse momento também já havia um movimento muito grande para essas questões de cobrança por fora já não se estava mais fazendo, os hospitais já estavam tomando mais cuidados, colegas tomando mais cuidado, já estavam vindo processos em cima disso, então eles sabiam que eles iam fazer mesmo uma referência SUS e muito pouco, a cidade é pobre, tem muito pouco conveniado, muito pouco iria de convênio. E aí ouve assim, sentou-se na mesa, combinou-se. A parte administrativa da Santa Casa não teve problema. A parte clínica é que ficou meio assim porque achou que não ia fazer todas as coisas, que não ia estar colocando médico na porta do pronto socorro para avaliar o paciente cirúrgico que chegaria lá, então teve dificuldades médicas, mas não com a administração da Santa Casa ou com o corpo administrativo. E nós fechamos da seguinte forma: Nós íamos fazer a nossa referência, íamos fazer a nossa PPI, quais casos viriam, quantos casos iriam, a nossa programação física e orçamentária aí no caso, mas com isso pactuado com a DIR, também, na condição de em três meses estar revendo, porque nós estávamos começando um processo onde nós não tínhamos dados na mão que a gente falasse isso é assim mesmo é confiável, então eu vou estar encaminhando para Pompéia, por exemplo, assim, uma média de oito partos mês, eu não tinha certeza de que seriam oito mesmo. Tinha uma coisa interessante que foi um outro motivo de eu estar transferindo para Pompéia, porque eu ia conseguir ter uma avaliação e um controle melhor dos meus pacientes, antes disso os pacientes tinham referência para Tupã e iam para Tupã, mas não todos. Um grande número da população ia para Pompéia, só que ninguém sabia que ia, eles iam para Pompéia, mas eles usavam endereço de Pompéia para serem atendidos lá entendeu? E eu percebi isso com os meus funcionários, três ou quatro funcionárias minhas, tinham tido parto em Pompéia e Pompéia tinha dito que não fazia nada para Quintana, mas como vocês fizeram partos em Pompéia se a referência é Tupã e se Pompéia não atende Quintana no SUS? E eles não atendiam mesmo principalmente porque estavam magoados que a referência era Tupã aí eu falei, então, como é que é? “Ah doutora, a gente dá o endereço de lá, eu dei o endereço da minha mãe, eu dei o endereço do meu tio”. E aí o que nós descobrimos? Que a nossa série histórica era completamente errada, aí é que nós tivemos problemas mesmo, porque? Começamos a referenciar para Pompéia e estourou, estourou o teto, estourou o número de pacientes, aí o secretário ficou muito bravo e o secretário queria porque queria rever, queria porque queria mudar e o nosso acordo era por três meses, mas tudo bem. Passado alguns meses nós sentamos, reavaliamos. Realmente não era aquilo que nós tínhamos na mão por conta dos pacientes que iam para lá, eles atendiam e não sabiam que atendiam e aí nós fizemos uma nova pactuação, onde eu me lembro que eu faria uma média de dezenove internações/mês e eu passei para vinte e sete, vinte e oito, eu acho que é mais ou menos isso e aí ficou equilibrada a parte financeira. Então nós não tivemos mais problemas. Alguns colegas não gostam, médicos, ainda de atender aí até assim, fica difícil de negociar com o paciente meu, ele já vai pelo SUS no encaminhamento tudo certinho, às vezes ele tem uma certa condição financeira, você poderia negociar um pacotinho, mas fica complicado porque ele já vai encaminhado pelo SUS. Então eu sinto que talvez se desestimulem muito, não queiram atender por conta disso, mas isso acontece

uma ou outra vez e é uma coisa que nós vamos estar sentando na semana que vem, vamos esta reconversando, porque nós acabamos agora fechando a Santa Casa aqui e fazer uma nova pactuação é um outro momento ainda e um outro problema que nós tínhamos é com a porta do pronto socorro, porque a noite como não tem médico no município, embora essa porta aqui ficasse aberta sem médico, o paciente chegava na porta e a auxiliar de enfermagem mandava para Pompéia. Aí ela mandava o que era para mandar e o que não eram, tanto ia um resfriado como ia uma apendicite, mas os nossos encaminhamentos este ano foram muito poucos, eu fiz um levantamento do ano que eu precisei até por causa do fechamento da Santa Casa aqui, para ver a nossa noite como ia ficar. Quanto nós estávamos encaminhando para Pompéia que é só à noite, sábado e domingo e não todos, nós temos alguns plantões de final de semana e eu fiquei surpresa porque nós encaminhávamos com tudo contando, aí trauma, urgência à noite, emergência, urgência, com tudo, setenta casos por mês, o mês que encaminhou mais oitenta e o mês que encaminhou sessenta, que dá uma média de dois por dia e coisa que o município de Pompéia tem um atendimento que, foi falado ontem, é a grande preocupação deles de mais de mil e quatrocentos pacientes/mês na porta do pronto socorro, então eu acho que Quintana está bem, ela tem pouco mais de um terço de habitantes de Pompéia, nós temos cinco mil quatrocentos e quarenta e sete, eles tem dezoito mil setecentos e pouco e setenta pacientes são por nossa conta nessa porta e é essa a nossa única porta, porque não vai para o terciário não vai para Marília a não ser passando pelo secundário, ele passa pelo secundário e depois se for necessário o secundário encaminha para o terciário, nós fazemos esse fluxo. Agora nesse momento nós estamos iniciando a referência do laboratório para Pompéia e estamos mudando o teto do raio-X para Pompéia, porque nós tínhamos um raio-X portátil e nós fazíamos o raio-X aqui, então nós faturávamos o raio-X, só que esse raio-X quebrou, na gestão anterior. O prefeito achou por bem não consertar, até porque se nós continuássemos, nós íamos ter que começar a pagar técnico que o nosso técnico era voluntário, e ele achou por bem não. Então nós terceirizamos para Pompéia a fatura era nossa, mas o pagamento ia para Pompéia, nos repassávamos para eles. Agora não, o dinheiro vai cair no teto do município que é pleno e na verdade o que nós estamos referenciando é laboratório. Quando nós formos fazer essa referência agora e estar discutindo isso, sentamos com a DIR e o secretário de saúde também de Pompéia e também a DIR teve algum contato com a prefeitura aqui e até o provedor, porque eles não queriam fechar nem a porta da Santa Casa e nem o laboratório. Então, foi um processo assim que ele foi correndo, devagar, três meses no preparo. Primeiro, mostrou-se que internação não tinha o porque de ter aqui, era um dinheiro perdido, que não era usado e depois também o laboratório terceirizado estava saindo, estava vendo que não era bem aquilo que ele queria, acho que ele pensou que fosse ganhar mais aqui. Nós fomos dentro da NOAS colocando que a proposta não é ter um laboratório em município de quatro, cinco mil habitantes, que é questão regional, que o município não perderia nada com isso, porque a coleta é feita aqui, nós estaríamos estruturando salas de coleta é só fazer o encaminhamento do exame e nós temos condução que passa todo dia em Pompéia, três vezes por semana tem raios-X, tem o paciente que é internado, paciente de alta, quer dizer, nós temos mesmo que ir lá diariamente e que era um gasto para o município desnecessário, que a qualidade do exame seria melhor, no começo o pessoal ficou muito inconformado, quis até negociar que Pompéia revertesse o dinheiro para cá, foi assim, foi bastante difícil, eu passei todas as informações da NOAS, discutimos NOAS,

plano de saúde municipal dentro do conselho, o provedor faz parte desse conselho, do Conselho Municipal de Saúde e jogamos isso para a população estar vendo. Foi conversado com vários vereadores também que saiu o boato, vai fechar a Santa Casa, aquela questão política né? Mas assim, conversamos com vários deles, mostramos o gasto que estava tendo para pouca coisa e para a qualidade também. Nós teríamos muito mais qualidade sem gastar nada. Quer dizer, na verdade o município esta comprando reagente, pagando bioquímica, pagando auxiliar e seria um gasto assim, lógico, nós não vamos estar recebendo dinheiro, mas vamos estar gastando menos, porque o que passava que nós recebíamos de repasse... Primeiro nós fazíamos já mais exames do que o teto, porque, o município bancava tanto a bioquímica quanto e se faltasse reagentes dentro daquele teto que a gente recebia daquele dinheiro que a gente gastaria para o laboratório, a prefeitura cobria, então nós temos aqui um protocolo de hipertensão e diabetes que a gente cumpriu direitinho e a gente consome bastante exame para isso. Mas nós acabamos mostrando que o município até sairia ganhando e o paciente não sairia perdendo que é o importante, o paciente não teria o desconforto de se locomover, não ficaria sem os exames, até pelo contrário o laboratório terceirizado aqui estava começando a cobrar quando extrapolava o teto e eu estava muito preocupada com essa cobrança e eu tive que pedir favor para laboratórios amigos em casos de pacientes que não podiam pagar. Então isso aí foi caminhando devagar, a questão da internação não teve problema, porque nem aparecia mesmo se internava ou se não internava e a grande briga aí, o grande conflito foi o laboratório e que fechou isso ontem, anteontem nós fechamos, mas ontem cedo que foi conversado com o município, fechou-se numa boa. Parece que ambos estão tranquilos tanto o representante da prefeitura quanto o provedor e agora nós vamos estar sentando, estruturando, vendo se a sala de coleta que tem é adequada, senão estar adequando e vão sentar com Pompéia, já foi sentado com o secretário, o secretário assumiu também numa boa, ele vai ter um recurso extra porque a internação nossa ele já faz e o teto que era da internação de Quintana vai estar repassando para o município de Pompéia e nós vamos poder trabalhar melhor a nossa FTO se estiver faltando raios-X se estiver faltando um laboratório a gente tem um extra aí para estar jogando. Dá para estar trabalhando melhor, porque a internação ela já, o que nós temos pactuado e o teto que nós temos ele é suficiente, porque a gente esta mesmo diminuindo internação só vai esmo parte de cirurgia. Então o teto que a gente tem é suficiente e o que a gente vai estar repassando para o raios-X também era o que nós fazíamos, também é suficiente. O laboratório nós não sabemos, porque como ele estava dentro da Santa Casa eu não tenho um controle dele, não estava sobre o meu controle, então eu não tenho assim dados, tinha bastante coisa assim que vazava, não tenho dados exatos. Então, tanto pode ser que dê como pode ser que falte, mas nós temos um plus aí que é esse que acabou sobrando da internação que a gente pode estar fazendo um jogo, então foi mais ou menos tranquilo. Com relação à Pompéia assim, a parte administrativa, diretoria administrativa, eu sei que recebeu bem. A parte clínica é que é o problema, a parte médica eles estão se queixando do pronto socorro e a prefeitura de Quintana esta se queixando de um atendimento inadequado nessa porta do pronto socorro. Aconteceu há poucos dias, tinha um paciente, até parente do prefeito, ter ido a essa porta e o médico falar, pó, mas o prefeito lá não faz nada, porque não coloca medico de plantão lá e ele ficou até magoado, pois eu não estou pedindo favor é a minha referência e isso foi levado para a nossa discussão agora da PPI, até porque dessa nova pactuação. Até porque assim, se nós formos colocar o terceiro turno vai diminuir ainda mais a

porta de pronto socorro de Pompéia, porque o PSF fecha as cinco e aí nós vamos passar a fechar das nove as dez, então vai acabar diminuindo. Nós temos dois finais de semana que nós temos plantão médico aqui que são os dois médicos que o PSF que cobre, mas nós temos dois finais de semanas descobertos, nós vamos cobrir esses dois finais de semana, então também vai aliviar a porta lá e a partir daí nós vamos estar trabalhando. Já marcamos uma reunião para semana que vem com a DIR, com o município de Quintana, não só um secretário, mas um representante da prefeitura por conta dessas queixas com o secretário de Pompéia e com a administração da Santa Casa de Pompéia, para estar colocando bem claro isso. Embora a administração tem trabalhado muito isso, que eles não estão nos prestando favor, que eles estão recebendo por isso e que nós estamos dentro dos nossos direitos e que não é uma questão de o prefeito estar pondo ou não plantão aqui. É inviável colocar um plantonista à noite em Quintana a noite inteira. O município não tem recursos e o município não tem paciente para isso. São duzentos e cinquenta reais por plantão, vai dar aí quase dez mil reais por mês, é uma fortuna e você vai estar atendendo depois, eu já dei plantões aqui, após vinte e duas horas você vai estar atendendo... Você vê, vão dois casos por dia para Pompéia, setenta por mês, a partir das dezoito horas, então se for após as vinte e duas vai disso para menos. Agora como é que você vai colocar um médico de plantão toda noite como Pompéia quer que nos coloquemos aqui se eu vou ter um ou dois pacientes e desses dois pacientes, talvez sejam dois partos, que vão para Pompéia ou um infarto que vai para Pompéia, uma hemorragia gástrica que vai para Pompéia. Então, nós vamos estar discutindo essas questões conjuntamente. Mas foi assim, a primeira PPI foi meio assim, olha nós vamos estar referenciando, Pompéia tem condições, foi conversado, mas foi assim a gente direcionou mesmo, nós queríamos mesmo estar tirando de Tupã pela distância, pelo tipo de atendimento, pela falta de contato, por uma série de coisas. E aí, a segunda negociação aí foi dez, que foi quando nós acertamos realmente o que nós precisávamos de Pompéia. E aí, depois tivemos probleminhas, probleminhas assim médicos, também às vezes o médico esta cansado, aí ele fala, pó...mais um e ainda vem de Quintana, mas foram problemas mais médicos do que assim institucional eu acho que esta caminhando bem.

T – Parece que a PPI está caminhando bem, pelo menos aqui entre Quintana, essa discussão entre Quintana e Pompéia...

M – Bastante bem, bastante bem...

TEREZA - Agora você tem acompanhado em relação aos outros municípios, aos outros pequenos municípios se essa boa negociação está desenrolando livre entre os municípios?

M – Olha, é, alguns sim, nós estamos tentando formar, quer dizer, já formamos, já está registrado e vamos estar começando a trabalhar esse mês um consórcio intermunicipal. De nove municípios com cinco mil habitantes em média cada um, todos parecidos, todos mais ou menos do mesmo porte, com os mesmos problemas. Então, por exemplo, um deles é o Oriente, o Oriente tem que refazer a sua PPI, ela ta refazendo né, ou melhor, ela já teve uma proposta agora pra NOAS. Mas a referência de Oriente, Oriente é a 6km de Pompéia, a referência de Oriente era tudo Marília, o que é um absurdo, você ter um parto normal e você ter que ir a 20 km ao

invés de ir a seis. Corre o risco de nascer dentro da ambulância mesmo. Então assim, dentro da referência deles que é Marília, eles têm atendimento sim, eles estão sendo atendidos, só que é uma referência, assim, que ela é longe, ela seria mais para casos terciários, agora na nova PPI, eles estão, na NOAS, nessa pactuação que a gente fez agora, no plano de regionalização, eles estão pactuando mais coisas com Pompéia. Então, eles já vão estar pactuando raios X, também já está compensado com Pompéia. Talvez agora comece alguns conflitos com Oriente, porque Quintana já está resolvido e Oriente vai estar começando, então vai ser um novo processo com Oriente, mas eles estão tendo essa negociação, fizeram todo o plano regional que eles vão estar pactuando com um e com o outro. A região de Garça me parece que tem um processo também razoável de PPI. É, por exemplo, eu sei que Álvaro de Carvalho que é um dos municípios do consórcio, também referencia muita coisa para Garça que também é plena do sistema, e me parece que ele tem um bom relacionamento, eles negociam bastante, a secretária lá com o secretário, então várias coisas. É, deixa eu ver qual mais, tem outro município próximo a Garça, também agora não me lembro qual que é, não sei se é, não sei se é Alvilândia, que também tem essa referência fácil. Me parece que um pouco complicado, as vezes as gente vê que tem algumas complicações, mais pra região de Adamantina. Mas Osvaldo Cruz tem um consórcio também e eles também tem referência lá. Parece que essa região como referência está mais ou menos resolvida. Então assim, tem sido muito, muito trabalhado aqui a PPI, as referências.

TEREZA - E vocês sentem a presença da DIR em todo esse processo de negociação?

M – Sim, sim, e muito a favor do secretário. E tem umas coisas até assim interessantes. Isso aí você não vai pôr no seu relatório, na negociação, por exemplo, ontem com Pompéia, o secretário de Pompéia fez um determinado comentário, agora eu não me lembro qual deles que é, eu acho que até com relação à questão da porta do pronto socorro, e tal, e a nossa representante da DIR falou assim: “Espera aí, você está querendo administrar Quintana? Essa parte é dela. Espera aí, e outra coisa, ela não tem que fazer isso não, você tem, essa parte aqui é sua, é referência, vocês tem condições.” Então, assim sempre a favor de uma PPI boa, dentro da possibilidade dos recursos que cada um que está atendendo e recebendo possa ter, elas tem assim pleno domínio do que acontece em cada cidade, em cada entidade, em cada cidade de referência, que vai ser sede, que vai ser módulo, então, nós aqui sentimos isso, sim, que não é todo lugar que sente, que eu vejo isso, eu sou do COSEMS, eu vejo isso nas reuniões do COSEMS tem regiões que o pessoal não...

TEREZA - Não é assim tão tranquilo.

M – Não é assim tão tranquilo, e regiões que, têm cidades, por exemplo, que eu já vi de outras regionais, tipo assim, tudo bem né, eu poderia estar recebendo, mas quem vai pagar isso? Como é que é? Como eu vou estar prestando esse serviço e como é que eu vou pôr mais funcionários pra atender esse povo todo? E aqui a gente não tem sentido isso. Pompéia, talvez seja um pouco diferente, porque a Santa Casa lá, ela era subutilizada. O Dr. Guedes veio pra algumas inaugurações aqui na região e uma das visitas que ele fez foi na Santa Casa lá, e eu estava lá no dia, e a Santa Casa estava vazia, não tinha quase internação e ele ficou meio assim, não é bem

assim, não é sempre que ela está assim, ela vai passar a atender também Oriente. Mas então, o que aconteceu? Isso a Santa Casa de Pompéia sentiu a parte administrativa, utilizou a Santa Casa, ela passou por uma reforma grande, ela está muito boa, muito adequada, bonita, inclusive bonita, atendendo o SUS com quartos, com banheiros em todos os quartos, porque antes assim era um banheiro para 2 quartos. Ela foi reformada, a ala do cirúrgico, de parto, a ala de parto, ela está atendendo com telefone no quarto, com televisão em todos os quartos e com banheiros em todos os quartos. Eu há poucos meses, eu tive um funcionário da prefeitura aqui, que tem uma filha que teve uma dor abdominal intensa à noite, foi pra Pompéia. Ela internou num leito clínico, na ala clínica que ela foi passada por uma reforma primeiro e depois dessa reforma, que eles reformaram a área cirúrgica e essa área cirúrgica ela já foi aperfeiçoada em cima da reforma que tinham feito da clínica, então ela internou na clínica e aí ela evolui pra uma apendicite, terminada a cirurgia ela foi para ala cirúrgica, e quando ela entrou na ala cirúrgica o pai da criança chamou o diretor do hospital e falou, olha vocês estão me colocando nessa quarto e eu não tenho como pagar. Ele falou assim: “não, mas por quê? O senhor não vai pagar, cobraram do senhor?” Ele falou: “Não, mas olha, é um quarto que tem televisão, que tem telefone, que tem banheiro, eu não posso pagar isso aí”. Na ala clínica o banheiro é para dois, e ele falou: “assim eu não vou poder pagar”. Mas aí, falou: “Não, isso aí, todos os pacientes do SUS que vão pra cirurgia vem pra cá, e aqui os quartos são todos assim.” Então, ela está sim muito boa, muito bonita, é grande, está com recurso, está se equipando, está melhorando em tecnologia, não tinha ultra-som, está com ultra-som, tem uma radiologia excelente, está fazendo novos ultra-som que antes não fazia, estão ampliando, tem um laboratório bom, tem uma central transfusional e ela era subutilizada. Então, agora ela vai poder ser realmente ser bem utilizada, ela teve um reforma do Estado. O Estado participou dessa reforma, cooperou com essa reforma, é justo que eles devolvam isso para o Estado. Está atendendo paciente do SUS, eles atendem bastante convênio porque tem uma firma grande em Pompéia que tem bastante conveniado. Essa firma, a própria comunidade, outras pessoas da comunidade ajudaram na reforma dessa Santa Casa. Então, espera-se que ela atenda bem a todos, tanto convênio, quanto SUS, quanto as nossas PPIS, as nossas pactuações, porque o Estado esteve presente apoiando também essa reforma, essa melhoria de tecnologia e aí eu acho que talvez seja uma coisa, sui generes ter um hospital que é subutilizado e que está gostando de ser mais utilizado.

TEREZA - Bom pelo que você está contando, acho que está coerente essa divisão regional desses municípios, vocês estão contentes, vocês acham que mesmo com a NOAS, com a proposta da NOAS, mantém esse tipo de regionalização, esse tipo de divisão?

M - É, porque antes da NOAS, nós fizemos, eu acho que foi a única região do Estado que fez uma PPI razoável, eu não sei se te passaram isso.

TEREZA - É por isso que nós estamos aqui.

M - Nós fizemos a PPI, nós investimos na PPI, nós assim, eu falo nós, porque eu faço parte da coisa, mas na verdade foi assim, muita força da direção regional, foi feito estudos, foi sentado, eles investiram mesmo na PPI, e também a gente conta aí com a participação, você conheceu o

Dr. Enio, que ele é do COSEMS e tinha muito interesse nisso, eu também sou do COSEMS, e também brigava junto com isso, ele tem conhecimento, ele é um médico sanitário, tem conhecimento de serviço, não sei se ele já foi secretário.

TEREZA - Secretário adjunto.

M – Adjunto sim, não sei se ele foi municipal, eu acho que não, ele foi secretário adjunto, ele foi diretor de DIR, e a gente contava também na época com diretor de DIR muito ativo na outra PPI que hoje é coordenador do interior, então ele era diretor da DIR daqui, Roberto Borges, então assim, ele era bastante ativo, ele tem uma equipe boa, a equipe daqui era uma equipe boa, então conta com pessoas que vivem o SUS, que gostam, que querem desenvolver, que querem fazer o SUS acontecer. Então, a gente contou com tudo isso. Um pessoal assim de enfrentar mesmo, aqui foi feito uma PPI que não foi na época assinada com contrato, Estado, Município. Eu acho que foi assinado, Estado DIR ou coisa assim, não é que nem agora a NOAS agora nós vamos estar assinando, Estado, município, e tudo isso. Mas, ela funcionou com alguns conflitos, com algumas reclamações, com alguns não tão bem atendidos, ela funcionou, e quando já estava se revendo essa PPI, já veio a história da NOAS e aí foi um novo trabalho, quer dizer, a NOAS veio reforçar e aperfeiçoar a PPI que a gente já tinha feito, então nós estranhávamos, quando nós íamos para reunião fora, e os outros não tinham trabalhado esse processo da PPI. Nós desenvolvemos aqui na região dois grandes trabalhos, ao nível da direção regional e que reverteu para nós municípios, bastante, que foi a PPI que deu muita tranquilidade para os municípios. Aliás, três grandes coisas, a outra foi a central de regulação de urgência e emergência que também deu uma tranquilidade para os municípios distantes e pequenos do grande centro, assim muito grande. Porque eu sei, porque eu fui médica pediatra em Pompéia, há muito tempo, eu sei o que eu sofria para mandar uma criança para uma UTI. Eu tinha que mandar pôr na estrada e depois ligar que estava indo, que se eu ligasse antes, só ia se eu confirmasse depósito. “Avisou o paciente que tem depósito?” Olha, eu falei, o paciente já está na estrada, não foi avisado porque ele não tem como pagar. Porque senão não ia ter vaga e eu ia ter que ficar com a criança aí. Hoje, liga-se na central, pode até não ter leito e você vai correr para procurar, mas geralmente tem, e aí tendo, leito tal, número tal, você pode vir, então assim é uma tranquilidade. Dificilmente você não acha onde estar encaixando rapidamente o seu paciente. E outra coisa que a gente desenvolveu bastante, eu vou falar assim eu acho que ao nível de todos os municípios, foi o atendimento ao hipertenso e diabético que nós tivemos. Desenvolvemos nos nossos municípios um programa, com o auxílio e orientação da DIR, numa equipe muito capacitada, e em que infelizmente nós até perdemos um elemento da equipe, agora há cerca de 15 a 20 dias, e assim, foi feito um protocolo que foi dado opção aos municípios pra implantar. Implantava quem queria, quem não queria não implantava, e vários municípios implantaram, e os que implantaram se deram bem. Diminuí mesmo internação de pacientes, diminuí AVC, diminuí infarto, houve um controle, hoje nós temos na mão o nosso paciente hipertenso. Tínhamos na mão, antes desse processo que o Ministério fez agora, onde nós temos que cadastrar os hipertensos, nós já tínhamos isso cadastrado quando o Ministério mandou cadastrar. A doutora que atende aqui do lado pegou a pastinha dela, que é onde ela faz a reunião de grupo e tem uma folha de cada paciente dessa reunião de grupo: “está aqui”, então ela já

tinha, você vai na sala dela, você abre o armarinho, os hipertensos e diabéticos estão aqui, o que eles tomam, como eles estão, então está tudo aqui na mão, tudo separadinho. Então nós já tínhamos isso e foi fácil para nós entrarmos aí no processo do Ministério. Então o que o Ministério fez era uma coisa que agente já fazia há algum tempo.

TEREZA - E por falar em Ministério, vocês tem algum conflito em relação ao Ministério, já que com o Estado, com o nível estadual parece que não?

M – É, assim é mais próximo, com o Ministério, o que nós às vezes reclamamos é que chegam coisas, às vezes do Ministério que nós já estamos fazendo e parece que assim, que eles não sabem. Então, assim, se eles tratam todos iguais e nós não somos todos iguais. O Estado de São Paulo não é igual ao Estado do Mato Grosso, o Estado de São Paulo não é igual a um Estado do Nordeste, e o nosso PSF não é igual ao do Nordeste e o nosso PSF não dá o resultado do Nordeste, porque quando eu comecei o PSF, eu já tinha saneamento, eu não tinha mais internação de diarreia. Eu já trabalhava soro oral fazia tempo, mesmo sem ter PSF. O Nordeste, ele melhorou a saúde com o PSF em cima disso, então é diferente lá, hoje eu também não sei, mas era o trabalho... era bem em cima da questão principalmente da desnutrição, da diarreia e da mortalidade infantil. Nós temos todo esse trabalho, mas também hoje nós temos um trabalho grande de PSF em cima de doenças crônicas, que é bastante grande e dá bastante trabalho para os meus agentes. Então, são diferentes as regiões. Aí de repente eu recebo do Ministério que eu vou estar recebendo alguns remédios para pressão, mas eu já recebo todos do Dose Certa, então como é que fica? Então o que está vindo do Ministério é isso. Às vezes eu recebo informação do Ministério que nós já estamos fazendo, ou que talvez quisesse fazer diferente. Então é mais distante, então são programas bons...

TEREZA - Então não existe conflito na verdade, eu diria que vocês sempre estão meio que a um passo a diante e que o Ministério esta atrasado em ...

M – Em relação às coisas que chegam e às vezes impõem algum programa que de repente, você tem outros que estão resolvendo bem a questão também né. A questão da Dengue por exemplo, de repente vem algum programa assim que você está fazendo o seu trabalho, está desenvolvendo corretamente, está dando resultado. Mas conflito, conflito propriamente não, é uma das coisas é a questão de campanha, eu acho até que algumas campanhas aí foram muito válidas, a gente resolveu um monte de problemas com as campanhas do Serra né, vamos dizer, é do Serra, do Ministério, mas assim, também muitas vezes elas vêm, assim, atropeladas, uma em cima da outra e você não tem como estar trabalhando aqui. Às vezes vem uma campanha de hipertensão, mas eu estou fazendo campanha de hipertensão o ano inteiro, a hipertensão eu estou fazendo mesmo o ano inteiro, eu não estou fazendo por exemplo uma campanha de varizes. Põe uma campanha de varizes, ótimo, eu vou resolver todos aqueles casos que estão aí aguardando uma cirurgia, mas a hipertensão eu estou fazendo o ano inteiro, eu estou com agente nas ruas o ano inteiro, então são essas coisas que às vezes dá um pouquinho de confronto, mas de uma forma geral ...

TEREZA - Não há confronto.

M – Não.

TEREZA - É, algum aspecto que você consideraria da saúde, da área da saúde como sendo um exemplo de integração vertical? Por exemplo a CIB, a CIR no Estado de São Paulo.

M – Eu acho que sim porque você vai , como é que se fala, é integrando mesmo em vários níveis, nós começamos aqui no nosso conselho municipal, Conselho Municipal em cidade pequena é um conselho difícil...

TEREZA - Eu quero que você me fale um pouco...

M – Você vai fazer reunião com... Você vai estar falando com um conselheiro meu, ele está até aguardando, e assim, eu até chamei um dos conselheiros que eu chamei pra falar ele é , ele é até funcionário também. Ele é conselheiro, representa os funcionários e é nosso motorista, e ele fala bastante, e eu falei: “deixa eu chamar um que fala bastante, porque os outros são quietos” Então é um Conselho, o conselho de cidade pequena é um conselho quieto, eles tem assim bastante medo de ir... Embora, nem sempre necessário, mas medo de prefeito, medo de falar, são também menos participativos, deixam mais para o secretário, eles tem receio, por exemplo, de chegar e pedir: “olha eu quero ver o extrato de fundo, e eu quero ver como é que funciona esse fundo”, por mais que a gente estimule. Eu mesmo já puxei muito, olha, eu jogo para eles, “o Conselho tem que ver, o Conselho tem que discutir onde é que vai poder”. Essa questão da Santa Casa, principalmente foi difícil de estar discutindo porque embora eles vejam que ela não está servindo, eles também não querem se comprometer com uma fechada... E também vai ter funcionário que, talvez, vai ter que ser dispensado e como é que fica? Então, assim eles são mais quietos, mas tudo é passado para o Conselho. Então, nós tivemos um plano municipal de saúde, uma agenda municipal de saúde, ela foi discutida item por item, nem sempre teve a participação que se esperava, mas ela foi discutida item por item, a cada coisa nova que chega é passado para o conselho, o programa de saúde da família passou pelo conselho, então eles tem informação, informação, eles tem assim, bastante porque nós passamos tudo mesmo, agora...

TEREZA - Falta em termos de definição de política, eles não teve uma atuação em termos de política...

M – Agora vamos ter um curso de conselheiro e vamos ver como é que vai, e aí, aqui então é passado pelo conselho e depois a gente tem a CIR. A CIR tira condutas, lá é votado, é discutido, nós temos uma CIR mensal, todo mês tem, é, segunda quarta-feira tem , é o dia da CIR. Da CIR vai para BIPA, a BIPARTITE por sua vez não vai, as coisas da CIR nem sempre vão direto, tem uma câmara técnica, que é discutida e lá a briga é pesada. Estado e COSEMS, tem a reunião do COSEMS que é separada da câmara técnica. Tem a reunião de representantes de COSEMS que é do Estado inteiro e dessa reunião são levados os problemas dos municípios. O que foi

resolvido na câmara técnica em relação a tudo, aí tem a aprovação dos representantes das coisas que já foram discutidas também na diretoria para depois ir pra BIPA. E assim eu já participei algumas vezes da BIPA e eu acho que na maioria das vezes, com raras exceções, ela foi democrática, eu acho assim que para o nosso, nosso Estado assim atual de país, dos tempos de que a gente saiu aí de ditadura e passamos por uma democracia eu acho que nos avançamos bastante...

Fita 2

M – Então assim, nós às vezes vemos assim, colegas comentando da dificuldade de descentralização que o Estado centraliza, às vezes nós levantamos discussões nesse sentido no próprio conselho de secretários. Agora, pela vivência que a gente tem aí de sessenta e quatro e de outros governos que vieram com exceção do governo Montoro, que nós tivemos aí, eu sinto que a gente partiu para um processo democrático, que eu acho, assim, bastante avançado. Há muito pouco tempo nós tivemos governos aí, que eu posso citar a minha região aqui, que só cedia ajuda seja lá tecnológica ou financeira para quem fosse município do partido. Hoje as coisas são de igual para igual e dentro da BIPARTITE se discute democraticamente e, é na maioria das vezes... eu vi o Dr. Guedes segurar um pouco mais, uma ou outra vez, mas na maioria das vezes é assim de comum acordo, tem um consenso, eu acho que nós partimos sim para uma coisa mais democrática, até as próprias liberações, às vezes, de material tecnológico, a gente vê que tem uma avaliação técnica para isso, onde está precisando, para atender o que está precisando, isso são discussões ao nível de CIR. Então tal lugar está precisando, a DIR está solicitando que dê apoio para aquele lugar que vai estar pendendo mais coisas, atendendo mais municípios, uma região que está deficitária. Por exemplo, em uma UTI, nós vamos ter que montar naquela região. Então eu vejo como um processo, eu acho que a gente avançou, pode ter coisas que ainda estão mais centralizadas? Podem sim. Mas eu acho que nós tivemos um avanço democrático aí viu?

TEREZA - Você estava falando de recursos do Ministério atual, vocês recebem repasses do nível estadual como incentivo implementação de diretrizes da secretaria especificamente estadual?

M – Olha, repasse fundo a fundo do Estado nós não temos, no fundo a fundo não. Existe uma, existe ainda, foi feito uma proposta de ter um repasse fundo a fundo per capita, tipo PAB que nem no Ministério do Estado. Isso foi uma proposta que partiu inclusive da DIR daqui e aí foi governo Covas. O Covas achou que naquela época no orçamento não dava ainda, mas alguém em São Paulo abraçou isso, porque isso foi feito uma proposta da própria DIR e aí não sei quem abraçou a causa em São Paulo e acabou indo parar na Assembléia e me parece até que foi aprovada. Só que ela foi aprovada em um percentual muito abaixo daquilo que foi a proposta inicial daqui. Eu acho que era um real per capita e ela foi aprovada em centavos, mas ela ainda não está sendo efetuada. Foi aprovada ao nível de Assembléia, não sei como fica aí ao nível de governo de Estado. Então assim per capita, em dinheiro, fundo a fundo nós não recebemos, nós

temos, nós recebemos do Estado um dinheiro que nós temos direito aí de medicamento, mas nós recebemos em medicamento não em dinheiro que é o Dose Certa que aí nós fazemos as nossas necessidades. Nós vemos quais os medicamentos que nós teremos dentro daqueles itens, o que a gente quer mais o que a gente quer menos dentro daquilo que é pactuado. Então o dinheiro que tem vindo para nós é em forma de medicamento. Em parte, isso é bom, porque eles mandam medicamentos a preço da FURP e se eu recebesse aquilo em dinheiro e fosse comprar em um laboratório aqui fora, eu não sei como é que eu faria. Então, em parte, ele é bom. Agora nós recebemos assim, às vezes convênio, dependendo de como o município está, as necessidades, tipo, por exemplo, condução, uma compra de ambulância ou a própria ou um outro veículo, então nós temos recebido apoio desse tipo assim do Estado. Ao nível, vamos dizer, de prefeito, o estadual não ganha uma ambulância, agora eu já discuti isso, também já foi feita proposta também pelo Estado, o governo Covas e o governo depois o doutor Geraldo Alckmim também supriu muito bem os municípios de veículos. Estava tudo muito sucateado... Não tinha, então aqui no interior ficou muito bem suprido e a nossa, agora a nossa proposta é que ambulância nós realmente não estamos assim, encerramos, temos as nossas necessidades, pelo menos a maioria dos municípios com quem eu conversei, tinha alguns que ainda queriam ambulâncias esse ano, que até já também já suprimos nossas necessidades, agora é que a gente possa a ter aí de alguma forma ou vem um dinheiro fundo a fundo ou o governo nos ajude a ter veículos utilitários, porque a necessidade de ambulância está diminuindo. Nós estamos fazendo melhor o nosso atendimento básico. Então você vai ter menos problemas de urgência, nós estamos com as nossas referências organizadas, então o que nós vamos estar precisando aí, seria veículos utilitários para estar fazendo a referência não do paciente de urgência que isso vai ser pouco, diminuiu bastante mesmo, mas o paciente que vai para as consultas especializadas. Então o nosso atendimento de neurologia, de gastro, de pneumo, exames assim tipo endoscopia, mas assim, endoscopia ainda não faz em Pompéia, eles são todos para Marília e aí os municípios usam ambulância para fazer esse tipo de transporte porque os municípios também não tem muita condição de ter vários veículos, aqui, por exemplo, o prefeito não tem carro, não tem um carro o prefeito, às vezes ele precisa viajar ele usa um carro da saúde, por que ele não tem, então os recursos dos municípios também é pequeno para esse tipo de, na maioria deles e aí hoje se o Estado trocasse a ambulância pelo veículo utilitário para estar cooperando com a saúde da família seria o ideal, nós ficaríamos mais alegres.

TEREZA - E você acha que tem algum mecanismo para amenizar ou corrigir desigualdades entre os municípios, mecanismo específico da secretaria estadual?

M – Que desigualdade?

TEREZA - Qualquer, qualquer que você aponte.

M – Quando você falou em desigualdade o que é que você pensou?

TEREZA - Olha, a gente pensou em cidade pequena com menor recurso, com menor possibilidades, por exemplo, essa questão da distribuição de ambulância, eu acho que é também uma forma de diminuir as desigualdades entre municípios.

M – Bom, do lado que você está falando, uma coisa que foi pensada para diminuir a desigualdade do município, foi esse fundo a fundo o tal do “PABINHO” estadual. Um dinheiro do Estado fundo a fundo, esse dinheiro assim para município grande eu não sei te falar, mas para um município pequeno ele ajudaria bastante, porque Quintana tem um PAB de cinco mil e trezentos reais se eu tiver mais mil é muito dinheiro, eu com mais mil reais pensa, eu faço muita coisa. É um profissional a mais, ou dois profissionais dependendo do quê., Eu, por exemplo, preciso melhorar o meu saúde bucal, eu precisaria que a minha dentista que aceita, tivesse um trabalho noturno, ela aceitaria ser contratada por mais duas horas no período noturno, eu precisaria disso. Mas o município não está podendo arcar com isso nesse momento, eu não sei se a economia que ele vai fazer na Santa Casa que é grande, ele tem um repasse de quase dez mil reais para a Santa Casa mês que agora não vai ter, vai diminuir bastante, vai ter alguma coisa para o terceiro turno que vai ficar. Mas eu não sei se daria para estar revertendo isso, mas se por acaso eu tivesse mais mil reais eu estaria fazendo uma melhor saúde bucal com certeza. Ou estaria atendendo melhor o paciente com relação à assistência farmacêutica, embora a nossa assistência farmacêutica aqui eu não vou dizer para você que é 100%, mas é 99%, porque o que não vem do Dose Certa, complementa com saúde da família que vem do Ministério também kit medicamentoso, e os demais o município compra. Nós compramos algumas receitas dessas que assim você não vai estocar, que elas são assim, bem raras, extraordinárias, as vezes a gente compra aqui no próprio município na farmácia, mas nós compramos nas distribuidoras e laboratórios, outros medicamentos que se usa rotineiramente que não vem no Dose Certa, que não vem no saúde da família, então eu posso dizer para você que hora, acho que a nossa assistência farmacêutica está bem perto de 99%. Mas nós poderíamos melhorar uma série de outras coisas, nós temos muitas doações, nós recebemos muitas doações, nós poderíamos talvez pedir menos, então assim, você está numa unidade nova do PSF, a sala onde você está aqui, tirando a maca que foi comprada, isso aqui tudo nós, é doação de móveis usados que sobraram por aí de outras secretarias de saúde que a gente, trocaram então. Aí, nós temos a nossa geladerinha de água pro público e aí nós ganhamos de uma distribuidora, a geladeira de vacina nós ganhamos do laboratório Novarcs, as cadeiras lá de fora são do laboratório Novarcs. Então nós trabalhamos também nesse sentido, nós temos uma indústria em Pompéia que tem uma extensão aqui, tem oitenta funcionários que também nos ajuda. Às vezes nós fazemos promoções, a semana passada as agentes comunitárias fizeram uma promoção aí que é a festa da pizza que elas fazem uma vez por ano. Aí, elas compram alguma coisa para a unidade e fazem o programa da gestante. Então nós temos aqui um processo para fazer vínculo da gestante com o serviço de saúde onde, além das visitas e pré-natal e tudo mais, quando o bebê nasce, as mães são visitadas no hospital. As agentes vão à Santa Casa de Pompéia até Marília quando é alto risco e lá já marcam o retorno, a vacina, a visita da médica em casa, a primeira visita é feita em casa e levam um brinde para a mãe e material para o curativo do cordão umbilical que nós tivemos um caso aqui há alguns anos de uma septicemia, que a porta de entrada foi o coto umbilical. A partir daí nós montamos um programa onde nós fornecemos já para a mãe o

material de curativo e a orientação é feita dentro do hospital que ela chega em casa já orientada para não ter problema e no início a secretaria fornecia o álcool iodado ou álcool 70%, cotonete. Aí, as agentes ampliaram, elas fazem uma promoção anual que elas compram material para o ano inteiro, aí elas compram enxoval para o bebê, uma cesta bonita para a mãe, a embalagem, sabonete, material de higiene. Então nós vivemos de promoções e doações e se tivesse um PABINHO ajudaria nessas coisas. Campanha de vacina nossa também é bastante baseada, a comunidade participa inteirinha, todos os estabelecimentos, nem que seja um pacotinho de bala para fazer a festa da molecada e aí a gente ficaria assim se tivesse ummais tranquilo para algumas coisas que nós poderíamos estar adquirindo e a comunidade participaria mais das festas, das campanhas, das festas com gestantes e tudo mais.

TEREZA - Bom estava entrando ali e vi logo um primeiro cartaz enorme que tem assim, para construir uma casa você precisa de vários materiais a saúde também é assim, então assim, eu vejo que a perspectiva aqui é intersetorial, existe todo um...

M – Nós tentamos fazer. Nós temos um intercâmbio razoável com a promoção social e que agora está se firmando mais. Não foi até muito através de nós, foi mais através até do fórum e é um trabalho conjunto com a promoção com os conselhos crianças e adolescente e com o fórum de Pompéia que da assessoria aqui e nós temos tido reuniões semanais ou até quinzenais onde participa a assistente social da promoção social, representantes do conselho da criança e do adolescente, o nosso médico de família dentro do caso que é discutido, nessa reunião o médico de família daquela área de abrangência conjuntamente com a sua enfermeira, com sua agente comunitária, comigo e diretores de escola também e algumas reuniões, a presença da assistente social do fórum, então esse é um grupo que está se formando, a gente chamou de uma comissão multidisciplinar em prol de resolver alguns problemas pontuais, de alguns casos pontuais. Por exemplo, uma criança que tem pais alcoólatras ambos e a criança fica na rua de dia e de noite, o que nós vamos estar fazendo com esse caso. Aí já entra a questão da saúde, a questão do fórum, a questão da escola, então teve até, tem um caso que eu não sei se os pais são alcoólatras ou não, mas que nós tivemos que desenvolver um trabalho na escola com a criança fora do período dela escolar. Então ela estuda a tarde, nós vamos montar um serviço de computação para ela dentro da escola na biblioteca de manhã para não ficar na rua, estava tendo alguns problemas. Assim, então assim, com a promoção, com o conselho da criança nós estamos tentando desenvolver mais. Aí nós temos um intercâmbio assim, bastante grande com o setor de obras, é um intercâmbio mais de cobrança, não é uma coisa assim de você trabalhar com um trabalho muito integrado, deles estarem discutindo muito conosco os problemas, mas é mais de cobrança assim, tipo olha lá tem aquele esgoto que precisa corrigir, aí você não corrigi você vai trinta vezes e volta, aí nós temos, naquela rua tem um buraco que está perigoso que precisa tampar, aí nós temos não sei aonde precisa cortar aquela árvore e ...

TEREZA - E isso é detectado pela agente comunitária?

M – Pela agente comunitária, às vezes a própria população também vem e trás, mas na maioria é detectada pela agente comunitária e nós vamos e cobramos do setor de obras, trabalhamos

também em conjunto com eles quando nós fazemos assim algum promoção de rua, quando nós fazemos os mutirões aí que nós fazemos para a dengue. Aí o pessoal do setor de obras é que contrata o pessoal para trabalhar, que nos fornece os caminhões. Então nós fazemos esse contato. Temos um contato grande também com a prefeitura a nível de estar resolvendo vários problemas principalmente financeiros, por exemplo, exames que não fazem pelo SUS, tem alguns procedimentos que não fazem. Nós sentamos e conversamos e a maioria deles nós, o município, a secretaria assume. Temos contato com as escolas bastante, nós sempre tivemos, as diretoras nos procuram e nós fazemos trabalho dentro das escolas principalmente com relação à coisa preventiva. Nós temos agora já marcado para estar trabalhando a questão da hepatite com alunos e professores, questões de higiene. Todo ano nós temos duas ou três vezes trabalho a respeito da dengue, um trabalho grande de saúde bucal, fora os procedimentos coletivos que são dentro da escola, mas assim de orientação e de participação dos alunos nós tivemos assim inclusive teatro. Os alunos fazerem teatros ajudados pela nossa dentista para estar trabalhando a questão da prevenção da saúde bucal. Então assim, como escola nós temos, eles participam muito das nossas campanhas, campanha de hipertensão quando tem o agita, as escolas saem nas ruas conosco. Temos um intercâmbio também com o CCI que é o Centro de Convivência dos Idosos, tanto assim, de estar atendendo, de estar fazendo orientação, de eles estarem participando de trabalhos da saúde principalmente relacionado com hipertensão e com a questão do “Agita” trabalhando junto e também usamos por muito tempo o prédio deles. Então tem esse intercâmbio também deles estarem nos emprestando, como nós não tínhamos aqui para nós e agora nós temos um espaço para reunião e não temos muitas outras instituições aqui, aqui seria mais a questão, o que nós temos aqui é, clube de serviço nós não temos, então é promoção social é o CCI, temos a casa da agricultura que nós fazemos algum intercâmbio, mas ainda esta bem incipiente, eu acho que era uma coisa que precisava desenvolver mais, estamos pensando de talvez iniciar um processo com eles um pouco maior fazendo um trabalho aqui atrás. Uma horta com adolescente, não sei se uma horta. Estão pensando talvez em um plantio medicinal aí com adolescentes, mas ainda tem que crescer, o multisetorial ainda tem que crescer. Esse grupo que nós estamos tendo aqui, a tal da comissão multidisciplinar junto com o fórum, eu acho que ela vai estar estimulando esse trabalho multisetorial que são vários níveis aí da cidade, vários segmentos que estão participando, eu acho que isso aí vai reforçar bastante, porque tem a escola, tem a promoção, tem o conselho, então vai estar reforçando, agora, mesmo não estando assim trabalho muito integrado, de eles não estarem muito conosco, quando nós precisamos nós vamos, nós puxamos e aí a gente vai mesmo. E aquele banner que você viu aí, ele não foi colocado aí porque nós ganhamos, nem aleatoriamente, ele foi colocado assim muito de propósito. Aliás, eu mandei fazer esse banner e paguei caro por ele, muito, muito de propósito. Essa fala é de um início de apostila do Ministério para agente comunitário e é uma coisa que nós sempre discutimos entre nós pelo menos da saúde e principalmente quando a gente tem algum conflito ou algum embate com vereador, porque existe uma cobrança muito grande da saúde. Olha o paciente foi aí e aconteceu isso, o paciente foi aí e não sei o quê, o paciente foi aí e demorou em ser atendido. Queixas assim. Só que não estão vendo que esse paciente está ficando doente todo o dia, porque na casa dele não tem uma privada, ele ta pegando verminose, porque ta pegando e ele ta ficando doente todo o dia, o outro que está com bronquite, também, ele não mora em um lugar adequado. Será que eles estão vendo isso, bom, não tem alimentação, o que

está fazendo que ele não tem alimentação, nós estamos falando que não tem. Então é uma cobrança muito grande em cima da saúde e cadê aquilo que os outros deveriam estar fazendo também, porque a habitação nós podemos falar que ela está ruim, mas nós não vamos estar fazendo e cadê o papel deles. Então eu falei que a primeira coisa que a comunidade e as forças vivas da cidade vão estar vendo quando entrar nessa nova unidade na inauguração é esse banner, eu não ia inaugurar sem ele, enquanto ele não ficasse pronto a unidade não seria inaugurada. Eu acho que ele é muito importante e a questão do lazer, por exemplo, eu tenho que desenvolver algumas coisas voltadas para o lazer nesse pequeno edifício, não tenho opção para os adolescentes. Eles não tem opção de lazer, a opção é bar, é sentar no bar e beber onde vai ter os alcoólatras do futuro. Então aquele banner ele é o ponto chave da nossa unidade e assim, eu acho que as cobranças diminuam e nós podemos trabalhar com mais tranquilidade, a cobrança agora não é só para nós, eu acho que ela tem que existir aqui também, tanto pelas autoridades, pelas forças vivas da cidade, muito mais pela população ainda. Aliás a população, nós sempre colocamos em qualquer reunião: “o serviço de saúde é de vocês, o centro de saúde é de vocês, tudo que tem aqui é de vocês e nós ganhamos por causa de vocês senão nós não ganharíamos, nós somos funcionários do povo, só ganhamos porque tem o povo para cuidar e a gente quer que faça críticas e quer que cobre e nós só vamos melhorar com críticas, porque se ninguém falar nada e não reclamar vai parecer que está tudo muito bom, então a reclamação é muito bem aceita por essa secretaria, mas muito bem aceita mesmo, a porta é aberta para reclamação”. Agora eu não acho que deve vir só aqui e não deve vir por quem também tem que fazer alguma coisa, então eu espero que hoje a cobrança ela esteja aqui e mais em algum setor, que ele esteja naqueles outros setores que estão marcados lá, é um banner do coração aquele.

TEREZA - Ok, essa parte da pesquisa da minha parte tudo bem, se você quiser acrescentar mais alguma coisa, se você queira falar mais alguma coisa, algum ponto você fique a vontade.

M – Eu queria dizer para você que não é fácil, é muito, muito difícil, agora é preciso ter duas coisas, eu acho assim a gente conseguiu algumas coisas aqui sim, pelo menos eu consegui assim que você entrasse e falasse que unidade bonitinha, que esta adequada, eu fiquei muito feliz de você ter percebido que houve assim um certo esmero da gente, então precisa para trabalhar na saúde amor e garra, se você não gostar pode desistir, a coisa não anda e precisa de garra, porque com amor e garra é difícil muitas vezes de andar e de você fazer mudanças, então você não me fez uma pergunta, você falou dos conflitos da PPI, mas você não me perguntou dos conflitos da mudança do modelo e eu quase que fui linchada. Para mudar o modelo de atendimento, esse foi difícil, olha, eu não sei até se tentaram iniciar um abaixo assinado para eu sair da secretaria.

TEREZA - Me fala um pouco...

M – Nós tínhamos um modelo de atendimento onde ele era centrado no médico e era assim, consulta, remédio e exame, consulta, remédio e exame e aquilo roda, é um círculo vicioso e trocas de médico. Então assim, nós tínhamos muito mais médicos do que nós tínhamos hoje, nós chegamos a ter eu acho que cinco a seis médicos aqui, hoje nós temos dois. Nós vamos para três com o terceiro turno, mas nós temos dois realmente efetivos, antes nós tínhamos um médico de

manhã, um médico à tarde, um médico à noite ou dois médicos de manhã, um à tarde outro à noite. E assim, o médico que ganhava dentro do salário que era normal para um médico de quatro horas, mas não é um salário igual ao médico do PSF, que apesar que é oito horas e ele vinha, a maioria deles, na maioria dos locais, o médico vem, chega, tem trinta consultas, atende meia hora, quarenta minutos, pede um monte de exames, da um monte de remédios e vai embora, o paciente não melhora a tarde ele vai para outro médico ou começa tudo de novo um gasto imenso de exame, um gasto desequilibrado, absurdo de medicamentos, muitas vezes desnecessário, até porque se o médico não vai estar próximo do paciente, o paciente mora no sitio e está com febre, porque aqui nós atendemos o rural também pelo plano de saúde da família, “está com febre, bom, então eu vou dar um antibiótico, é sexta feira? Eu já vou dar um antibiótico para ele, porque pode aparecer uma amigdalite”. Então assim, não tem aquela proximidade com o paciente, não tem aquele vínculo com o paciente, não abraça o paciente como abraça o médico do PSF, até porque ele tem que dar conta mesmo ou ele resolve ou ele resolve, porque se não vier com ele, vai vir com ele, não tem jeito é com ele mesmo. E assim, então, você tinha esse modelo só que era um modelo extremamente desorganizado, o paciente vinha, se demorava para atender ele brigava, derrubava a unidade, todo mundo brigava, aí atendia, bom, aí ele achava que estava ótimo, ele foi atendido, ele brigou para ser atendido. Só que não tinha resolutividade depois e a gente passou por uma mudança onde o paciente ia ser atendido só por aquele médico, foi a primeira dificuldade: “mas eu não quero ser atendido por aquele cara, eu quero ser atendido com aquele outro”. Embora você tivesse conversado, falado do programa, “não, mas eu quero com aquele outro, ah...mas o médico não dá remédio, eu quero ir com aquele que dá remédio”, “mas o médico não pediu exame, eu quero ir com aquele que pede dez exames”. Aí vem as pessoas que querem agradar o paciente de uma forma que não vai levar a resultado bom para o paciente, mas quer, bom, “mas eu quero o secretário de saúde que a senhora peça para aquele médico atender esse doente, porque ele não pode ser atendido por aquele médico?” “Porque não foi pedido exame para ele?” E isso foi por um tempo bom e para completar, eu coloquei um PSF no município e com o tempo dentro de uma unidade que não era de PSF, era uma unidade no modelo antigo, então ficou meia cidade atendido pelo PSF e dentro da unidade que atendia meia cidade que não era do PSF. Aí o pessoal do PSF começou a elogiar o programa, porque tinha atendimento domiciliar, principalmente quem tem idoso acamado. Bom, aí os outros queriam agora passar para o PSF, tá bom. Bom, avançamos, aí passamos duas equipes do PSF na mesma unidade, aí o problema também continuava, porque? Se acontecesse de um médico sair para fazer uma visita e chegou um paciente, mas o médico da outra equipe esta lá, ué? Porque o outro não pode me atender? Gente...que complicação! Então a mudança de modelo foi muito conflitante, foi bastante desgastante. Valeu a pena, hoje você está, olha que paz. Atende 50% do município, você não vê acúmulo, você não vê gente brigando, você não vê gente alterada, pessoas nervosas, esta tudo assim mais ou menos encaminhado, estruturado, você vê, a enfermeira não ta aqui ela ta no sitio fazendo visitas, atendimentos, aquele paciente que esta lá amanhã já não vai precisar vir aqui porque já foi orientado, valeu, mas foi difícil e mais difícil quando você tem uma Santa Casa com a porta aberta competindo. Então eles competiam conosco e aí o meu paciente hipertenso de repente queria conferir a PA lá porque mora lá do lado, aí chagava na porta: “olha a sua pressão está muito alta, toma o dobro do remédio” ou “a sua pressão ta muito baixa para o remédio” E aí como é que fica? Então a mudança do modelo

foi bastante complicada, foi bastante conflitante, nós começamos mudar já faz acho que quatro anos que tem a nossa primeira equipe do PACs, a gente começou só com agente para depois os médicos e eu vou dizer que nós vamos estar reforçando, agora que a gente vai estar realmente estar enraizando com a fechada da porta da Santa Casa para esse tipo de atendimento.

TEREZA - Muito bom, parabéns pelo trabalho!

22 - Maria Magnólia – Coordenadora da Macro da Grande São Paulo

RODRIGO - Assim, pra começar eu queria saber qual que é o papel aqui dessa Coordenadoria, o que ela realmente, o que ela faz?

R - Então, você conhece a estrutura do Estado?

RODRIGO - Conheço.

R – Então, o processo de Regionalização que já no Estado, ele tem vários anos, você vê quando começou, que foi quando, foi com as Instituições dos ERSAS que é o Escritório Regional de saúde que eu não lembro, eu não estava, porque eu sou do Estado há um ano, assim, então, eu não sei dizer, mas tem documentos que desde a gestão que eu acuo que foi da época dos ERSAS que foi da Secretaria depois com o Franco Montoro, que foi.. que eu acho que ficou mais consolidado e eles tinham Coordenadorias de Saúde, que se eu não me engano eram 5 Coordenadorias de Saúde, que dividiam o Estado em, agrupava vários ERSAS ta, e formavam as Coordenadorias pra gerenciar, essas, esses ERSAS. Acontece que, com, começou o processo de municipalização no interior, quando entrou essa gestão agora do Mario Covas, há 8 anos, praticamente todos, a grande parte dos municípios do interior, eles estavam já no processo de municipalização bem avançado , e aí se decidiu nessa, aqui na Secretaria, esses gestores e atual Secretário, fez todo uma (tentativa) política no sentido de enxugar um pouco essa estrutura, então, ele, de 5 Coordenadorias , ficaram só duas, uma Coordenadoria que cuida da área Metropolitana e outra Coordenadoria que cuida do interior, da região de, o resto do Estado, de São Paulo e os Escritórios Regionais também, eles foram agrupados, de tal forma que eu não sei quantos eram acho que eram 60 eu não sei quantos eram...

RODRIGO - Acho que eram 63...

R – É, e eles ficaram somente 24, ta, e alguns agruparam, a maioria juntou e aí..... o critério pra juntar foi desde o acesso da população, de como é que já os serviços estavam estruturados, já tinha Consórcios Municipais, já eram, obedeciam um pouco essa coisa de ERSAS, então isso tudo foi negociado, eu não estava, quer dizer, não acompanhei esse processo, eu não estava na Secretaria, nesse momento. E aí, a Coordenação da, essa Coordenadoria assim como a do interior, ela é uma Coordenadoria da Secretaria do Estado, que ela tem como, vamos dizer assim, atribuição principal, ela está podendo coordenar a prestação de serviço mesmo da

saúde, que é, dentro dela é que estão as DIRS, que são as Direções Regionais, os antigos ERSAS e dentro dela é que ficam e é nas DIRS que estão sendo gerenciadas as, os serviços estaduais, que a inda pertencem ao Estado, ainda existem, e é a DIR que tem por função de estar administrando a prestação de serviços de saúde na região dela e a Coordenação por conseguinte administrar e poder ser gestora dessa prestação de serviço de saúde sul, na área, ou metropolitana ou do interior, essa Coordenadoria hoje, ela congrega 5 DIRS, e dentro dessas 5 DIRS estão 39 municípios. Na outra Coordenadoria do interior, você já vai ter invés de 5 DIRS, é o restante, são 24, 19 DIRS...

RODRIGO - 19 DIRS.

R – E o total do Estado, hoje são 645 municípios, então se você tirar 645 de 39, você vai..... ver quanto dá. Agora, em termos de população, embora tenha lá 600 e, mais de 610 municípios na Coordenadoria do interior e aqui só tenha 39, o que acontece é que em termos de população é (passo a passo) porque? Porque a área metropolitana, ela é muito, ela é intensamente povoada, ela é grande, você tem mapa, dá pra ver, eu tenho um mapa do Estado aqui, mas de qualquer forma é uma área que pega aí, não sei, pega $\frac{1}{4}$ do Estado, talvez, eu não tenho em área se é tudo isso, mas é uma área razoávelzinha, mas ela tem muita população, então metade da população do Estado que hoje ela está em torno de 33 milhões, sei lá, ela está aqui na região metropolitana, 17 milhões estão na região metropolitana, então em termos populacionais, as duas Coordenadorias que pegam, vamos dizer assim, cobrem uma (cobertura) populacional muito semelhante. No interior, no Estado todo, é 645 municípios, você tem, todos hoje, com exceção de dois municípios, ele já tem um serviço, todos municipalizados, então se deu a municipalização...

RODRIGO - Esses dois municípios seriam quais?

R – Um município daqui, Guararema...

RODRIGO - Ah, Guararema.

R – Lá na região da DIR 3...

RODRIGO - Eu moro perto.

R – Região de Mogi das Cruzes.

RODRIGO - Mogi.

R – E outro município, como é que chama aquele município? É do interior, é Santa Cruz, a gente acha, ele é, lembra um que, ah, eu não lembro o nome..... é um município bem pequenininho no interior, aí a gente pode até localizar depois que você parar, mas eu não sei de cór os nomes todos.

RODRIGO - E no caso o papel do Estado, hoje está, hoje é o que?

R – Então, o papel do Estado, como é que fica? Na hora que, porque exemplo, dentro dos princípios do SUS, que é o que você está estudando aí, é, o comando dos serviços, a gerência mesmo do serviço, deveria ser do município, porque? Porque é o município, as três instâncias do governo que teoricamente pelo menos, está mais próxima do cidadão, então ele teria mais condições de, as mais, as necessidades da população, então eu acho que é um grande benefício essa descentralização, porque de um lado o município teria condições de conhecer melhor as necessidades do seu munícipe pra poder ver onde vai pôr serviço, onde não vai pôr, onde vai construir, onde vai mudar, certo? E do outro lado você teria maior facilidade do controle social, porque se você tivesse uma população organizada que tem, que participa aí dos fóruns públicos e as, você teria mais condições, o Prefeito é mais perto do munícipe do que o Governador ou o Presidente, ta certo? Ou o Vereador teoricamente também está mais perto do munícipe do que o Deputado Estadual ou Federal, justamente. É Santa Maria da Serra que está na DIR de Piracicaba.

R – É, mais então, são dois municípios hoje que não tem os serviços municipalizados, então como é que, o que, é então o que você tem? Então o município deveria ser o gerente desse serviço, porque ele deveria ser capaz de gerenciar isso, contratar, descontratar, negociar, pra isso você, ter normas operacionais, tem a NOB e agora a NOAS.

RODRIGO - A NOAS.

R – Que são na realidade, na técnica, que tentam operar , esses conceitos todos que o SUS determina, basicamente, quais são os conceitos que eu acho mais importantes na prestação? A questão da regionalização, da descentralização, então do comando municipal da descen... que é uma descentralização (juricial) não é? Outra coisa que é regionalizar, esses, fazer um sistema mesmo que tenha começo, meio e fim, quer dizer, que o individuo entra por uma porta de entrada e ele consegue, se ele precisar de uma coisa mais complexa, ele vai, ele tem condições de ir, sem ele ter que ele estar pedindo. Na realidade você montar um sistema que o SUS deveria ser isso, que é um sistema que o individuo entra por uma porta de entrada mais simples, então você entra por um posto de saúde ou por um pronto socorro, quando é emergência, e na medida que você precisa de um serviço mais complexo, no sentido de complexidade tecnológica, exame, uma coisa que a unidade não tem, automaticamente essa unidade tem como mandar, ela tem como internar, saber exatamente pra, ela tem a garantia da vaga no ambulatório lá de especialidade, ela tem a garantia da vaga no hospital se for preciso internar, ou do exame completo. E isso retorna pra unidade, quer dizer, quem deveria fazer esse controle do individuo é aquilo que a gente faz na nossa vida, nós que temos aí, médico particular, o que você faz? Você vai lá no seu pediatra..... seu clinico sei lá, e ele manda você pro otorrino, ele manda pro, mais você volta porque, pra continuar cuidando da sua saúde e hoje não é o que acontece, na pratica, você, o individuo quando consegue entrar no posto de saúde já é uma grande vitória,

mais aí, a hora que ele precisa de um parto, às vezes fica perambulando e às vezes é o indivíduo tem que ficar, ou é serviço que você tem que pedir pelo amor de Deus, ou é o próprio indivíduo que fica batendo nas portas do serviço pra conseguir. Então na realidade a idéia das normas é tentar formar um sistema, também, que dizer, a idéia do SUS é você ter um sistema e é aí que a gente entra nisso, hierarquizado, regionalizado, que por isso, você garante que o cidadão esteja, possa ser atendido mais próximo possível de sua casa, e aí é hierarquizado, quer dizer, ele entra por um sistema menos complexo e esse sistema mesmo resolve todos os graus das necessidades mais complexas que ele tem, de tal forma que com isso você consegue seguir, o indivíduo desde, da hora em que ele está gestando né, lá no, até a hora m que ele morre. Então é, a, e aí quando o, que é que o Estado faz nisso tudo, que foi o que você me perguntou, então o município ele é o gerente de tudo e o papel do Estado, porque veja, tem uma instância que é assim, uma grande maioria dos problemas coletivos, a população saudável, a gente vê por nós, que temos acesso e estamos bem, porque você ter saúde não é só uma questão de você não ter doença.

RODRIGO - Certo.

R – Né, você tem e então, a gente que consegue. Né, a gente que consegue ter acesso aos bens, a gente que consegue ser produtivo, a gente que tem salário, a gente que come, que faz, que cuida da saúde, você vê que a gente raramente, você precisa de uma coisa mais complexa, então se você for ver na tua família, aquele que usou uma UTI um dia, ou foi um acidente ou alguém que já nasceu com algum problema, que é raro, não é, ou um idoso da família da gente, os velhos, que aí não tem jeito, chega uma hora que o organismo tem que ter mais tem que ter máquinas pra ajudar. Então, na realidade, a idéia é que, e aí eu não preciso de um serviço especializado em cada esquina pra melhor servir você, quer dizer, eu posso ter um serviço com menos complexidade tecnológica que é a Unidade Básica de Saúde, que eu tenho o que? Eu tenho o generalista ou o, que eu tenha pessoas, equipes, é um serviço de ponto de vista tecnológico muito simples, vamos dizer assim, porque? Porque ele exige poucos aparelhos, tecnologia média, ele exige profissionais generalistas ou o clínico, agora tem até a... que é o geral, geral, é que nem as faculdades estão formando, agora estão especializando o generalista, então você tem que formar um curso pro cara voltar a ser generalista. Mas você teria um médico geral, que ele precisaria do que pra poder trabalhar bem? Ele precisa de estetoscópio, do aparelho de pressão, do, de sonar, de algumas coisas que são aparelhos, do eletrocardiograma, que são aparelhos, é baratos, vamos dizer assim e também não exige uma especialidade e formação pra poder manusear o aparelho, porque às vezes você tem, por exemplo, o ultra-som, se o cara, não adiante você ter só o ultra-som, ele não é só caro porque ele é um instrumento caro, você tem que formar um profissional que saiba...

RODRIGO - Especializado.

R – Que saiba ler aquilo lá, então, você poderia, ele do ponto de vista da tecnologia médica, ele é muito barato de forma, é enfermeiro, auxiliar de enfermagem que são pessoas que têm que manusear muito bem a aplicação de medicamento, de inalação, de vacina, que são coisas que são simples, vamos dizer assim, do ponto de vista de tecnologia, e pra não ficar uma coisa, que eu

acho que é simples, ele é altamente complexo na abordagem que ele tem que ter com o paciente, porque? Porque ele tem que pensar, trabalhar a questão da saúde, é nessa esfera do nível primário da atenção, que é o menos complexo do ponto de vista tecnológico, que ele tem que dar conta dos determinantes sociais, que estão influenciando na vida daquele indivíduo, tá certo? Aquele indivíduo que mora numa casa que não tem esgoto, que não tem insalubre, aquele indivíduo que perde o emprego de repente, aí a pressão dele sobe. Então é altamente complexo, então é nesse, é nessa esfera que uma unidade, no meu entender, que uma unidade bem, uma unidade pra ser resolutiva, vamos dizer assim, ela deveria dar conta, ter o generalista, ter a enfermeira, ter auxiliar, que você já encontra isso, mais ela deveria também ter alguns outros profissionais que dão conta de dos determinantes, que estão mais preparados pra dar conta dos determinantes sociais, que estão mais preparados pra ver como é que está, com é culturalmente essa, essa, essa comunidade se apropria da própria saúde, entende? Pra ela poder se, ela poder ir atrás e ir lá fazer o seu exame de rotina quando ela precisar e aí que tem que ter uma equipe mesmo, então é uma equipe multidisciplinar que não tenha só médico, enfermeiro e auxiliar, mas que também incorpore assistente social, se possível uma educadora que é uma pessoa, uma psicóloga, que possa estar, entende? Aí, você vai ter, pra ela também ser resolutiva, e aí eu preciso ter várias unidades, preconizadas, é uma pra 20 mil, 30 mil habitantes. Agora ela pra ser resolutiva, ela também tem que ter acesso à unidade, a um nível, pra coisas com tecnologia mais avançada, mais complexa, vamos dizer assim, que no caso é, logo de, imediatamente depois, um laboratório, tanto de análise clínicas como de imagem, os ambulatórios de especialidades que tenha os especialistas, ou então algum indivíduo que precisa ir pra um otorrino, um oftalmo, sei lá, endócrino e o hospital que no primeiro momento é um hospital gera, aí é necessário um parto normal, uma cesária, você atende a um, grande parte das doenças hipertensivas, cardiológicas, que mais? Na pediatria, na desidratação e depois o nível terciário de atenção, aí tem que ter acesso a um nível terciário se necessário que aí vem os grandes, as coisas mais complexas, aí o que eu quero dizer é o seguinte, eu não preciso, tem coisas que é o Estado é que tem que, provavelmente, vai sempre o Estado vai ter que, vai ser que ser o gestor desse sistema, porque? Porque eu não preciso ter o nível terciário em todos os municípios, eu não preciso talvez nem ter o nível secundário em todos os municípios, o município pequeno que tem, como nos temos um município que eu acho que é Borá que é o menor município do Estado, que não chega a mil habitantes, certo? Vai ver que mil habitantes, tem prédios de São Paulo que tem mais que isso. Então o que acontece, você precisa ter um hospital? Não precisa, é caro..... ele vai ficar ocioso, então você faz o que? Você regionaliza, então esse município ele vai, se ele precisar do hospital ele tem o compromisso de um município maior que perto do, de atender as internações pra ele e devolver pra ele, pro especialista daquele, entende? Então por isso, aí não tem jeito, aí você tem que, nesse sentido, você tem que ter um papel importante do Estado, porque extrapola a esfera municipal, quer dizer, é uma, é um consórcio mesmo entre os municípios que permite que você otimize todos os equipamentos, todos os serviços. Então você teria posto de saúde no município, dependendo o porte, municípios que eu tenho ou não uma estrutura um pouco mais complexa, um ambulatório de especialidade, um laboratório pra fazer coisas mais simples e dependendo do porte dele, você tem até um município como o município de São Paulo, que com certeza, ele deveria ter todas as três esferas, porque ele é muito grande e...

RODRIGO - Então, um pouquinho, consórcios assim, e o, aqui em São Paulo tem muitos consórcios com...

R – Eu não sei te responder essa pergunta, eu sei que tinha em muitas regiões, não na, não, na área metropolitana, não tem.

RODRIGO - Aqui na área metropolitana não.

R – No interior, até se depois você quiser conversar com alguém do interior a gente pode até colocar você em contato.

RODRIGO - Não, eu cheguei a conversar com...

R – É?

R – No interior eu sei que, eu sei que tem, tinha pelo menos... não sei dizer nem em que região. Eu acho que esses consórcios que tem pelo Brasil inteiro, foram eles que deram, inspiraram, vamos dizer assim, o que a NOAS hoje preconiza de você criar modos assistenciais, não sei se você leu a NOAS, como é que ela funciona, quer dizer, que a gente tem até aqui na área metropolitana com é que a gente está propondo tudo isso? Você ter, você tem a Regional hoje, como é que está na área metropolitana, e no interior não é muito diferente, eu só não sei te dar os números, mas, assim, na área metropolitana tem 39 municípios, certo?

RODRIGO - Certo.

R – Tem um grande município, que é um município que eu chamo de um Município Estado, que é o Estado, que é o município de São Paulo, tem 10 mil habitantes, tem Estado que não tem isso, com alta, uma extensão territorial, esse é o mapa metropolitano ta, ali é a extensão territorial de São Paulo, eu posso até depois te arrumar um mapa desse, se você precisar...

RODRIGO - Eu gostaria.

R – Aí, tem o Estado de São Paulo, ao mesmo tempo, veja, ela é um município que ele se propõe a estar, ele tem condição e capacidade de instalada de serviços, pra atender toda a população dele, em todas as três esferas e complexidades do sistema.

RODRIGO - Primário e secundário...

R – Primário, secundário e terciário, bom aqui, está os grandes hospitais que fazer pro Estado, pro país, transplante e tudo assim, altamente. Então ele tem condições, uma rede grande de serviços de unidades básicas, uma rede razoável de ambulatórios de especialidade, tem hospital, tem tudo, ta. Bom, tudo bem, depois você tem, essa aqui é a DIR 3...

RODRIGO - Essa é da minha área.

R – É que, é aquela, a DIR 3 é aquela região da zona leste, Mogi das Cruzes, que está aqui, Mogi, aquela região do ABC é a DIR 2, aqui essa região em cima ali, da Cantareira, é aquela região de Mairiporã, de Franco da Rocha ta, que é a DIR 4 e aqui é a DIR 5 que é a região de Osasco, uma área grande com 15 municípios certo? Aqui tem 15, aqui tem 5, aqui tem 11 e aqui tem 7. Sempre o papel do Estado, então até a, entrou agora o Eduardo Jorge no governo da Marta, nós tínhamos três municípios que não eram municipalizados, esses pequititicos, Guararema que está aqui...

RODRIGO - Está perto de Mogi, ali.

R – Aqui, esse Santa Cruz que está mais pro lado de Piracicaba que eu não sei te apontar, onde estaria aqui, porque eu, e o município de São Paulo que tinha o PAS né, aquela loucura toda. Quando entrou a Marta, a primeira providencia do Eduardo, logo, isso foi logo quando ele entrou, e já.. aquela historia do seqüestro e o roubo, ele estava levando pra Brasília o processo pra municipalização do município. Então, logo no inicio, ele já entrou com esse processo no Estado e municipalizou, o serviço, o processo de municipalização dos serviços básicos certo? Então, hoje nós temos também os serviços básicos, o processo de municipalização dos serviços básicos nessa região, o município já recebe a sua percápita no sentido direto e ele está gerenciando isso, então o que o Estado faz? O que a Coordenadoria nesse conjunto, os outros eles tem Guararema que fica lá, não recebe...

RODRIGO - Não recebe nada.

R – Ele tem, não ela não recebe nada, porque ele não tem, ele tem, Guararema, eu vou até olhar aqui, eu estava trabalhando em cima desse teto. Quer ver? Deixa eu ver uma coisa aqui. Então, Guararema, ele tem, ele, recebe por produção, ele deve ter. internação.. são contratados lá pelo Estado diretamente, entendeu?

R – O que ele tem municipal, ele tem lá um serviço que a gente sabe que ele tem um postinho lá, que funciona mais ou menos que ele, ele, ele, arca com as despesas, que eu não entendo porque ele não se, ele não se municipaliza, porque ele receberia o dinheiro, entendeu?

RODRIGO - E hoje é o Estado que fornece o...

R – O Estado é que...

RODRIGO - Serviço, ele provê...

R – Por causa que, é, ele provê e ele contrata o serviço entendeu? Contrata, ele tem um serviço... lá, eu acho que não tem nem um serviço próprio.

R – Não, nessa região não...

RODRIGO - Aqui na...

R – Na área metropolitana a gente tem várias organizações sociais, a gente tem três aqui na região de Osasco, Itapevi, Itapeçerica da Serra e Taboão da Serra, a gente tem três OS aí, a gente tem 2 se eu não me engano, na região da DIR 2 que é, a, é, Santo André e acho que a Diadema, Diadema eu acho que é uma OS, mas eu não tenho certeza, porque tem às vezes os Hospitais Estaduais grandes, mas que não são OS entendeu? Você tem Hospitais Estaduais nessa região e eles não são OS, eles não são gerenciados, a OS tem aquela...

RODRIGO - E qual que é essa relação com o Estado? Qual seria...

R – Ah, é o Estado, o Estado é que provê, que faz os contratos com as OS. A diferença com o Hospital Estadual próprio, certo? É assim, o, a OS, o Estado contrata..... porque ele tem parceiro que geralmente é uma entidade, não é pública, e aí ele, o Estado faz um acerto e contrata essa, essa, essa, essa entidade, ela administra, ela gerencia, passa a gerenciar esse hospital, não é mais o Estado, só que o Estado, como é que o Estado controla essa gerência? Ela transfere os recursos mediante a um contrato de gestão, que prevê que aquele serviço vai atender, isso, e isso, e isso, e se ele não consegue fazer isso, periodicamente, é feita uma avaliação, porque tem todo um instrumento de avaliação, pra isso, que é muito bem feito por sinal e aí corta-se a verba...

RODRIGO - E no caso alguns hospitais aí de Santo André...

R – E hospital próprio já não tem o contrato de gestão, entendeu? Ele vai atendendo. Agora está se tentando aqui na Coordenadoria, tem acho que são 4 hospitais que está se tentando implementar esse sistema também, embora não tenha o parceiro mais, fazer com, fazer uma forma, fazer um contrato de gestão do hospital público mesmo, quer dizer, esse hospital, ele tem mediante, ele faz um contrato de, que ele vai atender, isso, isso, isso, isso, ta, cada 3 meses é visto, é acompanhado essa produção, pra ver se ele realmente (aceitou) e se ele conseguiu, ele tem uma verba extra e se ele não conseguiu fazer, ele não tem essa verba, que é o ideal eu acho que a gente está aprimorando a gestão pública mesmo, que é o que preconiza a própria NOAS, não sei se você já viu. A NOAS preconiza o que? Você tem que estabelecer com os, por exemplo, na hora que eu tenho um município como esse município aqui, Mogi das Cruzes, todos esses três municípios de área grande, mas com população pequena, não é pequena, mas é uma população que não, eles avaliam que não seria necessário eles terem internação, por exemplo, eles não tem hospital e nem querem ter, eles não teriam necessidade de ter, porque Mogi tem e garante pra eles a internação. Pra isso, chega NOAS, o que se preconiza, um instrumento (direção) disso que chama, um, é um contrato, com é? É um termo de compromisso municipal de garantia de acesso.

RODRIGO - Certo.

R – Né, você tem na NOAS esse termo, então aí ele se compromete a atender isso, isso, isso, desse município, na OS, a OS se compromete com o Estado de atender isso, isso, isso, isso, de alguns municípios, porque a lógica da OS, como ela é estadual, então se ela for estadual a lógica dela é regional.

RODRIGO - E os hospitais têm intenção de, o Estado tem intenção de municipalizar, por exemplo, o hospital de, acho que de Santo André, né, que tem uma OS ou não, num sei?

R – Olha, veja...

RODRIGO - Mas...

R – Hoje o, essa região, por exemplo da DIR 2, todos os, todos é, ela é a nossa região mais rica, vamos dizer assim, dessas outras, fora São Paulo, ela é a região mais rica, economicamente mais desenvolvida. Você conhece aquele índice de responsabilidade social? É a responsabilidade social, não, é, IPRS, que é um índice... que mede...

R – Se a população é economicamente ativa, não sei o que, ba, ba, tem várias, escolaridade, então ele dá, mais ou menos o grau de riqueza, vamos dizer assim, do município, e quanto que esse município investe em programa, em projetos de área social, quer dizer, pra educação, saúde e.. social. Então, essa região tem IPRS bons, é uma região boa, industrializada e tudo isso, e é, esses municípios todos já estão em algum pleito de gestão né, da DIR, você deve ter visto, todos já são plenos, com exceção de Rio Grande da Serra, que é um municipinho pequinito perto as Serra do Mar e que, e que nem vai ser .pelo menos por enquanto não se vê necessidade dele ser pleno. Então, quem ele garante pra ele a internação e coisas assim é os municípios, o município de Mauá.

RODRIGO - Mauá.

R – E mesmo assim, e tem bastante recurso nessa região, municipal inclusive, porque Santo André é pleno, São Caetano é pleno, eles têm recurso, São Bernardo tem um serviço até de alta complexidade, que são municipais, ele investe nisso, mesmo assim, a OS, ela precisou abrir, o Estado preconizou investir em abrir um grande, uma OS lá, em Santo André...

RODRIGO - Pra prestar serviço.

R – Porque não dava conta da atenção terciária, secundária e terciária, tanto que essa OS, ela não atende coisas mais simples, não tem porta aberta pra você chegar lá e pode ser atendido, ele tem, e está correto, ela já, como foi a última a ser, e já estava no, a vigência da NOAS, porque a

NOAS é clara nisso, ela conseguiu ser implantada no Brasil, ela vai ter todo um serviço de pouca complexidade sob a (regência) municipal com certeza. Toda aquela que eles chamam de Procedimento de Atenção Básica, que são do âmbito de uma unidade de saúde, seja ela PSF ou não, vai ser municipal, o município vai ganhar inclusive pra isso, quando ele (saber) quando essa NOAS estiver implantada né, ele vai ganhar dinheiro per cápita, ele vai ganhar um dinheiro que é 10 reais per cápita ano, e R\$ 10,50 pra fazer coisas mais. eletrocardiograma, tudo por ano, por habitantes, pra São Paulo, por exemplo, isso já representa 10 milhões de reais, que não é pouco...

RODRIGO - Não é mesmo, e o...

R – Não é, e depois a complexidade, um pouco maior, que é a internação básica, esses exames mais simples de laboratório, como por exemplo, que você faz aí, glicemia, urina, parasitológico, e os exames simples de raio X e os ultra-sons, por exemplo, simples também pra obstetrícia, isso também vai ser de âmbito municipal, porque? Porque isso fica, na, se não naquele município, fica no módulo.

RODRIGO - Certo.

R – E quem ganha dinheiro, esse dinheiro é passado per cápita também pro município que tem aquele serviço, inclusive ele ganha o per cápita referente à população de serviço a quem ele está prestando esse..então, por exemplo, a média complexidade 1, que a gente chama na NOAS, o município recebe o PABI todos eles recebem o PABI, vamos dizer que aqui já tivesse implantado a NOAS, nessa, em toda essa região, então todos esses municípios, sem passar pelo Estado, todos os procedimentos de atenção básica, o Ministério transfere pro Fundo Municipal de Saúde desse município, transferiria direto pra o fundo Municipal de ...

RODRIGO - Isso não acontece hoje?

R – Não acontece, é, não acontece porque é, por exemplo, tem, em Guararema não acontece.

RODRIGO - É porque não está implantado.

R – Porque ele não está municipalizado.

RODRIGO - Municipalizado.

R – Nos outros que já estão, São Paulo, a partir da hora que ele, que ele...

RODRIGO - Aí recebe diretamente do Estado.

R – Ele já está recebendo direto. Agora, quando a NOAS implantar definitivamente, todos esses municípios vão estar recebendo além do PABI mais 50 centavos por per cápita, pra fazer

procedimentos como eletrocardiograma, pra fazer aqueles testes de glicemia de fita, teste de gravidez de fitinha, que hoje é pago pelo, passa via Estado de pagamento. Então, todo mundo vai receber mais isso, e mais, na hora que Mogi fala que ele vai atender Guararema, por exemplo, Guararema, qual que é a outra? Salezópolis e Biritiba Mirim, pronto, ele vai atender esses três, na hora que ele fala isso, esse dinheiro que, de média ,ele vai atender no que? No ambulatório na media complexidade 1, que é esses exames simples, ultra-som, alguns procedimentos odontológicos, tem uma serie de, a gente pode até, se depois você precisar eu tenho isso (ismiosiadinho) .

RODRIGO - Certo.

R – E vai também internar as clínicas básicas que é o que? Uma hipertensão leve, uma diarreia de criança, um parto normal, uma internação, né. Então, o que acontece com esse dinheiro pra esse, é pagamento pra, desse dinheiro? Ele recebe 7 reais per cápita ano, né, 7 reais per cápita , pra fazer esse procedimento (M1) pra ele e vai receber, o per cápita desse pessoal aqui também pra ele, de tal forma que, e aí por isso que ele tem que ter um compromisso pra receber dinheiro, pra poder incentivar ele, ai tem que comprovar capacidade, ele agüenta internar ou fazer exame pra todo esse povo aqui, e ao mesmo tempo, ele tem que fazer, e aí vem o grande papel da Regional, de ter um, ela, onde está o papel do Estado hoje nisso? Ele passa a não ser mais Estado prestador, né, ele gerencia diretamente o serviço, mas ele passa a ser o Estado gestor, quer dizer, ele tem que fazer controle e avaliação disso, tem que avaliar se realmente aquilo que está sendo cumprido, com que qualidade, que fazer parte você faz né, até agora, qual é a qualidade desse serviço que está sendo prestado por esse, por esse hospital aí, que está dentro desse município?

RODRIGO - E hoje, o Estado diz algum índice, ele repassa, por exemplo, repassa verbas pra algum município, ou não?

R – Não, o Estado, o Estado ele, é, primeiro, ele transfere os recursos SUS, com certeza, quer dizer, o município hoje, por exemplo, ele faz ele, todos os nossos municípios da Coordenadoria exceto Guararema, ele já recebe per cápito PABI, então qual é, o PABI, então qual é...

RODRIGO - Mas isso passa pelo Estado?

R – Não passa pelo Estado.

RODRIGO - Não passa, vai direto.

R – Está indo direto pro município.

RODRIGO - E o que o Estado em termos de...

R – E o município, veja, ele, e o Estado, com relação a esse dinheiro, ele tem que de vez em quando ir olhar lá, por exemplo, a gente fez agora, acabamos em julho, todo um processo de

avaliação da atenção básica dos 39 municípios,...Estados, olhando os indicadores, vendo como está, se melhorou, se não melhorou, vendo a capacidade de instalada, é papel do Estado, a gente chegou e deu nota, tem corzinha, cada município de cor verde...

RODRIGO - Ali,é a avaliação dos municípios?

R – É, nos dá, uns ficou verdinho, outros ficou vermelho porque tem umas pendências graves...

RODRIGO - Aqui são da, são 39.

R – São 39 municípios, mas foi feito pro Estado todo, é que eu tenho aqui só os meus.

RODRIGO - Certo.

R – Ta, então, tem municípios que ficou super legal não tem grandes problemas, tem municípios que tem pendências que talvez tenha que fazer até uma Auditoria de Gestão que tem algumas coisas complicadas, esse é o papel do Estado. Agora o que mais, aí, o que o Estado hoje faz? Todos esses serviços que fazem outros procedimentos que não são PABI, certo? E que existem lá, sejam eles municipais ou não, o pagamento é por produção, certo? Então, eles apresentam uma fatura pro Estado, o Estado apresenta pro Ministério, esse dinheiro vem todo pro Estado...

RODRIGO - E o Estado repassa isso.

R – E o Estado repassa pro município, aí , agora, tem um limite pra tudo isso, como a gente tem o nosso limite de salário, que é o nosso teto e também o Estado tem um teto, acima desse teto, se houve um gasto acima desse teto ou se negocia em Brasília mais teto

RODRIGO - É por produção , então.....

R – É por produção, o que é ruim, é um pagamento ruim, porque? Porque estimula, pode ou não estimular, mas eles facilitam, vamos dizer assim, você , o prestador, vamos dizer assim, querer fazer serviços, mais, procedimentos mais caros as vezes em detrimento do próprio... por isso que eu acho que o Ministério está fazendo, a política nesses anos, nesses 8 anos, agora vamos ver o que vai acontecer, é de você estimular o, a transferência teto a teto, per capita, entendeu? Porque....não é mais, começa a mudar a lógica que era de produção, pra uma lógica que, se pretende que seja de necessidade, da real necessidade que a população tem, então ele vai fazer mais procedimentos X, porque ele precisa de mais procedimentos X e não porque ele custa mais, e aí é vantajoso, entendeu? Essa é a, esse é, eu acho que esse é o aprimoramento que a NOB 96 trouxe pra o SUS né, de começar a pensar em transferência teto a teto,porque era assim, centralizou tudo bem, o município é responsável, e o dinheiro? Ainda repassa, dependia do Estado...

RODRIGO - Do Estado.

R – Hoje, você, aí se passou teto a teto por, num primeiro momento produção, depois veio essa questão do teto passado per cápita, então já na NOB 96 a transferência da PABI, desde que o município fosse PABI já se fazia direto. Agora você tem a outra possibilidade que são os municípios plenos, desses 39 municípios nossos...

RODRIGO - Todos são plenos.

R – Nós temos um que não é nada, né, que é Guararema.

RODRIGO - Que é o Guararema.

R – É.

RODRIGO - Nem PABI ele é.

R – E nós temos 17 que são plenos, e aí o que acontece? A transferência PABI feita do mesmo jeito, per cápita e o pagamento de produção, é feito direto no teto municipal pra o Ministério sem passar pelo Estado, entendeu? Mais é, por produção é isso, agora se avança na NOAS no sentido de você pagar per cápita também não só, mas nos procedimentos PABI, mas aqueles procedimentos que aumenta a resolutividade que são baratinhos, eletrocardiograma, fita lá que eu te falei e mais alguns exames de laboratórios simples, a idéia é que você consiga ter uma micro região formada por alguns municípios que são muitos, por isso que eu te falo que a grande contribuição dos consórcios foi essa, pro SUS, porque ele pensou, primeiro nisso, dos municípios se congregarem e juntar forçar, certo? E aí, a idéia é que essa micro região ela consiga dar conta das mais, das necessidades básicas, com resolutividade, quer dizer, esse individuo está fazendo um pré-natal, não só, ele faz um pré-natal que ele consegue fazer bonitinho, lá, todo mês, a consulta no posto de saúde, mas ele consegue ter acesso ao ultra-som quando ele precisa, ele consegue, se tiver uma gravidez de risco, ele consegue ter um ambulatório de especialidade próximo, que, sem ele ter que pedir nada e nem o serviço pedir nenhum favor, já é automaticamente garantido isso, e consiga ter o seu bendito do seu parto num hospital que ele já conhece, que é perto, pode ser num outro município, mas é, já existe entende? Essa, já existe, isso é sistema né, hoje não é sistema, o que está aí...

RODRIGO - E existe conflito na relação do município, Estado, até na parte de municipalização, assim, na hora de, às vezes o município...

R – Sempre tem né.

RODRIGO - Por exemplo, o município que é o Hospital das Clínicas, por exemplo, que receberia um dinheiro do SUS, uma verba muito grande.

R – Não, na hora em que você, na hora, por exemplo, que o município, ele não era nada, vamos dizer, o município de São Paulo que é o melhor exemplo pra isso...

RODRIGO - Certo.

R – Ele não era nada, ele não era nada, ele não estava no SUS, porque o PAS não era SUS, era outra lógica ta,...ruim, mas, era outra lógica, então de repente, São Paulo formou um bom..de serviço, pleiteia o PAS, significou uma negociação intensa e não é simples, não que, não é questão nem que, conflito é né, é natural que haja conflito, porque?porque significa o que? Transferir unidades e serviços que já tem uma lógica, pra outro gestor, outro gerente, então isso significa um, uma negociação política, uma vontade política dos dois Secretários e do Governador e do Prefeito, certo? No sentido de ele falar não, nós vamos, apesar dos riscos, nós vamos ceder a essas unidades. Então, o que aconteceu no município de São Paulo, foram 200 não 500 unidades, eu não lembro mais,, porque eu estava no Núcleo nessa época, porque São Paulo é dividido em, pelo Estado, além da DIR, ele é dividido em 5 SubDIR, vamos dizer assim, que chama Núcleo Regional de Saúde...

RODRIGO - Certo.

R – Eu estava na zona norte aqui, e só naquela região, nós tivemos que transferir quase 50 unidades que era quase tudo que a gente tinha, o Núcleo ficou com três hospitais e 2 unidades de especialidades, ficou com seis equipamentos, dos 50 que tinha, o resto ficou tudo com o município.

RODRIGO - E ainda tem esses...

R – Tem, tem pq são unidades que fazem procedimentos mais complexos...

RODRIGO - Mais especializados.

R – E São Paulo não é pleno, então...

RODRIGO - São Paulo não é pleno?

R – Ainda não.

RODRIGO - São Paulo é...

R – Está pleiteando, está começando o processo de

RODRIGO - Ele é básico ainda.

R – Ele é básico, então isso significou uma negociação e então como é que isso se faz? Faz de vários, é conflituoso até, pros próprios funcionários que de repente, eles são funcionários estaduais e não passam a ser, continuam sendo estaduais e o salário as vezes, do municipal é diferente do estadual e eles não corrigem na mesma....e aí, a Prefeitura complementa? Não complementa? Ou o que se faz com o, o funcionário do Estado, por exemplo, tinha premio incentivo, a prefeitura não tinha, não é fácil, e o chefe que era do Estado, a prefeitura não gosta, não vai com a cara daquele chefe, só que ele já está lá há 10 anos, entende? Tudo isso, quer dizer, você tem a questão da gerência do equipamento, a gerência física do equipamento, então você transferiu prédio, telefone, que é um nó, é a sessão de direito até, que chama, então é tudo do Estado, é patrimônio do Estado, mas a prefeitura está usando e se compromete a manter, a arrumar e a fazer o que, a conservar, agora você tem gente no pedaço, você não transfere só máquinas, você transfere pessoas.

RODRIGO - E aí que está o...

R – E isso é...

RODRIGO - E é aí que está o problema.

R – Isso é bem complicado, no município de São Paulo, eu posso te garantir, porque eu participei do processo de cabo a rabo, no caso do plano PABI, né, a gente até que conseguiu um feito inédito que foi ser o menos conflituoso possível, não, se deu, você vê que, você deve ter acompanhado nos jornais, você lê jornal e nunca saiu, nada assim de, de gente reclamando de funcionário ou secretário, o que seja, o processo foi livre, ele demorou um ano, ele começou em dezembro, quando, em janeiro quando o.. levou, aprovou aqui na BIPARTITI e levou pra Brasília e aí efetivamente a transferência começou em março, pra você ver como é demorado, é todo um levantamento que você tem que fazer, você tem que fazer, patrimoniar tudo, porque você sede tudo né, vai tudo, como se. muitas vezes sem, então aí o que você, então, e, e esse processo de municipalização do PAS acabou no fim do ano passado e mesmo assim tem dificuldades, porque não é só passar, depois gerenciar isso, já ficaram todos os Programas de Saúde da Família, que o Estado tinha, alguns com, a maioria deles com contratos com terceiros e quem gerenciava, ou era o Santa Marcelina, em algumas outras, era a fundação (Gerbini) em algumas outras era o próprio Estado, e tinha também a UNISA, eu sei que tinham cinco parceiros, eu não sei porque lá, na minha região a gente era a (Gerbini) ou o próprio Estado, a gente ainda tem três unidades que eu sei, que era da minha região que eu vivia lá, três regiões, três Programas da Saúde da Família que são as (gerencia) Estadual própria e que ainda não passaram pro município e que é mais básico de....porque não passaram? Porque eles estão numa, em comunidades que quem cedeu o terreno é a comunidade, é coisa da Organização do Bairro e o bairro não quer...

RODRIGO - O bairro não quer

R – É, não quer passar pro partido que hoje está na prefeitura.

RODRIGO - Tudo bem.

R – E, e você está negociando isso você vai ter que... certo? Agora, você me pergunta, e o (preço)? O.....São Paulo, na hora em que ele pleiteia o (preço) que ele está começando o processo do pleito, do pleito, da gestão plena, você tem todos os ambulatórios especializados, você tem todos os hospitais, agora que hospital do Estado que vai abrir mão, quer dizer, abrir mão não, mas quais os hospitais que tem que continuar no Estado ou não, será que o Hospital das Clínicas ele vai...

RODRIGO - Isso vai ser difícil.....

R – Porque não, e ele é um hospital de caráter nacional...

RODRIGO - Nacional, ele atende...

R – Agora, tem o seguinte, na NOAS está muito claro, que também lá no papel, se, se efetiva isso é outra coisa, que você tem o famoso comando único, quer dizer, tudo deveria estar sobre o comando do municipal, nem que o gestor fosse estadual e isso quer dizer o que? Você pode ter um equipamento estadual que hoje, que ele está sobre a, mas o gerente, é igual OS, o equipamento é estadual, mas quem gerencia ali? É um parceiro, uma entidade da sociedade civil, você pode fazer a mesma coisa com a prefeitura, quer dizer, o Hospital das Clínicas é estadual, continua sendo, mas o gerente é o município.

RODRIGO - É o município.

R – E isso, agora, quer dizer, se isso é possível ou não é ou vai ser não é pra mim que você tem que perguntar, porque aí não está na minha esfera. Nem na governabilidade, mas isso é, foi, é preconizado dessa forma, agora você imagina o impacto disso, tanto político como financeiro, que é sempre conflituoso mesmo, são negociações que você vai fazendo, volta, vai depende do governo que entra, dos interesses, da vontade, por exemplo, tivemos uma conjuntura altamente favorável pra São Paulo, conseguir entrar no SUS de novo, que foi você ter um secretário no Estado e (mesmo) o governador, mas que é, o secretário do Estado, desse Estado hoje, é um dos mentores do SUS, o secretário municipal de São Paulo também é outro grande ator na implementação do SUS, são dois, pessoas que...

RODRIGO - Ah, é, e como eles viram as....

R – Tem como objetivo de vida profissional a implantação do SUS. E duas, e dois governos né, prefeito e governador que conseguiam ter (no momento) também ser permeáveis, ser sensível, o Alckmin, é médico, a Marta tem uma, é psicóloga, tem uma vivência grande na área da saúde e tudo, então o que acontece? Deu pra (convergir) os interesses, isso deu pra acontecer, dificilmente em outra conjuntura você teria isso, tão menos, tão pouco traumático, e aí foi menos

traumático porque deu tempo de preparar, todo mundo já sabia que isso ia acontecer, entrando, entrando um Eduardo Jorge numa prefeitura.

RODRIGO - Quais seriam os desafios hoje no...

R – Não acho que é um desafio, o importante é o comando único, eu acho que é o grande nó pra todo o país eu acho que deve ser, e como é que você garante isso né, como é que você vai fazer isso, como é que o Estado vai abrir mão disso, eu acho que o outro desafio, é construir realmente um Estado gestor, quer dizer, construir, é, instancias estaduais do controle e avaliação sérios, entende? Com instrumentos mesmo com parâmetros, com indicadores

RODRIGO - Mas as avaliações...

R – Sim, esse foi um primeiro momento, por exemplo, nós fizemos, já no ano de 2000 a gente teve um primeiro, um momento super importante eu acho, que foi quando, eu cheguei nesse momento, exatamente agora, não eu tenho nada a ver com isso,

RODRIGO - certo, não.....

R – Eu fiz, mas eu já cheguei, eu não inventei, já estava dado, e isso foi muito legal, quer dizer, em 2000, primeiro assim, o governo federal, eu acho que, uma coisa que é, que é (excitante) que o Ministério, essa conjuntura que eu falei pra você do Estado e Prefeitura de São Paulo, ela também foi super importante, você ter no governo federal de ter sido a terceira instância e indivíduos como o próprio ministro. Serra ou... que pessoas que compram a idéia do SUS, comprou, o Serra comprou certo? E um político, um ministro politicamente forte que era, acho que foi o ministro mais forte que a saúde já teve e mais que o Jatene, era um ministro que tinha uma relação com o presidente.....direto, de repente você tem as três instancias altamente interessadas em implantar esse sistema, acreditando no sistema. Então é uma coisa rara assim, que a gente acha que vai persistir, espero né, porque tanto o governo municipal continua o mesmo e como o estadual só mudou...

RODRIGO - Só mudou.

R – Muda pessoas claro, mais teoricamente, como o governo federal que eu acho que hoje quem entra no governo federal quer dizer, tem uma, uma sempre teve na área da saúde um compromisso muito claro com o SUS, né, esta é um partido também que, então a gente acredita que a coisa tende a caminhar, pode mudar uma coisa ou outra, porque muda mesmo, mas talvez até pra melhor, é bom rever né, não é porque, não está bom ainda, está muito ruim, a gente vai ter que avançar, mas o que o Ministério tem feito, eu acho, e aí, eu acho que é um mérito que não dá pra tirar, desse governo né, tem tentado realmente avançar nessa questão, da gestão publica em todas as áreas, eu acredito que em todas as áreas, que eu li no jornal, eu acho que em todas as áreas, agora na área da saúde com certeza. Então tornar mais transparente todas as, desde os processos de licitação de compras, ta tudo, colocar, obrigar os municípios. Por

exemplo, estar tornando transparente via Internet os seu equipamentos, os. eu não sei se você conhece o (SIOPS)?

R – Sistema de Orçamentização Pública em Saúde que você entra.....

RODRIGO - Não ouvi falar não...

R – Você como munícipe vai lá, entra lá e vê no....vê quanto que o município de São Paulo ou qualquer outro município aí está investindo em saúde, você pode depois ir cobrar lá no seu conselho lá, óh, oh, governador, o senhor está, né. Então eu acho que uma das coisas que o Ministério fez quando implementa essas normas todas, na NOAS, (bate) também que ele, vamos dizer assim que ele estimulou os municípios a estarem criando instrumentos de avaliação e controle, então estimulou a criação de departamento de auditoria nos Estados, hoje tem um departamento de auditoria no Estado de São Paulo que é o cara que vai lá, olhar a documentação, esse departamento tem tido a preocupação de ser um departamento que não só faz auditoria, mas que faz avaliação, que pra mim, são coisas diferentes, no meu conceito, não sei nem se eu estou correta, quer dizer, eu acho que, a avaliação é uma coisa pra mim, menos, não que ela não, ela é documental, mas ela é menos, vamos dizer assim, legal, e a auditoria sempre implica em uma questão muito legal e uma, no comprimento de normas e de punições inclusive, de correções e punições e procurar...

RODRIGO - Mais formal a auditoria, mas talvez, mas...

R – É, você acha culpado, eu acho que a avaliação é uma coisa maior, ela leva às vezes, muitas vezes leva mesmo a auditoria, vai lá, avalia uma coisa, e de repente começa a achar algumas coisas meio estranhas aí tem que, o auditor que vai lá, na papelada, nas contas, nas leis, pra ver se aquela se aplica ou não, né. Então, tem essa, teve essa preocupação do Ministério, e São Paulo montou e começou a estimular os municípios a fazer avaliação, os Estados, a, realmente a começar a elaborar instrumentos de avaliação mesmo, das gestões municipais e...então, ele mesmo deu os instrumentos, ele estabeleceu algumas coisa, ele faz o controle de lá, quando chegou em São Paulo, por exemplo, já em 2000, que foi 2001 quando eu cheguei aqui, já começou uma discussão pra gente avaliar todos os municípios plenos, são 17 municípios plenos e fazer uma avaliação de gestão mesmo, então você tinha problema de espaço, você tinha agenda, ir lá visitar o município, ver que programas estava implementado, visitar unidades, ver se ela realmente, ela fala uma coisa, você vai na unidade você vê, e, foi à primeira avaliação que a gente fez dos plenos, ela não, ela está pequenininha, eu acho que aí, é.

RODRIGO - Aqui é, Gestão Plena dos (termos) municipal?

R – Então, isso pra gente olhar esses 17 municípios e sob critérios muito bem, vamos dizer assim, estabelecidos, a gente, até com alguns critérios de qualidade, do programa de qualidade do Ministério, a gente (poder) e falar assim, olha, o município de São Bernardo do Campo ela é

um município que, dentro desse critério de avaliação, ele é um município que está muito bom, ele não é perfeito, excelente, não demos excelência pra ninguém, até porque não dava pra dar mesmo, mas ele está, é bom, já um município muito complicado, merece uma auditoria mesmo pra gente ver e não, e foi muito interessante esse processo, porque aqui na Coordenação esse processo com 17 municípios, envolveu 44 pessoas, as DIRS todas entraram com equipe, fizeram, todo o planejamento da DIR participou o AC, o AC que é Avaliação e Controle, todos, a gente fez um trabalho, estimulando a Direção Regional a participar massivamente desse processo e nós visitamos todos os 39 municípios, as equipes visitaram pra avaliar e fizeram relatório escrito de todos os municípios, de tal forma que no final, você pode até questionar, puxa, mas a ...vem a Fundação Getúlio Vargas olhar o instrumento, ... o que vocês avaliaram não está perfeito, por exemplo, foi tudo escrito e assinado, e isso dificulta pro município, conseguir a gestão, ou facilita. E nesse ano os (municípios) refez a gestão, os de gestão básica, que no nosso caso, a avaliação da atenção básica nos municípios de que estão sob a gestão básica, inclusive São Paulo, e já usando e eu acho que foi melhor do que a primeira, porque a gente já foi pros indicadores, não sei se você conhece o programa do Ministério, ele estabelece que você pactue metas né, nos indicadores de saúde, você tem que vacinar

R –você tem que fazer, não sei o que, você tem que pôr isso na, o município entra na Internet, ele tem que falar, eu no ano, e desde 2000 isto está implantado. Então em 2001 eu quero tal, eu quero alcançar tal mortalidade infantil e 2002, e aí, em 2001 ele tem que justificar, ele tem que pactuar pra 2002 e justificar porque que ele não alcançou aquela mortalidade...e a gente avaliou já os básicos, olhando esses indicadores de 2001 e ele tendo que justificar porque, e a gente foi, conversou com os municípios, ba,ba,ba, e a gente fez isso também pros plenos, aqui no caso da nossa, a gente fez pros 39, porque? Porque na avaliação dos plenos que a gente tinha feito no ano passado, a gente não tinha entrado nos indicadores, não tinha chegado e foi muito interessante ver e foi muito mais interessante perceber que alguns dos municípios que na gestão básica, na gestão plena tinham ficado vermelho, porque não tinha o plano não tinham o ...não sei o que.....

R – Por que? Porque quando a gente foi, a gente foi com uma mentalidade não de auditor, mas de avaliador, assim, nós queremos ser parceiros, quais as dificuldades que você tem pra fazer? E a gente ajuda a fazer, que eu acho que esse é o papel da Regional, entende, e, aí de repente, você chegava pro Secretário e ele nem sabia que tinha, que aquela existia, que era daquele jeito que tinha que ser, então foi mais...

RODRIGO - E como é que é essa ajuda? Que ajuda a fazer, por exemplo, às vezes tem uma carência, por exemplo, a capacitação de profissionais, aí o Estado...

R – O Estado, por exemplo, bancou uma capacitação de Secretários Municipais durante uns 18 anos ta, atualmente, está sendo realizada, no sei te dizer detalhes, mas, eu sei que está acontecendo, capacitação de Conselheiros de Saúde Municipais.

RODRIGO - É, eu fui pra Campinas e estava...

R – É a UNICAMP é que está , foi feito uma licitação....

RODRIGO - É a UNICAMP.

R – A UNICAMP que ganhou, ela está coordenando esse processo, mas a DIR está ajudando, ela não faz sozinha, ela capacita Multiplicadores Regionais e independente disso..é um processo independente lá, de capacitação...

R – ...era um administrador de formação, não era, não vinha da área de, não é, que ele era um médico administrador ou um psicólogo administrador, ele era um administrador, ele fez Administração de Empresas, e ele virou Secretário de Saúde e fez, e foi legal, as minhas visitas pra ele, seu Calide e vários, e eu não tenho, eu acho fantástico um administrador ser Secretário, como o Serra (cantou na missa) com Ministro.

RODRIGO - É.

R – E aí, a gente tinha que discutir que ele falou olha, você, ah, mas eu não sei olhar isso, então eu vou te mostrar, então você tem técnicos que sabem olhar, e ele tem que ser assessorar nesse sentido, que você tem que cobrar dele que ele olhe dessa forma, se não ele aprende, tudo, basta você saber ensinar. Então é isso, agora, a gente avançou, eu acho que a gente tem avançado Rodrigo, eu acho que o Estado conseguiu montar a sua auditoria, eu acho que as unidades de avaliação e controle nas DIRS e mesmo nas Diretorias hoje, elas estão mais instrumentadas, existem máquinas, existem sistemas, o Ministério tem é, foram criados vários sistemas informatizados que eu acho que foi, isso facilita muito, não que você não possa fazer se não for informatizado, mas que facilita muito facilita, né. Então, hoje você tem vários sistemas, existe pré-natal, aprimoraram o (SIASUS) que é um sistema de faturamento, mas que eu acho que ele pode daqui a um tempo ser transformado num belo sistema de controle também, não com a lógica mais de prestador, à medida que é per cápita a transferência, a produção começa a ficar interessante de você olhar, porque quando a lógica é pra ganhar mais prestadora, a lógica pra ganhar mais dinheiro, você olha esses dados e não necessariamente eles refletem uma realidade não é? Porque tem um viés, mas na medida em que essa transferência é per cápita e que, essa produção começa a, você pode transformar esse sistema num sistema de avaliação mesmo, interessante né, a última coisa que a gente fez, agora foi a Programação Pactuada Integrada né, que é a PPI que chama, que é cada município programou segundo seus testes tudo o que ele ia fazer e o que ele ia mandar quer dizer, já é a concretização desse, desse....então, quanto que ele decide mandar para, o que, qual os procedimentos ambulatoriais que ele vai mandar pra Mogi, quais as internações, quantos, em cima de parâmetros, estabelecidos em cima de serie histórica de produção, importante é com viés mais já pensando na população.

RODRIGO - Certo.

R – Certo? Então, você já começa a ter uma lógica permeando já, uma lógica de necessidade populacional com vários problemas, os parâmetros são.....a gente consegue ver alguns, mas a gente tem que ter um (zero) a gente tem que começar e esses, aí o Ministério fez um software mesmo que você no principio preenchia, já tinha um teto e aí se você passava um teto, ele não deixava você colocar, tinha um parâmetro, que o Estado alimentava, foi negociado isso com os Conselhos, com o COSEMS, Conselho dos Secretários Municipais. E a gente vai avançando, eu acho que é assim agora muda, deve mudar varias cabeças aí no comando do Estado e vamos ver, a coisa sempre dá...pra pessoa se apropriar daquilo que está fazendo, mas estamos aí, fazendo tudo o que for preciso pra fazer essa bendita transição como o Governo Federal pra dar exemplo aí, uma transição que seja legal, que seja pouco traumática, que logo que uma pessoa que chegue aqui, que ela já consegue olhar e a gente vai deixando tudo já organizado.

RODRIGO - E com relação à participação popular, houve um aumento dessa participação ou...

R – Tem, eu não sei te dizer dados concretos, porque não é uma área que eu estou muito (atenta) mas assim, eu já acho que tem conselhos, até porque pra você ser pleno, básico nessa avaliação....

RODRIGO - Precisa ter um conselho.

R – Precisa ter um conselho, entendeu? Tinha que ter o conselho, a qualidade do conselho, questionável? Mas é assim mesmo, ele começa às vezes meio (tolego), às vezes meio imaturo, mas ele só vai melhorar com um processo, é igual o processo de voto né, eu diria, porque uma vez no Conselho Municipal, eu fui fazer uma pergunta sobre NOAS e um conselheiro que é muito (combatível) falou, mas como é que eu vou pôr dinheiro na mão do, desse prefeito aqui né, o per cápita, mas daí vai ser um horror, aí eu falei, bom meu filho, não é, esse aí é o defeito da NOAS, aí eu falei, não é o defeito da NOAS, é o defeito do processo de eleição. Quando você põe um prefeito que quer privatizar o publico, o que está lá vai ser privatizado..pra ter direitos próprios e pra família dele, o que é que eu vou fazer? Vamos ter que melhorar, aprimorar o processo de seleção desses governantes. Na medida em que você tem governantes mais comprometidos com o público vai melhorar com certeza, aí esse próprio conselho também melhora né, eu acho que essa coisa da democratização das informações em Internet, na imprensa o que seja, com certeza isso colabora muito né, porque eu acho que quanto, informação é poder, com certeza, você vai se tornando muito mais apto pra ser discutido, eu acho que essas alternâncias de, por exemplo, você tem um partido como o PT que hoje grande parte do, que é um partido sensível, de mobilização popular e até eu acho que o que faz isso mesmo, no PT você tem militantes, você tem, né, eu acho que até ele se tornar poder como hoje é poderoso, tanto em prefeituras como, e agora no Governo Federal, vai ser muito positivo, que um coisa é você ser vidraça e outra coisa é você ser a pedra e a pedra com conselhos né, você vai lá e estimula sempre né. Agora, nós vamos ter que conviver sendo a vidraça, e vai aprimorar, e vai aprimorar, eu acho que vai aprimorar. E que o processo histórico ele é mais longo do que o nosso processo de vida cronológica né, vive 70 anos, 80 e o processo histórico demora 200, 300 anos, então eu falo, a Revolução Francesa não se fez...

RODRIGO - Não foi num dia só.

R – Teve várias pessoas que nem a viram e que colaboraram pra que ela pudesse acontecer, então é assim, eu acho, eu sou otimista eu acho que a gente está caminhando, que essa conjuntura hoje é favorável, política né, pra implantação, o SUS não está efetivamente implantado, mas eu acho que é uma coisa que avançou, que vai ajudar muito a essa coisa da Lei da Responsabilidade Fiscal e o teto também né, de você vincular as verbas de saúde pra saúde mesmo, um projeto do...é a lei do Eduardo Jorge, ele que foi o mentor, porque se obriga aos municípios a investir um percentual da Receita própria na saúde, os municípios, o Estado, e o Governo Federal.

RODRIGO - Só, o fato aqui de só ter dois macro né, tem a interior e a capital, isso não sobrecarrega a capital ou o interior...

R – A capital não...

RODRIGO - Ou no caso o interior que tem 645 municípios?

R – Eu não sei te dizer. Eu não sei te dizer porque eu tenho pouca, eu acho que não é fácil, a gente fez agora a PPI do Estado e a gente fez junto, foi um trabalho super legal porque as duas Coordenadorias, sentamos as duas Diretoras do Departamento e fizemos o Estado inteiro cabo a rabo toda alta complexidade, foi muito legal pra mim, que conheci muito melhor a do interior. Então, eu não vi, essas, eu não conheci estas, posso até te falar, eu não sei bem o nome dos municípios mas eu sei que existe e tudo e isso foi legal, pra também, e eu acho que não é fácil, pro interior essa, ter tanto município não é, eu acho que não é fácil porque pra você fazer. Agora, não sei dizer, eu acho que se as DIRS, elas conseguirem realmente se efetivar como instâncias do controle e avaliação efetivas né, no sentido, eu acho que a Regionalização no caso de São Paulo a gente está, manteve as DIRS como região né, você podia ter região, módulo e município né. Então, a DIR persistiram sendo as nossas macro regiões pro Estado todo, e a gente criou aqui, na Coordenadoria, por exemplo, a gente fez vários equipamentos em cima dessa Programação Pactuada que possibilita a DIR sentar com esse município, olhar lá mesmo os números entendeu? Valor, que eu acho que isso que a gente tem que começar a qualificar essa gestão, que fica muito no discurso, né. Agora, vamos ver lá nos números, nessas avaliações todas que foi muito legal, porque a DIR se capacitou pra sentar com aquele município que fala que acontece, que faz e aí, ta bom, eu não duvido que você faça, só que o que você está fazendo, olha o histórico está dando um impasse nos números. Então eu acho que na medida que você descentraliza e capacita o Controle e Avaliação, as instâncias superiores elas não ficam tão (inchadas) né, porque aí você, é o que eu falo pra eles, oh, eu vou trabalhar agora...depois eu gostaria de não trabalhar tanto, porque aí eu só vou trabalhar o que vem da...tinha com certeza que isso vem certo. Agora, eu acho que vale a sempre a pena você rever a estrutura eu não, eu mesmo não sinto essa sobrecarga, mas talvez fosse a Iracema que deveria te falar se é tão complicado assim. Eu acho que a DIR 1 é um problema né, São Paulo é um município difícil,

tem uma DIR só, mas também se você dividir em várias DIRS, é, pensar estranho né, um Estado estar fracionado num município só.

RODRIGO - Num município.

R – Não é, não, pro ponto de vista, pelo menos conceitual, é estranho.

RODRIGO - Qual que é o nome do outro município que....

R – Ah, pode pegar..

R – Marília e Piracicaba

RODRIGO - Guararema.

RODRIGO - Ah, é desculpa, eu também.....

R – Não só pra gente.....

RODRIGO - Só pra, Guararema, não está municipalizado exatamente porque? Assim..

R – Ele não, tinha um secretário lá que queria inclusive implantar o PAS lá.

RODRIGO - Isso parte do secretário mais? Do Secretário Municipal?

R – É, eu acho que tem que haver a vontade política do Secretário, ele convence prefeito de que é vantajoso e eu ao sei te dizer porque eu não sou secretária, agora, o que todo mundo me fala é que é vantagem você ser, você aplicar a gestão porque você tem um recurso na saúde pra você fazer o que quiser, entende? Mesmo ele sendo pequeno, que todo mundo reclama que o dinheiro é pouco e eu acredito que seja mesmo, mas você tem o dinheiro lá pra você gerenciar como você quiser, não é melhor você ter o seu salário...

RODRIGO - Sim.

R – Do que a mesada do outro que ainda fica controlando? E aí tanto que deve ser vantajoso que hoje no Brasil quase todos os municípios estão no pleito de gestão, ou PABI ou pleno, muitos plenos, São Paulo tem 161 se eu não me engano, no total municípios plenos que aí recebe todo o recurso direto sem passar pelo Estado, entende? Não depende de quem é o Governador e tudo, eu acho que deve ser vantajoso, agora, porque não quer? Eu não sei, nós estamos assim, com o Estado, assim, fazendo uma pressão grande pra Guararema, até porque na NOAS, se eu não habilitar Guararema em gestão PABI eu não habilito a região, que essa é uma coisa interessante, começa a forçar e aí atrapalha os outros que querem, então ele mesmo, a gente já foi lá, fazer reunião com os Secretários Municipais e não estava o Secretário porque o Secretário não

participa de nada e falando, gente vocês tem que, vocês como Secretários, ira lá convencer o homem de que isso é vantajoso, porque senão, vocês que estão interessados em receber esse recurso, habilitar vocês não, não vai conseguir habilitar.

RODRIGO - E lá é o Estado que presta o serviço, em Guararema, né?

R – Não, eles tem, segundo eu saiba, eu não visitei Guararema.

RODRIGO - Você tinha falado...

R - Mas eles têm serviços que ele gerencia também, que por lá, que eles fazem alguma coisa, aí eles pagam. Agora, eles poderiam receber por isso, e é isso que eu não entendo, qual é a vantagem pra eles de não fazer, poderiam receber, eles não estão prestando o serviço? Eles se adequam ao SUS e vai receber por produção, produção per cápita, aí no caso, per cápita, que na é pouco, quer dizer eu não sei se é muito também, mas...

RODRIGO - Uns 20 mil.

R – Não é, pra quem não tem nada, não é melhor ter 20 mil do que não ter nada?

RODRIGO - Com certeza. Ta bom deixa eu...

R – Não sei se eu consegui...

RODRIGO - Conseguiu, bastante aliás.

R – Você tem que fazer avaliação...